

**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.2**

### **BỘ KHÁI NIỆM NỀN TẢNG**

**WHAT – HOW – DATA-to-operate**

**Định danh, định nghĩa và phân tách ba lớp kiến trúc của Mô hình Viện Gút  
Nền tảng đọc hiểu cho toàn bộ bộ tài liệu**

**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 mạn tính

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.2 không phải tài liệu quy trình, không phải tài liệu áp dụng cho một trục bệnh riêng lẻ, và cũng không phải tài liệu dùng để chứng minh bằng chứng quốc tế của khoảng trống HOW. A.2 là tài liệu định nghĩa nền tảng. Nếu A.1 đã chỉ ra rằng chuỗi EBM hiện đại gặp một điểm đứt gãy cấu trúc ở bước áp dụng lâm sàng cho bệnh nhân đa bệnh lý mạn tính phức tạp, thì A.2 trả lời câu hỏi tiếp theo: ba lớp mà Mô hình Viện Gút dùng để lấp khoảng trống đó — WHAT, HOW, DATA-to-operate — chính xác là gì, ranh giới giữa chúng ở đâu, nội hàm của chúng gồm những gì, và vì sao chúng không thể thay thế cho nhau.

Trong kiến trúc bốn tầng của bộ tài liệu, A.2 thuộc Tầng 1 — Kiến trúc cơ bản. Nó nằm giữa A.1 và A.3, nối liền hai tài liệu đó: A.1 chỉ ra điểm đứt gãy của chuỗi EBM; A.2 định nghĩa ba lớp lấp khoảng trống đó; A.3 xác nhận khoảng trống bằng bằng chứng quốc tế; còn A.4–A.5 triển khai chi tiết hệ thuật ngữ vận hành. Đồng thời, A.2 là tài liệu nền tảng để đọc hiểu toàn bộ Phần B và Phần C — nơi ba lớp này được thao tác hóa thành quy trình vận hành và đích kiểm chứng.

### DẪN CHIẾU CHO NGƯỜI ĐỌC A.2

---

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

Muốn hiểu khung hệ quy chiếu EBM và điểm đứt gãy cấu trúc của chuỗi EBM, đọc A.1.

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

Muốn hiểu chi tiết từng thuật ngữ vận hành, đọc A.4.

Muốn tra cứu hệ thuật ngữ chuẩn hóa, đọc A.5.

Muốn thấy ba lớp này được biến thành mô hình ngoại trú như thế nào, đọc B.1–B.5.

Muốn thấy ba lớp này được áp dụng vào từng trục bệnh ra sao, đọc C.1–C.n.

### TÓM TẮT

---

Tài liệu A.2 có một mục đích duy nhất: định danh và định nghĩa chính xác ba lớp kiến trúc của Mô hình Viện Gút — WHAT, HOW, DATA-to-operate — trước khi người đọc đi vào Phần B và Phần C. Người đọc, đặc biệt là reviewer quốc tế chưa quen với khung này, cần nắm được ba lớp là gì, ranh giới giữa chúng ở đâu, nội hàm của chúng gồm những gì, và tại sao chúng không bù trừ cho nhau. A.1 đã trình bày khung EBM và chỉ ra điểm đứt gãy cấu trúc khi áp dụng vào đa bệnh lý mạn tính phức tạp; A.2 trả lời câu hỏi tiếp theo: ba lớp mà Mô hình Viện Gút xây dựng để lấp khoảng trống đó — chính xác là gì. A.4 sau đó sẽ triển khai chi tiết từng thuật ngữ vận hành cụ thể.

### BỐI CẢNH

---

Viện Gút hình thành từ thực hành ngoại trú trên nhóm bệnh nhân gút biến chứng nặng kèm đa bệnh lý mạn tính phức tạp. Trong bối cảnh đó, bác sĩ không thiếu hoàn toàn guideline, cũng không thiếu hoàn toàn nguyên lý điều trị. Điều bộc lộ sớm nhất là: tri thức điều trị chuẩn có thể có sẵn, nhưng khi nhiều bệnh nặng cùng hiện diện trên một người bệnh qua thời gian, việc “biết cần làm gì” không tự

động chuyển thành “điều trị được an toàn và bền vững”. Từ thực hành kéo dài gần hai thập kỷ, Viện Gút buộc phải phân biệt giữa ba lớp khác nhau của chăm sóc: lớp tri thức điều trị; lớp vận hành lâm sàng; và lớp dữ liệu đủ để kích hoạt quyết định theo dõi dọc.

Từ nhu cầu đó, A.2 được viết ra như một tài liệu khái niệm nền tảng. Nếu không có A.2, toàn bộ các thuật ngữ như Clinical Conductor, cửa sổ cơ hội, van an toàn chuyển tuyến, kế hoạch điều trị theo pha, DATA-to-operate, audit trail hay verification targets dễ bị đọc như các thuật ngữ quản trị hoặc kinh nghiệm nội bộ rời rạc. A.2 có nhiệm vụ đặt lại toàn bộ những thuật ngữ ấy vào một hệ quy chiếu kiến trúc rõ ràng, nơi mỗi lớp giữ một vai trò khác nhau nhưng không thể thiếu nhau.

## MỤC TIÊU VÀ PHẠM VI TÀI LIỆU

---

Tài liệu A.2 có sáu mục tiêu. Thứ nhất, định danh chính xác ba lớp kiến trúc nền tảng của Mô hình Viện Gút. Thứ hai, đưa ra định nghĩa vận hành cho từng lớp. Thứ ba, xác định nội hàm và ngoại diên của từng lớp để tránh lẫn lộn giữa guideline, vận hành và dữ liệu. Thứ tư, thao tác hóa ba lớp ấy bằng các ví dụ cụ thể trong Phần B và Phần C. Thứ năm, phân tích quan hệ cấu trúc giữa ba lớp. Thứ sáu, giải thích vì sao đa bệnh lý mạn tính phức tạp bắt buộc phải có đầy đủ cả ba lớp.

Tài liệu này không bao gồm: khung EBM và điểm đứt gãy cấu trúc của chuỗi EBM; bằng chứng quốc tế về khoảng trống HOW; định nghĩa chi tiết từng thuật ngữ vận hành riêng lẻ; bảng thuật ngữ chuẩn hóa; quy trình vận hành cụ thể của HOW; hay bằng chứng lâm sàng trên cơ quan đích. Những nội dung đó thuộc về A.1, A.3, A.4, A.5, B.1–B.5 và Phần C.

## 1. NGUỒN GỐC THỰC HÀNH CỦA KHUNG BA LỚP

---

Khung WHAT – HOW – DATA-to-operate không ra đời từ một suy luận lý thuyết thuần túy. Nó hình thành dần từ nhu cầu thực hành trong điều trị ngoại trú cho bệnh nhân đa bệnh lý mạn tính phức tạp tại Viện Gút. Khi số lượng bệnh đồng thời tăng lên, các mục tiêu điều trị bắt đầu xung đột với nhau, và quyết định lâm sàng không còn có thể dựa an toàn vào một lát cắt xét nghiệm đơn lẻ — vận hành ngầm định không còn đủ. HOW ngầm định không còn đủ. DATA dựa trên trí nhớ không còn an toàn.

Lý do mang tính cấu trúc: đa bệnh lý mạn tính phức tạp bắt buộc phải có cả ba lớp — WHAT được thiết kế rõ ràng từ guideline, HOW được thiết kế có cấu trúc và phân vai, DATA-to-operate được thiết kế theo chuỗi thời gian với ngưỡng kích hoạt. Không phải vì đơn bệnh “ít quan trọng” hơn, mà vì mức phức tạp của đa bệnh vượt ngưỡng mà vận hành ngầm định có thể đảm đương an toàn. Tài liệu B.5 minh họa điểm này: ngay cả bác sĩ giỏi phối hợp đa chuyên khoa cũng không giải được xung đột nếu thiếu kiến trúc HOW + DATA-to-operate.

## 2. WHAT — LỚP TRI THỨC ĐIỀU TRỊ

---

Định danhWHAT (What to do) — lớp tri thức điều trị dựa trên bằng chứng.

Định nghĩaWHAT là tập hợp các mục tiêu điều trị, nguyên tắc lâm sàng, ngưỡng sinh hóa, khuyến cáo dùng thuốc và chiến lược quản lý bệnh được xác lập bởi guideline quốc tế dựa trên bằng chứng từ nghiên cứu cơ bản, thử nghiệm lâm sàng, tổng quan hệ thống và đồng thuận chuyên gia.

Nội hàmWHAT bao gồm guideline đơn bệnh như EULAR, ACR, KDIGO, ESC, EASL, ADA [1–5] và các tổ chức tương đương; các đồng thuận quốc tế về đa bệnh lý như NICE NG56, JA-CHRODIS, WHO ICOPE [6,7]; đích điều trị như treat-to-target hoặc remission criteria; phân loại giai đoạn bệnh; nguyên tắc dùng thuốc, chống chỉ định, tương tác thuốc; tiêu chí chẩn đoán và các khung phân tầng nguy cơ theo guideline.

Ngoại diênWHAT không bao gồm: quy trình tổ chức vận hành tại cơ sở y tế; cách phối hợp nhiều guideline trên cùng một bệnh nhân; dữ liệu theo dõi dọc kích hoạt quyết định; cơ chế phản hồi liên tục giữa các lần khám; hay các cấu phần tổ chức như Clinical Conductor, van an toàn, SLA, audit trail. Tất cả những thành phần đó thuộc về HOW và DATA-to-operate.

Thao tác hóaTrong Phần B, WHAT hiện diện mỗi khi bác sĩ áp dụng nguyên tắc guideline: chỉ định thuốc hạ urat theo ACR/EULAR [1,2]; đánh giá CKD theo KDIGO [3]; phân tầng suy tim theo ESC [4]; xử trí xơ gan theo EASL [5]; xây dựng mục tiêu điều trị trên từng trục bệnh. Trong Phần C, WHAT hiện diện khi mỗi trục bệnh được đối sánh với guideline tương ứng: crystal-free trên trục gút; bảo tồn chức năng thận và trì hoãn điều trị thay thế thận trên trục thận; giảm mất bù và nhập viện vì suy tim trên trục tim; tái bù xơ gan trên trục gan. Tóm lại, WHAT là lớp chuẩn mực điều trị mà Mô hình Viện Gút kế thừa nguyên vẹn, không thay thế và không phủ nhận.

Điều cần nhấn mạnh: WHAT là thành tựu lớn của y học dựa trên bằng chứng. Thách thức của WHAT trong đa bệnh không phải là thiếu guideline, mà là việc tổ chức lại WHAT từ nhiều guideline đơn bệnh thành một khung ưu tiên lâm sàng có cấu trúc cho từng người bệnh cụ thể. Công việc đó thuộc về HOW.

### 3. HOW — LỚP VẬN HÀNH LÂM SÀNG CÓ CẤU TRÚC

---

Định danhHOW (How to operate) — lớp vận hành lâm sàng có cấu trúc.

Định nghĩaHOW là hệ thống tổ chức vận hành lâm sàng — bao gồm quy trình, phân vai, ngưỡng hành động, cơ chế phối hợp đa ngành, cơ chế giải xung đột guideline và cơ chế bảo vệ an toàn — cho phép WHAT của guideline được áp dụng đúng người, đúng thời điểm, đúng mức an toàn, trên bệnh nhân đa bệnh lý mạn tính phức tạp trong điều kiện ngoại trú.

Nội hàmHOW bao gồm: Clinical Conductor giữ trục dọc điều phối; ê-kíp đa ngành vận hành như chuỗi cảm biến–phản ứng; phân tầng nguy cơ T1–T4; kế hoạch điều trị theo pha; quản trị đa thuốc tích hợp; giải xung đột bệnh–bệnh và thuốc–bệnh; van chuyển tuyến an toàn hai chiều; nhíp theo dõi dọc theo giai đoạn; cơ chế nhận diện và giữ cửa sổ cơ hội; huấn luyện người bệnh và đánh giá năng lực tham gia có cấu trúc.

Ngoại diênHOW không phải guideline mới, không phải phác đồ thay thế WHAT, và cũng không phải một protocol cứng áp cho mọi người bệnh. Đây là kiến trúc vận hành linh hoạt theo hồ sơ bệnh, giữ mục tiêu chuyển hóa tri thức điều trị chuẩn thành hành động có cấu trúc và kiểm soát được. HOW cũng không đồng nghĩa với phần mềm hay công nghệ số, dù công nghệ có thể hỗ trợ HOW triển khai.

Thao tác hóa Trong Phần B, HOW được triển khai tuần tự: B.1 kích hoạt HOW ngay từ buổi khám đầu tiên qua Clinical Conductor, phân tầng nguy cơ và nhận diện trực bệnh ưu tiên. B.2 biến HOW thành kiến trúc bốn pha điều trị với nhịp tái khám và điều kiện chuyển pha. B.3 nối HOW với cửa sổ cơ hội qua điều kiện cần và đủ. B.4 đưa HOW vào năng lực tham gia của người bệnh và gia đình. B.5 dùng HOW để giải xung đột khi nhiều bệnh cùng hiện diện. Toàn bộ Nhóm B là lớp HOW được thao tác hóa thành mô hình ngoại trú tích hợp.

Vấn đề then chốt: HOW là lớp mà chuỗi EBM hiện tại chưa thiết kế có hệ thống cho đa bệnh lý mạn tính phức tạp. Thiếu HOW, WHAT chỉ nằm trên giấy. Người bệnh đa bệnh lý rơi vào chăm sóc phân mảnh, xung đột guideline không được giải quyết, và các đích điều trị cao khó được hiện thực hóa bền vững.

#### 4. DATA-TO-OPERATE — LỚP DỮ LIỆU KÍCH HOẠT QUYẾT ĐỊNH

---

Định danh DATA-to-operate — lớp dữ liệu vận hành kích hoạt quyết định lâm sàng.

Định nghĩa DATA-to-operate là bộ dữ liệu đủ dùng để hành động — không phải để lưu trữ cho đủ. Đây là hệ thống dữ liệu theo dõi dọc theo chuỗi thời gian, được thiết kế để nhận diện tổn thương cơ quan đích, vòng xoắn bệnh lý, xu hướng trượt dốc, biên an toàn, cửa sổ cơ hội và điểm gãy — rồi kích hoạt quyết định lâm sàng tương ứng.

Nội hàm DATA-to-operate bao gồm: dữ liệu chuỗi thời gian cho từng trực bệnh; các ngưỡng hành động kích hoạt phản ứng cụ thể; dashboard xu hướng cho Clinical Conductor; decision log và audit trail để truy vết quyết định; SLA theo dõi quy định tần suất và trách nhiệm phản ứng; dữ liệu tuân thủ và hợp tác người bệnh; dữ liệu hình ảnh theo dõi dọc như siêu âm, elastography, DECT; và các bộ dữ liệu chuyên biệt theo từng trực bệnh.

Ngoại diên DATA-to-operate không phải “big data” theo nghĩa số lượng lớn, không phải toàn bộ hồ sơ bệnh án điện tử thông thường, không phải dữ liệu nghiên cứu tích lũy để phân tích hồi cứu, và cũng không phải mọi xét nghiệm có thể làm. Nó là dữ liệu vừa đủ để kích hoạt hành động đúng lúc. Một lát cắt đơn lẻ không phải DATA-to-operate; phải là chuỗi thời gian đủ để nhìn ra xu hướng và điểm gãy.

Thao tác hóa Trong B.1, DATA-to-operate xuất hiện như lõi cận lâm sàng tối thiểu tạo dữ liệu nền và các trigger mở nhánh chuyên sâu. Trong B.2, nó hiện diện như dữ liệu theo pha, dữ liệu chuyển pha và dữ liệu giúp phát hiện trượt dốc hay ổn định. Trong B.3, nó giúp xác định cửa sổ cơ hội đang mở, đang đóng hay đã đóng. Trong B.4, nó hiện diện qua dữ liệu hợp tác, tuân thủ và năng lực tham gia. Trong B.5, nó gắn với ngưỡng kích hoạt van an toàn và các enabling conditions. Trong Phần C, nó đi vào từng đích kiểm chứng: dữ liệu siêu âm caliper mm<sup>2</sup> trên trực gút; eGFR và albumin niệu theo chuỗi thời gian trên trực thận; BNP/NT-proBNP, EF và biến cố nhập viện trên trực tim; Child–Pugh, MELD, FibroScan, albumin và cổ trướng trên trực gan.

Nói rõ hơn: DATA-to-operate là điều kiện để HOW không vận hành mù. Thiếu DATA-to-operate, Clinical Conductor buộc phải ra quyết định dựa trên lát cắt đơn lẻ, trí nhớ cá nhân và cảm nhận lâm sàng rời rạc. Trong đa bệnh lý mạn tính phức tạp, đó là một nguy cơ vận hành có thể đo lường được.

## 5. QUAN HỆ GIỮA BA LỚP — KHÔNG THAY THẾ, KHÔNG BÙ TRỪ

---

Ba lớp WHAT – HOW – DATA-to-operate không phải ba cấp bậc, cũng không phải ba lựa chọn thay thế. Chúng là ba thành phần cấu trúc của cùng một kiến trúc. Thiếu bất kỳ lớp nào, hai lớp còn lại cũng không đủ để tạo ra kết quả lâm sàng bền vững trên bệnh nhân đa bệnh lý mạn tính phức tạp. A.1 đã nêu nguyên lý này; A.2 làm rõ nguyên lý ấy ở cấp định nghĩa và ranh giới khái niệm.

Nếu thiếu HOW, WHAT nằm trên giấy và không chuyển hóa thành hành động tích hợp. Bệnh nhân gút nặng kèm CKD G4 và suy tim có thể đồng thời nhận ba guideline đúng riêng lẻ, nhưng không ai điều phối, không ai ưu tiên, và cửa sổ cơ hội có thể mất đi dù tri thức điều trị không hề thiếu.

Nếu thiếu DATA-to-operate, HOW vận hành mù. Hệ thống có thể có quy trình, có phân vai, có nhịp theo dõi, nhưng quyết định vẫn dựa trên lát cắt đơn lẻ; xu hướng xấu đi không được nhìn thấy kịp thời; kích hoạt van an toàn trở nên muộn.

Nếu thiếu WHAT, HOW và DATA không còn chuẩn mực để bám vào. Mọi quyết định có nguy cơ trượt thành cảm tính hoặc kinh nghiệm thuần túy. Mô hình Viện Gút không đi theo hướng này; WHAT luôn được giữ nguyên vẹn từ guideline quốc tế.

Ba lớp phải tích hợp vì mỗi lớp giữ một chức năng riêng: WHAT quyết định đích và nguyên tắc; HOW quyết định cách tổ chức hành động; DATA-to-operate quyết định khả năng nhìn thấy xu hướng để hành động đúng thời điểm. Ba lớp này không phải ba công cụ đứng cạnh nhau, mà là ba thành phần của một hệ thống duy nhất.

## 6. TẠI SAO ĐA BỆNH LÝ MẠN TÍNH PHỨC TẠP BẮT BUỘC PHẢI CÓ ĐỦ CẢ BA LỚP

---

Ở bệnh đơn lẻ hoặc ở các tình huống ít biến động, một số vận hành ngầm định có thể vẫn tạm đủ. Nhưng khi số bệnh đồng thời tăng lên, nhiều guideline cùng áp vào một người bệnh, thuốc của trực này làm xấu trực kia, và quyết định phải được duy trì qua nhiều lần khám — vận hành ngầm định vượt quá giới hạn an toàn của nó. Tại điểm đó, phân tách và tích hợp lại ba lớp WHAT, HOW, DATA-to-operate trở thành điều kiện kiến trúc bắt buộc.

Đa bệnh lý mạn tính phức tạp không chỉ khó hơn đơn bệnh ở mức “số lượng bệnh nhiều hơn”. Nó khác về chất. Nó đòi hỏi tổ chức lại tri thức điều trị theo ưu tiên lâm sàng tích hợp, phân vai rõ ràng trong vận hành, và dữ liệu chuỗi thời gian đủ để không bỏ lỡ điểm gãy. A.2 vì vậy vượt ra ngoài phạm vi định nghĩa từ ngữ: nó xác định nền kiến trúc bắt buộc cho ngoại trú đa bệnh lý phức tạp.

Tài liệu B.5 sẽ cho thấy tại sao ngay cả bác sĩ giỏi phối hợp đa chuyên khoa vẫn không giải được xung đột nếu thiếu HOW + DATA-to-operate. Phần C sẽ cho thấy vì sao các đích điều trị cao như crystal-free, tri 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 nếu không có một kiến trúc đủ ba lớp.

## 7. GIỚI HẠN PHẠM VI TÀI LIỆU

---

Tài liệu này bao gồm: định danh, định nghĩa vận hành, nội hàm, ngoại diên và thao tác hóa của ba lớp WHAT – HOW – DATA-to-operate; phân tích quan hệ cấu trúc giữa ba lớp; giải thích tại sao đa bệnh lý mạn tính phức tạp bắt buộc phải có đầy đủ ba lớp.

Tài liệu này không bao gồm: khung EBM và điểm đứt gãy cấu trúc; bằng chứng quốc tế về khoảng trống HOW; định nghĩa chi tiết từng thuật ngữ vận hành; bảng thuật ngữ chuẩn hóa; quy trình vận hành cụ thể của HOW; hay bằng chứng lâm sàng trên cơ quan đích. Những nội dung đó thuộc về A.1, A.3, A.4, A.5, B.1–B.5 và Phần C.

## 8. VỊ TRÍ CỦA A.2 TRONG HỆ THỐNG TÀI LIỆU VIỆN GÚT

---

Tài liệu A.2 nằm giữa A.1 và A.3, nối liền toàn bộ Phần A: A.1 chỉ ra điểm đứt gãy cấu trúc của chuỗi EBM; A.2 định nghĩa ba lớp dùng để lấp khoảng trống đó; A.3 xác nhận khoảng trống ấy bằng bằng chứng quốc tế; A.4 triển khai chi tiết hệ thuật ngữ; A.5 chuẩn hóa ngôn ngữ sử dụng xuyên suốt bộ hồ sơ. Đồng thời, A.2 là tài liệu nền tảng để đọc hiểu toàn bộ Phần B và Phần C — nơi ba lớp được biến thành mô hình vận hành, protocol và đích kiểm chứng.

Nếu A.1 xác lập hệ quy chiếu của bộ hồ sơ, thì A.2 là bộ định nghĩa nền tảng của hệ quy chiếu đó. Thiếu A.2, các thuật ngữ trung tâm của toàn bộ mô hình dễ bị hiểu lẫn, bị đồng nhất sai, hoặc bị đọc như những khái niệm gần giống trong y văn quốc tế nhưng không hoàn toàn tương đương.

## KẾT LUẬN

---

WHAT, HOW và DATA-to-operate là ba lớp kiến trúc nền tảng của Mô hình Viện Gút. WHAT là chuẩn mực tri thức điều trị — được kế thừa nguyên vẹn từ guideline quốc tế. HOW tổ chức vận hành — biến tri thức thành hành động có cấu trúc, phân vai và kiểm soát được. DATA-to-operate dẫn đường cho quyết định — biến dữ liệu rời rạc thành tín hiệu kích hoạt hành động đúng thời điểm.

Trong bối cảnh bệnh nhân đa bệnh lý mạn tính phức tạp — nhóm bệnh nhân mà y học toàn cầu đã thừa nhận nhưng chưa có giải pháp vận hành đầy đủ — sự phân tách và đồng thời tích hợp ba lớp này là điều kiện kiến trúc bắt buộc. Khung ba lớp này được hệ thống hóa từ gần hai thập kỷ thực hành lâm sàng tích hợp tại Viện Gút — nơi ba lớp đã được vận hành và cải tiến liên tục trên bệnh nhân đa bệnh lý mạn tính phức tạp.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

---

- [1] FitzGerald JD, et al. 2020 American College of Rheumatology Guideline for the Management of Gout.
- [2] Richette P, et al. 2016 updated EULAR evidence-based recommendations for the management of gout.
- [3] KDIGO. 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease.
- [4] ESC guideline documents on heart failure and decompensation prevention.
- [5] EASL guideline and related consensus documents on cirrhosis decompensation and recompensation.
- [6] NICE NG56. Multimorbidity: clinical assessment and management.
- [7] WHO ICOPE and related integrated care frameworks.

[8] Barnett K, et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education. Lancet. 2012.

[9] Graham ID, et al. Lost in knowledge translation: time for a map?

[10] Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice. Lancet. 2003.

Các tài liệu nền tảng và vận hành trong bộ tài liệu học thuật Mô hình Viện Gút: A.0, A.1, A.3–A.5, B.1–B.5, C.1–C.n.