

**BỘ TÀI LIỆU HỌC THUẬT CÔNG BỐ QUỐC TẾ**

# **MÔ HÌNH VIỆN GÚT**

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

**Phần A – TÀI LIỆU NỀN TẢNG**

## **TÀI LIỆU A.1**

**KHUNG HỆ QUY CHIẾU EBM: WHAT – HOW – DATA-to-operate**  
**Từ khoảng trống đến cấu trúc có thể vận hành**

**Mô hình Viện Gút — Bộ tài liệu học thuật công bố quốc tế**  
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

---

**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

## NHÓM BÁC SĨ ĐIỀU TRỊ + Ê-KÍP ĐA NGÀNH PHÒNG KHÁM ĐA KHOA 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.

## ĐỊA ĐIỂM NGHIÊN CỨU

---

Trung tâm Pháp-Việt về Nghiên cứu Bệnh Gút và Các Bệnh Đồng Mắc

Phòng khám Đa khoa Viện Gút — 13A Hồng Hạ, Tân Sơn Hòa, TP. Hồ Chí Minh, Việt Nam

## VỊ TRÍ TÀI LIỆU TRONG BỘ TÀI LIỆU HỌC THUẬT MÔ HÌNH VIỆN GÚT

---

Tài liệu A.1 không phải là tài liệu trình bày một quy trình lâm sàng cụ thể, cũng không phải tài liệu áp dụng cho một trục bệnh riêng lẻ. A.1 là tài liệu nền tảng của Phần A, có nhiệm vụ xác lập khung hệ quy chiếu EBM mà toàn bộ bộ tài liệu Mô hình Viện Gút sử dụng: WHAT – HOW – DATA-to-operate.

Nếu A.0 là tài liệu tuyên bố kiến trúc chung của toàn bộ bộ hồ sơ, thì A.1 là tài liệu trả lời câu hỏi tiếp theo: bộ hồ sơ này đang dùng hệ quy chiếu học thuật nào để nhìn vào khoảng trống của y học hiện đại trong chăm sóc ngoại trú đa bệnh lý mạn tính phức tạp. A.1 vì vậy nằm ở vị trí nối giữa tuyên bố kiến trúc ở A.0 và bộ khái niệm nền tảng ở A.2.

Để đọc A.1 đúng vị trí của nó, cần đặt tài liệu này trong kiến trúc bốn tầng của bộ tài liệu:

Tầng 1 — Kiến trúc cơ bản (Phần A và Phần B) A.1 thuộc Tầng 1. Nó không mô tả bệnh nào riêng lẻ, mà xác lập hệ quy chiếu dùng chung cho toàn bộ Phần A, Phần B, Phần C và Phần D.

Tầng 2 — Áp dụng kiến trúc vào từng trục bệnh cụ thể (Phần C) Các tài liệu C chỉ có thể đọc đúng khi người đọc đã nắm được A.1, vì mọi tài liệu C đều vận hành trên cùng khung WHAT – HOW – DATA-to-operate này.

Tầng 3 — Phụ lục (protocol và quy trình) Các phụ lục là lớp triển khai chi tiết của HOW. Chúng không thể được hiểu tách rời A.1, vì nếu thiếu khung lý luận ở A.1, người đọc sẽ dễ hiểu nhầm protocol chỉ là tập hợp mẹo lâm sàng rời rạc.

Tầng 4 — Đối thoại học thuật, đối chiếu bằng chứng và lộ trình kiểm chứng đa trung tâm (Phần D) Phần D chỉ có thể hình thành một cách học thuật nếu A.1 đã xác lập được câu hỏi trung tâm: y học hiện đại đang thiếu gì giữa bằng chứng và thực hành, và Mô hình Viện Gút đang đề xuất bổ sung lớp nào để lấp khoảng trống đó.

### DẪN CHIẾU CHO NGƯỜI ĐỌC A.1

---

Muốn hiểu tuyên bố kiến trúc chung của toàn bộ bộ tài liệu, đọc A.0.

Muốn hiểu định nghĩa chính xác của ba lớp WHAT – HOW – DATA-to-operate, đọc A.2.

Muốn hiểu bằng chứng quốc tế về khoảng trống HOW toàn cầu, đọc A.3.

Muốn hiểu hệ thuật ngữ vận hành, đọc A.4–A.5.

Muốn hiểu khung này được triển khai thành mô hình ngoại trú như thế nào, đọc B.1–B.5.

Muốn hiểu khung này được áp dụng vào từng trục bệnh ra sao, đọc C.1–C.n.

Muốn hiểu khung này sẽ đi vào đối thoại học thuật và kiểm chứng đa trung tâm bằng cách nào, đọc Phần D.

### TÓM TẮT

---

Tài liệu A.1 trình bày khung hệ quy chiếu EBM mà bộ tài liệu học thuật Mô hình Viện Gút sử dụng để phân tích và tổ chức chăm sóc ngoại trú cho bệnh nhân đa bệnh lý mạn tính phức tạp. Luận điểm trung tâm của tài liệu là: chuỗi EBM hiện đại đã phát triển lớp WHAT đến mức hoàn thiện cao — tức các mục tiêu điều trị, bằng chứng, guideline và khuyến nghị đơn bệnh — nhưng chưa tự sinh ra đầy đủ lớp HOW, tức kiến trúc vận hành lâm sàng để áp dụng đồng thời nhiều guideline trên cùng một người bệnh qua thời gian, và cũng chưa cung cấp lớp DATA-to-operate,

tức bộ dữ liệu đọc đủ để kích hoạt quyết định lâm sàng đúng thời điểm trong ngoại trú đa bệnh lý phức tạp.

A.1 không phủ nhận EBM. A.1 xem EBM là nền tảng cốt lõi của y học hiện đại, nhưng cho rằng khi bước từ quần thể nghiên cứu được chọn lọc sang bệnh nhân thực tế có nhiều bệnh nặng cùng lúc, chuỗi EBM đơn bệnh gặp một điểm đứt gãy cấu trúc ở bước áp dụng lâm sàng. Từ đó, tài liệu đề xuất khung ba lớp WHAT – HOW – DATA-to-operate như một hệ quy chiếu hoàn chỉnh hơn để chuyển tri thức guideline thành thực hành ngoại trú tích hợp, cá thể hóa, có theo dõi dọc và có thể kiểm chứng.

Khung này là nền tảng lý luận trực tiếp của toàn bộ Phần B, Phần C và Phần D. Nó cũng là cơ sở để giải thích vì sao các đích lâm sàng cao — như crystal-free, trì hoãn lọc thận, giảm mất bù suy tim và tái bù xơ gan — tuy đã có nền bằng chứng quốc tế, vẫn khó được hiện thực hóa bền vững trong thực hành nếu thiếu một mô hình vận hành có cấu trúc.

## **BỐI CẢNH**

---

Viện Gút bắt đầu từ năm 2007 trong bối cảnh Việt Nam còn là nước thu nhập thấp, nguồn lực y tế còn hạn chế, thiếu bác sĩ chuyên khoa sâu, trong khi giai đoạn đầu mô hình chủ yếu dựa trên đội ngũ bác sĩ nội tổng quát. Đối tượng bệnh nhân mà Viện Gút tiếp nhận ngay từ những năm đầu không phải là nhóm gút nhẹ, mà chủ yếu là những bệnh nhân gút đến muộn, bị biến chứng nặng, đồng thời kèm bệnh thận mạn, suy tim, xơ gan, đái tháo đường, suy thượng thận thứ phát và nhiều vòng xoắn bệnh lý chồng lấp.

Trên nhóm bệnh nhân này, một nghịch lý lâm sàng bộc lộ sớm: bác sĩ có thể ngày càng biết nhiều hơn về các guideline quốc tế, nhưng kết quả điều trị trên những ca khó nhất vẫn không tự động cải thiện chỉ bằng cách cộng dồn các guideline đơn bệnh. Vấn đề không còn nằm chủ yếu ở việc thiếu nguyên lý điều trị, mà nằm ở việc thiếu một kiến trúc vận hành có thể tổ chức đồng thời nhiều mục tiêu điều trị, nhiều loại thuốc, nhiều nguy cơ mất bù và nhiều nhịp theo dõi trên cùng một người bệnh qua thời gian.

Năm 2014 là một bước ngoặt. Từ đây, thông qua hợp tác quốc tế, Viện Gút tiếp nhận có hệ thống hơn lớp WHAT của các guideline điều trị gút và bệnh đồng mắc. Nhưng chính việc tiếp cận WHAT rõ hơn lại làm lộ ra sâu hơn khoảng trống HOW trong thực hành. Càng tiếp cận chuẩn quốc tế của bằng chứng, Viện Gút càng thấy rõ rằng giữa guideline và thực tiễn đa bệnh lý phức tạp còn một lớp còn thiếu. A.1 được viết ra để mô tả chính xác lớp còn thiếu đó trong ngôn ngữ học thuật có cấu trúc.

## **MỤC TIÊU VÀ PHẠM VI TÀI LIỆU**

---

Tài liệu A.1 có năm mục tiêu.

Thứ nhất, mô tả chuỗi EBM hiện đại với tư cách nền tảng cốt lõi của y học lâm sàng.

Thứ hai, chỉ ra điểm đứt gãy cấu trúc của chuỗi EBM khi chuyển từ bằng chứng đơn bệnh sang áp dụng thực tế cho bệnh nhân đa bệnh lý mạn tính phức tạp trong ngoại trú.

Thứ ba, xác lập ba lớp của khung hệ quy chiếu mà Mô hình Viện Gút sử dụng: WHAT, HOW và DATA-to-operate.

Thứ tư, giải thích quan hệ giữa ba lớp này và vì sao chúng không thay thế, không bù trừ cho nhau.

Thứ năm, đặt khung này làm nền lý luận trực tiếp cho toàn bộ Phần B, Phần C và Phần D.

Tài liệu A.1 không đi sâu vào định nghĩa chi tiết từng thuật ngữ vận hành riêng lẻ; nội dung đó thuộc A.2, A.4 và A.5. Tài liệu này cũng không mô tả chi tiết quy trình lâm sàng; nội dung đó thuộc B.1–B.5. A.1 là một tài liệu khung: nhiệm vụ của nó là xác lập hệ quy chiếu học thuật, không phải viết ra protocol cụ thể.

## 1. NGUỒN GỐC THỰC HÀNH CỦA CÂU HỎI WHAT – HOW – DATA-TO-OPERATE

Tài liệu này xuất phát từ một câu hỏi mà Viện Gút buộc phải tự trả lời sau nhiều năm vận hành lâm sàng: tại sao bác sĩ có thể được đào tạo tốt hơn, guideline có thể cập nhật hơn, thuốc có thể đa dạng hơn, nhưng khi điều trị bệnh nhân đa bệnh lý mạn tính phức tạp trong ngoại trú, kết quả vẫn không tự động cải thiện tương ứng?

Câu trả lời không nằm ở chỗ guideline kém chất lượng — guideline ngày càng tốt hơn. Vấn đề nằm ở chỗ guideline chỉ là một phần của kiến trúc điều trị. Nó trả lời tốt câu hỏi “cần làm gì”, nhưng chưa trả lời đầy đủ câu hỏi “tổ chức thực hiện như thế nào trên cùng một người bệnh có nhiều bệnh nặng, nhiều thuốc, nhiều nguy cơ và nhiều điểm gãy theo thời gian”.

Từ quan sát đó, Viện Gút dần hệ thống hóa một nhận thức: giữa bằng chứng và thực hành có ít nhất ba lớp cần phân biệt. Một là lớp WHAT — mục tiêu điều trị, guideline, ngưỡng đích, thuốc lựa chọn. Hai là lớp HOW — kiến trúc vận hành lâm sàng cho phép đưa WHAT vào đời sống điều trị thực. Ba là lớp DATA-to-operate — bộ dữ liệu đủ dùng để nhìn thấy xu hướng, phát hiện điểm gãy, kích hoạt quyết định và duy trì theo dõi dọc.

A.1 là bước đầu tiên để biến nhận thức này thành một khung học thuật minh bạch, kiểm tra được và mở cho đối thoại — đồng thời làm nền cho toàn bộ tài liệu.

## 2. CHUỖI EBM HIỆN ĐẠI — THÀNH TỰU VĨ ĐẠI, NHƯNG CHƯA PHẢI KIẾN TRÚC ĐỦ CHO ĐA BỆNH LÝ PHỨC TẠP

Y học dựa trên bằng chứng được xây dựng như một chuỗi logic chặt chẽ. Từ nghiên cứu khoa học cơ bản, y học dần đi tới chẩn đoán, xác lập mục tiêu điều trị, phát triển thuốc hoặc can thiệp, thực hiện thử nghiệm lâm sàng, xếp hạng bằng chứng và xây dựng guideline. Toàn bộ chuỗi này là nền tảng của y học hiện đại, và không có lớp tri thức nào của Mô hình Viện Gút đứng ngoài chuỗi đó.

BƯỚC TRONG CHUỖI EBM	PHƯƠNG PHÁP VÀ NỘI DUNG	KẾT QUẢ TẠO RA	HOW + DATA
1. Nghiên cứu cơ bản	Thí nghiệm in vitro/in vivo, mô hình động vật, gene expression, proteomics — xác định cơ chế bệnh sinh, mục tiêu phân tử	Giả thuyết cho chẩn đoán và điều trị	Không yêu cầu HOW/DATA lâm sàng
2. Phát triển chẩn đoán	Tiêu chuẩn chẩn đoán (ACR criteria), kỹ thuật hình ảnh, biomarker — đánh giá độ nhạy/specificity	Công cụ nhận diện bệnh chính xác	HOW chẩn đoán chuẩn hóa — DATA chẩn đoán có hệ thống

3. Mục tiêu điều trị	Dựa trên cơ chế bệnh và dịch tễ — mục tiêu ngắn hạn và dài hạn; cá nhân hóa theo patient-centered care	WHAT hình thành rõ: đích điều trị được định nghĩa khoa học	HOW đạt đích trong đơn bệnh — DATA đánh giá kết quả đơn trực
4. Phát triển thuốc/can thiệp	Từ screening đến thiết kế phân tử (biologics như anti-TNF), preclinical studies	Công cụ điều trị có bằng chứng tiền lâm sàng	HOW dùng thuốc an toàn trong đơn bệnh — DATA tiền lâm sàng
5. Thử nghiệm lâm sàng	Phase I → Phase II → Phase III RCT double-blind → Phase IV; tuân thủ GCP	Bằng chứng hiệu quả và an toàn. LƯU Ý: RCT thường loại trừ bệnh nhân đa bệnh nặng	HOW trong RCT kiểm soát chặt — DATA đồng nhất. Nhưng population thực tế bị loại trừ
6. Tháp bằng chứng (OCEBM)	Từ thấp đến cao: Ý kiến chuyên gia → Cross-sectional → Case-control, cohort → RCT → Systematic review — đánh giá bằng GRADE	Xếp hạng bằng chứng theo OCEBM	Cross-sectional hữu ích phát hiện gaps — DATA population nhưng không DATA cá nhân dọc
7. Xây dựng guideline	Tổng hợp bởi EULAR, ACR, KDIGO, ESC, EASL, NICE, AHA... qua Delphi/consensus [2–8] — khuyến cáo dựa trên GRADE	WHAT hoàn chỉnh ở tầng cao nhất: guideline quốc tế chuẩn	HOW đơn bệnh rõ — nhưng HOW đa bệnh và DATA-to-operate KHÔNG được mô tả
8. ÁP DỤNG LÂM SÀNG ← ĐIỂM ĐỨT GÃY	Mô hình phân mảnh — mỗi chuyên khoa áp guideline riêng, không phối hợp cấu trúc	Kết quả kém hơn kỳ vọng — khoảng cách efficacy vs effectiveness	HOW tích hợp đa trực KHÔNG TỒN TẠI. DATA-to-operate KHÔNG có cấu trúc. Đây là khoảng trống mà Mô hình Viện Gút lấp vào

Nhìn từ bên trong chuỗi EBM, đây là một thành tựu lớn của y học hiện đại. Tuy nhiên, khi chuyển sang tầng áp dụng thực tế cho bệnh nhân đa bệnh lý mạn tính phức tạp, chuỗi này bộc lộ một giới hạn: nó tạo ra bằng chứng đúng, nhưng chưa tự tạo ra đầy đủ kiến trúc vận hành để đưa các bằng chứng đó vào điều trị ngoại trú cho người bệnh có nhiều bệnh nặng cùng lúc.

EBM hiện đại đã tạo ra tri thức điều trị chuẩn, nhưng điều đó không đồng nghĩa với việc đã tạo ra đủ logic tổ chức để áp dụng tri thức ấy trên các ca bệnh khó nhất.

### 3. ĐIỂM ĐỨT GÃY CẤU TRÚC CỦA CHUỖI EBM Ở BƯỚC ÁP DỤNG LÂM SÀNG

Điểm đứt gãy không xuất hiện ở nghiên cứu cơ bản, không xuất hiện ở RCT, và cũng không nằm ở bản thân guideline. Nó xuất hiện ở bước áp dụng lâm sàng, đặc biệt khi đối tượng không còn là bệnh nhân đơn bệnh, mà là bệnh nhân đa bệnh lý mạn tính phức tạp.

Trong RCT, bệnh nhân thường được chọn lọc để giảm nhiễu. Các trường hợp có nhiều bệnh nặng đồng thời, suy cơ quan nặng, đa thuốc phức tạp hoặc nguy cơ cao thường bị loại trừ hoặc chỉ xuất hiện ở tỷ lệ rất nhỏ. Guideline vì thế được xây dựng chủ yếu từ những quần thể “sạch” hơn thực tế lâm sàng. Khi guideline đi vào đời sống điều trị, bác sĩ lại phải đối diện với bệnh

nhân thật — một người bệnh không thể “loại trừ” bớt đồng mắc cho vừa với population của nghiên cứu.

Đây là nơi xuất hiện cái mà Mô hình Viện Gút gọi là điểm đứt gãy cấu trúc: không phải do guideline sai, không phải do bác sĩ thiếu cố gắng, mà do một hệ thống bằng chứng được thiết kế cho đơn bệnh phải đối diện với thực tại đa bệnh theo thời gian.

Khi đó, ba khó khăn cùng xuất hiện:

Thứ nhất, nhiều guideline đúng riêng lẻ có thể xung đột khi cùng áp vào một người bệnh.

Thứ hai, các guideline không cung cấp người điều phối tổng thể.

Thứ ba, bản thân guideline không đi kèm một cấu trúc dữ liệu dọc để ra quyết định liên tục giữa các lần khám.

Nguyên nhân cấu trúc	Mô tả
Guideline đơn bệnh	Mỗi guideline được xây dựng từ RCT loại trừ bệnh nhân đa bệnh nặng. Bằng chứng trên quần thể “sạch” — và đó là giới hạn cấu trúc, không phải lỗi.
Không có cơ chế tích hợp	Không guideline nào mô tả cách phối hợp khi thuốc tốt cho trực này gây hại cho trực kia.
Không có người điều phối	Chuỗi EBM kết thúc ở bước “bác sĩ áp dụng guideline” — nhưng không xác định ai chịu trách nhiệm tổng thể.
Không có dữ liệu dọc	Guideline đơn bệnh dựa trên lát cắt ngang. Đa bệnh mạn tính cần dữ liệu chuỗi thời gian.

Kết quả là khoảng cách giữa efficacy trong nghiên cứu và effectiveness trong đời thực mở rộng nhất ở chính nhóm bệnh nhân phức tạp nhất.

## 4. KHUNG BA LỚP: WHAT – HOW – DATA-TO-OPERATE

Từ giới hạn trên, Mô hình Viện Gút đề xuất nhìn chăm sóc ngoại trú đa bệnh lý mạn tính phức tạp qua ba lớp khác nhau nhưng gắn chặt với nhau: WHAT, HOW và DATA-to-operate.

### 4.1. WHAT — lớp tri thức điều trị

WHAT là toàn bộ lớp tri thức điều trị dựa trên bằng chứng: guideline quốc tế, mục tiêu điều trị, ngưỡng sinh hóa, thuốc lựa chọn, nguyên tắc khởi trị, nguyên tắc theo dõi, tiêu chí đánh giá. Đây là lớp mà y học hiện đại đã phát triển hoàn thiện và cũng là lớp mà Mô hình Viện Gút hoàn toàn tôn trọng.

WHAT trả lời những câu hỏi như:đích acid uric nên là bao nhiêu;khi nào cần điều trị hạ urat;CKD được đánh giá bằng GFR và albumin niệu như thế nào;suy tim nên được theo dõi bằng những biến số gì;xơ gan mất bù được xác định và theo dõi theo tiêu chí nào.

Tóm lại, WHAT trả lời câu hỏi: cần đạt điều gì và dùng nguyên tắc nào.

### 4.2. HOW — lớp vận hành lâm sàng có cấu trúc

HOW là lớp tổ chức thực thi. Nó không phải guideline mới, không phải thay thế WHAT, mà là kiến trúc vận hành giúp WHAT có thể đi vào điều trị thật.

HOW trả lời những câu hỏi như: ai là người giữ trục điều phối toàn bộ; một bệnh nhân được phân tầng nguy cơ ra sao; khi nào cần tái khám dày, khi nào có thể giãn; khi hai guideline xung đột thì ưu tiên gì trước; khi xuất hiện tín hiệu mất bù thì ai phản ứng, trong bao lâu, theo quy trình nào; khi cần chuyển tuyến thì chuyển như thế nào và tái tích hợp ra sao.

Trong Mô hình Viện Gút, HOW hiện diện dưới các hình thức như Clinical Conductor, kế hoạch điều trị theo pha, phân tầng T1–T4, quản trị đa thuốc, van an toàn chuyển tuyến, vòng 0–30 ngày tái tích hợp, vai trò người bệnh và enabling conditions. Toàn bộ Phần B là lớp HOW được triển khai thành mô hình vận hành cụ thể.

HOW, do đó, trả lời câu hỏi: tổ chức làm như thế nào để WHAT vận hành được trên người bệnh thật.

### 4.3. DATA-to-operate — lớp dữ liệu kích hoạt quyết định

DATA-to-operate không phải dữ liệu để lưu trữ cho đủ, cũng không phải “big data” theo nghĩa số lượng lớn. Đây là bộ dữ liệu đủ để hành động. Nó là dữ liệu theo dõi dọc theo thời gian, được tổ chức để nhìn ra xu hướng, phát hiện điểm gãy, xác định ngưỡng hành động, nhắc thời điểm phản ứng và giữ cho quyết định lâm sàng không dựa trên một lát cắt đơn lẻ.

DATA-to-operate trả lời những câu hỏi như: eGFR đang giảm nhanh hay đang ổn định; NT-proBNP tăng theo xu hướng hay chỉ dao động; albumin, INR và cổ trướng đang mở hay đang đóng cửa sổ cơ hội; acid uric đã về đích nhưng gánh tinh thể còn giảm tiếp hay đã dừng; tuân thủ của người bệnh đang đủ hay đang có nguy cơ đứt gãy; thời điểm nào cần rút ngắn SLA, tăng tầng theo dõi hoặc kích hoạt van an toàn.

DATA-to-operate, vì vậy, trả lời câu hỏi: dựa trên dữ liệu nào để quyết định đúng lúc và duy trì điều trị đúng nhịp.

## 5. BA LỚP NÀY KHÔNG THAY THẾ, KHÔNG BÙ TRỪ CHO NHAU

Một trong những điểm phải được làm rõ nhất trong A.1 là: WHAT, HOW và DATA-to-operate không phải ba cách gọi khác nhau của cùng một thứ. Chúng cũng không phải ba lựa chọn có thể lấy một bỏ hai. Đây là ba lớp khác nhau của cùng một kiến trúc.

Nếu có WHAT mạnh nhưng HOW yếu, bác sĩ biết cần làm gì nhưng không thể tổ chức làm bền vững trên bệnh nhân đa bệnh lý phức tạp.

Nếu có WHAT và HOW nhưng DATA-to-operate yếu, hệ thống có thể vận hành nhưng ra quyết định trên các lát cắt rời rạc, phản ứng chậm và bỏ lỡ điểm gãy.

Khi WHAT, HOW và DATA-to-operate cùng đủ mạnh, điều trị có khả năng trở thành một quá trình dự đoán được, truy vết được, kiểm soát rủi ro được và kiểm chứng được.

Thiếu lớp nào?	Hệ quả	Minh họa lâm sàng
Thiếu HOW	WHAT nằm trên giấy, không chuyển hóa thành hành động tích hợp	Bệnh nhân gút + CKD G4 + suy tim: ba guideline xung đột, không ai điều phối
Thiếu DATA-to-operate	HOW vận hành mù, quyết định dựa trên lát cắt đơn lẻ	Clinical Conductor không thấy eGFR đang trượt dốc, kích hoạt van an toàn muộn

Thiếu WHAT	HOW + DATA vận hành không có chuẩn mực	Không xảy ra trong Mô hình VG — WHAT luôn giữ nguyên vẹn từ guideline quốc tế
------------	--	---

Vì vậy, khung WHAT – HOW – DATA-to-operate không nhằm hạ thấp vai trò của guideline, mà nhằm bảo vệ giá trị của guideline bằng cách đặt guideline vào một kiến trúc đủ để chuyển từ tri thức sang vận hành.

## 6. VÌ SAO KHUNG NÀY QUAN TRỌNG VỚI BỐN ĐÍCH KIỂM CHỨNG CỦA MÔ HÌNH

Crystal-free, trì hoãn lọc thận, giảm mất bù suy tim và tái bù xơ gan đều là những đích đã có bằng chứng quốc tế chứng minh là có thể đạt được ở các mức độ khác nhau. Nhưng điểm chung của các bằng chứng đó là chúng thường được tạo ra trong những bối cảnh có chọn bệnh nhân, có giao thức rõ, có nhịp đánh giá đủ dày, và có đội ngũ kiểm soát biến cố chặt chẽ.

Đích kiểm chứng	WHAT + HOW + DATA
C.1 Crystal-free	WHAT: T2T hạ urat theo ACR/EULAR [3,4]. HOW: Clinical Conductor phân pha điều trị, quản trị đa thuốc an toàn thận–gan. DATA: sUA chuỗi, siêu âm OMERACT, DECT.
C.2 Bảo tồn thận	WHAT: KDIGO 2024 [5] quản lý CKD. HOW: giải xung đột thuốc hạ urat với chức năng thận, điều chỉnh liều theo eGFR. DATA: chuỗi eGFR, K <sub>DOQI</sub> , creatinine, siêu âm thận.
C.3 Giảm mất bù tim	WHAT: ESC 2021 [6] suy tim. HOW: cân bằng lợi tiểu–hạ urat–bảo vệ thận, nhịp theo dõi tăng cường khi BNP tăng. DATA: BNP/NT-proBNP, EF, troponin chuỗi.
C.4 Tái bù xơ gan	WHAT: EASL 2018 [7] xơ gan mất bù. HOW: quản trị đa thuốc tránh gan độc, điều chỉnh albumin, giám sát đông máu. DATA: Child–Pugh, FibroScan, albumin, PT-INR chuỗi.

Thực tế là y văn quốc tế đã gián tiếp cho thấy: để đi tới các đích điều trị cao, chỉ biết WHAT là chưa đủ. Cần có một kiến trúc tổ chức nhịp điều trị, nhịp theo dõi, xử trí chuyển pha, quản trị đa thuốc, can thiệp khi có tín hiệu mất bù và duy trì sự liên tục điều trị trong thời gian dài.

Đây là lý do A.1 đứng ở vị trí nền tảng của cả bộ tài liệu. Nếu không xác lập được khung WHAT – HOW – DATA-to-operate, bốn đích kiểm chứng ở A.0 sẽ dễ bị đọc như bốn mục tiêu rời rạc. Trong khi điều mà Mô hình Viện Gút muốn chứng minh không chỉ là từng đích riêng lẻ, mà là giá trị của một kiến trúc tích hợp có khả năng theo đuổi đồng thời các đích ấy trong ngoại trú đa bệnh lý phức tạp.

## 7. HÀM Ý ĐỐI VỚI MÔ HÌNH VIỆN GÚT

Từ khung này, vai trò của Mô hình Viện Gút trở nên rõ ràng hơn.

Mô hình Viện Gút không nhằm thay thế guideline, không tạo ra một hệ quy chiếu ngoài EBM, và không phủ nhận giá trị của bằng chứng quốc tế.

Điều mà mô hình này làm là bổ sung hai lớp còn thiếu giữa guideline và thực hành: HOW và DATA-to-operate. Trong bối cảnh bệnh nhân đa bệnh lý mạn tính phức tạp điều trị ngoại trú, đó không phải là bổ sung tùy chọn, mà là điều kiện để WHAT có thể trở thành kết quả thực.

Theo nghĩa đó, A.1 là tài liệu đặt nền lý luận cho toàn bộ phần vận hành và phần áp dụng của bộ hồ sơ. Thiếu A.1, Phần B dễ bị hiểu như tập hợp kinh nghiệm quản lý lâm sàng; Phần C dễ

bị hiểu như chuỗi báo cáo theo bệnh; Phần D cũng sẽ khó bước sang đối thoại học thuật quốc tế một cách chặt chẽ. A.1 là tài liệu nối EBM cổ điển với một kiến trúc ngoại trú tích hợp phù hợp hơn với bệnh nhân đa bệnh lý mạn tính phức tạp.

## 8. GIỚI HẠN PHẠM VI TÀI LIỆU

---

Tài liệu A.1 bao gồm: mô tả chuỗi EBM hiện đại; chỉ ra điểm đứt gãy cấu trúc của EBM ở bước áp dụng lâm sàng; xác lập ba lớp WHAT – HOW – DATA-to-operate; giải thích quan hệ giữa ba lớp; và đặt khung này làm nền lý luận cho toàn bộ tài liệu học thuật Mô hình Viện Gút.

Tài liệu A.1 không bao gồm: định nghĩa chi tiết từng thuật ngữ vận hành; bảng thuật ngữ chuẩn hóa; protocol lâm sàng; mô tả chi tiết từng cấu phần của Clinical Conductor, phân tầng nguy cơ, cửa sổ cơ hội, vai trò người bệnh hay enabling conditions; cũng không trình bày chi tiết từng trục bệnh và lộ trình kiểm chứng đa trung tâm. Các nội dung đó thuộc về A.2–A.5, B.1–B.5, C.1–C.n và Phần D.

## 9. VỊ TRÍ CỦA A.1 TRONG HỆ THỐNG TÀI LIỆU VIỆN GÚT

---

A.1 là tài liệu nền lý luận trực tiếp của toàn bộ hồ sơ. Sau A.0, đây là tài liệu đầu tiên mà người đọc cần nắm nếu muốn hiểu vì sao bộ tài liệu Mô hình Viện Gút phải được tổ chức thành nhiều tầng, vì sao guideline không tự đủ để trả lời bài toán ngoại trú đa bệnh lý phức tạp, và vì sao mô hình này phải bổ sung lớp HOW và DATA-to-operate.

Từ A.1, người đọc có thể đi tiếp sang A.2 để nắm định nghĩa ba lớp, sang A.3 để thấy bằng chứng quốc tế về khoảng trống HOW, sang Phần B để đọc mô hình vận hành, sang Phần C để đọc áp dụng theo từng trục bệnh, và sang Phần D để bước vào đối thoại học thuật và kiểm chứng. Nếu A.0 là tuyên bố kiến trúc, thì A.1 xác lập hệ quy chiếu cho toàn bộ tài liệu.

## KẾT LUẬN

---

Y học hiện đại đã xây dựng được một chuỗi EBM chặt chẽ để tạo ra bằng chứng, guideline và mục tiêu điều trị chuẩn. Nhưng khi bước vào điều trị ngoại trú cho bệnh nhân đa bệnh lý mạn tính phức tạp, chuỗi đó bộc lộ một điểm đứt gãy cấu trúc ở bước áp dụng lâm sàng. Từ thực hành kéo dài gần hai thập kỷ trên nhóm bệnh nhân gút biến chứng nặng kèm đa bệnh lý mạn tính phức tạp, Viện Gút đi tới kết luận: để chuyển WHAT của guideline thành kết quả thực, cần bổ sung HOW và DATA-to-operate như hai lớp kiến trúc không thể thiếu.

Khung WHAT – HOW – DATA-to-operate là hệ quy chiếu học thuật dùng để giải thích, tổ chức và kiểm chứng toàn bộ Mô hình Viện Gút. Đây là đóng góp lý luận trung tâm của A.1, và là nền tảng để các tài liệu tiếp theo trong bộ hồ sơ vận hành trong cùng một kiến trúc học thuật.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

---

- [1] Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ. 1996.
- [2] Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, et al. GRADE guidelines and the quality of evidence framework.
- [3] FitzGerald JD, et al. 2020 American College of Rheumatology Guideline for the Management of Gout.
- [4] Richette P, et al. 2016 updated EULAR evidence-based recommendations for the management of gout.

- [5] KDIGO. 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease.
- [6] ESC and ACC/AHA guideline documents on heart failure.
- [7] EASL guideline and related consensus documents on cirrhosis decompensation and recompensation.
- [8] NICE NG56. Multimorbidity: clinical assessment and management. 2016.
- [9] Barnett K, Mercer SW, Norbury M, et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education. *Lancet*. 2012.
- [10] Graham ID, Logan J, Harrison MB, et al. Lost in knowledge translation: time for a map?
- [11] Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet*. 2003.
- Các tài liệu nền tảng và vận hành trong bộ tài liệu học thuật Mô hình Viện Gút: A.0, A.2–A.5, B.1–B.5, C.1–C.n.