

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.5

BẢNG THUẬT NGỮ CHUẨN HÓA

6 nhóm chủ đề · 60 thuật ngữ HOW · 28 biomarker và ngưỡng
18 phương tiện hình ảnh · 77+ từ viết tắt

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.

Nhóm 1 — Bốn đích kiểm chứng và cơ quan đích

Mỗi đích kiểm chứng có tên chuẩn, cơ quan đích, phương tiện kiểm chứng, mục tiêu định lượng và ngưỡng hành động — được dùng nhất quán trong toàn bộ 36 tài liệu của bộ.

Đích	Tên thuật ngữ	Cơ quan đích	Phương tiện kiểm chứng	Mục tiêu và ngưỡng hành động
Đích 1	Trạng thái Crystal-free (Crystal-free state)	Khớp, gân, mô mềm (tinh thể MSU)	Siêu âm khớp OMERACT · Dấu hiệu đường đôi (DCS) · Thể tích hạt tophi theo dọc DECT — bản đồ tinh thể toàn thân X-quang — hồi phục xói mòn xương	Mục tiêu: sUA <6 mg/dL duy trì liên tục · sUA >6 mg/dL × 2 lần khám → tăng liều ULT · Đích <5 mg/dL khi còn tophi hoạt động
Đích 2	Trì hoãn lọc thận (Dialysis deferral)	Nhu mô thận, GFR (CKD-EPI 2021)	eGFR — chuỗi CKD-EPI 2021 Siêu âm thận (kích thước, echo) Đàn hồi mô thận (xơ hóa)	Mục tiêu: né/hoãn lọc máu (RRT) càng lâu càng tốt · eGFR giảm >25% trong 3 tháng → rút ngắn SLA · eGFR <15 → hội chẩn thận học khẩn + bàn RRT
Đích 3	Giảm mất bù tim mạch (Cardiac decompensation prevention)	Cơ tim, van tim, mạch máu	Siêu âm tim: EF (phương pháp Simpson) NT-proBNP / BNP (theo xu hướng) Troponin I/T · Doppler dòng chảy	Mục tiêu: giảm nhập viện cấp cứu vì suy tim mất bù · NT-proBNP tăng cấp >50% → SLA 24h · EF giảm >10% tuyệt đối so với nền → tăng tăng
Đích 4	Tái bù xơ gan (Hepatic recompensation)	Nhu mô gan, xơ hóa (xơ gan)	FibroScan — LSM (kPa) Siêu âm gan + đàn hồi mô Albumin · PT-INR · Cổ trướng · Child–Pugh	Mục tiêu: đạt và duy trì tái bù xơ gan · Albumin <2,8 g/L → SLA 48h · Cổ trướng mới độ 2+ → hội chẩn gan mật khẩn

Nhóm 2 — Thuật ngữ HOW vận hành

Toàn bộ 60 thuật ngữ từ Tài liệu A.4 (v3). Để xem định nghĩa đầy đủ và đối chiếu quốc tế, xem A.4. Phân nhóm nguồn gốc: A = Quốc tế đã có · B = Tương đương/diễn giải khác · C = Viện Gút phát triển.

Mã	Thuật ngữ tiếng Việt	Nguồn / Gần nhất QT	Nội hàm cốt lõi trong vận hành	Nhóm
A-01	Treat-to-target (T2T)	ACR 2020 [1], EULAR 2016 [2]	Chiến lược chuẩn độ liều đến đích đo lường cụ thể (sUA <6 mg/dL)	A
A-02	Trạng thái Crystal-free	EULAR 2006 [3], 2016 [2]; ACR 2020 [1]	Tinh thể MSU hoàn toàn không còn — kiểm chứng bằng siêu âm OMERACT / DECT	A
A-03	Đa bệnh lý mạn tính	WHO 2016 [6], Barnett 2012 [7]	≥2 bệnh mạn tính đồng mắc — Viện Gút dùng 'phức tạp' cho ≥4 bệnh nặng	A
A-04	Phân tầng nguy cơ	CCM [8], ESC 2021 [15], KDIGO 2024 [14]	4 tầng T1–T4 theo tải bệnh lý tích hợp đa trục	A
A-05	Chăm sóc tích hợp	WHO 2016 [6], Wagner 2001 [8]	Phối hợp đa chuyên khoa quanh nhu cầu BN — không phân theo bệnh	A
A-06	Mô hình chăm sóc mạn tính (CCM)	Wagner 2001 [8]	Framework 6 thành phần — nền tảng lý luận mô hình ngoại trú Viện Gút	A
A-07	Bằng chứng trong thực tế	FDA 2016; IOM	Bằng chứng từ thực hành thông thường — ngoài	A

	(RWE)	2013 [35]	thử nghiệm kiểm soát	
B-01	Khoảng trống HOW	WHO 2004 [28]; Eccles 2006 [25]	Khoảng cách cấu trúc giữa WHAT (guideline) và quy trình vận hành đa bệnh	B
B-02	Đích kiểm chứng	EULAR 2016 [2]; ACR 2020 [1]	Đích điều trị xác nhận khách quan — cả 4 đích Viện Gút đều đạt tiêu chí này	B
B-03	Bác sĩ nhạc trưởng lâm sàng	CCM [8]; WHO ICOPE 2019 [9]	Bác sĩ điều phối tổng thể — giải xung đột đa guideline, kích hoạt van an toàn	B
B-04	Mô hình chăm sóc phân mảnh	Pham 2007 [12]; WHO 2023 [13]	Mỗi chuyên khoa áp guideline riêng không phối hợp — mặc định trong đa bệnh lý	B
B-05	DATA-to-operate	IOM 2013 [35]	Dữ liệu đọc có cấu trúc — kích hoạt quyết định HOW trong thời gian thực	B
B-06	Ê-kíp đa ngành theo chuỗi vận hành	WHO 2016 [6]; CCM [8]	MDT 7 thành phần — chuỗi cảm biến–phản ứng liên tục	B
B-07	Bộ khung WHAT–HOW–DATA-to-operate	Graham 2006 [27]; WHO 2004 [28]	3 lớp: guideline + quy trình vận hành + dữ liệu đọc kích hoạt quyết định	B
B-08	Trì hoãn lọc thận	KDIGO 2024 [14]	Né/hoãn RRT — Đích kiểm chứng số 2 (trục thận)	B
B-09	Giảm mất bù tim mạch	ESC 2021 [15]	Giảm nhập viện vì suy tim mất bù — Đích kiểm chứng số 3 (trục tim)	B
B-10	Tái bù xơ gan	EASL 2021 [16]; Caraceni 2021 [17]	Đạt và duy trì tái bù ngoại trú — Đích kiểm chứng số 4 (trục gan)	B
B-11	SLA theo dõi	ITIL; y tế	Cam kết thời gian phản hồi: 4h/12h/24h/48h — vận hành hóa ngưỡng	B
B-12	Điều kiện cần vs Điều kiện đủ	Logic học	WHAT = cần; WHAT + HOW + DATA + năng lực BN = đủ	B
B-13	Onboarding	Quản trị nhân sự; RCT	Quy trình tiếp nhận BN: đánh giá đa trục, phân tầng, kế hoạch pha	B
B-14	Kế hoạch điều trị theo pha	Ung thư; tâm thần	Chia hành trình thành pha có mục tiêu, ngưỡng chuyển pha và HOW riêng	B
B-15	Đa bệnh lý mạn tính phức tạp	WHO 2016 [6]; NICE 2016	≥4 bệnh nặng + tổn thương cơ quan đích + xung đột guideline cấu trúc	B
B-16	Bảo tồn chức năng thận — suy thận mạn giai đoạn cuối	KDIGO 2024 [14]	Bảo vệ thận + cân bằng T2T gút + điều phối đa trục	B
B-17	Giảm mất bù suy tim	ESC 2021 [15]	Ổn định tim + quản lý xung đột thuốc + điều phối tim–thận–gút ngoại trú	B
B-18	Tái bù xơ gan giai đoạn cuối	EASL 2021 [16]; Caraceni [17]	Double blind zone: EASL + EULAR cùng không bao phủ giao điểm gút–xơ gan	B
C-01	Vùng mù lâm sàng	Viện Gút	Vùng BN cần điều trị nhưng không guideline bao phủ — hệ quy chiếu lệch	C
C-02	Van an toàn chuyển tuyến	Viện Gút	Ngưỡng đa trục → kích hoạt chuyển tuyến/can thiệp theo SLA	C
C-03	Bản đồ ưu tiên lâm sàng	Viện Gút	Xác định thứ tự ưu tiên khi guideline xung đột trên cùng BN	C
C-04	Điểm đứt gãy cấu trúc	Viện Gút; Grol 2003 [26]	Giới hạn cấu trúc chuỗi EBM tại bước 8 — cần thay đổi kiến trúc	C
C-05	Điều kiện vận hành	Viện Gút	Bệnh đồng mắc = điều kiện tiên quyết — không phải đích kiểm chứng	C
C-06	Nghịch lý guideline	Viện Gút; Tinetti 2004 [10]	Đúng từng guideline đơn — tổng hợp sai cho chính BN	C
C-07	Lệch hệ quy chiếu	Viện Gút	Guideline cho đơn bệnh; thực tại là đa bệnh theo thời gian	C
C-08	Bản đồ vùng mù	Viện Gút	CSDL dữ liệu đọc — hệ quy chiếu ra quyết định trong vùng không guideline	C
C-09	Hệ thống cảm biến–phản ứng	Viện Gút	Kiến trúc MDT: mỗi thành phần thu tín hiệu + kích hoạt khi vượt ngưỡng	C
C-10	Cửa sổ cơ hội	Viện Gút	Trạng thái HOW còn triển khai được — điểm ra quyết định của mô hình	C
C-11	Vòng 0–30 ngày tái tích hợp	Viện Gút	Sau đứt gãy: tăng tần suất, tái đánh giá 4 trục, hiệu chỉnh HOW	C
C-12	Audit trail lâm sàng	Viện Gút; IOM 2013 [35]	Chuỗi truy vết quyết định HOW: ai, khi nào, dữ liệu nào, hành động nào	C
C-13	Ê-kíp MDT vận hành	Viện Gút	MDT 7 vai trò cảm biến–phản ứng liên tục — không chỉ hội chẩn	C
C-14	Vùng mù hoàn toàn / Vùng mù đôi	Viện Gút	Hai guideline cùng im lặng về giao điểm — gút + xơ gan mất bù	C
C-15	Chuẩn độ ULT đa trục	Viện Gút; EULAR	Liều ULT đồng thời cân nhắc eGFR, gan, tim —	C

		2016 [2]	không chỉ sUA	
C-16	Kiểm soát flare khi thuốc bị giới hạn	Viện Gút; EULAR 2016 [2]	HOW khi NSAIDs + colchicine + corticoid đều bị giới hạn đồng thời	C
C-17	Điều phối tim-thận trong T2T gút	Viện Gút; Ronco 2008 [33]	HOW điều phối 3 trục: sUA + eGFR + EF trong ngoại trú T2T	C
C-18	3 vùng người bệnh (xanh/vàng/đỏ)	Viện Gút	Phân loại BN theo guideline coverage: xanh/vàng/đỏ (vùng mù)	C
C-19	3 mức phân loại năng lực BN (A/B/C)	Viện Gút	A = chủ động, B = cần hỗ trợ, C = ê-kíp chủ động → quyết định HOW	C
C-20	8 điều kiện đủ (năng lực tham gia BN)	Viện Gút	8 điều kiện BN cần — thiếu nào → thiết kế HOW bù đắp	C
C-21	Đào tạo BN có cấu trúc	Viện Gút; CCM [8]; ETP	Đào tạo gắn chuỗi vận hành — theo mức A/B/C và pha điều trị	C
C-22	Hợp tác như chỉ số vận hành	Viện Gút	Mức hợp tác BN = biến số đo lường — giảm → điều chỉnh HOW	C
C-23	Khoa học về hành vi bệnh nhân	Viện Gút; COM-B	Thiết kế hệ thống phù hợp hành vi thực tế BN	C
C-24	Chuỗi cảm biến-phản ứng	Viện Gút	7 bước từ thu thập tín hiệu đến hành động — đơn vị vận hành nhỏ nhất	C
C-25	Điểm ra quyết định (Decision pivot)	Viện Gút	Điểm phân nhánh hệ quả lớn — cần DATA + bản đồ ưu tiên + audit trail	C
C-26	Sổ quyết định lâm sàng (Decision log)	Viện Gút	Ghi lý do + bối cảnh quyết định — phân tích hồi cứu, cải tiến HOW	C
C-27	Vòng xoắn bệnh lý	Viện Gút	Phản hồi dương giữa trục bệnh — xấu trục này gây xấu trục khác	C
C-28	Ma trận giải xung đột	Viện Gút	Công cụ ma trận hỗ trợ phân xử khi guideline xung đột trên BN	C
C-29	Y học thị giác (Visual Medicine)	Viện Gút	Hình ảnh/video lâm sàng = dữ liệu vận hành + tăng tuân thủ + bằng chứng	C
C-30	Caliper mm ²	Viện Gút	Đo tình thể urat bằng caliper siêu âm — định lượng hơn OMERACT 0–3	C
C-31	Vòng phản hồi học tập	Viện Gút; IOM 2013 [35]	Kết quả + dữ liệu → phân tích → cải tiến HOW → triển khai	C
C-32	Cửa sổ cơ hội — tiêu chí vận hành	Viện Gút	Bộ tiêu chí: còn mở / đang đóng / đã đóng — dùng tại decision pivot	C
C-33	Mô hình chăm sóc ngoại trú tích hợp đa bệnh lý mạn tính phức tạp	Viện Gút	Khái niệm trung tâm: HOW ngoại trú đa trục — chữ 'ngoại trú' = khác biệt	C
C-34	Đa tổn thương cơ quan mạn tính	Viện Gút	Tổn thương ≥3 trục — mỗi cơ quan vừa đích vừa rào cản điều trị	C
C-35	Đa vòng xoắn bệnh lý mạn tính phức tạp	Viện Gút	Nhiều vòng xoắn cộng hưởng — mất bù gấp nhiều lần vòng đơn	C

Nhóm 3 — Xét nghiệm sinh học và ngưỡng hành động

Xét nghiệm liệt kê theo trục bệnh. 'Ngưỡng hành động' là giá trị định sẵn kích hoạt leo thang HOW trong lớp vận hành Viện Gút. Khoảng tham chiếu từ guideline quốc tế được trích dẫn.

Trục gút

Mã	Tên xét nghiệm	Ký hiệu	Đơn vị	Ngưỡng hành động	Nguồn
XN-01	Acid uric huyết thanh	sUA	mg/dL	Mục tiêu: <6 mg/dL · >6 × 2 lần khám → tăng liều ULT · >8 mg/dL → xem xét khẩn ULT	EULAR 2016 [2], ACR 2020 [1]
XN-02	sUA — đích tiêu tophi	sUA (tophi)	mg/dL	Mục tiêu: <5 mg/dL để đẩy nhanh tan tophi · Tophi to hơn trên hình ảnh → tăng ULT	EULAR 2016 [2]
XN-03	CRP (cơn viêm)	CRP	mg/L	Theo dõi xu hướng trong pha chuẩn độ · >50 mg/L + triệu chứng khớp → khởi động protocol cơn viêm	Viện Gút

XN-04	Bạch cầu (cơ viêm)	WBC	$\times 10^9/L$	WBC >12 trong nghi ngờ cơ viêm → loại trừ viêm khớp nhiễm khuẩn	Viện Gút
-------	--------------------	-----	-----------------	---	----------

Trục thận

Mã	Tên xét nghiệm	Ký hiệu	Đơn vị	Ngưỡng hành động	Nguồn
XN-05	eGFR (CKD-EPI 2021)	eGFR	mL/ph/ 1,73m ²	Phân giai: G3a \geq 45, G3b \geq 30, G4 \geq 15, G5<15 · Giảm >25% / 3 tháng → rút ngắn SLA · <15 → hội chẩn khẩn	KDIGO 2024 [14]
XN-06	Creatinine huyết thanh	SCr	$\mu\text{mol/L}$	Tăng cấp >26 $\mu\text{mol/L}$ trong 48h = AKI → giữ thuốc độc thận	KDIGO 2024 [14]
XN-07	Kali huyết thanh	K ⁺	mmol/L	Mục tiêu: 3,5–5,0 · K ⁺ >6,0 → SLA 4h (nguy hiểm tính mạng) · K ⁺ <3,0 → SLA 12h	KDIGO 2024 [14]
XN-08	Bicarbonate huyết thanh	HCO ₃ ⁻	mmol/L	<18 mmol/L (toan chuyển hóa) → xem xét liều ULT · Mục tiêu \geq 22 trong CKD	KDIGO 2024 [14]
XN-09	Protein niệu (PCR)	UPCR	mg/mmol	>100 mg/mmol → chuyển thận học · Xu hướng tăng → tăng tốc theo dõi trực thận	KDIGO 2024 [14]
XN-10	Uric acid niệu 24h	UUA24h	mmol/24h	Xác định kiểu hình (sản xuất quá mức hay bài tiết thiếu) → định hướng chọn ULT	ACR 2020 [1]

Trục tim mạch

Mã	Tên xét nghiệm	Ký hiệu	Đơn vị	Ngưỡng hành động	Nguồn
XN-11	NT-proBNP	NT-proBNP	pg/mL	Tăng cấp >50% từ nền → SLA 24h · Mục tiêu <125 pg/mL ngoại trú (HFrEF)	ESC 2021 [15]
XN-12	BNP	BNP	pg/mL	Thay thế NT-proBNP khi có sẵn · >400 pg/mL cấp → xem xét tim mạch khẩn	ESC 2021 [15]
XN-13	Troponin I / T	Tnl / TnT	ng/L (hs)	Bất kỳ tăng trên ngưỡng thứ 99 → loại trừ ACS · Tăng trong CRS → xem xét đa chuyên khoa	ESC 2021 [15]
XN-14	Phân suất tổng máu	EF	% (Simpson)	HFrEF <40%, HFmrEF 40–49%, HFpEF \geq 50% · Giảm >10% tuyệt đối từ nền → tăng tầng	ESC 2021 [15]
XN-15	Nhịp tim	HR	nhịp/phút	Mục tiêu (HFrEF + beta-blocker): 50–70 · HR >110 lúc nghỉ → xem xét lại thuốc	ESC 2021 [15]
XN-16	Huyết áp	HA	mmHg	Mục tiêu: <130/80 (CKD + HF) · HATT <90 → giữ lợi tiểu + xem xét khẩn	ESC 2021 [15]; KDIGO 2024 [14]

Trục gan

Mã	Tên xét nghiệm	Ký hiệu	Đơn vị	Ngưỡng hành động	Nguồn
XN-17	Độ cứng gan (FibroScan)	LSM	kPa	F0–F1: <7,0 · F2: 7–9,4 · F3: 9,5–12,4 · F4: \geq 12,5 · >20 kPa → nguy cơ cao TALTCM	EASL 2021 [16]
XN-18	Albumin huyết thanh	Albumin	g/L	<2,8 → SLA 48h · Child–Pugh: >3,5 (1đ), 2,8–3,5 (2đ), <2,8 (3đ)	EASL 2021 [16]
XN-19	PT-INR	PT-INR	tỷ số	>1,7 → nguy cơ chảy máu — xem xét kháng đông · Child–Pugh: <1,7 (1đ), 1,7–2,3 (2đ), >2,3 (3đ)	EASL 2021 [16]
XN-20	Bilirubin toàn phần	T-Bili	$\mu\text{mol/L}$	>34 $\mu\text{mol/L}$ → xấu chức năng gan → xem xét · Các mức Child–Pugh tương ứng	EASL 2021 [16]
XN-21	ALT / AST	ALT/AST	U/L	ALT >3 \times ULN → giữ thuốc độc gan · Kiểm tra mỗi lần thay đổi liều ULT	EASL 2021 [16]
XN-22	GGT	GGT	U/L	Theo dõi sử dụng rượu — quan trọng trong Child–Pugh B/C	Viện Gút

XN-23	Natri huyết thanh	Na ⁺	mmol/L	<130 mmol/L (hạ natri nặng) → SLA 24h — thường gặp trong xơ gan mất bù	EASL 2021 [16]
XN-24	Phân độ cổ trướng	Cổ trướng	Lâm sàng + SA	Độ 1 (chỉ SA), Độ 2 (phát hiện được), Độ 3 (căng tức) · Mới Độ 2+ → hội chẩn gan mật khẩn	EASL 2021 [16]

An toàn đa thuốc

Mã	Tên xét nghiệm	Ký hiệu	Đơn vị	Ngưỡng hành động	Nguồn
XN-25	Cortisol buổi sáng	Cortisol sáng	µg/dL	<3 µg/dL → suy thượng thận → SLA 4h · Sàng lọc ở tất cả bệnh nhân dùng corticoid kéo dài	Viện Gút
XN-26	Haemoglobin	Hb	g/dL	<7 g/dL → SLA 12h (đánh giá truyền máu khẩn) · <8 g/dL có triệu chứng → SLA 24h	Viện Gút
XN-27	Tiểu cầu	PLT	×10 ⁹ /L	<50 → tránh NSAIDs + đánh giá nguy cơ chảy máu · Cường lách thường gặp trong xơ gan	Viện Gút
XN-28	Đường huyết / HbA1c	ĐH / HbA1c	mmol/L / %	Mục tiêu HbA1c (ĐTĐ2 + CKD): 7,0–8,0% · ĐH >16,7 mmol/L → protocol tăng đường huyết cấp	Viện Gút

Nhóm 4 — Phương tiện hình ảnh và kiểm chứng chức năng

Mỗi phương tiện là công cụ kiểm chứng chuẩn cho một hoặc nhiều đích kiểm chứng. Cột 'Đích' tương ứng với Đích 1–4.

Mã	Phương tiện	Đích	Vai trò lâm sàng	Thông số / Ngưỡng chính
HA-01	Siêu âm khớp OMERACT	Đích 1	Kiểm chứng crystal-free chính — khớp và gân	Dấu hiệu đường đôi (DCS), thể tích tophi, Power Doppler viêm màng hoạt dịch
HA-02	CT năng lượng kép (DECT)	Đích 1	Bản đồ tinh thể toàn thân — nhạy nhất để xác nhận Đích 1	Tổng thể tích urate (mm ³), tinh thể dưới lâm sàng không thấy trên siêu âm
HA-03	X-quang khớp	Đích 1	Theo dõi xói mòn xương và vôi hóa tophi dài hạn	Kích thước và số xói mòn, đặc điểm riêng của gút (hình ảnh mái hiên)
HA-04	MRI cơ xương khớp	Đích 1	Ca phức tạp — viêm màng hoạt dịch, phù tủy xương	Điểm phù tủy xương, xác nhận phát hiện của DECT khi còn nghi ngờ
HA-05	Siêu âm thận	Đích 2	Đánh giá cấu trúc CKD theo dọc	Kích thước thận (cm), độ dày vỏ thận, tính hồi âm, phát hiện tắc nghẽn
HA-06	Đàn hồi mô thận (ARFI/SWE)	Đích 2	Đánh giá xơ hóa thận không xâm lấn — thay thế sinh thiết	Độ cứng thận (kPa), theo dõi xu hướng mỗi 12 tháng
HA-07	Siêu âm tim qua thành ngực	Đích 3	Đánh giá cấu trúc và chức năng tim — phương tiện chính	EF phương pháp Simpson, rối loạn vận động, chức năng van, tràn dịch màng tim
HA-08	Tissue Doppler (TDI)	Đích 3	Đánh giá chức năng tâm trương — HFpEF	Tỷ lệ E/e', vận tốc vòng van hai lá (e')
HA-09	MRI tim (CMR)	Đích 3	Bệnh cơ tim phức tạp — định lượng xơ hóa	Tăng cân quang muộn (LGE), T1/T2 mapping (phù, viêm, quá tải sắt)
HA-10	CT mạch vành	Đích 3	Bệnh mạch vành trong chẩn đoán nguyên nhân suy tim	Điểm calci, phân độ hẹp — định hướng tái thông mạch
HA-11	FibroScan (đàn hồi thoáng qua)	Đích 4	Phân giai xơ hóa gan không xâm lấn — theo dõi dọc chính	LSM (kPa): F4≥12,5; CAP (dB/m): phân độ thoái hóa mỡ
HA-12	Siêu âm gan	Đích 4	Đánh giá cấu trúc, tăng áp tĩnh mạch cửa, cổ trướng	Kích thước gan, bề mặt gan (xơ gan), lách to, thể tích cổ trướng Độ 1/2/3

HA-13	Đàn hồi ARFI/SWE	Đích 4	Thay thế FibroScan — dùng được khi có cổ trướng, béo phì	Vận tốc sóng cắt (m/s) → phân giai xơ hóa
HA-14	Nội soi thực quản-dạ dày	Đích 4	Giãn tĩnh mạch thực quản — biến chứng tăng áp tĩnh mạch cửa	Phân độ giãn tĩnh mạch I–IV, giãn tĩnh mạch dạ dày, bệnh dạ dày tăng áp cửa

Nhóm 5 — Thuật ngữ guideline quốc tế được trích dẫn trong bộ tài liệu

Các thuật ngữ dùng đúng nghĩa gốc quốc tế trong suốt bộ tài liệu.

Mã	Thuật ngữ	Nguồn	Định nghĩa / Vai trò trong bộ tài liệu
GL-01	Treat-to-target (T2T)	EULAR 2016 [2], ACR 2020 [1]	Chiến lược chuẩn độ liều đến đích đo lường — trong gút: sUA <6 mg/dL
GL-02	GRADE (đánh giá bằng chứng)	Guyatt et al. 2008 [29]	Hệ thống đánh giá chất lượng bằng chứng và mức khuyến cáo
GL-03	Tháp bằng chứng OCEBM	Sackett et al. 1996 [30]	5 tầng: SR/meta-analysis → RCT → cohort → case-control → case series
GL-04	Living guideline	WHO [6], NICE, EULAR [2]	Guideline cập nhật liên tục — không giải quyết được khoảng trống HOW cấu trúc
GL-05	Quản lý bảo tồn CKD	KDIGO 2024 [14]	Quản lý CKD nặng không lọc máu — tối đa hóa chức năng trong khi hoãn RRT
GL-06	Phân giai CKD (G1–G5)	KDIGO 2024 [14]	eGFR: G1≥90, G2 60–89, G3a 45–59, G3b 30–44, G4 15–29, G5<15 mL/ph/1,73m ²
GL-07	Điểm Child–Pugh	EASL 2021 [16]	Mức độ nặng xơ gan: bilirubin, albumin, INR, cổ trướng, bệnh não → Hạng A/B/C
GL-08	Điểm MELD	EASL 2021 [16]	Mô hình tiên lượng tử vong 90 ngày trong xơ gan
GL-09	HFrEF / HFmrEF / HFpEF	ESC 2021 [15]	Phân loại suy tim theo EF: giảm (<40%), giảm nhẹ (40–49%), bảo tồn (≥50%)
GL-10	Mất bù (suy tim)	ESC 2021 [15]	Xấu đi cấp tính của suy tim cần nhập viện — đích phòng ngừa chính trong mô hình
GL-11	Tái bù (xơ gan)	EASL 2021 [16]	Thoái lui toàn bộ các biến cố mất bù — đích Kiểm chứng số 4
GL-12	SLA (cam kết mức dịch vụ)	Health informatics / vận hành	Thời gian phản hồi tối đa định sẵn cho một kích hoạt — vận hành hóa ngưỡng hành động
GL-13	MDT (ê-kíp đa ngành)	WHO, NHS, NICE	Ê-kíp đa chuyên khoa — cấu trúc khác trong Viện Gút (xem A.4 Nhóm B)
GL-14	GPP (Thực hành nhà thuốc tốt)	WHO, FIP	Chuẩn chất lượng nhà thuốc — vai trò được sĩ Viện Gút neo vào tiêu chuẩn GPP
GL-15	EMR / EHR	Health informatics	Hồ sơ bệnh án điện tử — hạ tầng dữ liệu cho theo dõi dọc
GL-16	CDSS	Health informatics	Hệ thống hỗ trợ quyết định lâm sàng — gần nhất quốc tế với lớp vận hành Viện Gút
GL-17	CCM (Mô hình chăm sóc mạn tính)	Wagner 2001 [8]	Framework 6 thành phần chăm sóc bệnh mạn — nền tảng lý luận của mô hình
GL-18	Khoảng cách know-do	WHO 2004 [28]	Khoảng cách giữa tri thức khoa học và thực hành lâm sàng — tương đương quốc tế của khoảng trống HOW

Nhóm 6 — Từ viết tắt và ký hiệu

STT	Viết tắt	Nghĩa tiếng Anh	Nghĩa tiếng Việt
01	ACR	American College of Rheumatology	Hội Thấp khớp Mỹ
02	AKI	Acute Kidney Injury	Tổn thương thận cấp
03	ALT	Alanine aminotransferase	Alanine aminotransferase
04	AM Cortisol	Morning serum cortisol	Cortisol buổi sáng (huyết thanh)
05	ARFI	Acoustic Radiation Force Impulse	Đàn hồi mô (xung lực bức xạ âm)
06	AST	Aspartate aminotransferase	Aspartate aminotransferase
07	BNP	B-type Natriuretic Peptide	Peptide lợi niệu natri type B
08	HA	Blood Pressure	Huyết áp
09	CAP	Controlled Attenuation Parameter	Thông số suy giảm có kiểm soát (FibroScan)
10	CCM	Chronic Care Model	Mô hình chăm sóc mạn tính
11	CDSS	Clinical Decision Support System	Hệ thống hỗ trợ quyết định lâm sàng
12	CKD	Chronic Kidney Disease	Bệnh thận mạn
13	CMR	Cardiac Magnetic Resonance	MRI tim
14	CRP	C-reactive protein	Protein phản ứng C
15	CT	Computed Tomography	Chụp cắt lớp vi tính
16	DATA-to-operate *	Operational longitudinal data	Dữ liệu vận hành dọc — kích hoạt quyết định HOW
17	DCS	Double Contour Sign	Dấu hiệu đường đôi (siêu âm OMERACT)
18	DECT	Dual-Energy Computed Tomography	CT năng lượng kép
19	ĐH	Blood glucose	Đường huyết
20	ĐTĐ2	Type 2 Diabetes Mellitus	Đái tháo đường type 2
21	DMARD	Disease-Modifying Anti-Rheumatic Drug	Thuốc chống thấp khớp thay đổi bệnh
22	EASL	European Association for the Study of the Liver	Hội Gan mật châu Âu
23	EF	Ejection Fraction	Phân suất tổng máu
24	eGFR	Estimated Glomerular Filtration Rate	Độ lọc cầu thận ước tính
25	EHR / EMR	Electronic Health / Medical Record	Hồ sơ bệnh án điện tử
26	ESC	European Society of Cardiology	Hội Tim mạch châu Âu
27	EULAR	European League Against Rheumatism	Liên đoàn Chống Thấp khớp châu Âu
28	FibroScan	Transient elastography device	Thiết bị đo độ cứng gan (đàn hồi thoáng qua)
29	GGT	Gamma-glutamyl transferase	Gamma-glutamyl transferase
30	GPP	Good Pharmacy Practice	Thực hành nhà thuốc tốt
31	GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation	Hệ thống đánh giá chất lượng bằng chứng
32	Hb	Haemoglobin	Hemoglobin
33	HbA1c	Glycated haemoglobin	Hemoglobin glycat hóa
34	HCO₃⁻	Bicarbonate	Bicarbonate
35	HF	Heart Failure	Suy tim
36	HFmrEF	Heart Failure with mildly-reduced EF	Suy tim EF giảm nhẹ

37	HFpEF	Heart Failure with preserved EF	Suy tim EF bảo tồn
38	HFrEF	Heart Failure with reduced EF	Suy tim EF giảm
39	HOW *	Structured clinical operational process	Quy trình vận hành lâm sàng có cấu trúc
40	Khoảng trống HOW *	HOW gap	Khoảng cách cấu trúc giữa WHAT và HOW
41	HR	Heart rate	Nhịp tim
42	INR	International Normalised Ratio	Tỷ số chuẩn hóa quốc tế
43	K⁺	Potassium	Kali
44	KDIGO	Kidney Disease: Improving Global Outcomes	Kidney Disease: Improving Global Outcomes
45	LGE	Late Gadolinium Enhancement	Tăng cản quang muộn (MRI tim)
46	LMIC	Low- and Middle-Income Countries	Quốc gia thu nhập thấp và trung bình
47	LSM	Liver Stiffness Measurement	Đo độ cứng gan (FibroScan, kPa)
48	MDT	Multidisciplinary Team	Ê-kíp đa ngành
49	MELD	Model for End-Stage Liver Disease	Mô hình bệnh gan giai đoạn cuối
50	MRI	Magnetic Resonance Imaging	Chụp cộng hưởng từ
51	MSU	Monosodium Urate	Muối urat natri (tinh thể)
52	Na⁺	Sodium	Natri
53	NHS	National Health Service	Dịch vụ Y tế Quốc gia (Anh)
54	NICE	National Institute for Health and Care Excellence	Viện Y tế và Chăm sóc Xuất sắc Quốc gia (Anh)
55	NSAIDs	Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs	Thuốc kháng viêm không steroid
56	NT-proBNP	N-terminal pro-B-type Natriuretic Peptide	N-terminal pro-B-type Natriuretic Peptide
57	OCEBM	Oxford Centre for Evidence-Based Medicine	Trung tâm Y học Dựa trên Bằng chứng Oxford
58	OMERACT	Outcome Measures in Rheumatology	Đo lường kết cục trong thấp khớp
59	PCR (niệu)	Protein-to-Creatinine Ratio	Tỷ số protein/creatinine niệu
60	PLT	Platelet count	Tiểu cầu
61	PT	Prothrombin time	Thời gian prothrombin
62	RA	Rheumatoid Arthritis	Viêm khớp dạng thấp
63	RCT	Randomised Controlled Trial	Thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng
64	RRS	Rapid Response System	Hệ thống phản ứng nhanh
65	RRT	Renal Replacement Therapy	Điều trị thay thế thận
66	SCr	Serum Creatinine	Creatinine huyết thanh
67	SGLT2i	Sodium-Glucose Cotransporter-2 Inhibitor	Thuốc ức chế SGLT2
68	SLA *	Service-Level Agreement	Cam kết thời gian phản hồi tối đa
69	SR	Systematic Review	Tổng quan hệ thống
70	sUA / UAc	Serum Uric Acid	Acid uric huyết thanh
71	SWE	Shear Wave Elastography	Đàn hồi sóng cắt
72	T-Bili	Total Bilirubin	Bilirubin toàn phần
73	T2T	Treat-to-target	Điều trị đến đích
74	TDI	Tissue Doppler Imaging	Doppler mô tim
75	TnI / TnT	Troponin I / Troponin T	Troponin I / Troponin T
76	UPCR	Urine Protein-to-Creatinine Ratio	Tỷ số protein/creatinine niệu

77	ULT	Urate-Lowering Therapy	Thuốc hạ acid uric
78	UUA24h	24-hour urine uric acid	Acid uric niệu 24 giờ
79	WBC	White Blood Cell count	Bạch cầu
80	WHAT *	Clinical guideline and evidence	Guideline và bằng chứng lâm sàng
81	WHO	World Health Organization	Tổ chức Y tế Thế giới

* Thuật ngữ đặc thù của Mô hình Viện Gút. Các thuật ngữ còn lại theo định nghĩa quốc tế chuẩn.

Tài liệu tham khảo

Tài liệu tham khảo tổ chức theo nhóm chủ đề tương ứng với sáu nhóm thuật ngữ. Số trong ngoặc vuông tương ứng với trích dẫn trong toàn bộ bộ 36 tài liệu.

Nhóm 1 — Guideline gút và đích kiểm chứng

- [1] FitzGerald JD, Dalbeth N, Mikuls T, et al. 2020 American College of Rheumatology Guideline for the Management of Gout. *Arthritis Care Res.* 2020;72(6):744-760.
- [2] Richette P, Doherty M, Pascual E, et al. 2016 updated EULAR evidence-based recommendations for the management of gout. *Ann Rheum Dis.* 2017;76(1):29-42.
- [3] Zhang W, Doherty M, Bardin T, et al. EULAR evidence based recommendations for gout. Part II: Management. *Ann Rheum Dis.* 2006;65(10):1312-1324.
- [4] Neogi T, Jansen TL, Dalbeth N, et al. 2015 Gout Classification Criteria: an ACR/EULAR collaborative initiative. *Ann Rheum Dis.* 2015;74(10):1789-1798.
- [5] Pascual E, Sivera F, Andres M. Synovial fluid analysis for crystals. *Curr Opin Rheumatol.* 2011;23(2):161-169.

Nhóm 2 — Chăm sóc tích hợp và đa bệnh lý

- [6] World Health Organization. Framework on Integrated, People-centred Health Services. Geneva: WHO; 2016.
- [7] Barnett K, Mercer SW, Norbury M, et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care. *Lancet.* 2012;380(9836):37-43.
- [8] Wagner EH, Austin BT, Davis C, et al. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff.* 2001;20(6):64-78.
- [9] World Health Organization. Integrated Care for Older People (ICOPE). Geneva: WHO; 2019.
- [10] Tinetti ME, Bogardus ST Jr, Agostini JV. Potential pitfalls of disease-specific guidelines for patients with multiple conditions. *N Engl J Med.* 2004;351(27):2870-2874.
- [11] Guthrie B, Payne K, Alderson P, McMurdo ME, Mercer SW. Adapting clinical guidelines to take account of multimorbidity. *BMJ.* 2012;345:e6341.
- [12] Pham HH, Schrag D, O'Malley AS, Wu B, Bach PB. Care patterns in Medicare and their implications for pay for performance. *N Engl J Med.* 2007;356(11):1130-1139.
- [13] World Health Organization. Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013–2030. Geneva: WHO; 2023.

Nhóm 3 — Guideline xét nghiệm và ngưỡng sinh học

- [14] Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for CKD. *Kidney Int.* 2024;105(4S):S117-S314.
- [15] McDonagh TA, Metra M, Adamo M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J.* 2021;42(36):3599-3726.
- [16] European Association for the Study of the Liver (EASL). EASL Clinical Practice Guidelines for decompensated cirrhosis. *J Hepatol.* 2018;69(2):406-460.
- [17] Caraceni P, Tonon M, Vizzutti F, et al. Definition and diagnosis of refractory ascites in cirrhosis. *Dig Liver Dis.* 2019;51(5):611-615.

- [18] Inker LA, Eneanya ND, Coresh J, et al. New Creatinine- and Cystatin C–Based Equations to Estimate GFR without Race. *N Engl J Med*. 2021;385(19):1737-1749.
- [19] Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, et al. Fourth Universal Definition of Myocardial Infarction. *J Am Coll Cardiol*. 2018;72(18):2231-2264.

Nhóm 4 — Phương tiện hình ảnh và chuẩn quốc tế

- [20] Gutierrez M, Schmidt WA, Thiele RG, et al. International Consensus for ultrasound lesions in gout: results of Delphi process and web-reliability exercise. *Rheumatology*. 2015;54(10):1797-1805.
- [21] Bongartz T, Glazebrook KN, Kavros SJ, et al. Dual-energy CT for the diagnosis of gout: an accuracy and diagnostic yield study. *Ann Rheum Dis*. 2015;74(6):1072-1077.
- [22] Cassinotto C, Boursier J, de Lédinghen V, et al. Liver stiffness in NAFLD: a comparison of SSI, FibroScan, and ARFI with liver biopsy. *Hepatology*. 2016;63(6):1817-1827.
- [23] Lang RM, Badano LP, Mor-Avi V, et al. Recommendations for cardiac chamber quantification by echocardiography in adults. *J Am Soc Echocardiogr*. 2015;28(1):1-39.
- [24] Dietrich CF, Bamber J, Berzigotti A, et al. EFSUMB Guidelines on Clinical Use of Liver Ultrasound Elastography. *Ultraschall Med*. 2017;38(4):377-394.

Nhóm 5 — Khoa học triển khai và khung guideline

- [25] Eccles MP, Mittman BS. Welcome to Implementation Science. *Implement Sci*. 2006;1:1.
- [26] Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change. *Lancet*. 2003;362(9391):1225-1230.
- [27] Graham ID, Logan J, Harrison MB, et al. Lost in knowledge translation: time for a map? *J Contin Educ Health Prof*. 2006;26(1):13-24.
- [28] World Health Organization. Knowledge translation for public health. Geneva: WHO; 2004.
- [29] Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence. *BMJ*. 2008;336(7650):924-926.
- [30] Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996;312(7023):71-72.

Nhóm 6 — Khung vận hành và quản trị

- [31] Pronovost PJ, Berenholtz SM, Needham DM. Translating evidence into practice: a model for large scale knowledge translation. *BMJ*. 2008;337:a1714.
- [32] Coleman EA. Falling through the cracks: challenges for improving transitional care for persons with complex care needs. *J Am Geriatr Soc*. 2003;51(4):549-555.
- [33] Ronco C, Haapio M, House AA, Anavekar N, Bellomo R. Cardiorenal syndrome. *J Am Coll Cardiol*. 2008;52(19):1527-1539.
- [34] Deane KD, O'Donnell CI, Hueber W, et al. The number of elevated cytokines in preclinical seropositive RA predicts time to diagnosis. *Arthritis Rheum*. 2010;62(11):3161-3172.
- [35] Institute of Medicine (IOM). Best Care at Lower Cost: The Path to Continuously Learning Health Care in America. Washington DC: National Academies Press; 2013.

Tài liệu A.5 là tài liệu tra cứu liên tục cập nhật — bổ sung khi có thuật ngữ mới được chuẩn hóa trong bộ.