

# ĐIỀU TRỊ RUN BẰNG TOXIN BOTULINUM

Nguyễn Thị Hùng<sup>1</sup>

Trong thực hành lâm sàng, run được phân làm hai loại là run khi nghỉ và run khi làm động tác. Tình trạng “khi nghỉ” chỉ là tương đối vì thực ra sự cân bằng tư thế dù ở trạng thái tĩnh vẫn đòi hỏi ít nhiều mức độ tăng trương lực. Run khi làm động tác lại được chia làm ba loại là run khi duy trì một tư thế, run khi làm động tác hướng đến mục tiêu (run chủ ý hay run vận động) và run chỉ thấy khi làm các động tác chuyên biệt như viết, cầm dũa, đánh máy chữ...

## **Run vô căn:**

Là loại run thường gặp nhất trong bệnh lý rối loạn vận động, có tính chất gia đình, có khả năng di truyền theo tự nhiễm sắc thể trội. Nghiên cứu trên một số gia đình cho thấy run là triệu chứng phổ biến, nhưng một số gia đình khác còn ghi nhận có loạn trương lực cơ khu trú. Một số trường hợp tiền căn gia đình ghi nhận có bệnh Parkinson, SCA12. Diễn hình lâm sàng là run tư thế, một số xuất hiện cả khi làm động tác, xuất hiện khi nghỉ thì hiếm hơn. Sinh lý bệnh học chưa rõ ràng, tần số thay đổi từ 4 đến 12 Hz. EMG thường thấy hoạt động điện đồng bộ của các cơ đối kháng, nhưng hoạt động điện luân phiên cũng được ghi nhận.

Điều trị nội khoa cho thấy có hiệu quả bằng thuốc ức chế thụ thể hay Primidone. Primidone cũng có tác dụng ở liều 250 mg/ngày nhưng có nhiều tác dụng phụ. Các thuốc ức chế thụ thể có hiệu quả rõ rệt ở liều từ 40-120 mg/ngày. Một số thuốc khác như Gabapentin, Clonazepam, Aprazolam, Quetiapine, Methazolamide, Topiramate, Octanol cũng có hiệu quả trong một chừng mực nhất định.

Các nghiên cứu của Jankovic, Mancini, Brin, Pahwa lần đầu tiên cho thấy Toxin Botulinum cũng có hiệu quả điều trị run vô căn với liều lượng 50 hay 100 đơn vị Botox tiêm ở cẳng tay vào các cơ đối kháng như FCU, FCR, ECU và ECR. Tác dụng phụ là yếu cơ tay khi cầm nắm.

Run ở đầu gặp trong 30% bệnh nhân bị run vô căn. Điều trị thuốc thường không có hiệu quả, các dạng tư thế đầu ở trị trí “không - không” hay “có - có” đáp ứng tốt hơn với BTX, có thể giảm đến 50% triệu chứng run đầu. Kỹ thuật ngoại khoa mới đây là kích thích điện não sâu cũng làm giảm đáng kể triệu chứng run ở các trường hợp kháng trị.

**Run trong loạn trương lực cơ:** cũng rất hay gặp ở các bệnh nhân bị loạn trương lực cơ cổ dạng xoay, hay bệnh nhân bị loạn trương lực cơ tay khi viết. Khi đó BTX có hiệu quả hơn thuốc uống rất nhiều, vì vừa làm giảm sự co thắt, giảm đau mà còn cải thiện được các triệu chứng run.

**Run trong bệnh Parkinson:** là loại run khi nghỉ, có tần số thấp 3 - 5 Hz, thấy ở tay, cầm, cẳng chân, bàn chân, ít thấy ở đầu và cổ, khi làm động tác hướng về mục tiêu thì run giảm đi. Cần lưu ý run tư thế và run động tác có thể thấy ở một số bệnh nhân Parkinson. Điều trị tất nhiên bằng Madopar, Propanolol. Các tác giả Anh Mỹ ít sử dụng thuốc kháng cholinergic. Kỹ thuật kích thích điện não sâu (DBS) cải thiện rõ rệt triệu chứng run ở các bệnh nhân Parkinson có sử dụng thuốc nhưng không hiệu quả. Kinh nghiệm điều trị run trong bệnh Parkinson bằng BTX còn ít. Một nghiên cứu của Trosch điều trị run bằng BTX trên 7 bệnh nhân cho thấy 3 bệnh nhân giảm hơn 50% mức độ nặng của triệu chứng run qua thang điểm đánh giá run và phương pháp định

<sup>1</sup> TS, bệnh viện Nguyễn Tri Phương

lượng khách quan (TD EMG, accelerometry). Các cơ được tiêm là cơ duỗi cẳng tay, tác dụng phụ cũng là yếu cơ.

**Run tiểu não:** Run với tổn thương ở tiểu não có thể vừa là loại run tư thế và loại run động tác. Đây là rối loạn thần kinh rất khó điều trị. Phẫu thuật mở đồi thị có thể giảm bớt triệu chứng run nhưng không cải thiện được tình trạng thất điều.

**Run khi làm động tác chuyên biệt:** loại run khi viết nguyên phát này là rối loạn vận động chỉ xảy ra khi viết và một số ít động tác tinh tế khác. Rối loạn này không xuất hiện ở tất cả các động tác tinh tế và thông thường không thấy khi duy trì tư thế hay làm động tác hướng đến mục tiêu. Rối loạn này có thể bị bỏ sót vì dễ nhầm lẫn với run vô căn hay run của chứng bệnh loạn trương lực cơ tay khi viết (writer's cramp). Có thể phân biệt làm ba phân nhóm của loại run nguyên phát khi viết (1) liên hệ với run vô căn (2) liên hệ đến loạn trương lực cơ tay khu trú (3) không liên hệ với các trạng thái trên. Như vậy, có nhiều cách tiếp cận điều trị tùy thuộc vào căn nguyên.

**Run tư thế đứng:** là trạng thái run ở chân khi đứng, tần số khoảng 16Hz, căn nguyên chưa rõ, có thể có nguồn gốc từ vùng hố sau qua một số nghiên cứu kích thích não bộ. Điều trị kinh điển là Clonazepam, nghiên cứu điều trị với thuốc chủ vận Dopaminergic hay Gabapentin cũng cho một số kết quả nhất định.

ĐIỀU TRỊ CÁC LOẠI RUN	
PHÂN LOẠI	ĐIỀU TRỊ
Run tư thế bàn tay, cánh tay.	P, PRI, A, B, TH, DBS
Run động tác bàn tay, cánh tay.	C, P, PRI, B, BU, TH, DBS
Run khi nghỉ.	T, L, B, TH, DBS
Run khi làm động tác chuyên biệt.	T, P, PRI, B
Run đầu	C, PRI, P, B
Run tiếng nói	P, B
Run mặt, lưỡi	P, PRI, L, B
Run tư thế đứng	G, C, PRI, PH, L

A: aprazolam

B: Botulinum Toxin BU: Bus pirone

C: clonazepam

DBS: kích thích điện não sâu

G: Gabapentin

L: Levodopa

P: Propanolol

PH: Phenobarbital

PRI: Primidone

T: trihexy phenidyl

TH: thalamus (P.t mở đồi thị)

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1) Fahn Stanley, Jankovic Joseph. Principles and practice of Movement disorders. 2007. Churchill living stone.
- 2) Hyperkinetic movement disorders, Teaching Course, World congress of Neurology, Sydney Australia 2005.
- 3) Moore Peter, Naumann Markus. Handbook of Botulinum Toxin treatment. Blackwell science 2003.