

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.3

KHOẢNG TRỐNG HOW TOÀN CẦU

Tại sao đa bệnh lý mạn tính phức tạp không được phục vụ bởi guideline đơn bệnh hiện có

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. Nguồn gốc thực hành

Tài liệu này xuất phát từ một mẫu quan sát lặp lại tại Viện Gút trong suốt 18 năm vận hành: mỗi khi một bệnh nhân gút biến chứng nặng được tiếp nhận, vấn đề thực sự không phải là thiếu thuốc hay thiếu guideline. Vấn đề là không có HOW để áp dụng đồng thời nhiều guideline trên một bệnh nhân có bốn đến bảy bệnh nặng cùng lúc.

Quan sát này — ban đầu là trực giác lâm sàng, dần dần được xác nhận bởi dữ liệu đoàn hệ và hợp tác với các nhà khoa học EULAR hàng đầu — dẫn đến một nhận thức: đây không phải vấn đề riêng của Viện Gút hay của bệnh gút. Đây là vấn đề toàn cầu, có hệ thống, và có thể mô tả bằng ngôn ngữ học thuật chính xác.

Tài liệu A.3 đặt vấn đề từ góc nhìn toàn cầu đó. Tài liệu A.1 (Khung EBM) đã chỉ ra điểm đứt gãy cấu trúc trong chuỗi EBM. Tài liệu A.2 (Bộ khái niệm nền tảng) đã định nghĩa ba lớp WHAT–HOW–DATA-to-operate. Tài liệu A.3 bổ sung bằng chứng quốc tế xác nhận khoảng trống HOW tồn tại ở quy mô toàn cầu — trước khi Phần B và Phần C mô tả cách Mô hình Viện Gút xây dựng câu trả lời từ thực tiễn.

2. Quy mô của vấn đề — đa bệnh mạn tính phức tạp là thực tế toàn cầu

Đa bệnh mạn tính phức tạp (complex multimorbidity) — sự hiện diện đồng thời của ba bệnh mạn tính nặng trở lên trên một bệnh nhân — không còn là ngoại lệ. Nó là thực tế chi phối của y học thế kỷ 21.

Barnett 2012 [1]	Hơn 1,7 triệu bệnh nhân Scotland: 42% người lớn mắc ít nhất hai bệnh mạn tính; >80% ở nhóm trên 80 tuổi. Trong nhóm thu nhập thấp (tương đương LMIC), đa bệnh xuất hiện sớm hơn 10–15 năm.
WHO 2023 [2]	Hơn 60% gánh nặng bệnh tật toàn cầu đến từ bệnh mạn tính không lây nhiễm, phần lớn là đa bệnh lý.
LHQ 2011 [15]	Tuyên bố chính trị: bệnh không lây nhiễm là thách thức lớn thế kỷ 21, kêu gọi 194 quốc gia xây dựng kế hoạch quốc gia.
Việt Nam 2015 [3]	QĐ 376/QĐ-TTg: bệnh không lây nhiễm chiếm 73% tử vong và 66% gánh nặng bệnh tật quốc gia.

Tuy nhiên, toàn bộ hệ thống y học lâm sàng — từ đào tạo bác sĩ, tổ chức chuyên khoa, đến xây dựng guideline và thiết kế nghiên cứu — vẫn được tổ chức theo mô hình đơn bệnh. Đây là nghịch lý cấu trúc: bệnh tật đã chuyển sang đa bệnh, nhưng hệ thống y tế vẫn vận hành theo đơn bệnh.

3. Đối chiếu hai nguồn tài liệu quốc tế

3.1. Guideline đơn bệnh — WHAT vững chắc, HOW cho đa bệnh không tồn tại

Các guideline đơn bệnh lớn — EULAR/ACR cho gút [16] [17], KDIGO cho CKD [18], ESC cho suy tim [19], EASL cho xơ gan [20] — đều cung cấp WHAT xuất sắc: đích điều trị, thuốc lựa chọn, ngưỡng can thiệp, tiêu chí đánh giá [14]. Nhưng không guideline nào mô tả HOW khi bốn guideline này cùng áp dụng trên một bệnh nhân — ai điều phối, theo thứ tự nào, giải xung đột bằng cơ chế gì, với dữ liệu dọc nào.

Tài liệu B.5 (Enabling conditions) minh họa cụ thể nghịch lý này qua ma trận 8 cặp xung đột bệnh–bệnh / thuốc–bệnh điển hình — không cặp nào được giải quyết bởi bất kỳ guideline đơn bệnh nào.

3.2. Đồng thuận quốc tế về đa bệnh lý — thừa nhận khoảng trống nhưng chưa lấp được

NICE NG56 (2016) [4]	Guideline riêng về đa bệnh lý đầu tiên trên thế giới. Thừa nhận guideline đơn bệnh không phù hợp với người đa bệnh lý. Khuyến nghị giảm gánh nặng điều trị, có người điều phối rõ
-----------------------------	---

	ràng — nhưng không cung cấp HOW cụ thể.
JA-CHRODIS (2016) [5]	Đồng thuận toàn châu Âu: mô hình đơn bệnh dẫn đến chăm sóc phân mảnh cao độ, gây hại. Yêu cầu bác sĩ gia đình và điều dưỡng được chỉ định rõ — nhưng không mô tả quy trình vận hành tích hợp.
WHO ICOPE (2016) [6]	Khung chăm sóc tích hợp lấy con người làm trung tâm. Đặt nguyên tắc đúng — nhưng thiếu HOW cho đa bệnh mạn tính phức tạp trong ngoại trú LMIC.
Hughes 2013 [7]	Phân tích 5 guideline NICE: áp dụng đồng thời nhiều guideline đơn bệnh tạo gánh nặng điều trị áp đảo ngay cả ở mức vừa.
Muth 2019 [8]	Hơn 10 năm thừa nhận guideline đơn bệnh không phù hợp cho đa bệnh, nhưng hỗ trợ quyết định lâm sàng tích hợp vẫn thiếu trầm trọng.

Tổng hợp: y học toàn cầu đã thừa nhận khoảng trống. Đã đặt ra nguyên tắc. Nhưng chưa có mô hình nào cung cấp HOW + DATA-to-operate cụ thể, có cấu trúc, đã vận hành và kiểm chứng trên bệnh nhân đa bệnh lý mạn tính phức tạp trong ngoại trú.

4. Bằng chứng về hậu quả lâm sàng của khoảng trống HOW

Khoảng trống HOW không phải khái niệm trừu tượng — nó tạo ra hậu quả lâm sàng đo lường được. Các nghiên cứu quốc tế đã ghi nhận:

Hậu quả	Bằng chứng	Nguồn
Tăng thuốc không phù hợp + tăng tử vong	Đoàn hệ 4,7 triệu công dân Đan Mạch: phân mảnh liên quan độc lập với tăng PIM và tăng tử vong mọi nguyên nhân	Jiang/Prior 2023 [9]
Tăng cấp cứu ngoài kế hoạch + tăng chi phí	Tổng quan hệ thống: phân mảnh tăng lượt thăm khám cấp cứu, tăng xét nghiệm trùng lặp, tăng chi phí tổng thể	Jiang 2023 [10]
Người bệnh bị bỏ mặc tự điều phối	Bệnh nhân đa bệnh báo nhận thông tin mâu thuẫn, thiếu người chịu trách nhiệm tổng thể, kiệt sức vì tự điều phối	Schiøtz 2017 [11]; Liddy 2014 [12]
Bác sĩ căng thẳng giữa guideline và thực tế	Bác sĩ gia đình báo căng thẳng giữa áp dụng guideline đơn bệnh và nguy cơ gây hại cho người đa bệnh lý	Johansen 2020 [13]

Phân tích chi tiết hậu quả phân mảnh trong bối cảnh kế hoạch điều trị ngoại trú: xem B.1 mục 12 và B.2 mục 12. Phân tích nghịch lý guideline khi đa bệnh nặng cùng xung đột: xem B.5 mục 4.

5. Khoảng trống HOW — tóm tắt cấu trúc

Từ phân tích trên, khoảng trống HOW toàn cầu có thể mô tả bằng bốn đặc điểm cấu trúc:

1. Không có người điều phối	Không guideline nào xác định ai chịu trách nhiệm tổng thể khi nhiều guideline cùng áp dụng trên một người bệnh. Mô hình Viện Gút đáp ứng bằng Clinical Conductor (bác sĩ nhạc trưởng lâm sàng) — xem B.1, B.2.
2. Không có cơ chế giải xung đột	Không guideline nào mô tả cách giải quyết khi thuốc tốt cho trực này gây hại cho trực kia. Mô hình Viện Gút đáp ứng bằng ma trận giải xung đột và nguyên tắc ưu tiên cơ quan sinh tồn — xem B.5 mục 7.
3. Không có dữ liệu dọc	Guideline dựa trên lát cắt ngang. Đa bệnh cần chuỗi thời gian để nhận diện xu hướng và cửa sổ cơ hội. Mô hình Viện Gút đáp ứng bằng DATA-to-operate — xem A.2, B.3.

Có cấu trúc	
4. Không có van an toàn có lộ trình	Chuyển tuyến thường diễn ra muộn, sau mất bù. Mô hình Viện Gút đáp ứng bằng van chuyển tuyến an toàn hai chiều ở trạng thái trực chiến — xem B.1 mục 13, B.2 mục 11.

6. Đáp ứng của Mô hình Viện Gút

Mô hình Viện Gút không phủ nhận vai trò của guideline — WHAT vẫn được tuân thủ hoàn toàn. Điều mô hình này bổ sung là hai lớp mà guideline không cung cấp: HOW (lớp vận hành lâm sàng có cấu trúc) và DATA-to-operate (lớp dữ liệu kích hoạt quyết định). Hai lớp này đã được xây dựng, vận hành và kiểm chứng qua 18 năm thực hành tại phòng khám Viện Gút.

Phần B (B.1–B.5) mô tả chi tiết kiến trúc HOW — từ buổi khám đầu tiên kích hoạt hệ vận hành, đến kế hoạch điều trị theo pha, cửa sổ cơ hội, vai trò người bệnh, và enabling conditions. Phần C kiểm chứng kết quả trên bốn cơ quan đích: crystal-free (C.1), bảo tồn thận (C.2), giảm mất bù tim (C.3), tái bù xơ gan (C.4).

7. Giới hạn phạm vi tài liệu

Tài liệu A.3 bao gồm: bằng chứng quốc tế về quy mô đa bệnh lý mạn tính; đối chiếu guideline đơn bệnh và đồng thuận đa bệnh lý; bằng chứng về hậu quả lâm sàng của khoảng trống HOW; tóm tắt cấu trúc khoảng trống và cách Mô hình Viện Gút đáp ứng.

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

8. Vị trí trong hệ thống tài liệu Viện Gút

Tài liệu A.3 hoàn thành bộ ba nền tảng lý luận: A.1 chỉ ra điểm đứt gãy trong chuỗi EBM → A.2 định nghĩa ba lớp lấp khoảng trống → A.3 xác nhận khoảng trống bằng bằng chứng quốc tế. Sau A.3, người đọc đã có đủ nền tảng để đi vào A.4–A.5 (thuật ngữ), Phần B (vận hành) và Phần C (đích kiểm chứng).

9. Kết luận

Khoảng trống HOW trong chăm sóc đa bệnh lý mạn tính phức tạp không phải nhận định riêng của Viện Gút. Đây là khoảng trống đã được thừa nhận bởi NICE [4], WHO [2] [6], JA-CHRODIS [5], và hàng loạt nghiên cứu quốc tế. Hậu quả lâm sàng đo lường được: tăng thuốc không phù hợp, tăng tử vong, tăng cấp cứu, tăng chi phí, mất cửa sổ cơ hội.

Điều chưa ai làm được — cho đến khi Mô hình Viện Gút hệ thống hóa 18 năm thực hành — là xây dựng một kiến trúc HOW + DATA-to-operate cụ thể, có cấu trúc, có thể vận hành và có thể chuyển giao, cho nhóm bệnh nhân đa bệnh lý mạn tính phức tạp trong ngoại trú. Đây là đóng góp mà bộ tài liệu này trình bày — và là lời mời kiểm chứng đa trung tâm gửi đến cộng đồng y khoa quốc tế.

Tài liệu tham khảo

- [1] Barnett K, et al. Epidemiology of multimorbidity. *Lancet*. 2012;380(9836):37–43.
- [2] WHO. Global Action Plan for NCD 2013–2030. Geneva: WHO; 2023.
- [3] Thủ tướng Chính phủ VN. QĐ 376/QĐ-TTg ngày 20/3/2015.
- [4] NICE. Multimorbidity: clinical assessment and management (NG56). 2016 (updated 2023).
- [5] Onder G, et al.; JA-CHRODIS. Multimorbidity care model. *Health Policy*. 2015;119(12):1513–1520.
- [6] WHO. Framework on Integrated, People-Centred Health Services. 2016.

- [7] Hughes LD, et al. Guidelines for people not for diseases. *Age Ageing*. 2013;42(1):62–69.
- [8] Muth C, et al. Evidence supporting the best clinical management of patients with multimorbidity and polypharmacy. *J Intern Med*. 2019;285(3):272–288.
- [9] Prior A, et al. Healthcare fragmentation, multimorbidity, PIM, and mortality. *BMC Med*. 2023;21(1):305.
- [10] Jiang S, et al. Fragmented care and chronic illness outcomes. *J Nurs Manag*. 2023;2023:3707960.
- [11] Schiøtz ML, et al. Involving patients with multimorbidity in service planning. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):570.
- [12] Liddy C, et al. Challenges of self-management with multiple chronic conditions. *Can Fam Physician*. 2014;60(12):1123–1133.
- [13] Johansen KJ, et al. GP strategies for managing multimorbidity. *BMC Fam Pract*. 2020;21(1):131.
- [14] Tinetti ME, et al. Potential pitfalls of disease-specific guidelines. *N Engl J Med*. 2004;351(27):2870–2874.
- [15] United Nations General Assembly. Political Declaration of the High-level Meeting on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases. *A/RES/66/2*. New York: UN; 2011.
- [16] FitzGerald JD, et al. 2020 American College of Rheumatology Guideline for the Management of Gout. *Arthritis Care Res*. 2020;72(6):744–760.
- [17] Richette P, et al. 2016 updated EULAR evidence-based recommendations for the management of gout. *Ann Rheum Dis*. 2017;76(1):29–42.
- [18] KDIGO. 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int*. 2024; Supplement.
- [19] 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.
- [20] EASL. EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis. *J Hepatol*. 2018;69(2):406–460.