

NHỮNG BIỂU HIỆN MÓNG TAY THƯỜNG GẶP Ở TRẺ EM

BS. Nguyễn Chơn Minh Hiếu

1. Cấu trúc giải phẫu của đơn vị móng (nail unit)

Cấu trúc giải phẫu của đơn vị móng (nail unit) bao gồm nhiều thành phần quan trọng như: mầm móng (nail matrix), giường móng (nail bed), các nếp gấp móng gần và bên (proximal and lateral nail folds), và vùng da dưới ngọn móng (hyponychium).

Trong đó, **mầm móng** đóng vai trò là biểu mô mầm, tạo ra các tế bào sừng biệt hóa chịu trách nhiệm hình thành nên đĩa móng (nail plate). Mặc dù một phần lớn mầm móng bị che khuất dưới nếp gấp móng gần, phần ba dưới của nó đôi khi vẫn có thể được nhìn thấy xuyên qua khu vực gốc của đĩa móng dưới dạng một cấu trúc hình lưỡi liềm được gọi là bán nguyệt móng (lunula).

Quá trình phát triển của móng đã bắt đầu từ khoảng tuần thứ 12 đến 13 của thai kỳ và hoàn thiện hoàn toàn vào tuần thứ 25. Ở trẻ sơ sinh, móng đã được hình thành đầy đủ nhưng chúng có đặc điểm là nhỏ, mỏng và rất mềm.

Một móng tay sinh lý bình thường khỏe mạnh sẽ có bề mặt nhẵn, trong suốt, hơi lồi với góc giường móng khoảng 160 độ. Điển hình ở những trẻ sơ sinh khỏe mạnh, móng tay thường có hình bầu dục hoặc hình chữ nhật với trục chính nằm dọc và hầu hết các đĩa móng đều nằm phẳng. Ví dụ, móng ngón trỏ của trẻ thường dài khoảng 5 mm và rộng 3,5 mm, trong khi móng ngón cái to hơn với chiều rộng khoảng từ 9 đến 10 mm. Ngược lại, móng ngón chân cái thường có hình thang, trong đó phần ngọn móng có chiều rộng lớn hơn so với phần gốc móng. Kích thước móng ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ thường chịu ảnh hưởng bởi độ tuổi, kích thước của đốt ngón tay xa và cân nặng của trẻ.

Sự phát triển của đĩa móng là một quá trình diễn ra liên tục trong suốt cuộc đời. Tốc độ mọc móng đạt đỉnh vào khoảng độ tuổi từ 10 đến 14 tuổi, sau đó dần dần chậm lại và trở nên tương đương với tốc độ của người trẻ tuổi (ước tính khoảng 0,1 đến 0,15 mm mỗi ngày). Bề dày và bề rộng của đĩa móng cũng tăng lên rất nhanh chóng trong hai thập kỷ đầu đời. Về mặt tỷ lệ giải phẫu, thông thường tỷ lệ giữa chiều rộng của móng (đo ở điểm giữa chiều dài móng) và chiều rộng của ngón tay là khoảng 0,7. Bất kỳ sự sai lệch nào so với tỷ lệ chuẩn này đều gợi ý các bất thường về hình thái; cụ thể, nếu tỷ lệ này dưới 0,5 thì trẻ được xác định là mắc chứng móng nhỏ (micronychia), trong khi tỷ lệ lớn hơn 0,8 cho thấy trẻ mắc chứng móng to (macronychia).

2. Móng hình thìa (Koilonychia)

Thuật ngữ: **Koilonychia** (thường được gọi là "móng hình thìa" hay "spoon nails")

Mô tả: tình trạng bản móng bị lõm xuống ở trung tâm theo trục ngang hoặc dọc và vênh lên ở các rìa xung quanh, tạo thành hình dáng giống chiếc thìa.

Tình trạng này có thể xuất phát từ nhiều nguyên nhân khác nhau, bao gồm yếu tố di truyền, bệnh lý mắc phải hoặc vô căn. Dưới đây là những đặc

điểm và nguyên nhân chi tiết của Koilonychia:

2.1. Là hiện tượng sinh lý bình thường ở trẻ nhỏ:

Ở trẻ nhỏ, hiện tượng này thường mang tính chất vô căn do bản móng của trẻ còn rất mỏng và mềm. Dấu hiệu này xuất hiện phổ biến nhất ở ngón chân cái (chiếm khoảng 33% các trường hợp) như một biến thể hoàn toàn bình thường và sẽ tự thoái lui một cách tự nhiên khi bản móng dần phát triển và dày dặn lên, thường là sau 9 tuổi.

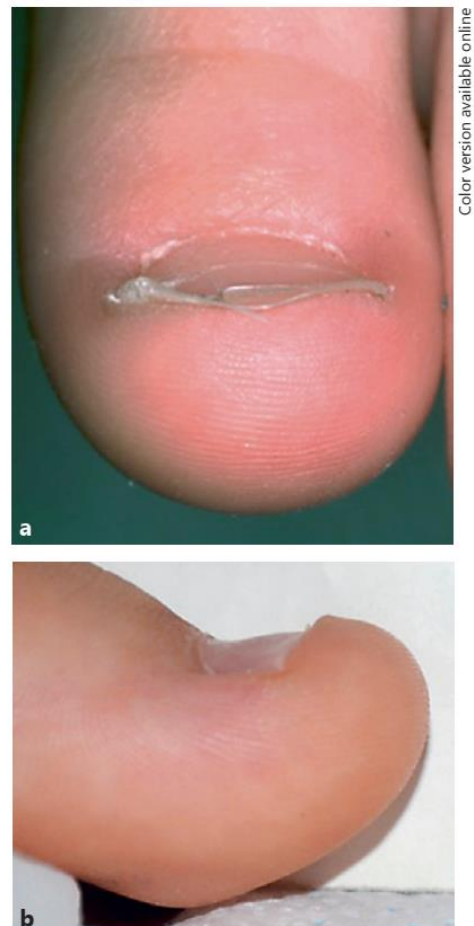
2.2. Liên quan đến yếu tố dinh dưỡng và chuyển hóa:

Thiếu sắt (Iron deficiency): Đây là nguyên nhân dinh dưỡng phổ biến nhất và đặc trưng nhất của móng hình thìa, được quan sát thấy ở khoảng 5% các trường hợp thiếu máu thiếu sắt. Mặc dù mức độ nghiêm trọng của tình trạng thiếu sắt không phải lúc nào cũng tương quan trực tiếp với sự phát



Fig. 1. Koilonychia or “spoon nails” of toenails in a child.

Hình 1: Koilonychia



Hình 2: Lõm móng (Koilonychia)

triển của móng hình thìa, nhưng nồng độ sắt tại móng sẽ tăng lên khi bệnh nhân được điều trị bổ sung sắt qua đường uống

Thiếu hụt các vi chất khác: Tình trạng này cũng có thể là dấu hiệu cảnh báo cơ thể đang bị thiếu kẽm (zinc) hoặc đồng (copper)

Rối loạn ăn uống và suy dinh dưỡng: Koilonychia có thể xuất hiện do các bất thường về dự trữ dinh dưỡng. Dấu hiệu này thường gặp ở những bệnh nhân mắc các chứng rối loạn ăn uống (như chán ăn tâm thần - Anorexia Nervosa, hoặc chứng ăn vô độ - Bulimia Nervosa) và sẽ cải thiện khi cơ thể được phục hồi dinh dưỡng

2.3. Các bệnh lý hệ thống và bệnh tại chỗ:

- Bệnh lý hệ thống: Móng hình thìa có thể là biểu hiện thứ phát của hội chứng Plummer-Vinson hoặc các rối loạn nội tiết.
- Bệnh lý da liễu: Dấu hiệu này có thể là biểu hiện của các bệnh lý viêm da như vẩy nến (psoriasis) hoặc lichen phẳng (lichen planus).
- Bệnh lý tại móng: Koilonychia có thể đi kèm với tình trạng móng mỏng, thô ráp trong chứng Trachyonychia (loạn dưỡng 20 móng). Ở trẻ sơ sinh, nó cũng có thể là một biến chứng gây ra do tình trạng phì đại bẩm sinh các nếp gấp bên của móng.
- Ngoài ra, móng hình thìa cũng có thể xuất phát từ yếu tố di truyền.

Tóm lại, dù Koilonychia là một chỉ điểm lâm sàng quan trọng để rà soát các vấn đề thiếu hụt dinh dưỡng toàn thân (đặc biệt là sắt, kẽm, đồng), nhưng khi quan sát thấy ở trẻ sơ sinh, cần hiểu đây thường chỉ là một biến thể sinh lý tạm thời có khả năng tự phục hồi theo thời gian.

3. Leukonychia

Leukonychia (chứng trắng móng) là tình trạng móng xuất hiện các vùng đổi màu trắng sữa. Về mặt cơ chế bệnh sinh, dạng "**leukonychia thực sự**" (**true leukonychia**) hình thành do các vi chấn thương hoặc khiếm khuyết tại khu vực chất nền móng (matrix), dẫn đến việc tạo ra các cụm tế bào á sừng (parakeratotic cells) vẫn còn giữ lại nhân tế bào lỏng bên trong đĩa móng. Sự hiện diện của các nhân tế bào này làm mất đi độ trong suốt tự nhiên của đĩa móng, khiến móng phản chiếu ánh sáng và biểu hiện thành màu trắng.

Tùy thuộc vào hình dáng và nguyên nhân, Leukonychia ở trẻ em thường được biểu hiện dưới hai dạng chính:

- **Leukonychia dạng đốm (Punctate leukonychia):** Đây là một biểu hiện rất phổ biến, có thể quan sát thấy rải rác trên nhiều móng tay của trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ. Nguyên nhân chủ yếu là do các **chấn thương nhẹ (trauma)** tác động lên chất nền móng trong quá trình trẻ sinh hoạt hoặc vui chơi.
- **Leukonychia dải ngang (Transverse leukonychia):** Dạng này khá hiếm gặp ở trẻ em và thông thường chỉ giới hạn ở móng ngón chân cái. Nguyên nhân thường bắt nguồn từ **chấn thương do giày dép chật** tác động lên đĩa móng dày, truyền lực đến chất nền móng ở xa và gây ra tình trạng sừng hóa khiếm khuyết theo chu kỳ. Kết quả là tạo ra một hoặc nhiều dải trắng nằm ngang, các dải này sẽ di chuyển dần về phía ngọn móng khi móng tiếp tục mọc dài ra.



Hình 3: Đốm trắng trên móng (Punctate Leukonychia)

4. Tách lớp móng (Onychoschizia), Móng khô, giòn và dễ gãy (Dry, brittle nails / Fragility)

Móng khô, giòn và dễ gãy (Dry, brittle nails / Fragility) và tình trạng tách lớp móng (Onychoschizia) là những biểu hiện bất thường đặc trưng bởi sự suy giảm chất lượng phiến móng, khiến móng dễ bị gãy, nứt hoặc bong



Hình 4: Tách lớp móng (Onychoschizia)

tróc thành từng lớp (dạng phiến) ở phần bờ tự do. Các biểu hiện này có thể xuất phát từ yếu tố sinh lý ở trẻ nhỏ hoặc là dấu hiệu cảnh báo tình trạng thiếu hụt dinh dưỡng và các rối loạn tâm lý - hành vi.

Dưới đây là các đặc điểm và nguyên nhân chi tiết của tình trạng này:

4.1. Nguyên nhân do thiếu hụt dinh dưỡng

Sự mong manh của móng tay thường phản ánh tình trạng mất cân bằng hoặc thiếu hụt các dưỡng chất quan trọng trong cơ thể:

- **Thiếu hụt acid béo thiết yếu (Essential fatty acids) và cạn kiệt lipid:** Đây là nguyên nhân phổ biến nhất khiến móng trở nên khô, giòn và dễ vỡ. Tình trạng móng giòn thường là kết quả của sự khô da nghiêm trọng (xerosis) và sự suy giảm lipid cấu trúc bảo vệ móng.
- **Thiếu hụt Canxi (Calcium):** Sự thiếu hụt canxi không chỉ ảnh hưởng đến xương mà còn làm suy giảm chất lượng của da, tóc và móng, dẫn đến tình trạng móng mỏng, khô và dễ gãy.
- **Thiếu Sắt (Iron):** Móng giòn, dễ gãy cũng là một trong những biểu hiện đi kèm rất phổ biến của tình trạng thiếu máu thiếu sắt, bên cạnh dấu hiệu móng hình thìa (koilonychia).

4.2. Mối liên hệ với các chứng rối loạn ăn uống (Eating Disorders)

Tình trạng móng khô, tách lớp có mối liên hệ mật thiết với các chứng rối loạn ăn uống, điển hình là **chán ăn tâm thần (Anorexia Nervosa - AN)**:

- Các thống kê cho thấy sự mong manh, giòn gãy của móng (fragility) chiếm tỷ lệ từ 15-33% và tình trạng tách lớp móng (onychoschizia) chiếm khoảng 9% ở những bệnh nhân mắc chứng chán ăn tâm thần.
- Nguyên nhân chủ yếu là do tình trạng **suy dinh dưỡng nghiêm trọng và nhịn ăn kéo dài** gây cạn kiệt nguồn lipid và các vi chất thiết yếu.
- Bên cạnh đó, các **hành vi mang tính cưỡng chế (compulsive behaviors)** thường gặp ở bệnh nhân rối loạn ăn uống (như thường xuyên cắn móng, cạy móng) cũng làm trầm trọng thêm tình trạng tổn thương và tách lớp móng.

4.3. Onychoschizia sinh lý thoáng qua ở trẻ sơ sinh

Tình trạng tách lớp móng (onychoschizia) đôi khi chỉ là một hiện tượng sinh lý:

- Khoảng gần 30% trẻ sơ sinh xuất hiện tình trạng tách lớp móng theo chiều ngang ở phần bờ tự do, thường gặp nhất ở ngón chân cái và ngón tay cái.
- Đây được xem là một **biến đổi sinh lý thoáng qua, hoàn toàn lành tính**. Nó tạo ra cảm giác phì đại giả ở móng nhưng không yêu cầu bất kỳ phương pháp điều trị y tế nào và sẽ tự thuyên giảm khi trẻ lớn lên.

4.4. Tiến triển và phục hồi

Đối với các trường hợp móng khô, giòn và tách lớp do nguyên nhân thiếu hụt dinh dưỡng hoặc rối loạn ăn uống, các triệu chứng này không mang tính vĩnh viễn. Tình trạng của móng sẽ **dần thuyên giảm và cấu trúc móng sẽ phục hồi trở lại bình thường khi người bệnh được can thiệp dinh dưỡng đầy đủ**, phục hồi lại cân nặng, mức lipid và các vi chất thiết yếu trong cơ thể.

5. Đường ngang móng: Đường rãnh Beau (Beau's lines), Đường Muehrcke (Muehrcke's lines) và Rụng móng (Onychomadesis)

Các đường rãnh ngang, gờ (Transverse lines, ridging) trên móng là dấu hiệu lâm sàng liên quan trực tiếp đến tình trạng **thiếu hụt protein và năng lượng (calo)** của cơ thể.

5.1. Đường rãnh Beau (Beau's lines):

Đặc điểm: Là những rãnh hoặc vết lõm mỏng nằm ngang trên bề mặt đĩa móng. Các rãnh này sẽ di chuyển dần ra phía ngoài theo sự phát triển của móng, và tốc độ mọc móng cho phép bác sĩ ước tính được khoảng thời gian kể từ khi sự kiện gây tổn thương xảy ra.

Cơ chế và nguyên nhân: Rãnh Beau hình thành do chấn thương hoặc nhiễm trùng gây viêm và tổn thương đáng kể tại chất nền móng (nail matrix), làm gián đoạn quá trình tạo móng.

Mức độ ảnh hưởng: Nếu sự kiện tổn thương chỉ xảy ra ở một ngón (ví dụ do thói quen mút ngón tay), rãnh Beau sẽ chỉ giới hạn ở ngón đó. Tuy nhiên, nếu xuất phát từ một sự kiện toàn thân (như bệnh lý hệ thống hoặc mắc bệnh Kawasaki), các rãnh ngang này có thể xuất hiện đồng loạt trên nhiều móng.

Ở trẻ nhũ nhi: Sự xuất hiện của đường rãnh Beau là một hiện tượng sinh lý rất phổ biến, bắt gặp ở khoảng **92%** trẻ vào **tuần tuổi thứ 4** và thường tự **biến mất trước 14 tuần tuổi**. Đây là hệ quả của những căng thẳng trong tử cung (intrauterine distress) hoặc sự thay đổi sinh lý trong quá trình sinh nở khiến tốc độ phát triển móng của trẻ bị giảm tạm thời.

Liên quan đến dinh dưỡng: Rãnh Beau là một phát hiện đi kèm phổ biến ở những bệnh nhân mắc chứng chán ăn tâm thần (Anorexia Nervosa) và tình trạng này thường thuyên giảm khi bệnh nhân được can thiệp phục hồi dinh dưỡng.

5.2. Đường Muehrcke (*Muehrcke's lines*):

Giống như rãnh Beau, đường Muehrcke cũng là một dạng bất thường trên móng thường được ghi nhận ở các bệnh nhân **suy dinh dưỡng do chứng rối loạn ăn uống**. Đường Muehrcke biểu hiện bằng các dải màu trắng xuất hiện ở **giường móng** (phần mô mềm chứa mạch máu nằm bên dưới đĩa móng), thường là hệ quả của tình trạng giảm albumin máu (thiếu protein) nghiêm trọng.

Vì nằm trên đĩa móng, rãnh Beau **sẽ di chuyển** dần về phía đầu móng khi móng tiếp tục mọc dài ra. Ngược lại, do sự bất thường nằm ở giường móng, đường Muehrcke **cố định và không di chuyển** theo sự phát triển của móng.

5.3. Rụng móng (*Onychomadesis*)

Nếu tác nhân chỉ ảnh hưởng đến một ngón, rãnh Beau sẽ chỉ xuất hiện ở ngón đó. Tuy nhiên, nếu là một biến cố lan rộng hơn, chẳng hạn như bệnh lý toàn thân, các rãnh có thể xuất hiện ở nhiều ngón. Trong các trường hợp nặng, tổn thương nền bên dưới có thể làm bản móng tách khỏi nếp móng gần, gây gián đoạn hoàn toàn bề dày bản móng theo chiều ngang, sau đó dẫn đến rụng móng; tình trạng này được gọi là **Onychomadesis**. **Rụng móng (Onychomadesis)** là tình trạng **đĩa móng bị tách rời hoàn toàn** khỏi nếp gấp móng gần (proximal nail fold) và dẫn đến hiện tượng bong tróc, rơi rụng móng. Hiện tượng rụng móng bắt đầu mà không kèm đau hay viêm, sau đó tiến triển thành sự tách rời hoàn toàn của bản móng, kèm các gờ ngang ảnh hưởng đến một số hoặc toàn bộ móng tay và móng chân.

Phản ứng thuốc và nhiễm trùng toàn thân được ghi nhận là các yếu tố khởi phát onychomadesis. Một trong những nguyên nhân thường gặp nhất của onychomadesis là **bệnh tay chân miệng**; đây là một nhiễm virus thường gặp ở trẻ em, đặc trưng bởi các tổn thương mụn nước ở lòng bàn tay, lòng bàn chân và khoang miệng.

Trong phổ bệnh cảnh tay chân miệng, một thể nặng gọi là “**eczema coxsackium**” — đặc trưng bởi mụn nước và trợt da xuất hiện trên những vùng da bị viêm da cơ địa — có thể liên quan đến onychomadesis. **Coxsackievirus A6 (CVA16)** được xem là enterovirus duy nhất được biết đến có thể gây ra tình trạng này.

Mặc dù tình trạng này có hồi phục và tự giới hạn, cơ chế chính xác mà bệnh gây tổn thương chất nền móng hiện vẫn chưa rõ. Không cần điều trị đặc hiệu; thông thường chỉ cần trấn an và giải thích cho gia đình là đủ.



Hình 5: Đường rãnh Beau
(Beau's lines)



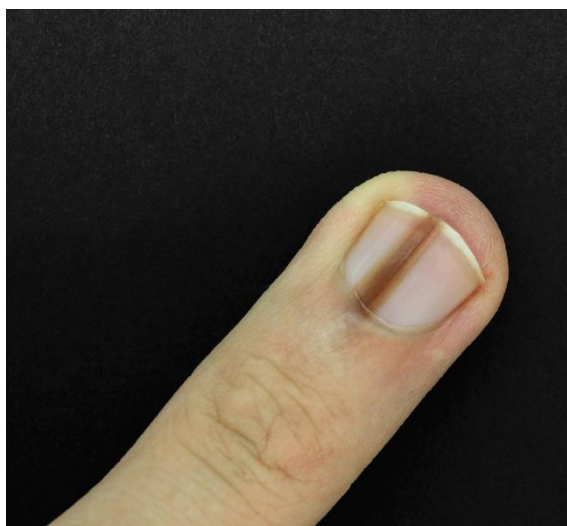
Hình 6: Đường Muehrcke
(Muehrcke's lines)



Hình 7: Rụng móng (Onychomadesis)

6. Sọc hắc tố dọc (Longitudinal melanonychia)

Các sọc dọc trên móng (Longitudinal streaks / Longitudinal striae), hay còn được gọi là sọc hắc tố dọc (Longitudinal melanonychia) khi có màu nâu, đen hoặc xám, là tình trạng xuất hiện các dải sắc tố chạy dọc theo chiều dài của đĩa móng. Tình trạng này có thể xuất hiện ở một hoặc nhiều ngón, và là một dấu hiệu lâm sàng mang nhiều ý nghĩa chẩn đoán liên quan đến dinh dưỡng, bệnh lý hệ thống hoặc tổn thương tại chỗ:



Hình 8: Sọc hắc tố dọc (Longitudinal melanonychia)

6.1. *Liên quan đến sự thiếu hụt dinh dưỡng (Đặc biệt là Vitamin B12)*

Các sọc dọc trên móng là một trong những biểu hiện đặc trưng của tình trạng **thiếu hụt Vitamin B12 (Cobalamin)**.

Khi nguyên nhân là do thiếu hụt Vitamin B12, biểu hiện sọc dọc này thường đi kèm với các dấu hiệu da liễu khác như **tăng sắc tố da** (giống như bệnh Addison) đặc biệt trên mặt, nếp gấp lòng bàn tay, các nếp gấp da, hoặc đôi khi xuất hiện tình trạng bạch biến (vitiligo) ở da và tóc.

Ngoài ra, bệnh nhân có thể biểu hiện các triệu chứng ở miệng như viêm lưỡi Hunter (Hunter's glossitis), viêm miệng aphthe, hoặc viêm khóe môi. Các biểu hiện ở da và móng này thường sẽ cải thiện và thuyên giảm khi bệnh nhân được bổ sung Vitamin B12 kịp thời.

6.2. *Liên quan đến các bệnh lý toàn thân và ngộ độc*

Bên cạnh việc thiếu hụt vitamin B12, nếu quan sát thấy các dải sọc dọc trên nhiều móng, bác sĩ cũng cần cân nhắc đến các nguyên nhân hệ thống khác. Chúng có thể là dấu hiệu cảnh báo tình trạng **ngộ độc asen (thạch tín)**, bệnh **hemochromatosis** (rối loạn ứ sắt), hoặc bệnh **suy tuyến thượng thận (Addison's disease)**.

6.3. *Tác dụng phụ của thuốc*

Các sọc dọc cũng có thể hình thành do sự kích hoạt sản xuất melanin bị kích thích bởi một số loại thuốc. Các loại thuốc thường gây ra tác dụng phụ này bao gồm doxorubicin, hydroxyurea, minocycline, thuốc chống sốt rét, hoặc thuốc zidovudine (thường dùng trong liệu pháp kháng virus điều trị HIV).

6.4. *Nguyên nhân tại chỗ (Đặc biệt phổ biến ở trẻ em)*

Nếu tình trạng sọc dọc sậm màu chỉ xuất hiện ở một móng duy nhất (thường gặp nhất là ngón cái và ngón trỏ), nguyên nhân phổ biến nhất ở trẻ em thường là do **nốt ruồi ở mầm móng (Nail matrix nevus - NMN)**.

Khoảng 75% trường hợp sọc hắc tố dọc ở trẻ em là do **sự tăng sinh tế bào hắc tố lành tính** (chủ yếu là nốt ruồi ở dải nối), và 25% còn lại là do sự kích hoạt tế bào hắc tố đơn thuần.

Mặc dù phần lớn các sọc dọc ở trẻ em là lành tính, nhưng chúng có thể có những đặc điểm lâm sàng trông giống với khối u ác tính. Do đó, nếu dải sọc này thay đổi nhanh chóng về kích thước, màu sắc hoặc ranh giới trong quá trình theo dõi, bác sĩ cần tiến hành

sinh thiết để loại trừ nguy cơ **u hắc tố dưới móng (Subungual melanoma)**, mặc dù bệnh lý này cực kỳ hiếm gặp ở độ tuổi nhi khoa.

7. Hồng ban quanh móng (Periungual erythema)

Hồng ban quanh móng (Periungual erythema) và **móng Terry (Terry's nails)** là những biểu hiện bất thường trên móng thường được ghi nhận ở những bệnh nhân đang trong tình trạng suy dinh dưỡng hoặc suy kiệt nghiêm trọng do nhịn đói, đặc biệt phổ biến ở những người mắc các chứng rối loạn ăn uống như chán ăn tâm thần (Anorexia Nervosa).



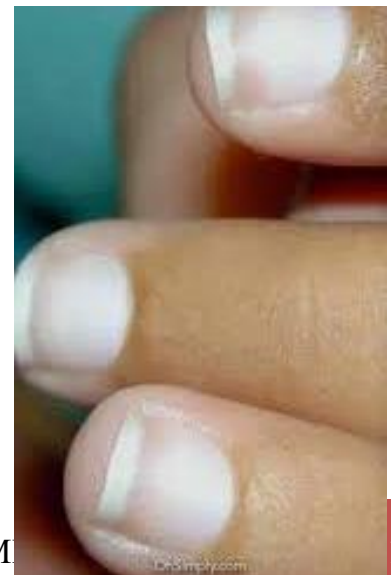
Hình 9: Hồng ban quanh móng (Periungual erythema)

Tình trạng hồng ban quanh móng xuất hiện với tần suất rất cao, được quan sát thấy ở khoảng 20% đến 48% số bệnh nhân mắc chứng chán ăn tâm thần. Sự xuất hiện của dấu hiệu này thường có mối liên hệ mật thiết với tình trạng thiếu hụt các chất dinh dưỡng thiết yếu trong cơ thể, hoặc cũng có thể là hệ quả trực tiếp từ các hành vi mang tính cưỡng chế, lặp đi lặp lại của người bệnh đối với vùng móng tay của mình.

8. Móng Terry (Terry's nails)

Móng Terry (Terry's nails) là một tình trạng bất thường ở móng, được nhận diện qua đặc trưng lâm sàng là toàn bộ đĩa móng có màu trắng đục, ngoại trừ một dải hẹp màu hồng nằm ở ngay sát ngọn móng. Dưới góc độ bệnh lý và dinh dưỡng lâm sàng, móng Terry có các đặc điểm chi tiết như sau:

- **Nguyên nhân do suy dinh dưỡng và rối loạn ăn uống:** Móng Terry là một trong những chỉ dấu lâm sàng cảnh báo tình trạng suy kiệt thể chất hoặc suy dinh dưỡng nặng. Tình trạng này đặc biệt hay gặp ở những bệnh nhân mắc chứng chán ăn tâm thần (Anorexia Nervosa) hoặc những người nhịn đói kéo dài
- **Các biểu hiện thường đi kèm:** Sự xuất hiện của móng Terry thường nằm trong một bức tranh



Hình 10: Móng Terry (Terry's nails)

tổng thể của tình trạng thiếu hụt dinh dưỡng nghiêm trọng. Bệnh nhân có thể xuất hiện đồng thời các tổn thương móng khác như đường rãnh Beau, đường Muehrcke, sự đổi màu móng do thiếu hụt Vitamin B12, hoặc tình trạng xuất huyết dưới móng dạng tia (splinter hemorrhages)

Tiến triển và khả năng phục hồi: Tổn thương móng Terry không phải là một biến đổi vĩnh viễn. Các triệu chứng bất thường này trên móng sẽ tự thuyên giảm và móng có thể dần hồi phục lại cấu trúc, màu sắc bình thường khi người bệnh được cung cấp dinh dưỡng đầy đủ và sức khỏe thể chất được phục hồi

Table 1. Classification of nail diseases in pediatric patients from birth to 5 years of age

	Age	Physiological alterations	Pathological alterations
Newborns	Birth	Koilonychia Transient physiological onychoschizia Traumatic punctate leukonychia “Pseudo-hypertrophy” of the hallux	Clubbing Nail-patella syndrome Multiple ingrown fingernails
Infants	1 month to 1 year	Transient light-brown or ochre pigmentation of the proximal nail fold Beau’s lines of the fingernails	Ectodermal dysplasias
Toddlers	1–3 years	Punctate leukonychia Pitting	Dyskeratosis congenita Epidermolysis bullosa Congenital malalignment of the hallux Congenital hypertrophy of the lateral nail folds Vertical implantation of the nail of the 5th toe Curved nail of the 4th toe Anonychia and micronychia Beau’s lines and onychomadesis
Preschoolers	3–5 years	Chevron or herringbone nails	Pachyonychia congenita Acute paronychia Blistering distal dactylitis Herpes simplex Ungual warts Trachyonychia Nail lichen striatus Longitudinal melanonychia

Bảng 1. Phân loại các bệnh lý móng ở bệnh nhi từ sơ sinh đến 5 tuổi

Tài liệu tham khảo

- Cedirian, S., Alessandrini, A., & Starace, M. V. R. (2024). Pediatric nail disorders. *Skin Appendage Disorders*, 10, 342–356. <https://doi.org/10.1159/000538835>
- Rallis, E., Lotsaris, K., Grech, V.-S., Tertipi, N., Sfyri, E., & Kefala, V. (2024). The nutrient–skin connection: Diagnosing eating disorders through dermatologic signs. *Nutrients*, 16, Article 4354. <https://doi.org/10.3390/nu16244354>

- Starace, M., Alessandrini, A., & Piraccini, B. M. (2018). Nail disorders in children. *Skin Appendage Disorders*, 4, 217–229. <https://doi.org/10.1159/000486020>
- World Health Organization. (2005). *Epidemiology and management of common skin diseases in children in developing countries* (WHO/FCH/CAH/05.12). World Health Organization.
- Duggan, C. P., Walker, W. A., Koletzko, B., & Watkins, J. B. (Eds.). (2016). *Nutrition in pediatrics* (5th ed.). People's Medical Publishing House–USA.