

**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.3**

### **ĐIỀU KIỆN CẦN VÀ ĐỦ ĐỂ TÌM CỬA SỔ CƠ HỘI**

**Tích hợp van an toàn – quản trị đa thuốc – khả năng tuân thủ – tình trạng bệnh - Từ giới hạn của guideline đến khả năng phục hồi kỳ diệu của cơ thể**

**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.3 không phải là tài liệu mô tả một bệnh riêng lẻ, cũng không phải tài liệu thay thế kế hoạch điều trị theo pha của B.2. B.3 là tài liệu trung tâm của **Phần B — Mô hình Vận hành** ở chỗ nó trả lời một câu hỏi quyết định: trong điều trị ngoại trú đa bệnh lý mạn tính phức tạp, **khi nào người bệnh còn cơ hội để ngoại trú tích hợp tiếp tục vận hành, và khi nào cửa sổ ấy đang đóng lại hoặc đã đóng**. Nếu B.1 là điểm kích hoạt hệ vận hành, B.2 là cấu trúc hành trình theo bốn pha, thì B.3 là tài liệu xác định **điều kiện cần từ phía hệ thống** và **điều kiện đủ từ phía người bệnh** để cửa sổ cơ hội còn tồn tại như một thực thể vận hành chứ không chỉ là một hy vọng lâm sàng.

Trong kiến trúc nhiều tầng của bộ hồ sơ, B.3 thuộc **Tầng 1 — Kiến trúc cơ bản**. Nó nối trực tiếp với A.2 ở chỗ làm rõ cách HOW và DATA-to-operate biến thành điều kiện cần, đồng thời nối với B.4 ở chỗ triển khai lớp điều kiện đủ từ phía người bệnh và gia đình. B.3 cũng là tài liệu bản lề giữa lý thuyết vận hành và thực hành kiểm chứng: không có B.3, các đích điều trị cao như crystal-free, trì hoãn lọc thận, giảm mất bù suy tim và tái bù xơ gan sẽ rất dễ bị đọc như các mục tiêu mong muốn, thay vì những đích chỉ có thể theo đuổi khi cửa sổ cơ hội còn mở và còn được giữ mở đủ lâu.

### DẪN CHIẾU CHO NGƯỜI ĐỌC B.3

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

Muốn hiểu triển khai đầy đủ lớp điều kiện đủ từ phía người bệnh, đọc B.4.

Muốn hiểu enabling conditions, ma trận giải xung đột và nguyên tắc ưu tiên, đọc B.5.

Muốn thấy cửa sổ cơ hội này được áp dụng vào từng trục bệnh ra sao, đọc C.1–C.n.

### TÓM TẮT

Tài liệu B.3 xác lập khái niệm “cửa sổ cơ hội” của Mô hình Viện Gút như một **trạng thái vận hành** chứ không chỉ là một khái niệm sinh học. Trong mô hình này, cửa sổ cơ hội không được hiểu là một khoảng thời gian cố định như trong nhồi máu cơ tim hay đột quy, mà là trạng thái theo dõi dọc trong đó người bệnh đa bệnh lý mạn tính phức tạp vẫn còn đủ dự trữ sinh tồn và còn đủ điều kiện kiểm soát rủi ro để ngoại trú tích hợp tiếp tục vận hành. Tài liệu này phân biệt rõ **điều kiện cần** — thuộc về hệ thống chăm sóc, gồm HOW, DATA-to-operate, quản trị đa thuốc và van an toàn — với **điều kiện đủ** — thuộc về người bệnh và gia đình, gồm kiến thức thực hành, khả năng hợp tác, nguồn lực, hệ thống hỗ trợ và năng lực tham gia. Khi điều kiện cần và điều kiện đủ đồng thời được thỏa mãn, cửa sổ cơ hội có thể được giữ mở đủ lâu để theo đuổi các đích điều trị cao. Khi một trong hai lớp điều kiện bị suy giảm, cửa sổ cơ hội bắt đầu đóng, và khi đã vượt ngưỡng biên an toàn, van chuyển tuyến phải được kích hoạt.

### BỐI CẢNH

Trong y học, khái niệm “cửa sổ cơ hội” thường gắn với thời gian sinh học tương đối cứng: tái thông mạch vành trong nhồi máu cơ tim cấp, tiêu sợi huyết trong đột quy, hay điều trị sớm trong một số bệnh tự miễn. Tuy nhiên, ở ngoại trú đa bệnh lý mạn tính phức tạp, người bệnh không

sống trong một kịch bản thời gian đơn giản như vậy. Họ sống trong một hệ tương tác kéo dài, nơi bệnh này kéo bệnh kia trượt dốc, thuốc này làm hẹp biên an toàn của thuốc kia, và giữa hai lần khám luôn tồn tại nguy cơ xuất hiện một điểm gãy mà hệ thống có thể bỏ sót nếu không được thiết kế có cấu trúc. Từ thực tế đó, Viện Gút buộc phải mở rộng khái niệm “cửa sổ cơ hội” từ một ngưỡng sinh học sang một trạng thái vận hành.

B.3 ra đời từ nhu cầu đó. Nó không nhằm tạo ra một ấn dụ văn chương. Nó nhằm làm rõ một điều rất thực: ở bệnh nhân đa bệnh lý mạn tính phức tạp, “còn cửa sổ cơ hội” chỉ có nghĩa khi hệ thống còn đủ HOW để giữ an toàn, còn đủ DATA-to-operate để nhận diện xu hướng, còn đủ quản trị đa thuốc để không tạo thêm iatrogenic harm, và người bệnh còn đủ điều kiện tham gia để biến nỗ lực của hệ thống thành kết quả thực. B.3 vì vậy là tài liệu đặt điều kiện cho hy vọng điều trị.

## MỤC TIÊU VÀ PHẠM VI TÀI LIỆU

Tài liệu B.3 có sáu mục tiêu. Thứ nhất, định nghĩa “cửa sổ cơ hội” trong Mô hình Viện Gút như một khái niệm vận hành. Thứ hai, mô tả nội hàm của cửa sổ cơ hội và phân biệt nó với cửa sổ thời gian sinh học thuần túy. Thứ ba, phân loại ba vùng bệnh nhân theo mức độ bao phủ của guideline và bản chất cửa sổ cơ hội ở mỗi vùng. Thứ tư, xác định điều kiện cần từ phía hệ thống. Thứ năm, xác định điều kiện đủ từ phía người bệnh và gia đình. Thứ sáu, chỉ ra cách điều kiện cần và điều kiện đủ gặp nhau để tạo thành “đủ điều kiện vận hành” cho ngoại trú tích hợp.

B.3 không bao gồm: mô tả chi tiết buổi khám đầu tiên, kế hoạch điều trị bốn pha, khung huấn luyện người bệnh một cách đầy đủ, hay ma trận enabling conditions theo từng bệnh. Các nội dung đó thuộc B.1, B.2, B.4 và B.5. B.3 cũng không thay thế Phần C là nơi các nguyên lý này được áp dụng vào từng trục bệnh, và không thay thế Phần D là nơi chuyển sang đối thoại – kiểm chứng.

### 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khái niệm “cửa sổ cơ hội” trong y học vốn được dùng phổ biến nhất trong cấp cứu và điều trị sớm, nơi cửa sổ thường được định nghĩa chủ yếu bằng thời gian sinh học: vượt qua một ngưỡng thì cơ hội giảm mạnh hoặc mất đi. Nhưng trong ngoại trú đa bệnh lý mạn tính phức tạp, câu hỏi quan trọng không còn là “bao nhiêu giờ hay bao nhiêu ngày nữa cửa sổ đóng”, mà là: **điều gì giữ cửa sổ còn mở, điều gì làm nó hẹp lại, và hệ thống cần có gì để không bỏ lỡ điểm đóng cửa sổ ấy.** Đây là câu hỏi mà B.3 được viết ra để trả lời.

Ở bệnh nhân gút nặng kèm CKD tiến triển, suy tim, xơ gan, đái tháo đường, suy thượng thận thứ phát hoặc thiếu máu nặng, cơ hội ngoại trú không biến mất chỉ vì một mốc thời gian đi qua. Nó biến mất khi biên an toàn lâm sàng bị vượt quá trước khi hệ thống kịp phản ứng. Điều này có nghĩa là cửa sổ cơ hội trong Mô hình Viện Gút là một thực thể gắn với **khả năng vận hành** của hệ thống và **khả năng thực thi** của người bệnh, chứ không chỉ gắn với sinh học bệnh. B.3 là tài liệu làm rõ cấu trúc đó.

### 2. ĐỊNH NGHĨA VÀ NỘI HÀM “CỬA SỔ CƠ HỘI” TRONG MÔ HÌNH VIỆN GÚT

Trong Mô hình Viện Gút, “cửa sổ cơ hội” là một **trạng thái theo dõi dọc** trong đó bệnh nhân đa bệnh lý mạn tính phức tạp vẫn còn đủ dự trữ sinh tồn và đủ điều kiện kiểm soát rủi ro để triển khai chăm sóc ngoại trú tích hợp nhằm đạt các điểm neo kết cục đã định nghĩa của mô hình. Đây là khái niệm vận hành, không phải khái niệm sinh học thuần túy.

## KHÁI NIỆM NÀY CÓ 4 LỚP NỘI HÀM :

Lớp nội hàm	Nội dung
<b>Lớp 1: Điều kiện an toàn ngoại trú</b>	Người bệnh chưa ở tình trạng cấp cứu hoặc mất bù nguy kịch và chưa có dấu hiệu vượt ngưỡng an toàn trước khi hệ thống kịp phản hồi.
<b>Lớp 2: Khả năng triển khai HOW</b>	Các chức năng lõi như phân tầng nguy cơ, điều phối đa guideline, kiểm soát đa thuốc, theo dõi theo pha, phối hợp đa vai trò và kích hoạt van an toàn còn có thể vận hành hữu hiệu.
<b>Lớp 3: DATA-to-operate đủ để ra quyết định</b>	Có dữ liệu dọc để nhìn thấy xu hướng; có ngưỡng hành động; có SLA ràng buộc thời gian; có decision log và audit trail để truy vết.
<b>Lớp 4: Điểm neo kết cục</b>	Cửa sổ phải gắn với các đích có thể kiểm chứng: crystal-free, trì hoãn lọc thận, giảm mất bù tim mạch, tái bù xơ gan.

Từ đó, cửa sổ cơ hội “đang đóng” khi xu hướng xấu nhanh xuất hiện, triệu chứng mất kiểm soát hơn, dấu hiệu mất bù cơ quan tăng lên, hoặc hệ thống không còn bảo đảm phản hồi đúng thời gian. Khi cửa sổ đóng, van an toàn chuyển tuyến phải được kích hoạt. Điều này không phải thất bại của ngoại trú; ngược lại, đó là cơ chế bảo vệ cốt lõi để mô hình dám giữ ngoại trú ở những ca bệnh khó.

### 3. BA VÙNG BỆNH NHÂN VÀ BẢN CHẤT CỬA SỔ CƠ HỘI

Mô hình Viện Gút phân loại bệnh nhân thành ba vùng dựa trên mức độ bao phủ của guideline và mức độ phức tạp lâm sàng. Mỗi vùng có bản chất cửa sổ cơ hội khác nhau.

Vùng	Bản chất cửa sổ	HOW / DATA-to-operate	Điều kiện đủ (người bệnh)
<b>Xanh – ổn định (trong bao phủ guideline)</b>	Tương đối rộng và ổn định.	HOW và DATA-to-operate ở mức cơ bản thường đã đủ để theo đuổi WHAT.	Tuân thủ điều trị bằng kiến thức và ý thức tự giác.
<b>Vàng – phức tạp (giáp ranh)</b>	Hẹp hơn và dễ biến động.	HOW phải mạnh hơn, DATA-to-operate phải chặt hơn.	Cao hơn vì nhịp theo dõi dày hơn và nguy cơ đứt gãy lớn hơn.
<b>Đỏ – nguy cơ cao (ngoài bao phủ guideline)</b>	Rất hẹp.	HOW đầy đủ + quản trị đa thuốc tích hợp + van chuyển tuyến hai chiều bắt buộc.	Rất mạnh từ phía người bệnh – gia đình; nếu thiếu thì ngoại trú không thể vận hành an toàn.

Ba vùng này không cố định. Người bệnh có thể dịch chuyển từ đỏ về vàng khi Pha 1 thành công, hoặc từ vàng sang đỏ nếu có biến cố. Chính sự dịch chuyển này làm cho DATA-to-operate trở thành điều kiện bắt buộc để hệ thống nhìn thấy không chỉ “người bệnh nặng đến đâu”, mà “người bệnh đang dịch chuyển theo hướng nào”.

## 4. ĐIỀU KIỆN CẦN: HOW VÀ DATA-TO-OPERATE CỦA HỆ THỐNG

Điều kiện cần là những gì hệ thống chăm sóc phải cung cấp, không phụ thuộc vào ý chí của người bệnh. Không có điều kiện cần, ngay cả người bệnh hợp tác tốt nhất cũng không thể đạt đích, vì bản thân hệ thống không đủ năng lực để nhận diện cửa sổ, giữ cửa sổ và hành động kịp thời khi cửa sổ đang đóng. B.3 chia điều kiện cần thành hai mức: mức dùng cho vùng xanh/vàng và mức tăng cường bắt buộc cho vùng đỏ.

### 4.1. Điều kiện cần ở vùng trong bao phủ và vùng giáp ranh

Ở hai vùng này, điều kiện cần gồm bốn cấu phần.

Cấu phần	Nội dung
<b>HOW lõi</b>	Clinical Conductor giữ trực đọc; phân tầng nguy cơ T1–T4; nhịp tái khám theo pha; MDT vận hành như chuỗi cảm biến–phản hồi.
<b>DATA-to-operate nền</b>	Bộ dữ liệu đủ để nhìn xu hướng theo thời gian, nhận diện điểm gãy, kích hoạt ngưỡng hành động và ra quyết định có truy vết.
<b>Quản trị đa thuốc cơ bản</b>	Rà soát tương tác, độc tính và gánh nặng điều trị tích lũy ngay cả ở vùng giáp ranh.
<b>Van an toàn sẵn sàng</b>	Phải có ngưỡng, người chịu trách nhiệm và lộ trình rõ ràng.

### 4.2. Điều kiện cần ở vùng ngoài bao phủ guideline

Với người bệnh vùng đỏ, bốn cấu phần trên vẫn chưa đủ. Hệ thống phải tăng cường thêm hai cấu phần bắt buộc.

Cấu phần tăng cường	Nội dung
<b>Quản trị đa thuốc tích hợp sâu</b>	Thiết lập kịch bản khi thuốc tốt cho trực này làm hại trực kia: ai quyết định, theo nguyên tắc ưu tiên nào, trong bao lâu. Lớp giải quyết xung đột guideline.
<b>Van chuyển tuyến tái tích hợp hai chiều</b>	Quy trình tái tích hợp khi người bệnh trở lại ngoại trú: ai bàn giao dữ liệu, ai tiếp nhận, trở lại ở pha nào, nhịp theo dõi sau đứt gãy.

B.3 vì vậy nhấn mạnh rằng ở vùng đỏ, HOW đầy đủ + DATA-to-operate mạnh + quản trị đa thuốc tích hợp + van chuyển tuyến hai chiều là điều kiện tối thiểu để hệ thống **dám** giữ người bệnh lại trong ngoại trú.

## 5. ĐIỀU KIỆN ĐỦ: NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

Nếu điều kiện cần thuộc về hệ thống, thì điều kiện đủ thuộc về người bệnh và gia đình. Điều kiện đủ không phải “danh sách yêu cầu áp đặt”, mà là những năng lực phải hiện diện hoặc phải được xây dựng để biến nỗ lực của hệ thống thành kết quả thực. B.3 chỉ trình bày nguyên lý và cấu trúc của lớp điều kiện đủ; toàn bộ lớp này sẽ được triển khai chi tiết ở B.4.

## 5.1. Điều kiện đủ ở vùng trong bao phủ và vùng giáp ranh

Ở hai vùng này, điều kiện đủ có thể tóm thành hai nền tảng.

Nền tảng	Nội dung
<b>Kiến thức điều trị đủ dùng</b>	Người bệnh phải hiểu đủ để hành động đúng: vì sao phải uống thuốc đều, vì sao phải đi xét nghiệm đúng mốc, vì sao một triệu chứng nào đó cần báo ngay.
<b>Ý thức tự giác và tuân thủ có hiểu biết</b>	Hợp tác vì hiểu: tại sao không được tự ý đổi thuốc, vì sao cần theo dõi đọc, và vì sao phải chấp nhận nhip tái khám theo pha.

Khi hai nền tảng này hiện diện trên một người bệnh mà hệ thống đã có điều kiện cần, cửa sổ cơ hội thường đủ rộng để ngoại trú tích hợp vận hành.

## 5.2. Điều kiện đủ ở vùng ngoài bao phủ guideline — trường hợp nguy cơ cao nhất

Ở vùng đỏ, điều kiện đủ phải cao hơn đáng kể. B.3 mô tả bốn yếu tố bắt buộc đồng thời.

Yếu tố bắt buộc	Nội dung
<b>Kiến thức thực sự</b>	Người bệnh và người thân hiểu vì sao biên an toàn đang hẹp, dấu hiệu nào báo hiệu cửa sổ đang đóng, và hệ thống cần họ phản ứng ra sao.
<b>Mong muốn thực sự</b>	Chấp nhận gánh nặng Pha 1: tái khám dày, xét nghiệm thường xuyên, điều chỉnh kế hoạch liên tục, thay đổi hành vi đáng kể.
<b>Đủ điều kiện thực hiện Pha 1</b>	Nguồn lực về thời gian, tài chính, di chuyển, lịch chăm sóc và khả năng duy trì liên tục trong những tuần đầu khó nhất.
<b>Hệ thống hỗ trợ thực chất</b>	Người đồng hành có khả năng quản lý thuốc, theo dõi triệu chứng, liên lạc và phản ứng khi cần.

Khi thiếu một trong bốn yếu tố này, cửa sổ cơ hội ở vùng đỏ có thể chỉ tồn tại về mặt sinh học nhưng không còn tồn tại về mặt vận hành.

## 6. ĐIỀU KIỆN CẦN VÀ ĐỦ GẶP NHAU Ở ĐIỂM NÀO

B.3 có một luận điểm then chốt: điều kiện cần và điều kiện đủ không thay thế được cho nhau. Hệ thống tốt mà người bệnh không đủ khả năng tham gia thì cửa sổ cơ hội vẫn đóng sớm. Người bệnh rất hợp tác mà hệ thống không có HOW, không có dữ liệu đọc, không có quản trị đa thuốc hay không có van an toàn thì cửa sổ cơ hội cũng chỉ là một hi vọng mơ hồ. Chỉ khi hai lớp này gặp nhau, chăm sóc tích hợp mới đạt trạng thái “đủ điều kiện vận hành”.

Ở điểm giao này, B.3 tạo ra nền cho B.4. B.3 mới chỉ xác định nguyên lý: người bệnh phải có năng lực tham gia. B.4 sẽ đi tiếp một bước: biến năng lực tham gia thành tám điều kiện đủ có thể đo lường, phân loại, huấn luyện và quản trị theo đọc. Vì vậy, B.3 là tài liệu đặt tên cho điều kiện đủ; B.4 là tài liệu triển khai điều kiện đủ thành công cụ vận hành cụ thể.

## 7. CỬA SỔ CƠ HỘI KHÔNG PHẢI KHÁI NIỆM LẠC QUAN MƠ HỒ — MÀ LÀ CÔNG CỤ RA QUYẾT ĐỊNH

Một nguy cơ khi dùng khái niệm “cửa sổ cơ hội” là nó có thể bị hiểu như một cách nói lạc quan, mang tính khích lệ hơn là lâm sàng. B.3 phải ngăn hiểu lầm đó. Trong Mô hình Viện Gút, “còn cửa sổ cơ hội” có nghĩa rất cụ thể: người bệnh chưa vượt ngưỡng mất bù không thể giữ ngoại trú; hệ thống còn đủ HOW để vận hành; dữ liệu dọc còn đủ để nhìn ra xu hướng; người bệnh còn đủ khả năng thực thi kế hoạch; van an toàn còn có thể phản ứng trước khi trễ. Một khái niệm có tiêu chí vận hành như vậy không còn là ẩn dụ; nó là công cụ ra quyết định.

Cửa sổ cơ hội vì vậy phải gắn với verification targets. Nếu không gắn với crystal-free, dialysis deferral, decompensation prevention hay hepatic recompensation, “còn cửa sổ cơ hội” chỉ là một nhận xét cảm tính. Gắn cửa sổ với các đích kiểm chứng sẽ làm cho toàn bộ hành trình ngoại trú có neo lâm sàng rõ ràng, và giúp B.3 giữ được tính học thuật chứ không chỉ là tài liệu khái niệm.

## 8. MINH HỌA THỰC TẾ — BA NHÓM BỆNH CẢNH VÙNG ĐỎ

B.3 hiện đưa ra ba ví dụ cụ thể về vùng đỏ: bệnh nhân CKD G5 còn cửa sổ ngoại trú trước RRT; bệnh nhân xơ gan Child–Pugh B còn khả năng tái bù nhưng dễ đóng cửa sổ nếu mất kiểm soát; và bệnh nhân suy tim mạn có nguy cơ mất bù sớm nhưng chưa vượt ngưỡng nhập viện. Giá trị của các ví dụ này nằm ở chỗ chúng cho thấy “vùng đỏ” không phải một khối đồng nhất. Mỗi trục bệnh có một dạng hẹp biên an toàn khác nhau, nhưng tất cả đều yêu cầu cùng một điều: điều kiện cần phải có cấu trúc và điều kiện đủ từ phía người bệnh phải cao hơn rõ rệt.

Điều đó cũng giải thích vì sao B.3 phải đứng giữa B.2 và B.4. B.2 cho biết người bệnh đang ở pha nào. B.3 cho biết người bệnh còn cửa sổ hay không. B.4 mới xác định người bệnh có đủ năng lực để đi tiếp trong cửa sổ đó hay không. Nếu bỏ B.3, kế hoạch điều trị theo pha rất dễ biến thành một “lộ trình đẹp trên giấy” mà không có công cụ xác định lúc nào phải dừng lại, lúc nào phải leo thang, và lúc nào phải chuyển tuyến.

## 9. GIỚI HẠN PHẠM VI TÀI LIỆU

STT	Nội dung	B.3	Tài liệu tham chiếu
1	Định nghĩa vận hành của cửa sổ cơ hội	Bao gồm	B.3 — Mục 2
2	Ba vùng bệnh nhân theo mức độ bao phủ guideline	Bao gồm	B.3 — Mục 3
3	Điều kiện cần từ phía hệ thống	Bao gồm	B.3 — Mục 4
4	Điều kiện đủ từ phía người bệnh và gia đình (nguyên lý)	Bao gồm	B.3 — Mục 5
5	Mối quan hệ giữa hai lớp điều kiện	Bao gồm	B.3 — Mục 6
6	Chi tiết buổi khám đầu tiên	Không	B.1
7	Kế hoạch điều trị theo bốn pha	Không	B.2

STT	Nội dung	B.3	Tài liệu tham chiếu
8	Bộ 8 điều kiện đủ chi tiết, phân loại A/B/C	Không	B.4
9	Ma trận enabling conditions, nguyên tắc ưu tiên	Không	B.5
10	Protocol cho từng trục bệnh	Không	Phần C
11	Đối thoại – kiểm chứng	Không	Phần D

## 10. VỊ TRÍ CỦA B.3 TRONG HỆ THỐNG TÀI LIỆU VIỆN GÚT

B.3 nằm ở trung tâm của Phần B theo đúng nghĩa. B.1 kích hoạt hệ vận hành; B.2 tổ chức hành trình điều trị theo thời gian; B.3 xác định người bệnh còn hay mất điều kiện để hệ vận hành đó tiếp tục hoạt động an toàn; B.4 triển khai đầy đủ lớp điều kiện đủ từ phía người bệnh; B.5 đưa toàn bộ hành trình ấy vào ma trận ưu tiên giữa nhiều bệnh đồng thời. Nếu B.1 là “điểm vào vận hành” và B.2 là “đường ray vận hành”, thì B.3 là **điều kiện để đoàn tàu còn có thể tiếp tục chạy trên đường ray ấy**.

### KẾT LUẬN

Trong Mô hình Viện Gút, “cửa sổ cơ hội” không còn là một ẩn dụ hy vọng. Nó là một khái niệm vận hành có cấu trúc, dùng để xác định khi nào ngoại trú tích hợp còn có thể tiếp tục theo đuổi các đích điều trị cao và khi nào phải thừa nhận biên an toàn đã bị vượt quá. Điều làm nên tính khả dụng của khái niệm này là nó không chỉ nhìn vào bệnh sinh, mà nhìn vào toàn bộ điều kiện để điều trị có thể vận hành: HOW của hệ thống, DATA-to-operate của theo dõi dọc, quản trị đa thuốc, van an toàn, và năng lực thực thi của người bệnh.

B.3 vì vậy là tài liệu đặt điều kiện cho điều trị. Nó giải thích tại sao cùng một đích điều trị có thể còn khả thi ở người bệnh này nhưng không còn khả thi ở người bệnh khác; tại sao cùng một tình trạng sinh học có thể còn “cửa” nếu HOW có cấu trúc nhưng lại trở nên ngoài khả năng giữ ngoại trú nếu HOW yếu hoặc người bệnh không đủ điều kiện thực thi; và tại sao mọi mô hình điều trị ngoại trú đa bệnh lý phức tạp nếu không xác định rõ điều kiện cần và đủ thì cuối cùng sẽ hoặc quá lạc quan, hoặc quá sợ hãi, nhưng khó đạt được các đích kiểm chứng bền vững.

### 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 and Baveno VII documents on cirrhosis decompensation and recompensation.
- [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.2, B.4–B.5, C.1–C.n.