

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.2

KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ

Kiến trúc WHAT – HOW – DATA-to-operate theo Mô hình Viện Gút — Từ kiểm soát giai đoạn phức tạp đến duy trì bền vững — bốn pha điều trị

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.2 không phải là tài liệu nói về một bệnh riêng lẻ, cũng không phải là protocol chi tiết cho một tình huống cấp cứu cụ thể. B.2 là tài liệu trung tâm của **Phần B — Mô hình Vận hành**, có nhiệm vụ mô tả **kiến trúc kế hoạch điều trị ngoại trú theo thời gian** trong Mô hình Viện Gút. Nếu B.1 trả lời câu hỏi hệ vận hành được kích hoạt như thế nào trong buổi khám đầu tiên, thì B.2 trả lời câu hỏi tiếp theo: sau khi hệ vận hành đã được kích hoạt, kế hoạch điều trị ngoại trú được tổ chức như thế nào để đưa người bệnh đi qua các giai đoạn khác nhau của hành trình điều trị.

Trong kiến trúc nhiều tầng của bộ hồ sơ, B.2 thuộc **Tầng 1 — Kiến trúc cơ bản**. Nó dựa trực tiếp vào dữ liệu đầu ra của B.1, đồng thời làm nền cho B.3, B.4 và B.5. Thiếu B.2, B.3 sẽ khó xác định cửa sổ cơ hội đang mở ở pha nào; B.4 sẽ thiếu khung để phân bổ năng lực tham gia của người bệnh theo thời gian; B.5 sẽ khó lồng enabling conditions và nguyên tắc ưu tiên vào một hành trình vận hành có cấu trúc. B.2, do đó, là tài liệu nối logic **khởi động hệ vận hành** ở B.1 với logic **duy trì hệ vận hành theo thời gian** trong toàn bộ Phần B.

DẪN CHIẾU CHO NGƯỜI ĐỌC B.2

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 buổi khám đầu tiên và dữ liệu nền của hệ vận hành, đọc B.1.

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 theo thời gian, đọc B.4.

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

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

TÓM TẮT

Tài liệu B.2 trình bày kế hoạch điều trị ngoại trú của Mô hình Viện Gút như một **cấu trúc ba lớp**: WHAT là đích điều trị và nguyên tắc điều trị được đối sánh từ guideline hiện hành của từng trục bệnh; HOW là lớp vận hành lâm sàng giúp tổ chức khám, chẩn đoán, phân tầng nguy cơ, điều phối đa ngành, quản trị đa thuốc, nhịp tái khám và cơ chế chuyển pha; DATA-to-operate là bộ dữ liệu đủ dùng để nhận diện tổn thương cơ quan đích, vòng xoắn bệnh lý, mức độ trượt dốc và cửa sổ cơ hội điều trị. Trên nền ba lớp này, B.2 tổ chức hành trình điều trị thành **bốn pha**: ổn định cấp, chuẩn độ, duy trì và đánh giá đích. Đây không phải là cách chia giai đoạn mang tính lý thuyết, mà là hệ quả trực tiếp của gần hai thập kỷ thực hành điều trị ngoại trú tích hợp tại Viện Gút, nơi người bệnh đa bệnh lý mạn tính phức tạp không thể được điều trị an toàn bằng một kế hoạch tĩnh, tuyến tính, hoặc cắt ngang.

B.2 đồng thời khẳng định rằng các đích điều trị cao như crystal-free, trì hoãn lọc thận, giảm mất bù suy tim và tái bù xơ gan không thể được theo đuổi bằng cách cộng dồn cơ học các guideline đơn bệnh. Để những đích này trở thành khả thi trong thực hành ngoại trú, kế hoạch điều trị phải được tổ chức như một kiến trúc động: biết khi nào phải kiểm soát nguy cơ trước mắt, khi nào đủ điều kiện chuẩn độ tích cực, khi nào có thể giãn nhịp theo dõi, khi nào phải giữ kết quả bền vững, và khi nào phải kích hoạt van an toàn hoặc tái tích hợp sau đứt gãy. B.2 là tài liệu mô tả chính kiến trúc động đó.

BỐI CẢNH

Trong điều trị ngoại trú đa bệnh lý mạn tính phức tạp, điểm yếu lớn nhất của mô hình phân mảnh không chỉ là mỗi chuyên khoa nhìn người bệnh qua lăng kính bệnh của mình, mà còn ở chỗ kế hoạch điều trị thường bị tổ chức như một tập hợp chỉ định rời rạc theo từng lần khám. Bệnh nhân đau thì được giảm đau, creatinine tăng thì được dặn uống nước, phù thì được đổi lợi tiểu, cổ trướng thì được thêm thuốc giữ muối nước, nhưng rất ít nơi có một kiến trúc điều trị đủ rõ để biết người bệnh đang ở giai đoạn nào của toàn bộ hành trình, mục tiêu ngắn hạn là gì, mục tiêu dài hạn là gì, và điều gì phải ưu tiên trước khi theo đuổi các đích cao hơn. B.2 được viết ra để lấp khoảng trống đó ở cấp độ kế hoạch điều trị.

Bối cảnh nguồn gốc của B.2 là nhóm bệnh nhân gút biến chứng nặng kèm đa bệnh lý mạn tính phức tạp — thường đồng thời mang CKD tiến triển, suy tim, xơ gan, đái tháo đường, suy thượng thận thứ phát, thiếu máu và nhiều vòng xoắn bệnh lý.^[1] Trong nhóm bệnh nhân này, không thể có một “toa thuốc chuẩn” dùng cho mọi thời điểm. Điều trị chỉ an toàn khi được tổ chức theo pha: có lúc ưu tiên giữ người bệnh trong biên an toàn, có lúc mới đủ điều kiện chuẩn độ tích cực, có lúc có thể giãn theo dõi, và có lúc cần chuyển từ logic kiểm soát sang logic duy trì bền vững. B.2 là tài liệu hệ thống hóa chính điều đó.

MỤC TIÊU VÀ PHẠM VI TÀI LIỆU

Tài liệu B.2 có sáu mục tiêu. Thứ nhất, định nghĩa kế hoạch điều trị ngoại trú của Mô hình Viện Gút như một cấu trúc WHAT – HOW – DATA-to-operate. Thứ hai, xác định các mục tiêu chung của kế hoạch điều trị trong ngoại trú đa bệnh lý mạn tính phức tạp. Thứ ba, nêu các nguyên tắc xây dựng kế hoạch điều trị tích hợp. Thứ tư, mô tả bốn pha điều trị và cơ chế chuyển pha. Thứ năm, đặt kế hoạch điều trị theo pha vào quan hệ với đa thuốc, MDT, van an toàn và tái tích hợp. Thứ sáu, làm rõ vị trí của B.2 trong toàn bộ Phần B và bộ hồ sơ học thuật Mô hình Viện Gút.

Tài liệu này không bao gồm: thiết kế buổi khám đầu tiên chi tiết; điều kiện cần và đủ để xác định cửa sổ cơ hội; khung vận hành vai trò người bệnh; ma trận enabling conditions; protocol của từng trục bệnh hay lộ trình kiểm chứng đa trung tâm. Những nội dung đó thuộc B.1, B.3, B.4, B.5, Phần C và Phần D.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các đích điều trị lớn của Mô hình Viện Gút — crystal-free trên trục gút, trì hoãn điều trị thay thế thận trên trục CKD, giảm mất bù trên trục tim, tái bù trên trục gan, cùng khả năng 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 một kế hoạch điều trị có cấu trúc. Một người bệnh đa bệnh lý mạn tính phức tạp không thể được điều trị an toàn bằng một chuỗi chỉ định rời rạc, cũng không thể chỉ bằng cách áp dụng lần lượt từng guideline đơn bệnh theo logic tuyến tính. B.2 ra đời từ nhận thức đó: muốn đạt được các đích điều trị cao trong ngoại trú, trước hết phải có một **kế hoạch điều trị ngoại trú tích hợp** có cấu trúc.

Buổi khám đầu tiên của B.1 có thể tạo ra bức tranh lâm sàng tích hợp và phân tầng ban đầu, nhưng bản thân nó chưa phải kế hoạch điều trị. Sau khi hệ vận hành được kích hoạt, người bệnh phải bước vào một hành trình điều trị có logic theo thời gian: giai đoạn nào cần ưu tiên ổn định, giai đoạn nào đủ điều kiện chuẩn độ, khi nào có thể giãn theo dõi, và khi nào có thể chuyển sang duy trì bền vững. B.2 là tài liệu mô tả hành trình đó. Nó chuyển dữ liệu nền của B.1 thành

một cấu trúc theo thời gian để toàn bộ hệ thống có thể vận hành liên tục, thay vì phản ứng rời rạc theo từng biến cố.

2. KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ THEO WHAT – HOW – DATA-to-operate

Trong Mô hình Viện Gút, kế hoạch điều trị ngoại trú là một cấu trúc ba lớp. Mỗi lớp có vai trò riêng và không thể thay thế cho nhau.

Lớp	Vai trò	Xác định
WHAT	Đích điều trị và nguyên tắc điều trị được đối sánh từ guideline hiện hành của từng trực bệnh. ^{[1][2][3][4][5]}	Đích điều trị, ngưỡng đích, nguyên tắc thuốc và tiêu chí đánh giá.
HOW	Lớp vận hành lâm sàng biến WHAT thành điều trị thực tế: Clinical Conductor, phân tầng T1–T4, quản trị đa thuốc, kịch bản theo pha, nhịp tái khám, MDT, cửa sổ cơ hội, van an toàn. ^[6]	Người bệnh ở pha nào, trực nào ưu tiên, nhịp theo dõi dày hay thưa, ngưỡng phản ứng, leo thang hoặc chuyển tuyến.
DATA-to-operate	Bộ dữ liệu đủ dùng để hành động — không nhằm tích lũy cho đầy hồ sơ, mà nhằm trả lời câu hỏi quyết định. Vận hành bằng xu hướng, không bằng lát cắt đơn lẻ.	Trực bệnh nào đang nặng lên, vòng xoắn nào hoạt động, còn hay mất cửa sổ cơ hội, đang ở pha nào, khi nào chuyển pha hoặc kích hoạt van an toàn.

Từ định nghĩa này, kế hoạch điều trị ngoại trú của Viện Gút không phải là “một đơn thuốc dài hạn”, mà là một **kiến trúc vận hành theo thời gian**, nơi WHAT cho biết cần đạt gì, HOW cho biết làm thế nào, còn DATA-to-operate cho biết khi nào cần đổi nhịp, đổi ưu tiên hoặc đổi mức bảo vệ an toàn.

3. MỤC TIÊU CHUNG CỦA KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ

Kế hoạch điều trị ngoại trú đa bệnh lý mạn tính phức tạp của Mô hình Viện Gút có 5 mục tiêu.

Mục tiêu	Nội dung
Thứ nhất	Kiểm soát nguy cơ trước mắt và giữ người bệnh trong biên an toàn ngoại trú khi còn có thể.
Thứ hai	Tháo gỡ các vòng xoắn bệnh lý đang làm người bệnh tiếp tục trượt dốc.
Thứ ba	Khởi động và duy trì điều trị nền theo guideline trên đúng trực bệnh cần ưu tiên, với thứ tự hợp lý và nhịp độ phù hợp.
Thứ tư	Theo dõi dọc để phát hiện sớm cửa sổ cơ hội phục hồi hoặc dấu hiệu mất bù.
Thứ năm	Từng bước đưa người bệnh đến các đích kiểm chứng của mô hình trên một hoặc nhiều trực: crystal-free, tri hoãn lọc thận, giảm mất bù suy tim, tái bù xơ gan, hoặc các đích cấu trúc – chức năng khác tùy hồ sơ bệnh.

Điểm cần nhấn mạnh là: các mục tiêu này không đứng ngang nhau trong mọi thời điểm. Ở pha đầu, ưu tiên có thể là giữ người bệnh không vượt khỏi biên an toàn ngoại trú. Ở pha sau, ưu tiên có thể chuyển dần sang chuẩn độ để theo đuổi đích kiểm chứng. B.2 được viết ra chính để biến sự thay đổi ưu tiên đó thành một cấu trúc rõ ràng theo pha.

4. NGUYÊN TẮC XÂY DỰNG KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ

Kế hoạch điều trị ngoại trú trong Mô hình Viện Gút được xây dựng trên năm nguyên tắc.

Nguyên tắc	Nội dung
Nguyên tắc 1	Một người bệnh, một hệ quy chiếu tích hợp. Người bệnh có thể mắc nhiều bệnh, nhưng kế hoạch điều trị chỉ được có một trục điều phối tổng thể và một logic ưu tiên chung. Clinical Conductor là người giữ trục này. ^[6]
Nguyên tắc 2	Không áp guideline đơn bệnh một cách cơ học. Kế hoạch điều trị phải xác định người bệnh đang ở trong vùng bao phủ của guideline, vùng giáp ranh hay ngoài vùng bao phủ nhưng còn đủ tiêu chuẩn ngoại trú. Ở vùng trong bao phủ, WHAT được áp dụng gần hơn với khuôn chuẩn. Ở vùng giáp ranh và ngoài bao phủ, HOW phải mạnh hơn để giải xung đột và bảo vệ biên an toàn. ^[1]
Nguyên tắc 3	Ưu tiên bảo vệ cơ quan sinh tồn trước, tối ưu hóa đích dài hạn sau. Trong mọi pha, ngăn chặn mất bù tim, thận, gan và các điểm gây đe dọa sinh tồn luôn được đặt cao hơn tối ưu hóa các đích dài hạn. Đích cao chỉ có ý nghĩa khi người bệnh còn ở trong biên an toàn để theo đuổi chúng.
Nguyên tắc 4	Quản trị đa thuốc là cấu phần bắt buộc. Không có kế hoạch điều trị nào được coi là hoàn chỉnh nếu không có đánh giá và quản lý chủ động về đa thuốc, tương tác thuốc, độc tính tích lũy và gánh nặng điều trị.
Nguyên tắc 5	Quyết định theo xu hướng, không theo lát cắt đơn lẻ. Mọi quyết định chuyển pha, chuyển tuyến hay thay đổi ưu tiên phải dựa trên xu hướng chuỗi thời gian, không dựa vào một kết quả đơn lẻ của một lần khám. Đây là nguyên tắc làm cho DATA-to-operate trở thành lớp bắt buộc của toàn bộ kế hoạch điều trị.

5. CẤU TRÚC KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ THEO BỐN PHA

Kế hoạch điều trị ngoại trú trong Mô hình Viện Gút được tổ chức thành bốn pha. Việc chia bốn pha không nhằm làm đẹp lý thuyết, mà nhằm phản ánh đúng thực tế điều trị ngoại trú đa bệnh lý mạn tính phức tạp: một người bệnh không thể được theo dõi bằng cùng một nhịp và cùng một logic quyết định từ đầu đến cuối. Mỗi pha có mục tiêu khác nhau, mức độ ổn định khác nhau, nhịp tái khám khác nhau, trigger khác nhau và vai trò khác nhau của HOW cũng như DATA-to-operate.

Pha	Tên	Mục tiêu chính	Trọng tâm WHAT–HOW–DATA	Nhịp tái khám
Pha 1	Ổn định cấp	Kiểm soát triệu chứng cấp tính phức tạp, giảm tần suất đợt xấu đi, tái lập biên an toàn tối thiểu ngoại trú.	WHAT là nền; HOW áp đảo – kịch bản dự phòng, van an toàn trực chiến, Clinical Conductor phản ứng dày.	Dày: vài ngày – 2–4 tuần
Pha 2	Chuẩn độ	Giữ ổn định tương đối, không để quay lại vòng xoắn mất bù, tiến gần hơn đến đích kiểm chứng.	Chuẩn độ thuốc vai trò lớn nhất (ULT, bảo vệ thận, tim mạch, xơ gan). HOW vừa tích cực vừa thận trọng.	Giãn hơn Pha 1, vẫn đủ dày
Pha 3	Duy trì	Củng cố kết quả, giữ xu hướng tốt, giảm nguy cơ tái trượt, tiến gần đích kiểm chứng.	HOW giảm phản ứng cấp, tăng quản trị tuân thủ + theo dõi dọc. Người bệnh bộc lộ vai trò mạnh hơn.	Giãn tối đa ~6 tháng tùy trực
Pha 4	Đánh giá đích + duy trì bền vững	Đánh giá đích kiểm chứng (crystal-free...). Chuyển sang duy trì thành quả, giữ sợi dây chuyên môn.	HOW chuyển sang giám sát tối thiểu, nhắc nhở, duy trì liên hệ. Hệ thống không rút tay quá sớm.	Giãn, trong trường giám sát hệ thống

Pha 1 — Ổn định cấp: kiểm soát những diễn biến phức tạp của các bệnh

Với mỗi trực bệnh và mỗi tình huống thường gặp, hệ thống phải có sẵn kịch bản dự phòng tích hợp trong DATA-to-operate: khi triệu chứng tăng, khi tác dụng phụ xuất hiện, khi xét nghiệm trượt ngưỡng, khi hợp tác người bệnh yếu đi — ai nhận thông tin, ai đánh giá trước, khi nào báo Clinical Conductor, khi nào kích hoạt van an toàn. Nhịp tái khám dày ở pha này là lựa chọn vận hành của mô hình, không phải khoảng cách cố định do guideline quy định.

Pha 2 — Chuẩn độ: bệnh tạm ổn, thuốc đã bắt đầu đáp ứng

Đây chưa phải pha an toàn tuyệt đối; van an toàn chuyển tuyến vẫn phải ở trạng thái trực chiến. HOW trong pha này vừa phải đủ tích cực để không bỏ lỡ cửa sổ cơ hội, vừa đủ thận trọng để không làm người bệnh trượt khỏi biên an toàn. Nhịp tái khám có thể giãn hơn nhưng vẫn phải đủ dày để không đánh mất độ nhạy của hệ thống với xu hướng trượt dốc.

Pha 3 — Duy trì: đích đã có chuyển biến tích cực, người bệnh ý thức được tuân thủ

Trọng tâm không còn là “điều trị một đợt nặng” mà là giữ cho quỹ đạo điều trị không đứt gãy. Đây là pha mà lớp điều kiện đủ từ phía người bệnh — năng lực tự theo dõi, hợp tác và hệ thống hỗ trợ gia đình — bắt đầu bộc lộ vai trò mạnh hơn. HOW phải điều chỉnh cho phù hợp: bớt phản ứng cấp tính, tăng quản trị tuân thủ, theo dõi dọc và hỗ trợ hành vi.

Pha 4 — Đánh giá đích và duy trì bền vững

Pha 4 không có nghĩa là kết thúc điều trị hoàn toàn. HOW chuyển sang chức năng giám sát tối thiểu, nhắc nhở, duy trì liên hệ và giữ cho người bệnh còn trong trường thông tin của hệ thống — đây là lớp giúp kết quả điều trị cao không bị mất đi chỉ vì hệ thống rút tay quá sớm sau khi người bệnh đỡ.

6. CƠ CHẾ CHUYỂN PHA

Chuyển pha không được quyết định bằng cảm giác chủ quan “bệnh nhân có vẻ ổn hơn”, cũng không chỉ bằng một xét nghiệm đơn lẻ đẹp hơn. Trong Mô hình Viện Gút, chuyển pha là một

quyết định vận hành dựa trên ba nhóm dữ liệu: xu hướng của cơ quan đích, trạng thái của vòng xoắn bệnh lý và mức độ thực thi thực tế của người bệnh – gia đình. Chỉ khi cả ba nhóm dữ liệu cho thấy người bệnh đã đủ điều kiện đi sang pha mới, hệ thống mới chuyển pha. Nếu một trong ba nhóm còn không ổn định, người bệnh vẫn phải ở lại pha cũ hoặc thậm chí lùi pha.

Điều này quan trọng vì trong đa bệnh lý mạn tính phức tạp, “ổn ở một trục” không đồng nghĩa với “ổn cho cả người bệnh”. Một người bệnh có thể hết đau khớp nhưng thận đang xấu đi, hoặc phù giảm nhưng xơ gan bắt đầu mất bù, hoặc acid uric đẹp nhưng hợp tác người bệnh đang giảm. Vì vậy, quyết định chuyển pha luôn là quyết định liên trục và liên lớp — vừa nhìn WHAT, vừa nhìn HOW, vừa nhìn DATA-to-operate.

7. NGUYÊN TẮC CHỈ ĐỊNH TRONG KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ

B.2 giữ nguyên năm nguyên tắc chỉ định đã được nêu trong bản gốc, nhưng đặt chúng vào logic của kế hoạch theo pha.

Nguyên tắc	Nội dung
Một là	Không bắt mọi bệnh nhân khám như nhau. Người bệnh đi vào kế hoạch theo pha với những tổ hợp bệnh khác nhau, nên nhánh chuyên sâu phải được mở theo bệnh, theo triệu chứng và theo nguy cơ thực sự.
Hai là	Mọi chỉ định cận lâm sàng chuyên sâu theo bệnh 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 và đúng pha.
Ba là	Lỗi cận lâm sàng tối thiểu là lỗi an toàn hệ thống, không phải “gói khám đủ bốn trục”.
Bốn là	Mỗi xét nghiệm chỉ nên được chỉ định khi hệ thống biết sẽ làm gì nếu kết quả bất thường.
Năm là	Không chỉ định quá mức nhưng cũng không chỉ định thiếu mức.

Trong B.2, năm nguyên tắc này không chỉ áp cho buổi khám đầu tiên mà còn chi phối toàn bộ nhịp chỉ định theo pha của điều trị ngoại trú.

8. LỖI CẬN LÂM SÀNG TỐI THIỂU VÀ NỀN THEO DÕI DỌC

Lỗi cận lâm sàng tối thiểu được thiết lập từ B.1 nhưng không kết thúc ở đó. Trong B.2, nó trở thành **nền theo dõi dọc** của toàn bộ kế hoạch điều trị. Công thức máu, creatinine, ure, eGFR, điện giải, nước tiểu, men gan, albumin, huyết áp, thuốc đang dùng và phơi nhiễm glucocorticoid không chỉ là dữ liệu ngày đầu. Chúng là các biến số nền sẽ tiếp tục được đọc lại ở từng pha để trả lời một câu hỏi vận hành rất thực: người bệnh đang tiến lên, đứng lại hay trượt xuống.

Trên nền lỗi đó, các nhánh chuyên sâu theo trục bệnh được mở và duy trì với nhịp khác nhau. Trục gút cần acid uric, cơn viêm, tophi và hình ảnh theo dõi dọc.^[3] Trục thận cần eGFR, creatinine, albumin niệu, điện giải và đôi khi elastography thận.^[2] Trục tim cần NT-proBNP/BNP, EF và biến cố mất bù.^[4] Trục gan cần FibroScan, albumin, PT-INR, cổ trướng và Child–Pugh.^[5] Vì vậy, trong B.2, DATA-to-operate không phải là “nhiều dữ liệu hơn”, mà là **dữ liệu đủ để gắn pha điều trị với trạng thái thực của từng trục bệnh**.

9. QUẢN TRỊ ĐA THUỐC VÀ ĐIỀU PHỐI Ê-KÍP ĐA NGÀNH THEO PHA

Quản trị đa thuốc không thể là một việc làm thêm sau khi đã có kế hoạch điều trị. Trong đa bệnh lý mạn tính phức tạp, nó phải được cài vào ngay lõi của kế hoạch. Ở Pha 1, trọng tâm là né độc tính cấp tính và chặn tương tác nguy hiểm. Ở Pha 2, trọng tâm là chuẩn độ có thứ tự để đạt đích mà không làm trượt cơ quan sinh tồn. Ở Pha 3, trọng tâm là giảm gánh nặng điều trị và giữ tuân thủ. Ở Pha 4, trọng tâm là duy trì bền vững mà không để người bệnh “tự cắt bỏ” điều trị vì thấy mình đã ổn.

Tương tự, MDT cũng không giữ một vai trò bất biến ở mọi pha. Ở pha đầu, labo, chẩn đoán hình ảnh, dược sĩ và Clinical Conductor thường ở trạng thái phản ứng dày hơn; ở pha sau, điều dưỡng, chăm sóc ngoại trú, truyền thông – y học thị giác và theo dõi tuân thủ nổi vai trò hơn. Điều này cho thấy kế hoạch điều trị theo pha không chỉ là lịch khám, mà là sự tái tổ chức vai trò của toàn bộ hệ thống quanh trạng thái thực của người bệnh.

10. VAN AN TOÀN VÀ TÁI TÍCH HỢP KHÔNG NẪM NGOÀI KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ

Một sai lầm phổ biến của nhiều mô hình ngoại trú là xem chuyển tuyến như dấu hiệu thất bại của kế hoạch điều trị. B.2 không nhìn như vậy. Trong Mô hình Viện Gút, van an toàn chuyển tuyến là một phần của kế hoạch ngay từ đầu. Nó không đứng ngoài hành trình điều trị. Ở mỗi pha, hệ thống phải biết rõ ngưỡng nào khiến người bệnh vượt biên an toàn, ai kích hoạt chuyển tuyến, dữ liệu nào được bàn giao, và điều kiện nào để tái tích hợp người bệnh trở lại sau đợt nội trú.

Chuyển tuyến, do đó, không cắt đứt kế hoạch điều trị. Nó là một đoạn của kế hoạch khi biên an toàn ngoại trú không còn đủ. Điều này đặc biệt quan trọng ở những người bệnh vùng đỏ, nơi khoảng trống giữa “giữ được ngoại trú” và “đã quá ngưỡng ngoại trú” có thể rất ngắn. Kế hoạch điều trị theo pha chỉ có thể gọi là hoàn chỉnh nếu van an toàn và vòng tái tích hợp sau chuyển tuyến đã được tính sẵn.

11. MINH HỌA THỰC TẾ — CA DTH NHƯ MỘT HÀNH TRÌNH BỐN PHA

Ca DTH là minh họa điển hình cho logic bốn pha của B.2. Ở Pha 1, mục tiêu không phải hạ urat thật nhanh mà là xử lý đồng thời tăng kali máu, thiếu máu rất nặng và suy thận thận thứ phát để tái lập biên an toàn tối thiểu. Ở Pha 2, khi một số biến số nền đã ổn hơn, thuốc hạ urat mới được khởi động thận trọng và các can thiệp như cai rượu được đưa vào logic điều trị có cấu trúc. Ở Pha 3, xu hướng tốt dần rõ hơn: acid uric giảm, GGT giảm, FibroScan cải thiện, cổ trướng mất đi, hemoglobin cải thiện. Ở Pha 4, người bệnh đạt trạng thái ổn định tương đối bền vững với nhịp tái khám giãn hơn nhưng vẫn trong trường giám sát của hệ thống.^[6]

Bảng. Diễn biến chỉ số đa trực ca DTH qua hành trình 4 pha (Nguồn: Phụ lục 5b — Ca ẩn danh DTH, Tài liệu C.1)

Chỉ số	Baseline (01/2021)	Giữa hành trình	Gần nhất (01/2025)	Thay đổi
Acid uric	599 μ mol/L	322 → 288	276 μ mol/L	-54%
eGFR (CysC)	11 mL/phút	\approx 11 (ổn định)	9,67 mL/phút	Giảm sau mất theo dõi

Chỉ số	Baseline (01/2021)	Giữa hành trình	Gần nhất (01/2025)	Thay đổi
Creatinine	307,8 µmol/L	Ổn định	651,8 µmol/L	↑ sau mất TD >1 năm
GGT	397,1 U/L	Giảm dần	87,1 U/L	-78%
Cortisol	2,1 µg/dL	Phục hồi dần	4,51 µg/dL	×2,1
ACTH	1,3 pg/mL	Phục hồi dần	22,14 pg/mL	×17
K ⁺	5,6 mmol/L	Về bình thường	4,24 mmol/L	Bình thường hóa
Na ⁺	128 mmol/L	Cải thiện dần	136 mmol/L	Bình thường hóa
Hemoglobin	5,2 g/dL	Tăng dần	11,53 g/dL	×2,2
Xơ gan	F4 mất bù, cổ trướng, lách to III	Cải thiện dần	F4→F3, hết cổ trướng, lách to 0	Tái bù
Tophi P / T	850 / 468 mm ²	660/420 → 588/363	430 / 315 mm ²	-49% / -33%
Troponin T hs	47,27 pg/mL	—	150 pg/mL	↑ sau mất TD

Giá trị của minh họa này không nằm ở một ca riêng lẻ, mà ở việc nó cho thấy bốn pha không phải một sơ đồ lý thuyết áp từ trên xuống. Chúng là cách mô hình hóa những gì thực sự diễn ra trong hành trình ngoại trú của một người bệnh rất nặng, khi hệ vận hành đủ chặt để vừa bảo vệ an toàn, vừa tiếp tục đẩy kế hoạch điều trị về phía các đích cao.

12. SO SÁNH VỚI MÔ HÌNH ĐIỀU TRỊ PHÂN MẢNH

Trong mô hình điều trị phân mảnh, kế hoạch điều trị thường được hiểu là một tập hợp toa thuốc và chỉ định theo từng lần khám, mỗi chuyên khoa quản một đoạn. Điều thiếu là một khung thời gian chung, một logic chuyển pha chung, một người chịu trách nhiệm cuối cùng và một cơ chế dữ liệu dọc đủ để giữ người bệnh không rơi giữa các khoảng trống. Kết quả là bệnh nhân có thể được “điều trị” rất nhiều nhưng vẫn không có một kế hoạch điều trị đúng nghĩa.

B.2 là tài liệu cho thấy Mô hình Viện Gút khác ở đâu: nó biến kế hoạch điều trị từ một tập hợp chỉ định rời rạc thành một cấu trúc theo thời gian, nơi mỗi quyết định đều được đặt vào đúng pha, đúng mức ưu tiên và đúng ngữ cảnh vận hành. Khác biệt này không chỉ làm điều trị “có hệ thống hơn”; nó là điều kiện để các đích điều trị cao có thể được theo đuổi mà không đánh đổi quá lớn bằng mất an toàn.

13. GIỚI HẠN PHẠM VI TÀI LIỆU

Nội dung	B.2	Tài liệu tham chiếu
Định nghĩa kế hoạch điều trị ngoại trú theo WHAT – HOW – DATA-to-operate	Bao gồm	B.2 — Mục 2
Mục tiêu chung của kế hoạch điều trị ngoại trú	Bao gồm	B.2 — Mục 3
Nguyên tắc xây dựng kế hoạch điều trị	Bao gồm	B.2 — Mục 4

Nội dung	B.2	Tài liệu tham chiếu
Cấu trúc bốn pha và cơ chế chuyển pha	Bao gồm	B.2 — Mục 5–6
Nguyên tắc chỉ định theo pha	Bao gồm	B.2 — Mục 7
Vai trò DATA-to-operate, quản trị đa thuốc, MDT, van an toàn, tái tích hợp	Bao gồm	B.2 — Mục 8–10
Chi tiết buổi khám đầu tiên	Không	B.1
Tiêu chí điều kiện cần và đủ của cửa sổ cơ hội	Không	B.3
Khung đánh giá năng lực tham gia của người bệnh	Không	B.4
Ma trận enabling conditions	Không	B.5
Protocol cụ thể cho từng trục bệnh	Không	Phần C (C.1–C.n)
Thiết kế kiểm chứng đa trung tâm	Không	Phần D

14. VỊ TRÍ CỦA B.2 TRONG HỆ THỐNG TÀI LIỆU VIỆN GÚT

B.2 là tài liệu trung tâm của Phần B vì nó tổ chức thời gian của toàn bộ mô hình vận hành. B.1 tạo dữ liệu nền và kích hoạt hệ vận hành; B.2 biến dữ liệu đó thành kế hoạch theo thời gian; B.3 xác định cửa sổ cơ hội của từng kế hoạch; B.4 phân bố năng lực tham gia của người bệnh vào từng pha; B.5 lồng enabling conditions và nguyên tắc ưu tiên vào cấu trúc kế hoạch. Nếu B.1 là điểm vào vận hành, thì B.2 là trục thời gian mà người bệnh sẽ đi trên đó qua các pha điều trị.

KẾT LUẬN

Kế hoạch điều trị ngoại trú trong Mô hình Viện Gút không phải là một lịch hẹn tái khám cộng với một toa thuốc dài hạn. Nó là một kiến trúc vận hành ba lớp, được tổ chức theo bốn pha, nhằm đưa người bệnh đa bệnh lý mạn tính phức tạp đi qua những giai đoạn rất khác nhau của hành trình điều trị mà vẫn giữ được biên an toàn, tháo được vòng xoắn bệnh lý và từng bước tiến gần đến các đích kiểm chứng.

Điểm mạnh của B.2 là làm cho điều trị ngoại trú trở thành một quá trình có cấu trúc theo thời gian, có logic chuyển pha, có dữ liệu để quyết định, có cơ chế ưu tiên và có thể học lại. Nhờ đó, B.2 không chỉ là tài liệu kế hoạch điều trị. Nó là tài liệu cho thấy HOW của Mô hình Viện Gút đã được tổ chức thành một quỹ đạo vận hành hoàn chỉnh.

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] ESC and ACC/AHA/HFSA 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.1, B.3–B.5, C.1–C.n.