

TIẾP CẬN LÂM SÀNG TRIỆU CHỨNG RUN CƠ

Nguyễn Thị Bích Duyên

Võ Thành Liêm

1. Tình huống lâm sàng ví dụ

1.1. Tình huống 1

1.1.1. Thông tin

Bệnh nhân nữ 60 tuổi đến khám lấy thuốc định kỳ với chẩn đoán bệnh lý tăng huyết áp nguyên phát. Qua thăm khám, bác sĩ ghi nhận có biểu hiện run tay khi cử động ở cả hai bên với biên độ rộng. Bệnh nhân cho biết thêm rằng tình trạng run tay này đã xuất hiện từ 7 năm qua và ngày càng nặng, hiện có ảnh hưởng nhất định đến cuộc sống hằng ngày nhất là viết chữ, uống nước. Dạo gần đây, tình trạng run bắt đầu xuất hiện ở tay phải khi nằm nghỉ. Bệnh nhân có thử sử dụng một số thuốc nhưng không thấy đỡ nên đã bỏ qua.

Về tiền căn, bệnh nhân đang sử dụng thuốc amlodipine 5mg 1v mỗi buổi sáng cho bệnh tăng huyết áp từ 5 năm qua. Các lần khám xét nghiệm tổng quát không ghi nhận gì quan trọng. Về tiền căn gia đình, bệnh nhân cho biết có ba cũng bị run tương tự, hiện đã mất ở tuổi 86 không rõ bệnh.

Về khám lâm sàng ghi nhận: thể trạng trung bình, tiếp xúc bình thường, da niêm hồng, niêm mạc miệng khô, huyết áp 130/80mmHg, mạch 88 lần/phút, nhịp thở 16 lần/phút, thân nhiệt đo tại màng nhĩ 36,7^o C. Nghiệm pháp ngón tay chỉ mũi cho thấy xuất hiện run khi cử động ở cả 2 cánh tay, không tăng thêm khi chỉ đến mục tiêu di động. Khi giữ nguyên 2 tay ở vị trí nhất định thấy không xuất hiện run tay điển hình. Khám lâm sàng không ghi nhận dấu hiệu bất thường khác.

1.1.2. Câu hỏi gợi ý tình huống:

- Run tay trong trường hợp này thuộc thể lâm sàng nào?
- Chẩn đoán nào được ưu tiên đặt ra trong trường hợp này?
- Can thiệp nào là cần thiết trong trường hợp này?

1.1.3. Tóm tắt - phân tích tình huống

Bệnh nhân nữ, 60 tuổi, run tay khi cử động xuất hiện 2 bên từ 7 năm, tăng dần, ảnh hưởng đến cuộc sống, bắt đầu có run tay phải khi nghỉ. Tiền căn cá nhân đang điều trị tăng huyết áp nguyên phát (amlodipin), có ba ruột có bệnh run tương tự. Khám có run tay khi cử động, không run khi giữ nguyên tư thế, nghiệm pháp ngón tay chỉ mũi âm tính.

- Đây là thể lâm sàng run khi cử động chủ ý
- Chẩn đoán có thể nhất trong trường hợp này là run vô căn với những đặc điểm gợi ý: run khi cử động, đều 2 bên, không kèm dấu thần kinh định vị khác, độ tuổi dịch tễ, có yếu tố tiền căn gia đình gợi ý và là chẩn đoán thường gặp nhất trong thể lâm sàng run khi cử động chủ ý.

Formatted: English (United States)

- Can thiệp bao gồm : giải thích tình trạng bệnh, trấn an người bệnh về diễn tiến lành tính của bệnh, đề nghị điều trị thử bằng thuốc ức chế beta (propranolol) vừa có tác dụng điều hòa huyết áp, vừa có tác dụng giảm triệu chứng run. Ngoài ra, chúng ta cần tư vấn bệnh nhân đến khám bác sĩ chuyên khoa thần kinh để được đánh giá và có chẩn đoán xác định.

2. Danh mục chuyên đề

TIẾP CẬN LÂM SÀNG TRIỆU CHỨNG RUN CƠ	1
1. Tình huống lâm sàng ví dụ.....	1
1.1. Tình huống 1	1
2. Danh mục chuyên đề	2
3. Các câu hỏi liên quan.....	2
3.1. Giới thiệu:	2
3.2. Phân nhóm các loại rối loạn cử động:	3
3.3. Phân loại lâm sàng các thể run	4
3.4. Chẩn đoán bệnh của từng thể lâm sàng	6
3.5. Tiếp cận chẩn đoán	11
3.6. Bệnh sử và chẩn đoán	12
3.7. Khám lâm sàng.....	12
3.8. Khảo sát cận lâm sàng	14
3.9. Điều trị	14
4. Tham khảo.....	15

3. Các câu hỏi liên quan

3.1. Giới thiệu:

Run là một trong những than phiền thường gặp nhất về rối loạn vận động, ảnh hưởng nhiều đến cuộc sống của người bệnh nhất là đối với người cao tuổi¹. Về mặt định nghĩa, run được xem là trạng thái co thắt cơ hoặc chuyển động có tính chất chu kỳ của một phần cơ thể, với đặc trưng là tần số run hầu như hằng định và biên độ đa dạng.

Ở trạng thái bình thường, để duy trì một tư thế hoặc để thực hiện một cử động, chúng ta phải sử dụng cùng lúc và hài hòa giữa 2 nhóm cơ co và duỗi điều kiện tư thế hoặc hoạt động của một phần cơ thể. Trong trạng thái bình thường, có sự phối hợp tốt của lực kéo của 2 nhóm cơ, cho phép giữ cân bằng 2 lực đối lập và tạo được tư thế trong không gian. Giới hạn cân bằng về này khá mong manh do bản chất của bó cơ bao gồm nhiều tế bào cơ riêng lẻ, co cơ và thả lỏng theo chu kỳ khác nhau. Chính vì lý do này, trong điều kiện bình thường, nếu chú ý quan sát có thể ghi nhận tình trạng giao động (hay

Deleted: . [1]

còn có thể gọi là run) có tính chu kỳ nhẹ tần số cao, xuất hiện một cách tinh tế ở đầu các ngón chỉ khi yêu cầu duy trì tư thế trong không gian.

Về mặt sinh lý bệnh, tình trạng run sẽ trở nên rõ ràng khi có bằng sự mất đồng vận – phối hợp của 2 nhóm cơ co và duỗi. Chính đặc điểm này cho phép phân biệt với các nhóm bệnh lý gây cử động bất thường khác (xem thêm phần phân nhóm các loại cử động bất thường). Mất đồng vận này có thể do rối loạn trương lực thần kinh duy trì cơ cơ, do rối loạn điều hòa các nhóm cơ, hoặc cũng có thể do bệnh lý của cơ gây khó khăn trong duy trì sức cơ.

3.2. Phân nhóm các loại rối loạn cử động cơ:

3.2.1. Rối loạn cử động chậm

- Yếu liệt
- Yếu cơ

3.2.2. Rối loạn cử động nhanh có tính chu kỳ

- Run tư thế nghỉ (run kiểu Parkinson)
- Run khi duy trì tư thế nhất định (run kiểu cường giao cảm),
- Run khi cử động (là phân nhóm của run vô căn)
- Run khi đến gần vị trí chính xác (không hẳn nằm trong nhóm run vì nó khác về bản chất cơ chế so với các nhóm còn lại)

3.2.3. Rối loạn cử động nhanh không có tính chu kỳ

- Múa giật
- Múa vờn
- Tít

Trong bài này sẽ giới thiệu chủ yếu cách thức tiếp cận lâm sàng đối với triệu chứng run, là một dạng rối loạn mang tính chất chu kỳ của cơ.

Bảng 3.1: Một số bệnh gây run thường gặp¹

Bệnh	Mô tả
Run vô căn	Xuất hiện run tư thế và cử động của cẳng tay hoặc cánh tay, đều hai bên (tần số 4-6 nhịp/giây), hoặc kèm theo run vùng đầu đơn độc không có bằng chứng rối loạn trương lực cơ. Không có dấu chứng thần kinh hoặc tiền căn xuất hiện run sau chấn thương – tổn thương não.
Run sinh lý	Là thể tăng năng triệu chứng run sinh lý, tần số 10-12 nhịp/giây, thường có nguyên nhân cụ thể
Bệnh Parkinson	Phối hợp giữa run khi nghỉ và run khi cử động; đôi khi chỉ xuất hiện ở dạng run khi cử động. Run tại chân xuất hiện nhiều hơn ở bệnh này so với bệnh run vô căn; thường không có run vùng đầu, tần số 4-

Deleted: T

Deleted: này được giải thích

Deleted: điều kiện chung một phần cơ thể

Deleted: Ở trạng thái bình thường, để duy trì một tư thế hoặc để thực hiện một cử động, chúng ta phải sử dụng cùng lúc và hài hòa giữa 2 nhóm cơ co và duỗi.

Formatted: English (United States)

Formatted: French (Belgium)

	<u>6 nhíp/giây</u>
<u>Run tư thế</u>	<u>Run tư thế vùng thân hoặc run chân khi đứng; có thể xuất hiện run vùng tay, mất đi khi đi. Tần số run cao 14-18 nhíp/giây, xuất hiện tương đồng ở các nhóm cơ cùng bên và đối bên</u>
<u>Bệnh lý tiểu não</u>	<u>Run vùng thân, run chủ ý hoặc kèm theo run khi cử động, tần số thấp 3-4 nhíp/giây, thường kèm theo thất điều và rối loạn đông tác tư thể không gian.</u>
<u>Bệnh lý thần kinh ngoại biên</u>	<u>Đa dạng về tần số và đặc điểm, thường là run vùng thân, run cử động tại vùng cơ thể bị bệnh. Các dấu chứng thần kinh ngoại biên khác có thể ghi nhận.</u>
<u>Bệnh lý trung não</u>	<u>Có thể phối hợp nhiều thể: khi nghỉ, tư thế, chủ ý với tần số từ 2-5 nhíp/giây, có thể biểu hiện kèm theo các dấu chứng tổn thương tiểu não và nhân não.</u>
<u>RJ, E. (2000). Diagnostic criteria for essential tremor and differential diagnosis. <i>Neurology</i>, 54: S2.²</u>	

3.3. Phân loại lâm sàng các thể run

Về cơ bản, trong thực hành lâm sàng, chúng ta có thể nhanh chóng phân biệt được 4 thể lâm sàng run khác nhau chỉ qua một số động tác khám lâm sàng, giúp định hướng nhanh những hướng chẩn đoán cụ thể. Nếu có thể phối hợp thêm thông tin về dịch tế và xác suất trong chẩn đoán, chúng ta có thể đạt được chẩn đoán xác định trong phần lớn các trường hợp mà không cần bất kỳ thông tin hỗ trợ từ cận lâm sàng chuyên sâu:

- Run khi nghỉ (Rest): run xuất hiện ở một phần cơ thể khi BN bị gây chú ý nơi khác
- Run khi đi tri tư thể nhất định (Postural: xuất hiện khi yêu cầu giữ nguyên một tư thế một bộ phận cơ thể trong không gian
- Run khi cử động (Action-Kinetic): run xuất hiện nhiều khi cử động tay – chân
- Run khi đến gần vị trí chính xác (Intension): xuất hiện khi cần di chuyển đến một vị trí chính xác trong không gian

3.3.1. Run khi nghỉ:

Run khi nghỉ được xác định khi bệnh nhân có run ở một bộ phận cơ thể đang ở tư thế nghỉ (không có kích thích tín hiệu thần kinh cơ cơ có chủ ý) và không có sự chú ý của bệnh nhân. Tình trạng run biến mất nhanh khi bệnh nhân tái lập cử động có ý thức ở vùng cơ thể bệnh.

Cơ chế của thể run này là do rối loạn ngoại tháp (liên quan đến việc xuất hiện các cử động ngoại ý). Nguyên nhân thường gặp nhất của thể run này là bệnh Parkinson nên thể run này còn được mang tên là run kiểu Parkinson.

Đặc tính thông thường của thể run này là có tần số run khoảng 4-6 nhíp/giây và biên độ khá rộng (tùy vào bộ phận của cơ thể). Đối với cẳng bàn tay, nếu ngón tay cái run

Formatted: Font: (Default) Times New Roman, 12 pt, English (United States)

Formatted: Normal

Formatted: Font: (Default) Times New Roman, 12 pt, No underline, English (United States)

Formatted: Font: (Default) Times New Roman, 12 pt, English (United States)

Formatted: Font: (Default) Times New Roman, 12 pt, Not Bold, English (United States)

Formatted: Font: (Default) Times New Roman, 12 pt, English (United States)

Deleted: ¶

Formatted: English (United States)

Deleted: iê

Formatted: English (United States)

Formatted: List Paragraph

Deleted: .

Deleted: ¶

Bảng 3.1: Một số bệnh gây run thường gặp^{¶¶}
Bệnh

Formatted: English (United States)

Formatted:

Formatted: French (Belgium)

Deleted: h

thì nó sẽ tạo thành hình ảnh giống như động tác “đếm tiền”. Đối với vùng cổ tay, nếu có run thì cả bàn tay sẽ lắc giống như hình ảnh “lắc chuông”, nếu run xuất hiện ở vùng đầu sẽ có động tác lắc đầu bất hợp tác; nếu run xuất hiện ở lưỡi sẽ có biểu hiện giống như người khó thở mãn tính với miệng mở rộng và lưỡi đưa ra đưa vào.

Thở run này ít gây khó chịu hơn các thể run khác vì nó biến mất nhanh và không ảnh hưởng đến các hoạt động có chủ ý. Khi bệnh diễn tiến ở thể nặng, tình trạng run tái lập nhanh ngay khi không chú ý và có tình trạng tăng trương lực cơ tương đối. Ở thời điểm này, bệnh sẽ ảnh hưởng nhiều đến hoạt động sinh hoạt hằng ngày và công việc của người bệnh.

Để đánh giá tình trạng trên, chúng ta có thể gây sự chú ý đối với phần cơ thể đối diện. Ví dụ, để đánh giá tình trạng run của tay bên phải, chúng ta có thể yêu cầu BN giữ thẳng và giữ yên cánh tay “trái”. Khi BN đang tập trung trên cánh tay “trái”, chúng ta liếc nhìn kín đáo cánh tay “phải”. Nếu cánh tay – bàn tay “phải” run thì nghiệm pháp dương tính. Dấu hiệu run trên cánh tay “trái” không có giá trị trong đánh giá tình trạng run khi nghỉ. Ngoài ra chúng ta có thể sử dụng nghiệm pháp sắp ngửa bàn tay bên lành để quan sát bên bị bệnh. Về quan sát tư thế dáng đi, bệnh nhân có thể có dáng đi kiểu Parkinson khò người ngả về phía trước với bước đi ngắn (xem thêm bài rối loạn dáng đi).

3.3.2. Run khi duy trì tư thế nhất định

Là tình trạng run xuất hiện khi giữ tư thế của một phần cơ thể hoặc tay – chân tại một vị trí nhất định trong không gian chống lại trọng lực. Cơ chế của thể run này là do sự mất đồng vận phối hợp giữa 2 nhóm cơ co và duỗi, dẫn đến hiện tượng mất cân bằng lực đối trọng và gây run.

Đặc điểm của thể run này là có tần số run khá cao từ 10-12 nhịp/giây và biên độ thấp. Tình trạng run này sẽ nặng lên trong các tình huống có stress, căng thẳng, rối loạn mất ngủ, sử dụng các loại thuốc kích thích, rối loạn cường giao cảm, công việc cần sự tập trung cao ... Cơ chế của thể run này là tình trạng tăng năng của run sinh lý. Do vậy các tình trạng cường giao cảm đều có thể làm nặng các triệu chứng.

Chính vì tần số cao nên biên độ run thấp, cho nên việc phát hiện đặc điểm run này thường khó và cần đòi hỏi phải sử dụng nghiệm pháp phù hợp. Trên lâm sàng, nghiệm pháp giữ 2 tay ở tư thế song song với mặt phẳng đất về phía trước, chúng ta quan sát vùng đầu xa các ngón tay có thể giúp phát hiện thể run này. Để tăng độ nhạy cảm của nghiệm pháp, chúng ta có thể yêu cầu BN giữ tờ giấy kẹp giữa 2 ngón tay và quan sát đầu xa của tờ giấy.

3.3.3. Run khi cử động

Là tình trạng run xuất hiện khi thực hiện một hoạt động có chủ đích (action tremor = kinetic tremor) hoặc đối kháng với một lực cố định (kéo – đẩy một vật = isometric tremor). Cơ chế run trong thể này là do có sự co duỗi không đồng đều với số lượng lớn của thớ cơ trong cùng một nhóm cơ, dẫn đến kết quả là lực sinh ra của nhóm cơ cụ thể không hằng định, thay đổi liên tục theo thời gian đưa đến hình ảnh run khi thực hiện động tác có vận dụng cơ.

Đặc điểm của thể run này xuất hiện khi thực hiện động tác vận lực cụ thể, biên độ thường rất rộng và tần số thấp. Run có thể xuất hiện ở một nhóm cơ cụ thể (trong trường hợp yếu liệt dây thần kinh ngoại biên, tai biến ở vùng chi phối nhất định), ở các nhóm cơ

Deleted: ,
Formatted: French (Belgium)
Deleted: ở
Formatted: French (Belgium)
Deleted: khi
Formatted: French (Belgium)
Deleted:
Deleted: này
Deleted: liệt
Formatted: French (Belgium)
Deleted: bệnh
Formatted: French (Belgium)
Deleted: cũng
Deleted: thì
Formatted: French (Belgium)
Formatted: French (Belgium)
Formatted: French (Belgium)

Formatted: French (Belgium)
Deleted: run
Formatted: French (Belgium)
Formatted: French (Belgium)
Deleted: và
Formatted: French (Belgium)
Formatted: French (Belgium)
Deleted: nhạy
Formatted: French (Belgium)

tay chân (trong yếu cơ loạn dưỡng, suy kiệt) hoặc toàn thân (run vô căn ở người cao tuổi).

Thở run này được ghi nhận dễ dàng bởi đặc tính ảnh hưởng trực tiếp đến sinh hoạt hằng ngày. Một số nghiệm pháp lâm sàng có thể thực hiện bao gồm: nghiệm pháp ngón tay chỉ mũi, viết chữ, vẽ hình, di chuyển đồ đạc. Để phát hiện run isometric tremor, có thể yêu cầu BN gồng tay, đẩy tay vào tường, chống cổ tay lên bàn khám.

3.3.4. Run khi gần vị trí chính xác.

Là thể run xuất hiện tăng nặng thêm khi cần thực hiện một động tác chính xác trong không gian. Cơ chế bệnh sinh của thể run này là do việc rối loạn cảm nhận về không gian và vị trí của cơ thể trong không gian, dẫn đến việc bệnh nhân phải có những đáp ứng điều chỉnh động tác khi đến gần một vị trí xác định trong không gian. Về mặt lâm sàng, bệnh nhân di chuyển tay bình thường trong suốt khoảng cách giữa 2 vị trí, tuy nhiên khi đến gần đích thì có động tác tay xoay tròn như run và chỉ không chính xác, tạo nên hình ảnh run đặc thù của thể này. Đây cũng là lý do chính thể run này còn được gọi là run có chủ ý (intention tremor). Nó có thể nhầm lẫn với thể run khi cử động, nên thông thường được xếp chung thành nhóm run có cử động.

Run thường có biên độ lớn (do mất phối hợp của các nhóm cơ gốc chi). Theo ý kiến của chúng tôi, do cơ chế của run chủ ý khác nhiều so với run khi cử động, cho nên việc phân định nhóm lâm sàng là cần thiết và giúp ích cho tiếp cận chẩn đoán nguyên nhân. Thể run khi gần vị trí chính xác xuất hiện trong các bệnh liên quan đến điều kiện hoạt động trong không gian, trong đó bao gồm hệ thần kinh tiểu não (bệnh tiền đình trung ương), mắt và cấu trúc vận nhãn, cảm giác gân xương (gặp trong các bệnh lý thần kinh ngoại biên) và hệ tiền đình ốc tai (bệnh tiền đình ngoại biên).

3.4. Chẩn đoán bệnh của từng thể lâm sàng

Với việc nhanh chóng xác định được thể lâm sàng đặc thù của bệnh nhân, chúng ta có thể dễ dàng đi đến các chẩn đoán nguyên nhân tương ứng. Một điểm cũng cần lưu ý rằng có thể có phối hợp cùng lúc nhiều nguyên nhân gây run, nhiều thể lâm sàng của run, đặc biệt là đối với bệnh nhân là người cao tuổi.

3.4.1. Run khi nghỉ

Run khi nghỉ còn được gọi là run kiểu Parkinson do nhóm bệnh này chiếm đa số. Bên cạnh đó còn có những nguyên nhân khác cũng có thể gây biểu hiện lâm sàng tương tự.

3.4.1.1. Bệnh Parkinson nguyên phát (idiopathic Parkinson disease):

Bệnh Parkinson là tình trạng rối loạn thoái hóa diễn tiến và mãn tính của não, được thể hiện bằng 4 dấu chứng gợi ý điển hình: run khi nghỉ, tăng trương lực cơ, rối loạn cử động chậm và rối loạn thăng bằng dáng đi.

Thể điển hình bắt đầu bằng tình trạng run tại một tay, có thể diễn tiến đến run tại chân cùng bên hoặc có thể có run ở phần cơ thể đối diện. Run tại tay và chân thường gặp trong bệnh Parkinson hơn so với bệnh run vô căn (thể run khi cử động). Run vùng đầu mặt cũng có thể xuất hiện nhưng hiếm khi gây run cả vùng đầu (khác với thể run do các bệnh lý về run vô căn và bệnh tiểu não).

Formatted: French (Belgium)

Deleted: ù

Formatted: French (Belgium)

Deleted: tác giả

Formatted: French (Belgium)

Deleted: i

Formatted: French (Belgium)

Formatted: Normal, Indent: Left: 0 cm, First line: 0 cm, Space Before: 0 pt, Line spacing: single, Don't keep lines together

Formatted: French (Belgium)

Nếu run xuất hiện tại các ngón tay thì gây biểu hiện “ngón tay đếm tiền” hay “ngón tay quần thuốc lá”, nếu xuất hiện ở cổ tay thì gây biểu hiện “bàn tay rung chuông”.

Deleted: g

Chẩn đoán chủ yếu dựa vào lâm sàng với bệnh cảnh run xuất hiện khi nghỉ kèm 4 dấu chứng đặc trưng. Các khảo sát hình ảnh học chẩn đoán thường không cung cấp thông tin đặc hiệu. Bên cạnh đó, nếu run thuyên giảm với điều trị thử với dopamin thì đây cũng là thông tin quan trọng hướng đến chẩn đoán thể bệnh Parkinson.

Có những trường hợp bệnh nhân chỉ có biểu hiện đơn thuần với rối loạn run khi nghỉ với biên độ thấp vùng tay hoặc cằm. Bệnh có thể diễn tiến kéo dài nhiều năm mà không dẫn đến các rối loạn điển hình khác; do vậy thể bệnh này còn được gọi là bệnh Parkinson ưu thể run (tremor-dominant Parkinson disease).

3.4.1.2. SWEDDs (Scans Without Evidence of Dopaminergic Deficit)

Bệnh này được sử dụng để chỉ những bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng run bàn tay khi nghỉ và run tư thế giống như giai đoạn sớm của bệnh Parkinson, nhưng bệnh không diễn tiến đến run lan tỏa như bệnh Parkinson³. Bệnh cũng không gây các triệu chứng điển hình thường có của bệnh Parkinson như rối loạn trương lực cơ, rối loạn thăng bằng dáng đi và rối loạn cử động chậm. Điểm đặc thù là bệnh nhân không có ghi nhận bất kỳ bằng chứng nào cho thấy có thiếu hụt dopamin trên hình ảnh học chẩn đoán thần kinh, do vậy được xem là thể bệnh riêng tách bạch so với cả nhóm bệnh Parkinson ưu thể run (tremor-dominant Parkinson disease)³.

3.4.2. Run khi duy trì tư thế nhất định

Formatted: English (United States)

3.4.2.1. Run sinh lý tăng cường (accentuated physiologic tremor)

Ở trạng thái bình thường, các động tác của cơ thể đều có tình trạng run nhất định được xem là run sinh lý (xem thêm phần cơ chế của run cơ). Run xuất hiện khi có sự co và phối hợp của 2 nhóm cơ đối vận nhằm giúp duy trì một bộ phận cơ thể ở một tư thế nhất định nên nó được xếp vào nhóm run khi duy trì tư thế nhất định. Run sinh lý có tần số cao khoảng 10-12 nhịp/giây, có biên độ rất nhỏ nên hầu như không thể nhận thấy trong sinh hoạt hằng ngày.

Có nhiều yếu tố sinh lý và bệnh lý có thể làm tăng nặng tình trạng run này, thông thường là thông qua cơ chế cường hoạt động giao cảm⁴.

- Các thuốc làm cường hoạt động giao cảm: thuốc đồng vận beta (terbutaline, isoproterenol, sabutamol), epinephrine, amphetamine, ức chế tái hấp thu chọn lọc serotonin (SSRI), chống trầm cảm ba vòng, levodopa, nicotine, các thuốc nhóm xanthine như theophylline, corticosteroid, hormon tuyến giáp, verapamil và caffeine.
- Tình trạng lo lắng, kích thích, bức rứt, đau mỏi cơ, rối loạn giấc ngủ
- Hạ đường huyết gây tăng tiết epinephrine (adrenaline)
- Cường giáp, viêm tuyến giáp cấp, bệnh Basedow
- Sốt do bất kỳ nguyên nhân gây đáp ứng viêm toàn thân: bao gồm tác nhân nhiễm trùng và không nhiễm trùng
- Hội chứng cai rượu, cai thuốc lá và các chất kích thích khác.
- Các loại thuốc và chất độc có gây tăng tình trạng run sinh lý thông qua các cơ chế khác như lithium, chống trầm cảm ba vòng, corticoid, valproate, bromides, thủy ngân, chì, arsenic.

Formatted: English (United States)

Deleted: nước

Run do cường sinh lý là nguyên nhân thường gặp nhất của thể lâm sàng run khi giữ tư thế ở vị trí nhất định và run khi cử động. Do vậy, khi gặp thể lâm sàng này, chúng ta cần đánh giá một cách toàn diện tìm kiếm các nguyên nhân đã trình bày ở trên trước khi tìm kiếm nguyên nhân bệnh lý thần kinh.

3.4.2.2. Run do nguyên nhân tâm lý

Việc phân biệt giữa thể run cho nguyên nhân tâm lý với các thể lâm sàng khác thường không dễ dàng. Lý do giải thích được đưa ra là do sự không hằng định của triệu chứng, xuất hiện đột ngột, biến nhanh và tái lập nhanh, đặc điểm của run không đồng nhất. Triệu chứng run có liên đới đến các biến cố stress mà người bệnh đang chịu đựng. Do tính chất khó đánh giá và nhận biết nên việc xác định được tỷ lệ hiện mắc của thể bệnh này gặp nhiều khó khăn, hiện chưa có số liệu báo cáo chính thức về chỉ số này.

Đặc điểm của run do tâm lý:

- Xuất hiện đột ngột
- Không có triệu chứng thần kinh khác đi kèm
- Đặc điểm triệu chứng run thay đổi, không hằng định
- Có nhiều triệu chứng cơ năng, thần kinh thực vật khác tạo nên bệnh cảnh không điển hình
- Không có bất kỳ bất thường ghi nhận trên xét nghiệm sinh học, hình ảnh học
- Có tiền căn – bệnh sử liên quan đến bệnh tâm lý
- Có biểu hiện rối loạn thăng bằng
- Có tiền căn rối loạn cơ năng
- Đáp ứng với điều trị placebo, tự hết – tự tái phát
- Run tăng lên khi chú ý và giảm đi khi bị gây mất tập trung
- Không đáp ứng với thuốc điều trị run đặc hiệu

3.4.3. Run khi cử động

3.4.3.1. Run vô căn

Đây là thể bệnh thần kinh thường gặp nhất đối với thể lâm sàng run khi cử động mặc dù bệnh có thể phối hợp với các nguyên nhân khác gây biểu hiện run khi giữ tư thế tại vị trí nhất định. Đặc điểm run của bệnh rất không đồng nhất, có thể trở nặng và phối hợp với các thể bệnh khác⁵.

Về mặt lâm sàng, bệnh có thể biểu hiện ở dạng run tần số cao biên độ thấp tại vùng tay đến các dạng lâm sàng với biểu hiện run tần số thấp biên độ cao của vùng cơ giữ tư thế cơ thể. Thông thường thì bệnh gây khó khăn trong cử động tay – chân; ngoài ra, bệnh vẫn có thể gây run vùng đầu, cổ, cằm, thân người và đôi khi cả giọng nói.

Tần suất mắc bệnh trong quần thể ghi nhận bởi các nghiên cứu trên thế giới là vào khoảng 5%^{6,7}. Tần suất mắc bệnh tại Việt Nam vẫn chưa có nghiên cứu nào đánh giá. Tần suất bệnh tăng dần theo tuổi; do vậy có thể ghi nhận bệnh run vô căn gặp chủ yếu ở nhóm quần thể bệnh nhân cao tuổi. Mặc dù vậy, bệnh vẫn có thể được ghi nhận ở người trẻ tuổi; nhất là khi người bệnh có các yếu tố gia đình liên quan vì bệnh được xem là có liên quan đến rối loạn về gen^{8,9}.

Run vô căn nguyên phát xuất hiện độc lập với bệnh Parkinson. Điều này đồng nghĩa với khả năng có những trường hợp người bệnh có bệnh phối hợp của cả 2 nguyên

Deleted: Trong r

Deleted: ,

Deleted: nhóm

Formatted: Normal

Deleted: ¶

Deleted: B

Deleted: , nhưng

Deleted: trong

Deleted: và

Deleted:

Deleted:

nhân này, gây ra thể lâm sàng phức hợp vừa phối hợp run khi nghỉ và run khi cử động, đặc biệt là đối với quần thể người cao tuổi⁵.

Bảng 3.2: Tiêu chí chẩn đoán bệnh run vô căn¹⁰

Tiêu chí chính	Tiêu chuẩn phụ
Run khi cử động ở hai bên cơ thể, xuất hiện tại cánh tay, cẳng tay (không có run khi nghỉ)	Kéo dài > 3 năm
Không có dấu thần kinh khác, ngoại trừ dấu hiệu bánh xe răng cưa	Có thể có tiền căn gia đình
Có thể có run vùng đầu đơn độc không kèm theo dấu hiệu rối loạn trương lực cơ	Đáp ứng giảm triệu chứng với rượu
Bain P, Brin M, Deuschl G, et al. Criteria for the diagnosis of essential tremor. Neurology 2000; 54(11 Suppl 4):S7	

Đặc điểm run chủ yếu xuất hiện ở chi trên, nhìn thấy rõ khi yêu cầu làm nghiệm pháp di chuyển cánh tay trong không gian hoặc đến một vị trí cố định trong không gian (ngón tay trở mũi). Nếu trong trường hợp có xuất hiện run tăng lên khi đến gần vị trí đích (nhất là khi làm nghiệm pháp với đích di chuyển liền tục) thì vấn đề về rối loạn tiền đình – tiểu não cần đặt ra vì đặc điểm này không đặc hiệu cho thể run vô căn.

Run tại chân không thường gặp trong bệnh run vô căn. Nếu run xuất hiện ở vùng đầu thì sẽ có dấu chứng gật gù (“yes-yes” sign trong run theo chiều dọc) hoặc dấu lắc đầu (“no-no” sign trong run theo chiều ngang). Hiếm có trường hợp run đầu theo kiểu xoay tròn¹¹. Nếu nó có xuất hiện thì chẩn đoán rối loạn trương lực cơ vùng cổ, gây những động tác co thắt liên tục làm cổ xoay tròn giả run¹².

Như tên gọi run vô căn, bệnh này chỉ có triệu chứng thần kinh duy nhất là run. Tuy vậy, trong các trường hợp bệnh nặng, chúng ta có thể ghi nhận rối loạn thăng bằng và các dấu tiểu não. Một số nghiên cứu cho thấy bệnh nhân có run vô căn có tình trạng giảm trí nhớ, giảm các chức năng của thùy trán so với nhóm chứng sau khi đã hiệu chỉnh theo tuổi¹³⁻¹⁶. Một số nghiên cứu khác lại cho thấy run vô căn tương quan thuận với bệnh lũng trí – mất trí^{13,17}.

Trong bệnh run vô căn có thể phối hợp với các nguyên nhân làm tăng run sinh lý (run khi duy trì tư thế) như lo lắng, sử dụng chất kích thích làm cho bệnh cảnh lâm sàng trở nên phức tạp, phối hợp nhiều thể run khác nhau. Thông thường thì sử dụng lượng vừa phải rượu có thể làm giảm triệu chứng run vô căn; nhưng sử dụng caffeine lại làm cho run nặng thêm, đây chính là điểm khác biệt so với run sinh lý¹².

3.4.3.2. Run khi viết nguyên phát

Các trường hợp bệnh này có ghi nhận run tay khi viết nhưng lại không có run trong các hoạt động chủ ý khác, gợi ý chẩn đoán run khi viết nguyên phát¹⁸. Cơ chế bệnh sinh của run vẫn còn chưa hiểu rõ¹⁹. Biểu hiện của run giới hạn tại vùng tay, chỉ xuất hiện khi cần tập trung làm một việc cụ thể, kèm co cứng cơ, đáp ứng kém với thuốc propranolol

Deleted: nhất

Deleted: những bệnh nhân

Formatted Table

Formatted: French (France)

Deleted: nó

và đôi khi đáp ứng với thuốc kháng cholinergic. Các đặc điểm này giống với nhóm bệnh rối loạn trương lực cơ hơn là bệnh run vô căn¹². Mặc dù vậy, các tác giả vẫn xem nó là một thể bệnh của run vô căn^{18,19}.

3.4.3.3. Run tư thế

Run tư thế gặp ở vùng chân và thân cơ thể, xuất hiện chủ yếu ở tư thế đứng. Run có thể xuất hiện ở tần số cao và thấp^{20,21}; mối tương quan của bệnh với cơ chế bệnh sinh của run vô căn còn chưa rõ ràng¹². Run tư thế chỉ đáp ứng tốt với điều trị bằng clonazepam nhưng không thường xuyên¹².

3.4.4. Run khi đến gần vị trí chính xác

3.4.4.1. Run do nguyên nhân tiền đình - tiểu não

Run do nguyên nhân tiền đình - tiểu não có thể biểu hiện ra lâm sàng ở thể run tư thế, run khi cử động hoặc run khi đến gần vị trí chính xác (hay còn gọi là run chủ ý). Đối với trường hợp bệnh nặng, bệnh nhân có thể ghi nhận tình trạng run xuất hiện khi nghỉ. Tần số run thường rất thấp vào khoảng 3-4 nhịp/giây, thường đi kèm với rối loạn phối hợp (dấu thất điều – ataxia = rối loạn phối hợp các hoạt động tự chủ) và rối loạn điều hòa cử động của các nhóm cơ đối vận (dysmetria, thể hiện bằng việc cử động không chính xác trong không gian).

Rối loạn phối hợp được ghi nhận với tình trạng rối loạn dáng đi và giữ thăng bằng của cơ thể, khó khăn khi xoay người. Bệnh lý xuất hiện khi có tổn thương ghi nhận ở một trong các cơ quan tham gia điều hòa hoạt động tư thế bao gồm tiểu não, mắt và bộ phận điều khiển mắt (các cơ vận nhãn), cảm giác gân xương và hệ tiền đình ốc tai. Nghiệm pháp lâm sàng đặc thù là dấu bước đi hình sao, dấu Romberg dương tính. Đối với rối loạn điều hòa thì ghi nhận ngón tay đảo tròn khi trở gần vào điểm di động. Việc tiếp cận chẩn đoán trong trường hợp này có thể tham khảo thêm bài tiếp cận bệnh nhân bị chóng mặt.

3.4.4.2. Run do bệnh lý trung não (midbrain injury – rubral tremor – Holmes tremor)

Là tình trạng bệnh lý tổn thương tại vùng trung não (midbrain), có thể kèm theo các thương tổn phối hợp vùng cuống tiểu não trên (superior cerebellar peduncle), liềm đen (chất đen – substantial nigra cạnh nhân đỏ), và nhân đỏ tại vùng trung não. Tổn thương vùng này làm ảnh hưởng đến các tín hiệu thần kinh từ tiểu não đến các nhân vận động tại vùng hạ đồi. Biểu hiện run của thể này thường có tần số thấp (3-5 nhịp/giây) so với thể run điển hình của bệnh Parkinson (5-7 nhịp/giây). Đặc điểm của thể bệnh này là có thể có xuất hiện run khi nghỉ, run khi cử động tay-chân và đặc thù là xuất hiện ngón tay đảo tròn khi đến gần vị trí chính xác.

3.4.4.3. Các nguyên nhân khác

Trong nhóm run chủ ý, bên cạnh nguyên nhân tiền đình – tiểu não, một số nguyên nhân khác cũng có thể gây bệnh cảnh tương tự như: bệnh xơ cứng rải rác (multiple sclerosis, tổn thương trung não, tai biến mạch máu não, thoái hóa não vùng tiểu não có tính di truyền, các thể nặng của bệnh run vô căn đều có thể tiến triển đến thể run chủ ý, bệnh não Wilson, bệnh thoái hóa não do gan, ngộ độc thủy ngân... Các bệnh lý thần kinh ngoại biên đều có thể gây biểu hiện giống như run chủ ý như hội chứng Guillain-Barré, viêm đa dây thần kinh ngoại biên thoái dưỡng bao myelin. Mức độ triệu chứng bao gồm

Deleted:

Deleted: ú

Field Code Changed

Deleted: <#>¶

Deleted: <#>PSYCHOGENIC TREMOR ¶
<#>Differentiation of organic from psychogenic tremor can be difficult. Features consistent with psychogenic tremor are abrupt onset, spontaneous remission, changing tremor characteristics, and extinction with distraction^{8,19} (Table 38.18). Often, there is an associated stressful life event.³ Based on clinical experience, the prevalence of psychogenic tremor is thought to be high, but there are no precise estimates.¹⁰¶
<#>Table 3. Characteristics of Psychogenic Tremor ¶
<#>Abrupt onset

Formatted

Formatted

Formatted

Formatted

Formatted

Formatted

Formatted: Highlight

Formatted

tần số run và biên độ run phụ thuộc vào mức độ yếu cơ và rối loạn cảm giác gân xương của vùng cơ liên đới.

3.5. Tiếp cận chẩn đoán

Trong tiếp cận chẩn đoán triệu chứng run, bên cạnh việc quan sát lâm sàng một cách hệ thống, chúng ta cần khai thác thông tin bệnh sử, khám lâm sàng thông qua một số nghiệm pháp chuyên biệt.

Cách tiếp cận được khuyến cáo là xác định ngay tình trạng bệnh thuộc thể nào trong số 4 thể lâm sàng của run. Do các bệnh lý khi diễn tiến đến giai đoạn trễ đều có thể xuất hiện nhiều kiểu run khác nhau, làm cho khoảng cách lâm sàng giữa các thể không còn điển hình. Theo chúng tôi thì có thể tiếp cận tuần tự từng bước như sau:

- Khai thác thông tin bệnh sử một cách chi tiết, nhân định thân phiên ban đầu – lý do khám bệnh là gì, từ đó xếp bệnh nhân vào theo một trong số bốn thể lâm sàng của run.
- Nhân định các dấu chứng phối hợp với run và mức độ ảnh hưởng của triệu chứng đến cuộc sống.
- Đi từ thể run khi nghỉ -> run khi giữ nguyên tư thế -> run khi cử động và cuối cùng là run khi đến gần vị trí chính xác. Cần xếp theo thể lâm sàng cao nhất nếu bệnh nhân có bất cứ triệu chứng nào thuộc nhóm đó.
- Bệnh nhân có thể có nhiều thể rối loạn phối hợp nhất là đối với bệnh nhân là người lớn tuổi, có nhiều bệnh phối hợp, có sử dụng nhiều nhóm thuốc – chất kích thích có tính chất hướng thần kinh.
- Một số bệnh lý nội khoa có thể gây tình trạng run điển hình như bệnh cường giáp, u tuyến thượng thận, tai biến mạch máu não gây yếu liệt, hội chứng chóng mặt tiền đình, hội chứng cai nghiện rượu và các chất kích thích.

Bảng 3.3: Chẩn đoán phân biệt bệnh Parkinson và run vô căn⁴

Đặc điểm lâm sàng	Bệnh Parkinson	Run vô căn
Tuổi bắt đầu	>50	2 đỉnh vào khoảng độ tuổi 20 và 60
Giới tính	Nam nhiều hơn nữ	Đều ở 2 giới
Tiền căn gia đình	>25%	>50%
Bất đối xứng	Không đối xứng	Đối xứng
Tần số run	4 - 6 nhịp/giây	4 - 10 nhịp/giây
Đặc điểm run	Lúc nghỉ	Thần, cử động

Deleted: ¶

Formatted: Not Highlight

Deleted: ý kiến của tác giả, tuần ???? xếp nhóm

Deleted: Hoi

Formatted: English (United States)

Deleted: xem dấu chứng bắt đầu ban đầu là dấu chứng gì và trực thuộc thể nào trong 4 thể lâm sàng

Formatted: English (United States)

Deleted: C

Formatted: English (United States)

Formatted: English (United States)

Field Code Changed

Field Code Changed

Deleted: sàngsang

Deleted: hai mươi và sáu mươi

	Sắp – ngửa	Gập – duỗi
Phân bố	Tay chân, cằm, lưỡi	Tay, đầu, giọng nói
Dấu hiệu kèm theo	Vận động chậm, co cứng cơ, rối loạn dáng đi thăng bằng, tư thế thân người không vững, viết chữ lí nhí	Điếc, rối loạn trương lực cơ, có thể giống bệnh Parkinson
Jankovic J. Essential tremor: clinical characteristics. Neurology 2000; 54(11 Suppl 4):S21		

3.6. Bệnh sử và chẩn đoán

Thông tin bệnh sử về đặc điểm của run tại thời điểm xuất hiện là quan trọng trong gợi ý chẩn đoán. Thông thường thì bệnh nhân và thân nhân sẽ lưu ý rõ những đặc điểm này vì bản thân dấu chứng run là điển hình và không thể nhầm lẫn với các biểu hiện sinh lý khác của cơ thể. Đối với trường hợp triệu chứng run có thể bắt đầu không rõ ràng, chúng ta có thể khai thác những thông tin liên quan đến run như việc chữ viết bất thường, ảnh hưởng sinh hoạt hằng ngày (cầm thìa, cầm chén, động tác chính xác)...

Tiền căn gia đình có người bị bệnh Parkinson, bệnh run vô căn hoặc các rối loạn thần kinh sớm đều ít nhiều có thể liên quan đến tình trạng run hiện nay. Thể bệnh run vô căn có liên đới rối loạn nhiễm sắc thể thường, do vậy tiền căn gia đình góp phần giải thích trong 50% bệnh nhân. Đối với bệnh Parkinson, mặc dù xuất hiện rời rạc nhưng tiền căn gia đình có người cùng mắc bệnh cũng được ghi nhận ở 15% số bệnh nhân; nhất là trong trường hợp có người cùng huyết thống (cha, mẹ, anh chị em ruột)¹².

Thông tin về các bệnh lý nội ngoại khoa phối hợp có thể gợi ý nguyên nhân gây run. Một bệnh nhân đang điều trị bệnh cường giáp thì run có thể là triệu chứng của điều trị chưa ổn định. Ở bệnh nhân có hen phế quản đang sử dụng thuốc đồng vận beta thì run có thể là tác dụng phụ của thuốc, ở bệnh nhân đái tháo đường thì run có thể là biểu hiện của cơn hạ đường huyết.

Danh sách thuốc hiện dùng và đã dùng cũng cần được khai thác chi tiết, nhất là những thuốc có cơ chế thông quan kích thích hệ giao cảm, làm nặng thêm tình trạng run sinh lý như thuốc kháng histamin, hormone giáp, các thuốc nhóm xanthine như theophylline, caffeine... Đặc điểm run xuất hiện đột ngột sau khi bệnh nhân sử dụng thuốc hoặc thay đổi thuốc là đặc thù của run do tác dụng phụ của thuốc.

3.7. Khám lâm sàng

Khám lâm sàng bắt đầu bằng việc quan sát dấu chứng run và xác định xem run nằm trong thể lâm sàng nào. Để đảm bảo thông tin được trung thực, chính xác, việc quan sát cần kín đáo và liên tục ngay từ khi bệnh nhân bước vào phòng khám cho đến khi kết thúc buổi khám, ở tất cả các tư thế: đứng – đi – ngồi và trong một số trường hợp nằm trên bàn khám (để quan sát run vùng cơ thể khi không cần chống đỡ chống lại trọng lực).

Deleted: thử

Deleted: h

Ở một số trường hợp, người bệnh có thể căng thẳng nhiều vào đầu buổi khám, làm cho biểu hiện của run rõ ràng hơn nhất là đối với thể run sinh lý. Run vùng đầu có thể kín đáo nhưng thường phối hợp với run tại một bộ phận khác của cơ thể. Trong trường hợp run đầu đơn độc thì nguyên nhân có thể có là rối loạn trương lực cơ vùng cổ hoặc hội chứng đường giữa của bệnh tiểu não.

Các biểu hiện run tại vùng mặt, cằm, môi, lưỡi thường là đặc điểm của run kiểu Parkinson. Run vô căn vùng thanh quản thể hiện qua giọng nói, có thể rõ ràng hơn nếu yêu cầu người bệnh ngâm dài một âm thanh.

Đối với run vùng cánh tay, chúng ta có thể quan sát tại các tư thế khác nhau: run khi nghỉ của thể run kiểu Parkinson, run khi giữ nguyên ở tư thế song song mặt đất trong thể run sinh lý tăng nặng, run khi thực hiện cử động trong thể run vô căn và run khi đến gần vị trí chính xác trong thể run do tiền đình - tiểu não.

Đối với thể run thân thể, triệu chứng biến mất nhanh khi thay đổi tư thế, nhưng sẽ nhanh chóng tái lập ngay khi bệnh nhân giữ nguyên tư thế cố định. Đối với run kiểu Parkinson là thể run xuất hiện ở trạng thái nghỉ ngơi, chúng ta có thể gây bệnh nhân chú ý bên lành bằng cách yêu cầu thực hiện một động tác phức tạp ở bên lành (sắp sửa một tay, giữ nguyên tư thế tay trong không trung) hoặc đơn giản bằng việc yêu cầu bệnh nhân cho biết hôm nay là ngày thứ mấy trong tháng, hoặc nhớ một sự kiện trong quá khứ hoặc đơn giản nhất là yêu cầu làm một phép tính nhân chia 2 con số.

Nghiệm pháp gơ 2 tay song song với mặt đất và giữ một tờ giấy kẹp giữa 2 ngón tay (không nên để tờ giấy trên bàn tay vì gió có thể làm cho giấy run, dễ rơi, làm tăng khả năng bị dương tính giả của nghiệm pháp) có thể giúp phát hiện run kiểu giao cảm hoặc run sinh lý tăng nặng. Nghiệm pháp ngón tay chỉ mũi với mục tiêu di động giúp xác định thể run liên quan đến tiền đình – tiểu não và các bệnh lý liên quan đến chóng mặt. Nghiệm pháp viết chữ hoặc vẽ hình sẽ giúp phát hiện những thể run vô căn thể kín đáo.

Đối với vùng chân, run có thể được đánh giá ở tư thế nằm (nghiệm pháp gót chân – cẳng chân), khi đứng (2 bàn chân khép sát, Romberg), khi đi (đầu đi hình sao). Các rối loạn thăng bằng – dáng đi thể hiện rất rõ đối với các thể bệnh vùng thân não, tiểu não, tiền đình và thần kinh ngoại biên; và không gặp đối với bệnh nhân có run vô căn.

Nếu như tần số run khó có thể đánh giá trên lâm sàng nhất là đối với thể run sinh lý, biên độ run lại có thể dễ dàng quan sát và có tương quan chặt với tần số run. Biên độ thấp gặp trong trường hợp run có tần số cao và ngược lại. Điều này là hiển nhiên vì chính tần số run quyết định biên độ của run. Đối với những run vùng ngón chi, run thường có biên độ thấp; đối với run vùng gốc chi hoặc cơ thể thì run sẽ có biên độ cao. Bệnh run sinh lý thì có tần số khoảng 10-12 nhịp/giây, run kiểu Parkinson có tần số 4-6 nhịp/giây, run kiểu vô căn thì có thể biểu hiện có từ tần số thấp cho đến tần số cao tùy thuộc vào bộ phận được khám. Đối với nguyên nhân tâm thần – tâm lý, run có biểu hiện không đồng nhất (cả về biên độ, tần số), khi này khi khác và đặc biệt là có thể biến mất hoàn toàn nếu yêu cầu bệnh nhân thực hiện một động tác phức tạp tại vùng cơ thể lành.

Nếu run xuất hiện ở một bên cơ thể, chủ yếu khi nghỉ, đây là điểm chuyên biệt của nhóm bệnh run kiểu Parkinson. Trong khi run đồng đều 2 bên cơ thể, xuất hiện khi cử động và không kèm bất cứ dấu hiệu thần kinh nào lại là bệnh cảnh gợi ý của run vô căn.

Deleted: cao

Bảng 3.4: Dấu hiệu và dấu chứng gợi ý run **do nguyên nhân khác** ngoài nguyên nhân run vô căn¹⁰

Dấu hiệu – dấu chứng	Chẩn đoán nghĩ đến
Run một bên cơ thể, run chân, cứng cơ, động tác chậm, run khi nghỉ	Bệnh Parkinson
Rối loạn thăng bằng	Bệnh Parkinson, run tiểu não
Run khu trú	Run rối loạn trương lực cơ
Run vùng đầu đơn độc với biểu hiện bất thường đáng đứng	Run rối loạn trương lực cơ
Xuất hiện nhanh chóng, đột ngột	Run tâm thần, do ngộ độc
Đang sử dụng thuốc có thể có tác dụng phụ gây run hoặc làm tăng nặng triệu chứng run	Ngộ độc hóa chất – thuốc

Bain P, Brin M, Deuschl G, et al. Criteria for the diagnosis of essential tremor. Neurology 2000; 54(11 Suppl 4):S7

3.8. Khảo sát cận lâm sàng

Do 2 thể bệnh thường gặp nhất là run kiểu Parkinson và run vô căn đều không có dấu chứng đặc hiệu trên cận lâm sàng, chỉ định khảo sát cận lâm sàng chỉ nên thực hiện sau khi đã ít nhiều giới hạn thể lâm sàng và có chẩn đoán sơ bộ. Các xét nghiệm thường được chỉ định là FT3,FT4, TSH của chức năng tuyến giáp, đường huyết và thể ceton trong trường hợp theo dõi hạ đường huyết. Nếu theo dõi ngộ độc thuốc – kim loại nặng, bộ xét nghiệm độc chất có thể được chỉ định, nhưng các xét nghiệm này chỉ được thực hiện bởi các bệnh viện chuyên khoa sâu.

Hình ảnh học chẩn đoán vùng não nên được chỉ định bởi các bác sĩ chuyên khoa ngành nội thần kinh, được thực hiện bởi những trung tâm chuyên sâu có đủ thiết bị và chuyên môn.

3.9. Điều trị

Điều trị run tùy thuộc vào nguyên nhân gây bệnh. Đối với thể run sinh lý tăng cường (**run nhóm 2, khi giữ nguyên tư thế**) thường đáp ứng tốt khi loại bỏ yếu tố gây bệnh, bao gồm thuốc, chất kích thích, ngộ độc, căng thẳng, lo lắng và các rối loạn nội tiết nếu có. Thuốc ức chế beta (propranolol – bisoprolol) có thể giúp ích trong các trường hợp có biểu hiện run thông qua cơ chế cường giao cảm.

Đối với run khi nghỉ (**run nhóm 1**), nguyên nhân thường gặp là bệnh Parkinson và các thể bệnh run dạng Parkinson, đòi hỏi điều trị đặc hiệu theo nguyên nhân. Đối với

Formatted: French (France)

Deleted: <#>Diagnosis of Tremor¶

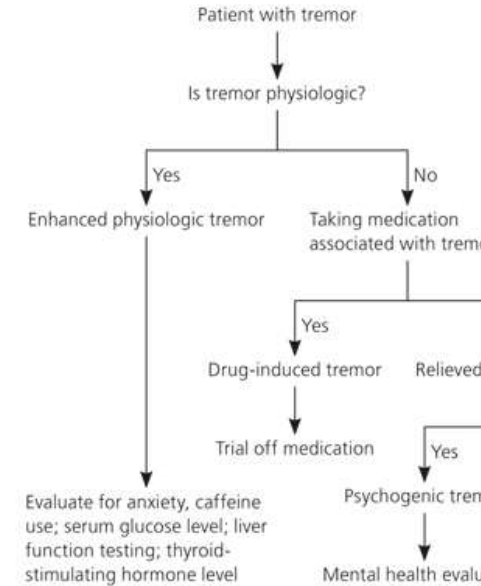
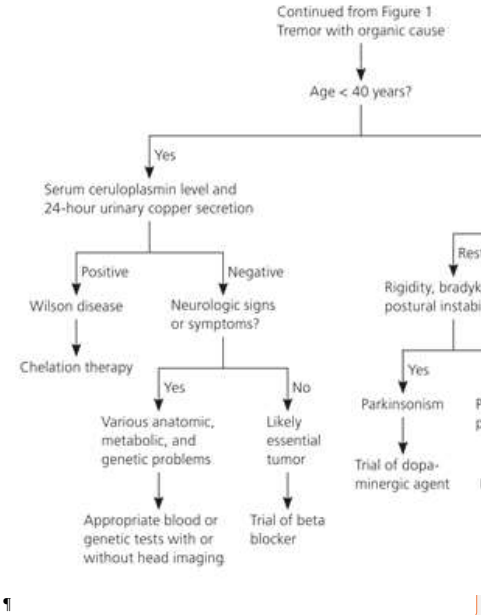


Figure 1. Diagnostic algorithm for tremor.¶
Diagnosis of Tremor with an Organic Cause¶



bệnh Parkinson, thuốc đồng vận dopamin, amantadine, levodopa và zonisamide thường được sử dụng.

Nhóm run do bệnh lý tiểu não (run nhóm 4) hiện chưa có thuốc điều trị đặc hiệu và cần có ý kiến của bác sĩ chuyên khoa thần kinh.

Đối với thể run vô căn (run nhóm 3), thuốc propranolol và primidone được xem là có hiệu quả tốt¹². Vai trò của bác sĩ gia đình là cần phối hợp với bác sĩ chuyên khoa trong sàng lọc chẩn đoán sớm, đồng thời theo dõi điều trị bệnh nhân lâu dài, tái hòa nhập xã hội.

4. Tham khảo

1. Elble R. J. **Diagnostic criteria for essential tremor and differential diagnosis.** *Neurology*. [2000];54:S2-6.
2. RJ Elble. Diagnostic criteria for essential tremor and differential diagnosis. In: *Neurology* 2000:S2.
3. Schneider S. A., Edwards M. J., Mir P., et al. **Patients with adult-onset dystonic tremor resembling parkinsonian tremor have scans without evidence of dopaminergic deficit (SWEDDs).** *Movement disorders : official journal of the Movement Disorder Society*. [2007];22:2210-5.
4. Jankovic J., Fahn S. **Physiologic and pathologic tremors. Diagnosis, mechanism, and management.** *Ann Intern Med*. [1980];93:460-5.
5. Louis E. D. **Essential tremors: a family of neurodegenerative disorders?** *Archives of neurology*. [2009];66:1202-8.
6. Louis E. D., Ottman R., Hauser W. A. **How common is the most common adult movement disorder? estimates of the prevalence of essential tremor throughout the world.** *Movement disorders : official journal of the Movement Disorder Society*. [1998];13:5-10.
7. Benito-Leon J., Bermejo-Pareja F., Morales J. M., et al. **Prevalence of essential tremor in three elderly populations of central Spain.** *Movement disorders : official journal of the Movement Disorder Society*. [2003];18:389-94.
8. Clark L. N., Louis E. D. **Challenges in essential tremor genetics.** *Revue neurologique*. [2015];171:466-74.
9. Tio M., Tan E. K. **Genetics of essential tremor.** *Parkinsonism & related disorders*. [2016];22 Suppl 1:S176-8.
10. Bain P., Brin M., Deuschl G., et al. **Criteria for the diagnosis of essential tremor.** *Neurology*. [2000];54:S7.
11. Louis E. D., Dogu O. **Isolated head tremor: part of the clinical spectrum of essential tremor? Data from population-based and clinic-based case samples.** *Movement disorders : official journal of the Movement Disorder Society*. [2009];24:2281-5.

Deleted:

Deleted: iô

Formatted: French (France)

12. Site Web: Overview of tremor. www.uptodate.com, 2015. (Accessed 05/2015, 2015, at
13. Medeiros L. M., Castro P. C., Felicio A. C., et al. **Patients with essential tremor can have manual dexterity and attention deficits with no impairments in other cognitive functions.** *Arquivos de neuro-psiquiatria*. [2016];74:122-7.
14. Duane D. D., Vermilion K. J. **Cognitive deficits in patients with essential tremor.** *Neurology*. [2002];58:1706; author reply
15. Lombardi W. J., Woolston D. J., Roberts J. W., et al. **Cognitive deficits in patients with essential tremor.** *Neurology*. [2001];57:785-90.
16. Benito-Leon J., Louis E. D., Bermejo-Pareja F., et al. **Population-based case-control study of cognitive function in essential tremor.** *Neurology*. [2006];66:69-74.
17. Thawani S. P., Schupf N., Louis E. D. **Essential tremor is associated with dementia: prospective population-based study in New York.** *Neurology*. [2009];73:621-5.
18. Erro R., Ciocca M., Hirschbichler S. T., et al. **Primary writing tremor is a dystonic trait: Evidence from an instructive family.** *Journal of the neurological sciences*. [2015];356:210-1.
19. Hai C., Yu-ping W., Hua W., et al. **Advances in primary writing tremor.** *Parkinsonism & related disorders*. [2010];16:561-5.
20. Gerschlager W., Munchau A., Katzenschlager R., et al. **Natural history and syndromic associations of orthostatic tremor: a review of 41 patients.** *Movement disorders : official journal of the Movement Disorder Society*. [2004];19:788-95.
21. Mestre T. A., Lang A. E., Ferreira J. J., et al. **Associated movement disorders in orthostatic tremor.** *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. [2012];83:725-9.

Formatted: EndNote Bibliography

Deleted: ¶