

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.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 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.3 không phải tài liệu quy trình, không phải tài liệu áp dụng cho một trục bệnh riêng lẻ, và cũng không phải tài liệu trình bày bằng chứng lâm sàng trên cơ quan đích. A.3 là tài liệu xác nhận bằng chứng quốc tế cho một luận điểm đã được A.1 và A.2 chuẩn bị về mặt lý luận: khoảng trống HOW trong chăm sóc đa bệnh lý mạn tính phức tạp không phải là cảm nhận riêng của Viện Gút, mà là một khoảng trống toàn cầu, có hệ thống, đã được nhiều guideline, đồng thuận quốc tế và nghiên cứu độc lập thừa nhận.

Trong kiến trúc bốn tầng của bộ tài liệu, A.3 thuộc Tầng 1 — Kiến trúc cơ bản. Nếu A.1 chỉ ra điểm đứt gãy cấu trúc của chuỗi EBM ở bước áp dụng lâm sàng, và A.2 định nghĩa ba lớp WHAT – HOW – DATA-to-operate như khung lấp khoảng trống đó, thì A.3 cung cấp lớp bằng chứng quốc tế xác nhận rằng khoảng trống HOW thực sự tồn tại ở quy mô toàn cầu. Sau A.3, người đọc mới có đủ nền để đi vào A.4–A.5, Phần B, Phần C và Phần D mà không hiểu nhầm rằng Mô hình Viện Gút chỉ đang mô tả một kinh nghiệm cục bộ.

DẪN CHIẾU CHO NGƯỜI ĐỌC A.3

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

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

Muốn hiểu bảng thuật ngữ chuẩn hóa, đọc A.5.

Muốn thấy Mô hình Viện Gút chuyển HOW thành quy trình vận hành ra sao, đọc B.1–B.5.

Muốn thấy khung này được áp dụng vào từng trục bệnh như thế nào, đọc C.1–C.n.

Muốn thấy khoảng trống HOW được đưa sang đối thoại học thuật và kiểm chứng đa trung tâm bằng cách nào, đọc Phần D.

TÓM TẮT

Tài liệu A.3 trình bày bằng chứng quốc tế xác nhận rằng khoảng trống HOW trong chăm sóc đa bệnh lý mạn tính phức tạp là một vấn đề toàn cầu. Luận điểm trung tâm của tài liệu là: y học hiện đại đã phát triển lớp WHAT đến mức hoàn thiện cao qua guideline đơn bệnh, đồng thời cộng đồng quốc tế đã bắt đầu thừa nhận các giới hạn của mô hình đơn bệnh đối với bệnh nhân đa bệnh lý. Tuy nhiên, sau khi thừa nhận khoảng trống, thế giới vẫn chưa tạo ra một kiến trúc HOW + DATA-to-operate cụ thể, có cấu trúc, vận hành được và có khả năng chuyển giao cho ngoại trú đa bệnh lý mạn tính phức tạp. Tài liệu này tổng hợp ba lớp bằng chứng: quy mô của đa bệnh lý mạn tính như một thực tế toàn cầu; sự thiếu hụt HOW trong guideline đơn bệnh và đồng thuận quốc tế; và các hậu quả lâm sàng đo lường được của mô hình chăm sóc phân mảnh. Trên nền đó, A.3 xác định bốn đặc điểm cấu trúc của khoảng trống HOW toàn cầu và làm rõ vị trí của Mô hình Viện Gút: không thay thế WHAT của guideline, mà bổ sung HOW và DATA-to-operate để đưa WHAT vào thực hành ngoại trú tích hợp, cá thể hóa và có thể kiểm chứng.

BỐI CẢNH

Viện Gút hình thành từ thực hành điều trị ngoại trú cho nhóm bệnh nhân gút biến chứng nặng kèm đa bệnh lý mạn tính phức tạp trong bối cảnh nguồn lực y tế hạn chế, thiếu bác sĩ chuyên

khoa sâu, và mô hình ban đầu chủ yếu dựa trên đội ngũ bác sĩ nội tổng quát. Trong suốt gần hai thập kỷ, một quan sát lặp đi lặp lại xuất hiện: khi tiếp nhận bệnh nhân gút nặng kèm bệnh thận mạn, suy tim, xơ gan, đái tháo đường và nhiều vòng xoắn bệnh lý chồng lấp, vấn đề thực sự không phải là thiếu hoàn toàn thuốc hay thiếu guideline. Vấn đề là không có HOW để áp dụng đồng thời nhiều guideline trên một người bệnh có bốn đến bảy bệnh nặng cùng lúc.

Quan sát này ban đầu là trực giác lâm sàng, nhưng dần dần được xác nhận bởi hai nguồn: một là dữ liệu thực hành tích lũy tại Viện Gút; hai là y văn quốc tế về đa bệnh lý, integrated care và hậu quả của fragmented care. Từ điểm gặp nhau giữa thực hành tại Viện Gút và bằng chứng quốc tế, A.3 được viết ra như tài liệu làm rõ rằng khoảng trống HOW không phải là một phát hiện nội bộ, mà là một khoảng trống hệ thống của y học hiện đại trong giai đoạn đa bệnh lý mạn tính.

MỤC TIÊU VÀ PHẠM VI TÀI LIỆU

Tài liệu A.3 có năm mục tiêu. Thứ nhất, chứng minh rằng đa bệnh lý mạn tính phức tạp là một thực tế toàn cầu chứ không phải ngoại lệ lâm sàng. Thứ hai, đối chiếu hai nhóm tài liệu quốc tế — guideline đơn bệnh và đồng thuận đa bệnh lý — để chỉ ra rằng cộng đồng y khoa đã thừa nhận khoảng trống nhưng chưa cung cấp được HOW cụ thể. Thứ ba, tổng hợp các bằng chứng cho thấy mô hình chăm sóc phân mảnh tạo ra hậu quả lâm sàng đo lường được. Thứ tư, mô tả khoảng trống HOW toàn cầu bằng các đặc điểm cấu trúc rõ ràng. Thứ năm, đặt Mô hình Viện Gút vào đúng vị trí học thuật của nó: một mô hình đề xuất câu trả lời vận hành cho khoảng trống đã được cộng đồng quốc tế thừa nhận.

Tài liệu này không bao gồm: khung EBM ba lớp; định nghĩa chi tiết WHAT, HOW, DATA-to-operate; quy trình vận hành cụ thể; hay bằng chứng lâm sàng trên cơ quan đích. Những nội dung đó đã hoặc sẽ được trình bày tại A.1, A.2, B.1–B.5 và Phần C. A.3 chỉ làm một việc: xác nhận bằng chứng quốc tế cho khoảng trống HOW toàn cầu.

1. NGUỒN GỐC THỰC HÀNH

Tài liệu này xuất phát từ một mẫu quan sát lặp lại tại Viện Gút trong suốt gần hai thập kỷ 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, hợp tác quốc tế và y văn về đa bệnh lý. Từ đó, Viện Gút đi tới 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.

A.3 vì vậy không nhằm “chứng minh” rằng Viện Gút đúng bằng cách kể lại kinh nghiệm nội bộ. A.3 có nhiệm vụ khó hơn: đặt trải nghiệm của Viện Gút vào trong một bức tranh toàn cầu, để người đọc thấy rằng vấn đề mà Mô hình Viện Gút cố gắng trả lời thực ra đã được thế giới gọi tên ở nhiều mức độ khác nhau. Điểm khác biệt nằm ở chỗ: đa số tài liệu quốc tế dừng ở mức thừa nhận hoặc khuyến nghị nguyên tắc; còn Mô hình Viện Gút đi tiếp một bước nữa là thiết kế HOW + DATA-to-operate thành một kiến trúc vận hành có cấu trúc.

2. QUY MÔ CỦA VẤN ĐỀ — ĐA BỆNH LÝ MẠN TÍNH PHỨC TẠP LÀ THỰC TẾ TOÀN CẦU

Đa bệnh lý mạn tính phức tạp không còn là ngoại lệ. Nó đã trở thành thực tế chi phối của y học thế kỷ 21. Các dữ liệu quốc tế được tổng hợp trong A.3 cũ đã nêu khá rõ quy mô này: Barnett

[1] và cộng sự cho thấy trên hơn 1,7 triệu bệnh nhân tại Scotland, 42% người lớn mắc ít nhất hai bệnh mạn tính, và tỷ lệ này vượt 80% ở nhóm trên 80 tuổi; ở các nhóm thu nhập thấp, đa bệnh xuất hiện sớm hơn 10–15 năm. WHO [2] và các tuyên bố của Liên Hợp Quốc cũng cho thấy phần lớn gánh nặng bệnh tật toàn cầu hiện thuộc về các bệnh mạn tính không lây nhiễm, và phần lớn trong số đó mang tính đa bệnh lý. Tại Việt Nam, các văn bản chiến lược quốc gia cũng thừa nhận bệnh không lây nhiễm chiếm tỷ trọng tử vong và gánh nặng bệnh tật lớn.

Điểm quan trọng không chỉ là “nhiều bệnh hơn”. Điều quan trọng là: bệnh tật đã chuyển sang đa bệnh, nhưng hệ thống y tế vẫn tổ chức chủ yếu theo đơn bệnh. Đào tạo bác sĩ, cấu trúc chuyên khoa, guideline, RCT, phân luồng khám chữa bệnh và cách thiết kế hồ sơ bệnh án đều còn mang dấu ấn mạnh của mô hình đơn bệnh. Đây là nghịch lý cấu trúc: thực tại bệnh học đã thay đổi, nhưng kiến trúc vận hành y học vẫn thay đổi chậm hơn nhiều. A.3 coi chính nghịch lý này là bối cảnh cần thiết để hiểu khoảng trống HOW.

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 như EULAR/ACR cho gút, KDIGO cho CKD, ESC cho suy tim, EASL cho xơ gan đều cung cấp WHAT hoàn thiện: đích điều trị, thuốc lựa chọn, ngưỡng can thiệp, tiêu chí đánh giá, nguyên tắc theo dõi và các mốc xử trí trên từng trục bệnh. Đây là thành tựu lớn của y học hiện đại, và cũng là nền mà Mô hình Viện Gút giữ nguyên vẹn. Nhưng khi bốn guideline này cùng áp vào một người bệnh, chúng không trả lời đầy đủ những câu hỏi quan trọng nhất của thực hành ngoại trú đa bệnh lý phức tạp: ai điều phối, ưu tiên trục nào trước, giải xung đột bằng nguyên tắc gì, dựa trên chuỗi dữ liệu nào, và khi nào phải kích hoạt van an toàn chuyển tuyến. Tóm lại, guideline đơn bệnh mạnh về WHAT nhưng không mô tả HOW cho đa bệnh.

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

Các tài liệu quốc tế về multimorbidity và integrated care đã đi một bước xa hơn guideline đơn bệnh ở chỗ họ gọi tên vấn đề. NICE NG56 [3] thừa nhận guideline đơn bệnh không phù hợp với nhiều người đa bệnh lý, khuyến nghị giảm gánh nặng điều trị và có người điều phối rõ ràng. JA-CHRODIS và WHO ICOPE nhấn mạnh mô hình đơn bệnh gây chăm sóc phân mảnh và cần tích hợp lấy người bệnh làm trung tâm. Hughes [5] và Muth [6] cho thấy áp nhiều guideline đơn bệnh đồng thời tạo gánh nặng điều trị và thiếu hỗ trợ quyết định lâm sàng tích hợp. Tuy nhiên, sau khi thừa nhận khoảng trống, các tài liệu này vẫn dừng chủ yếu ở mức nguyên tắc. Chúng không cung cấp một HOW cụ thể, có cấu trúc, có phân vai, có ngưỡng hành động, có dữ liệu dọc, có van an toàn, và có thể vận hành trực tiếp trên bệnh nhân đa bệnh nặng trong ngoại trú.

3.3. Một nghịch lý mới: nhiều đích điều trị cao đã được chứng minh là khả thi, nhưng kiến trúc để đưa các đích ấy vào ngoại trú đa bệnh lý phức tạp vẫn còn thiếu

Một điểm cần được làm rõ hơn trong bản biên tập mới của A.3 là: y học quốc tế không chỉ thiếu HOW; đồng thời, nhiều đích điều trị cao đã được chứng minh là có thể đạt trong các bối cảnh nghiên cứu hoặc đoàn hệ. Crystal-free trên trục gút, trì hoãn hoặc hoãn điều trị thay thế thận trên trục CKD, giảm worsening heart failure trên trục tim, và hepatic recompensation trên trục gan đều đã có những mức bằng chứng khác nhau cho thấy tính khả đạt. Vì vậy, khoảng trống hiện nay không nên được hiểu đơn giản là “y học chưa biết có thể đạt đích gì”. Khoảng trống là

ở chỗ: giữa bằng chứng về các đích cao và thực hành ngoại trú đa bệnh lý phức tạp vẫn còn thiếu một kiến trúc vận hành có cấu trúc để theo đuổi các đích ấy an toàn, bền vững và có thể kiểm chứng trên bệnh nhân thật. Đây là điểm nổi quan trọng giữa A.3 với A.0 và Phần D.

4. BẰNG CHỨNG VỀ HẬU QUẢ LÂM SÀNG CỦA KHOẢNG TRỐNG HOW

Khoảng trống HOW không phải một nhận xét trừu tượng. Nó tạo ra các hậu quả lâm sàng đo lường được. Theo tổng hợp của A.3 cũ, các nghiên cứu quốc tế đã ghi nhận nhiều hậu quả nhất quán: phân mảnh chăm sóc liên quan với tăng thuốc không phù hợp, tăng tử vong mọi nguyên nhân, tăng cấp cứu ngoài kế hoạch, tăng xét nghiệm trùng lặp, tăng chi phí, và làm người bệnh kiệt sức vì phải tự điều phối giữa nhiều chuyên khoa. Đồng thời, các bác sĩ chăm sóc ban đầu và bác sĩ lâm sàng cũng báo cáo sự căng thẳng kéo dài giữa việc “làm đúng guideline đơn bệnh” và nguy cơ gây hại cho bệnh nhân đa bệnh lý.

Những hậu quả này quan trọng vì chúng chuyển một “khoảng trống khái niệm” thành một “khoảng trống có hậu quả đo lường được”. Điều đó có nghĩa là khoảng trống HOW không chỉ là thiếu sự thuận tiện. Nó liên quan trực tiếp đến an toàn điều trị, hiệu quả điều trị, gánh nặng chi phí và chất lượng sống của người bệnh. Từ góc nhìn học thuật, đây là cơ sở để A.3 khẳng định rằng HOW phải được xem như một lớp vấn đề thực sự của y học, chứ không phải một chi tiết tổ chức phụ thuộc từng cơ sở.

5. KHOẢNG TRỐNG HOW — TÓM TẮT CẤU TRÚC

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

Thứ nhất, không có người điều phối tổng thể. Guideline không xác định ai chịu trách nhiệm cuối cùng khi nhiều guideline cùng áp vào một người bệnh.

Thứ hai, không có cơ chế giải xung đột liên guideline. Khi thuốc tốt cho trực này gây hại cho trực kia, phần lớn guideline không mô tả cách phân xử ưu tiên.

Thứ ba, không có dữ liệu dọc có cấu trúc. Guideline chủ yếu dựa trên lát cắt; trong khi đa bệnh lý phức tạp đòi hỏi chuỗi dữ liệu thời gian để nhận diện xu hướng, vòng xoắn bệnh lý và cửa sổ cơ hội.

Thứ tư, không có van an toàn có lộ trình. Chuyển tuyến thường diễn ra muộn, sau mất bù, và thiếu quy trình tái tích hợp khi người bệnh trở lại ngoại trú.

Đây là bốn thiếu hụt cấu trúc, không phải bốn lỗi cá nhân. Mô hình Viện Gút về sau sẽ lần lượt trả lời từng thiếu hụt bằng Clinical Conductor, ma trận giải xung đột, DATA-to-operate và van chuyển tuyến hai chiều. Nhưng ở A.3, nhiệm vụ của chúng ta chưa phải là mô tả chi tiết lời giải; nhiệm vụ ở đây là khẳng định rằng bốn thiếu hụt này thực sự tồn tại trong bức tranh toàn cầu.

6. VÌ SAO KHOẢNG TRỐNG HOW ĐẶC BIỆT NGHIÊM TRỌNG TRONG NGOẠI TRÚ ĐA BỆNH LÝ PHỨC TẠP

Khoảng trống HOW có thể tồn tại ở mọi nơi, nhưng nó trở nên nguy hiểm nhất trong ngoại trú. Ở nội trú, nhiều lớp nguồn lực tập trung phần nào che khuất nó: hội chẩn tại chỗ, theo dõi liên tục, điều dưỡng trực, phản ứng khẩn và cơ chế escalations nhanh. Ở ngoại trú, những lớp nguồn lực đó biến mất. Bệnh nhân đi về nhà, tự sống với nhiều bệnh, nhiều thuốc, nhiều nguy cơ và nhiều điểm gây tiềm tàng giữa các lần khám. Nếu thiếu một HOW có cấu trúc và thiếu

DATA-to-operate có hệ thống, khoảng thời gian giữa hai lần khám sẽ trở thành “vùng mù thứ cấp” — nơi điểm gãy có thể hình thành nhưng không ai nhìn thấy đủ sớm.

Điều này giải thích vì sao khoảng trống HOW toàn cầu đặc biệt phù hợp với vấn đề mà Mô hình Viện Gút phải đối mặt. Viện Gút không phát triển mô hình từ nội trú rồi giảm cấp xuống ngoại trú. Mô hình được hình thành ngay trong ngoại trú LMIC, nơi khoảng trống HOW lộ ra trực tiếp nhất. Điều đó làm cho A.3 không chỉ là tài liệu tổng quan về multimorbidity, mà là tài liệu giải thích vì sao một kiến trúc HOW có cấu trúc trở thành yêu cầu thiết yếu trong ngoại trú đa bệnh lý phức tạp.

7. 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 mà mô hình này bổ sung là hai lớp mà guideline không tự cung cấp: HOW và DATA-to-operate. A.3 không có nhiệm vụ trình bày chi tiết lời giải đó — việc đó thuộc về Phần B và Phần C — nhưng cần nêu rõ nguyên tắc: Mô hình Viện Gút không cố thay bằng chứng bằng kinh nghiệm, mà cố đưa bằng chứng vào thực hành bằng một kiến trúc vận hành rõ hơn.

Cụ thể, Phần B sẽ mô tả HOW như một kiến trúc có cấu trúc: buổi khám đầu tiên kích hoạt hệ vận hành, kế hoạch điều trị theo pha, cửa sổ cơ hội, vai trò người bệnh và enabling conditions. Phần C sẽ cho thấy các lớp đó được áp dụng vào từng trục bệnh như thế nào. Phần D sẽ làm bước tiếp theo: đối thoại với các nhóm nghiên cứu đã công bố các đích tương ứng và từng bước đưa mô hình vào lộ trình kiểm chứng đa trung tâm. Vì vậy, vị trí học thuật đúng của Mô hình Viện Gút không phải là “một mô hình ngoài guideline”, mà là một nỗ lực xây dựng HOW + DATA-to-operate cho những gì guideline đã biết ở tầng WHAT nhưng chưa đủ sức vận hành trên bệnh nhân đa bệnh lý phức tạp.

8. 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 HOW toàn cầu; và xác định vị trí học thuật của Mô hình Viện Gút trong bối cảnh đó.

Tài liệu A.3 không bao gồm: khung EBM ba lớp; định nghĩa WHAT, HOW, DATA-to-operate; quy trình vận hành cụ thể; bằng chứng lâm sàng trên cơ quan đích; hay lộ trình đối thoại – kiểm chứng chi tiết của từng đích. Các nội dung đó thuộc về A.1, A.2, B.1–B.5, Phần C và Phần D.

9. VỊ TRÍ CỦA A.3 TRONG HỆ THỐNG TÀI LIỆU VIỆN GÚT

A.3 hoàn thành bộ ba nền tảng lý luận của Phần A. A.1 chỉ ra điểm đứt gãy của chuỗi EBM. A.2 định nghĩa ba lớp kiến trúc dùng để lấp khoảng trống đó. A.3 cung cấp bằng chứng quốc tế xác nhận rằng khoảng trống HOW thực sự tồn tại ở quy mô toàn cầu và có hậu quả lâm sàng đo lường được. Sau A.3, người đọc có đủ nền để chuyển sang A.4–A.5, Phần B, Phần C và Phần D mà không còn đọc mô hình như một kinh nghiệm cục bộ, mà như một câu trả lời vận hành cho một vấn đề toàn cầu đã được gọi tên.

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 NICE, WHO, JA-CHRODIS [3,2,4] và nhiều nghiên cứu quốc tế gọi tên ở các mức độ khác nhau. Hậu quả của nó là có thể đo lường được: tăng thuốc không phù hợp, tăng tử vong, tăng cấp cứu, tăng chi phí, mất cửa sổ cơ hội và làm người bệnh bị bỏ mặc tự điều phối giữa nhiều hệ thống đơn bệnh.

Điều mà cộng đồng quốc tế mới chỉ làm được ở mức khuyến nghị nguyên tắc, Mô hình Viện Gút cố gắng làm tiếp ở mức kiến trúc vận hành: xây dựng HOW + DATA-to-operate cụ thể, có cấu trúc, có thể vận hành và có thể đi vào tiến trình kiểm chứng cho nhóm bệnh nhân đa bệnh lý mạn tính phức tạp trong ngoại trú. A.3 vì vậy không chỉ là tài liệu tổng quan bằng chứng. Nó là tài liệu xác định tính chính đáng học thuật của toàn bộ bộ hồ sơ: khoảng trống mà Mô hình Viện Gút trả lời là một khoảng trống có thật, có hệ thống và có quy mô toàn cầu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education. *Lancet*. 2012.
 - [2] WHO. Global action and integrated care documents on NCDs and multimorbidity.
 - [3] NICE. Multimorbidity: clinical assessment and management (NG56).
 - [4] Onder G, et al. JA-CHRODIS multimorbidity care model.
 - [5] Hughes LD, et al. Guidelines for people not for diseases.
 - [6] Muth C, et al. Best clinical management of patients with multimorbidity and polypharmacy.
 - [7] Prior A, et al. Healthcare fragmentation, PIM and mortality.
 - [8] Jiang S, et al. Fragmented care and chronic illness outcomes.
 - [9] Schiøtz ML, et al. Involving patients with multimorbidity in service planning.
 - [10] Liddy C, et al. Challenges of self-management with multiple chronic conditions.
 - [11] Johansen KJ, et al. GP strategies for managing multimorbidity.
 - [12] Tinetti ME, et al. Potential pitfalls of disease-specific guidelines.
 - [13] FitzGerald JD, et al. 2020 American College of Rheumatology Guideline for the Management of Gout.
 - [14] Richette P, et al. 2016 updated EULAR evidence-based recommendations for the management of gout.
 - [15] KDIGO. 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease.
 - [16] McDonagh TA, et al. 2021 ESC Guidelines for acute and chronic heart failure.
 - [17] EASL. Clinical Practice Guidelines for decompensated cirrhosis.
- Các tài liệu nền tảng và vận hành trong bộ tài liệu học thuật Mô hình Viện Gút: A.0–A.2, A.4–A.5, B.1–B.5, C.1–C.n, Phần D.