

BỘ TÀI LIỆU HỌC THUẬT CÔNG BỐ

# MÔ HÌNH VIỆN GÚT

Chăm sóc Ngoại trú Tích hợp Đa bệnh lý Mạn tính Phức tạp

## Phần A — Nền tảng

Bộ tài liệu học thuật Mô hình Viện Gút

## TÀI LIỆU A.0 TUYÊN BỐ KIẾN TRÚC

Bốn đích kiểm chứng trên cơ quan đích  
như hệ quy chiếu trung tâm của bộ tài liệu

Mô hình Viện Gút — Bộ tài liệu học thuật  
Tập hợp hệ thống lần đầu — Tháng 3/2026  
Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

## TÁC GIẢ & CHỦ TRÌ HỌC THUẬT

**Nguyễn Đình Quang**

Nhà nghiên cứu y khoa độc lập | Người sáng lập Viện Gút | Thiết kế tổng thể lớp HOW — DATA-to-operate / operational layer

---

## NHÓM THAM GIA THIẾT KẾ HOW VÀ DATA-TO-OPERATE — VIỆN GÚT

**Nguyễn Đình Quang Huy** Tham gia thiết kế HOW — DATA-to-operate | Quản trị vận hành hệ thống, tổ chức chuyển giao — Mô hình Viện Gút

**Huỳnh Phước Đại, Nguyễn Sơn** Biên tập ngôn ngữ dành cho bệnh nhân | Quản trị dữ liệu truyền thông, triển khai và hỗ trợ chuyển giao — Mô hình Viện Gút

---

## HỖ TRỢ HỌC THUẬT & ĐỐI SÁNH WHAT (GUIDELINE) — NHÓM CHUYÊN GIA QUỐC TẾ

**Nicola Dalbeth** Đồng tác giả các Khuyến nghị của ACR 2012 và 2020.

**Thomas Bardin, Pascal Richette** Đồng tác giả các Khuyến nghị của EULAR — cùng các chuyên gia về tim mạch, thận tiết niệu, gan mật, tiểu đường, chẩn đoán hình ảnh, thống kê y sinh học ở Đại học Paris Cité, Pháp và Đại học Sorbonne. Chuyển giao WHAT của các Guideline điều trị gút và các bệnh đồng mắc, Đối sánh chuẩn quốc tế cho WHAT; hỗ trợ thiết kế HOW — Mô hình Viện Gút.

---

## NHÓM QUẢN TRỊ DỮ LIỆU — VIỆN GÚT

**Trương Ánh Dương, Huỳnh Hồng Đức** Quản trị dữ liệu, hỗ trợ chuyển giao — Mô hình Viện Gút

**Lê Việt Anh** Quản trị dữ liệu — Viện Gút

---

## NHÓM BÁC SĨ ĐIỀU TRỊ + Ê-KÍP ĐA NGÀNH PHÒNG KHÁM VIỆN GÚT

Triển khai HOW lâm sàng: Phân tầng rủi ro, cửa sổ cơ hội, theo dõi dọc, kiểm soát rủi ro, quản trị đa thuốc, kích hoạt van an toàn chuyển tuyến — Mô hình Viện Gút.

---

## ĐỊA ĐIỂM NGHIÊN CỨU

Trung tâm Pháp-Việt Nghiên cứu Bệnh Gout và Bệnh Mạn tính, Phòng khám đa khoa Viện Gút, số 13A đường Hồng Hạ, phường Tân Sơn Hòa, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam.

# 1. Chủ thể trung tâm của bộ tài liệu này là gì

Bộ tài liệu này không phải bộ tài liệu về bệnh gút.

Gút là điểm xuất phát — là bệnh lý mà từ đó Viện Gút bắt đầu xây dựng mô hình, tích lũy dữ liệu, và hình thành khung vận hành qua 18 năm thực hành lâm sàng. Nhưng chủ thể trung tâm mà bộ tài liệu này hướng đến là một vấn đề lớn hơn và cấp thiết hơn:

|                          |                                                                                                                                                                |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Câu hỏi trung tâm</b> | Làm thế nào để chăm sóc ngoại trú tích hợp cho bệnh nhân đa bệnh lý mạn tính phức tạp — khi guideline quốc tế đã có WHAT nhưng chưa có HOW và DATA-to-operate? |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Đây là câu hỏi mà y học toàn cầu chưa có câu trả lời vận hành đầy đủ. Các guideline quốc tế — EULAR, ACR, KDIGO, ESC, EASL — đều biết WHAT: đích điều trị là gì, thuốc nào hiệu quả, chỉ số nào cần theo dõi. Nhưng không một guideline nào mô tả HOW để điều phối đồng thời nhiều guideline trên một bệnh nhân có bốn đến bảy bệnh nặng cùng lúc, trong ngoại trú, qua nhiều năm, khi mỗi quyết định trên một trục bệnh có thể gây hại trên trục khác.

Khoảng trống đó — khoảng trống HOW và DATA-to-operate — là chủ thể trung tâm của bộ tài liệu này. Khung ba lớp WHAT–HOW–DATA-to-operate được định nghĩa chi tiết trong Tài liệu A.1 (Khung EBM) và A.2 (Bộ khái niệm nền tảng). Bằng chứng quốc tế xác nhận khoảng trống này được trình bày trong A.3 (Khoảng trống HOW toàn cầu).

# 2. Gút là trường hợp điển hình duy nhất cho phép kiểm chứng tường minh

Trong số các bệnh mạn tính nặng, gút có một đặc điểm không bệnh nào khác có: đích điều trị cuối cùng — tiêu tan hoàn toàn tinh thể urat (crystal-free) — có thể kiểm chứng trực tiếp bằng hình ảnh tại thời điểm đánh giá. Siêu âm OMERACT và DECT cho phép nhìn thấy tinh thể urat trong khớp, gân, và phần mềm — và nhìn thấy chúng biến mất khi điều trị đạt đích.

|                             |                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Mục tiêu khách quan</b>  | Đích điều trị cuối cùng (Crystal-free) có thể kiểm chứng trực tiếp bằng hình ảnh tại thời điểm đánh giá — không cần suy luận gián tiếp qua biomarker hay chỉ số chức năng.                  |
| <b>Công cụ kiểm chứng</b>   | Siêu âm OMERACT (caliper mm <sup>2</sup> ) và DECT — cho phép nhìn thấy tinh thể urat lắng đọng trước điều trị, và nhìn thấy chúng tiêu tan sau điều trị.                                   |
| <b>Bản chất phương pháp</b> | Gút cho phép kiểm chứng kết quả tích hợp một cách khách quan nhất trong số các bệnh mạn tính phức tạp — vì đích điều trị là cấu trúc vật lý có thể quan sát, đo lường và so sánh trước–sau. |

## 2.1. Đặc điểm phương pháp luận độc nhất của gút

Trong điều trị bệnh mạn tính, hầu hết các đích điều trị đều là đích chức năng hoặc đích sinh hóa: HbA1c cho đái tháo đường, eGFR cho CKD, EF cho suy tim, Child–Pugh cho xơ gan. Những đích này phản ánh kết quả điều trị một cách gián tiếp — thông qua biomarker hoặc chỉ số chức năng — nhưng không cho phép nhìn thấy trực tiếp tổn thương bệnh lý đang thay đổi như thế nào dưới tác động điều trị.

Gút là ngoại lệ duy nhất. Đích điều trị cuối cùng của gút — tiêu tan hoàn toàn tinh thể monosodium urat (crystal-free) — có thể được kiểm chứng trực tiếp bằng hình ảnh tại thời điểm đánh giá. Siêu âm OMERACT ghi lại quá trình tinh thể hòa tan theo thời gian thực — cho phép xác nhận đích đạt được mà không cần suy luận gián tiếp. Đặc điểm này có nền tảng sinh lý bệnh học rõ ràng: gút là bệnh lý lắng đọng tinh thể. Khi nồng độ urat huyết thanh duy trì dưới ngưỡng hòa tan (<6 mg/dL theo EULAR/ACR), tinh thể urat từ từ hòa tan và biến mất.

Đây là lý do gút là trường hợp lý tưởng để xây dựng và kiểm chứng một mô hình chăm sóc tích hợp: không phải vì gút quan trọng hơn các bệnh khác, mà vì gút cho phép kiểm chứng kết quả một cách tường minh và khách quan nhất trong số các bệnh mạn tính phức tạp. Vòng kiểm chứng khép kín — từ chỉ định điều trị → theo dõi dọc → xác nhận crystal-free bằng hình ảnh — là điều kiện phương pháp luận mà mô hình cần để tự xác thực trước khi mở rộng sang ba đích còn lại.

## 2.2. Bệnh nhân gút biến chứng nặng = bệnh nhân đa bệnh lý mạn tính phức tạp

Bệnh nhân gút biến chứng nặng tại Viện Gút không phải bệnh nhân đơn bệnh. Họ đến với gút nặng đồng thời kèm suy thận mạn giai đoạn 3–5, suy tim mạn, xơ gan mất bù, đái tháo đường, suy thượng thận do corticoid kéo dài (GIAI) — đây là nhóm bệnh nhân đa bệnh lý mạn tính phức tạp mà gút chỉ là một trong các bệnh thành phần.

Chính nhóm bệnh nhân này — không phải bệnh nhân gút đơn thuần — là nhóm mà mô hình được xây dựng để phục vụ. Và chính trên nhóm bệnh nhân này, khoảng trống HOW của guideline quốc tế bộc lộ rõ ràng và không thể lấp bằng bất kỳ phác đồ đơn bệnh nào. Tài liệu B.5 (Enabling conditions) minh họa cụ thể qua hai ca ẩn danh DTH và LAU — ranh giới cuối cùng mà mô hình có thể giữ.

## 3. Bốn đích kiểm chứng — hệ quy chiếu trung tâm

Sau 18 năm thực hành lâm sàng tích hợp tại Viện Gút, một cấu trúc tự nhiên hội tụ từ thực tiễn: bốn trục bệnh nặng nhất trong đoàn hệ bệnh nhân Viện Gút — gút, thận, tim mạch, gan — đều có cơ quan đích bị tổn thương có thể đo được bằng phương tiện chuẩn hóa. Can thiệp tích hợp tạo ra kết quả đo được trên từng cơ quan đích này:

|                            |                                                                                                                                                                           |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>C.1 Crystal-free</b>    | Tiêu tan hoàn toàn tinh thể urat tại thời điểm đánh giá — kiểm chứng bằng siêu âm caliper mm <sup>2</sup> và/hoặc DECT. 155 bệnh nhân đạt crystal-free (07/2024–01/2026). |
| <b>C.2 Bảo tồn thận</b>    | Bảo tồn suy thận mạn giai đoạn cuối — trì hoãn lọc thận trong bối cảnh đa bệnh lý mạn tính phức tạp. Kiểm chứng bằng chuỗi thời gian eGFR, creatinine, albumin niệu.      |
| <b>C.3 Giảm mất bù tim</b> | Giảm mất bù suy tim — giảm nhập viện cấp cứu và duy trì phân suất tống máu (EF) ổn định. Kiểm chứng bằng BNP/NT-proBNP, EF, tần suất nhập viện.                           |
| <b>C.4 Tái bù xơ gan</b>   | Tái bù xơ gan — đưa bệnh nhân Child–Pugh A/B mất bù trở về trạng thái bù. Kiểm chứng bằng Child–Pugh, MELD, Fibroscan, albumin chuỗi thời gian.                           |

Bốn đích này không phải bốn đích của bệnh gút — chúng là bốn đích của bốn bệnh mạn tính nặng độc lập, cùng hiện diện trên một nhóm bệnh nhân, được quản lý đồng thời trong một mô hình ngoại trú tích hợp.

Phân tách giữa bốn đích kiểm chứng trên cơ quan đích và các điều kiện vận hành không phải là quyết định thiết kế — đó là kết quả quan sát từ 18 năm thực hành lâm sàng tích hợp tại Viện Gút. Cấu trúc này tự nhiên hội tụ vì nó phản ánh cách cơ thể bệnh nhân thực sự vận hành dưới gánh nặng đa bệnh mạn tính phức tạp — không phải cách các chuyên khoa được tổ chức trong hệ thống y tế.

## 4. Đích kiểm chứng và điều kiện vận hành (enabling conditions) — hai tầng khác nhau

Không phải mọi bệnh lý trong đoàn hệ bệnh nhân Viện Gút đều là đích kiểm chứng độc lập. Thực tiễn lâm sàng phân tách tự nhiên thành hai tầng:

### 4.1. Đích kiểm chứng — tầng thứ nhất

Bốn bệnh lý có cơ quan đích bị tổn thương cụ thể, đo được bằng hình ảnh hoặc chức năng chuẩn hóa, và có thể hồi phục hoặc ổn định khi mô hình vận hành đúng. Đây là bốn đích được liệt kê ở Mục 3.

### 4.2. Enabling conditions — tầng thứ hai

Một số bệnh lý khác được quản lý như điều kiện để bốn đích kiểm chứng đạt được an toàn — không phải như đích độc lập:

|                       |                                                                                                                                     |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Đái tháo đường</b> | Kiểm soát HbA1c để không làm nặng CKD, suy tim, xơ gan — không phải đích kiểm chứng riêng mà là enabling condition cho cả bốn trục. |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                     |                                                                                                                       |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Tăng huyết áp</b>                | Kiểm soát HA để bảo vệ thận, giảm hậu tải tim — enabling condition cho C.2 và C.3.                                    |
| <b>Rối loạn lipid</b>               | Quản lý nguy cơ tim mạch tổng thể — enabling condition cho C.3.                                                       |
| <b>Suy thượng thận do corticoid</b> | Nhận diện và quản trị GIAI — enabling condition đặc biệt vì nguy cơ mất bù đa cơ quan đột ngột khi có stress sinh lý. |
| <b>Thiếu máu, suy dinh dưỡng</b>    | Duy trì thể trạng đủ an toàn cho điều trị — enabling condition nền cho tất cả các đích.                               |

Enabling conditions không có nghĩa ít quan trọng hơn về mặt lâm sàng. Nó có nghĩa là: trong mô hình này, chúng được quản lý không phải để đạt đích độc lập — mà để giữ cho cửa sổ cơ hội của bốn đích kiểm chứng không đóng. Kiến trúc enabling conditions được trình bày chi tiết trong Tài liệu B.5, bao gồm vòng xoắn bệnh lý, ma trận giải xung đột bệnh–bệnh / thuốc–bệnh, và ngưỡng kiểm soát theo guideline cập nhật.

## 5. Tại sao mô hình được xây dựng trong ngoại trú

Khoảng trống HOW tồn tại trong mọi môi trường điều trị. Nhưng trong nội trú, nó bị che khuất bởi các lớp nguồn lực tập trung mà bệnh nhân ngoại trú không có: hội chẩn đa chuyên khoa tại chỗ, monitor liên tục, điều dưỡng trực, phản ứng khẩn cấp 24/7. Khi bệnh nhân ra khỏi bệnh viện, tất cả các lớp đó biến mất — và khoảng trống HOW hiện ra nguyên vẹn.

Chính vì ngoại trú không có những nguồn lực che khuất đó, HOW phải được thiết kế tường minh từ đầu: ai quyết định gì, khi nào, dựa trên dữ liệu nào, với SLA phản hồi bao lâu, và khi nào kích hoạt van an toàn chuyển tuyến. Đây là lý do mô hình được xây dựng trong ngoại trú có thể được hệ thống hóa thành tài liệu và chuyển giao — trong khi HOW của nội trú thường ẩn trong văn hóa ê-kíp và không thể viết thành tài liệu có cấu trúc. Phần B (B.1–B.5) mô tả chi tiết kiến trúc HOW này — từ buổi khám đầu tiên (B.1) đến kế hoạch điều trị theo pha (B.2), cửa sổ cơ hội (B.3), vai trò người bệnh (B.4), và enabling conditions (B.5).

Mô hình Viện Gút được xây dựng trong điều kiện ngoại trú LMIC từ đầu — không phải điều chỉnh từ mô hình bệnh viện lớn xuống. Nó yêu cầu siêu âm cơ bản, xét nghiệm chuẩn, và HOW có cấu trúc — những điều khả thi tại bất kỳ cơ sở ngoại trú LMIC nào đủ điều kiện tối thiểu.

## 6. Năm phần của bộ tài liệu phục vụ bốn đích như thế nào

|                                 |                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Phần A — Nền tảng</b>        | A.0: Tuyên bố kiến trúc (tài liệu này). A.1: Khung EBM WHAT–HOW–DATA. A.2: Bộ khái niệm nền tảng. A.3: Khoảng trống HOW toàn cầu. A.4: Bộ khái niệm vận hành. A.5: Bảng thuật ngữ chuẩn hóa. |
| <b>Phần B — Vận hành</b>        | B.1: Buổi khám đầu tiên. B.2: Kế hoạch điều trị ngoại trú. B.3: Điều kiện cửa sổ cơ hội. B.4: Vai trò người bệnh. B.5: Enabling conditions và nguyên tắc ưu tiên.                            |
| <b>Phần C — Đích kiểm chứng</b> | C.1: Crystal-free. C.2: Bảo tồn thận. C.3: Giảm mất bù tim. C.4: Tái bù xơ gan. Mỗi tài liệu là lời mời kiểm chứng đa trung tâm.                                                             |
| <b>Phần D — Mở rộng</b>         | D.1: Kiểm chứng đa trung tâm. D.2: Chuyển giao LMIC. D.3: Giới hạn. D.4: Tầm nhìn hệ thống toàn cầu.                                                                                         |
| <b>Kiến trúc sư hệ thống</b>    | Kiến trúc sư hệ thống trả lời cộng đồng y khoa quốc tế qua các câu hỏi và câu trả lời về con người, phương pháp, bằng chứng, an toàn, giới hạn và tầm nhìn của Mô hình Viện Gút.             |

## 7. Tinh thần của bộ tài liệu này

Bộ tài liệu này không phải tuyên bố đã tìm ra câu trả lời cuối cùng. Nó là hệ thống hóa học thuật của một hành trình thực hành 18 năm — với đầy đủ những khoảng trống, hạn chế, và câu hỏi còn mở được thừa nhận trung thực trong Phần D.

Tinh thần xuyên suốt: WHAT của guideline quốc tế được tôn trọng hoàn toàn. HOW và DATA-to-operate không phải sản phẩm lý thuyết — chúng là kết quả hệ thống hóa từ thực hành, được xây dựng dưới sự điều phối của Clinical Conductor (bác sĩ nhạc trưởng lâm sàng) và ê-kíp đa ngành vận hành như chuỗi cảm biến–phản ứng. Bốn đích kiểm chứng là lời mời đối thoại và kiểm chứng đa trung tâm — không phải khẳng định đơn phương.

## 8. Giới hạn phạm vi tài liệu

Tài liệu A.0 bao gồm: tuyên bố chủ thể trung tâm và kiến trúc bộ tài liệu; giải thích tại sao gút là trường hợp điển hình đầu tiên; trình bày bốn đích kiểm chứng và phân biệt với enabling conditions; giải thích tại sao mô hình được xây dựng trong ngoại trú; bản đồ năm phần của bộ tài liệu.

Tài liệu A.0 không bao gồm: khung EBM ba lớp (xem A.1); định nghĩa WHAT, HOW, DATA-to-operate (xem A.2); bằng chứng khoảng trống HOW (xem A.3); quy trình vận hành (xem B.1–B.5); bằng chứng lâm sàng (xem Phần C).

## 9. Vị trí trong hệ thống tài liệu Viện Gút

Tài liệu A.0 là điểm vào của toàn bộ bộ tài liệu. Reviewer đọc A.0 để biết: bộ tài liệu này nói về gì (đa bệnh, không phải gút), tại sao gút là điểm xuất phát, bốn đích kiểm chứng là gì, và năm phần được tổ chức thế nào. Sau A.0, người đọc đi vào A.1 (khung EBM), A.2 (định nghĩa ba lớp), A.3 (bằng chứng khoảng trống), rồi A.4–A.5 (thuật ngữ). Từ đó sang Phần B (vận hành) và Phần C (đích kiểm chứng).

## Tài liệu tham khảo

### Guideline đơn bệnh quốc tế

- [1] FitzGerald JD, et al. 2020 American College of Rheumatology Guideline for the Management of Gout. Arthritis Care Res. 2020;72(6):744–760.
- [2] Richette P, et al. 2016 updated EULAR evidence-based recommendations for the management of gout. Ann Rheum Dis. 2017;76(1):29–42.
- [3] KDIGO. 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney Int. 2024; Supplement.
- [4] McDonagh TA, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J. 2021;42(36):3599–3726.
- [5] EASL. EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis. J Hepatol. 2018;69(2):406–460.

### Đa bệnh mạn tính và khoảng trống HOW

- [6] Boyd CM, Fortin M. Future of multimorbidity research. Public Health Rev. 2010;32(2):451–474.
- [7] Barnett K, et al. Epidemiology of multimorbidity. Lancet. 2012;380(9836):37–43.

### Mô hình chăm sóc tích hợp

- [8] WHO. Integrated Care for Older People (ICOPE). Geneva: WHO; 2019.
- [9] Wagner EH, et al. Improving chronic illness care. Health Aff. 2001;20(6):64–78.

### Kiểm chứng hình ảnh crystal-free

[10] Gutierrez M, et al. International consensus for ultrasound lesions in gout. *Rheumatology (Oxford)*. 2015;54(10):1797–1805.

[11] Nicolaou S, et al. Dual-energy CT in the management of gout. *AJR*. 2010;194(4):1072–1078.

## **Chính sách quốc gia và quốc tế**

[12] WHO. Global Action Plan for NCD 2013–2030. Geneva: WHO; 2023.

[13] Thủ tướng Chính phủ Việt Nam. QĐ 376/QĐ-TTg ngày 20/3/2015 — Chiến lược quốc gia phòng chống bệnh không lây nhiễm 2015–2025.

[14] UN General Assembly. Political Declaration on NCD. Resolution A/66/L.1. September 2011.