

Bs Trần Sang -

GIỚI THIỆU - ĐỊNH NGHĨA - DỊCH TỄ :

Run động cơ định nghĩa là một vận động lặp đi lặp lại, không chủ ý, thành nhịp quanh một trục cố định, thường là quanh một khớp.

Run khi nghỉ thường có thể phân biệt được với run khi vận động. Run khi vận động có thể được chia nhỏ hơn nữa thành run sinh lý tăng cường (đôi khi nâng lên do thuốc hoặc rối loạn chuyển hóa), run vô căn và run tiểu não.

Các run chuyên biệt động tác xảy ra khi làm một động tác đặc biệt mà không xảy ra ở các thời điểm khác. Run khi viết nguyên phát là một ví dụ.

Run vô căn là một rối loạn vận động thường gặp nhất với tỷ lệ lưu hành là 350/100.000 dân, gặp 3 lần tỷ lệ lưu hành của bệnh Parkinson. Hai nguyên nhân này đôi khi có thể chẩn đoán nhầm lẫn nhau.

SINH LÝ BỆNH:

Run vô căn có cơ chế trung ương. Các nghiên cứu hình ảnh học chức năng cho thấy sự tăng hoạt động của đường ra tiểu não đến thân não và đồi thị. Ở nhiều trường hợp, run vô căn có liên quan đến gen với kiểu di truyền nhiễm sắc thể thường tính trội.

CHẨN ĐOÁN:

Run vô căn và các biến thể của nó

Viết bởi Biên tập viên

Chủ nhật, 02 Tháng 10 2022 19:37 -

Run vô căn là một run khi vận động với tần số 4-10 chu kỳ/giây và nó có thể có biên độ đủ lớn gây cản trở các hoạt động hàng ngày. Trong trường hợp điển hình, bệnh thường bắt đầu chỉ trên hai bên có tính đối xứng và có thể ảnh hưởng vùng đầu và phát âm. Run chỉ khi duy trì tư thế và khi cử động chi. Run khi cử động chi là một loại run theo nhu cầu hàng ngày và không tăng biên độ khi vận động đến gần đích (điều này giúp phân biệt với run tiêu u não).

Một số bệnh nhân bệnh run vô căn diễn tiến lâu ngày sẽ có một ít thành phần run khi nghỉ kèm theo, nhưng không có dấu hiệu ức chế vận động cũng như là không có dấu hiệu rõ rệt mà hoặc dấu hiệu tiêu u não đi kèm.

Run đầu vô căn có thể nhầm với run đầu do lo lắng trong lúc chờ. Run đầu do lo lắng trong lúc chờ thì có tính chuyên biệt theo hai hàng và thường kèm với mức độ vồ vập của một đồ vật.

Hiện nay không có một xét nghiệm hoặc một dấu ấn vật lý gen nào để chẩn đoán xác định run vô căn. Nên kiểm tra chức năng tuyến giáp và khảo sát chuyển hóa để loại trừ nguyên nhân khác gây run.

Đi khám bệnh một cho thấy kỹ thuật hóa động thính các cơ để vận chuyển cùng một chi.

ĐIỀU TRỊ :

Không phải mọi bệnh nhân run vô căn đều cần phải điều trị bằng thuốc. Thuốc dùng hàng ngày thường để dành cho những bệnh nhân có mức độ tàn phá như: khó viết, khó cầm ly nước, khó ăn uống và tự chăm sóc bản thân.

Nhưng bệnh nhân cần tiến triển xấu hơn khi dùng rượu thì cũng thường đáp ứng với thuốc ức chế beta.

Trong điều trị run vô căn, điều quan trọng là cần xác định kết quả mong đợi. Giảm biên độ run từ 30-60% thì được xem là có đáp ứng tốt. Để đạt được sự giảm biên độ run tốt hơn, bệnh nhân

Có thể cần phải điều trị can thiệp phẫu thuật thần kinh.

1. Các thuốc hàng đầu:

a. Propranolol thì có hiệu quả với phạm vi liều từ 40-200 mg mỗi ngày. Liều khởi đầu là 10-20 mg 3 lần mỗi ngày hoặc 60 mg liều duy trì kéo dài. Các chứng chỉ như bao gồm hen phế quản, suy tim, đái tháo đường phụ thuộc insulin. Các tác dụng phụ bao gồm hạ huyết áp, mệt mỏi, trầm cảm và rối loạn chức năng tình dục. Các thuốc khác biệt khác có thể có ích nếu mất sự bình yên nhưng không giúp kiểm soát run rẩy.

b. Primidone là một điều trị đầu tiên thích hợp nhưng bệnh nhân có vấn đề tim mạch và những bệnh nhân có chứng chỉ như dị ứng với các thuốc khác biệt. Thuốc được sử dụng hàng đầu, đặc biệt là những bệnh nhân cao tuổi có nguy cơ bệnh tật. Liều thông thường là 50 mg dùng vào buổi tối hoặc 2 lần mỗi ngày. Liều khởi đầu là 25 mg để tránh an thần và buồn nôn. Hiệu quả điều trị còn tăng thêm khi sử dụng liều 200 mg mỗi ngày và cao hơn. Không cần sử dụng liều cao hơn để đạt được kết quả. Primidone được chuyển hóa bởi gan và thuốc gây cảm giác men gan.

2. Các thuốc hàng đầu hai bao gồm những thuốc chứng chỉ kinh mạch hỗn hợp (gabapentin, topiramate), benzodiazepine (clonazepam), mirtazapine và methazolamide.

a. Đáp ứng thì ít hơn chứng chỉ hỗn hợp, hiệu quả điều trị thì khó xác định những thuốc này đã được ghi nhận có hiệu quả nếu mất sự bình yên.

b. Các điều trị khác bao gồm tiêm botulinum toxin và phẫu thuật thần kinh chức năng. Tiêm botulinum toxin thì đặc biệt có hiệu quả trong trường hợp run đầu.

3. Phẫu thuật thần kinh chức năng:

a. Huỷ diệt phần đồi thị (thalamotomy) bằng kỹ thuật stereotaxy hoặc kích thích não sâu bằng điện từ nhân trung gian (VIM: ventral intermediate nucleus) có thể giúp làm giảm

Run vô căn và các biến thể của nó

Vị trí bài Biên tập viên

Chủ nhật, 02 Tháng 10 2022 19:37 -

biên độ run trên 80% trong run vô căn và run do bệnh Parkinson.

b. Các biến chứng nghiêm trọng (xuất huyết trong sọ, nhiễm trùng) có thể xảy ra dưới 5%.

c. Trong các nghiên cứu so sánh, bệnh nhân đã thích sự dùng phương pháp điều trị kích thích não sâu hơn là kỹ thuật huỷ diệt phần đồi thị mặc dù kỹ thuật kích thích não sâu thì đắt tiền hơn và các vấn đề ít nghiêm trọng với thiết bị như dây dẫn và phần cứng thì không phải là ít gặp.

DỰ HỌ:

Khi phát bệnh thay đổi rõ ràng từ tuổi thiếu niên đến khoảng năm 60 của cuộc đời. Bệnh thường diễn tiến từng bước nhau ở các thành viên trong gia đình.

Bệnh thường diễn tiến chậm trong nhiều thập niên.