

Bs Nguy n T n Th ng - Khoa CDHA

1. Đi u tr :

1.1. Các nguyên t c chung

Quy t đ nh đi u tr đ a trên xem xét toàn di n t ng b nh nhân c th , bao g m nh ng v n đ chính sau:

a. Các y u t nguy c , trong đó có kh i l ng x ng

b. L i ích và nguy c c a vi c đi u tr

c. Chi phí đi u tr

d. Mong mu n cũng nh s ch p nh n c a ng i b nh

Khuy n cáo dùng thu c đi u tr cho ph n sau mãn kinh và nam gi i ≥ 50 tu i khi có:

a. Gãy đ t s ng ho c c x ng đùi

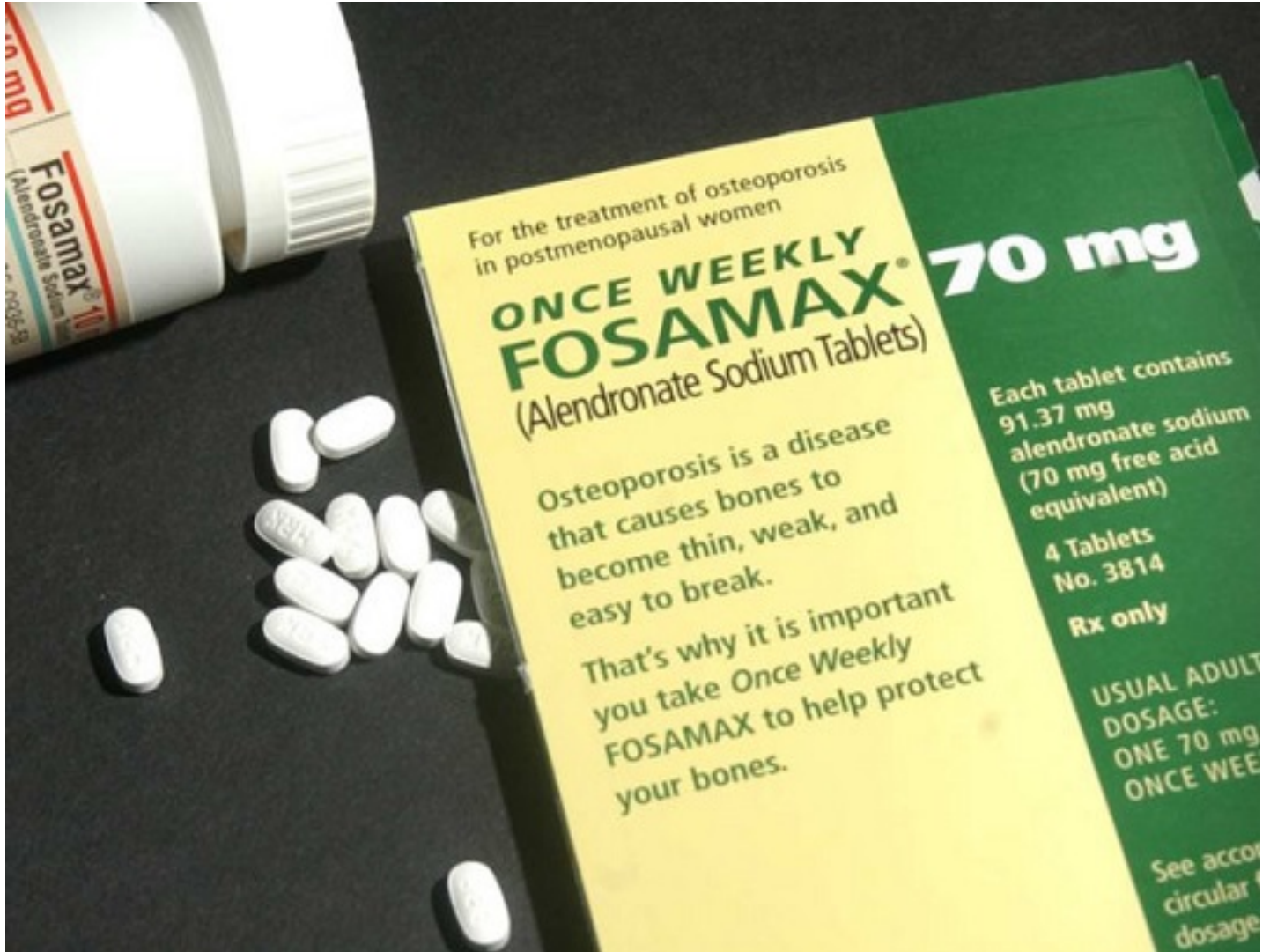
b. T-score ≤ -2.5

Loãng xương: điều trị và phòng ngừa

Vị trí bài Biên tập viên

Thứ 7, 25 Tháng 9 2019 15:00 - Lần cập nhật cuối Thứ 7, 25 Tháng 9 2019 15:21

c. Người có khối lượng xương thấp (T-score từ -1 đến -2.5 và nguy cơ 10 năm của gãy xương đùi $\geq 3\%$ hoặc gãy xương khác $\geq 20\%$ (tính toán bằng mô hình FRAX hoặc mô hình khác)



□ Các biện pháp điều trị

a. Bổ sung calci và vitamin D (nếu chưa ăn uống không đầy đủ)

Loãng xương: điều trị và dự phòng

Viết bởi Biên tập viên

Thứ 6, 25 Tháng 9 2019 15:00 - Lần cập nhật cuối Thứ 6, 25 Tháng 9 2019 15:21

b. Bisphosphonate là thuốc loãng xương được lựa chọn hàng đầu nhất: Alendronate, risedronate hoặc zoledronic acid làm giảm nguy cơ gãy xương cột sống, cổ xương đùi và gãy xương khác.

c. Strontium ranelate là lựa chọn hàng thứ hai

d. Các thuốc khác: raloxifen, calcitonin, PTH

e. Không dùng liệu pháp hormon thay thế để làm giảm nguy cơ gãy xương cho phụ nữ sau mãn kinh có loãng xương do nguy cơ tác động phụ cao hơn lợi ích điều trị.

• Khuyến cáo người bệnh thay đổi lối sống.

• Điều trị các bệnh lý gây mất xương theo phát kèm theo.

• Với những bệnh nhân loãng xương nặng, xem xét phối hợp với các biện pháp

a. Điều trị giảm đau

b. Với lý trí liệu và phối hợp chức năng

• Theo dõi đáp ứng của việc điều trị.

1.2. Vấn đề thay đổi lối sống

Loãng xương: đi u tr và d phòng

Viết bởi Biên tập viên

Thứ 7, 25 Tháng 9 2019 15:00 - Lần cập nhật cuối Thứ 7, 25 Tháng 9 2019 15:21

Bổ sung đầy đủ calci và Vitamin D

Calci

- Tất cả các bệnh nhân loãng xương nên được cung cấp đầy đủ calci (ít nhất 1200mg/ngày, bao gồm qua ăn uống và bổ sung thêm nếu cần thiết)
- Nhu cầu calci tối ưu tùy thuộc vào lứa tuổi và giới tính, song nên đảm bảo 1200 – 1500 mg/ ngày (tính khi uống phở ăn + bổ sung)

Vitamin D

- Nguồn cung vitamin D có thể ánh nắng mặt trời, thực phẩm và các chế phẩm bổ sung
- Đánh giá tình trạng vitamin D dựa trên nồng độ 25 (OH) vitamin D huyết thanh. Cung cấp vitamin D để có nồng độ thích hợp là 30-60 ng/ml (hay 75-150 nmol/L)
- Khuyến cáo nhu cầu cung cấp vitamin D hàng ngày: + Người ≥ 50 tuổi: trung bình 800-1000 IU. Giới hạn an toàn cho người lớn nói chung: 2000 IU

Duy trì thói quen xuyên hoạt động thể lực và các bài tập luyện làm tăng sức cơ

- Các hoạt động thể lực ở tuổi trẻ giúp tăng khối lượng xương để nh
- Ở tuổi lớn hơn, hoạt động thể lực giúp tăng sức khỏe, giảm cân bằng tốt hơn làm giảm nguy cơ ngã và gãy xương.
- Các hoạt động thể lực có ích như đi bộ, leo cầu thang, thái cực quyền, khiêu vũ, aerobic, cầu lông và các bài tập thể dục cho người khác.
- Bệnh nhân nên duy trì hoạt động thể lực ít nhất 30 phút mỗi ngày

Tránh uống rượu u nhu, tránh hút thuốc lá

- Người nghiện thuốc lá có xu hướng có cân nặng thấp hơn, mãn kinh tự nhiên sớm hơn, có thể làm giảm hóa estrogen ngoại sinh nhanh hơn, nguy cơ gãy xương cao hơn.

Loãng xương: đi u tr và d phòng

Viết bởi Biên tập viên

Thứ 7, 25 Tháng 9 2019 15:00 - Lần cập nhật cuối Thứ 7, 25 Tháng 9 2019 15:21

Th hành các biện pháp phòng tránh té ngã

- Khuyên cáo bệnh nhân đi m b o an toàn n i , n i làm, nh vi c s d ng tay v n, chi u sáng t t, n n nhà không tr n, s d ng d ng c h tr đi i
- C i thi n th l c, th n tr ng khi dùng các thu c gây ng cho ng i l n tu i.

1.3. S d ng các thu c đi u tr loãng xương

Nhóm bisphosphonate

- Đây là nhóm thu c c ch h y x ng

Các ch ph m chính đ c ch p thu n g m:

Alendronate (Fosamax, Fosamax Plus D): Đ c ch p thu n đ phòng (li u 35mg m i tu n) và đi u tr loãng xương (70 mg m i tu n) cho loãng xương sau mãn kinh, loãng xương nam gi i, loãng xương do glucocorticoid

Ibandronate (Boniva): viên 2,5 mg u ng hàng ngày ho c viên 150 mg u ng m i tháng và ho c 3 mg tiêm tĩnh m ch m i 3 tháng cho loãng xương sau mãn kinh, ho c s phòng loãng xương.

Risedronate (Actonel): U ng 35 mg m i tu n, ho c 75 mg hai ngày m i tháng ho c 150 mg m t l n m i tháng. Đ c ch p thu n s d ng cho d phòng và đi u tr loãng xương sau mãn kinh. Thu c cũng đ c ch p thu n đi u tr loãng xương nam gi i và trong d phòng, đi u tr loãng xương do glucocorticoid

Zoledronic acid (Aclasta): Đ c ch p thu n cho d phòng và đi u tr loãng xương sau mãn kinh, đi u tr loãng xương nam gi i và d phòng và đi u tr loãng xương cho ng i s d ng glucocorticoid kéo dài

- Chú ý các tác d ng ph c a nhóm bisphosphonate: Ch y u là trên đ ng tiêu hóa: Nu t khó, viêm th c qu n, loét d dày. Bi n ch ng r t hi m g p là ho t t x ng hàm, r i lo n th c, rung nhĩ (zoledronic acid)
- Các bisphosphonate acid d ng u ng đ u ph i u ng lúc đói, vào bu i sáng v i m t ly n c c l c. Sau khi u ng b nh nh n không đ c n m, không đ c ăn u ng hay dùng b t k thu c gì ít nh t 30 phút
- Truy n zoledronic acid tnh m ch trong ít nh t 15 phút, m i năm m t l n. B nh nh n có th dùng acetaminophen đ làm gi m các ph n ng ph sau truy n thu c (nh đau kh p, đau đ u, đau c , s t)

Strontium ranelate (Protelos)

- Strontium ranelate là m t thu c đã đ c đ a ra th tr ng cho đi u tr loãng x ng sau mãn kinh, gi m nguy c gây x ng c t s ng th t l ng và x ng vùng hông. Thu c đ c ch đ nh s m và khá r ng rãi t i khu v c châu Âu
- Thu c có b ng ch ng là có tác d ng kép v a c ch h y x ng, v a kích thích quá trình t o x ng, s n ph m này có th mang l i tác d ng sinh lý đ i v i ti n trình t tu s a c a chuy n x ng. Nh ng nghi n c u g n đây còn cho th y strontium ranelate còn ngăn ch n t ng tác gi a RANKL-RANK, c ch đ c quá trình bi t hóa và gi m tác d ng c a t bào h y x ng.
- Thu c đ c ch ng minh là có tác d ng làm gi m gãy x ng c t s ng và gãy x ng ngoài c t s ng
- Li u s d ng hàng ngày đ c khuy n cáo là 1 gói 2g u ng. S h p thu c a strontium ranelate b gi m b t th c ăn, s a, và nh ng s n ph m d n xu t, vì v y thu c nên đ c u ng gi a các bu i ăn. Không c n đi u ch nh li u theo tu i ho c suy th n có m c đ t nh đ n trung bình (đ thanh l c c u th n: 30-70ml/phút). Strontium ranelate không dùng cho nh ng b nh nh n suy th n n ng (đ thanh l c c u th n th p h n 30ml/phút)

Calcitonin

- Đ c ch p thu n cho đi u tr loãng x ng sau mãn kinh, tuy nhiên không ph i là thu c l a ch n đ u tiên cho đi u tr loãng x ng thông th ng.
- Dùng d ng x t mũi 200 IU m i ngày, ho c tiêm d i da
- c ch h y x ng và có th có tác d ng gi m đau trong loãng x ng gây lún đ t s ng gây đau l ng c p.

Li u pháp Estrogen/ Hormon thay th

Loãng xương: điều trị và dự phòng

Viết bởi Biên tập viên

Thứ 6, 25 Tháng 9 2019 15:00 - Lần cập nhật cuối Thứ 6, 25 Tháng 9 2019 15:21

- Đưa ra các chỉ định điều trị cho dự phòng loãng xương và điều trị các triệu chứng liên quan đến mãn kinh
- Không khuyến cáo sử dụng cho điều trị loãng xương do nguy cơ tác dụng phụ (đặc biệt là huyết khối tĩnh mạch, ung thư vú) cao hơn so với lợi ích điều trị

□ Chất điều hòa thụ thể estrogen (SERM): Raloxifene (Evista)

- Đưa ra các chỉ định điều trị dự phòng và điều trị loãng xương sau mãn kinh
- Raloxifene làm giảm nguy cơ ung thư vú xâm lấn, không làm giảm nguy cơ bệnh mạch vành, có thể làm tăng nguy cơ huyết khối tĩnh mạch sâu trong quá trình điều trị như estrogen.

□ PTH (1-34): Teriparatide (Forteo)

- Đưa ra các chỉ định điều trị loãng xương ở phụ nữ sau mãn kinh và loãng xương nam giới có nguy cơ gãy xương cao và loãng xương do glucocorticoid có nguy cơ gãy xương cao
- Đây là thuốc tăng densitometry (kích thích tạo xương)
- Liều điều trị dùng 20 µg mỗi ngày; thời gian tối đa 2 năm. Không dùng đồng thời với bisphosphonate, tuy nhiên sau khi ngừng teriparatide có thể dùng tiếp bisphosphonate để tiếp tục duy trì hoặc làm tăng thêm BMD
- Tránh dùng đồng thời với thuốc có nguy cơ ung thư xương (tiền căn K, tăng calci máu, xương giòn)

□ Các thuốc khác: Denosumab, tibolone, vitamin K2, muối fluor, calcitriol, các bisphosphonate khác như etidronate, pamidronate cũng có thể đưa ra các chỉ định trong dự phòng và điều trị loãng xương song chưa được khuyến cáo rõ ràng.

2. Phòng bệnh

2.1. Mục đích là duy trì khối lượng xương để giảm nguy cơ gãy xương cho mọi bệnh nhân và giảm nguy cơ gãy xương cách can thiệp vào các yếu tố nguy cơ mất xương và gãy xương.

Loãng xương: đi u tr và d phòng

Viết bởi Biên tập viên

Thứ 7, 25 Tháng 9 2019 15:00 - Lần cập nhật cuối Thứ 7, 25 Tháng 9 2019 15:21

2.2. Tối ưu hóa sức khỏe của xương là một công việc nên được quan tâm trong suốt cuộc đời của nam và nữ.

2.3. Khuyến cáo cho mọi bệnh nhân trong các lần khám bệnh như sau:

- Theo dõi và các yếu tố nguy cơ của loãng xương và các biện pháp phòng ngừa cá nhân.
- Đo chỉ số mật độ khoáng xương định kỳ.
- Khám ghi nhận gù vẹo cột sống nếu có.

2.4. Các biện pháp phòng ngừa tiên phát là một phần của đi u tr loãng xương.

Giáo dục bệnh nhân và nâng cao nhận thức về bệnh loãng xương.

Khuyến cáo các biện pháp phòng bệnh thích hợp cho mọi lứa tuổi:

- Cung cấp đầy đủ calci và vitamin D
- Tập luyện thể lực thường xuyên.
- Hạn chế thuốc lá, rượu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Phẫu thuật Trồng xương Đới học Y Dược TP. Hồ Chí Minh (2000). Sổ tay khoa học II : Đới học nghĩa và mãn kinh, các chất và loãng xương sau mãn kinh.

2. Nguyễn Thị Hoài Châu (2000) Khảo sát mật độ xương và tìm hiểu những yếu tố liên quan đến bệnh loãng xương của phụ nữ mãn kinh ở thành phố Hồ Chí Minh và mật độ khoáng xương ở Tây

3. Trần Thị Tô Châu, Phạm Thị Minh Đức, Vũ Thị Thanh Thủy (2003) Nghiên cứu mật độ khoáng xương ở lâm sàng và loãng xương khớp và mật độ khoáng xương gót bằng siêu âm trên phụ nữ mãn kinh Hà Nội

4. Vũ Đình Chính, Tr n Đ c Th , Tr n Ng c Ân (1996). Đánh giá tình tr ng loãng x ng 200 ph n m n kinh thôn H i D ng b ng ph ng pháp Xquang quy c.
5. Ph m Th H o (2000) Kh o sát tình tr ng x p x ng c a n nh n viên B nh viên Nguy n Tri Ph ng b ng đo t tr ng khoáng c a x ng có đ i chi u v i đ nh l ng deoxypyridinoline trong n c ti u và ch p Xquang quy c .
6. Nguy n Thy khuê (2000) B nh loãng x ng và m t s quan ni m đi u tr .
7. Nguy n Thy khuê (2011). Hormones sinh d c và loãng x ng. C ch gây loãng x ng c a Estrogen, Estrogen nh h ng đ n loãng x ng c a c n gi i và nam gi i.
8. Nguy n Văn Tu n, Nguy n Đình Nguyên(2007). Sách v Loãng x ng nguyên nhân, ch n đoán, đi u tr , phòng ng a.
9. Nguy n Văn Tu n (2008) . Loãng x ng :H i ngh loãng x ng qu c t v i ch đ T m nh n Châu Á v Loãng x ng (Asian Insights into Osteoporosis) .
10. Nguy n Văn Tu n (2011). Nh ng ti n b m i trong loãng x ng : r t nhi u phát hi n và phát tri n quang tr ng trong th i gian qua đã giúp chúng ta hi u rõ h n v c ch m t x ng.
11. Nguy n Văn Tu n (2011). Phân tích kinh t trong đi u tr loãng x ng.
12. Lê Ng c Th và c ng s (1996) Đánh giá tình tr ng loãng x ng ph n sau m n kinh t i thành ph Thanh Hoá. Công trình nghi n c u khoa h c t p 1, NXB t h c Hà N i: 165 – 173.
13. Lê Anh Th (2003) Loãng x ng m t d ch b nh âm th m. Tài li u h i ngh khoa h c chuyên đ : Loãng x ng và b nh lý c t s ng, t i BV. Ch R y 11/2003.
14. Lê Anh Th (2003) Loãng x ng và tu i m n kinh c a ph n .Tài li u h i ngh khoa h c chuyên đ : Loãng x ng và b nh lý c t s ng, t i BV. Ch R y 11/2003.
15. Vũ Th Thanh Th y và c ng s (2000) B c đ u ch n đoán loãng x ng b ng ph ng pháp đo m t đ x ng. Công trình nghi n c u khoa h c 1999 – 2000 t p1. NXB Y h c hà N i: 130 – 137.
16. Vũ Th Thanh Th y , Tr n Ng c Ân (2003) T ng quan nghi n c u loãng x ng t i BV B ch Mai t 1992 – 2002. tài li u h i ngh khoa h c chuyên đ :Loãng x ng và b nh lý c t s ng, t i BV. Ch R y 11/2003.
17. Ph m Văn Tú, Tr n Ng c Ân, Vũ Th Thanh Thu (2003) Nh n xét m t đ x ng c a nam gi i bình th ng t 50 tu i tr lên b ng ph ng đo h p th tia x năng l ng kép. Tài li u h i ngh khoa h c chuyên đ :Loãng x ng và b nh lý c t s ng, t i BV. Ch R y 11/2003.
18. Mai Th Tr ch (1999) B nh x ng do chuy n hoá N i ti t h c đ i c ng. NXB Y h c TP. HCM: 674 – 686.
19. Nguy n Ng c y n Tuy t (2002) kh o sát tình tr ng x p x ng c a ph n m n kinh phòng khám B nh vi n Nhân Dân 115 b ng ph ng phá đo t tr ng khoáng c a x ng. Lu n văn t t nghi p cao h c.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Baron JA. (1984) Smoking an estrogen – related disease. Am. J. Epidemiol, 119: 9 – 2.
2. Bose Kamal. (1996) Osteoporosis: a growing problem in Southeast Asia. Medical Progress, Vol 23, No.5.
3. Fox J. (1993) Prevalence of osteoporosis is increasing in much of Asia. Fourth international symposium on osteoporosis and consensus development. Hongkong, 27/3 – 2/4/1993.
4. Greenspan SF, DJ Baxter (1994) Basic and clinical endocrinology 4th edition. Connecticut: Appleton and Lange: 277 – 299.
5. Guthrie RJ, et al. (2000) Risk factors for osteoporosis: prevalence, change, and association with bone density. Medscape women's health, 5 (5).
6. Grampp S, Genant H, Mathur A, Lang P, Jergas M, Takada M, Gluer C, Lu Y, Chavez M. Comparisons of Noninvasive Bone Mineral Measurements in Assessing Age-Related Loss, Fracture Discrimination, and Diagnostic Classification, Journal of Bone and Mineral Research, Vol. 12, Number 5, 1997.
7. Halsey FM, et al (1997). The biology of bone. Principles of orthopaedic practice. Second edition. Mc Graw – Hill: 17 – 29.
8. Han I.K. et al (1999). Korean health Council Consensus conference on osteoporosis. Medical Progress, Vol. 26, No.8.
9. Hodgson FS and Johnston cc. (1996) AACE clinical practice guidelines for the prevention and treatment of bone mass. Second international course osteoporosis. AACE.
10. Kanis AJ. (1994) Osteoporosis. Blackwell Science Ltd.
11. Kanis AJ. (1999) Measurement of bone mass. Second international course on osteoporosis for industry, specialists and general practitioners. Bali. May 1 – 2
12. Knapp KM, et al. (2001) multisite quantitative ultrasound: precision, age and menopause – related changes, fracture discrimination, and T-score equivalence with dual-energy X-ray absorptiometry. Osteoporos Int 2001, 12(6): 456 – 64. Pubmed-indexed for medline.
13. Kushner P. (1998) A practical approach to managing osteoporosis. Hospital medicine, 34 (6):15- 16, 19 – 20, 23 – 25.
14. Lane N.E., Genant HK (1993) osteoporosis and bone mineral assessment. Arthritis and allied conditions, 113 – 146.