

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.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 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.5 không phải tài liệu giải thích dài về học thuật nền tảng như A.1–A.3, cũng không phải tài liệu định nghĩa đầy đủ từng thuật ngữ như A.4. A.5 là tài liệu tra cứu chuẩn hóa rút gọn, dùng để thống nhất ngôn ngữ xuyên suốt toàn bộ bộ hồ sơ. Nếu A.4 là “từ điển vận hành đầy đủ”, thì A.5 là “bảng chuẩn hóa dùng nhanh” cho người viết, người đọc, reviewer và các đối tác đối thoại học thuật. Nó chuẩn hóa sáu nhóm nội dung: bốn đích kiểm chứng, hệ thuật ngữ HOW, biomarker và ngưỡng hành động, phương tiện hình ảnh, các thuật ngữ guideline quốc tế được trích dẫn trong bộ tài liệu, và hệ từ viết tắt – ký hiệu dùng thống nhất.

A.5 thuộc Tầng 1 — Kiến trúc cơ bản. Nó phục vụ cho toàn bộ Phần A, Phần B, Phần C và Phần D. Vai trò của nó không phải thay A.4, mà là làm bản chuẩn hóa thống nhất để từ đó mọi tài liệu của bộ hồ sơ có thể dùng cùng một tên gọi, cùng một ký hiệu, cùng một ngưỡng và cùng một cách hiểu.

DẪN CHIẾU CHO NGƯỜI ĐỌC A.5

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

Muốn hiểu khung EBM WHAT – HOW – DATA-to-operate, đọc A.1.

Muốn hiểu định nghĩa ba lớp nền tảng, đọc A.2.

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

Muốn hiểu định nghĩa chi tiết toàn bộ thuật ngữ vận hành, đọc A.4.

Muốn thấy các thuật ngữ, ngưỡng và công cụ này được đưa vào mô hình ngoại trú như thế nào, đọc B.1–B.5.

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

TÓM TẮT

A.5 là bảng chuẩn hóa chính thức của bộ tài liệu học thuật Mô hình Viện Gút. Mục tiêu của tài liệu này là giúp tất cả các tài liệu trong bộ dùng cùng một ngôn ngữ, cùng một hệ ký hiệu, cùng một cách gọi tên các đích kiểm chứng, cùng một cách gọi biomarker và ngưỡng hành động, cùng một bộ phương tiện hình ảnh và cùng một hệ từ viết tắt. A.5 không thay A.4 về chiều sâu khái niệm, mà rút gọn và chuẩn hóa những gì A.4 đã định nghĩa để phục vụ tra cứu nhanh và sử dụng nhất quán trong suốt quá trình biên soạn, đối thoại học thuật và kiểm chứng.

BỐI CẢNH

Một bộ hồ sơ học thuật nhiều tầng chỉ có thể giữ được tính nhất quán khi toàn bộ tài liệu dùng chung một ngôn ngữ. Trong Mô hình Viện Gút, điều này đặc biệt quan trọng vì bộ tài liệu đồng thời phải nối bốn lớp khác nhau: nền tảng học thuật, mô hình vận hành, áp dụng theo từng trục bệnh, và lộ trình đối thoại – kiểm chứng. Nếu các tài liệu dùng khác nhau các tên gọi như “crystal-free”, “remission”, “đích kiểm chứng”, “enabling conditions”, “Clinical Conductor”, “SLA”, “cửa sổ cơ hội”, “data”, “RWE”, “verification target”, hoặc dùng các ngưỡng không nhất quán, thì toàn bộ bộ hồ sơ sẽ mất đi tính chặt chẽ. A.5 được viết ra để loại bỏ nguy cơ đó.

MỤC ĐÍCH VÀ PHẠM VI TÀI LIỆU

Tài liệu A.5 có năm mục tiêu. Thứ nhất, chuẩn hóa bốn đích kiểm chứng và cơ quan đích. Thứ hai, chuẩn hóa toàn bộ hệ thuật ngữ HOW ở dạng rút gọn. Thứ ba, chuẩn hóa biomarker và ngưỡng hành động dùng trong theo dõi dọc. Thứ tư, chuẩn hóa các phương tiện hình ảnh và vai trò kiểm chứng của chúng. Thứ năm, chuẩn hóa các thuật ngữ guideline quốc tế và hệ từ viết tắt – ký hiệu dùng thống nhất trong toàn bộ bộ hồ sơ.

A.5 không giải thích dài từng thuật ngữ. Muốn hiểu định nghĩa đầy đủ, nội hàm, ngoại diên và đối chiếu quốc tế, người đọc phải quay về A.4. A.5 là bảng chuẩn hóa rút gọn để tra cứu nhanh.

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, và phải được dùng nhất quán trong toàn bộ bộ tài liệu.

Đích	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 với lắng đọng tinh thể MSU	siêu âm khớp OMERACT với dấu hiệu đường đôi (DCS), thể tích hạt tophi theo dọc; DECT để lập bản đồ tinh thể toàn thân; X-quang để theo dõi hồi phục xói mòn xương	sUA <6 mg/dL duy trì liên tục; sUA >6 mg/dL ở hai lần khám liên tiếp thì tăng liều ULT; khi còn tophi hoạt động thì đích có thể được hạ xuống <5 mg/dL
Đích 2 — Trì hoãn lọc thận (Dialysis deferral)	nhu mô thận và chức năng lọc cầu thận theo CKD-EPI 2021	eGFR chuỗi thời gian, siêu âm thận đánh giá kích thước và hồi âm, đàn hồi mô thận để theo dõi xơ hóa	né hoặc hoãn điều trị thay thế thận càng lâu càng tốt; eGFR giảm >25% trong 3 tháng thì rút ngắn SLA; eGFR <15 thì hội chẩn thận học khẩn và bàn RRT
Đích 3 — Giảm mất bù tim mạch (Cardiac decompensation prevention)	cơ tim, van tim và hệ mạch	siêu âm tim với EF theo phương pháp Simpson, NT-proBNP/BNP theo xu hướng, troponin I/T, Doppler dòng chảy	giảm nhập viện cấp cứu vì suy tim mất bù; NT-proBNP tăng cấp >50% thì SLA 24 giờ; EF giảm >10% tuyệt đối so với nền thì tăng tầng theo dõi
Đích 4 — Tái bù xơ gan (Hepatic recompensation)	nhu mô gan và mức độ xơ hóa	FibroScan với LSM, siêu âm gan kết hợp đàn hồi mô, albumin, PT-INR, đánh giá cổ trướng, Child–Pugh	đạt và duy trì tái bù xơ gan; albumin <2,8 g/L thì SLA 48 giờ; cổ trướng mới xuất hiện mức độ 2 trở lên thì hội chẩn gan mật khẩn

NHÓM 2 — THUẬT NGỮ HOW VẬN HÀNH

Nhóm này là phiên bản rút gọn của toàn bộ 60 thuật ngữ đã được định nghĩa trong A.4. Ở đây chỉ chuẩn hóa mã, tên gọi, nguồn/gắn nhất quốc tế, nội hàm cốt lõi trong vận hành, và phân nhóm nguồn gốc. Muốn xem định nghĩa đầy đủ và đối chiếu quốc tế, đọc A.4.

Nhóm A — Thuật ngữ quốc tế đã có

Mã	Nội dung
A-01	Treat-to-target (T2T) — ACR 2020, EULAR 2016 — chiến lược chuẩn độ liều đến đích đo lường cụ thể (trong gút: sUA <6 mg/dL)
A-02	Trạng thái Crystal-free — EULAR 2006, 2016; ACR 2020 — tinh thể MSU hoàn toàn không còn, kiểm chứng bằng siêu âm OMERACT hoặc DECT

A-03	Đa bệnh lý mạn tính — WHO 2016, Barnett 2012 — ≥ 2 bệnh mạn tính đồng mắc; Viện Gút dùng “phức tạp” cho nhóm ≥ 4 bệnh nặng
A-04	Phân tầng nguy cơ — CCM, ESC 2021, KDIGO 2024 — 4 tầng T1–T4 theo tải bệnh lý tích hợp đa trực
A-05	Chăm sóc tích hợp — WHO 2016, Wagner 2001 — phối hợp đa chuyên khoa quanh nhu cầu người bệnh, không phân mảnh theo bệnh
A-06	Mô hình chăm sóc mạn tính (CCM) — Wagner 2001 — framework 6 thành phần, là nền tảng lý luận của mô hình ngoại trú Viện Gút
A-07	Bằng chứng trong thực tế (RWE) — FDA 2016, IOM 2013 — bằng chứng từ thực hành thông thường ngoài thử nghiệm kiểm soát

Nhóm B — Thuật ngữ có nghĩa tương đương hoặc diễn giải khác

Mã	Nội dung
B-01	Khoảng trống HOW — WHO 2004, Eccles 2006 — khoảng cách cấu trúc giữa WHAT của guideline và quy trình vận hành đa bệnh
B-02	Đích kiểm chứng — EULAR 2016, ACR 2020 — đích điều trị xác nhận khách quan; cả 4 đích của Viện Gút đều đạt tiêu chí này
B-03	Bác sĩ nhạc trưởng lâm sàng — CCM, WHO ICOPE — bác sĩ điều phối tổng thể, giải xung đột guideline và kích hoạt van an toàn
B-04	Mô hình chăm sóc phân mảnh — Pham 2007, WHO 2023 — mỗi chuyên khoa áp guideline riêng mà không phối hợp
B-05	DATA-to-operate — IOM 2013 — dữ liệu dọc có cấu trúc, kích hoạt quyết định HOW theo thời gian thực
B-06	Ê-kíp đa ngành theo chuỗi vận hành — WHO 2016, CCM — MDT 7 thành phần vận hành như chuỗi cảm biến–phản ứng
B-07	Bộ khung WHAT – HOW – DATA-to-operate — Graham 2006, WHO 2004 — 3 lớp: guideline, quy trình vận hành và dữ liệu dọc
B-08	Trì hoãn lọc thận — KDIGO 2024 — né/hoãn RRT, Đích kiểm chứng số 2
B-09	Giảm mất bù tim mạch — ESC 2021 — giảm nhập viện vì suy tim mất bù, Đích kiểm chứng số 3
B-10	Tái bù xơ gan — EASL 2021, Caraceni 2021 — đạt và duy trì tái bù ngoại trú, Đích kiểm chứng số 4
B-11	SLA theo dõi — ITIL, y tế — cam kết thời gian phản hồi 4 giờ, 12 giờ, 24 giờ, 48 giờ
B-12	Điều kiện cần vs Điều kiện đủ — logic học — WHAT là điều kiện cần; WHAT + HOW + DATA + năng lực người bệnh là điều kiện đủ
B-13	Onboarding — quản trị nhân sự, RCT — quy trình tiếp nhận người bệnh: đánh giá đa trực, phân tầng, kế hoạch pha
B-14	Kế hoạch điều trị theo pha — ung thư, tâm thần — chia hành trình thành các pha có mục tiêu, ngưỡng chuyển pha và HOW riêng
B-15	Đa bệnh lý mạn tính phức tạp — WHO 2016, NICE 2016 — ≥ 4 bệnh nặng, tổn thương cơ quan đích, xung đột guideline cấu trúc
B-16	Bảo tồn chức năng thận — suy thận mạn giai đoạn cuối — KDIGO 2024 — bảo vệ thận, cân bằng T2T gút, điều phối đa trực
B-17	Giảm mất bù suy tim — ESC 2021 — ổn định tim, quản lý xung đột thuốc, điều phối tim–thận–gút ngoại trú
B-18	Tái bù xơ gan giai đoạn cuối — EASL 2021, Caraceni — vùng mù đôi giữa EASL và EULAR ở giao điểm gút–xơ gan

Nhóm C — Thuật ngữ do Viện Gút phát triển

Mã	Nội dung
C-01	Vùng mù lâm sàng — vùng bệnh nhân cần điều trị nhưng không guideline bao phủ
C-02	Van an toàn chuyển tuyến — ngưỡng đa trực kích hoạt chuyển tuyến/can thiệp theo SLA
C-03	Bản đồ ưu tiên lâm sàng — xác định thứ tự ưu tiên khi guideline xung đột trên cùng người bệnh
C-04	Điểm đứt gãy cấu trúc — giới hạn cấu trúc của chuỗi EBM tại bước áp dụng lâm sàng
C-05	Điều kiện vận hành — bệnh đồng mắc là điều kiện tiên quyết, không phải đích kiểm chứng
C-06	Nghịch lý guideline — đúng từng guideline đơn nhưng tổng hợp lại sai cho chính người bệnh
C-07	Lịch hệ quy chiếu — guideline cho đơn bệnh nhưng thực tại là đa bệnh theo thời gian
C-08	Bản đồ vùng mù — cơ sở dữ liệu dọc làm hệ quy chiếu ra quyết định trong vùng không guideline
C-09	Hệ thống cảm biến–phản ứng — mỗi thành phần MDT vừa thu tín hiệu vừa phản ứng khi vượt ngưỡng
C-10	Cửa sổ cơ hội — trạng thái HOW còn triển khai được, là điểm ra quyết định của mô hình
C-11	Vòng 0–30 ngày tái tích hợp — sau đứt gãy, tăng tần suất và tái đánh giá bốn trực
C-12	Audit trail lâm sàng — chuỗi truy vết quyết định HOW: ai, khi nào, dữ liệu nào, hành động nào
C-13	Ê-kíp MDT vận hành — MDT 7 vai trò cảm biến–phản ứng liên tục, không chỉ hội chẩn
C-14	Vùng mù hoàn toàn / vùng mù đôi — hai guideline cùng im lặng về giao điểm bệnh
C-15	Chuẩn độ ULT đa trực — liệu ULT đồng thời cân nhắc eGFR, gan, tim
C-16	Kiểm soát flare khi thuốc bị giới hạn — HOW khi NSAIDs, colchicine, corticoid cùng bị hạn chế
C-17	Điều phối tim–thận trong T2T gút — HOW điều phối sUA, eGFR, EF trong ngoại trú
C-18	3 vùng người bệnh (xanh/vàng/đỏ) — phân loại người bệnh theo mức bao phủ guideline
C-19	3 mức phân loại năng lực người bệnh (A/B/C) — A chủ động, B cần hỗ trợ, C ê-kíp chủ động
C-20	8 điều kiện đủ — bộ điều kiện người bệnh phải có để HOW vận hành hiệu quả
C-21	Đào tạo bệnh nhân có cấu trúc — đào tạo theo mức A/B/C và theo pha điều trị
C-22	Hợp tác như chỉ số vận hành — mức hợp tác là biến số đo lường được
C-23	Khoa học về hành vi bệnh nhân — thiết kế hệ thống phù hợp hành vi thực tế
C-24	Chuỗi cảm biến–phản ứng — 7 bước từ thu thập tín hiệu đến hành động
C-25	Điểm ra quyết định (Decision pivot) — điểm phân nhánh hệ quả lớn, cần DATA + bản đồ ưu tiên + audit trail
C-26	Sổ quyết định lâm sàng (Decision log) — ghi bối cảnh và lý do của quyết định
C-27	Vòng xoắn bệnh lý — trực bệnh này xấu đi kéo trực bệnh khác xấu đi
C-28	Ma trận giải xung đột — công cụ hỗ trợ phân xử khi guideline xung đột
C-29	Y học thị giác (Visual Medicine) — hình ảnh/video lâm sàng là dữ liệu vận hành và công cụ tăng tuân thủ
C-30	Caliper mm ² — đo tinh thể urat bằng caliper siêu âm để định lượng hơn OMERACT 0–3
C-31	Vòng phản hồi học tập — kết quả + dữ liệu → phân tích → cải tiến HOW → triển khai
C-32	Cửa sổ cơ hội — tiêu chí vận hành — bộ tiêu chí còn mở / đang đóng / đã đóng
C-33	Mô hình chăm sóc ngoại trú tích hợp đa bệnh lý mạn tính phức tạp — khái niệm trung tâm của toàn bộ bộ hồ sơ

C-34	Đa tổn thương cơ quan mạn tính — ≥3 trục tổn thương, mỗi cơ quan vừa là đích vừa là rào cản điều trị
C-35	Đa vòng xoắn bệnh lý mạn tính phức tạp — nhiều vòng xoắn cộng hưởng, mất bù gấp nhiều lần vòng đơn

NHÓM 3 — XÉT NGHIỆM SINH HỌC VÀ NGƯỠNG HÀNH ĐỘNG

Ngưỡng hành động dưới đây là các giá trị định sẵn dùng để leo thang HOW trong lớp vận hành của Viện Gút. Khoảng tham chiếu nền được đối chiếu với guideline quốc tế; cách dùng ngưỡng trong vận hành là của Mô hình Viện Gút.

Trực gút

Lab	Nội dung
XN-01	Acid uric huyết thanh (sUA) — mục tiêu <6 mg/dL; >6 mg/dL ở 2 lần khám thì tăng liều ULT; >8 mg/dL thì xem xét khẩn ULT. Nguồn: EULAR 2016, ACR 2020
XN-02	sUA — đích tiêu tophi — mục tiêu <5 mg/dL để đẩy nhanh tan tophi; tophi to hơn trên hình ảnh thì tăng ULT. Nguồn: EULAR 2016
XN-03	CRP (cơn viêm) — theo dõi xu hướng trong pha chuẩn độ; >50 mg/L kèm triệu chứng khớp thì khởi động protocol cơn viêm. Nguồn: Viện Gút
XN-04	Bạch cầu (WBC) — WBC >12 ×10 ⁹ /L trong nghi ngờ cơn viêm thì loại trừ viêm khớp nhiễm khuẩn. Nguồn: Viện Gút

Trực thận

Lab	Nội dung
XN-05	eGFR (CKD-EPI 2021) — phân giai: G3a ≥45, G3b ≥30, G4 ≥15, G5 <15; giảm >25% trong 3 tháng thì rút ngắn SLA; <15 thì hội chẩn khẩn. Nguồn: KDIGO 2024
XN-06	Creatinine huyết thanh (SCr) — tăng cấp >26 μmol/L trong 48 giờ = AKI, cần giữ thuốc độc thận. Nguồn: KDIGO 2024
XN-07	Kali huyết thanh (K ⁺) — mục tiêu 3,5–5,0 mmol/L; K ⁺ >6,0 thì SLA 4 giờ; K ⁺ <3,0 thì SLA 12 giờ. Nguồn: KDIGO 2024
XN-08	Bicarbonate huyết thanh (HCO ₃ ⁻) — <18 mmol/L gọi toan chuyển hóa, cần xem xét liều ULT; mục tiêu ≥22 trong CKD. Nguồn: KDIGO 2024
XN-09	Protein niệu (UPCR/PCR) — >100 mg/mmol thì chuyển thận học; xu hướng tăng thì tăng tốc theo dõi trực thận. Nguồn: KDIGO 2024
XN-10	Uric acid niệu 24 giờ (UUA24h) — dùng để xác định kiểu hình tăng urat, định hướng chọn ULT. Nguồn: ACR 2020

Trực tim mạch

Lab	Nội dung
XN-11	NT-proBNP — tăng cấp >50% từ nền thì SLA 24 giờ; mục tiêu <125 pg/mL ngoại trừ ở HFREF. Nguồn: ESC 2021
XN-12	BNP — thay NT-proBNP khi cần; >400 pg/mL cấp thì xem xét tim mạch khẩn. Nguồn: ESC 2021
XN-13	Troponin I/T — bất kỳ tăng trên ngưỡng thứ 99 thì loại trừ ACS; tăng trong cardiorenal syndrome thì xem xét đa chuyên khoa. Nguồn: ESC 2021
XN-14	Phân suất tổng máu (EF) — HFREF <40%, HFmrEF 40–49%, HFpEF ≥50%; giảm >10% tuyệt đối từ nền thì tăng tầng theo dõi. Nguồn: ESC 2021

XN-15	Nhịp tim (HR) — mục tiêu 50–70 ở HFREF dùng beta-blocker; HR >110 lúc nghỉ thì xem xét lại thuốc. Nguồn: ESC 2021
XN-16	Huyết áp (HA) — mục tiêu <130/80 khi CKD + HF; HATT <90 thì giữ lợi tiểu và xem xét khẩn. Nguồn: ESC 2021; KDIGO 2024

Trục gan

Lab	Nội dung
XN-17	Độ cứng gan (LSM/FibroScan) — F0–F1 <7,0; F2 7–9,4; F3 9,5–12,4; F4 ≥12,5; >20 kPa gọi nguy cơ cao tăng áp lực tĩnh mạch cửa. Nguồn: EASL 2021
XN-18	Albumin huyết thanh — <2,8 g/L thì SLA 48 giờ; đồng thời là biến số của Child–Pugh. Nguồn: EASL 2021
XN-19	PT-INR — >1,7 gọi nguy cơ chảy máu cao; đồng thời là biến số Child–Pugh. Nguồn: EASL 2021
XN-20	Bilirubin toàn phần (T-Bili) — >34 μmol/L gọi xấu chức năng gan, cần xem xét trong theo dõi Child–Pugh. Nguồn: EASL 2021
XN-21	ALT/AST — ALT >3× ULN thì giữ thuốc độc gan; kiểm tra mỗi lần thay đổi liều ULT. Nguồn: EASL 2021
XN-22	GGT — theo dõi sử dụng rượu, đặc biệt quan trọng ở Child–Pugh B/C. Nguồn: Viện Gút
XN-23	Natri huyết thanh (Na ⁺) — <130 mmol/L thì SLA 24 giờ, thường gặp trong xơ gan mất bù. Nguồn: EASL 2021
XN-24	Phân độ cổ trướng — Độ 1 chỉ siêu âm, Độ 2 phát hiện lâm sàng, Độ 3 căng tức; mới xuất hiện Độ 2 trở lên thì hội chẩn gan mật khẩn. Nguồn: EASL 2021

An toàn đa thuốc

Lab	Nội dung
XN-25	Cortisol buổi sáng — <3 μg/dL gọi suy thượng thận, SLA 4 giờ; sàng lọc ở bệnh nhân dùng corticoid kéo dài. Nguồn: Viện Gút
XN-26	Hemoglobin (Hb) — <7 g/dL thì SLA 12 giờ; <8 g/dL có triệu chứng thì SLA 24 giờ. Nguồn: Viện Gút
XN-27	Tiểu cầu (PLT) — <50 thì tránh NSAIDs và đánh giá nguy cơ chảy máu. Nguồn: Viện Gút
XN-28	Đường huyết / HbA1c — mục tiêu HbA1c 7,0–8,0% ở ĐTĐ2 + CKD; đường huyết >16,7 mmol/L thì khởi động protocol tăng đường huyết cấp. Nguồn: Viện Gút

NHÓM 4 — PHƯƠNG TIỆN HÌNH ẢNH VÀ KIỂM CHỨNG CHỨC NĂNG

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

Mã	Nội dung
HA-01	Siêu âm khớp OMERACT — Đích 1 — kiểm chứng crystal-free chính ở khớp và gân; thông số chính: 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; thông số chính: tổng thể tích urate, 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; thông số: kích thước và số xói mòn
HA-04	MRI cơ xương khớp — Đích 1 — dùng cho ca phức tạp; thông số: phù tủy xương, xác nhận phát hiện của DECT

HA-05	Siêu âm thận — Đích 2 — đánh giá cấu trúc CKD theo dọc; thông số: kích thước thận, độ dày vỏ thận, tính hồi âm, tắc nghẽn
HA-06	Đàn hồi mô thận (ARFI/SWE) — Đích 2 — đánh giá xơ hóa thận không xâm lấn; thông số: độ cứng thận, theo dõi xu hướng mỗi 12 tháng
HA-07	Siêu âm tim qua thành ngực — Đích 3 — phương tiện chính đánh giá cấu trúc và chức năng tim; thông số: EF Simpson, vận động vùng, chức năng van, tràn dịch màng tim
HA-08	Tissue Doppler (TDI) — Đích 3 — đánh giá chức năng tâm trương; thông số: E/e', vận tốc vòng van hai lá e'
HA-09	MRI tim (CMR) — Đích 3 — định lượng xơ hóa và tổn thương cơ tim phức tạp; thông số: LGE, T1/T2 mapping
HA-10	CT mạch vành — Đích 3 — chẩn đoán nguyên nhân suy tim do bệnh mạch vành; thông số: điểm calci, phân độ hẹp
HA-11	FibroScan (đàn hồi thoáng qua) — Đích 4 — công cụ chính theo dõi dọc xơ hóa gan; thông số: LSM, CAP
HA-12	Siêu âm gan — Đích 4 — đánh giá cấu trúc gan, tăng áp lực tĩnh mạch cửa và cổ trướng; thông số: kích thước gan, bề mặt gan, lách to, thể tích cổ trướng
HA-13	Đàn hồi ARFI/SWE — Đích 4 — thay thế FibroScan khi có cổ trướng hoặc béo phì; thông số: vận tốc sóng cắt
HA-14	Nội soi thực quản – dạ dày — Đích 4 — đánh giá giãn tĩnh mạch thực quản và biến chứng tăng áp cửa; thông số: phân độ giãn tĩnh mạch, bệnh dạ dày tăng áp cửa

NHÓM 5 — THUẬT NGỮ GUIDELINE QUỐC TẾ ĐƯỢC TRÍCH DẪN TRONG BỘ TÀI LIỆU

Nhóm này chuẩn hóa các thuật ngữ guideline quốc tế được dùng đúng nghĩa gốc trong toàn bộ bộ hồ sơ.

Mã	Nội dung
GL-01	Treat-to-target (T2T) — EULAR 2016, ACR 2020 — chiến lược chuẩn độ liều đến đích đo lường
GL-02	GRADE — Guyatt et al. — hệ thống đánh giá chất lượng bằng chứng và mức khuyến cáo
GL-03	Tháp bằng chứng OCEBM — Sackett et al. — khung phân tầng mức độ bằng chứng
GL-04	Living guideline — WHO, NICE, EULAR — guideline cập nhật liên tục nhưng không giải quyết được khoảng trống HOW cấu trúc
GL-05	Quản lý bảo tồn CKD — KDIGO 2024 — quản lý CKD nặng chưa lọc máu để tối đa hóa chức năng và hoãn RRT
GL-06	Phân giai CKD (G1–G5) — KDIGO 2024 — phân giai theo eGFR
GL-07	Điểm Child–Pugh — EASL — đánh giá mức độ nặng xơ gan
GL-08	Điểm MELD — EASL — mô hình tiên lượng tử vong 90 ngày ở xơ gan
GL-09	HFrEF / HFmrEF / HFpEF — ESC 2021 — phân loại suy tim theo EF
GL-10	Mất bù (suy tim) — ESC 2021 — xấu đi cấp tính của suy tim cần nhập viện
GL-11	Tái bù (xơ gan) — EASL 2021 — thoái lui toàn bộ các biến cố mất bù
GL-12	SLA (cam kết mức dịch vụ) — health informatics / vận hành — thời gian phản hồi tối đa cho một kích hoạt
GL-13	MDT (ê-kíp đa ngành) — WHO, NHS, NICE — thuật ngữ quốc tế chung; cấu trúc của Viện Gút có đặc thù riêng
GL-14	GPP (Thực hành nhà thuốc tốt) — WHO, FIP — chuẩn chất lượng nhà thuốc

GL-15	EMR / EHR — health informatics — hồ sơ bệnh án điện tử
GL-16	CDSS — health informatics — hệ thống hỗ trợ quyết định lâm sàng
GL-17	CCM (Mô hình chăm sóc mạn tính) — Wagner 2001 — framework 6 thành phần chăm sóc bệnh mạn
GL-18	Khoảng cách know-do — WHO 2004 — khoảng cách giữa tri thức khoa học và thực hành lâm sàng

NHÓM 6 — TỪ VIẾT TẮT VÀ KÝ HIỆU

Hệ từ viết tắt và ký hiệu dưới đây phải được dùng nhất quán trong toàn bộ hồ sơ. Dấu * đánh dấu thuật ngữ đặc thù của Mô hình Viện Gút. Các thuật ngữ còn lại theo định nghĩa quốc tế chuẩn.

Viết tắt	Tiếng Anh	Tiếng Việt
ACR	American College of Rheumatology	Hội Thấp khớp Mỹ
AKI	Acute Kidney Injury	Tổn thương thận cấp
ALT	Alanine aminotransferase	Alanine aminotransferase AM Cortisol — Morning serum cortisol — Cortisol buổi sáng
ARFI	Acoustic Radiation Force Impulse	Đàn hồi mô xung lực bức xạ âm
AST	Aspartate aminotransferase	Aspartate aminotransferase
BNP	B-type Natriuretic Peptide	Peptide lợi niệu natri type BHA — Blood Pressure — Huyết áp
CAP	Controlled Attenuation Parameter	Thông số suy giảm có kiểm soát
CCM	Chronic Care Model	Mô hình chăm sóc mạn tính
CDSS	Clinical Decision Support System	Hệ thống hỗ trợ quyết định lâm sàng
CKD	Chronic Kidney Disease	Bệnh thận mạn
CMR	Cardiac Magnetic Resonance	MRI tim
CRP	C-reactive protein	Protein phản ứng CCT — Computed Tomography — Chụp cắt lớp vi tính
DATA-to-operate*	Operational longitudinal data	Dữ liệu vận hành dọc
DCS	Double Contour Sign	Dấu hiệu đường đôi
DECT	Dual-Energy Computed Tomography	CT năng lượng kép ĐH — Blood glucose — Đường huyết ĐTĐ2 — Type 2 Diabetes Mellitus — Đái tháo đường type 2 DMARD — Disease-Modifying Anti-Rheumatic Drug — Thuốc chống thấp khớp thay đổi bệnh
EASL	European Association for the Study of the Liver	Hội Gan mật châu Âu
EF	Ejection Fraction	Phân suất tống máu
GFR	Estimated Glomerular Filtration Rate	Độ lọc cầu thận ước tính EHR / EMR — Electronic Health / Medical Record — Hồ sơ bệnh án điện tử
ESC	European Society of Cardiology	Hội Tim mạch châu Âu
EULAR	European League Against Rheumatism	Liên đoàn Chống Thấp khớp châu Âu
	Fibro	

Scan	Transient elastography device	Thiết bị đo độ cứng gan
GGT	Gamma-glutamyl transferase	Gamma-glutamyl transferase
GPP	Good Pharmacy Practice	Thực hành nhà thuốc tốt
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation	Hệ thống đánh giá chất lượng bằng chứng
Hb	Haemoglobin	HemoglobinHbA1c — Glycated haemoglobin — Hemoglobin glycat hóa
HCO ₃ ⁻	Bicarbonate	Bicarbonate
HF	Heart Failure	Suy tim
	HFmr	
EF	Heart Failure with mildly-reduced EF	Suy tim EF giảm nhẹ
	HFp	
EF	Heart Failure with preserved EF	Suy tim EF bảo tồn
	HFr	
EF	Heart Failure with reduced EF	Suy tim EF giảm
HOW*	Structured clinical operational process	Quy trình vận hành lâm sàng có cấu trúcKhoảng trống HOW* — HOW gap — Khoảng cách cấu trúc giữa WHAT và HOWHR — Heart rate — Nhịp tim
INR	International Normalised Ratio	Tỷ số chuẩn hóa quốc tế
K ⁺	Potassium	Kali
KDIGO	Kidney Disease: Improving Global Outcomes	KDIGOLGE — Late Gadolinium Enhancement — Tăng cản quang muộn
LMIC	Low- and Middle-Income Countries	Quốc gia thu nhập thấp và trung bình
LSM	Liver Stiffness Measurement	Đo độ cứng gan
MDT	Multidisciplinary Team	Ê-kíp đa ngành
MELD	Model for End-Stage Liver Disease	Mô hình bệnh gan giai đoạn cuối
MRI	Magnetic Resonance Imaging	Chụp cộng hưởng từ
MSU	Monosodium Urate	Muối urat natri
Na ⁺	Sodium	Natri
NHS	National Health Service	Dịch vụ Y tế Quốc gia
NICE	National Institute for Health and Care Excellence	Viện Y tế và Chăm sóc Xuất sắc Quốc gia
NSAIDs	Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs	Thuốc kháng viêm không steroid
	NT-pro	
BNP	N-terminal pro-B-type Natriuretic Peptide	NT-pro
BNPOCEBM	Oxford Centre for Evidence-Based Medicine	Trung tâm Y học Dựa trên Bằng chứng Oxford
OMERACT	Outcome Measures in Rheumatology	Đo lường kết cục trong thấp khớpPCR (niệu) — Protein-to-Creatinine Ratio — Tỷ số protein/creatinine niệu

PLT	Platelet count	Tiểu cầu
PT	Prothrombin time	Thời gian prothrombin
RA	Rheumatoid Arthritis	Viêm khớp dạng thấp
RCT	Randomised Controlled Trial	Thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng
RRS	Rapid Response System	Hệ thống phản ứng nhanh
RRT	Renal Replacement Therapy	Điều trị thay thế thận
SCr	Serum Creatinine	Creatinine huyết thanh SGLT2i — Sodium-Glucose Cotransporter-2 Inhibitor — Thuốc ức chế SGLT2 SLA* — Service-Level Agreement — Cam kết thời gian phản hồi tối đa
SR	Systematic Review	Tổng quan hệ thống UA / UAc — Serum Uric Acid — Acid uric huyết thanh
SWE	Shear Wave Elastography	Đàn hồi sóng cắt
T-Bili	Total Bilirubin	Bilirubin toàn phần T2T — Treat-to-target — Điều trị đến đích
TDI	Tissue Doppler Imaging	Doppler mô tim TnI / TnT — Troponin I / Troponin T — Troponin I / TUPCR — Urine Protein-to-Creatinine Ratio — Tỷ số protein/creatinine niệu
ULT	Urate-Lowering Therapy	Thuốc hạ acid uric UUA24h — 24-hour urine uric acid — Acid uric niệu 24 giờ
WBC	White Blood Cell count	Bạch cầu
WHAT*	Clinical guideline and evidence	Guideline và bằng chứng lâm sàng
WHO	World Health Organization	Tổ chức Y tế Thế giới

GHI CHÚ CUỐI

Tài liệu A.5 là tài liệu tra cứu liên tục cập nhật. Khi có thuật ngữ mới, biomarker mới, ngưỡng hành động mới hoặc phương tiện kiểm chứng mới được chuẩn hóa trong bộ tài liệu, A.5 sẽ là nơi được bổ sung đầu tiên để bảo đảm tính nhất quán của toàn bộ bộ hồ sơ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tài liệu tham khảo của A.5 được tổ chức theo sáu nhóm chủ đề tương ứng với sáu nhóm thuật ngữ. Số trong ngoặc vuông được dùng nhất quán trong toàn bộ bộ 36 tài liệu của bộ hồ sơ. Nhóm 1 gồm guideline gút và các đích kiểm chứng; Nhóm 2 gồm integrated care và multimorbidity; Nhóm 3 gồm guideline xét nghiệm và ngưỡng sinh học; Nhóm 4 gồm phương tiện hình ảnh và chuẩn quốc tế; Nhóm 5 gồm khoa học triển khai và khung guideline; Nhóm 6 gồm các tài liệu về vận hành và quản trị. Toàn bộ danh mục tham khảo chuẩn của A.5 được giữ đúng theo bản gốc.

[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.
- [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.
- [14] 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.
- [20] Gutierrez M, Schmidt WA, Thiele RG, et al. International Consensus for ultrasound lesions in gout. *Rheumatology*. 2015;54(10):1797–1805.
- [21] Bongartz T, Glazebrook KN, Kavros SJ, et al. Dual-energy CT for the diagnosis of gout. *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.

- [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.
- [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.