

NAIL PSORIASIS IN AN ADULT SUCCESSFULLY TREATED WITH A SERIES OF HERBAL SKIN CARE PRODUCTS FAMILY – A CASE REPORT

M. TIRANT¹, J. HERCOGOVÁ^{2,3}, M. FIORANELLI⁴, S. GIANFALDONI⁵, A.A. CHOKOEVA^{6,7},
G. TCHERNEV⁸, U. WOLLINA⁹, F. NOVOTNY¹⁰, M.G. ROCCIA¹¹,
G.K. MAXIMOV¹², K. FRANÇA^{13,14} and T. LOTTI¹⁵

¹Psoriasis & Skin Clinic, Melbourne, Australia; ²2nd Medical Faculty, Charles University, Bulovka Hospital; ³Institute of Clinical and Experimental Medicine, Prague, Czech Republic; ⁴Department of Nuclear Physics, Sub-nuclear and Radiation, G. Marconi University, Rome, Italy; ⁵Dermatological Department University of Pisa, Pisa, Italy; ⁶“Onkoderma”- Policlinic for dermatology and dermatologic surgery, Sofia, Bulgaria; ⁷Department of Dermatology and Venereology, Medical University of Plovdiv, Medical faculty, Plovdiv, Bulgaria; ⁸Medical Institute of Ministry of Interior (MVR), Department of Dermatology, Venereology and Dermatologic Surgery, Sofia, Bulgaria; ⁹Department of Dermatology and Allergology, Academic Teaching Hospital Dresden-Friedrichstadt, Dresden, Germany; ¹⁰PRO SANUM Ltd., Sanatorium of Prof. Novotný, Štěpánská Prague 1, Czech Republic; ¹¹University B.I.S. Group of Institutions, Punjab Technical University, Punjab, India; ¹²Department “Medicinal Information and Non-interventional studies”, Bulgarian Drug Agency, Sofia, Bulgaria; ¹³Department of Dermatology & Cutaneous Surgery; Department of Psychiatry & Behavioral Sciences, Institute for Bioethics & Health Policy, University of Miami, Miller School of Medicine, Miami, FL, USA; ¹⁴Centro Studi per la Ricerca Multidisciplinare e Rigenerativa- Università Degli Studi “G. Marconi”, Rome, Italy; ¹⁵Chair of Dermatology, University of Rome “G. Marconi” Rome, Italy

Psoriasis is a common chronic inflammatory dermatosis that causes significant distress and morbidity. Approximately 50% of patients with cutaneous psoriasis and 90% of patients with psoriatic arthritis demonstrate nail involvement of their psoriasis. Left untreated, nail psoriasis may progress to debilitating nail disease that leads to not only impairment of function but also on quality of life. We report the case of a 50-year-old male patient with recalcitrant nail dystrophies on the fingers since the age of 40, who responded successfully to Dr. Michaels[®] product family. The patient had a 35-year history of plaque psoriasis localised on the scalp, ears, groin, limbs, and trunk and with psoriatic arthritis. The nail symptoms consisted of onycholysis, onychomycosis, leukonychia, transverse grooves, nail plate crumbling and paronychia of the periungual skin. This case represents the efficacy and safety of the Dr. Michaels[®] (Soratinex[®] and Nailinex[®]) product family with successful resolution of nail dystrophies and surrounding paronychia with no reported adverse events.

Mailing address:

Professor Torello Lotti,
Department of Dermatology,
University of Rome “G. Marconi”,
Rome, Italy
e-mail: professor@torellolotti.it

0393-974X (2016)

Copyright © by BIOLIFE, s.a.s.

This publication and/or article is for individual use only and may not be further reproduced without written permission from the copyright holder.

Unauthorized reproduction may result in financial and other penalties

DISCLOSURE: ALL AUTHORS REPORT NO CONFLICTS OF INTEREST RELEVANT TO THIS ARTICLE.

BÁO CÁO LÂM SÀNG: BỆNH NHÂN VẢY NÉN MÓNG ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ THÀNH CÔNG BẰNG DÒNG SẢN PHẨM THẢO DƯỢC DÙNG NGOÀI DA

M.TIRANT¹, J. HERCOGOVÁ^{2,3}, M. FIORANELLI⁴, S. GIANFALDONI⁵, A.A. CHOKOEVA^{6,7},
G.TCHERNEV⁸, U.WOLLINA⁹, F. NOVOTNY¹⁰, M.G. ROCCIA¹¹,
G.K. MAXIMOV¹², K. FRANÇA^{13,14} và T.LOTTI¹⁵

¹Viện Da và Vảy nến, Melbourne, Úc; ² Khoa Y, ĐH Charles, Bệnh viện Bulovka, ³Viện Y học thực hành và lâm sàng, Prague, Cộng hòa Séc; ⁴Khoa Y học hạt nhân, phóng xạ và cận hạt nhân, ĐH G. Marconi, Rome, Ý; ⁵Khoa Da liễu, ĐH Pisa, Pisa, Ý; ⁶ Phòng đa phẫu và tiểu phẫu về da liễu Sofia, Bulgaria; ⁷ Khoa Da liễu, ĐH Y Plovdiv, Khoa Y, Plovdiv, Bulgaria; ⁸ Viện Y học Bộ Nội vụ, Khoa Da liễu và Tiểu phẫu da liễu, Sofia, Bulgaria; ⁹Khoa Da liễu và Dịch miễn dịch học, Bệnh viện Đại học Dresden-Friedrichstadt, Dresden, Đức; ¹⁰ Công ty PRO SANUM LTD., lãnh đạo là GS Novotny, Prague I, Cộng hòa Séc; ¹¹ ĐH B.I.S. Nhóm viện nghiên cứu trực thuộc ĐH Công nghệ Punjab, Punjab, Ấn Độ; ¹² Khoa Nghiên cứu thông tin y học và nghiên cứu không can thiệp, Cục quản lý dược Bulgaria; ¹³Khoa Da liễu và phẫu thuật dưới da, Khoa Tâm lý và Hành vi học, Viện Chính sách và đạo đức y học, ĐH Miami, ĐH Y Miller, Florida, Mỹ; ¹⁴ Trung tâm nghiên cứu đa chức năng, ĐH Degli G. Marconi, Rome, Ý; ¹⁵ Trường khoa Da liễu, ĐH Rome G. Marconi, Rome, Ý.

Vảy nến là một bệnh lý viêm da mạn tính khá phổ biến, gây ra đau khổ và gánh nặng bệnh tật lớn. Khoảng 50% bệnh nhân vảy nến trên da và 90% bệnh nhân viêm khớp vảy nến có tổn thương móng đi kèm. Nếu không điều trị, tổn thương móng trong vảy nến có thể tiến triển thành tình trạng suy nhược móng, không những gây ảnh hưởng tới chức năng mà còn gây ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống. Trong phạm vi bài này, chúng tôi báo cáo về trường hợp ca bệnh của bệnh nhân nam, 50 tuổi, với tình trạng loạn dưỡng móng dai dẳng trên các ngón tay kể từ năm 40 tuổi và đã đáp ứng tốt với điều trị bằng dòng sản phẩm Dr Michaels®. Bệnh nhân có tiền sử mắc vảy nến thể mảng 35 năm, tổn thương tại vị trí da đầu, tai, bẹn, trên các chi, thân mình và có viêm khớp vảy nến. Các biểu hiện trên móng gồm có bong móng, nấm móng, móng trắng, vân móng ngang, bong đĩa móng và viêm mé móng. Ca bệnh này cho thấy hiệu quả và tính an toàn của dòng sản phẩm Dr Michaels® (Soratinex® và Nailinex®) trong việc loại bỏ hoàn toàn tình trạng loạn dưỡng móng cũng như tình trạng viêm móng xung quanh mà không ghi nhận bất cứ biến cố không mong muốn nào.

Vảy nến là một bệnh lý viêm da mạn tính và hay tái phát, ảnh hưởng đến da, móng và khớp. Tổn thương móng là một trong những biểu hiện thường gặp trong vảy nến, xuất hiện trong 50% các trường hợp chỉ có tổn thương da và trong 90% các trường hợp có viêm khớp vảy nến (1).

Khi không được điều trị, tổn thương móng do vảy nến sẽ gây đau nhiều, khó chịu, và trở thành nguyên nhân hàng đầu gây ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống và công việc (2).

Từ khóa: Vảy nến móng, viêm khớp vảy nến, vảy nến thể mảng, loạn dưỡng móng, dày sừng dưới móng, bong móng, nấm móng, móng trắng, điều trị

Địa chỉ hòm thư:
Giáo sư Torello Lotti,
Khoa Da liễu,
Đại học Rome "G. Marconi",
Rome, Italy
e-mail: professor@torellolotti.it

0393-974X(2016)

Bản quyền của © BIOLIFE, s.a.s.

Ấn bản hay bài báo này chỉ sử dụng với mục đích cá nhân và không thể được sao chép mà không có sự chấp thuận bằng văn bản từ đơn vị giữ bản quyền, có thể phải nộp phạt tài chính.

Tổn thương móng trong vẩy nến đặc trưng trên lâm sàng bởi những biểu hiện ở móng chân và móng tay. Thời gian xuất hiện loạn dưỡng móng trung bình trên các cá thể mắc vẩy nến là từ 9 tới 11,5 năm, điều này giải thích cho tỷ lệ xuất hiện tổn thương móng thấp trên trẻ em (1, 3). Về mặt lâm sàng, tổn thương móng trong vẩy nến có nhiều biểu hiện tùy thuộc vào vị trí của quá trình viêm, bao gồm rỗ móng, móng trắng, bong móng, mụn mủ móng, dày sừng dưới móng và xuất huyết kẽ móng (4), trong đó biểu hiện hay gặp nhất là rỗ móng (5). Tổn thương rỗ móng thường ảnh hưởng tới móng tay nhiều hơn là móng chân, và là các điểm lỗ rỗ lõm xuống ở bề mặt đĩa móng. Rỗ móng xuất hiện do quá trình sừng hóa bình thường trong chất nền của móng bị ảnh hưởng (6).

Cơ chế bệnh sinh trong tổn thương móng do vẩy nến chưa được hiểu rõ, tuy nhiên, người ta cho rằng nó bao gồm nhiều yếu tố và có sự tương tác phức tạp giữa các yếu tố di truyền, môi trường và các yếu tố miễn dịch. Gần đây, có nhiều bằng chứng gợi ý rằng cơ chế bệnh sinh của tổn thương móng do vẩy nến có thể có liên quan tới tình trạng viêm khớp vẩy nến (7). Nghiên cứu này, được tiến hành bởi McGonagle và cộng sự, cho thấy móng và điểm bám gân là những yếu tố chủ chốt trong cơ chế bệnh sinh của tổn thương móng do vẩy nến. Đặc biệt hơn, họ còn thấy rằng tại điểm bám tận của gân duỗi còn có khả năng phát sinh các sợi thứ bề mặt đóng vai trò vào việc hình thành màng xương trên diện lưng của đốt ngón. Do đó, nó giúp liên kết mô liên kết sợi đặc từ đĩa móng tới màng xương và gián tiếp tới gân duỗi (7). Nghiên cứu này cũng gợi ý rằng có sự liên quan giữa tình trạng viêm khớp liên đốt ngón xa và bệnh lý móng do sự tương tác giữa móng, khớp và các gân, dải gân có liên quan. Điều này được ủng hộ bởi thực tế là tuy hệ móng không có các thành tố thần kinh và vẩy nến thường được không gây đau, nhưng 50% bệnh nhân có tổn thương móng do vẩy nến vẫn có triệu chứng đau (8).

Báo cáo ca lâm sàng

Bệnh nhân nam, 50 tuổi, có tổn thương loạn dưỡng móng từ năm 40 tuổi. Bệnh nhân có biểu hiện vẩy nến ở các vị trí da đầu, tai, bẹn, các chi và móng. Tiền sử gia đình có vẩy nến và cha của bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định có mắc bệnh này.

Đối với tổn thương trên da, bệnh nhân đã sử dụng nhiều liệu trình điều trị khác nhau, khởi đầu với steroid như hydrocortisone acetate Sigmacort 1% hai lần một ngày, sau đó là corticosteroids như betamethasone dipropionate – Thuốc mỡ Diprosone 0,05% hai lần một ngày. Các triệu chứng chỉ thuyên giảm một phần và tái phát ngay sau khi dùng điều trị. Bệnh nhân cũng đã trải qua một vài liệu trình điều trị ngắt quãng, tuần tự và luân phiên như methotrexate, cyclosporine, và retinoid đường uống, cả phối hợp cũng như đơn độc, tất cả các liệu trình đều chỉ tạm thời làm dịu các tổn thương trên da, nhưng có rất ít hoặc không hề có cải thiện đối với các tổn thương ở móng.

Bệnh nhân rất căng thẳng và xấu hổ về tình trạng da đầu và móng của mình, bởi công việc của ông ta thường xuyên cần hội họp và làm việc với đám đông. Tình trạng loạn dưỡng móng đã diễn biến xấu đi trong 10 năm qua. Việc sử dụng móng để cầm dao kéo, bút, các dụng cụ khác và thực hiện các thao tác như đóng mở cúc áo trở nên đau đớn và khó khăn hơn. Rìa móng và các khớp trở nên đau đớn. Bệnh nhân đã phải dừng các hoạt động thể thao bao gồm chơi gôn và bơi lội. Tổn thương vẩy nến ở trên da và trên móng đã gây ảnh hưởng nghiêm trọng tới hoạt động xã hội, đời tư cá nhân và mối quan hệ hôn nhân cũng như đời sống tinh thần của bệnh nhân. Bệnh nhân trở nên dè dặt, trầm cảm và cô đơn. Mức độ tự tin của ông ta xuống rất thấp. Bệnh nhân đã dừng tất cả các hoạt động thể lực, bị tăng cân và huyết áp của ông ta tăng lên đến 148/105. Ông ta đã phải dùng Micardis 50mg 2 lần 1 ngày.

Khám lâm sàng phát hiện ra tình trạng á sừng và các mảng dày sừng trên da đầu, tai, các chi và bẹn. Đồng thời có cả tình trạng loạn dưỡng móng bao gồm bong móng, nấm móng, móng trong suốt, vân ngang móng, bong đĩa móng và viêm mé móng. (Hình 1, 2)

Bệnh nhân được kê đơn sử dụng Gel làm sạch Dr Michaels® (Soratinox®) Cleansing Gel, chất bôi móng Lotion và thuốc mỡ bôi Dr Michaels® (Nailinox®) Ointment cùng với thuốc thảo dược đường uống PSC 500.

Gel làm sạch bao gồm acid salicylic và acid glycolic có thành phần giúp tiêu sừng, các thành phần chống viêm và kháng khuẩn. Acid salicylic tạo điều kiện thuận lợi cho quá trình bong vẩy nhờ khả năng hòa tan mối liên kết liên tế bào giữa các tế bào sừng ở đĩa móng, từ đó là mềm chất sừng và tạo điều kiện thuận lợi cho sự xâm nhập của các loại thuốc khác vào đĩa móng.

Hiệu ứng ly giải chất sừng của acid salicylic cũng có thể tạo ra hiệu ứng kháng nấm bởi sự phân giải chất sừng cũng đồng thời ức chế sự phát triển của nấm. Nó đồng thời cũng hỗ trợ cho các hoạt chất kháng nấm khác xâm nhập vào. Acid salicylic cũng có hoạt tính kháng khuẩn nhẹ và sở hữu các tính chất kháng viêm chống ngứa, giảm đau và kháng sinh. Hoạt tính kháng viêm và giảm đau có được thông qua trung gian ức chế tổng hợp Prostaglandin bằng cách ức chế ion của enzym cyclo oxygenase (9, 10).

Chất bôi móng Nailinex Lotion có chứa hỗn hợp các dầu thiết yếu bao gồm dầu lá trà, dầu mù tạt, dầu cam, dầu oregano, dầu gừng và quýt, các thành phần này có hoạt tính kháng vi khuẩn, kháng nấm, kháng sinh, kháng virus và kháng viêm, chống ngứa, giảm đau.

Chất bôi móng Nailinex Lotion có hoạt tính dễ bay hơi, mát, gây co mạch và từ đó có hiệu ứng chống ngứa nhẹ. Nó làm mềm và mát vùng da viêm, làm khô các tổn thương đang chảy dịch, làm mềm lớp vảy tiết, hỗ trợ trong việc làm sạch vết thương và trong việc làm khô các tổn thương chảy mủ ở xung quanh móng. Thành phần dầu lá trà cho thấy khả năng tăng tính thấm của tế bào nấm và ức chế quá trình toan hóa. Một trong những thành phần của nó, terpenes, cho thấy khả năng khởi phát các biến đổi trong tính thấm màng tế bào bằng cách tự đưa nó vào giữa chuỗi acid béo tạo nên 2 lớp lipid màng tế bào, gây biến loạn và tạo ra những thay đổi trong tính chất và chức năng của màng tế bào (11, 12).



Hình 1. Trước điều trị dòng sản phẩm Dr Michaels® (Soratinex® và Nailinex®), bệnh nhân biểu hiện với tổn thương loạn dưỡng móng nặng do vảy nến. Các tổn thương bao gồm bong móng, nấm móng, móng trong suốt, vân ngang móng, bong đĩa móng và viêm mé móng.



Hình 2. Hình ảnh phóng đại rõ hơn của hình 1. Hình này cho thấy rõ các tổn thương bong móng, nấm móng, móng trong suốt, vân ngang móng, bong đĩa móng và viêm mé móng.

Thuốc mỡ Nailinex Cream hứa những thành phần dầu thiết yếu được biết đến với tính kỵ nước, giúp chúng thâm nhập vào lớp lipid của màng tế bào vi khuẩn và ti thể, gây nhiễu loạn cấu trúc tế bào, khiến chúng dễ bị xâm nhập hơn. Việc rò rỉ từ ngoại bào vào trong hoặc rò rỉ các cấu trúc phân tử và ion quan trọng ra ngoài sẽ dẫn đến chết tế bào. Một quan điểm được chấp nhận rộng rãi cho rằng phần lớn các loại dầu thiết yếu này hướng đến màng tế bào vi sinh, ảnh hưởng tới cấu trúc hoặc tính thấm, hoặc làm hỏng các chức năng liên quan đến màng tế bào (chủ yếu là chức năng hô hấp) thông qua việc làm thoái hóa lớp vách tế bào nấm, các kênh trên màng và sự sắp xếp các lỗ màng, làm tổn thương đến quá trình ức chế ribosome trong sinh tổng hợp DNA và chu trình tế bào (13).

Các thành phần có hoạt tính trong PSC 500 bao gồm silica-colloidal anhydrous, kẽm và Equisetum arvense, cũng là 1 nguồn dầu silic. Silic tham gia vào quá trình tạo xương, collagen, keratin và chất sừng thông qua việc đóng vai trò là thành phần hoặc yếu tố tạo thuận lợi cho quá trình hình thành glycosaminoglycan. Người ta thấy rõ sự cải thiện trong tính đồng đều, độ thô ráp và độ giòn của móng – tóc khi được cung cấp đủ silic. Tình trạng loạn dưỡng móng là 1 triệu chứng của việc thiếu kẽm và bữa ăn cung cấp đủ kẽm có quan hệ mật thiết với việc duy trì móng bình thường. (13)

Việc đánh giá các cải thiện dựa vào thang điểm đánh giá vẩy nến móng cải tiến NAPSI (modified Nail Psoriasis Severity Index - mNAPSI).

KẾT QUẢ

Sau 4 tháng điều trị sử dụng các sản phẩm Gel làm sạch – Cleansing Gel, lotion bôi móng – Nailinex Lotion, thuốc mỡ - Nailinex Cream và sản phẩm dùng đường uống PSC 500 Dr Michaels® (Soratinex® và Nailinex®), bệnh nhân đã có sự thuyên giảm hoàn toàn trên hầu hết các thông số đánh giá tình trạng tổn thương móng do vẩy nến. Cụ thể hơn, đã có sự suy giảm đáng kể đối với tình trạng dày sừng dưới móng, bong móng, nấm móng, rỗ giường móng (Hình 3, 4, 5). Điểm mNAPSI giảm từ 30 xuống 6.

Bệnh nhân rất vui mừng với kết quả này và ông ta tiếp tục sử dụng dòng sản phẩm Dr Michaels® (Soratinex® và Nailinex®) hàng ngày và không hề có tác dụng phụ nào khi sử dụng tới 14 năm. Điều thú vị là tổn thương trên da của bệnh nhân cũng cải thiện đáng kể.

BÀN LUẬN

Tổn thương móng trong vẩy nến thường rất khó kiểm soát và kết quả mang lại thường không như mong đợi. Các lựa chọn điều trị cho tổn thương móng trong vẩy nến bao gồm nhiều liệu pháp cục bộ và toàn thân. Các lựa chọn này thường dựa trên mức độ nặng của bệnh và có hay không tổn thương da và/hoặc khớp. Các điều trị hiện tại cho tổn thương móng do vẩy nến có thể được chia thành liệu pháp cục bộ, tiêm trong tổn thương, quang hóa trị liệu, liệu pháp laser, liệu pháp chiếu xạ và các liệu pháp toàn thân như các thuốc sinh học.



Hình 3. Sau 4 tháng điều trị với dòng sản phẩm Dr Michaels® (Soratinex® và Nailinex®), bệnh nhân cho thấy sự phục hồi gần như hoàn toàn tổn thương loạn dưỡng móng và viêm mé móng. Tổn thương rỗ móng nhỏ ở vài móng và một vài vết nám móng vẫn còn tồn tại ở 3 ngón.



Hình 4. Sau 4 tháng điều trị với dòng sản phẩm Dr Michaels® (Soratinex® và Nailinex®), bệnh nhân cho thấy sự phục hồi gần như hoàn toàn tổn thương loạn dưỡng móng và viêm mé móng. Tổn thương rỗ móng nhỏ ở vài móng và một vài vết nám móng vẫn còn tồn tại ở 2 ngón.



Hình 5. Sau 4 tháng điều trị dòng sản phẩm Dr Michaels® (Soratinex® và Nailinex), bệnh nhân cho thấy sự phục hồi gần như hoàn toàn tổn thương loạn dưỡng móng và viêm mé móng. Tổn thương rỗ móng nhỏ ở vài móng và một vài vết nám móng chỉ còn tồn tại ở một ngón.

Liệu pháp cục bộ thường được sử dụng nhất trong điều trị tổn thương móng trong vảy nến là corticosteroids và vitamin D3 tổng hợp (6, 14). Các liệu pháp điều trị cục bộ thay thế gồm có tacrolimus, fluorouracil, cyclosporine bôi tại chỗ, tazaroten và anthralin. Liệu pháp chiếu xạ có thể sử dụng trong những trường hợp bệnh dai dẳng.

Tiêm corticosteroid trong tổn thương ví dụ như triamcinolone acetonide là một cách tiếp cận điều trị có hiệu quả nếu có thể đưa được corticosteroid vào nền móng. Lựa chọn điều trị này, mặc dù được cho là tương đối an toàn, tuy nhiên vẫn có liên quan đến các biến chứng của bơm tiêm không kim như bắn máu trở lại.

Cũng có báo cáo sau điều trị trên bệnh nhân phải cắt cụt ngón bởi xuất hiện các u nang biểu bì (5).

Quang liệu pháp từ lâu đã là điều trị ưu tiên cho các tổn thương da trong vẩy nến, tuy nhiên hiệu quả của nó trên tổn thương móng vẫn chưa được mô tả rõ (6), trong khi liệu pháp laser đã cho thấy sự cải thiện đáng kể trong thang điểm NAPSI ở bệnh nhân có tổn thương móng do vẩy nến (15). Mặc dù liệu pháp chiếu xạ không được tối ưu hóa sử dụng trong da liễu, việc chiếu xạ lên bề mặt móng và liệu pháp chùm electron có thể mang lại lợi ích nhất thời cho tổn thương móng do vẩy nến (6).

Liệu pháp toàn thân thường được kê cho các bệnh nhân có cả biểu hiện da và biểu hiện móng, và biểu hiện móng có mức độ từ trung bình đến nặng. Liệu pháp toàn thân gồm có methotrexate, thường phối hợp cùng với liệu pháp bôi cục bộ (16). Khi các liệu pháp nói trên thất bại, việc sử dụng chất ức chế hoại tử u alpha hoặc các thuốc sinh học khác sẽ được sử dụng (etanercept, infliximab hoặc adalimumab) (17).

Dù corticosteroid được ưu tiên lựa chọn trong điều trị tại chỗ đối với tổn thương móng, vẫn có những mặt tiêu cực khi sử dụng liệu pháp này. Nhiều nghiên cứu cho rằng một vài loại corticosteroid như clobetasol propionate có tốc độ hấp thụ thấp khi bôi và do đó chỉ cải thiện ít (18).

Các liệu pháp toàn thân thường được kê đơn trong các trường hợp nặng. Tuy nhiên người ta vẫn lo ngại các tác dụng phụ của những thuốc này. Việc điều trị với methotrexate thường liên quan đến việc gây độc cho gan, phổi, tủy xương, cũng như gây ra quái thai (19).

Tổn thương móng do vẩy nến là một biểu hiện thường thấy trong vẩy nến và thường làm suy giảm các hoạt động chức năng đòi hỏi độ khéo léo của bàn tay, gây đau và gây ra stress tâm lý (20).

Các liệu pháp đầu tay truyền thống cho điều trị tổn thương móng do vẩy nến gồm có corticosteroid bôi tại chỗ. Lựa chọn thứ 2 bao gồm các thuốc toàn thân như methotrexate. Nếu thất bại đối với các lựa chọn điều trị đầu tay và thay thế, các thuốc sinh học thường được sử dụng dù cho các liệu pháp truyền thống có hiệu quả, chúng cũng có những giới hạn. Ví dụ methotrexate chống chỉ định với các bệnh nhân suy chức năng gan nặng hoặc những bệnh nhân thai nghén.

Thêm vào đó, việc sử dụng methotrexate được cho là có liên quan tới việc gây độc lên gan, phổi, tủy xương cũng như tạo quái thai (19). Tuy các thuốc sinh học mới ra đời gần đây như infliximab chưa có báo cáo chống chỉ định trên bệnh gan, các bệnh lý vông mạc hoặc trên bệnh nhân thai nghén, nhưng người ta ngày càng quan ngại về nguy cơ gây ra các bệnh lý ác tính như u lympho, lo-xê-mi và u tế bào hắc tố (21, 22).

Đối với bệnh nhân này, tổn thương móng do vẩy nến kéo dài đã không đáp ứng với điều trị ban đầu truyền thống. Tuy nhiên, bệnh nhân cho thấy sự thuyên giảm một cách đáng kể các tổn thương móng sau 4 tháng điều trị đồng sản phẩm Dr Michaels® (Soratinex® và Nailinex®).

Ca lâm sàng này chỉ ra rằng dòng sản phẩm Dr Michaels® (Soratinex® và Nailinex®) rất có hiệu quả đối với tình trạng bong móng, dày sừng dưới móng và quá trình chủ chốt phát triển do sự tăng tân tạo quá mức, dày sừng và á sừng tại nền móng. Ca lâm sàng này gợi ý rằng cơ chế bệnh sinh được dòng sản phẩm Dr. Michaels® (Soratinex® và Nailinex®) can thiệp vào là thông qua việc điều hòa quá trình tân tạo và biệt hóa của lớp biểu mô sừng, điều hòa tính thấm của tế bào nấm và tế bào vi sinh và phục hồi chức năng hàng rào biểu mô, đồng thời ức chế quá trình viêm.

Kết quả báo cáo trong ca lâm sàng này được ủng hộ bởi những kết quả trong thử nghiệm lâm sàng thực hiện tại Áo bởi Maier và cộng sự khi họ so sánh hiệu quả của dòng sản phẩm Dr Michaels® (Soratinex® và Nailinex®) với nhóm giả dược trong điều trị vẩy nến thể mảng (23). Tuy nhiên nghiên cứu này đã làm nổi bật nên vai trò tiềm năng kháng viêm, kháng sinh và kháng nấm của dòng sản phẩm Dr Michaels® (Soratinex® và Nailinex®).

KẾT LUẬN

Gần đây, mối quan tâm đối với lĩnh vực y học bổ sung và thảo dược trong điều trị tổn thương móng do vẩy nến đang ngày càng tăng lên. Do tổn thương móng trong vẩy nến mang tính kháng trị và điều trị cần nhiều thời gian nên người ta vẫn có nhu cầu tìm đến một phương pháp điều trị an toàn tự nhiên và hiệu quả. Tương tự với nghiên cứu này, một nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng, có mù đôi, tiến hành bởi Maier và cộng sự đã cho thấy hiệu quả các sản phẩm dược thảo dùng ngoài da (Dr. Michaels® (Soratinex® và Nailinex®) trong điều trị vẩy nến thể mảng, dù không có tổn thương móng.

Báo cáo ca bệnh của chúng tôi cho thấy việc sử dụng dòng sản phẩm thuốc thảo dược Dr Michaels® (Soratinex® và Nailinex®) có hiệu quả không những trong điều trị vảy nến thể mảng, như đã thấy rõ trong nghiên cứu của Maier (21), mà còn trong tổn thương móng do vảy nến trên bệnh nhân nam 50 tuổi với tiền sử 10 năm có tổn thương móng do vảy nến và 35 năm mắc vảy nến thể mảng. Thêm vào đó, báo cáo ca bệnh này còn cho thấy dòng sản phẩm Dr Michaels® (Soratinex® và Nailinex®) có tính dung nạp cao dù sử dụng dài hạn và chưa có báo cáo tác dụng phụ nào.

Kết luận lại, báo cáo ca bệnh này cho thấy dòng sản phẩm Dr Michaels® (Soratinex® và Nailinex®) là một lựa chọn điều trị có hiệu quả cho tổn thương móng do vảy nến. Thêm vào đó, nó làm rõ tính an toàn của dòng sản phẩm Dr Michaels® (Soratinex® và Nailinex®) trong điều trị tổn thương móng do vảy nến. Bởi tính kháng trị và yêu cầu điều trị cần thời gian dài, hiệu quả và tính an toàn của các liệu pháp điều trị là cực kỳ quan trọng. Những dữ liệu này cung cấp các gợi ý quan trọng cho những ca bệnh kháng trị khi các liệu pháp điều trị truyền thống thất bại. Thêm vào đó, cách tiếp cận điều trị này có thể sẽ là lựa chọn cho các bệnh nhân có chống chỉ định với các liệu pháp truyền thống hoặc e ngại trước các tác dụng phụ của việc sử dụng steroid và các liệu pháp toàn thân.

LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn công ty Tirsell Pty Ltd (Melbourne, Australia) vì đã cung cấp các sản phẩm cho nghiên cứu này. Chúng tôi cũng xin chân thành cảm ơn bệnh nhân vì đã cho phép báo cáo trường hợp này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Van Laborde S, Scher RK. Developments in the treatment of nail psoriasis, melanonychia striata, and onychomycosis. A review of the literature. *Dermatol Clin* 2000; 18(1):37-46.
2. de Jong EM, Seegers BA, Gulinck MK, Boezeman JB, van de Kerkhof PC. Psoriasis of the nails associated with disability in a large number of patients: results of a recent interview with 1,728 patients. *Dermatology* 1996; 193(4):300-303.
3. Klaassen KM, van de Kerkhof PC, Pasch MC. Nail psoriasis: A questionnaire-based survey. *Br J Dermatol* 2013; 169:314-9.
4. Jiaravuthisan MM, Sasseville D, Vender RB, Murphy F, Muhn CY. Psoriasis of the nail: anatomy, pathology, clinical presentation, and a review of the literature on therapy. *J Am Acad Dermatol* 2007; 57(1):1-27.
5. Wollina U, Barta U, Uhlemann C, Oelzner P, Hein G. Nail changes in rheumatic disease. *Hautarzt* 1999; 50(8):549-55.
6. Tan ES, Chong WS, Tey HL. Nail psoriasis: a review. *Am J Clin Dermatol* 2012; 13:375-88.
7. McGonagle D, Benjamin M, Tan AL. The pathogenesis of psoriatic arthritis and associated nail disease: not autoimmune after all? *Curr Opin Rheumatol* 2009; 21(4):340-7.
8. de Jong EM, Seegers BA, Gulinck MK, et al. Psoriasis of the nails associated with disability in a large number of patients: results of a recent interview with 1728 patients. *Dermatology* 1996; 193:300-3.
9. Marks R, Davies M, Cattell A. An explanation for the keratolytic effect of salicylic acid. *J Invest Dermatol* 1975; 64:283.

10. Loden M, Bostrom P, Kneezke M. Distribution and keratolytic effect of salicylic acid and urea in human skin. *Skin Pharmacol* 1995; 8:173-178.
11. Nenoff P, Haustein U-F, Brandt W. Antifungal activity of the essential oil of *Melaleuca alternifolia* (tea tree oil) against pathogenic fungi in vitro. *Skin Pharmacol* 1996; 9:388-94.
12. Hammer KA, Carson CF, Riley TV. Antifungal effects of *Melaleuca alternifolia* (tea tree) oil and its components on *Candida albicans*, *Candida glabrata* and *Saccharomyces cerevisiae*. *J Antimicrob Chemother* 2004; 53(6):1081-5.
13. Scientific Opinion on the substantiation of health claims related to zinc and maintenance of normal skin (ID 293), DNA synthesis and cell division (ID 293), contribution to normal protein synthesis (ID 293, 4293), maintenance of normal serum testosterone concentrations (ID 301), “normal growth” (ID 303), reduction of tiredness and fatigue (ID 304), contribution to normal carbohydrate metabolism (ID 382), maintenance of normal hair (ID 412), maintenance of normal nails (ID 412) and contribution to normal macronutrient metabolism (ID 2890) pursuant to Article 13(1) of Regulation (EC) No 1924/20061 EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies (NDA) 2, 3 European Food Safety Authority (EFSA), Parma, Italy. *EFSA Journal* 2010; 8(10):1819.
14. Treewittayapoom C, Singvahanont P, Chanprapaph K, Haneke E. The effect of different pulse durations in the treatment of nail psoriasis with 595-nm pulsed dye laser: a randomized, double-blind, inpatient left-to-right study. *J Am Acad Dermatol* 2012; 66:807-12.
15. Oram Y, Karıncaoğlu Y, Koyuncu E, Kaharaman F. Pulsed dye laser in the treatment of nail psoriasis. *Dermatol Surg* 2010; 36(3):377-81.
16. Schons KR, Knob CF, Murussi N, Beber AA, Neumaier W, and Monticelo OA. Nail psoriasis: a review of the literature *An Bras Dermatol* 2014; 89(2):312-7.
17. Langley RG, Saurat JH, Reich K. Nail Psoriasis Delphi Expert Panel. Recommendations for the treatment of nail psoriasis in patients with moderate to severe psoriasis: a dermatology expert group consensus. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2012; 26:373-81.
18. Nakamura RC, Abreu Ld, Duque-Estrada B, Tamler C, Leverone AP. Comparison of nail lacquer clobetasol efficacy at 0.05%, 1% and 8% in nail psoriasis treatment: prospective, controlled and randomized pilot study. *An Bras Dermatol* 2012; 87(2):203-11.
19. Wollina U, Ständer K, Barta U. Toxicity of methotrexate treatment in psoriasis and psoriatic arthritis - short- and long-term toxicity in 104 patients. *Clin Rheumatol* 2001; 20(6):406-10.
20. Dogra A, Arora AK. Nail psoriasis: the journey so far. *Indian J Dermatol* 2014; 59(4):319-33.
21. Fabroni C, Gori A, Troiano M, Prignano F, Lotti T. Infliximab efficacy in nail psoriasis. A retrospective study in 48 patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2011; 25(5):549-53.
22. Marchesoni A, Altomare G, Matucci-Cerinic M, et al. An Italian shared dermatological and rheumatological proposal for the use of biological agents in psoriatic disease. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2010; 24(5):578-86.
23. Maier H. et al. Prospective randomized controlled double-blind study on the efficacy and safety of a series of herbal skin-care products for stable chronic plaque psoriasis. *JEADV (Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology)*, Volume 18. Number 6. November 2004; P061.