

4. **Phạm Thị Thu Thủy, Hồ Tấn Đạt, Nguyễn Bảo Toàn** (2018). Tỷ lệ nhiễm siêu vi viêm gan C tại tỉnh Kiên Giang.
5. **Phạm Thị Ngọc Dung, Nguyễn Văn Kính** (2016), "Tỷ lệ được điều trị và một số yếu tố liên quan đến điều trị viêm gan virus C của người bệnh đồng nhiễm HIV-HCV ngoại trú tại Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương" Tạp chí Truyền nhiễm 8-2016.
6. **Thủ tướng Chính phủ** (2015), Quyết định số 59/2015/QĐ-TTg ngày 19/11/2015 về việc Ban hành Chuẩn nghèo tiếp cận đa chiều áp dụng cho giai đoạn 2016-2020
7. **Ngô Anh Thế** (2015). Đánh giá kết quả điều trị của peginterferon alpha-2b kết hợp ribavirin ở bệnh nhân viêm gan virus C mạn tính và giá trị của Fibroscan trong chẩn đoán xơ hóa gan tại Bệnh viện bệnh nhiệt đới Trung ương, Luận văn Tiến sĩ Y khoa, Đại học Y Hà Nội.
8. **WHO**. Hepatitis Data and Statistics. [http://www.wpro.who.int/hepatitis/data/hepatitis\\_data\\_statistics/en/](http://www.wpro.who.int/hepatitis/data/hepatitis_data_statistics/en/). Polaris Observatory: Hepatitis C country profiles. Accessed on 23 July 2017.

## DỊCH TỄ HỌC LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHI LOẠN DƯỠNG VÀ DÀY MÓNG TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU TRUNG ƯƠNG VÀ BỆNH VIỆN QUỐC TẾ GREEN HẢI PHÒNG NĂM 2019-2021

Chu Thị Hà<sup>1</sup>, Vũ Văn Quang<sup>1</sup>, Lê Hữu Doanh<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

Những bất thường về móng có thể ảnh hưởng tới tâm sinh lý và có thể ảnh hưởng tiêu cực tới chất lượng cuộc sống. Ở trẻ em, hầu hết các bất thường về móng bị xem nhẹ hoặc bỏ qua, trong khi những rối loạn móng này có thể là biểu hiện ban đầu của hội chứng, rối loạn toàn thân. Vì vậy, chúng tôi nghiên cứu đề tài này với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm của bệnh nhi có loạn dưỡng và dày móng. Đối tượng nghiên cứu là trẻ dưới 16 tuổi, có biểu hiện loạn dưỡng và/hoặc dày móng. Phương pháp nghiên

cứu: mô tả một loạt ca bệnh. Trong nghiên cứu có 1243 bệnh nhân rối loạn móng, trong đó loạn dưỡng móng đơn thuần chiếm tỷ lệ 61,6%, tiếp theo là các bệnh móng khác chưa xác định, loạn dưỡng và dày móng khoảng 6,9%. Bệnh nhân thuộc nhóm loạn dưỡng và dày móng có tuổi trung bình là  $6,79 \pm 3,21$  tuổi; bệnh nhân chủ yếu đến từ các tỉnh khác; xét nghiệm công thức máu trong giới hạn bình thường; 20 bệnh nhân soi, cấy móng có nấm *Candida* và một bệnh nhân nhiễm nấm *Aspergillus versicolor*. Phân tích gen cho kết quả là 7 bệnh nhân dày móng bẩm sinh do đột biến gen *KRT6A*. Tổn thương móng dễ phát hiện, tuy nhiên còn khá nhiều các bệnh móng chưa được xác định rõ, vì vậy bên cạnh việc khám kỹ lâm sàng, hỏi tiền sử, bệnh sử có thể phải làm xét nghiệm đặc hiệu như phân tích gen để chẩn đoán chính xác bệnh, xử trí kịp thời và tránh biến chứng.

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hải Phòng

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Chu Thị Hà

Email: ctha@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2022

Ngày duyệt bài: 20.5.2022

**Từ khóa:** Dày móng bẩm sinh, móng, rối loạn móng.

disease, timely treatment and reduce complications.

**Keyword:** pachyonychia congenita, nail, nail disorders.

**SUMMARY**

**CLINICAL EPIDEMIOLOGY OF PEDIATRIC PATIENTS WITH NAIL DYSTROPHY AND NAIL THICKENED AT NATIONAL HOSPITAL OF DERMATOLOGY AND VENERELOGY AND HAI PHONG GREEN INTERNATIONAL HOSPITAL IN 2019-2021**

Nail abnormalities can negatively affect psychophysiology and quality of life. In children, most of the nail disorders are not observed by the clinician, these problems of nail could be an initial sign of a syndrome or a systemic disorder. Therefore, we study this topic with the goal of describing the clinical and subclinical characteristics of pediatric patients with dystrophy and thickening of nails. Research subjects: children under 16 years old with nail disorders. Methods: case series report. There were 1243 patients diagnosed with nail disorders, of which nail dystrophy accounted for 61.6%, followed by other unspecified nail diseases, dystrophy and nail thickening account for 6.9%.

The average age of patients who were dystrophy and thickened nail was  $6,79 \pm 3,21$  years old; they came from many provinces; their blood count tests were normal; there were 20 patients with *candida* onychomycosis and one patient with *Aspergillus versicolor*. The genetic testing has been completed; it showed 7 patients have a mutation in the keratin gene *KRT6A* which causes PC type PC-6A. Nail disorders are easy to detect, but there are still many nail diseases that have not been clearly identified, so in addition to careful clinical examination, prehistoric, and medical history, specific tests such as genetic analysis may be required to exactly diagnose the

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Móng có cấu trúc độc đáo bao gồm bản móng, nền móng, lớp đệm dưới móng, lớp móng và các nếp gấp móng xung quanh [1]. Móng không những giúp bảo vệ, làm đẹp mà còn đảm bảo cho các ngón tay/chân thực hiện chức năng một cách dễ dàng. Có nhiều nguyên nhân khác nhau ảnh hưởng đến sự bình thường của móng như tình trạng viêm, nấm, bẩm sinh và di truyền cũng như các khối u và chấn thương. Những bất thường về móng có thể ảnh hưởng tới tâm sinh lý và có thể ảnh hưởng tiêu cực tới chất lượng cuộc sống. Ở trẻ em, hầu hết các bất thường về móng bị xem nhẹ hoặc bỏ qua trong khi những rối loạn móng này có thể là biểu hiện ban đầu của hội chứng, rối loạn toàn thân [3],[5].

Trên thế giới đã có một số các nghiên cứu đã cho thấy những bất thường về móng ở trẻ em là rất phổ biến cần được phát hiện sớm để ngăn ngừa tổn thương vĩnh viễn trên móng cũng như ngăn chặn sự lây bệnh truyền nhiễm sang các móng khác [1],[6]. Tại Việt Nam, có rất ít các báo cáo về loạn dưỡng móng kết hợp với dày móng ở trẻ em. Vậy nhóm trẻ này có đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm thế nào? Bao nhiêu trong số trẻ đó mắc bệnh dày móng bẩm sinh? Đó là những câu hỏi cấp thiết từ thực tiễn. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm ở trẻ dưới 16 tuổi bị loạn dưỡng và dày móng bẩm sinh tại Bệnh viện Da liễu Trung Ương và Bệnh viện Quốc tế Green Hải Phòng từ năm 2019 đến năm 2021.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

#### 2.2.1. Đối tượng nghiên cứu

\* Tiêu chuẩn lựa chọn

- Trẻ dưới 16 tuổi, có biểu hiện loạn dưỡng và/hoặc dày móng

- Loạn dưỡng móng là biến dạng và biến màu của cấu trúc tấm móng bình thường. Dày móng là móng phát triển dày quá mức, độ dày bình thường của móng tay và móng chân lần lượt 0,5 và 1,38 mm ở nữ và 0,6 và 1,65 mm ở nam [7].

- Tiêu chuẩn chẩn đoán dày móng bẩm sinh là khi có đột biến 1 trong 5 gen Keratin *KRT6A*, *KRT6B*, *KRT6C*, *KRT16* và *KRT17* [4].

\* Tiêu chuẩn loại trừ

- Gia đình và trẻ không đồng ý tham gia nghiên cứu

#### 2.2.2. Địa điểm nghiên cứu

Bệnh viện Da liễu Trung ương và Bệnh viện Quốc tế Green Hải Phòng.

#### 2.2.3. Thời gian nghiên cứu

Từ 01/08/2019 đến 30/08/2021

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả một loạt ca bệnh

#### 2.2.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

- Cỡ mẫu: toàn bộ

- Cách chọn mẫu: Thuận tiện, tất cả các trẻ đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu.

**2.2.3. Biến số và chỉ số nghiên cứu chính:**

- Đặc điểm lâm sàng:

+ Dịch tễ: Tuổi, giới, địa dư

+ Lâm sàng: các tổn thương móng

- Đặc điểm cận lâm sàng của nhóm loạn dưỡng và dày móng

+ Máu: công thức máu

+ Soi tươi tìm nấm bằng KOH 20%; cấy nấm

+ Phân tích gen của bệnh nhân nghi ngờ dày móng bẩm sinh: Nước bọt của bệnh nhân được lấy và bảo quản trong kit theo đúng quy trình của nhà sản xuất. Sau đó kit nước bọt được gửi đi phân tích gen keratin tại đại học Dundee, Vương quốc Anh, dưới sự bảo trợ của Hội bệnh dày móng bẩm sinh Quốc tế.

#### 2.2.4. Thu thập và xử lý số liệu

- Mỗi bệnh nhân được thu thập số liệu vào bệnh án nghiên cứu riêng

- Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học, ứng dụng phần mềm SPSS

#### 2.2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng và sự đồng ý của Bệnh viện Da liễu Trung ương, Bệnh viện Quốc tế Green Hải Phòng.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi có được 1243 bệnh nhi có các rối loạn về móng.

**Bảng 1. Tỷ lệ các dạng tổn thương móng ở các đối tượng nghiên cứu**

	n	%
Móng chọc thịt	84	6,7
Móng tách	40	3,3
Móng quặp	6	0,48
Loạn dưỡng móng	766	61,6
Rãnh móng Beau	5	0,42
Loạn dưỡng + dày móng	87	6,9
Bệnh móng khác	255	20,6
<b>Tổng</b>	<b>1243</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân loạn dưỡng móng đơn thuần chiếm tỷ lệ cao nhất là 61,6%. Loạn dưỡng móng kèm dày móng có 87 bệnh nhân (6,9%).

**Bảng 2: Đặc điểm dịch tễ của nhóm loạn dưỡng và dày móng (n= 87 bệnh nhân)**

		n (%)
Tuổi trung bình	6,79 ± 3,2 tuổi	
Giới	Nam	37 (42,5)
	Nữ	50 (57,5)
Địa dư	Hà Nội	39 (44,8)
	Hải Phòng	4 (4,6)
	Tỉnh khác	44 (50,6)
Tiền sử gia đình	Đã hoặc đang mắc bệnh tương tự như bệnh nhân	11 (1,2)
	Mắc bệnh khác	9 (1,0)

**Nhận xét:** Độ tuổi trung bình là 6,79 ± 3,2 tuổi; tỉ lệ trẻ nữ cao hơn trẻ nam nhưng không có sự khác biệt. 11 trẻ có người trong gia đình bị loạn dưỡng và dày móng tương tự bệnh nhân.

**Bảng 3. Vị trí tổn thương loạn dưỡng và dày móng (n = 87)**

	n= 87	%
Móng tay	23	26,4
Móng chân	46	52,8
Cả móng tay và móng chân	18	20,6

**Nhận xét:** Tỉ lệ trẻ có loạn dưỡng và dày móng chân đơn thuần chiếm 52,8%.

**Bảng 4: Xét nghiệm công thức máu của nhóm loạn dưỡng và dày móng (n=87)**

	Trung bình	Min	Max
Số lượng hồng cầu (x 10 <sup>12</sup> )	4,0 ± 0,5	3,10	5,2
Số lượng bạch cầu (x 10 <sup>9</sup> )	8,6 ± 1,5	5,10	11,4

**Nhận xét:** Số lượng hồng cầu và bạch cầu trung bình của nhóm trẻ loạn dưỡng và dày móng nằm trong giới hạn bình thường.

**Bảng 5. Tỉ lệ nhiễm nấm ở các bệnh nhân loạn dưỡng và dày móng (n=87)**

	n	%
Nấm Candida	20	22,98
Nấm Aspergillus versicolor	1	1,15
Không có nấm	66	75,87
<b>Tổng</b>	<b>87</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Có 21 bệnh nhân (24,1%) phát hiện nấm tại móng, chủ yếu là nấm *Candida*.

- Trong số 87 trẻ loạn dưỡng móng và dày móng, chúng tôi sàng lọc được 11 trẻ gửi đi phân tích gen tìm đột biến gen keratin. Chúng tôi đã phát hiện 7 trẻ có đột biến gen keratin trong số 87 trẻ có loạn dưỡng và dày móng. Toàn bộ các đột biến đều nằm ở gen *KRT6A*



**Hình 1. Hình ảnh dày móng của 2 trong 7 bệnh nhân PC được chẩn đoán xác định bằng phân tích gen keratin. Bệnh nhân số 1: A, B; Bệnh nhân số 4: C, D.**

#### IV. BÀN LUẬN

Trong 2 năm nghiên cứu, chúng tôi thu thập được 1243 bệnh nhi có các tổn thương về móng, các bệnh nhân này nằm trong mã bệnh L60 theo ICD-10. Theo kết quả của bảng 1 thì tỉ lệ bệnh nhân loạn dưỡng móng đơn thuần chiếm tỉ lệ cao nhất là 61,6%; tiếp theo là các bệnh khác 225 bệnh nhân (20,6%); loạn dưỡng móng kèm dày móng có 87 bệnh nhân (6,9%). Theo một số tác giả thì tổn thương móng ở trẻ em gặp khoảng 3-11%; tỷ lệ bất thường móng tay ở trẻ sơ sinh là 6,8 %; theo Akbayrak A và cộng sự tỷ lệ bất thường về móng ở trẻ em và thanh thiếu niên là 37,7% [1]. Như vậy, sự phổ biến về bất thường móng tay trong dân số trẻ em chưa được biết chính xác. Điều này có thể do sự khác biệt về dân tộc, môi trường, văn hóa xã hội, nhưng quan trọng hơn nó có thể vì sự khác biệt nhất định trong thiết kế của các

nguyên cứu đó. Trong nghiên cứu này thì nhóm loạn dưỡng móng chiếm tỷ lệ cao nhất, nguyên nhân của biểu hiện này có thể do nhiễm trùng, chấn thương, vảy nến, viêm da cơ địa [3],[7]. Bên cạnh đó, nhóm tổn thương móng chưa xác định rõ bệnh cũng còn khá cao, vì vậy hiện nay chẩn đoán và điều trị các bệnh về móng vẫn còn khó khăn. Trong một số bệnh, các bác sĩ phải kết hợp tổn thương da hoặc vị trí khác và tổn thương móng giúp chẩn đoán bệnh [3].

Nghiên cứu của chúng tôi tập trung vào nhóm có loạn dưỡng và dày móng với tổng số bệnh nhân là 87 bệnh nhân. Tuổi trung bình của nhóm này là  $6,79 \pm 3,2$  tuổi, số bệnh nhân nữ cao hơn nam, tuy nhiên không có sự khác biệt trong thống kê. Móng tay ở trẻ em có những thay đổi sinh lý, vì vậy cần khám lâm sàng cẩn thận để phân biệt với tình trạng bệnh lý, xử trí và giảm các biến chứng.

Theo tác giả Singal A và cộng sự thì nhóm bệnh rối loạn móng thường gặp ở nhóm từ 3 đến 7 tuổi là móng Chevron, rỗ móng, móng lõm hình thìa, dày móng chân, bệnh bẩm sinh [6].

Các bệnh nhân trong nghiên cứu đến từ khắp các nơi trong nước, bệnh nhân tại Hà Nội chiếm khoảng 44,8%. Bệnh viện Da liễu Trung Ương là cơ sở tuyến đầu trong chẩn đoán cũng như điều trị các bệnh liên quan đến da liễu ở trẻ em và người lớn nên số lượng bệnh nhân đến khám nhiều. Trong số 87 bệnh nhân có biểu hiện loạn dưỡng và dày móng, chúng tôi ghi nhận 11 bệnh nhân trong thành viên gia đình có biểu hiện tương tự. Cụ thể là 2 trường hợp dày móng bẩm sinh là hai anh em trong một gia đình và có bố bị bệnh dày móng. Đây là bệnh di truyền trội trên nhiễm sắc thể thường nên bố bị bệnh thì có 50% nguy cơ di truyền cho con cái [4]. Các trường hợp khác là bố mẹ cũng có tình trạng nấm móng. Điều này cũng phù hợp với sự lây nhiễm trong cùng gia đình của bệnh nhân nấm móng [5],[7].

Bảng 3 cho thấy tổn thương loạn dưỡng và dày móng có thể gặp ở cả móng chân và móng tay, chiếm tỷ lệ 20,7%; trong đó chủ yếu là móng chân 52,9%. Ví dụ trong bệnh nấm móng, các nghiên cứu đều thấy tổn thương nấm móng chân phổ biến hơn móng tay [5].

Các bệnh nhân loạn dưỡng và dày móng được làm các xét nghiệm cơ bản giúp chẩn đoán bệnh như công thức máu, soi nấm móng bằng KOH 20% và cấy nấm (nếu cần thiết). Tuy bệnh nhân có biểu hiện tổn thương móng rõ ràng nhưng số lượng hồng cầu và bạch cầu trung bình không thay đổi,

theo kết quả bảng 4 thì số lượng hồng cầu trung bình là  $4.0 \pm 0.5 \times 10^{12}$ , số lượng bạch cầu trung bình là  $8.6 \pm 1.5 \times 10^9$ . Như vậy, các bệnh nhân có bệnh về loạn dưỡng và dày móng hiếm khi đi kèm biểu hiện thiếu máu cũng như biểu hiện nhiễm khuẩn rõ ràng trên cận lâm sàng. Khi tiến hành soi tươi, cấy móng của các bệnh nhân thì có 20/87 bệnh nhân có nấm móng *Candida*, 1 bệnh nhân có nấm *Aspergillus versicolor*. Nấm móng là một bệnh nhiễm trùng móng do nấm gây ra, biểu hiện bằng sự thay đổi màu móng, dày móng... Tỷ lệ nhiễm móng nói chung trên thế giới khoảng 5,5 %; khoảng 90% nấm móng chân và 75% nấm móng tay là do nấm *dermatophytes* gây ra, đặc biệt là *Trichophyton mentagrophytes* và *Trichophyton rubrum*. Các loại nấm mốc không phải nấm da có thể gây bệnh nấm móng bao gồm các loài *Aspergillus*, các loài *Scopulariopsis*, các loài *Fusarium*... Nấm móng do nấm men là không phổ biến, *Candida albicans* chiếm khoảng 70% bệnh nấm móng do nấm men [5]. Ngoài xét nghiệm soi, cấy móng thì hiện nay kỹ thuật soi da là một phương pháp hỗ trợ chẩn đoán có giá trị trong bệnh nấm móng. Khi soi da họ thấy sự đổi màu vàng của mảng móng ở hai phần bờ xa của móng, các vệt vàng / trắng, rìa gần có răng cưa, tăng sừng dưới da và vảy quanh mép. Vì vậy nếu kết hợp được cả hai xét nghiệm này giúp chẩn đoán bệnh chính xác hơn [2],[3].

Hình 1 cho thấy các hình ảnh dày móng chân và móng tay của 2 trong số 7 bệnh nhân dày móng bẩm sinh được phát hiện bằng phân tích đột biến gen keratin. Móng tay, chân dày lên, cứng, đau khiến trẻ gặp nhiều khó khăn trong sinh hoạt hàng ngày. Keratins

là các protein dạng sợi trung gian điển hình của biểu mô [8], nó rất quan trọng đối với sự ổn định cơ học và tính toàn vẹn của các tế bào và mô biểu mô. Hơn nữa, một số keratins cũng có chức năng điều tiết và tham gia vào các con đường truyền tín hiệu nội bào, ví dụ như bảo vệ khỏi căng thẳng, chữa lành vết thương. Dày móng bẩm sinh là bệnh di truyền hiếm gặp, do đột biến 1 trong 5 gen keratin *KRT6A*, *KRT6B*, *KRT6C*, *KRT16*, *KRT17* [4], [8]. Tất cả 7 bệnh nhân dày móng bẩm sinh trong nghiên cứu đều do đột biến gen *KRT6A*. Những bệnh nhân này thường có biểu hiện dày móng, dày sừng lòng bàn tay, chân và đau vị trí dày sừng; ngoài ra bệnh nhân có thể kèm bạch sản miệng... Bệnh ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân vì vậy việc chẩn đoán sớm giúp nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

## V. KẾT LUẬN

Tổn thương móng ở trẻ em cũng khá phổ biến, có thể là sinh lý hoặc bệnh lý. Do đó việc khám lâm sàng và làm một số xét nghiệm đặc hiệu là khá cần thiết, đặc biệt những bệnh hiếm và có biểu hiện tổn thương móng sớm.

## KHUYẾN NGHỊ

Dày móng bẩm sinh tuy là một bệnh lý hiếm gặp nhưng việc khai thác bệnh sử và khám lâm sàng kỹ lưỡng ba dấu hiệu điển hình của bệnh sẽ giúp định hướng chẩn đoán bệnh.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Akbayrak A, Kasap T, Takçı Z, Seçkin HY. Frequency of Nail Abnormalities in Children and Adolescents Admitted to a Dermatology Outpatient Clinic. *J Pediatr Res*. 2021;8(1):69-74.
2. Alessandrini A, Starace M, Piraccini BM. Dermoscopy in the Evaluation of Nail Disorders. *Skin Appendage Disord*. 2017;3(2):70-82. d
3. Arslan Uku S, Demir B, Cicek D, Inan Yuksel E. Assessment of nail findings in children with atopic dermatitis. *Clin Exp Dermatol*. 2021;46(8):1511-151
4. Eliason MJ, Leachman SA, Feng B jian, Schwartz ME, Hansen CD. A review of the clinical phenotype of 254 patients with genetically confirmed pachyonychia congenita. *J Am Acad Dermatol*. 2012;67(4):680-686.
5. Leung AKC, Lam JM, Leong KF, et al. Onychomycosis: An Updated Review. *Inflamm Allergy Drug Targets*. 2020;14(1):32-45.
6. Sarifakioglu E, Yilmaz A, Gorpelioglu C. Nail alterations in 250 infant patients: a clinical study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2008;22(6):741-744.
7. Starace M, Alessandrini A, Piraccini BM. Nail Disorders in Children. *Skin Appendage Disord*. 2018;4(4):217-229.
8. Steen K, Chen D, Wang F, et al. A role for keratins in supporting mitochondrial organization and function in skin keratinocytes. *Mol Biol Cell*. 2020;31(11):1103-1111.