



HƯỚNG DẪN

CHẨN ĐOÁN VÀ QUẢN LÝ BỆNH LOÃNG XƯƠNG



Nội dung

Không gãy xương VÀ ≥ 1 yếu tố^a nguy cơ loãng xương

Bất kỳ gãy xương không liên quan đến chấn thương^b lớn

Những điểm chính:

Cần nhắc giới thiệu đến Dịch vụ hỗ trợ về gãy xương



Để duy trì sức khỏe của xương trong suốt cuộc đời, khuyến khích tất cả bệnh nhân nên:

- Thực hiện các bài tập thể dục về sức bền thường xuyên
- Có chế độ ăn uống cân bằng
- Hạn chế rượu (≤ 2 ly/ ngày; ≥ 2 ngày không uống rượu/ tuần)
- Bỏ thuốc lá
- Duy trì cân nặng hợp lý (BMI 20–25 kg/ m²)
- Thường xuyên tắm nắng

Sửa đổi lối sống

- Giải quyết các yếu tố rủi ro có thể sửa đổi
- Tìm cách phòng ngừa và đánh giá rủi ro té ngã nếu thích hợp
- Bổ sung vitamin D nếu thích hợp^c

Đánh giá rủi ro lâm sàng

- Đánh giá BMD nếu thích hợp/ có sẵn^d (DXA)
- Đánh giá rủi ro gãy xương (FRAX®/ Garvan ± DXA^e)
- Xem xét DXA bên của cột sống hoặc chụp X-quang cột sống để xác định gãy đốt sống

Loại trừ chứng loãng xương thứ phát ở những người có BMD thấp theo tuổi (tức là Z-score < -2)^f

Phân cấp rủi ro

KHÔNG **Nguy cơ gãy xương hông FRAX®/ Garvan 10 năm $\geq 3\%$ HOẶC T-score $\leq -2,5$** **CÓ**

Đánh giá lại nguy cơ gãy xương ở khoảng thời gian thích hợp

Liệu pháp ưu tiên một

Bisphosphonate đường uống^h

Zoledronate^h
 Tiêm tĩnh mạch

Theo dõi

KHÔNG **Điều trị PINP < 35 $\mu\text{g/L}$ sau 6 tháng** **CÓ**

Xem lại thực hành dùng thuốc uống hoặc chuyển sang zoledronate tiêm tĩnh mạch

Điều trị trong 4-5 năm

Dùng 3 liều cách nhau 18 đến 24 thángⁱ

Thực hiện / lặp lại DXA

KHÔNG **T-score ≤ 2.5 OR new/ recurrent fracture** **CÓ**

Không điều trị trong 4-5 năm

Tiếp tục điều trị trong 4–5 năm^j nhưng nếu dùng bisphosphonat đường uống, hãy xem xét thời gian dùng thuốc từ 1 đến 2 năm trong giai đoạn này

Gãy xương mới / tái phát

Xem xét teriparatide và / hoặc thảo luận với đồng nghiệp chăm sóc phụ

Gãy xương mới / tái phát

BMD: mật độ khoáng xương; **BMI:** chỉ số khối cơ thể; **DXA:** đo hấp thụ tia X năng lượng kép; **PINP:** procollagen loại I N-terminal propeptide

Các điểm chính

a Các yếu tố nguy cơ:

- Tuổi ≥ 65 (nữ); ≥ 75 tuổi (nam giới)
- BMI < 20 kg / m²
- Tiền sử gia đình bị loãng xương
- Hút thuốc (hiện tại)
- Sử dụng glucocorticoid (hiện tại)
- Mãn kinh sớm
- > 2 đồ uống có cồn mỗi ngày
- Lịch sử té ngã
- Viêm khớp dạng thấp
- Tiền sử rối loạn ăn uống

b Các gãy xương do loãng xương phổ biến nhất là gãy đốt sống, cổ xương đùi, đầu xa cẳng tay, xương đùi và xương chày; tuy nhiên, bất kỳ trường hợp gãy xương nào gần đây tại vị trí xương chính ở người lớn tuổi cần được đánh giá thêm về chứng loãng xương. Các trường hợp ngoại lệ là gãy các ngón tay hay ngón chân, khuôn mặt và hộp sọ.

c Những người có nguy cơ thiếu vitamin D bao gồm người yếu đuối / cao tuổi, phụ nữ che kín mặt và những người có làn da sẫm màu sống ở vĩ độ cao hơn.

d Mặc dù DXA được khuyến cáo sau khi gãy xương, việc điều trị không được trì hoãn nếu không có DXA.

e FRAX® hoặc Garvan có thể tính được nguy cơ gãy xương mà không có BMD nếu không có DXA.

f Tìm kiếm các yếu tố góp phần thích hợp thông qua tiền sử và khám lâm sàng và thông qua việc đo lường các dấu ấn sinh học liên quan.

g Nguy cơ gãy xương chày trong 10 năm là $\geq 3\%$ xem như chỉ định của ngưỡng bắt đầu điều trị, dựa trên các phân tích kinh tế dược. Những người có nguy cơ gãy xương chày trong 10 năm là 3% có nguy cơ gãy xương lớn do loãng xương trong 10 năm là $\sim 20\%$ và tổng nguy cơ gãy xương là $\sim 40\%$.

h Thay thế cho bisphosphonates, liệu pháp estrogen có thể được coi là lựa chọn đầu tiên cho phụ nữ trong vòng 10 năm sau mãn kinh.

i Zoledronate là một bisphosphonate IV làm giảm nguy cơ gãy xương chày, đốt sống và không phải đốt sống⁶. Trong các thử nghiệm lâm sàng quan trọng, zoledronate được sử dụng hàng năm trong ba năm. Tuy nhiên, thời gian tác dụng của zoledronate dài hơn



đáng kể một năm; do đó, thông thường sử dụng ba liều ban đầu cách nhau 18 hoặc 24 tháng.

- j Có ít bằng chứng để hướng dẫn điều trị sau 10 năm.** Những người có nguy cơ gãy xương tăng liên tục nên được xem xét để can thiệp lâu dài, với thời gian nghỉ thuốc vài năm một lần. Cần xem xét hướng dẫn từ đồng nghiệp tuyến dưới.



Giới thiệu

Dịch vụ liên lạc gãy xương (FLS)

FLS xác định một cách có hệ thống những cá nhân đã bị gãy xương do loãng xương, với mục đích ngăn ngừa gãy xương tiếp theo. Những người bị gãy xương do loãng xương sẽ được đánh giá về nguy cơ gãy xương trong tương lai bao gồm sức khỏe của xương (tức là loãng xương) và nguy cơ té ngã.

FLS làm việc với người bị gãy xương do loãng xương và bác sĩ đa khoa của họ để phát triển một kế hoạch dài hạn nhằm giảm nguy cơ té ngã và gãy xương, đồng thời thúc đẩy quản lý lâu dài.

Mặc dù FLS tương ứng có thể có sự thay đổi nhỏ trong dân số mục tiêu, nhưng nhìn chung bất kỳ cá nhân nào bị gãy xương đùi, cổ tay, xương cẳng, đốt sống hoặc xương chậu khi va chạm nhẹ (hoặc không do chấn thương) liên quan đến tuổi đều được coi là phù hợp để đánh giá FLS.

Sửa đổi lối sống

Các yếu tố rủi ro có thể sửa đổi

Các yếu tố rủi ro có thể sửa đổi bao gồm:

- Hạn chế rượu không quá hai ly tiêu chuẩn mỗi ngày, với ít nhất hai ngày không rượu mỗi tuần
- Duy trì chỉ số khối cơ thể 20–25 kg/ m²
- Ngừng hút thuốc
- Tập thể dục thường xuyên, bao gồm ≥30 phút hoạt động thể chất có trọng lượng mỗi ngày

Chương trình phòng ngừa và đánh giá rủi ro té ngã (Hỏi, Đánh giá, Hành động)

Nó yêu cầu người hành nghề y tế phải:

1. HỎI người bệnh ba câu hỏi sàng lọc đơn giản:

- Bạn có bị trượt chân, vấp ngã trong năm qua không?
- Bạn có thể ra khỏi ghế mà không cần dùng tay không?
- Bạn đã tránh một số hoạt động vì sợ mất thăng bằng?

2. ĐÁNH GIÁ người bệnh xác định nguy cơ té ngã cụ thể của họ

3. HÀNH ĐỘNG bằng cách đưa ra sự can thiệp và hỗ trợ cá nhân

Chương trình phòng ngừa té ngã có thể bao gồm giáo dục về nguy cơ té ngã, xem xét thuốc, chương trình tập thể dục dựa trên bằng chứng*, sử dụng các thiết bị trợ giúp thích hợp, điều trị hạ huyết áp tư thế và rối loạn tim mạch, giảm các nguy cơ từ môi trường, kiểm tra thị lực và điều thiếu hụt vitamin D.

**Có bằng chứng cho thấy việc hoàn thành các chương trình có cấu trúc với các bài tập tăng cường sức mạnh và thăng bằng cho chi dưới có thể làm giảm tỷ lệ ngã lên đến 30%.*

Bổ sung vitamin D

Vitamin D chủ yếu quan trọng đối với việc ngăn ngừa chứng nhuyễn xương; điều trị thiếu vitamin D nhẹ dường như không mang lại lợi ích đáng kể về mật độ khoáng xương (BMD)¹ hoặc nguy cơ gãy xương.²

Nguồn cung cấp vitamin D tốt nhất là ánh sáng mặt trời. Đối với hầu hết mọi người, sự thiếu hụt vitamin D có thể được ngăn ngừa bằng cách cho mặt, cánh tay và bàn tay tiếp xúc với ánh sáng mặt trời từ 5 đến 10 phút mỗi tuần, nên hạn chế tiếp xúc ở những thời điểm có tia UV cao.³

Hầu hết những người trưởng thành khỏe mạnh sống độc lập không cần bổ sung vitamin D. Những người có nguy cơ thiếu vitamin D bao gồm người già yếu/ thể chế, phụ nữ che kín mặt và những người có làn da sẫm màu sống ở vĩ độ cao hơn. Nếu cần bổ sung vitamin D, thường là đủ liều 400–800 IU / ngày hoặc 1,25 mg / tháng.

Khi có chẩn đoán thiếu vitamin D, sử dụng Loading dose: 50.000-100.000 UI vitamin D uống trước khi bắt đầu điều trị bisphosphonates

Bổ sung canxi

Việc bổ sung canxi không còn được khuyến khích thường xuyên để cải thiện sức khỏe của xương vì nó thiếu hiệu quả giảm gãy xương và có khả năng làm tăng các biến cố tim mạch.

Chế độ ăn uống 500 mg canxi/ ngày (2-3 khẩu phần thực phẩm giàu canxi như các sản phẩm từ sữa [sữa, yaourt, pho mát], các sản phẩm tăng cường canxi [sữa đậu nành và gạo tăng cường, ngũ cốc tăng cường và nước cam tăng cường], đậu phụ, rau giàu canxi, cá mòi/ cá hồi đóng hộp [bao gồm cả xương] hoặc các loại hạt và trái cây giàu canxi) là đủ cho người lớn.



Đánh giá nguy cơ lâm sàng

Đánh giá mật độ khoáng xương (BMD)

BMD là một yếu tố dự báo nguy cơ gãy xương và cần được đo bằng phương pháp đo hấp thụ tia X năng lượng kép (DXA) được thực hiện ở hai vị trí, tốt nhất là cột sống trước và xương chậu. Khi tuổi cao, những thay đổi thoái hóa ở cột sống có thể dẫn đến mức BMD tăng giả tại vị trí đó; do đó, DXA của xương chậu đáng tin cậy hơn.

Kết quả BMD được báo cáo dưới dạng điểm T (số độ lệch chuẩn mà BMD cao hơn hoặc thấp hơn mức trung bình của thanh niên khỏe mạnh) hoặc điểm Z (số độ lệch chuẩn mà BMD cao hơn hoặc thấp hơn mức trung bình của các đối chứng bình thường phù hợp với tuổi).

Tổ chức Y tế Thế giới định nghĩa loãng xương là điểm $T \leq -2,5$ và giảm khoáng xương là điểm T từ -1 đến -2,5.

BMD nên được đánh giá ở những người nghi ngờ bị loãng xương để thiết lập chỉ số cơ bản có thể được sử dụng để thông báo cho việc quản lý trong tương lai. Các chỉ định để đánh giá BMD bao gồm:

- Gãy xương do chấn thương tối thiểu
- Phụ nữ <65 tuổi có các yếu tố nguy cơ loãng xương
- Phụ nữ ≥ 65 tuổi và nam giới ≥ 75 tuổi đang cân nhắc các biện pháp cụ thể để ngăn ngừa loãng xương
- Tất cả những người sử dụng glucocorticoid trong hơn 6 tháng

Tuy nhiên, đánh giá nguy cơ gãy xương và điều trị chống loãng xương không được bỏ qua nếu không có quét DXA. Có thể chấp nhận đánh giá nguy cơ gãy xương bằng máy tính FRAX®/ Garvan mà không có giá trị BMD nếu không có DXA. Bệnh nhân ≥ 75 tuổi bị gãy xương do loãng xương đáng kể được chứng minh bằng X quang không nhất thiết phải đánh giá BMD để tiếp cận thuốc PHARMAC. Tham khảo - Phần Trị liệu Đầu tiên của tài liệu này.

Lưu ý rằng các công ty Bồi thường Tai nạn có thể chi trả cho việc quét DXA được chấp nhận đối với trường hợp gãy xương do loãng xương nếu chỉ định được cho bởi một chuyên gia. Yêu cầu phải được phê duyệt và phải đáp ứng các tiêu chí sau:

1. Có cầu được chấp nhận đối với gãy xương VÀ
2. Gãy xương có khả năng là do loãng xương (gãy xương do té ngã khi đứng hoặc va chạm một lực nhẹ) VÀ



3. Người <75 tuổi và được coi là có nguy cơ gãy xương thêm HOẶC từ 50–75 tuổi và đang điều trị glucocorticoid toàn thân (≥ 5 mg / ngày tương đương prednisone) trong ≥ 3 tháng VÀ
4. Người đó chưa được chụp DXA trước đây và không được biết là đang điều trị bisphosphonates hoặc thuốc điều trị loãng xương khác VÀ
5. Yêu cầu DXA phải là một phần của đánh giá theo lộ trình tổng hợp và toàn diện để giảm thiểu tác hại do ngã và gãy xương.

Đánh giá rủi ro gãy xương

Nguy cơ gãy xương tuyệt đối thường là cơ sở của việc đưa ra quyết định chung về điều trị. Điều này có thể được tính toán bằng cách sử dụng công cụ Đánh giá Rủi ro Gãy xương (FRAX®)* hoặc Máy tính Rủi ro Gãy Garvan*. Máy tính FRAX® và Garvan bao gồm BMD như một yếu tố nguy cơ; tuy nhiên, rủi ro có thể được tính toán trong trường hợp không có phép đo BMD.

Nguy cơ gãy xương chậm do FRAX® tính toán tăng gấp đôi sau mỗi 5 đến 6 năm ở phụ nữ sau mãn kinh. Đây phải là cơ sở để xác định thời gian theo dõi đo BMD ở những người không cần can thiệp tại thời điểm đánh giá hiện tại. Ví dụ, nếu nguy cơ gãy xương chậm hiện tại là 0,5%, việc đánh giá lại không có khả năng dẫn đến thay đổi cách xử trí trong khoảng 15 năm, trong khi nguy cơ gãy xương cơ bản cao hơn chứng tỏ việc đo lại sớm hơn.

Loãng xương thứ phát

Nguyên nhân thứ phát của loãng xương nên được điều tra ở những người có BMD thấp theo tuổi (tức là Z-score <-2).

Các tình trạng sau đây có liên quan đến việc tăng nguy cơ loãng xương:

- Trọng lượng cơ thể thấp do bất kỳ nguyên nhân nào (bao gồm cả chứng rối loạn ăn uống trong quá khứ hoặc hiện tại)
- Bệnh viêm mãn tính (ví dụ như bệnh viêm ruột, viêm khớp dạng thấp, bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính, bệnh viêm mô liên kết / bệnh khớp, bệnh celiac)
- Thừa glucocorticoid vô tính hoặc bệnh Cushing
- Suy sinh dục hoặc mãn kinh sớm (<45 tuổi)
- Hút thuốc hoặc sử dụng rượu quá mức

Các tình trạng khác liên quan đến BMD thấp bao gồm: đái tháo đường type 1, bệnh thiếu hoàn hảo quá trình tạo xương ở người lớn, cường giáp lâu năm không được điều trị, cường cận giáp, suy dinh dưỡng mãn tính hoặc kém hấp thu, phẫu thuật thu hẹp dạ dày điều trị béo phì và bệnh gan mãn tính.

Các nhóm thuốc liên quan đến tình trạng mất xương nghiêm trọng bao gồm glucocorticoids⁵ và liệu pháp loại bỏ androgen. Một số trường hợp mất xương đã được báo cáo khi sử dụng medroxyprogesterone acetate dạng tiêm và các chất ức chế aromatase.

Tìm kiếm các yếu tố góp phần thích hợp thông qua tiền sử và khám lâm sàng và thông qua việc định lượng:

- Canxi huyết thanh
- Phốt phát huyết thanh
- Phosphatase kiềm
- Cortisol
- Hormone tuyến giáp
- Tầm soát Celiac
- Kiểm tra chức năng gan và thận
- Điện di protein
- Công thức máu
- CRP

Ở nam giới <75 tuổi với Z-score <-2 và gãy xương, hãy xem xét đánh giá mức độ testosterone.

Lưu ý rằng tầm soát chi tiết cho các nguyên nhân thứ phát của loãng xương không được chỉ định ở những người có BMD trong phạm vi phù hợp với tuổi (tức là Z-score \geq -2).

Điều trị

Bệnh nhân có bất kỳ đặc điểm nào sau đây nên được điều trị:

- Nguy cơ gãy xương chậu FRAX® / Garvan 10 năm \geq 3%
- Điểm T \leq -2,5 (hoặc \leq -1,5 đối với những người điều trị bằng glucocorticoid dài hạn)

Oral bisphosphonates

Alendronate * và risedronate là bisphosphonate đường uống được chứng minh là làm giảm nguy cơ gãy xương chậu, đốt sống và không phải đốt sống.

Chống chỉ định đối với bisphosphonat đường uống bao gồm: các bất thường của thực quản làm chậm quá trình làm trống thực quản như chứng hẹp do co thắt tâm vị; không có khả năng đứng / ngồi thẳng trong \geq 30 phút; và hạ canxi máu.

Tác dụng phụ thường gặp nhất của bisphosphonates đường uống là kích ứng đường tiêu hóa trên, ảnh hưởng đến 20-30% người dùng. Bệnh nhân nên uống bisphosphonate khi đói. Họ nên nuốt viên bisphosphonate uống với một cốc nước đầy và đứng / ngồi thẳng trong khoảng 30 phút và nên ngồi trong suốt bữa ăn sáng sau khi uống thuốc.

Có rất ít bằng chứng lâm sàng về việc sử dụng bisphosphonat đường uống ở bệnh nhân suy thận nặng. Cần nhắc giảm tần suất dùng thuốc ở những bệnh nhân có mức lọc cầu thận ước tính (eGFR) ≤ 35 mL / phút.

Gãy xương đùi không điển hình (AFFs) ban đầu phát triển như gãy do căng ở vỏ bên của trục xương đùi và có thể tự phát tiến triển thành gãy ngang. Tỷ lệ mắc bệnh NLTS dường như tăng mạnh theo thời gian sử dụng bisphosphonate và giảm đáng kể trong 1-2 năm sau khi ngừng sử dụng bisphosphonate. Vì lý do này, điều quan trọng là phải xem xét định kỳ nhu cầu tiếp tục điều trị bằng bisphosphonate và cung cấp thời gian nghỉ thuốc cho những bệnh nhân cần điều trị > 5 năm.

U xương hàm (ONJ) biểu hiện bằng một vùng xương lộ ra trong miệng không lành trong vòng 8 tuần. Trong khi ONJ có liên quan đến việc sử dụng bisphosphonate để điều trị di căn xương, nó hiếm khi được thấy ở những bệnh nhân được điều trị bằng bisphosphonate đường uống hoặc tiêm tĩnh mạch cho bệnh loãng xương và có vẻ như có tỷ lệ mắc bệnh tương tự như ở những bệnh nhân loãng xương không được điều trị với bisphosphonat.

Liều điều trị: Alendronate: 10mg/ ngày hoặc 70mg/ tuần

Liều dự phòng Alendronate: 5mg/ ngày hoặc 35mg/ tuần:

Intravenous bisphosphonate

Zoledronate là một bisphosphonate IV giúp giảm nguy cơ gãy xương chày, đốt sống và không phải đốt sống⁶ Trong các thử nghiệm lâm sàng quan trọng, zoledronate được sử dụng hàng năm trong ba năm. Tuy nhiên, thời gian tác dụng của zoledronate dài hơn đáng kể một năm; do đó, thông thường sử dụng ba liều ban đầu cách nhau 18 hoặc 24 tháng.

Chống chỉ định với zoledronate bao gồm: độ thanh thải creatinin hoặc eGFR <35 mL / phút; thiếu hụt vitamin D rõ rệt; và hạ canxi máu.

Tác dụng phụ thường gặp nhất của zoledronate là các triệu chứng giống như cúm sau khi dùng liều (ảnh hưởng đến khoảng 30% bệnh nhân), phần lớn xảy ra trong vòng 3 ngày đầu sau khi dùng zoledronate và hết trong vòng 3 ngày. Tỷ lệ các triệu chứng này có thể giảm khi dùng paracetamol hoặc ibuprofen ngay sau khi dùng liều zoledronate. Các triệu chứng này giảm rõ rệt với các liều zoledronate tiếp theo (tỷ lệ mắc bệnh 1–2%). Đảm bảo đủ nước.

Sự thiếu hụt vitamin D nên được điều chỉnh trước khi dùng zoledronate. Ở những bệnh nhân nghi ngờ thiếu vitamin D, cho uống bổ sung (2 x cholecalciferol 50.000 IU) trước khi truyền.

Cân nhắc giảm liều (ví dụ: 2,5 hoặc 1 mg⁷) hoặc tốc độ truyền chậm hơn (ví dụ 30 đến 60 phút) ở bệnh nhân có eGFR 35–50 mL / phút.

Liệu pháp estrogen

Ở phụ nữ bị loãng xương và trong vòng 10 năm sau mãn kinh, liệu pháp estrogen có thể là một lựa chọn đầu tiên thích hợp. Bệnh nhân nên tìm hiểu rủi ro và lợi ích của liệu pháp. Giới thiệu đến một đồng nghiệp chăm sóc tuyến dưới có thể hữu ích để giúp lập kế hoạch dài hạn cho việc quản lý bệnh loãng xương của bệnh nhân.

Chống chỉ định với liệu pháp estrogen bao gồm: nhồi máu cơ tim hoặc đột quỵ trong quá khứ hoặc cấp tính, ung thư vú hoặc các khối u đáp ứng hormone steroid sinh dục, khối u gan, các biến cố huyết khối tĩnh mạch trong quá khứ (hoặc khuynh hướng huyết khối tĩnh mạch di truyền hoặc mắc phải) và bệnh gan nặng.

Các tác dụng phụ thường gặp của liệu pháp estrogen bao gồm: chảy máu âm đạo, giữ nước, căng tức vú, đau đầu và buồn nôn.

Theo dõi

Định lượng procollagen type I N-terminal propeptide (PINP) trong huyết tương

Bisphosphonates làm giảm chu chuyển xương, có thể được đánh giá bằng cách đo PINP huyết thanh. Với liệu pháp bisphosphonate hiệu quả, mức PINP sẽ giảm xuống <35 µg / L.

Nếu mức PINP vẫn còn ≥35 µg / L sau 6 tháng điều trị bằng bisphosphonate đường uống, điều này cho thấy khả năng tuân thủ bisphosphonate dưới mức tối ưu hoặc sự hấp thu kém của bisphosphonate.⁸ Nên cân nhắc chuyển sang bisphosphonate IV.

Việc đo PINP có thể được tổ chức thông qua phòng thí nghiệm địa phương, không có giới hạn về thời gian trong ngày để lấy mẫu máu.

Mức PINP thường không cần đánh giá ở những bệnh nhân được điều trị bằng bisphosphonate IV.

Lặp lại đánh giá rủi ro lâm sàng

Theo dõi mật độ xương không được khuyến cáo trong khoảng thời gian dưới 3 năm ở hầu hết các bệnh nhân. Ngoài các sai sót về khả năng tái tạo trong kết quả, việc quét lặp lại



trong vài năm đầu điều trị nói chung sẽ không làm thay đổi việc quản lý. Đánh giá BMD lặp lại nên được thực hiện từ 4 đến 5 năm sau khi bắt đầu điều trị bằng bisphosphonate để xác định xem có nên tiếp tục điều trị hay không.

Thời gian điều trị và nghỉ thuốc

Các thử nghiệm lâm sàng đã chỉ ra rằng sau 3-5 năm điều trị bằng bisphosphonate, những bệnh nhân có chỉ số T ở xương đùi tăng trên -2,5 và những người chưa bị gãy xương mới có thể ngừng điều trị bisphosphonate trong tối đa 5 năm mà không làm tăng nguy cơ gãy xương trong tương lai. Do đó, việc tiếp tục điều trị từ 4 đến 5 năm là thích hợp cho những bệnh nhân đáp ứng các tiêu chí này.

Bệnh nhân có chỉ số T ở xương đùi $\leq -2,5$ hoặc bị gãy xương mới / tái phát nên tiếp tục điều trị trong thời gian 5 năm thứ hai. Tuy nhiên, người ta lo ngại rằng liệu pháp bisphosphonate liên tục, lâu dài làm tăng dần nguy cơ gãy xương đùi không điển hình, có khả năng làm mất tác dụng của việc điều trị liên tục. Để giải quyết mối quan tâm này, nhiều bác sĩ lâm sàng khuyên bạn nên nghỉ thuốc 2 năm vào một thời điểm nào đó từ 5 đến 10. Risedronate có thời gian tác dụng ngắn hơn các bisphosphonat khác, vì vậy thời gian nghỉ 1 năm có thể thích hợp cho loại thuốc đó.^{9,10}

Lựa chọn thứ hai

Teriparatide

Teriparatide là một đoạn hormone tuyến cận giáp, được sử dụng bằng cách tiêm dưới da một lần mỗi ngày, có thể được sử dụng cho những bệnh nhân bị loãng xương và gãy xương tái phát và sau ít nhất 12 tháng điều trị bằng thuốc chống biến dạng.

Denosumab

Denosumab là một kháng thể đơn dòng chống lại phối tử RANK, được dùng bằng cách tiêm dưới da 6 tháng một lần, để điều trị chứng loãng xương.

Các phương pháp điều trị khác:

Bộ điều biến thụ thể estrogen có chọn lọc (SERMS)

SERMS (ví dụ như raloxifene) có thể được coi là một liệu pháp thay thế cho liệu pháp estrogen ở phụ nữ sau mãn kinh, mặc dù raloxifene không ngăn ngừa gãy xương chậu hoặc các bệnh không phải đốt sống khác.

Strontium ranelate

Strontium ranelate không được khuyến cáo vì tác dụng phụ trên tim mạch của nó.



Phát triển Hướng dẫn

Mục tiêu chính của việc phát triển Chẩn đoán và Quản lý Bệnh loãng xương là cung cấp cho các bác sĩ lâm sàng làm việc ở cả cơ sở chăm sóc chính và phụ một công cụ thân thiện với người dùng và có tính thực tiễn cao để hỗ trợ thực hành dựa trên bằng chứng. Hướng dẫn cung cấp sự chặt chẽ cơ sở bằng chứng hiện tại và đưa ra các khuyến nghị thiết thực về việc xác định các cá nhân có nguy cơ cao, chẩn đoán và điều trị cho cả bệnh nhân bị gãy xương do loãng xương và những người có nguy cơ cao bị gãy xương do loãng xương đầu tiên.

Thông tin tham khảo

1. Reid IR, Bolland MJ, Grey A. Effects of vitamin D supplements on bone mineral density: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2014;383:146–55.
2. Avenell A, Mak JC, O’Connell D. Vitamin D and vitamin D analogues for preventing fractures in post-menopausal women and older men. *Cochrane Database Syst Rev* 2014 Apr 14;4:CD000227.
3. Nowson CA, McGrath JJ, Ebling PR, Haikerwai A, Daly RM, Sanders KM, Seibel MJ, Mason RS. Vitamin D and health in adults in Australia and New Zealand: a position statement. *Med J Aust* 2012;196:686–7.
4. Reid IR. Efficacy, effectiveness and side effects of medications used to prevent fractures. *J Intern Med* 2015;277:690–706.
5. Saag KG. Bone safety of low-dose glucocorticoids in rheumatic diseases. *Ann NY Acad Sci* 2014;1318:55–64.
6. Murad MH, Drake MT, Mullan RJ, Mauck KF, Stuart LM, Lane MA, Abu Elnour NO, Erwin PJ, Hazem A, Puhan MA, Li T, Montori VM. Clinical review. Comparative effectiveness of drug treatments to prevent fragility fractures: a systematic review and network meta-analysis. *J Clin Endocrinol Metab* 2012;97:1871–8.
7. Miller PD, Jamal SA, Evenepoel P, Eastell R, Boonen S. Renal safety in patients treated with bisphosphonates for osteoporosis: a review. *J Bone Miner Res* 2013;28:2049–59.
8. Vasikaran S, Eastell R, Bruyère O, Foldes AJ, Garnero P, Griesmacher A, McClung M, Morris HA, Silverman S, Trenti T, Wahl DA, Cooper C, Kanis JA; IOF-IFCC Bone Marker Standards Working Group. Markers of bone turnover for the prediction of fracture risk and monitoring of osteoporosis treatment: a need for international reference standards. *Osteoporos Int* 2011;22:391–420.
9. Adler RA, El-Hajj Fuleihan G, Bauer DC, Camacho PM, Clarke BL, Clines GA, Compston JE, Drake MT, Edwards BJ, Favus MJ, Greenspan SL, McKinney R Jr, Pignolo RJ, Sellmeyer DE. Managing osteoporosis in patients on long-term bisphosphonate treatment: Report of a Task Force of the American Society for Bone and Mineral Research. *J Bone Miner Res* 2016;31:16–35.
10. Eastell R, Hannon RA, Wenderoth D, Rodriguez-Moreno J, Sawicki A. Effect of stopping risedronate after long-term treatment on bone turnover. *J Clin Endocrinol Metab* 2011;96:3367–73.

[Nguồn: Osteoporosis New Zealand]