

KHÁM BÀN TAY

Võ Thành Liêm

1. Danh mục chuyên đề

KHÁM BÀN TAY	1
1. Danh mục chuyên đề	1
2. Các câu hỏi lâm sàng	1
2.1. Khái quát ý nghĩa của cầm tay – bắt tay	1
2.2. Một số thông tin gợi ý khi cầm tay – bắt tay.....	1
2.3. Giới thiệu da bàn tay	2
2.4. Viêm da tiếp xúc	3
2.5. Viêm da tạng dị ứng.....	8
2.6. Viêm da tay bóng nước (tổ đĩa).....	9
2.7. Viêm da tay dày sừng hóa	9
3. Tham khảo- trích dẫn ⁵⁻⁹	11

2. Các câu hỏi lâm sàng

2.1. *Khái quát ý nghĩa của cầm tay – bắt tay*

Trong khám bệnh, việc cầm tay bệnh nhân mang nhiều tầm mức ý nghĩa hơn là việc chỉ nghĩ đơn giản khám bệnh. Bản thân việc nắm tay – bắt tay còn mang ý nghĩa xã giao – xã hội, đồng thời cho phép thiết lập kênh giao tiếp hiệu quả, phục vụ trực tiếp việc khám bệnh. Trong một số trường hợp, chỉ thông qua cầm tay, chúng ta đã có thể tiếp cận chẩn đoán nhanh một số bệnh lý chuyên biệt hoặc góp nhiều thông tin khác cho định hướng chẩn đoán về sau. Phần liên quan đến khía cạnh tâm lý của buổi khám và cầm tay sẽ không đề cập trong bài này.

2.2. *Một số thông tin gợi ý khi cầm tay – bắt tay*

Một số yếu tố thông tin có thể gợi ý như sau:

- Bệnh nhân gặp khó khăn khi đưa tay có thể là dấu gợi ý của tình trạng yếu liệt cơ (tai biến mạch máu cũ, bệnh thần kinh trung ương hoặc ngoại biên), của tăng trương lực cơ khu trú hoặc toàn thân (gặp trong bệnh Parkinson), của bệnh lý cơ xương khớp của vùng ngón tay - bàn tay- cổ tay – cánh tay như bệnh viêm đa khớp dạng thấp, hội chứng ống cổ tay, ...
- Bàn tay tiết nhiều mồ hôi là dấu hiệu gợi ý tình trạng cường giao cảm gặp trong nhiều tình trạng khác nhau. Trong trường hợp cường giáp thì bàn tay sẽ ẩm ướt, run biên độ nhẹ, tần số cao, lòng bàn tay đỏ. Trong trường hợp bệnh nhân có lo lắng, căng thẳng thì dấu hiệu cũng tương tự nhưng lòng bàn tay sẽ không đỏ.

Ngoài ra, một tình trạng gây biểu hiện thông qua hội chứng cường giao cảm chung cũng có thể là nguyên nhân gây tiết mồ hôi tay : gặp trong hạ đường huyết, u tủy thượng thận, nóng sốt trong đáp ứng viêm do nguyên nhân nhiễm trùng hoặc không nhiễm trùng, ...

- Mô cơ bàn tay mềm giống như bàn tay-chân của trẻ em, có thể gợi ý tình trạng bệnh mạch máu thần kinh đối bên. Trong trường hợp dấu hiệu này xuất hiện ở cả 2 bàn tay, có thể nghĩ đến bệnh lý vỏ não 2 bán cầu gặp trong bệnh Alzheimer.
- Với bệnh nhân bị cường hormone tăng trưởng sẽ có hiện tượng to các đầu chi (acromegaly), thông qua nắm tay có thể ghi nhận một số dấu đặc thù như bàn tay to, ôm hết bàn tay của bác sĩ khám, mô da mềm và có vẻ đầy đặn.
- Đối với bệnh nhân bị Parkinson, chỉ với động tác nắm tay, triệu chứng run sẽ không rõ, khó phát hiện. Tuy nhiên, chúng ta có thể khám thấy có dấu cứng cơ thông qua động tác cử động của khớp khuỷu tay (dấu bánh xe răng cưa). Tứ chứng vận động điển hình của bệnh Parkinson là: rối loạn cử động chậm, run cơ khi nghỉ, cứng cơ và dáng đi chậm chạp. Ngoài ra, bệnh nhân cũng có thể có các dấu chứng về thần kinh của các bệnh lý phối hợp khác, cũng có thể phát hiện thông qua động tác nắm tay.
- Hình dáng bất thường của ngón tay có thể gợi ý một số thông tin. Khớp gian ngón to là biểu hiện của viêm khớp, gặp trong bệnh viêm đa khớp dạng thấp, hiếm hơn có thể gặp ở bệnh xương Paget. Khớp ngón tay biến dạng cổ thiên nga, cứng khớp thể hiện giai đoạn trễ của các bệnh viêm của khớp. Các nốt thấp cũng có thể gặp ở ngón tay.
- Bàn tay to không đối xứng một bên có thể là do công việc lao động chân tay, đi kèm với dày da và có các nốt chai da vùng bờ lòng bàn tay và khớp bàn ngón. Nếu tay to cả 2 bên thì có thể nghĩ đến bệnh phù cơ (myxedema).
- Tình trạng dinh dưỡng cũng có thể được đánh giá phần nào thông qua việc nắm bàn tay. Ở bệnh nhân suy dinh dưỡng kéo dài mãn tính, chúng ta có thể ghi nhận tình trạng teo thiếu dưỡng các cơ gian ngón, cơ giạng – cơ khép ngón cái. Tình trạng mô mỡ dưới da cũng có thể được nhận định nhanh chóng thông qua động tác bắt tay.

2.3. Giới thiệu da bàn tay

Viêm da bàn tay là bệnh của da thường gặp ở mọi lứa tuổi, đồng đều giữa 2 giới. Trong bối cảnh chăm sóc y học gia đình, việc nhận biết sớm, chẩn đoán, điều trị và hiểu các bệnh lý liên quan có thể giúp nâng cao chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

So với các vùng da khác của cơ thể, da vùng tay được xem là phơi nhiễm nhiều với các yếu tố hóa chất – vật lý – sinh học, và dễ bị tổn thương hơn hết. Do vậy, bệnh viêm da bàn tay, còn gọi là chàm da bàn tay, là vấn đề sức khỏe da liễu thường gặp (Warshaw, Lee, & Storrs, 2003). Yếu tố thuận lợi của bệnh có thể là do tính chất đặc thù của công việc tiếp xúc thường xuyên với hóa chất như nghề in – nhuộm vải, da thuộc (tiếp xúc với thuốc nhuộm), sửa xe (tiếp xúc với dầu khí, xăng nhớt, chất dung môi), vệ sinh công ty (tiếp xúc với chất tẩy rửa...), uốn tóc (chất nhuộm, dung môi), kinh doanh ăn uống (tiếp xúc với môi trường ẩm thấp, chất tẩy rửa...) hoặc các nghề gây các vi chấn thương – vết thương tại da tay (xây dựng). Các yếu tố thuận lợi này cần được quan tâm chú ý trong chăm sóc bệnh viêm da. Nhân viên y tế cần giải thích cho người bệnh về mối liên hệ

nguyên nhân – hậu quả đối với tình trạng viêm da để có thể có sự cộng tác tốt, thay đổi thói quen, giảm sự phơi nhiễm của người bệnh đối với tác nhân kích thích.

Có thể chia tình trạng viêm da tay thành 4 nhóm chính (Warshaw et al., 2003).

- Viêm da tay tiếp xúc (viêm da dị ứng allergic dermatitis và viêm da kích thích irritant dermatitis)
- Viêm da tay tạng dị ứng (atopic hand dermatitis)
- Viêm da tay bóng nước (dyshidrotic eczema)
- Viêm da tay dày sừng hóa (hyperkeratotic dermatitis)

Điểm lưu ý là các tình trạng này có thể đồng thời xuất hiện trên cùng một san thương da tay. (Warshaw et al., 2003).

2.4. Viêm da tiếp xúc

Viêm da tiếp xúc bao gồm 2 nhóm bệnh hoàn toàn khác biệt là: Viêm da tiếp xúc do có tác nhân kích thích trực tiếp lên da và tình trạng viêm da tiếp xúc dị ứng xảy ra do phản ứng tự miễn kháng nguyên – kháng thể gây ra tình trạng viêm tại da và tổn thương da.

	Kích thích trực tiếp	Tiếp xúc dị ứng
Tỷ lệ hiện mắc	Rất phổ biến, khoảng 80% trường hợp viêm da tay	Ít phổ biến
Cơ chế	Do tác nhân hóa học – vật lý tác động trực tiếp lên mô da, gây tổn thương, tạo phản ứng viêm tại chỗ	Thông qua cơ chế miễn dịch. Tác nhân dị nguyên kích thích phản ứng miễn dịch toàn thân. Phức hợp kháng nguyên – kháng thể gây phản ứng viêm tại chỗ và gây tổn thương da
Phơi nhiễm trước đó với tác nhân	Không cần có Các tổn thương xuất hiện ở lần đầu tiên tiếp xúc	Phải phơi nhiễm trước đó với tác nhân đặc hiệu Không có tổn thương ở lần đầu tiên tiếp xúc
Vị trí ảnh hưởng	Trực tiếp ngay vị trí có tiếp xúc với tác nhân, có thể tổn thương da lan rộng đôi chút xung quanh	Tổn thương da xuất hiện tại vị trí tiếp xúc và ở những vùng da khác xa vị trí tiếp xúc
Đặc tính mãn cảm	Tác nhân có thể gây bệnh ở nhiều người có tiếp xúc	Tác nhân chỉ gây bệnh ở một số người có mãn cảm
Thời gian khởi phát bệnh	Khởi phát nhanh ngay sau tiếp xúc	Thường khởi phát chậm sau phơi nhiễm (thường >24h)

2.4.1. Viêm da tiếp xúc do kích thích trực tiếp

Đặc điểm của thể bệnh này là tình trạng phá hủy lớp keratin bảo vệ, ảnh hưởng đến chức năng che chắn, chống thấm của lớp thượng bì gây ra bởi các tác nhân hóa học, vật

lý. Chất kích thích có thể gây tổn thương cấp tính ngay lần tiếp xúc đầu tiên (gặp đối với chất kích thích mạnh như acid, kiềm...), hoặc tích lũy dần qua nhiều lần tiếp xúc (phá hủy – bào mòn từ từ lớp thượng bì của da).

Đa phần các trường hợp, bệnh có tính chất mạn tính, xuất hiện chậm do mang tính tích lũy dần dần, không rõ ràng ngay thời điểm tiếp xúc. Bên cạnh đó, bệnh viêm da tiếp xúc do kích thích lại xuất hiện lồng ghép với bệnh cảnh của viêm da tạng cơ địa dị ứng. Do vậy, người bệnh có thể lầm tưởng, quan niệm rằng do dị ứng. Vai trò của nhân viên y tế là cần giải thích cơ chế và nêu rõ tác nhân kích thích gây bệnh, từ đó loại trừ - hạn chế sự tiếp xúc với tác nhân.

Trong bệnh cảnh cấp tính, dưới tác dụng của tác nhân mạnh, vùng da tiếp xúc sẽ có biểu hiện hồng ban màu đỏ - nâu và có những mụn nước viêm. Tổn thương xuất hiện nhanh, thường trong vòng 6-12 giờ sau khi tiếp xúc, đau, ngứa, ngay tại vị trí tiếp xúc. Nếu xuất hiện thương tổn da tại vị trí xa nơi tiếp xúc thì cần nghĩ đến chẩn đoán khác. Nếu tác nhân được dỡ bỏ (không tiếp xúc nữa), thương tổn da phục hồi nhanh. Do đặc điểm xuất hiện và phục hồi nhanh với sự tiếp xúc tác nhân, người bệnh thường dễ dàng thiết lập được mối quan hệ nhân quả và khu trú được tác nhân gây bệnh.

Đối với bệnh cảnh bán cấp hoặc mạn tính, thương tổn da xuất hiện chậm và kéo dài, gây bệnh cảnh rất dễ nhầm lẫn với các chẩn đoán khác. Biểu hiện có thể là dày da, nứt da, bong vảy, đóng mày do xuất tiết, dễ nhiễm trùng thứ phát trên nền da bị tổn thương. Bệnh cảnh mạn tính đặc biệt thường gặp ở người nội trợ, liên quan đến tính chất công việc và bối cảnh tiếp xúc tái đi tái lại với tác nhân gây bệnh.

Một số bệnh cảnh đặc biệt như viêm da tiếp xúc do tả gặp ở trẻ em, vùng da bệnh có biểu hiện dày lớp sừng (có nhiều nếp gấp da trên nền da dày sừng hóa), có thể có xuất tiết nếu viêm nặng, loét trợt, bóng nước. Bệnh này có thể phân biệt với tình trạng viêm da do candida thông qua đặc điểm không có viêm da tại các nếp gấp sinh lý (vùng da nếp gấp không tiếp xúc với tả lót), ngược lại bệnh viêm da do candida lại xuất hiện chủ yếu vùng nếp gấp. Bệnh cảnh đặc thù khác là viêm da do chất tẩy rửa gặp ở người phụ nữ, thương tổn thường gặp tại các vị trí nếp gấp vì đây là nơi mà tác nhân dễ đọng lại, tích tụ kéo dài và khó rửa trôi.

Chẩn đoán bệnh dựa chủ yếu vào đặc điểm lâm sàng và bệnh sử chi tiết. Xét nghiệm cận lâm sàng không giúp nhiều cho chẩn đoán.

Điều trị cần dựa chính vào việc tránh tiếp xúc với tác nhân gây thương tổn da. Người bệnh cần được giải thích sự liên đới giữa bệnh với tính chất công việc, môi trường sống và tác nhân nguy cơ với tình trạng của bệnh. Sự cộng tác của người bệnh là yếu tố quyết định đối với sự thành công của điều trị chống tái phát.



Hình 2.1: Hình viêm da tiếp xúc do kích thích trực tiếp (trích từ www.medscape.com)

2.4.2. Viêm da tiếp xúc dị ứng

Thể viêm da này chiếm tỷ lệ khoảng 1-2% dân số. Đặc điểm của bệnh này là người bệnh phải được tiếp xúc với dị nguyên trước và đã hình thành kháng thể miễn dịch chuyên biệt (hóa miễn muộn thông qua lympho T, phản ứng miễn dịch type IV). Một số dị nguyên có thể thường gặp như niken, chrome, các dẫn xuất của cao su, chất bảo quản, kháng sinh ngoài da và đôi khi là cả thuốc corticoid thoa da. Các tác nhân này có thể gặp trong môi trường làm việc hoặc trong môi trường sinh sống. Trong phần lớn các trường hợp, việc xác định dị nguyên khó thực hiện trên lâm sàng. Bộ test thử da cho phép xác định một số tác nhân thường gặp. Tuy nhiên, test da âm tính không cho phép loại trừ bệnh viêm da tiếp xúc dị ứng.

Biểu hiện lâm sàng thường gặp là tình trạng viêm da cấp (hồng ban lan rộng, mụn nước, xuất tiết, phù viêm) hoặc diễn tiến mãn tính (dày da, sừng hóa, nứt da, bong vảy da) ở những vị trí có tiếp xúc trực tiếp với kháng nguyên hoặc vùng da xa hơn. Đây là đặc điểm khác với bệnh cảnh của viêm da tiếp xúc do kích thích trực tiếp. Viêm da thể dị

ứng thường gặp tại vùng mặt lưng bàn tay và kẽ ngón, khác với thể viêm da tiếp xúc do chất kích thích thường gặp tại vùng lòng bàn tay.

Vì sự miễn cảm của da có thể xuất hiện sau nhiều năm tiếp xúc kéo dài với dị nguyên, người bệnh có thể không nhận biết rõ tác nhân gây dị ứng, đây cũng là đặc điểm khác biệt so với bệnh viêm da tiếp xúc trực tiếp. Do sự liên đới với tác nhân không rõ nên việc điều trị cũng khó thành công, nhất là khi không thể thuyết phục bệnh nhân tránh tác nhân gây dị ứng.



Hình 2.2: Viêm da bong vảy nhỏ tại lòng bàn tay, ngón tay (trích từ www.medscape.com)



Hình 2.3: Viêm da dị ứng tại vùng kẽ ngón (trích từ www.medscape.com)



Hình 2.4: Hình ảnh bong vảy da ở phần mu bàn tay (trích từ www.medscape.com)

Phản điều trị dựa chủ yếu vào phòng ngừa tiếp xúc với tác nhân gây dị ứng. Do vậy, việc khai thác bệnh sử chi tiếp để xác định tác nhân, đồng thời phải giải thích để bệnh nhân hợp tác điều trị là những việc quan trọng ưu tiên làm. Kem thoa chứa thuốc nhóm corticosteroid được khuyến cáo ưu tiên sử dụng trong đợt bệnh cấp. Trong một số trường hợp bệnh nặng vẫn có thể dùng thuốc corticoid đường uống. Kháng sinh chỉ nên

dùng khi có nghi ngờ nhiễm trùng thứ phát trên nền san thương viêm da. Triệu chứng ngứa da có thể là chỉ định sử dụng thuốc antihistamine.

Cần phân biệt viêm da tiếp xúc do dị ứng (miễn dịch type IV) với bệnh mề đay da (miễn dịch type I thông qua sự phóng thích các không bào chứa histamin của mô bào gây phản ứng giãn mạch cấp tại chỗ (mề đay) đến toàn thân (hen phế quản, trụy tim mạch). Đặc điểm là triệu chứng xuất hiện nhanh, lan tỏa và hết nhanh sau khi ngưng tiếp xúc với dị nguyên.

2.5. Viêm da tạng dị ứng

Là thể viêm da mãn thường gặp, mang tính chất di truyền, khởi phát sớm trong những năm đầu tiên của cuộc đời và thường đi kèm với những biểu hiện bệnh dị ứng khác như hen phế quản, viêm mũi dị ứng. Hầu hết bệnh nhân có viêm da tạng dị ứng có tiền sử gia đình liên quan đến ba bệnh chàm da (viêm da), viêm mũi dị ứng và hen phế quản.

Khoảng 60% bệnh nhân bị viêm da tạng dị ứng khởi phát từ lúc nhỏ, có thể đến lúc 6 tuần tuổi với những tổn thương có vảy ngứa vùng da đầu, mặt và thân. Triệu chứng ngứa làm cho trẻ bức rức, khóc quấy và có nhiều vết gầy trên da.

Biểu hiện lâm sàng của da trong giai đoạn cấp là hồng ban, mụn nước, xuất tiết dịch viêm. Diễn tiến mạn tính sẽ có hình ảnh dày da từng mảng (lichen hóa) với các rãnh trên nền da dày.

Chẩn đoán dựa chủ yếu vào khám lâm sàng và bệnh sử cá nhân – gia đình chi tiết. Các yếu tố thuận lợi bao gồm có tiền căn viêm mũi dị ứng, hen phế quản. Về đặc điểm lâm sàng, triệu chứng ngứa là điển hình. Nếu bệnh nhân không ngứa da thì cần nghĩ đến chẩn đoán phân biệt khác.

Điều trị dựa vào các nhóm thuốc thoa tại chỗ hoặc dùng toàn thân có chứa corticoid, antihistamin. Trong vài trường hợp, có thể dùng thêm thuốc kháng sinh nếu nghi ngờ bội nhiễm. Do hầu hết bệnh nhân viêm da tạng dị ứng có da khô, do vậy cần sử dụng thêm thuốc làm mềm da, vừa làm giảm triệu chứng ngứa, vừa làm giảm lượng thuốc corticoid sử dụng. Ngoài ra, các biện pháp băng ướt, băng che bảo vệ thuốc, liệu pháp dùng tia cực tím cũng phần nào cải thiện tình trạng bệnh. Tuy vậy, hiện chưa có biện pháp nào là an toàn, hiệu quả để loại trừ vĩnh viễn tình trạng bệnh.

2.6. Viêm da tay bóng nước (tổ đĩa)



Hình 2.5: Hình viêm da dạng tổ đĩa (trích từ www.medscape.com)

Viêm da tay bóng nước là bệnh da mãn tính tái diễn chưa rõ cơ chế bệnh sinh xuất hiện ở vùng ngón tay, lòng bàn tay hoặc lòng bàn chân với đặc điểm chuyên biệt là các bóng nước kèm ngứa nhiều.

Về mặt dịch tễ, bệnh thường gặp ở nữ hơn nam giới, biểu hiện nặng ở người có stress. 50% bệnh nhân có bệnh viêm da bóng nước ở tay ghi nhận có tiền căn viêm da cơ địa dị ứng. Một số tác giả ghi nhận có tỷ lệ cao có biểu hiện dị ứng với nickel hoặc với các tác nhân khác. Nguyên nhân của kiểu viêm da này còn chưa rõ.

Đặc điểm lâm sàng là những mụn nước trong hoặc bóng nước trong xuất hiện ở lòng bàn tay và mặt bên của các ngón tay. Các mụn nước xuất hiện đột ngột và có thể kéo dài 2-3 tuần. Mụn nước hình đám nhỏ nằm ở sâu phía dưới lớp thượng bì của da không kèm theo hồng ban tạo hình ảnh giống như các bột báng (từ tiếng anh là tapioca-like appearance). Bệnh xuất hiện thành từng đợt, tập trung chủ yếu ở lòng bàn tay trong 80% trường hợp, lòng bàn chân trong 10% trường hợp hoặc phối hợp cả hai trong 10% trường hợp còn lại.^{1,2} Móng tay có nếp ngang cũng là một trong những đặc điểm của bệnh này

Việc điều trị dựa vào thuốc antihistamin toàn thân nhằm kiểm soát triệu chứng ngứa và phòng ngừa nhiễm trùng thứ phát. Nếu thất bại với antihistamin, có thể sử dụng thuốc corticoid thoa da tại chỗ trong thời gian ngắn.

2.7. Viêm da tay dày sừng hóa

Viêm da dày sừng hóa ở tay thường gặp ở nam trong độ tuổi từ 40-60^{1,3}. Thương tổn da thường được mô tả là khô, bong vảy da mịn trên nền sần thương dày sừng hóa, thường có ngứa da nhẹ⁴. Nếu có xuất hiện nứt da hoặc trầy da thì sẽ gây đau và có thể kéo dài vài năm³. Các yếu tố thuận lợi có thể bao gồm viêm da tạng dị ứng, viêm da tiếp xúc dị ứng, viêm da tiếp xúc do tác nhân kích thích, do cọ sát da kéo dài. Phản ứng test

da với dị nguyên thường âm tính. Phần lớn bệnh nhân có biểu hiện bệnh diễn tiến mãn tính ổn định. Phần da san thương chỉ khô, dày sừng hóa xuất hiện ở mặt lòng bàn tay, bàn chân³.

Một số bệnh lý có thể gây biểu hiện giống như viêm da dày sừng hóa như nấm da, viêm da tiếp xúc dị ứng hay do chất kích thích, gẻ. Đặc điểm phân biệt là bệnh viêm da dày sừng hóa chỉ viêm khu trú tại chỗ và không có diễn tiến lan rộng, trong khi các mặt bệnh khác thì ngược lại. Do đặc điểm bệnh tái đi tái lại thành từng đợt, và các thuốc điều trị hiện nay là không đặc hiệu đưa đến việc kiểm soát bệnh là không dễ và cần ý kiến bác sĩ chuyên khoa da liễu.



Hình 2.6: Hình dày da lòng bàn tay (trích từ www.medscape.com)



Hình 2.7: Hình dày da lòng bàn tay (trích từ www.medscape.com)

3. Tham khảo- trích dẫn ⁵⁻⁹

1. Mennel. Hyperkeratotic dermatitis of the palms. In: Mennel T, Maibach HI, eds. Hand eczema 2nd ed. Boca Raton, FL: *CRC Press*; 2000.
2. Veien N.K., Mennel T. . Acute and recurrent vesicular hand dermatitis (pomphylx). In: Hand eczema 2nd ed. Boca Raton, FL: *CRC Press*; 2000.
3. Warshaw E., Lee G., Storrs F. J. **Hand dermatitis: a review of clinical features, therapeutic options, and long-term outcomes.** *American journal of contact dermatitis : official journal of the American Contact Dermatitis Society*. [2003];14:119-37.
4. Wilkinson D.S. . Introduction, definition, and classification. In: Hand eczema 2nd ed. Boca Raton, FL: *CRC Press*; 2000.
5. Baran R, Dawber RPR, De Berker D, et al. (2001). Baran & Dawber's Diseases of the Nails and Their Management. 3rd ed. London, UK: *Blackwell Publishing* p.
6. Fawcett R. S., Linford S., Stulberg D. L. **Nail abnormalities: clues to systemic disease.** *Am Fam Physician*. [2004];69:1417-24.
7. Koler R. A., Montemarano A. **Dermatomyositis.** *Am Fam Physician*. [2001];64:1565-72.
8. Site Web: Cleveland Clinic Web site: Nail disease: signs for the internist. 2008. (Accessed 2 tháng 3, 2008, at <http://www.clevelandclinicmeded.com/medicalpubs/diseasemanagement/dermatology/naildisease/naildisease.htm>.)
9. Site Web: Examining the Fingernails When Evaluating Presenting Symptoms in Elderly Patients. 2009. (Accessed 23 tháng 11, 2009, at Medscape.)