

تعیین مقادیر نرمال ویتامین D بر اساس هورمون پاراتیروئید و تغییرات تراکم معدنی استخوان

دکتر آرش حسین نژاد: * پزشک عمومی، محقق، مرکز تحقیقات غدد درون ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر محمد پژوهی: استاد، مرکز تحقیقات غدد درون ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر ابراهیم جوادی: متخصص علوم آزمایشگاهی، مرکز تحقیقات غدد درون ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران
ژ بلا مقبولی: کارشناس ارشد مامایی، محقق، مرکز تحقیقات غدد درون ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر فرزانه السادات مدنی: پزشک عمومی، محقق، مرکز تحقیقات غدد درون ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر باقر لاریجانی: استاد، مرکز تحقیقات غدد درون ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران

فصلنامه پایش

سال سوم شماره اول زمستان ۱۳۸۲ صص ۲۵-۱۹

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۲/۷/۱۶

چکیده

هورمون پاراتیروئید مهم ترین عامل هموستاز کلسیم در بدن است. کمبود ویتامین D منجر به هایپر پاراتیروئیدیسم ثانویه شده و حتی موارد خفیف کمبود ویتامین D نیز منجر به افزایش جذب کلسیم از استخوان و کاهش توده استخوانی می گردد. در این مطالعه از طریق بررسی ارتباط هورمون پاراتیروئید با میزان تراکم معدنی استخوان و ویتامین D سعی شده تا محدوده طبیعی هورمون پاراتیروئید و ویتامین D بر مبنای تغییرات بیولوژیک استخوان تعیین گردد.

جمعیت مورد مطالعه مردان و زنان ۲۰ تا ۶۹ سال ساکن شهر تهران بودند که در طرح پیشگیری، تشخیص و درمان استئوپوروز بین سال های ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۲ مورد مطالعه قرار گرفتند. معیارهای خروج از مطالعه ابتلا به بیماری های آرتريت روماتوئید، کم کاری یا پرکاری تیروئید، پاراتیروئید و آدرنال، دیابت قندی، نارسایی کلیه، نارسایی پیشرفته کبدی و هر نوع سرطان بود.

در مجموع ۸۳۰ نفر با سه بار پی گیری حضوری و تلفنی در این طرح شرکت نمودند. ۷۵/۱ درصد از افراد دعوت شده با این طرح همکاری نمودند. مقادیر سرمی ویتامین D و هورمون پاراتیروئید در دهه های مختلف سنی اختلاف معنی داری را نشان می داد ($P=0/001$). سن، جنس و هورمون پاراتیروئید در تغییرات ویتامین D نقش داشتند. محدوده هورمون پاراتیروئید در افراد استئوپوروتیک با حدود اطمینان ۹۵ درصد بین ۲۹/۷-۳۸ پیکوگرم در لیتر بود. همچنین این محدوده در افراد غیر استئوپوروتیک بین ۲۴/۳۳-۳۰/۲ پیکوگرم در لیتر بود. این بررسی نشان می دهد مقادیر زیر ۱۸ نانومول در لیتر به عنوان کمبود شدید ویتامین D تلقی می شود. مقادیر ۲۳-۱۸ نانومول در لیتر کمبود متوسط و مقادیر ۳۶-۲۳ نانومول در لیتر کمبود خفیف ویتامین D خواهد بود. بنابراین مقادیر بالاتر از ۳۶ نانومول بر لیتر به عنوان مقادیر طبیعی ویتامین D تلقی می شود.

در مجموع به نظر می رسد محدوده هایی از ویتامین D که باعث تغییرات معنی داری در هورمون پاراتیروئید می شوند با تغییرات بیولوژیک استخوان همراهی بیشتری دارند تا محدوده هایی که براساس صدک های توزیع ویتامین D در جامعه تعیین می شوند.

کلیدواژه ها: ویتامین D، هورمون پاراتیروئید، مقادیر نرمال، تراکم معدنی استخوان

* نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان کارگر شمالی، بیمارستان دکتر شریعتی، طبقه پنجم، مرکز تحقیقات غدد درون ریز و متابولیسم

تلفن: ۸۰۲۶۹۰۲-۳ نمابر: ۸۰۲۹۹۹۳

E-mail: emrc@sina.tums.ac.ir

مقدمه

هورمون پاراتیروئید مهم‌ترین عامل هموستاز کلسیم در بدن می‌باشد. این هورمون با فعال کردن استئوکلاست‌ها و جذب کلسیم از استخوان‌ها، افزایش بازجذب کلسیم از توبول‌های کلیوی و بالأخره افزایش تبدیل ویتامین D به شکل فعال آن یعنی ۱ و ۲۵ دی هیدروکسی کوله کلسیفرول در کلیه‌ها سبب تسهیل جذب کلسیم از روده می‌شود [۱، ۲].

مهم‌ترین عمل بیولوژیک ویتامین D در سیستم اسکلتی از طریق افزایش جذب روده‌ای کلسیم صورت می‌گیرد [۳، ۴]. کمبود این ویتامین منجر به کاهش جذب روده‌ای کلسیم از ۳۰ درصد به ۱۵ درصد شده که این مسأله خود باعث افزایش هورمون پاراتیروئید می‌گردد [۵].

کمبود ویتامین D منجر به ریکتز و استئومالاسی می‌شود که همراه با هیپرپاراتیروئیدیسم ثانویه است [۵، ۶]. این بیماری حتی در موارد خفیف کمبود ویتامین D نیز منجر به افزایش جذب کلسیم از استخوان و کاهش توده استخوانی می‌شود [۱]. البته هر عاملی که سبب کاهش سطح کلسیم سرمی شود موجب هیپرپاراتیروئیدیسم ثانویه نیز می‌گردد که نارسایی کلیه و کمبود ویتامین D از علل عمده این اختلال هستند.

با توجه به متابولیسم کلسیم و فسفر، به نظر می‌رسد تعادل بین ویتامین D و هورمون پاراتیروئید نقش اساسی در هموستاز کلسیم و نهایتاً تغییرات استخوانی دارد. برهم خوردن این تعادل که معمولاً به دنبال کمبود ویتامین D اتفاق می‌افتد سبب افزایش ترشح هورمون پاراتیروئید شده که در دراز مدت با کاهش توده استخوانی و نهایتاً استئوپروز همراه می‌باشد. مطالعات نشان می‌دهند که با افزایش سن، میزان دریافت غذایی ویتامین D کاهش می‌یابد.

همچنین سننر پوستی این ویتامین نیز کم شده که در مجموع سبب شیوع بالای کمبود ویتامین D در افراد مسن می‌گردد.

از طرفی تغییرات وابسته به سن در نسج کلیوی نیز تبدیل ویتامین D به شکل فعال آنرا دچار نقصان می‌نماید که همه این عوامل در مجموع سبب کاهش جذب روده‌ای کلسیم و تحریک ترشح هورمون پاراتیروئید و به عبارتی

هیپرپاراتیروئیدیسم ثانویه می‌گردد [۱، ۴، ۶]. این پدیده یکی از علل عمده کاهش توده استخوانی در افراد مسن و تغییرات استخوانی وابسته به سن است. تغییرات استخوانی در زنان شدیدتر است به گونه‌ای که بعد از سن یائسگی کاهش توده استخوانی حدوداً سه برابر شدیدتر از مردان می‌باشد و این رخداد با تغییرات استروژن در زنان توجیه می‌شود. در زنان پس از سن یائسگی الگوی ترشح استروژن و هورمون‌های جنسی تغییر می‌کند. یکی از اثرات تغییر در ترشح استروژن به هم خوردن نقطه تنظیم (Set Point) کلسیم و در نتیجه تغییر در آستانه تحریک ترشح هورمون پاراتیروئید می‌باشد که سبب هیپرپاراتیروئیدیسم در سنین یائسگی می‌شود [۳]. بنابراین مصرف مقادیر کافی کلسیم و ویتامین D نه تنها برای هموستاز کلسیم و ساخت استخوان در دوران جوانی لازم است بلکه با افزایش سن نیاز به آنها بیشتر شده و برای جلوگیری از کاهش توده استخوانی و پیشگیری از استئوپروز ضروری می‌باشند. ارتباط هورمون پاراتیروئید و ویتامین D در شکستگی لگن نیز حائز اهمیت می‌باشد، به‌صورتی که نشان داده شده در نیمی از زنان دچار شکستگی لگن، کمبود ویتامین D و در ۳۷ درصد موارد افزایش هورمون پاراتیروئید وجود داشته است [۴].

در این مطالعه نحوه ارتباط هورمون پاراتیروئید با میزان تراکم معدنی استخوان و ویتامین D بررسی شده است. همچنین با بررسی نحوه این ارتباط سعی شده تا محدوده طبیعی هورمون پاراتیروئید و ویتامین D بر مبنای تغییرات بیولوژیک استخوان تعیین گردد.

مواد و روش کار

طرح پیشگیری، تشخیص و درمان استئوپروز به صورت چند مرکزی در ۵ استان کشور به همت مرکز تحقیقات غدد دانشگاه علوم پزشکی تهران و مرکز مدیریت بیماری‌های معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به اجرا درآمد. مقاله حاضر مربوط به این بررسی در شهر تهران می‌باشد. جمعیت مورد مطالعه مردان و زنان ۲۰ تا ۶۹ سال ساکن شهر تهران بودند. این مطالعه در فاصله سال‌های ۱۳۷۹ تا پایان ۱۳۸۲ انجام شد. معیارهای خروج از مطالعه ابتلا به

روش ایمونو اسی و با کیت Dia-Sorin ساخت ایالت متحده انجام گردید.

در مرحله فراخوان افراد، دعوت‌نامه‌هایی تحویل آنها داده شد و افراد داوطلب به بخش سنجش تراکم استخوان مرکز تحقیقات غدد دانشگاه تهران که در بیمارستان شریعتی قرارداد داشت مراجعه و پس از اخذ رضایت‌نامه، پرسشنامه‌های مربوطه تکمیل گردید. معاینات بالینی شامل قد و وزن انجام شد و از نظر تغییر شکل استخوان و حساسیت عضلانی و نیز بدشکلی در ستون فقرات بررسی انجام پذیرفت که در صورت وجود هر یک از این موارد، از مطالعه خارج شدند. بنابراین در دو مرحله معیارهای خروج از مطالعه ارزیابی شدند.

در مرحله اول در هنگام تحویل دعوت‌نامه به افراد مورد نظر و در مرحله بعد در زمان مراجعه جهت انجام سنجش تراکم استخوان. اعتبار پرسشنامه‌های مورد استفاده در این طرح در مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران بررسی شده و پس از تصحیح نهایی مورد استفاده قرار گرفت.

در زمان مراجعه جهت انجام سنجش تراکم در صورتی که فرد مورد مطالعه در ۵ روز اخیر از مواد حاجب اشعه یا مواد رادیو اکتیو یا داروی حاوی کلسیم استفاده کرده بود انجام سنجش تراکم استخوان حداقل به ۵ روز بعد از آن موکول می‌شد.

سنجش تراکم معدنی استخوان با استفاده از روش DXA با دستگاه لونار (Lunar DPX-MD, W, 53713, USA) انجام پذیرفت. این دستگاه به‌طور مرتب توسط استاندارد روزانه و فانتوم مخصوص کنترل و جهت اندازه‌گیری مورد بازبینی قرار می‌گرفت. سنجش تراکم استخوان معدنی در ناحیه مهره‌های کمر (دوم تا چهارم)، همچنین ابتدای استخوان ران (گردن، تروکانتر و کل ران) صورت گرفته و مقادیر تراکم براساس گرم بر سانتی متر مربع به‌دست آمد.

تمامی اطلاعات به‌دست آمده در بانک اطلاعاتی نرم‌افزار SPSS (نسخه ۱۱/۵) ذخیره و سپس تحلیل آماری انجام شد. همچنین برای مقایسه میانگین مقادیر به‌دست آمده در گروه‌های مورد بررسی از آزمون T و جهت ارزیابی ارتباط بین

بیماری‌های آرتریت روماتوئید، کم‌کاری یا پرکاری تیروئید، پاراتیروئید و آدرنال، دیابت قندی، نارسایی کلیه، نارسایی پیشرفته کبدی و هر نوع سرطان بود.

اختلال قاعدگی به‌صورت شروع بعد از ۱۸ سالگی، قطع دائمی قاعدگی یا در سه ماهه اخیر در سن زیر ۴۰ سالگی یا کمتر از ۶ ماه قاعدگی در یکسال گذشته در خانمی با سن کمتر از ۴۰ سال، اوفورکتومی زیر سن یائسگی و نازایی و حاملگی یا شیردهی در زمان مطالعه، همچنین کشیدن سیگار بیش از ۱۰ نخ در روز و مصرف الکل به‌مدت بیش از ۵ سال و بیش از یک لیوان در روز یا اعتیاد به مواد مخدر، ورزش به‌صورت حرفه‌ای و سابقه شکستگی ستون فقرات کمری، شکستگی در نتیجه زمین خوردن ساده، دفورمیتی ستون فقرات و بستری شدن در دو هفته اخیر به‌دنبال بیماری، استراحت کامل در بستر به‌مدت ۳ ماه متوالی و بالآخره مصرف داروهای استروژن، پروژسترون و پریمارین در زنان یائسه یا زنانی که اوفورکتومی شده‌اند، قرص کلسیم حداقل یک عدد روزانه، مولتی ویتامین و ویتامین D در طی دو هفته اخیر و آمپول ویتامین D3 در طی ۶ ماه گذشته هم باعث خروج از مطالعه شده‌اند.

برای انجام نمونه‌گیری تصادفی از سطح شهر تهران بزرگ اطلاعات مربوط به تمامی زایمان‌های اول در سطح شهر جمع آوری و با توجه به پراکندگی یکسان زایمان‌های اول در سطح شهر از این اطلاعات برای انتخاب تصادفی ۵۰ نقطه شروع نمونه‌گیری استفاده گردید. سپس با مراجعه به این بلوک‌ها و پلاک‌های زوج در هر منطقه تا تأمین حجم مورد نظر نسبت به نمونه‌گیری اقدام شد.

نمونه‌گیری پس از اخذ رضایت‌نامه در فصل زمستان و در محل سکونت افراد مورد مطالعه انجام پذیرفت و از هر فرد ۱۰ میلی‌لیتر خون گرفته شد. سانتریفوژ نمونه‌ها و جدا کردن سرم آنها در محل نمونه‌گیری انجام پذیرفت. سپس نمونه‌ها به آزمایشگاه مرکز تحقیقات غدد دانشگاه تهران فرستاده و بلافاصله فریز شدند. سنجش ۲۵ هیدروکسی ویتامین D به روش رادیو ایمونو اسی (Radio Immuno Assay) و با کیت IDS ساخت انگلستان و سنجش هورمون پاراتیروئید سرمی به

متغیرهای مورد بررسی برحسب مورد از رگرسیون خطی و رگرسیون لجستیک استفاده گردید.

یافته‌ها

در مجموع ۱۲۲۹ نفر جهت انجام سنجش تراکم استخوانی دعوت شدند. از این تعداد، ۱۲۴ نفر به علت وجود یکی از معیارهای خروج از مطالعه خارج شدند. از ۱۱۰۵ نفر باقیمانده ۸۳۰ نفر با سه بار پی‌گیری حضوری و تلفنی در این طرح شرکت نمودند. به عبارتی ۷۵/۱ درصد از افراد دعوت شده با این طرح همکاری نمودند. توزیع افرادی که در این پروژه شرکت نکردند در گروه‌های سنی و جنسی اختلاف معنی داری را نشان نداد. ۳۹/۲ درصد افراد مورد بررسی را مردان و ۶۰/۸ درصد را زنان تشکیل می‌دادند. مشخصات افراد مورد بررسی در جدول شماره ۱ خلاصه شده است. میانگین سنی در دو گروه، تفاوت معنی داری نداشت. شاخص توده بدنی در زنان به طور معنی داری بالاتر از مردان بود ($P=0/001$).

میانگین سرمی ویتامین D در مردان به طور معنی دار پایین تر از زنان بوده است ($P=0/035$). تحلیل واریانس انجام شده بر روی مقادیر سرمی ویتامین D و هورمون پاراتیروئید در دهه‌های مختلف سنی اختلاف معنی داری را نشان می‌دهد ($P=0/001$). در مدل رگرسیون خطی سن، جنس و هورمون پاراتیروئید در تغییرات ویتامین D نقش داشته‌اند ($P<0/014$). نمودار شماره ۱ ارتباط بین هورمون پاراتیروئید و ویتامین D را نشان می‌دهد. رگرسیون خطی تراکم معدنی استخوان در ناحیه ستون فقرات کمری با هورمون پاراتیروئید تنها در زنان بالای ۴۵ سال معنی دار بوده است ولی در مورد تراکم معدنی استخوان در ناحیه لگن این ارتباط معنی دار نبوده است. همچنین در تحلیل رگرسیون ارتباط بین استئوپوروز و هورمون پاراتیروئید وجود داشته است. نمودار شماره ۲ ارتباط بین تراکم معدنی استخوان در ناحیه ستون فقرات کمری با هورمون پاراتیروئید را نشان می‌دهد.

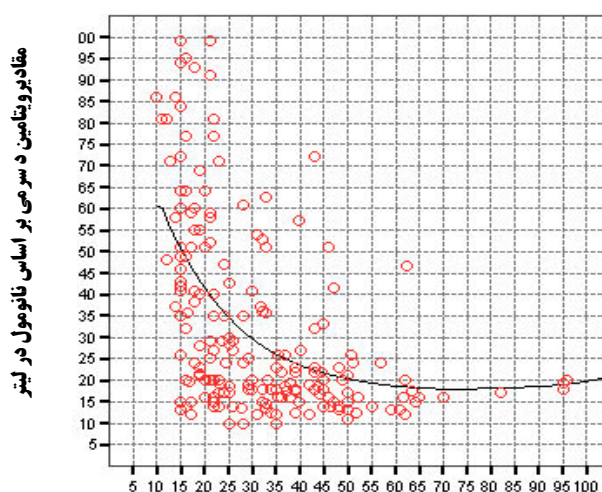
جدول شماره ۱- مشخصات افراد مورد بررسی به تفکیک جنس

P	زنان	مردان	
N.S	۴۳/۶۹ ($\pm 11/79$)	*۴۴/۹۳ ($\pm 14/65$)	میانگین سن (سال)
۰/۰۳۵	۳۷ (۳۲/۲۷-۴۱/۸۸)	*۲۹/۸۷ (۲۶/۳-۳۳/۴۳)	میانگین سرمی ویتامین D (nmol/l)
۰/۰۰۱	۳۱/۷۳ (۲۹/۷۸-۳۳/۶۷)	*۲۶/۷۸ (۲۴/۹۸-۲۸/۵۷)	میانگین سرمی هورمون پاراتیروئید (pg/l)
۰/۰۰۱	۲۷/۸۲ ($\pm 5/45$)	*۲۶/۲ ($\pm 4/18$)	شاخص توده بدنی (kg/m^2)

+ میانگین با محدوده اطمینان ۹۵٪

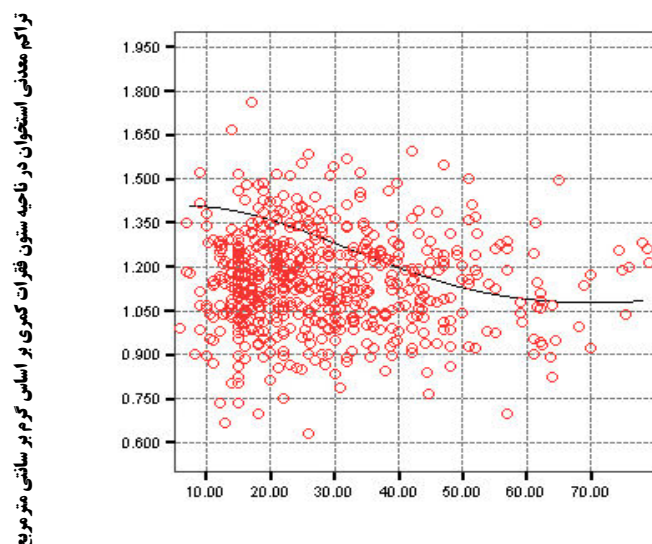
Mean $\pm$ SD $\times$

نمودار شماره ۱- ارتباط بین هورمون پاراتیروئید و ویتامین D



مقادیر سرمی هورمون پاراتیروئید بر اساس پیکو گرم در لیتر

نمودار شماره ۲- ارتباط بین تراکم معدنی استخوان در ناحیه ستون فقرات کمری با هورمون تیروئید



مقادیر سرمی هورمون پاراتیروئید بر اساس پیکو گرم در لیتر

درصد زنان درجاتی از کمبود ویتامین D داشته‌اند و تنها در ۱۷/۱ درصد مردان و ۲۶/۸ درصد زنان مقادیر سرمی ویتامین D طبیعی بود.

میانگین هورمون پاراتیروئید در افرادی که براین اساس دارای درجات مختلف کمبود ویتامین D هستند با هم اختلاف معنی‌داری را در هر دو جنس نشان می‌دهد ($P=0/02$).

بحث و نتیجه‌گیری

نقش هورمون پاراتیروئید در هموستاز کلسیم سبب شده است تا این هورمون ارتباط تنگاتنگی با روند کاهش توده استخوانی و در نهایت استئوپوروز و شکستگی‌ها داشته باشد.

نتایج مطالعه حاضر بیانگر افزایش هورمون پاراتیروئید با افزایش سن است که با کاهش تراکم استخوانی وابسته به سن همراه می‌باشد و با اغلب مطالعاتی که در این زمینه انجام شده‌اند همخوانی دارد. در این مطالعات نشان داده شده که با افزایش سن علاوه بر کاهش دریافت ویتامین D، تولید کلیوی متابولیت فعال این ویتامین نیز کاهش یافته که سبب اختلال در جذب کلسیم از روده و افزایش هورمون پاراتیروئید شده و

محدوده هورمون پاراتیروئید در افراد استئوپوروتیک با حدود اطمینان ۹۵٪ بین ۲۹/۷-۳۸ پیکوگرم در لیتر بود. همچنین این محدوده در افراد غیر استئوپوروتیک بین ۲۴/۳۳-۳۰/۲ پیکوگرم در لیتر بود. بر اساس محدوده به‌دست آمده برای هورمون پاراتیروئید دامنه تغییرات ویتامین D با حدود اطمینان ۹۵٪ تعیین شد.

براین اساس دامنه ویتامین D براساس تغییرات هورمون پاراتیروئید که می‌تواند با تغییرات تراکم معدنی استخوان همراه باشد تعیین گردید. این بررسی نشان می‌دهد مقادیر زیر ۱۸ نانومول در لیتر به‌عنوان کمبود شدید ویتامین D تلقی می‌شود. مقادیر ۲۳-۱۸ نانومول در لیتر کمبود متوسط و مقادیر ۲۳-۳۶ نانومول در لیتر کمبود خفیف ویتامین D خواهد بود. بنابراین مقادیر بالاتر از ۳۶ نانومول در لیتر به‌عنوان مقادیر طبیعی ویتامین D تلقی می‌شود.

کمبود شدید ویتامین D در ۲۵ درصد مردان و ۴۵/۵ درصد زنان وجود داشت و کمبود متوسط و خفیف ویتامین D به ترتیب در ۲۵/۹ و ۳۲ درصد مردان و ۱۶/۴ و ۱۱/۴ درصد زنان مشاهده شد. در مجموع ۸۹/۲ درصد مردان و ۷۳/۲

مطالعات مختلف بین ۲۵ تا ۱۲۵ نانومول در لیتر گزارش شده است.

این نحوه تعیین محدوده طبیعی سبب شده که مقادیر متفاوتی در مطالعات مختلف به دست آید و بعضی بررسی‌ها نشان می‌دهند که بسیاری از افراد مسن به ظاهر سالم با سطح طبیعی ویتامین D، دارای افزایش هورمون پاراتیروئید و در نتیجه افزایش بازجذب استخوانی و استئوپوروز بوده‌اند [۷].

همچنین برخی مطالعات نشان دادند که اگر به افراد دارای ویتامین D سرمی در محدوده ۲۵ تا ۵۰ نانومول بر لیتر، مکمل‌های ویتامین D داده شود سطح هورمون پاراتیروئید به طور بارزی کاهش می‌یابد [۱۱] و در برخی مطالعات دیگر محدوده ۳۰ تا ۷۷ نانومول در لیتر آستانه‌های ویتامین D برای تغییرات هورمون پاراتیروئید گزارش شده است [۱۶-۱۲].

در مجموع به نظر می‌رسد محدوده‌هایی از ویتامین D که باعث تغییرات معنی‌داری در هورمون پاراتیروئید می‌شوند با تغییرات بیولوژیک استخوان همراهی بیشتری دارند تا محدوده‌هایی که براساس صدک‌های توزیع ویتامین D در جامعه تعیین می‌گردند. از طرفی جهت ارزیابی محدوده تغییرات هورمون پاراتیروئید که سبب تغییرات معنی‌دار استخوانی می‌شوند تعیین محدوده‌های طبیعی این هورمون براساس این تغییرات استخوانی ضرورت می‌یابد. لذا در مطالعه حاضر با طی این مراحل مقادیر طبیعی ویتامین D براساس تغییرات معنی‌دار هورمون پاراتیروئید تعیین شده که با تغییرات بیولوژیک استخوانی همراه بوده است.

نهایتاً منجر به هیپرپاراتیروئیدیسم ثانویه و بالانس منفی کلسیم و کاهش توده استخوانی می‌گردد [۵-۷].

ارتباط هورمون پاراتیروئید با تراکم معدنی استخوان تنها در زنان در سنین بعد از ۴۰ سالگی معنی‌دار بوده است که با نتایج دیگر مطالعات هماهنگی دارد. این مطالعات نشان داد که در زنان بعد از یائسگی به علت تغییر در ترشح استروژن آستانه تنظیم هورمون پاراتیروئید با کلسیم تغییر کرده که یکی از علل هیپرپاراتیروئیدیسم در دوران یائسگی می‌باشد [۳]. از طرفی کاهش توده استخوانی در زنان شایع‌تر از مردان است و هیپرپاراتیروئیدیسم ثانویه در مردان کمتر از زنان بوده است [۸].

در بسیاری از مطالعات ارتباط هورمون پاراتیروئید سرمی و استئوپوروز نشان داده شده که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد [۷].

همچنین رابطه این هورمون با تراکم معدنی استخوان در ناحیه لگن و شکستگی‌های استئوپوروتیک نشان داده شده است [۴]. در مطالعه حاضر تأثیر افزایش هورمون پاراتیروئید بر کاهش تراکم استخوانی در ناحیه ستون فقرات کمری بارزتر بوده است. البته این نتایج با مطالعاتی که در مناطق با ویتامین D کافی انجام شده تطابق ندارد. ولی با گزارشات موجود از دیگر مطالعات در مناطق با کمبود ویتامین D مشابهت دارد. این مطالعات نشان دهنده کاهش تراکم در ناحیه ستون فقرات کمری با افزایش هورمون پاراتیروئید در اثر کمبود ویتامین D بوده‌اند. همچنین برخی مطالعات نشان داده‌اند که جبران کمبود ویتامین D به طور بارزی کاهش تراکم در این ناحیه را مهار می‌کند [۹، ۱۰].

در تعیین محدوده طبیعی ویتامین D مثل بسیاری از پارامترهای بیوشیمیایی دیگر از صدک‌های ۵ و ۹۵ درصد استفاده می‌شود. براین اساس محدوده طبیعی ویتامین D در

منابع

- 1- Dawson-Hughes B, Harris S, Dallal GE. Serum ionized calcium, as well as phosphorus and PTH, is associated with plasma 1, 25-dihydroxy vitamin D3 concentration in normal postmenopausal women. *Journal of Bone and Mineral Research* 1991; 6: 461-8
- 2- Weinstein RS, Underwood JL, Hutson MS, Deluca HF. Bone histoplasomorphometry in vitamin D deficient rats infused with calcium and phosphorus. *American Journal of physiology* 1984; 246: E499
- 3- Konis J. Osteoporosis, Black Well Science 1994; 56-62
- 4- LeBoff MS, Kohlmeier L, Hurwitz S. Occult vitamin D deficiency in postmenopausal US women with acute hip fracture. *Journal of American Medical Association* 1999; 281: 1595
- 5- Gallagher JC, Riggs BL, Eisman J. Intestinal calcium absorption and serum vitamin D metabolites in normal subjects and osteoporotic patients: Effect of age and dietary calcium. *Journal of Clinical Investigation* 1979; 64: 729
- 6- Riggs BL, Nelson KI. Effect of long term treatment with calcitriol on calcium absorption and mineral metabolism in postmenopausal osteoporosis. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 1985; 61: 457
- 7- Akesson K, Lau L-HW, Baylink DJ. Rational for active vitamin D analog therapy in senile osteoporosis. *Calcified Tissue International* 1997; 60: 100
- 8- Orwool ES, Oviatt SK, Mcclung MR. The rate of bone mineral loss in normal men and the effects of calcium and cholecalciferol supplementation. *Annual Internal Medicine* 1990; 112: 29
- 9- Aaron JE, Gallagher JC, Anderson J. frequency of osteomalacia and osteoporosis in fracture of the proximal femur. *Lancet* 1974; 1: 229
- 10- Villareal DT, Civitelli R, Chines A, Aviolo LV. Subclinical vitamin D deficiency in postmenopausal women with low vertebral bone mass. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 1991; 72: 628
- 11- Malabanan A, Veronikis IE, Holick MF. Redefining vitamin D insufficiency. *Lancet* 1998; 351: 305-6
- 12- Need A, Horowitz M, Morris H. Vitamin D Status: effects on parathyroid hormone and 1,25-dihydroxyvitamin D in postmenopausal women. *American Journal of Clinical Nutrition* 2000; 6: 1577-81
- 13- Leboff MS, Kohlmeier L, Hurwitz S. Occult vitamin D deficiency in postmenopausal US women with acute hip fracture. *Journal of American Medical Association* 1999; 281: 1505-11
- 14- Harris SS, Soteriades E, Coolidge JA. Vitamin D insufficiency and hyperparathyroidism in a low income, multiracial, elderly population. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 2000; 81: 4125-30
- 15- Haden ST, Fuleihan GEH, Angell JE. Calcidiol and PTH levels in women attending on osteoporosis program. *Calcified tissue Research* 1999; 4: 275-279
- 16- Chapuy MC, Preziosi P, Maamer M. Prevalence of vitamin D insufficiency in adult normal population. *osteoporosis International* 1997; 7: 439-443