

Loãng xương là một rối loạn phổ biến, đặc trưng bởi tình trạng giảm mật độ xương kèm mất xương, suy giảm cấu trúc vi thể và chất lượng xương, hậu quả là tăng nguy cơ gãy xương. Bệnh tiến triển âm thầm cho đến khi biến cố gãy xương xảy ra. Thống kê cho thấy, khoảng 71% [phụ nữ](#) trên 50 tuổi bị gãy xương do [loãng xương](#). Sàng lọc và đánh giá nguy cơ giúp tiên lượng biến cố gãy xương trên các đối tượng loãng xương. Sử dụng thuốc giúp phòng ngừa và làm chậm quá trình mất xương.

Tại Hoa Kỳ, thống kê cho thấy 50% phụ nữ trên 50 tuổi sẽ bị gãy xương do loãng xương. Những phụ nữ sau [mãn kinh](#) đã từng gãy xương có nguy cơ gãy xương khác trong vòng 1-2 năm. Tuy nhiên, chỉ 24% phụ nữ trên 60 tuổi bị loãng xương được điều trị trong năm đầu tiên sau gãy xương.

Đối tượng trị liệu

Trước khi khởi trị với thuốc trị, đánh giá nguyên nhân thứ phát gây mất xương (điểm thực hành tốt).

Dùng thuốc trị loãng xương trên bệnh nhân có nguy cơ cao gãy xương (khuyến cáo mạnh, mức độ bằng chứng cao).

Chọn lựa thuốc điều trị

Bisphosphonate nên được khởi trị cho hầu hết các trường hợp có nguy cơ gãy xương (khuyến cáo mạnh, mức độ bằng chứng cao).

Ngừng bisphosphonate đường uống trên bệnh nhân có nguy cơ thấp đến trung bình đã điều trị ổn định trong vòng 5 năm và acid zoledronic đường tiêm trong vòng 3 năm. Bệnh nhân có nguy cơ cao nên điều trị kéo dài 10 năm với thuốc đường uống và 6 năm với thuốc tiêm acid zoledronic (khuyến cáo có điều kiện, mức độ bằng chứng thấp).

Denosumab tiêm dưới da mỗi 6 tháng được khuyến cáo khởi trị cho những bệnh nhân mãn kinh có nguy cơ gãy xương và phù hợp khi tiêm dưới da mỗi 6 tháng (khuyến cáo mạnh, mức độ bằng chứng cao).

Bệnh nhân ngưng điều trị với denosumab nên chuyển sang một thuốc chống tiêu xương khác (điểm thực hành tốt).

Chuyên đề: “Loãng xương sau mãn kinh”

Raloxifene nên sử dụng cho những trường hợp mãn kinh có nguy cơ gãy đốt sống và ung thư vú kèm nguy cơ huyết khối tĩnh mạch thấp và không có triệu chứng vậ mạch đáng kể (khuyến cáo có điều kiện, mức độ bằng chứng cao).

Nhóm thuốc	Hoạt chất	Chỉ định	Giảm nguy cơ gãy xương đã được chứng minh
Nhóm thuốc chống hủy xương	Alendronate (Uống)	Dự phòng và điều trị	Xương đốt sống
	Risedronate (Uống)		Xương ngoài đốt sống
	Acid zoledronic (Tiêm tĩnh mạch)		Xương hông
	Ibandronate (Uống)		Xương đốt sống
Bisphosphonate	Ibandronate (Tiêm)	Điều trị	
	Denosumab (Tiêm dưới da)	Dự phòng và điều trị	Xương đốt sống Xương ngoài đốt sống Xương hông
Kháng thể đơn dòng tác động trúng đích (ức chế RANKL)			
Điều hòa chọn lọc thụ thể estrogen	Raloxifene (PO)	Dự phòng và điều trị ở những bệnh nhân có nguy cơ ung thư vú	Xương đốt sống
Liệu pháp hormone	Estrogen kết hợp progestogen hoặc không	Dự phòng	Xương đốt sống Xương ngoài đốt sống Xương hông
	Estrogen kết hợp bazedoxifene (PO)	Dự phòng	Chưa rõ
Calcitonin	Calcitonin cá hồi (xịt mũi hoặc tiêm dưới da)	Điều trị	Xương đốt sống
Nhóm thuốc tăng đồng hóa			

Chuyên đề: “Loãng xương sau mãn kinh”

Chất tương tự hormone cận giáp (PTH)	Abaloparatide (Tiêm dưới da) Teriparatide (Tiêm dưới da)	Điều trị trên bệnh nhân có nguy cơ gãy xương rất cao	Xương đốt sống Xương ngoài đốt sống
Ức chế gắn Sclerostin	Romozosumab (Tiêm dưới da)		Xương đốt sống Xương ngoài đốt sống Xương hông

Các chất tương tự hormone cận giáp như teriparatide và abaloparatide cần được sử dụng đến 2 năm trên bệnh nhân có nguy cơ gãy xương rất cao hoặc gãy xương tái diễn hoặc mất xương trầm trọng kể cả khi đang điều trị với thuốc chống tiêu xương (khuyến cáo mạnh, mức độ bằng chứng cao).

Romozosumab với cơ chế ức chế sclerostin, nên được dùng đến 1 năm trên bệnh nhân không có nguy cơ tim mạch hoặc đột quỵ kèm nguy cơ gãy xương rất cao hoặc các điều trị khác không hiệu quả (khuyến cáo mạnh, mức độ bằng chứng trung bình).

Theo dõi điều trị

Tùy thuộc vào diễn tiến lâm sàng, khuyến cáo đo mật độ xương (phương pháp DXA) mỗi 1-3 năm trong thời gian điều trị cho đến khi ổn định (khuyến cáo có điều kiện, mức độ bằng chứng trung bình).

Điều trị không dùng thuốc

Tư vấn bệnh nhân đang điều trị với thuốc hoặc không dung nạp thuốc nên bổ sung calci và vitamin D bằng chế độ ăn (ưu tiên) hoặc thực phẩm chức năng.

Tài liệu tham khảo

ACOG Clinical Practice Guideline No. 2: Management of Postmenopausal Osteoporosis: Correction. Obstetrics & Gynecology: July 2022 - Volume 140 - Issue 1 - p 138 doi: 10.1097/AOG.0000000000004855

Phòng KHTH