

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 B – TÀI LIỆU VẬN HÀNH

TÀI LIỆU B.1

BUỔI KHÁM BỆNH ĐẦU TIÊN

**Kích hoạt hệ vận hành tích hợp — Dẫn luồng về Clinical Conductor,
E-kíp đa ngành và van chuyển tuyến an toàn**

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 B.1 không phải là tài liệu trình bày một bệnh riêng lẻ, cũng không phải là tài liệu mô tả toàn bộ hành trình điều trị theo thời gian. B.1 là tài liệu mở đầu của **Phần B — Mô hình Vận hành**, có nhiệm vụ xác định thiết kế vận hành của **buổi khám bệnh đầu tiên** trong Mô hình Viện Gút. Nếu A.0–A.5 trả lời vì sao mô hình này cần tồn tại, dùng hệ quy chiếu nào, và ngôn ngữ vận hành của nó là gì, thì B.1 trả lời câu hỏi đầu tiên của lớp HOW: **hệ vận hành tích hợp được kích hoạt như thế nào ngay từ lần tiếp xúc lâm sàng đầu tiên**.

Trong kiến trúc nhiều tầng của bộ hồ sơ, B.1 thuộc **Tầng 1 — Kiến trúc cơ bản**, cùng với A.0–A.5 và B.2–B.5. Tài liệu này là điểm khởi động của toàn bộ hệ vận hành: mọi dữ liệu thu thập trong buổi khám đầu tiên — phân tầng nguy cơ T1–T4, bản đồ trực bệnh, đánh giá khả năng thực thi của người bệnh, trigger mở nhánh chuyên sâu, và ngưỡng kích hoạt van an toàn — đều là đầu vào bắt buộc cho B.2 đến B.5. Không có B.1, kế hoạch điều trị theo pha ở B.2 sẽ không có dữ liệu nền; điều kiện cần–đủ ở B.3 sẽ không có điểm xuất phát; đánh giá năng lực tham gia ở B.4 sẽ không có bối cảnh; và enabling conditions ở B.5 sẽ không có sơ đồ ưu tiên ban đầu.

DẪN CHIẾU CHO NGƯỜI ĐỌC B.1

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

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

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

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

Muốn hiểu kế hoạch điều trị theo bốn pha, đọc B.2.

Muốn hiểu điều kiện cần và đủ để còn cửa sổ cơ hội ngoại trú, đọc B.3.

Muốn hiểu vai trò người bệnh và gia đình trong vận hành, đọc B.4.

Muốn hiểu enabling conditions và nguyên tắc ưu tiên khi nhiều bệnh cùng hiện diện, đọc B.5.

Muốn hiểu cách mô hình này được áp dụng vào từng trực bệnh, đọc C.1–C.n.

TÓM TẮT VẬN HÀNH

Tài liệu này mô tả thiết kế vận hành của buổi khám bệnh đầu tiên trong Mô hình Viện Gút. Buổi khám đầu tiên không phải là buổi ghi nhận triệu chứng, càng không phải một buổi “lấy xét nghiệm nền” theo nghĩa hành chính. Đây là **điểm kích hoạt toàn bộ hệ vận hành tích hợp**. Mục tiêu cao nhất của nó là khám và chẩn đoán đủ toàn diện để tạo ra một **bức tranh lâm sàng tích hợp** của người bệnh; từ đó kích hoạt Clinical Conductor, xác định trực bệnh ưu tiên, phân tầng nguy cơ T1–T4, mở các nhánh chuyên sâu phù hợp, nhận diện enabling conditions, đặt nền cho kế hoạch điều trị theo pha, và sẵn sàng kích hoạt van chuyển tuyến nếu biên an toàn ngoại trú bị vượt quá.

Buổi khám đầu tiên trong Mô hình Viện Gút vì vậy không chỉ “nhìn bệnh” mà phải “nhìn toàn bộ người bệnh”: bệnh chính, bệnh đồng mắc, tổn thương cơ quan đích, vòng xoắn bệnh lý, mức độ trượt dốc, vị trí của người bệnh đối với vùng bao phủ guideline, khả năng tham gia của người bệnh và gia đình, và nguy cơ đứt gãy điều trị nếu không xây được kế hoạch tích hợp ngay từ đầu. Đây là tài liệu mở đầu của Phần B vì nó đặt nền dữ liệu, nền quyết định và nền trách nhiệm cho tất cả các tài liệu vận hành tiếp theo.

BỐI CẢNH

Trong thực hành ngoại trú đa bệnh lý mạn tính phức tạp, đích điều trị không được quyết định sau nhiều buổi khám rời rạc, mà phải được khởi tạo ngay từ buổi khám bệnh đầu tiên. Điều này đặc biệt đúng với nhóm bệnh nhân gút biến chứng nặng kèm bệnh thận mạn, suy tim, xơ gan, đái tháo đường, suy thượng thận thứ phát và các vòng xoắn bệnh lý chồng lấp — tức nhóm bệnh nhân gốc mà Mô hình Viện Gút được hình thành để phục vụ. Ở nhóm bệnh nhân này, việc bỏ sót ngay trong buổi đầu một trục bệnh, một yếu tố nguy cơ, một thuốc đang dùng, một dấu hiệu mất bù hoặc một enabling condition có thể làm toàn bộ kế hoạch điều trị đi chậm hơn, nguy hiểm hơn hoặc đổ vỡ ngay từ đầu.

B.1 được viết ra từ kinh nghiệm đó. Nó không mô tả một “gói khám tổng quát đại trà”, mà mô tả một kiến trúc khám ban đầu có định hướng, dùng WHAT của guideline như nền, nhưng tổ chức bằng HOW và DATA-to-operate để có thể áp dụng trên người bệnh thật. A.1 và A.2 đã giải thích vì sao chỉ có WHAT là chưa đủ; B.1 là nơi khung đó bắt đầu bước vào thực hành.

MỤC TIÊU VÀ PHẠM VI TÀI LIỆU

Tài liệu B.1 có năm mục tiêu. Thứ nhất, xác định vai trò của buổi khám đầu tiên như điểm kích hoạt của toàn bộ hệ vận hành tích hợp. Thứ hai, mô tả mục tiêu cao nhất của buổi khám đầu tiên là tạo ra bức tranh lâm sàng tích hợp. Thứ ba, thiết lập các nguyên tắc khám ban đầu, gồm lõi cận lâm sàng tối thiểu, cơ chế mở nhánh chuyên sâu, phân tầng nguy cơ và kích hoạt van an toàn. Thứ tư, mô tả sản phẩm đầu ra bắt buộc của buổi khám đầu tiên. Thứ năm, đặt B.1 vào đúng vị trí của nó trong logic chung của Phần B và toàn bộ bộ hồ sơ.

Tài liệu này không bao gồm: phác đồ điều trị chi tiết theo từng giai đoạn; điều kiện cần và đủ để tìm cửa sổ cơ hội cho ca bệnh nặng; khung năng lực tham gia của người bệnh; nguyên tắc ưu tiên và giải xung đột giữa nhiều bệnh đồng thời; bằng chứng lâm sàng chi tiết trên từng cơ quan đích; hay khung kiểm chứng đa trung tâm. Các nội dung đó thuộc về B.2, B.3, B.4, B.5, Phần C và Phần D.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Những đích điều trị cốt lõi của Mô hình Viện Gút — crystal-free trong bệnh gút có biến chứng, trì hoãn lọc thận ở bệnh nhân CKD tiến triển, giảm mất bù suy tim, tái bù xơ gan và kiểm soát giai đoạn nặng của nhiều bệnh mạn tính khác — chỉ có thể được theo đuổi một cách thực chất khi người bệnh được tiếp cận bằng mô hình WHAT – HOW – DATA-to-operate. Điều này có nghĩa là buổi khám đầu tiên không thể bị thu hẹp thành việc hỏi triệu chứng và chỉ định một số xét nghiệm đơn lẻ. Nó phải là nơi xác định xem người bệnh này đang đứng ở đâu trong hành trình bệnh, còn ở vùng nào của bao phủ guideline, còn hay mất cửa sổ cơ hội, có thể giữ ngoại trú hay phải chuẩn bị van an toàn chuyển tuyến.

Tinh thần đó phù hợp với hướng tiếp cận của NICE về đa bệnh lý: thay vì cộng dồn cơ học các guideline đơn bệnh, cần đánh giá gánh nặng bệnh, gánh nặng điều trị, đa thuốc và các ưu tiên thực tế của người bệnh trong một kế hoạch quản lý cá thể hóa có người điều phối rõ ràng. B.1 là bước đầu tiên để chuyển nguyên tắc đó thành vận hành cụ thể trong mô hình ngoại trú của Viện Gút.

2. MỤC TIÊU CAO NHẤT CỦA BUỔI KHÁM BỆNH ĐẦU TIÊN

Mục tiêu cao nhất của buổi khám bệnh đầu tiên ở bệnh nhân đa bệnh lý mạn tính phức tạp là khám và chẩn đoán đủ toàn diện các bệnh mà người bệnh đang mắc; đồng thời đánh giá được

mức độ nặng của từng bệnh, mức độ tổn thương của các cơ quan đích, nhận diện các vòng xoắn bệnh lý đang chi phối, xác định các nguyên nhân làm bệnh tiến triển nặng hơn, và từ đó phân tầng người bệnh theo mức độ an toàn điều trị để lựa chọn hướng xử trí phù hợp ngay từ đầu.

Cụ thể hơn, buổi khám đầu tiên phải tạo ra được một **bức tranh lâm sàng tích hợp**. Bức tranh đó phải đủ sâu để xác định ít nhất năm lớp thông tin: bệnh nào là bệnh chính và bệnh nào là bệnh đồng mắc đang chi phối; cơ quan đích nào đã tổn thương và ở mức độ nào; tương tác bệnh–bệnh và bệnh–thuốc nào đang tạo thành vòng xoắn trượt dốc; yếu tố nào trong đời sống thực tế đang tiếp tục làm bệnh nặng lên; và người bệnh này hiện đang ở vùng bao phủ guideline, vùng giáp ranh hay ngoài vùng bao phủ nhưng còn đủ tiêu chuẩn ngoại trú. Bức tranh đó không phải là danh sách xét nghiệm. Nó là sản phẩm bắt buộc của buổi khám đầu tiên và là nền tảng cho quyết định tích hợp của Clinical Conductor.

3. MÔ HÌNH ĐÁP ỨNG BA VÙNG NGƯỜI BỆNH

Buổi khám đầu tiên trong Mô hình Viện Gút không được thiết kế cho một quần thể “sạch” nằm gọn trong population của guideline đơn bệnh. Nó được thiết kế để đáp ứng đồng thời cho ba vùng người bệnh.

Vùng 1 — Trong vùng bao phủ của guideline đơn bệnh. Đây là các bệnh cảnh còn tương đối phù hợp với khuyến nghị đơn bệnh hiện hành; guideline có thể áp dụng trực tiếp, và HOW chủ yếu làm nhiệm vụ tổ chức thực thi đúng chuẩn.

Vùng 2 — Vùng giáp ranh. Người bệnh bắt đầu có đa bệnh lý, đa thuốc, suy giảm chức năng cơ quan hoặc xung đột mục tiêu điều trị; áp guideline tuyến tính không còn đủ, và HOW phải giải xung đột đồng thời.

Vùng 3 — Ngoài vùng bao phủ guideline nhưng còn đủ tiêu chuẩn ngoại trú. Người bệnh không còn khớp với quần thể “sạch” của guideline đơn bệnh, nhưng chưa vượt ngưỡng bắt buộc nội trú hoặc cấp cứu. Đây là vùng biên an toàn mỏng, nơi chỉ có thể giữ người bệnh lại nếu HOW có cấu trúc và van an toàn luôn ở trạng thái trực chiến.

Điểm cần lưu ý: “ngoài vùng bao phủ guideline” không đồng nghĩa với “ngoài chuẩn chăm sóc”. Nó có nghĩa là người bệnh đã đi ra ngoài vùng đơn giản của guideline đơn bệnh, nên cần HOW mạnh hơn để vẫn giữ được biên an toàn ngoại trú. Nếu vượt quá biên an toàn đó, mô hình không cố giữ người bệnh lại mà phải kích hoạt van chuyển tuyến ngay.

4. BUỔI KHÁM ĐẦU TIÊN LÀ BUỔI KHÁM BAO QUÁT — BỐN ĐÍCH KIỂM CHỨNG KHÔNG PHẢI BỐN GÓI THĂM DÒ BẮT BUỘC

Buổi khám đầu tiên trong Mô hình Viện Gút phải được thiết kế như một buổi khám bao quát có định hướng lâm sàng. Người bệnh đến với Viện Gút có thể mang theo bất kỳ tổ hợp bệnh mạn tính nào. Clinical Conductor phải nhìn thấy toàn bộ người bệnh — không phải chỉ nhìn qua bốn ô cửa sổ đã định sẵn. Do đó, bốn đích kiểm chứng của mô hình không phải là bốn gói thăm dò bắt buộc phải mở ở mọi bệnh nhân. Chúng là bốn khung đo lường kết quả đầu ra ưu tiên của mô hình. Một trục chỉ được kích hoạt chuyên sâu khi bệnh nhân có lý do lâm sàng rõ ràng.

Vì vậy, buổi khám đầu tiên có hai tầng. **Tầng thứ nhất** là nhiệm vụ bất biến của mọi buổi khám đầu tiên: phát hiện yếu tố đe dọa sinh tồn, lập danh sách đầy đủ bệnh chính và bệnh đồng mắc, nhận diện vòng xoắn bệnh lý, phân tầng nguy cơ và xác định enabling conditions. **Tầng thứ hai**

là các trục kiểm chứng được mở nhánh chuyên sâu theo lý do lâm sàng. Cách tổ chức này vừa tránh chỉ định quá mức, vừa tránh bỏ sót các điểm gãy lớn ở tim, gan, thận và các điều kiện vận hành khác.

5. NĂM NGUYÊN TẮC CHỈ ĐỊNH TRONG BUỔI KHÁM BỆNH ĐẦU TIÊN

Thứ nhất, không bắt mọi bệnh nhân khám như nhau. Buổi khám đầu tiên phải có lõi an toàn tối thiểu để bảo đảm không bỏ sót các điểm gãy lớn, nhưng các chỉ định chuyên sâu phải theo bệnh, triệu chứng và nguy cơ của từng người bệnh cụ thể.

Thứ hai, mọi chỉ định cận lâm sàng chuyên sâu phải bám guideline cập nhật của từng chuyên ngành. WHAT không bị thay thế; HOW chỉ tổ chức việc áp dụng WHAT cho đúng người, đúng thời điểm và đúng mức an toàn.

Thứ ba, lõi cận lâm sàng tối thiểu là lõi an toàn hệ thống, không phải lõi khám đủ bốn trục.

Thứ tư, mỗi xét nghiệm phải đi cùng một nhánh xử trí rõ ràng: ai chịu trách nhiệm, ngưỡng phản ứng là gì, bước tiếp theo là gì.

Thứ năm, không chỉ định quá mức nhưng cũng không chỉ định thiếu mức. Chỉ định quá mức làm tăng gánh nặng; chỉ định thiếu mức làm bỏ lỡ cửa sổ cơ hội.

6. LỐI CẬN LÂM SÀNG TỐI THIỂU CỦA BUỔI KHÁM BỆNH ĐẦU TIÊN

Lối cận lâm sàng tối thiểu của B.1 không phải là “gói khám tổng quát đại trà”. Đây là bộ dữ liệu đủ dùng để bảo đảm an toàn vận hành cho toàn hệ thống. Theo thiết kế hiện có của B.1, lõi này gồm công thức máu, creatinine – ure – eGFR, điện giải cơ bản, tổng phân tích nước tiểu, AST – ALT – bilirubin – albumin, đo huyết áp, khai thác toàn bộ thuốc đang dùng và rà soát phổi nhiễm glucocorticoid. Tùy nguy cơ và bối cảnh lâm sàng có thể bổ sung glucose/HbA1c, PT/INR, acid uric máu, ECG 12 chuyển đạo và protein niệu/albumin niệu.

Lối này có ba ý nghĩa vận hành. Một là tạo dữ liệu nền để phân tầng nguy cơ. Hai là phát hiện sớm các dấu hiệu đang đẩy người bệnh vượt biên an toàn ngoại trú. Ba là xác định trục bệnh nào cần được mở nhánh chuyên sâu ngay trong ngày đầu. Lối cận lâm sàng tối thiểu của B.1, do đó, là lớp DATA-to-operate nền đầu tiên, chứ không phải danh sách xét nghiệm để “đủ hồ sơ”.

7. CƠ CHẾ MỞ NHÁNH CHUYÊN SÂU THEO TỪNG TRỤC

Buổi khám đầu tiên trong mô hình này vận hành theo ba cơ chế mở nhánh.

Kích hoạt thứ nhất: bệnh đăng ký khám. Nếu người bệnh đến vì gút nặng, CKD, cổ trướng, suy tim hoặc triệu chứng tim mạch, hệ thống mở ngay nhánh chuyên sâu tương ứng, nhưng vẫn giữ lõi an toàn tim–gan–thận vì các dữ liệu đó chi phối tính khả thi của toàn bộ điều trị.

Kích hoạt thứ hai: triệu chứng hoặc dấu hiệu điển hình. Khó thở, phù, ran ẩm, đau ngực, hồi hộp, ngất, bụng báng, vàng da, tiểu ít, đau khớp tái diễn, tophi... là những trigger có thể mở nhánh chuyên sâu ngay trong buổi khám mà không cần chờ kết thúc.

Kích hoạt thứ ba: kết quả sàng lọc bất thường nghiêm trọng. Suy thận rất nặng, rối loạn điện giải, dấu mất bù gan, thiếu máu nặng, ECG nguy cơ cao hoặc bất kỳ tình huống nào gọi người bệnh đã vượt biên an toàn ngoại trú sẽ làm hệ thống chuyển ngay từ chế độ khám thông thường sang chế độ phản ứng có cấu trúc, đánh giá lại phân tầng và kích hoạt van chuyển tuyến nếu đạt tiêu chí T4.

Đây là chỗ B.1 khác với một buổi khám chuyên khoa cắt ngang. Buổi khám không chờ đến khi “xong mọi dữ kiện rồi mới ra quyết định”. Nó cho phép quyết định mở nhánh, tăng tầng hoặc chuyển tuyến ngay trong thời gian dữ kiện đang hình thành, miễn là có đủ trigger vận hành.

8. PHÂN TẦNG NGUY CƠ T1–T4 LÀ SẢN PHẨM BẮT BUỘC CỦA BUỔI KHÁM ĐẦU TIÊN

Phân tầng T1–T4 không phải một chi tiết quản lý hành chính. Đây là sản phẩm bắt buộc của buổi khám đầu tiên. Không có phân tầng, Clinical Conductor không thể xác định nhịp tái khám, mức độ dày của theo dõi, cơ chế kích hoạt van an toàn, cũng như không thể nối B.1 sang B.2 một cách có cấu trúc. B.1 hiện mô tả phân tầng như dữ liệu nền bắt buộc để B.2 xác định pha điều trị khởi đầu; B.3 lại dùng chính phân tầng này để xác định vùng bệnh nhân và mức điều kiện cần áp dụng.

Về nghĩa vận hành, T1–T4 không chỉ phản ánh mức nặng của từng bệnh, mà phản ánh tổng tải bệnh lý tích hợp: nguy cơ đe dọa sinh tồn, mức độ mất ổn định, số lượng trực bệnh cùng hoạt động, và độ hẹp của biên an toàn ngoại trú. Vì vậy, đây là phân tầng đa trục chứ không phải cộng lại từ các phân tầng đơn bệnh.

9. CLINICAL CONDUCTOR VÀ Ê-KÍP ĐA NGÀNH ĐƯỢC KÍCH HOẠT TỪ BUỔI ĐẦU

Một trong những khác biệt cốt lõi của B.1 là: buổi khám đầu tiên không dừng ở bác sĩ khám bệnh. Từ buổi đầu, Clinical Conductor phải được xác lập như người giữ bức tranh tổng thể, còn ê-kíp đa ngành phải được đặt vào vị trí chuỗi cảm biến–phản ứng, chứ không phải chỉ là các đơn vị cung cấp dịch vụ rời rạc. Điều này phù hợp với định nghĩa vận hành của A.4 về Clinical Conductor và MDT, và là nền tảng để toàn bộ Nhóm B không rơi lại vào mô hình phân mảnh.

Điều đó có nghĩa là: labo không chỉ “trả kết quả xét nghiệm”; chẩn đoán hình ảnh không chỉ “làm siêu âm”; dược sĩ không chỉ “phát thuốc”; điều dưỡng và chăm sóc ngoại trú không chỉ “nhắc tái khám”. Ngay từ buổi đầu, mỗi vị trí đã phải biết họ đang là cảm biến nào, tín hiệu nào thuộc trách nhiệm của mình, ngưỡng nào phải báo, và báo cho ai trong hệ thống. Đây là điều làm cho B.1 trở thành tài liệu kích hoạt toàn bộ HOW, chứ không chỉ là tài liệu intake.

10. ĐẦU RA BẮT BUỘC CỦA BUỔI KHÁM BỆNH ĐẦU TIÊN

Sau buổi khám đầu tiên, hệ thống phải tạo ra ít nhất sáu đầu ra bắt buộc.

Một là **bức tranh lâm sàng tích hợp**, gồm danh sách đầy đủ bệnh chính và bệnh đồng mắc, mức độ tổn thương cơ quan đích, vòng xoắn bệnh lý, yếu tố làm bệnh tiến triển, vị trí của người bệnh đối với vùng bao phủ guideline.

Hai là **phân tầng nguy cơ T1–T4**.

Ba là **xác định trực bệnh ưu tiên và nhánh chuyên sâu cần mở**.

Bốn là **dữ liệu nền tối thiểu** để B.2 xác định pha điều trị khởi đầu.

Năm là **đánh giá sơ bộ về năng lực tham gia và rào cản thực thi**, làm đầu vào cho B.4.

Sáu là **quyết định giữ ngoại trú có cấu trúc hay kích hoạt van an toàn chuyển tuyến**.

Nếu buổi khám đầu tiên không tạo ra được những đầu ra này, thì dù có chỉ định nhiều xét nghiệm hoặc có ghi chép đầy đủ triệu chứng, B.1 vẫn chưa hoàn thành nhiệm vụ vận hành của nó. Bởi bản chất của B.1 không phải thu thập thông tin để “biết người bệnh có gì”, mà là tạo ra đủ thông tin có cấu trúc để hệ thống bắt đầu điều trị đúng cách.

11. MINH HỌA THỰC TẾ — CA DTH

B.1 hiện dùng ca DTH như một minh họa cụ thể cho hai nguyên tắc cốt lõi của buổi khám đầu tiên. Thứ nhất, buổi khám đầu tiên phải nhận diện được **nguyên nhân bệnh và yếu tố làm bệnh tiến triển**, chứ không chỉ ghi lại các chẩn đoán đang thấy trên bề mặt. Trong ca DTH, buổi khám đầu tiên đã phát hiện xơ gan F4 Child–Pugh B mất bù với nguyên nhân là bệnh gan do rượu, từ đó mở ra toàn bộ chuỗi can thiệp cai rượu, dinh dưỡng và theo dõi FibroScan theo pha. Thứ hai, lối cận lâm sàng tối thiểu phải đủ toàn diện để phát hiện những bất thường nghiêm trọng đồng thời có khả năng đẩy người bệnh sang T4 và kích hoạt van an toàn ngay trong ngày đầu, như tăng kali máu, thiếu máu rất nặng và suy thượng thận thứ phát sâu.

Giá trị của minh họa này không nằm ở việc kể lại một ca khó. Nó cho thấy B.1 không phải một tài liệu tổ chức hành chính, mà là tài liệu về cách buổi khám đầu tiên có thể thay đổi quỹ đạo điều trị của cả một người bệnh nếu nó đủ cấu trúc để nhìn ra điều mà mô hình phân mảnh trước đó đã bỏ sót.

12. SO SÁNH VỚI MÔ HÌNH ĐIỀU TRỊ PHÂN MẢNH

Trong mô hình phân mảnh, buổi khám đầu tiên thường được tổ chức theo chuyên khoa tiếp nhận. Bệnh nhân đau khớp đi vào khung khám của chuyên khoa khớp; bệnh nhân phù khó thở đi vào khung khám của tim mạch; bệnh nhân creatinine cao đi vào khung khám của thận. Cách tổ chức đó có thể phù hợp với nhiều tình huống đơn giản, nhưng trong đa bệnh lý mạn tính phức tạp, nó tạo ra ba hệ quả: thiếu cái nhìn tổng thể, thiếu người điều phối, và thiếu khả năng phát hiện vòng xoắn bệnh lý đa trục từ ngay buổi đầu. B.2 đã mô tả khá rõ các hậu quả đo lường được của mô hình phân mảnh, và B.1 là tài liệu đầu tiên thiết kế lại chính điểm khởi đầu đó.

Vì vậy, giá trị của B.1 không nằm ở việc “khám kỹ hơn”, mà ở việc **khám khác đi về kiến trúc**. Nó chuyển buổi khám đầu tiên từ một điểm ghi nhận thông tin sang một điểm kích hoạt hệ vận hành tích hợp. Đây là sự khác biệt cấu trúc, không phải chỉ là khác biệt về mức độ cẩn thận.

13. GIỚI HẠN PHẠM VI TÀI LIỆU

B.1 bao gồm: quy trình vận hành buổi khám đầu tiên trong mô hình tích hợp; mục tiêu tạo bức tranh lâm sàng tích hợp; các nguyên tắc chỉ định lối cận lâm sàng tối thiểu; cơ chế mở nhánh chuyên sâu; phân tầng nguy cơ; vai trò khởi động của Clinical Conductor, MDT và van an toàn; và đầu ra bắt buộc của buổi khám đầu tiên.

B.1 không bao gồm: phác đồ điều trị chi tiết theo từng giai đoạn; cửa sổ cơ hội ở mức điều kiện cần–đủ; công cụ đánh giá năng lực người bệnh; nguyên tắc ưu tiên và giải xung đột giữa nhiều enabling conditions; bằng chứng trên từng cơ quan đích; hoặc khung kiểm chứng đa trung tâm. Những nội dung này lần lượt thuộc về B.2, B.3, B.4, B.5, Phần C và Phần D.

14. VỊ TRÍ CỦA B.1 TRONG HỆ THỐNG TÀI LIỆU VIỆN GÚT

B.1 là điểm khởi động của toàn bộ hệ vận hành. Mọi dữ liệu thu thập trong buổi khám đầu tiên — phân tầng nguy cơ T1–T4, bức tranh lâm sàng tích hợp, trigger mở nhánh chuyên sâu, đánh giá khả năng thực thi ban đầu của người bệnh — đều là đầu vào bắt buộc cho tất cả các tài liệu B.2 đến B.5. B.2 nhận dữ liệu nền và phân tầng để xác định pha điều trị khởi đầu; B.3 dùng phân tầng và dữ liệu nền để xác định cửa sổ cơ hội; B.4 nói khả năng tham gia của người bệnh vào khung vận hành; B.5 dùng lối an toàn và bản đồ bệnh tích ban đầu để triển khai enabling conditions và ma trận giải xung đột.

Nếu A.0 là điểm vào học thuật của cả bộ hồ sơ, thì B.1 là điểm vào vận hành của cả mô hình. B.1 vì vậy được đặt ở đầu Phần B.

KẾT LUẬN

Buổi khám bệnh đầu tiên trong Mô hình Viện Gút không phải là buổi ghi nhận triệu chứng. Đó là điểm kích hoạt toàn bộ hệ vận hành tích hợp. Nhiệm vụ cao nhất của nó là tạo ra bức tranh lâm sàng tích hợp đủ sâu để người bệnh không bị nhìn như một chuỗi chẩn đoán rời rạc, mà như một cơ thể đang mang nhiều trục bệnh, nhiều vòng xoắn bệnh lý, nhiều nguy cơ và nhiều cửa sổ cơ hội khác nhau.

Từ buổi khám đầu tiên này, Clinical Conductor được kích hoạt, MDT được đặt vào chuỗi cảm biến–phản ứng, phân tầng nguy cơ được xác lập, dữ liệu nền được tạo ra, nhánh chuyên sâu được mở đúng lúc, và van an toàn được đặt vào trạng thái trực chiến. B.1 vì thế không chỉ mở đầu cho Phần B. Nó mở đầu cho toàn bộ logic vận hành của Mô hình Viện Gút.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. NICE NG56. *Multimorbidity: clinical assessment and management*.
2. KDIGO. 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease.
3. FitzGerald JD, et al. 2020 American College of Rheumatology Guideline for the Management of Gout.
4. ACC/AHA/HFSA and ESC guideline documents on heart failure.
5. EASL guideline documents on decompensated cirrhosis.
6. Các tài liệu nền tảng và vận hành trong bộ tài liệu học thuật Mô hình Viện Gút: A.0–A.5, B.2–B.5, C.1–C.n