

TIẾP CẬN TRƯỜNG HỢP ĐAU CHÂN Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH

Nguyễn Thị Bích Duyên

Võ Thành Liêm

MỤC TIÊU BÀI GIẢNG

- Phân tích thông tin lâm sàng trong chẩn đoán nguyên nhân đau chân.
- Liệt kê các bệnh lý nghiêm trọng gây đau chân không thể bỏ qua.

1 TÌNH HUỐNG LÂM SÀNG VÍ DỤ

1.1 Tình huống 1

1.1.1 Thông tin

Một bệnh nhân nữ 38 tuổi đến khám vì sưng, đau chân trái 5 ngày nay. Bệnh nhân không té ngã hoặc chấn thương gần đây và cách đây 11 ngày bệnh nhân mới về nước bằng chuyến bay kéo dài 14 giờ. Bệnh nhân không hút thuốc, không uống rượu, đã lập gia đình và hiện đang sử dụng thuốc viên ngừa thai. Tiền căn bệnh lý bản thân và gia đình: chưa ghi nhận bất thường. Khám: phù chân trái ấn lõm, chu vi bắp chân bên (T) to hơn bắp chân bên (P) 4cm và đau cơ bụng chân khi bị bóp chặt. Các cơ quan khác: hiện chưa phát hiện bất thường.

1.1.2 Câu hỏi gợi ý tình huống:

Chẩn đoán nào phù hợp nhất?

Làm gì tiếp theo để xác định chẩn đoán?

1.1.3 Trả lời

Chẩn đoán phù hợp nhất: Huyết khối tĩnh mạch sâu (HKTMS).

Bước chẩn đoán kế tiếp:

- Xét nghiệm D-Dimer: đây là xét nghiệm có giá trị đối với bệnh lý huyết khối tĩnh mạch sâu (HKTMS). Nếu âm tính giúp loại trừ HKTMS và thuyên tắc phổi.
- Siêu âm mạch máu chi dưới: là phương tiện tầm soát tốt bệnh lý HKTMS ở những bệnh nhân có yếu tố nguy cơ từ trung bình đến cao. Nếu âm tính nên thực hiện xét nghiệm D-Dimer.
- Chụp tĩnh mạch chi dưới (Venography): là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán HKTMS. Tuy nhiên chụp tĩnh mạch có nhiều hạn chế như về giá thành, sự sẵn có, sự khó chịu. Siêu âm mạch máu chi dưới hàng loạt là sự lựa chọn thay thế có thể chấp nhận được trong trường hợp nghi có khả năng cao bị huyết khối tĩnh mạch mà siêu âm mạch máu ban đầu âm tính. Trong nhiều tình huống, chụp CT tĩnh mạch cản quang

(contrast CT Venography) cho kết quả tốt và là phương tiện thay thế hiệu quả.

2 NỘI DUNG

2.1 Tổng quan

Đau vùng chi dưới bao gồm tình trạng khó chịu xuất hiện ở vùng hông lưng trở xuống, và là một trong những vấn đề thường gặp trong chăm sóc ngoại trú – y học gia đình. Chỉ riêng các than phiền về khớp gối và cấu trúc xung quanh gối cũng đã chiếm 3,19% than phiền – nhu cầu sức khỏe của người dân (trích từ khảo sát tại 2 cộng đồng dân cư tại TP Hồ Chí Minh ¹), và là 1 trong 5 nhóm than phiền thường gặp nhất¹. Theo một nghiên cứu khác dựa trên số liệu khám ngoại trú của các bệnh viện tại TP HCM, vấn đề bệnh lý thoái hóa khớp chiếm 5,23% lượt khám và bệnh tĩnh mạch-động mạch các chi chiếm 1,42%². Chính vì mức độ phổ biến của bệnh, việc nghiên cứu chẩn đoán và điều trị chính xác – phù hợp than phiền đau vùng chi dưới là điều cấp thiết trong bối cảnh chuyên môn ngoại trú – y học gia đình.

Để chẩn đoán tình trạng khó chịu ở vùng chi dưới, chúng ta thường phải xác định những khía cạnh khác nhau: tình trạng đau này là từ tạng hay đau qui chiếu; vùng đau có nằm tại vị trí khớp (hông, đầu gối, mắt cá, đốt bàn chân – ngón chân) hoặc vị trí ngoài khớp (da, cơ, gân – gân bám tận, mạch máu, hoặc thần kinh); khó chịu gây ra do cơ chế viêm hoặc không do viêm; khó chịu liên quan đến bệnh lý thực thể hay cơ năng. Các đặc điểm của bệnh và tần suất mắc cũng thay đổi nhiều theo nhóm tuổi, theo nghề nghiệp, theo thói quen và cả những bệnh lý phối hợp. Trong bài này, chúng tôi chỉ tập trung phân tích bệnh lý gặp chủ yếu ở người trưởng thành và người cao tuổi. Phần nội dung đối với đối tượng trẻ em sẽ được đề cập trong bài khác.

Ở người trưởng thành, nguyên nhân phổ biến nhất gây đau – khó chịu vùng chi dưới bao gồm: chấn thương dây chằng – gân – cơ, bệnh thoái hóa khớp (đặc biệt là của hông và đầu gối), đau cách hồi do bệnh động mạch ngoại biên, bệnh lý liên đới tình trạng hẹp ống sống, bệnh thần kinh tọa, vọp bẻ cơ về đêm, suy tĩnh mạch chi dưới, viêm tắc động mạch - tĩnh mạch chi dưới, bệnh gút, và chấn thương. Chính sự phức tạp của nhiều bệnh có thể gây triệu chứng vùng chi dưới, chúng ta cần có mô hình tiếp cận phù hợp.

2.2 Tiếp cận chẩn đoán

Chú ý cẩn thận đến từng chi tiết cơ bản trong bệnh sử và khám lâm sàng có thể giúp chẩn đoán ở các bệnh nhân đau chân. Cần đặc biệt lưu ý bất kỳ tiền sử mắc bệnh khớp, các yếu tố thúc đẩy, chẩn đoán và điều trị trước đó. Một số yếu tố nguy cơ đặc thù cũng cần được khai thác, ví dụ như việc dùng thuốc ngừa thai dạng uống làm tăng nguy cơ mắc viêm tắc tĩnh mạch chi dưới cao hơn.

Một số thông tin chính giúp gợi ý chẩn đoán bao gồm:

- Vị trí đau
- Tuổi của bệnh nhân
- Con đau có liên quan đến sự gắng sức hay không

- Có biểu hiện của phản ứng viêm toàn thân hay không

2.2.1 Đặc điểm bệnh nhân và bệnh

Nguyên nhân thường gặp nhất của đau vùng chi dưới là các bệnh lý liên quan đến cơ và dây chằng ở người trẻ và bệnh lý gân bám tận và khớp chịu lực gặp ở người cao tuổi.

Cụ thể là hội chứng chấn thương vùng chân xuất hiện sau đợt vận động thể lực quá mức (mới tập chạy bộ, tập bơi, thi thể thao, chơi thể thao môn đối kháng) chủ yếu ở người trẻ. Tình trạng tổn thương chính của các thể này là căng cơ, chấn thương cơ gây hội chứng chèn ép khoang, chấn thương gân cơ – gân bám tận – bao dây chằng khớp (trật khớp), và hiếm hơn là các tình trạng gãy xương do sang chấn hoặc gãy xương do vi chấn(stress fractures). Những bệnh nhân quý thường xuyên thường có viêm túi hoạt dịch trước xương bánh chè. Đối với nhóm bệnh nhân từ 40 tuổi trở lên, vận động thể lực cường độ cao không thường xảy ra, ngược lại tình trạng thoái hóa và suy yếu của cấu trúc giải phẫu cơ – xương – dây chằng vùng chân có thể làm tăng nguy cơ bị chấn thương ngay với các hoạt động sinh hoạt hằng ngày. Các khớp chịu lực vùng chân bao gồm khớp gối, khớp háng và khớp vùng cổ chân (xếp theo thứ tự thường gặp giảm dần). Cụ thể, các triệu chứng khó chịu vùng chân có thể xuất hiện sau đợt đi du lịch dã ngoại, leo núi, đi bộ đường xa, xây dựng – dọn dẹp nhà cửa, khiêng vác vật nặng... Thương tổn thường gặp là viêm gân bám tận vùng quanh xương bánh chè, thể hiện bằng điểm đau vùng phía trước – cực dưới xương bánh chè, có thể kèm theo điểm đau tại đầu trên xương chày-mác.

Thương tổn tước cơ thường gặp ở người không chuẩn bị tốt trước khi chơi thể thao (không làm nóng cơ thể tốt), xuất hiện nhiều vào đầu mùa hè khi có nhiều người bắt đầu chơi thể thao. Tình trạng này cũng có thể gặp ngay ở người vận động viên chuyên nghiệp chơi môn thể thao vận sức nhiều.

Đối với phụ nữ đang mang thai, các bệnh lý suy tĩnh mạch chi dưới, thuyên tắc tĩnh mạch chi dưới, vệt bề cơ (chuột rút ở bắp cơ) và chấn thương lại là nguyên nhân thường gặp giải thích tình trạng đau – khó chịu vùng chân.

Đối với người có chiều dài 2 chân không đồng đều (do tiền căn chấn thương, dị tật, di chứng phẫu thuật ...), việc phân bổ lực không đồng đều đưa đến nguy cơ thoái hóa nặng và nhanh các cấu trúc khớp chịu lực vùng gối và háng, ngoài ra còn làm tăng nguy cơ té ngã, chấn thương.

Trong trường hợp điển hình với đau vùng nhượng chân, tăng lên khi đi bộ hoặc tập thể dục và giảm khi nghỉ, chúng ta có thể nghĩ đến chẩn đoán cơ đau cách hồi do bệnh lý động mạch nếu trên bệnh nhân cao tuổi; hoặc bệnh lý viêm bạch mạch, suy tĩnh mạch trên bệnh nhân trẻ tuổi. Tình trạng đau cách hồi cũng có thể xuất hiện ở vùng đùi – háng nếu tình bệnh xuất hiện ở mạch máu vùng chậu.

Gout phổ biến nhất ở nam giới lớn tuổi nhưng có thể xảy ra ở phụ nữ, đặc biệt là những người mãn kinh sớm (tự nhiên hoặc do phẫu thuật). Thông thường, bệnh nhân thường có tiền căn đau khớp tương tự trước đó. Đặc điểm nguy cơ của bệnh là nam giới, chế độ ăn nhiều đạm, có tiền căn gia đình mắc

bệnh. Đau do bệnh gout cổ điển xảy ra ở ngón chân cái, nhưng nó có thể xảy ra ở các ngón chân khác, cổ chân hoặc đầu gối; hiếm khi xảy ra ở vùng hông.

2.2.2 Đặc điểm triệu chứng

Đau mặt trước đầu gối thường do viêm gân bánh chè, trật khớp gối (xương bánh chè-đùi - patellofemoral malalignment), hoặc nhuyễn sụn bánh chè (chondromalacia patellae). Đau do trật khớp xương bánh chè thường đau với cơn khởi phát từ từ, và khu trú ở quanh xương bánh chè. Cơn đau thường xảy ra ở hai bên và tăng lên khi vận động như leo cầu thang, leo núi, ngồi xổm, hoặc khi chuyển từ tư thế ngồi thấp sang đứng. Đau nhói ở đầu gối, đặc biệt đường giữa, gợi ý hội chứng nếp gấp bao hoạt dịch (synovial plica syndrome hoặc synovial impingement).

2.2.2.1 Bệnh thoái hóa khớp

Bệnh cảnh của thoái hóa các nhóm khớp chịu lực có thể xuất hiện với than phiền đau vùng khớp gối hoặc vùng khớp háng, kèm cảm giác cứng khớp vào buổi sáng, đau nhẹ trong ngày, đau tăng vào cuối ngày. Viêm xương khớp thường xảy ra ở những bệnh nhân cao tuổi. Tuy vậy, bệnh vẫn có thể xảy ra ở người trẻ tuổi hơn nếu có phối hợp tiền căn chuyên biệt như chấn thương, phẫu thuật, nghề nghiệp đặc thù.... Cơn đau trở nên trầm trọng hơn khi có các hoạt động gây áp lực lên vùng khớp bị bệnh (ví dụ: đi xuống cầu thang, đi bộ đường dài, khiêng vác vật nặng).

Bệnh nhân bị viêm xương khớp háng có thể biểu hiện đau qui chiếu vùng bẹn hoặc đầu gối. Vì vậy, chẩn đoán bệnh thoái hóa khớp vùng háng cũng phải được xem xét đến ở những bệnh nhân có biểu hiện đau đầu gối hoặc đau vùng bẹn mà không tìm ra bằng chứng bệnh lý đặc thù tại vùng đầu gối hoặc bẹn. Cũng giống triệu chứng của viêm khớp, bệnh thoái hóa khớp háng gây hạn chế cử động của đùi (dấu khóa khớp), kèm hình ảnh bất thường trên phim chụp X quang. Các bệnh lý liên quan đến thần kinh bịt cũng có thể gây đau ở vùng bẹn, lan tới mặt trong đùi, lan xuống đầu gối.

Viêm xương khớp vùng háng cũng có thể biểu hiện bằng tình trạng đau vùng mông đơn độc. Vì thế, chẩn đoán này cần được xem xét trong chẩn đoán phân biệt của bệnh cảnh đau mông. Đặc điểm của đau vùng mông trong bệnh thoái hóa khớp háng thường không nặng lên khi duỗi cột sống. Ngược lại, bệnh lý cột sống thắt lưng có triệu chứng đau tăng lên khi duỗi cột sống và giảm đi khi nghỉ ngơi với tư thế gập người. Ngoài ra, dấu hiệu chèn ép thần kinh dương tính cho phép loại trừ thoái hóa khớp háng và nghĩ đến các nguyên nhân vùng cột sống thắt lưng.

2.2.2.2 Đau thần kinh tọa

Đau thần kinh tọa điển hình thường có biểu hiện đau ở mông lan xuống mặt sau đùi ở bên chân bệnh. Cơn đau có thể lan sâu đến mặt lưng của bàn chân, liên quan đến vùng chi phối cảm giác da của khoang thần kinh hoặc dây thần kinh bị bệnh. Tính chất của cơn đau trong bệnh chèn ép thần kinh tọa có thể có kiểu đau chói hoặc rát bỏng (kiểu dị cảm). Cơn đau tăng lên khi ho, rặn (nếu nằm trong bệnh cảnh thoát vị đĩa đệm gây chèn ép), hoặc đi bộ xuống cầu

thang, có thể nặng thêm với các cử động kéo căng giãn đột ngột. Bệnh nhân có thể đến khám với tiền sử cơn đau xuất hiện sau gắng sức nâng một vật nặng, sau động tác vặn, xoay lưng mạnh.

2.2.2.3 Tương quan với vận động và nghỉ ngơi

Dấu hiệu đau chân xuất hiện khi đi giúp gợi ý đến bệnh suy động mạch chi dưới, suy tĩnh mạch chi dưới, hẹp ống sống và viêm tắc tĩnh mạch chi dưới.

- Suy động mạch chi dưới (Bệnh động mạch ngoại biên).

Đau chân trong bệnh do bệnh lý động mạch chi dưới (hay còn gọi là cơn đau cách hồi) thường được mô tả như cảm giác khó chịu, căng nhức, đau kiểu chuột rút, hoặc cảm giác bỏng rát ở bắp chân. Cảm giác khó chịu cũng có thể được mô tả như cảm giác chát, nặng nề, mệt mỏi, hoặc mỗi chân nhiều hơn là cơn đau rõ ràng. Cơn đau tăng lên khi đi lại và giảm đi khi nghỉ ngơi. Cơn đau hiếm khi xảy ra ở nhà (liên quan đến khoảng cách di chuyển). Nó bắt đầu xuất hiện sau khi bệnh nhân đã đi bộ được một khoảng nhất định (và thường là người bệnh dự đoán được trước), triệu chứng giảm khi đứng nghỉ một thời gian (và thường người bệnh cũng dự đoán được thời gian này). Sau khi nghỉ ngơi, bệnh nhân có thể tiếp tục đi bộ một khoảng cách tương tự trước khi cơn đau bắt đầu một lần nữa; cơn đau lại giảm một lần nữa sau khi nghỉ ngơi.

Thông thường chẩn đoán sai và khó khăn nhầm lẫn với bệnh thoái hóa khớp háng thay vì bệnh mạch máu gây đau cách hồi vùng mông. Chẩn đoán phân biệt sẽ khó khăn trong trường hợp bệnh nhân chỉ có than phiền đau vùng hông không kèm theo bất kỳ triệu chứng nào vùng bắp chân. Một số bệnh nhân có bệnh động mạch chậu chỉ than phiền duy nhất về triệu chứng của đau cách hồi vùng mông, và bệnh nhân thường cảm thấy triệu chứng này khi đi khỏi nhà.

Đau khi nghỉ (thường về đêm) ở các ngón chân hoặc gót chân gần như là triệu chứng đặc trưng của bệnh suy động mạch. Chân của bệnh nhân suy động mạch có thể xanh xao khi nâng cao, mất dần lông vùng ngón chân. Một số bệnh nhân có bệnh lý động mạch chủ - chậu, thể biểu hiện bằng đau ở phía trên chân hay mông, đôi khi gây tình trạng mất dương cương ở đàn ông. Đau cách hồi thường xảy ra ở một chân. Tuy vậy, ở các thể tổn thương nặng mạch máu thì bệnh vẫn có thể gây đau ở cả hai chân, tuy vậy vẫn sẽ có chân đau nhiều – chân đau ít và hiếm khi xuất hiện cùng lúc. Lý do là vì mức độ nặng của bệnh của 2 chân là không đồng đều. Triệu chứng khó chịu ở một chân sẽ ngăn không cho bệnh nhân tiếp tục di chuyển, cho nên bệnh nhân sẽ không có triệu chứng ở chân bị bệnh nhẹ hơn. Do vậy, khám thực thể để tìm bằng chứng về bệnh suy động mạch phải được thực hiện trên cả hai chân. Chỉ số huyết áp cổ chân – cánh tay (ankle-brachial index - ABI) là phương pháp đơn giản, dễ thực hiện ở tất cả các tuyến, cho phép tầm soát – theo dõi hiệu quả bệnh lý động mạch chi dưới. Nếu chỉ số ABI < 0,9 thì đây là bất thường, gợi ý có bệnh lý mạch máu tại chi dưới, đồng thời gián tiếp phản ánh tình trạng bệnh lý động mạch toàn thân. ABI < 0,4 là gợi ý bệnh động mạch ngoại biên nghiêm trọng.

Suy tĩnh mạch chi dưới.

Rất khó phân biệt đặc điểm của đau cách hồi do bệnh suy tĩnh mạch và bệnh suy động mạch chi dưới. Trong cả hai trường hợp, đi bộ đều gây triệu chứng đau – khó chịu vùng bắp chân, đều có thể làm cho bệnh nhân phải dừng lại nghỉ ngơi. Bệnh nhân đau cách hồi do bệnh tĩnh mạch thường không có dấu hiệu thực thể của bệnh suy động mạch. Các dấu chứng phối hợp có thể gợi ý phân biệt: phù chân xuất hiện ở bệnh suy tĩnh mạch chi dưới, teo khô vùng da chân xuất hiện ở bệnh suy động mạch chi dưới, bắt mạch mu chân – mạch chày sau sẽ giảm (chú ý so sánh 2 bên chân) trong bệnh lý suy động mạch chi dưới.

Hẹp ống sống.

Hẹp cột sống là nguyên nhân khác của đau chân có liên đới tăng nặng khi vận động. Con đau có tính chất tương tự như với đau do bệnh suy động mạch; và cũng xảy ra thường xuyên hơn ở nam giới lớn tuổi. Bằng chứng gợi ý đầu tiên hướng đến bệnh suy động mạch chi dưới là sự giảm hoặc mất mạch vùng động mạch mu chân, động mạch chày sau.

Mặc dù cả hai nguyên nhân này đều mang đặc điểm tăng nặng cơn đau khi vận động, đau chân do hẹp ống sống ít giảm khi nghỉ hơn so với bệnh suy động mạch chi dưới. Đau cách hồi có thể giảm đi trong vòng vài phút sau khi dừng chân, trong khi đó đau do hẹp ống sống cần 10-30 phút để thuyên giảm. Một số bệnh nhân bị đau bắp chân do hẹp ống sống cho rằng họ phải ngồi hoặc nằm xuống với đùi gập lại để giảm cảm giác khó chịu.

Đau vùng chân do bệnh hẹp ống sống là do tình trạng hẹp khu trú ống sống do bất thường về mặt cấu trúc cột sống gây chèn ép tủy thân kinh vùng chùm đuôi ngựa. Bệnh nhân đôi khi than phiền đau lưng hoặc đau mông, hoặc cũng có thể là dị cảm gây tê và châm chích vùng bàn chân khi bước đi. Đi bộ lên dốc là dễ dàng hơn so với đi bộ xuống dốc ở những bệnh nhân này. Họ không gặp khó khăn khi đi xe đạp, có lẽ bởi vì vị trí cúi trong hoạt động này được giả định là làm giảm sự chèn ép chùm đuôi ngựa. Một điểm cũng cần lưu ý rằng cả hai tình trạng bệnh động mạch và hẹp ống sống có thể cùng tồn tại trên cùng một bệnh nhân.

Viêm tắc tĩnh mạch.

Đau và sưng bắp chân một bên thường do viêm tắc tĩnh mạch. Con đau thường xuất hiện khi nghỉ và hiếm khi nặng lên khi vận động. Đối với bệnh nhân đang bị viêm tắc tĩnh mạch với đau vùng nhượng chân khi đi lại, việc đặt chân xuống đất và bước đi có thể nhanh chóng làm nặng lên tình trạng đau tại vùng nhượng chân. Mặc dù bệnh cảnh lâm sàng của bệnh đã được trình bày nhiều trong các sách về triệu chứng (VD: đau, sưng, đau vào khi sờ chân, có thể có tiền căn chấn thương hoặc các đợt viêm tĩnh mạch trước đó, yếu tố nguy cơ với dùng thuốc ngừa thai, nằm lâu hậu phẫu, ngồi lâu trên xe...), bệnh vẫn thường bị chẩn đoán không chính xác.

Một số nghiên cứu đã cho rằng siêu âm tĩnh mạch nên được chỉ định trong những trường hợp có dấu hiệu nghi ngờ trên lâm sàng, giúp cung cấp thêm thông tin trong những trường hợp thiếu bằng chứng chẩn đoán.

Bảng 1. So sánh một số đặc điểm của đau cách hồi do mạch máu và thần kinh (cột sống)

	Đau cách hồi do mạch máu	Đau cách hồi do thần kinh
Đau lưng	Không thường gặp, xảy ra do tắc động mạch chậu	Thường gặp, nhưng không nhất thiết hiện diện
Triệu chứng ở chân	Mức độ nặng liên quan đến gắng sức	Có thể xuất hiện khi gắng sức, trực tiếp liên quan đến tư thế duỗi cột sống
Tính chất	Có thể đau kiểu chuột rút, cảm giác chật, căng, nhức, khó chịu	Có thể cảm giác tê, đau kiểu chuột rút, đau chói, dị cảm, cảm giác lạnh hoặc sưng, đau đôi khi không rõ ràng
Giảm đau	Khi có thư giãn cơ vùng chân (đứng yên, giảm đau nhanh)	Nghỉ ngơi không đủ; đôi khi có tư thế giảm đau phối hợp (cần nhiều thời gian để giảm đau)
Khởi phát	Khó chịu xảy ra đồng thời ở tất cả các vùng liên quan	Đặc điểm lan lên – lan xuống đặc thù của bệnh thần kinh
Tiểu không tự chủ	Không xảy ra	Rất hiếm
Rối loạn dương cương	Phổ biến ở bệnh động mạch chủ - chậu	Rất hiếm
Mỏi chân	Thường gặp ở bệnh động mạch chủ - chậu	Những trường hợp nặng trong bệnh lý chùn đuôi ngựa
Rối loạn biến dưỡng	Có thể xuất hiện, không gặp trong bệnh động mạch chủ - chậu	Không gặp, nhưng có thể gặp trong bệnh lý kết hợp
Giảm mất cảm giác	Không gặp	Thường gặp sau vận động
Co giật mắt cá	Thường không gặp ở BN > 60 tuổi	Thường gặp, đặc biệt sau vận động
Nâng chân thẳng	(+)	(+)
Cận lâm sàng hỗ trợ	Chỉ số huyết áp cổ chân - cánh tay, siêu âm Doppler mạch máu, chụp động mạch	Các phương pháp X quang (Radiological studies)

2.2.2.4 Các bệnh lý khác

Các nguyên nhân khác của sưng đau vùng chân bao gồm: đứt gân cơ gấp dài các ngón chân, gân cơ chày sau, đầu ngoài – đầu trong của cơ bụng chân do chấn thương, chấn thương trên bó cơ, co cứng cơ do tập luyện thể dục không đúng phương pháp. Nang Baker vùng khoeo, có thể giả giống như bệnh cảnh viêm tắc tĩnh mạch chi dưới, gây sưng đau các bắp chân. Vì vậy, tất cả các bệnh nhân bị sưng đau bắp chân cần phải được khám để tìm nang vùng khoeo. Đa số bệnh nhân có nang vùng khoeo gây đau có viêm khớp gối cũng thường có bệnh viêm khớp dạng thấp phối hợp.

Đau lan tỏa ở một hoặc cả hai bắp chân không có liên quan đến vận động gợi ý giãn tĩnh mạch. Những bệnh nhân có tình trạng này thường xuyên than phiền về triệu chứng chuột rút ban đêm và đau chân vào ban đêm khi họ đang ngủ. Đau do suy tĩnh mạch mơ hồ, không đặc hiệu, và không liên quan tới bất kỳ nhóm cơ cụ thể nào. Giãn tĩnh mạch nông có thể gợi ý chẩn đoán, nhưng suy tĩnh mạch sâu có thể xuất hiện mà không có dấu hiệu giãn tĩnh mạch nông nghèo nàn phối hợp.

Đợt đau viêm khớp do bệnh gout xuất hiện ở đầu gối hoặc ở vùng hông (hiếm gặp) có thể khó chẩn đoán trừ khi lâm sàng có ghi nhận đầy đủ các dấu chứng sưng, nóng ở ngón chân cái và tiền sử bệnh gout. Trong đợt bệnh đầu chỉ với biểu hiện với sưng, nóng, đau đầu gối, khó có thể phân biệt bệnh gout với bệnh viêm khớp sinh mủ. Bệnh gout thường không có nhiều dấu hiệu và triệu chứng toàn thân (phát ban, khó chịu, sốt) như trong bệnh viêm khớp sinh mủ. Bệnh nhân bị viêm khớp do gout thường có một khớp sưng, nóng, đỏ, đau. Khớp bị tổn thương thường nhạy cảm với áp lực bên ngoài; một số bệnh nhân thậm chí không thể chịu đựng được sức nặng của tấm mền khi đặt trên khớp viêm do gout.

2.2.3 Các triệu chứng phối hợp

Bệnh nhân bị thoái hóa khớp cũng có triệu chứng đau và cứng khớp. Triệu chứng đi khập khiễng có thể ghi nhận trong trường hợp có thoái hóa khớp háng. Đối với trường hợp tổn thương thần kinh tọa, lâm sàng có thể ghi nhận các dấu hiệu dị cảm vùng da như tê, dị cảm, giảm cảm giác, kèm theo rối loạn trương lực cơ vùng gối và gót chân (phát hiện thông qua khám phản xạ gân xương, so sánh giữa 2 bên). Bệnh nhân có bệnh mạch máu cũng có thể có dị cảm vùng bàn chân, gây nhầm lẫn với bệnh đau thần kinh ngoại biên. Nếu bệnh nhân nam có đau cách hồi chi dưới, kèm tình trạng bất lực, có thể gợi ý bệnh lý động mạch chủ - chậu. Triệu chứng chuột rút về đêm, phù chân, tình trạng ứ máu tĩnh mạch mãn tính có thể gợi ý bệnh suy tĩnh mạch. Quan sát dáng đi, cách bố trí lực giữa 2 chân, trục của cẳng chân cung cấp nhiều thông tin gợi ý của các bệnh lý thoái hóa của khớp cùng chi dưới.

2.2.4 Các yếu tố thúc đẩy đau chân

Đau chân khi vận động thường gặp trong các trường hợp bất thường cấu trúc, trong khi đau lúc nghỉ hoặc sau khi hoạt động gợi ý quá trình viêm. Đau xương xảy ra khi nghỉ và tăng lên khi chịu sức nặng. Đau chân do thoái hóa khớp tăng lên khi vận động và kéo dài khi chịu sức nặng. Đau thần kinh tọa

tăng lên khi ho, rặn khi đi tiêu, hắt hơi, đi bộ, khom lưng, nâng đồ vật, và đuổi cột sống. Như đã đề cập trước đây, cả đau cách hồi và đau do hẹp ống sống đều xuất hiện khi đi bộ và tập thể dục. Đau ở đầu gối sau khi ngồi một lúc gợi ý bệnh lý vùng khớp đùi, nhất là ở những bệnh nhân có thể trạng thừa cân – béo phì. Tiền căn có chấn thương – dị tật – di chứng (bại liệt) làm bất tương xứng chiều dài 2 chân cũng là yếu tố nguy cơ thúc đẩy tình trạng thoái hóa của khớp gối và khớp háng. Đối với bệnh lý vùng khớp, dấu chứng đặc thù nhất là tình trạng cứng khớp xuất hiện sau khi ngủ dậy hoặc nằm nghỉ.

2.2.5 Các yếu tố làm giảm đau chân

Bệnh nhân thoái hóa khớp thường cho biết cứng khớp buổi sáng, triệu chứng thường giảm đi trong ngày khi có cử động vùng khớp. Đau thần kinh tọa thường giảm nhẹ khi nằm ở tư thế bào thai. Đau cách hồi thường giảm trong vòng vài phút sau khi ngừng đi bộ; còn đau của hẹp ống sống bớt chậm hơn và bằng cách đuổi cột sống. Đau chân do suy giãn tĩnh mạch giảm bớt phần nào bằng cách nâng cao chân. Đau chân khi nghỉ ngơi (ban đêm) do động mạch thường thuyên giảm bằng cách hạ thấp chân có liên quan. Giảm triệu chứng đau với một liều lượng colchicin thích hợp của là điểm đặc trưng của bệnh gout.

2.2.6 Nghiệm pháp lâm sàng và cận lâm sàng

2.2.6.1 Nghiệm pháp lâm sàng

Bệnh sử chi tiết về triệu chứng – diễn tiến của bệnh cần được khai thác một cách hệ thống ở tất cả bệnh nhân có than phiền khó chịu vùng chi dưới. Các tiền căn bệnh lý về khớp, chấn thương, di chứng, phẫu thuật, điều trị giúp gợi ý chẩn đoán. Một số yếu tố nguy cơ đặc thù cũng cần được hỏi đến như dùng thuốc ngừa thai, phẫu thuật – nằm lâu trong bệnh viêm tắt tĩnh mạch chi dưới; dùng thuốc lợi tiểu thiazide trong bệnh gout, viêm đa khớp dạng thấp trong các bệnh lý về khớp; chơi các môn thể thao nguy hiểm trong bệnh lý về cơ – gân cơ – dây chằng – khớp....

Việc khám lâm sàng cần bao gồm quan sát một cách hệ thống ở tất cả bệnh nhân: tư thế đứng, dáng đi, trục của chân, tư thế cột sống – thắt lưng, cấu trúc mô mềm xung quanh khớp, nang Baker, tình trạng da – lông – móng, tình trạng tĩnh mạch nông dưới da...

Việc so sánh giữa 2 chân là cần thiết. Cần lưu ý sự bất đối xứng và những bất thường khác, chẳng hạn như sưng, bầm tím, đổi màu, hoặc loét và phát ban. Quan sát kích thước và sự đối xứng của hai chân và kiểu phân bố tĩnh mạch. Tìm bằng chứng của các thay đổi do thiếu máu cục bộ, đặc biệt là ở bàn chân.

Sờ chạm để tìm các nguyên nhân tại chỗ gây đau, nếu không phát hiện được nguyên nhân, cần kiểm tra cột sống, mạch máu (động mạch và tĩnh mạch) và xương. Các vị trí cần ấn chẩn bao gồm ụ ngồi, các lồi cầu của xương chày – xương đùi, mấu chuyển xương đùi vì đây là vị trí của các nhóm gân bám tận của cơ chi dưới; ấn có dấu căng – đau vùng cơ là biểu hiện của tổn thương tại cơ, hội chứng khoang.

Đánh giá nhiệt độ của bàn chân và chân. Khám các mạch máu, bao gồm cả các động mạch ngoại vi và tình trạng các tĩnh mạch nếu thích hợp. Nếu có bằng chứng của bệnh mạch máu ngoại biên, cần nghe mạch đập ở vùng bụng, chậu, đùi và khoeo. Động mạch mu trước và động mạch chày sau cần được đánh giá hệ thống và so sánh 2 bên chân. Có thể thực hiện các nghiệm pháp khám thần kinh ngoại biên (dấu Lasèque, phản xạ gân xương, cảm giác nông - sâu) đặc biệt để kiểm tra tổn thương rễ thần kinh.

Khám các khớp, đặc biệt rất quan trọng là khớp vùng hông và vùng cùi chèo. Đặc điểm bệnh vùng khớp là có dấu khóa khớp (cứng khớp) và hạn chế biên độ gấp duỗi của khớp. Các cử động chủ động – thụ động vùng khớp đều gây khó chịu – đau. Đây là điểm giúp phân biệt với bệnh lý viêm gân bám tận – tổn thương cơ chỉ có biểu hiện đau khi có cử động chủ động (tăng nhiều khi có kháng lực) và không đau khi có cử động thụ động.

Các cấu trúc dây chằng – bao dây chằng vùng khớp cũng cần được đánh giá thông qua các nghiệm pháp lắc khớp gối – khớp cổ chân, ngấn kéo trước, ngấn kéo sau, biên độ khớp.

2.2.6.2 Cận lâm sàng

Do đau chân là dấu hiệu không đặc hiệu của nhiều bệnh lý khác nhau, việc chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng cần tương ứng với tình huống, với vấn đề có khả năng mắc bệnh cao. Một số xét nghiệm cận lâm sàng có thể cần thiết để giúp chẩn đoán:

- Công thức máu và tốc độ máu lắng
- X quang:
 - Chụp X-quang chân, đặc biệt là đầu gối, hông
 - Chụp X-quang cột sống thắt lưng
 - Chụp CT, MRI cột sống thắt lưng
 - Siêu âm hoặc chụp MRI vùng máu chuyển lớn
 - Xạ hình xương
- Điện cơ
- Mạch máu:
 - Chụp CT mạch máu
 - Siêu âm mạch máu
 - Chỉ số mắt cá chân- cánh tay
 - D- dimer máu

2.3 Các nhóm nguyên nhân gây đau chân

2.3.1 Các nguyên nhân thường gặp

2.3.1.1 Tổng quan

Trong nhóm các nguyên nhân thường gặp, nhóm tổn thương do chấn chấn (đụng giập, tổn thương khớp) và do dùng dùng lực quá mức (tổn thương cơ, gân bám tận các nhóm cơ nâng cơ thể như nhóm cơ đùi sau và cơ tứ đầu đùi, thường gặp ở vận động viên – khiêng vác vật nặng quá sức) là thường gặp nhất.

Nguyên nhân khác cũng rất phổ biến của khó chịu/đau vùng chân cấp tính là tình trạng cơ rút cơ (chuột rút) ở nhóm cơ vùng bắp chân, thường làm bệnh nhân thức giấc lúc nửa đêm.

Một trong những nguyên nhân phổ biến nhất là thể lâm sàng với thương tổn đau theo rễ thần kinh, thường ảnh hưởng đến rễ L5 và S1. Cần khám nghiệm kỹ vùng cột sống thắt lưng để tìm bằng chứng bệnh lý như chấn thương, biến dạng xẹp đốt sống, viêm vùng quanh sống, co cứng các nhóm cơ dựng sống. Trong một số trường hợp hiếm, bệnh lý u tân sinh cạnh cột sống có thể gây bệnh chèn ép thần kinh – tủy sống. Các trường hợp đau dữ dội vùng chân cấp tính, kèm biểu hiện theo rễ thần kinh do xuất huyết sau phúc mạc tự phát ở một bệnh nhân đang điều trị thuốc chống đông máu cũng đã được ghi nhận.

2.3.1.2 Căng và rách cơ - dây chằng

Khi bệnh nhân than đau ngay vị trí khớp gối, nên thăm khám ấn chân vùng khớp để phát hiện cấu trúc gây bệnh. Đặc điểm có thể lưu ý trong biện luận là một số cấu trúc không có thần kinh cảm giác nên không thể gây đau hiệu đau trên lâm sàng. Nếu có ấn đau ngay tại rãnh khớp, đây có thể gợi ý tổn thương các dây chằng giữa hoặc dọc bên (trong – ngoài), bao khớp, hoặc sụn chêm. Riêng đối với hệ thống dây chằng, dấu hiệu gợi ý khác là đau mất ổn định của cấu trúc khớp, phát hiện thông qua các nghiệm pháp phù hợp như dấu ngăn kéo trước – ngăn kéo sau, lắc ổ khớp gối. Nếu phát hiện cả dấu hiệu gợi ý này, X quang, cộng hưởng từ (MRI), và nội soi khớp có thể cần chỉ định để có chẩn đoán xác định.

Nếu đau xung quanh vị trí rãnh khớp, tương ứng với những điểm bám tận của cơ vào cấu trúc xương quanh khớp, đây là dấu hiệu gợi ý chẩn đoán viêm gân bám tận, là tình trạng của tổn thương của cấu trúc gân cơ dây chằng liên quan. Tổn thương này có thể gây phù tối thiểu, không tương xứng với mức độ đau và diễn tiến kém đáp ứng và kéo dài.

Xa vùng khớp là vị trí của thân các khối cơ. Do vậy đau vùng này thường là biểu hiện bệnh tại cơ. Rách cơ cấp tính gây đau tại chỗ (nhưng thể hiện bằng tình trạng đau lan tỏa), xuất huyết gây đau bầm tại da, và trong một số ít trường hợp hiếm gặp có đứt cơ gây mất chức năng chi dưới.

2.3.1.3 Viêm khớp do gout

Viêm khớp do gout cấp có biểu hiện đặc thù tại khớp là sưng, nóng, đỏ, đau. Mặc dù dấu chứng tại chỗ có thể rất nặng nề gây nhầm tưởng bệnh viêm khớp sinh mủ, tuy vậy bệnh nhân viêm khớp do gout thường không có triệu chứng đáp ứng viêm toàn thân. Xét nghiệm có thể phát hiện tình trạng acid uric máu tăng. Chọc dịch khớp quan sát có thể tìm thấy tinh thể acid uric. Các phương tiện chẩn đoán hữu ích để đánh giá đau chân bao gồm chụp X quang, MRI, CT, các khảo sát siêu âm Doppler, chụp tĩnh mạch (venogram), nội soi khớp...

2.3.1.4 Bệnh thoái hóa khớp

Đau vùng hông thường được cho là thoái hóa khớp háng, nhưng cũng có thể do các bệnh lý phổ biến khác. Tình trạng đau có thể lan xuống mặt sau đùi, đến đầu gối nên có thể gây nhầm lẫn với bệnh thần kinh tọa. Các đặc điểm phối hợp khác có thể giúp khu trú chẩn đoán này như chiều dài 2 chân không đều, tiền căn phẫu thuật kết hợp xương chân.

Những dấu hiệu thực thể gợi ý thoái hóa khớp gối như tiếng lạo xạo tại khớp, hạn chế vận động khớp. Bệnh tiến triển có thể có dấu hiệu cứng khớp ở tư thế duỗi (tư thế chức năng của khớp gối), tràn dịch khớp (dấu bập bênh xương bánh chè), và X quang cho thấy hình ảnh của viêm khớp. Bệnh nhân bị thoái hóa khớp thường ở độ tuổi tương tự như những người có suy mạch máu chi dưới, do vậy cần lưu ý rằng hai trường hợp trên có thể cùng tồn tại, gây bệnh cảnh phức tạp. Nếu đã thăm khám cẩn thận mà không thấy dấu hiệu sưng khớp, dấu khóa khớp thì khả năng bệnh lý của khớp có xác suất mắc thấp.

2.3.1.5 Đau thần kinh tọa

Một số triệu chứng thực thể thường gặp trong đau thần kinh tọa bao gồm hạn chế vận động của cột sống (động tác duỗi lưng quá mức có thể gây đau thần kinh tọa), hạn chế nâng cao chân thẳng, và co thắt cơ vùng xương cụt (đau khi ấn chần). Một số rối loạn phản xạ gân xương, rối loạn cảm giác nông và vận động cũng xuất hiện liên quan đến vùng khoang tủy bị chèn ép, vùng dây thần kinh chi phối bị tổn thương. Các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh như CT scan, MRI được chỉ định trong trường hợp bệnh nhân có dấu hiệu bất động chèn ép tủy và có chỉ định can thiệp ngoại khoa.

2.3.1.6 Đau cách hồi bệnh động mạch chi dưới

Các triệu chứng thực thể của đau cách hồi bao gồm da chân xanh xao nhợt nhạt, lạnh, rụng lông trên ngón chân (chỉ đúng với người trẻ, đối với người cao tuổi thì cần quan sát tình trạng da và móng), và mạch đập yếu vùng mu chân – chày sau. Nếu so sánh giữa 2 chân ghi nhận mạch nảy bình thường, đều 2 chân lúc nghỉ ngơi và sau khi đi bộ thì ít có khả năng là bệnh suy động mạch chi dưới. Chỉ số huyết áp cổ chân – cánh tay (ABI) <0,9 là bất thường. ABI < 0,4 là gợi ý của động mạch ngoại vi nặng.

Nguyên nhân thường gặp là có xuất hiện huyết khối trên nền bệnh xơ vữa động mạch. Do vậy, cần nghĩ đến chẩn đoán này trên bệnh nhân có yếu tố nguy cơ như rối loạn lipid máu, rung nhĩ, tiền căn nhồi máu não, bệnh lý van tim hậu thấp, đau cách hồi đang điều trị...

2.3.1.7 Đau cách hồi bệnh tĩnh mạch chi dưới

Biểu hiện suy tĩnh mạch chi dưới thường gặp là tình trạng giãn các mạch máu nông dưới da, chạy ngoằn ngoèo. Dấu chứng đau không rõ ràng. Người bệnh thường than phiền tình trạng căng tức khó chịu vùng bắp chân, xuất hiện sau khi đứng lâu. Khám lâm sàng thường khó phát hiện dấu chứng chuyên biệt nào khác. Siêu âm mạch máu sâu chi dưới giúp cung cấp nhiều thông tin quan trọng cho chẩn đoán.

2.3.1.8 Viêm tắc tĩnh mạch chi dưới

Các triệu chứng thực thể cổ điển do viêm tắc tĩnh mạch là phù chân làm (tăng chu vi vùng bắp chân bên bệnh lý so với phía đối diện), có thể sờ thấy một tĩnh mạch giống như sợi dây giữa các đầu cơ bụng chân. Bệnh nhân có thể có giãn các tĩnh mạch khác, phù chân, hồng ban, và dấu hiệu Homans. Những dấu hiệu này khá đa dạng và không đáng tin cậy trong việc chẩn đoán viêm tắc tĩnh mạch chi dưới. Các cận lâm sàng quan trọng nhất là chụp tĩnh mạch và siêu âm Doppler mạch máu.

Bởi vì viêm mô tế bào ở vùng bắp chân có thể có biểu hiện giống như viêm tắc tĩnh mạch chi dưới, nên hai tình trạng bệnh cần này được chẩn đoán phân biệt. Trong viêm mô tế bào, cơn đau được mô tả như trên bề mặt, không có dấu hiệu sờ thấy thừng mạch máu, không có dấu Homans qua khám lâm sàng. Thăm khám cẩn thận để chứng minh rằng đau chân giảm bớt khi sờ nông hơn là sờ sâu dọc theo đường đi của tĩnh mạch. Trong viêm mô tế bào, vùng hồng ban có ranh giới rõ ràng hơn, đôi khi kèm theo vết thương hở. Siêu âm Doppler tĩnh mạch nên được thực hiện để đánh giá tình trạng tĩnh mạch cũng giúp phân biệt các thể bệnh này.

2.3.1.9 Các bệnh lý khác

Chẩn đoán bong gân dựa trên việc chứng minh sự bất ổn định của khớp. Rách dây chằng thường có thể được chứng minh bằng việc sử dụng các động tác kéo giãn – lắc vùng khớp liên quan. Nếu phát hiện khớp không ổn định gợi ý rách dây chằng. Nếu có di lệch bất thường về phía trước hoặc phía sau của xương chày trên xương đùi gợi ý sự mất ổn định của dây chằng chéo trước – chéo sau. Đôi khi có thể có tình trạng xoay bất thường gợi ý tổn thương kết hợp phức tạp của khớp gối. Nếu bệnh cảnh lâm sàng phức tạp, không rõ ràng bệnh lý tại khớp đơn độc, cần chú ý thêm các bệnh lý cơ xương, mạch máu và thần kinh có thể xuất hiện phối hợp. Khi nghi ngờ có gãy xương, cần thực hiện X quang bao gồm cả các khớp ở hai đầu xương gãy. Đau vùng hông có tính chất chu kỳ, trùng với chu kỳ kinh nguyệt gợi ý lạc nội mạc tử cung. Đau thường một bên. Các nguyên nhân ít gặp khác của đau khớp gối là bệnh nang sụn chêm, hội chứng Hoffa, và u thần kinh.

2.3.2 Các nguyên nhân ít gặp

Đột nhiên khởi phát đau chân, đặc biệt là cẳng chân và đôi khi liên quan đến liệt, dị cảm, xanh xao, hay mất mạch gợi ý tắc động mạch cấp tính. Khả năng chẩn đoán này cao nếu bệnh nhân có tiền căn rung nhĩ, bệnh lý van tim hậu thấp, và các yếu tố nguy cơ khác. Đau cơ - khớp mơ hồ, phân bố toàn thân thường gặp trong nhiễm virus như nhiễm cúm. Trong một số trường hợp, bệnh nhiễm siêu vi có thể có biểu hiện bất thường tại khớp, nhưng bệnh mang tính chất tự giới hạn, không để lại di chứng. U xương nguyên phát hiếm gặp ở người trưởng thành. Phần lớn đau xương do bướu ác tính là do di căn, có nguồn gốc từ u ở vú, phổi, và tuyến tiền liệt.

Bệnh lý viêm mô tế bào vùng chân sẽ có biểu hiện sưng nóng đỏ đau tại chỗ, đôi khi gây nhầm lẫn với bệnh viêm tắc tĩnh mạch chi dưới, hội chứng chèn ép khoang sau chấn thương. Các dấu chứng phân biệt bao gồm có vết

thương da, vùng da bệnh lan rộng lên phía trên, dấu hiệu đau nông tăng lên khi có chạm nhẹ vùng da bệnh, có dấu chứng đáp ứng viêm toàn thân như sốt.

Nhuuyễn sụn ở xương bánh chè (Chondromalacia patellae), mặc dù phổ biến ở thanh thiếu niên hơn người lớn, nhưng có thể gặp ở những bệnh nhân ở độ tuổi 40, 50. Những bệnh nhân này có các đặc điểm như đau, cứng khớp (đau khóa khớp gối). Con đau tăng lên khi đầu gối chịu sức nặng trong tư thế hơi gấp. Đau càng tăng nặng khi bệnh nhân căng cơ tứ đầu đùi và gối duỗi trong khi người khám ấn xuống cực trên của xương bánh chè.

Chứng đau đùi dị cảm (Meralgia paresthetica), phổ biến ở nam hơn nữ, do dây thần kinh ở bì đùi bên bị kẹt bởi cơ căng mạc đùi chậu (tensor fasciae latae). Bệnh nhân than đau, rát, ngứa ran hoặc đau nhói mặt bên đùi, đau tăng lên vào ban đêm hoặc sau khi vận động. Đau được giảm nhẹ khi nghỉ ngơi, đặc biệt là ở tư thế ngồi.

Bệnh lý thần kinh ngoại biên phổ biến hơn ở những bệnh nhân đái tháo đường nhưng có thể gặp ở những người khác. Bệnh nhân than phiền về cảm giác đau chói, ngứa, nóng rát và tê da, xuất hiện đặc biệt ở vùng bàn chân. Họ có thể có cảm giác lạnh vùng chân. Tuy vậy, khi khám mạch máu, dấu hiệu mạch đập yếu không được ghi nhận ở những người nếu chỉ có bệnh thần kinh ngoại vi đơn thuần. Lưu ý, bệnh nhân đái tháo đường thường có bệnh thần kinh ngoại vi kèm theo bệnh suy động mạch chi dưới. Khám lâm sàng phát hiện dấu mất cảm giác (thường đối xứng), teo cơ, yếu cơ, giảm phản xạ gân xương, và các dấu hiệu khác của suy động mạch.

Thoát vị bịt (Obturator hernias), một nguyên nhân gây đau không phổ biến, thường xảy ra ở bệnh nhân nữ lớn tuổi gây ôm so với các bệnh nhân khác. Tỷ lệ nữ so với nam là 6: 1. Bệnh nhân thường có biểu hiện đau dọc vùng trước giữa của đùi. Con đau này được tăng lên khi khép đùi. Đau cũng có thể được cảm nhận ở vùng hông hoặc gối. Con đau có thể được kèm với những cơn buồn nôn, nôn ói, đau bụng và trướng hơi liên tục, tất cả các dấu hiệu của tắc ruột non. Thoát vị bịt nên được xem xét đặc biệt ở phụ nữ lớn tuổi than phiền đau vùng hông hay gối, mà không có bằng chứng khách quan của thoái hóa khớp hoặc các nguyên nhân phổ biến khác.

Viêm túi hoạt dịch vùng cơ thắt lưng chậu (Iliopsoas bursitis), một bệnh hiếm gặp, nên được nghi ngờ nếu bệnh nhân đau vùng bẹn xuất hiện từ từ và tăng lên khi gập hoặc xoay hông vào trong. Phân nửa số bệnh nhân có bệnh giả viêm tắc tĩnh mạch do nang Baker trong viêm khớp dạng thấp. Trong một nghiên cứu thực hiện ở bệnh nhân có nang vùng khoeo ghi nhận chỉ 50% có khối u sờ thấy và 12% có khối u ở dưới khoang khoeo. Do vậy, nang Baker nên được chẩn đoán phân biệt đối với những trường hợp bệnh nhân đang được theo dõi viêm tắc tĩnh mạch kèm viêm khớp dạng thấp; hoặc tất cả các bệnh nhân nghi ngờ viêm tắc tĩnh mạch nhưng không có bằng chứng chụp mạch máu chứng minh viêm tĩnh mạch chi dưới. Chụp ổ khớp với bơm thuốc cản quang dùng để chẩn đoán xác định bệnh nang Baker. Siêu âm có thể giúp chẩn đoán một u nang còn nguyên vẹn, nhưng nó thường không có nhiều thông tin trong trường hợp nang Baker đã bị vỡ.

Viêm khớp dạng thấp là một nguyên nhân tương đối phổ biến của đau chi dưới. Đau khớp thường kéo dài trong một vài tuần với đặc trưng cứng khớp

buổi sáng, đau khớp nằm lâu, và giảm bớt đau khi vận động nhẹ tăng dần. Lâm sàng thường ghi nhận có tràn dịch khớp, sưng mô mềm và dày màng hoạt dịch. Dấu hiệu gợi ý bệnh cảnh này là tình trạng viêm đau phổi hợp tại các vùng khớp không chịu lực (ngón tay, khuỷu tay, cầu vai), xuất hiện đối xứng và tiền căn có các bệnh tự miễn phổi hợp. Giả viêm tắc tĩnh mạch nên được nghi ngờ khi đau bắp chân xảy ra ở bất kỳ bệnh nhân có viêm khớp dạng thấp, đặc biệt là nếu có kèm theo viêm vùng gối.

Hẹp ống sống (giả đau cách hồi do thần kinh, giả đau cách hồi do chùm đuôi ngựa) thường khó phân biệt với đau cách hồi do suy động mạch. Bệnh sử đặc biệt quan trọng giúp chẩn đoán vì hai bệnh này đều xuất hiện với tần suất như nhau trong các nhóm bệnh nhân cùng độ tuổi. Bệnh nhân bị đau bắp chân do hẹp ống sống thường bắt đầu đau âm thầm, đau tăng lên khi đi bộ, và đặc biệt liên quan đến tư thế cúi cột sống, có thể kèm đau lưng hay đau mông. Dấu chứng đau lưng hay đau mông là không phổ biến ở những bệnh nhân đau cách hồi do bệnh suy động mạch chi dưới. Triệu chứng dị cảm da nhiều hơn đau giúp gợi ý bệnh có nguồn gốc thần kinh. Bệnh nhân hẹp ống sống không giảm đau ngay khi ngừng vận động (như trong suy động mạch); cảm thấy giảm đau khi nằm hoặc ngồi xuống với đùi gấp; không bị đau trong khi đi xe đạp vì cột sống là ở vị trí gấp. Ở bất kỳ bệnh nhân có biểu hiện đau cách hồi và chạy xe đạp mà không gặp khó khăn, nên nghi ngờ đến hẹp ống sống.

Rách gân cơ bụng chân hoặc cơ gan chân, xuất hiện đặc biệt trong các tình huống vận động thể lực gắng sức như chơi thể thao, chạy bộ, chơi quần vợt, đá banh... Bệnh có biểu hiện đặc trưng với cơn đau chân xuất hiện đột ngột kèm cảm giác căng cứng vùng nhượng chân (vùng cơ bụng chân và các cơ gấp xa bàn chân). Tổn thương gân cơ thường bán phần, không biểu hiện đặc hiệu trong giai đoạn cấp, diễn tiến đau bán cấp – kéo dài và phản ứng viêm không rõ ràng. Trong trường hợp hiếm có đứt gân cơ, bệnh nhân có thể có mất chức năng vận động của nhóm liên đới. Thông tin bệnh sử và các nghiệm pháp lâm sàng có thể giúp khu trú tổn thương.

Viêm túi hoạt dịch mấu chuyển (Trochanteric bursitis), là nguyên nhân không phổ biến của đau vùng chân. Bệnh cảnh lâm sàng là tình trạng đau vùng mấu chuyển lớn xương đùi, lan ra mông và vùng mặt ngoài của đùi (tương ứng với vùng da được chi phối cảm giác của khoang tủy L2). Khám thực thể cho thấy tình trạng đi khập khiễng và dấu ấn đau ở trên mấu chuyển lớn. Chẩn đoán phân biệt bao gồm viêm khớp vùng hông hoặc bệnh lý cột sống thắt lưng. Các yếu tố quan trọng trong chẩn đoán phân biệt bao gồm ấn đau vùng túi hoạt dịch mấu chuyển, nhưng không có dấu rối loạn cảm giác da (là triệu chứng đặc thù của các bệnh lý thoát vị đĩa đệm vùng thắt lưng). Cơn đau không tăng lên khi ho và hắt hơi, nhưng tăng khi ngồi xổm, leo cầu thang, và ngồi với chân đau bắt chéo qua chân kia. Đau giảm bớt bằng cách dùng thuốc tê tại chỗ, các thuốc kháng viêm steroid tại chỗ.

U tân sinh: Mặc dù bệnh tân sinh ác tính không phổ biến, nhưng nên được xem xét, đặc biệt là nếu bệnh nhân có tiền căn của một của các khối u nguyên phát, như vú, phổi hoặc thận. Các khối u này có thể di căn đến vùng đùi. Cũng cần lưu ý đến sarcoma xương và đa u tủy, là bệnh thường gặp ở vùng nửa trên của xương đùi.

Nhiễm trùng: Nhiễm trùng nặng thường không gây bệnh cảnh khó chịu vùng chân đơn thuần. Bệnh nhân có than phiền trực tiếp vì các biểu hiện của đáp ứng viêm toàn thân (sốt, mệt mỏi, đau vùng chân) hơn là than phiền khó chịu vùng chân. Một số bệnh cảnh đặc thù của nhiễm trùng cần lưu ý tìm kiếm và điều trị: viêm khớp nhiễm trùng, viêm tủy xương, viêm quầng – mô tế bào, viêm tắt tĩnh mạch nông và viêm mạch bạch huyết.

2.3.3 Cạm bẫy trong chẩn đoán

Có rất nhiều cạm bẫy đối với triệu chứng đau chân. Herpes zoster ở giai đoạn trước khi bùng phát có thể gây khó khăn trong tiếp cận đau chân và nhất là khi bệnh nhân chỉ xuất hiện một vài mụn nước ở các nơi bị che khuất ở chân.

Với sự lão hóa của dân số, chúng ta có thể gặp nhiều trường hợp hẹp ống sống hơn ở nhóm bệnh nhân cao tuổi. Việc chẩn đoán sớm có thể khó khăn do thông thường có nhiều bệnh lý phối hợp như bệnh động mạch – tĩnh mạch – thoái hóa cơ xương khớp...

Các bệnh lý vùng khớp cùng – cột và vùng hông có thể bị bỏ sót ví dụ như bệnh viêm gân cơ mông nhỏ. Gần đây cũng ghi nhận “hội chứng đau thần kinh tọa vì cần ví tiền”, nơi một chiếc ví nặng được nhồi nhét với thẻ tín dụng có thể gây ra áp lực lên các dây thần kinh tọa.

Tuy vậy, sai sót thường gặp nhất lại là phân biệt bệnh của cấu trúc khớp và cấu trúc xung quanh khớp trên bệnh nhân có than phiền vùng khớp gối, khớp háng. Lý do là diện đau rộng bao phủ nhiều bộ phận, cần có các nghiệm pháp lâm sàng giúp phân biệt.

Chèn ép thần kinh ngoại biên cũng là nguyên nhân gây đau chân, mặc dù không phổ biến như ở chi trên. Một số dây thần kinh bị chèn ép bao gồm:

- Thần kinh bì đùi ngoài
- Thần kinh mào chung
- Thần kinh chày sau ở mắt cá chân (hội chứng đường hầm cổ chân)
- Thần kinh bịt
- Thần kinh đùi (ở vùng bẹn hoặc khung xương chậu)

2.3.4 Bệnh lý tiềm ẩn

Nguyên nhân nổi bật của đau chân trong nhóm này là rối loạn chức năng cột sống. Ngoài chèn ép rễ thần kinh do vỡ đĩa đệm hoặc dị cảm trong bệnh cảnh viêm đơn dây – đa dây thần kinh ngoại biên.

Các bệnh lý tiềm ẩn khác như trầm cảm, tiểu đường, thuốc và bệnh thiếu máu, có thể gây khó chịu vùng chân. Trầm cảm có thể tăng nặng than phiền đau, đôi khi không tương xứng với mức độ tổn thương thực thể.

Tiểu đường có thể gây khó chịu với bệnh thần kinh ngoại vi mà ban đầu có thể gây đau khu trú trước khi tê chân chiếm ưu thế. Các thuốc như beta-blockers, và thiếu máu có thể thúc đẩy hoặc làm nặng thêm đau cách hồi ở một bệnh nhân với hệ tuần hoàn đã bị tổn thương.

2.3.5 Nguyên nhân tâm lý

Đau căng chân thường là than phiền (có thể mang tính phóng đại) của bệnh nhân đau không do nguyên nhân thực thể, như là người giả ốm để trốn việc, người bị trầm cảm, hysteria.

2.3.6 Y học thể thao và chân

Nguyên nhân phổ biến nhất của đau chân mạn ở người chạy bộ bao gồm đau xương căng chân (, gãy xương do vi chấn (, và hội chứng chèn ép khoang.

Đau xương căng chân là biểu hiện của tình trạng viêm do tổn thương gân cơ liên quan đến tình trạng vận cơ quá mức và phản ứng màng xương dưới lâm sàng. Con đau xuất hiện ở trước bên hoặc sau giữa dọc theo đoạn xa xủa xương chày. Ấn chẩn có thể gây đau những vùng này.

Gãy xương do vi chấn thường có những điểm đau trên xương có liên quan, và chẩn đoán có thể được xác định nhờ X quang. Gãy xương do vi chấn phổ biến ở những người chơi các môn thể thao đối kháng hoặc vận động thể lực với cường độ cao. Tần suất bệnh đặc biệt tăng trong giai đoạn mới tập luyện, trước và trong thi đấu. Tình trạng gãy xương này có thể xảy ra ở xương chày, xương mác, hoặc xương bàn chân. Đau khớp gối bên trong chạy đường dài gợi ý hội chứng dải chày chày (iliotibial band friction syndrome).

Hội chứng chèn ép khoang xảy ra khi khoang mạc (quá nhỏ để thích ứng với sự gia tăng khoảng 20% kích thước cơ bắp khi hoạt động gắng sức. Điều này dẫn đến dòng chảy tĩnh mạch hạn chế và có xu hướng gây đau do thiếu máu cục bộ của các mô liên quan. Bệnh nhân có hội chứng chèn ép khoang thường xuất hiện với sự khởi phát đau từ từ (trên 1 năm hoặc hơn) ở hai bên; đau tăng dần, mơ hồ, và đặc biệt nặng lên sau khi chạy đường dài. Dị cảm cũng có thể xuất hiện. Khoang trước (của chân thường bị ảnh hưởng; khoang tiếp theo có khả năng bị ảnh hưởng nhất là khoang sau (, tiếp theo sau khoang ngoài sau (. Khám lâm sàng ghi nhận căng đau ở khối cơ nhưng không đau nhiều ở xương và dây chằng. Áp lực khoang tăng cao giúp chẩn đoán.

3 TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Võ Thành Liêm. **Phổ vấn đề sức khỏe mã theo ICPC2 khảo sát tại quận Tân Bình và Thủ Đức. Kỷ yếu hội nghị khoa học công nghệ tuổi trẻ các trường đại học cao đẳng Y-Dược Việt Nam lần 17 năm 2014.** [2014];17.
2. Nguyễn Bá Hợp. **Mô hình bệnh tật người lớn và trẻ em tại thành phố Hồ Chí Minh Đại học Liège;** 2013.
3. DeVilliers J.C. Combined neurogenic and vascular claudication. *SA Med J* [1980] 57:650-654.
4. Anthony S.F.,Carol A. L. Approach to Articular and Musculoskeletal Disorder. *Harrison 's Rheumatology* (2010).
5. Robert H.S., Andrew B. S. Pain in the lower extremity in adults. *Differential Diagnosis of Common Complaints* (2012).
6. Mayo Clinic. Leg pain causes. Available on <http://www.mayoclinic.org/symptoms/leg-pain/basics/causes/sym-20050784>,