

Điều trị vẩy nến móng bằng methotrexate đường uống: báo cáo một ca lâm sàng theo dõi 2 năm

Nail psoriasis treated with oral methotrexate: A two-year follow-up case report

Nguyễn Thị Quỳnh Trang¹, Hoàng Quốc Tuấn^{1*}
Luu Ngọc Vi¹, Lê Minh Châu¹,
Nguyễn Thị Thúy Quỳnh¹, Triệu Khánh Huyền²
và Bùi Quang Đức³

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Trường Đại học Y Dược - ĐH Quốc gia HN

Tóm tắt

Tổn thương móng của vẩy nến ngày càng được quan tâm do ảnh hưởng đáng kể đến thẩm mỹ và chất lượng cuộc sống, trong khi điều trị vẫn còn gặp nhiều thách thức do hiệu quả hạn chế của thuốc bôi, độc tính tiềm tàng của thuốc toàn thân kinh điển và chi phí cao của thuốc sinh học. Chúng tôi báo cáo một trường hợp bệnh nhân nam 38 tuổi, tổn thương vẩy nến chủ yếu ở móng tay, được điều trị bằng methotrexate (MTX) đường uống và theo dõi trong 2 năm. Bệnh nhân cải thiện rõ rệt tổn thương móng qua chỉ số NAPSI và các xét nghiệm theo dõi ổn định; tuy nhiên bệnh dễ tái phát sau khi ngừng thuốc. Ca bệnh này cho thấy MTX đường uống là một lựa chọn điều trị khả thi và chi phí hợp lý cho vẩy nến móng trong thực hành lâm sàng, đồng thời nhấn mạnh sự cần thiết của việc theo dõi dài hạn và chiến lược điều trị duy trì nhằm hạn chế tái phát.

Từ khóa: Vẩy nến móng, methotrexate, MTX, NAPSI.

Summary

Nail involvement in psoriasis has received increasing attention because of its substantial impact on cosmetic appearance and quality of life, while treatment remains challenging due to the limited efficacy of topical therapies, the potential toxicity of systemic agents and the high cost of biologics. We report a case of a 38-year-old man with psoriasis predominantly affecting the fingernails, who was treated with oral methotrexate (MTX) and followed continuously for two years. During treatment, nail lesions showed marked improvement as assessed by the Nail Psoriasis Severity Index (NAPSI), with a favorable safety profile; however, relapse occurred after treatment discontinuation. This case suggests that oral MTX represents a feasible and cost-effective option for nail psoriasis in clinical practice and highlights the importance of long-term follow-up and maintenance strategies to minimize recurrence.

Keywords: nail psoriasis, methotrexate, MTX, NAPSI.

Ngày nhận bài: 30/01/2026, ngày chấp nhận đăng: 26/02/2026

* Tác giả liên hệ: hoangquoctuanyhn@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

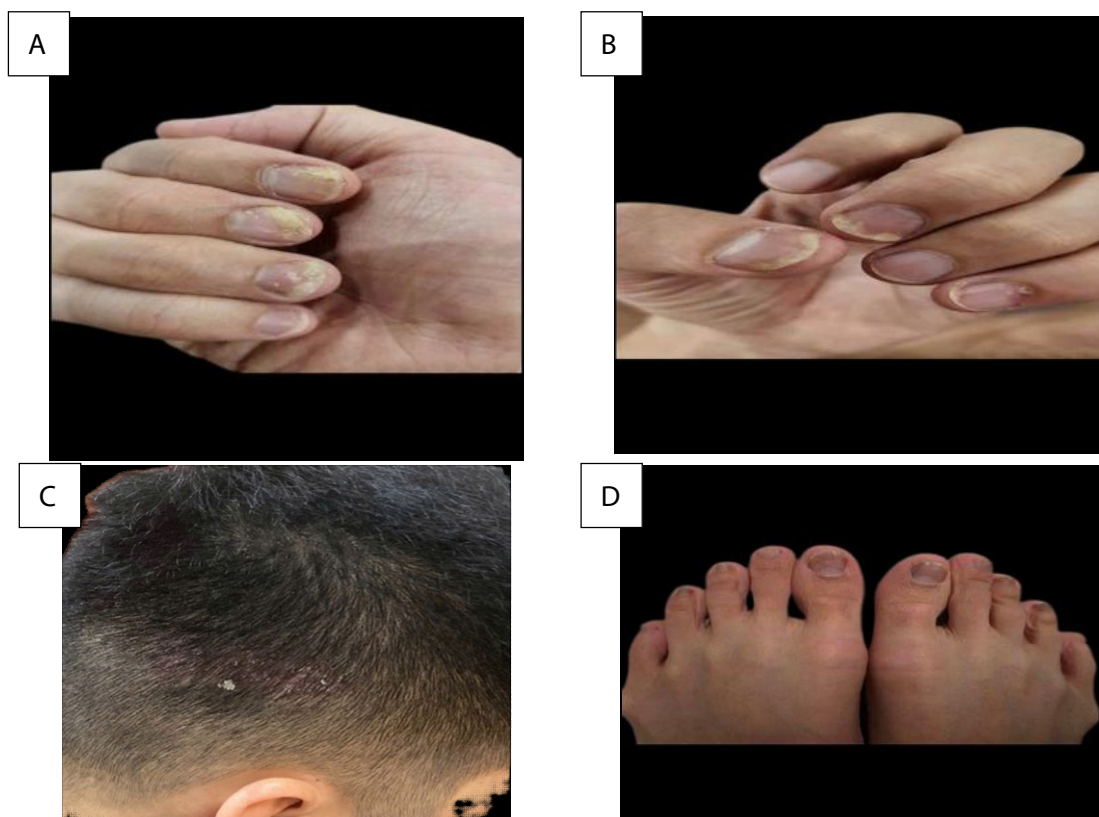
Vảy nến móng là biểu hiện thường gặp ở bệnh nhân vảy nến, với tỷ lệ được báo cáo trong các nghiên cứu khoảng 30 - 50%, thường phối hợp với các tổn thương da và khớp, nhưng cũng có thể xuất hiện đơn độc trong 5 - 10% các trường hợp^{1,2}. Tổn thương móng không chỉ ảnh hưởng đáng kể đến thẩm mỹ và chất lượng cuộc sống mà còn là dấu hiệu gợi ý nguy cơ viêm khớp vảy nến cao hơn, do đó cần được đánh giá và theo dõi lâu dài^{1,2}. Trong điều trị, thuốc bôi tại chỗ thường cho hiệu quả hạn chế do sự hấp thu kém qua bản móng, trong khi thuốc sinh học có hiệu quả cao nhưng chi phí còn là rào cản lớn trong thực hành lâm sàng, đặc biệt ở những trường hợp tổn thương ưu thế móng mà không có biểu hiện da lan rộng hay tổn thương khớp^{1,2}. Methotrexate (MTX) đường uống là thuốc toàn thân kinh điển, đã chứng minh được hiệu quả trong điều trị vảy nến móng mức độ vừa-nặng trong các nghiên cứu lâm sàng và tổng quan gần đây.^{1,3} Do đó, trong ca bệnh này, MTX đường uống được

lựa chọn nhằm đánh giá đáp ứng lâm sàng và tính an toàn của thuốc trong quá trình theo dõi 2 năm.

II. TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam, 38 tuổi, không có tiền sử uống rượu, béo phì hay bệnh gan mạn tính, đến khám vì bất thường ở các móng tay đã diễn biến 2 năm kèm theo một mảng đỏ bong vảy ở da đầu. Bệnh nhân đã điều trị bằng thuốc bôi corticosteroid và calcipotriol trong 6 tháng, tổn thương da đầu đáp ứng tốt, tuy nhiên không ghi nhận cải thiện lâm sàng ở các tổn thương móng tay.

Khám lâm sàng phát hiện tổn thương tập trung ở 5 móng tay phải và 3 móng tay trái với các biểu hiện dày sừng dưới móng, rỗ móng, vàng móng, móng xù xì, NAPSÍ 25 điểm. Tổn thương da chỉ ghi nhận ở vùng đầu phải, biểu hiện một mảng đỏ da, ranh giới rõ, cộm vừa, không ghi nhận tổn thương da tại các vị trí khác, PASÍ 0,5 điểm. Không ghi nhận tổn thương khớp và không có tổn thương móng chân (Hình 1).

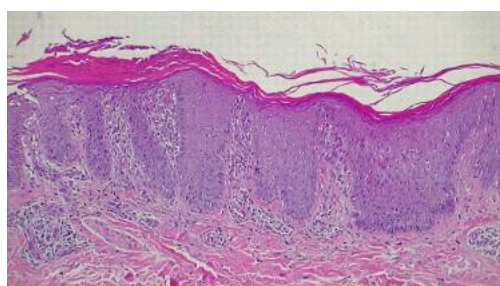


Hình 1. Lâm sàng bệnh nhân ở thời điểm ban đầu đến khám:

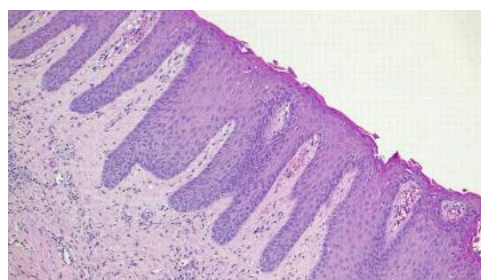
A. Móng tay phải. B. Móng tay trái. C. Da đầu. D. Móng chân

Xét nghiệm vi sinh tìm nấm với bệnh phẩm móng và da đầu đều có kết quả âm tính. Bệnh nhân được chỉ định sinh thiết tổn thương móng ngón 1 tay phải và tổn thương da đầu nhuộm HE. Kết quả mô bệnh học cho thấy các đặc điểm phù hợp với vẩy nến, bao gồm thượng bì dày sừng, á sừng, giảm lớp hạt, tăng sản lớp gai, các gai bì kéo dài và thâm nhiễm bạch cầu đơn nhân ở trung bì nông, không

ghi nhận hình ảnh nấm (Hình 2). Bệnh nhân được chẩn đoán xác định vẩy nến móng ưu thế kèm vẩy nến da đầu. Xét nghiệm máu trước điều trị: Công thức máu: bạch cầu 8.5 G/L, hemoglobin 13.4 g/dL, tiểu cầu 245 G/L, sinh hóa máu: AST 32 U/L, ALT 27 U/L, creatinin 78 μ mol/L, miễn dịch: HbsAg âm tính, HCV Ab âm tính, HIV Ab âm tính.



A



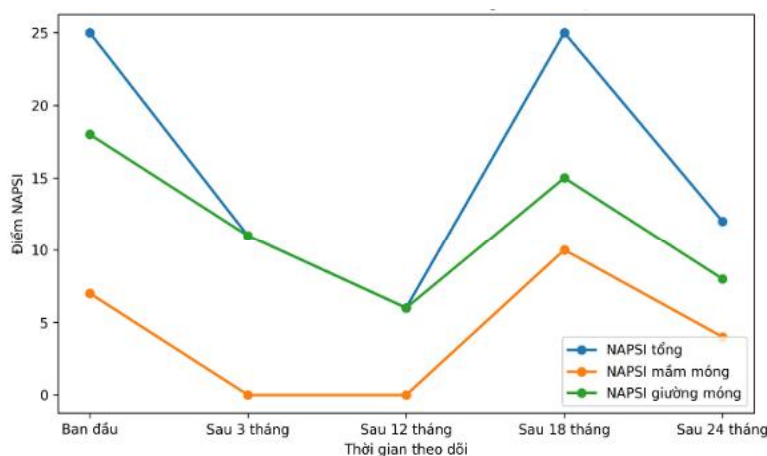
b

Hình 2. Mô bệnh học HE: A. Móng ($\times 40$). B. Da ($\times 100$) có các đặc điểm phù hợp với vẩy nến: thượng bì dày sừng, á sừng, lớp hạt giảm, tăng sản lớp gai, các gai bì kéo dài, thâm nhiễm chủ yếu bạch cầu đơn nhân ở trung bì nông.

Bệnh nhân được điều trị MTX đường uống với liều khởi đầu 10mg/tuần, sau 4 tuần được tăng lên liều 15 mg/tuần, kèm bổ sung acid folic 1mg/ngày uống hàng ngày ngoại trừ ngày uống MTX, không dùng thuốc bôi tại chỗ, tương tự như nghiên cứu của tác giả Gümüşel.⁴ Mức độ tổn thương móng cải thiện đáng kể qua chỉ số NAPSI từ 25 điểm xuống 11 điểm (giảm 56%) sau 3 tháng và xuống 6 điểm (giảm 76%) sau 12 tháng. Bệnh nhân sau đó tự dừng MTX trong 6 tháng, tổn thương tái phát với NAPSI 25

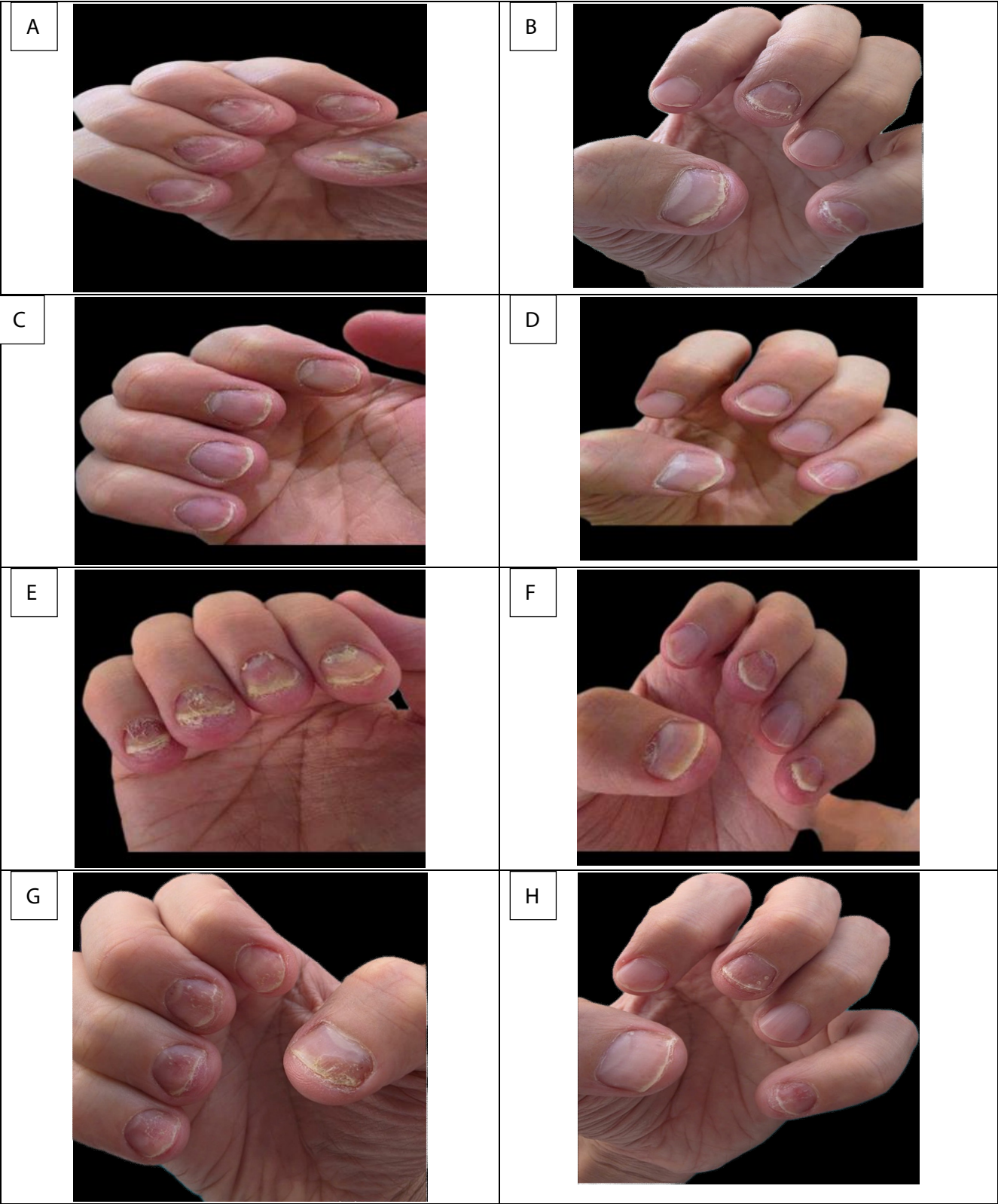
điểm ở thời điểm tháng 18, tái khám được chỉ định uống lại MTX liều 15 mg/tuần, tổn thương vẫn cho đáp ứng tốt sau 6 tháng với NAPSI giảm xuống còn 12 điểm (giảm 52%). Trong quá trình điều trị, bệnh nhân được theo dõi xét nghiệm định kỳ công thức máu và chức năng gan mỗi 4 tuần, không phát hiện bất thường.

Hình 3 ghi nhận sự thay đổi NAPSI theo thời gian điều trị.



Hình 3. Thay đổi NAPSI theo thời gian điều trị

Dưới đây là hình ảnh lâm sàng ở các thời điểm 3 tháng, 12 tháng, 18 tháng và 24 tháng (Hình 4).



Hình 4. Hình ảnh móng tay ở thời điểm 3 tháng (A-B), 12 tháng (C-D), 18 tháng (E-F), 24 tháng (G-H)

III. BÀN LUẬN

Vảy nến móng là bệnh lý thường gặp nhưng chẩn đoán có thể gặp khó, đặc biệt khi không kèm theo tổn thương vảy nến da và biểu hiện chống lặp với nhiều bệnh móng khác. Trong ca bệnh này, bệnh nhân có tổn thương móng tay lan tỏa chiếm ưu thế kèm theo một mảng đỏ bong vảy ở da đầu. Nấm móng là chẩn đoán phân biệt quan trọng do có nhiều điểm tương đồng lâm sàng và khả năng đồng mắc, vì vậy xét nghiệm nấm cần được thực hiện để loại trừ trước khi điều trị⁵.

Về mặt lâm sàng, tổn thương vảy nến móng thường được phân thành tổn thương mầm móng và giường móng. Tổn thương mầm móng gây rối móng, móng xù xì, vạch trắng và rãnh ngang móng, trong khi tổn thương giường móng biểu hiện dày sừng dưới móng, tách móng, dấu hiệu giọt dầu và xuất huyết dưới móng¹. Trong thực hành, chẩn đoán vảy nến móng chủ yếu dựa vào lâm sàng, tuy nhiên sinh thiết có giá trị trong những trường hợp biểu hiện không điển hình⁶. Các dữ liệu gần đây nhấn mạnh vai trò của các kỹ thuật sinh thiết ít xâm lấn nhằm giảm nguy cơ loạn dưỡng móng như sinh thiết tiếp tuyến (tangential biopsy), do tổn thương mô bệnh học thường nằm ở lớp nông của đơn vị móng.⁷ Đặc điểm mô bệnh học tương tự vảy nến da, bao gồm dày sừng, á sừng, giảm lớp hạt, quá sản lớp gai, các gai bì kéo dài và thâm nhiễm lympho ở trung bì nông⁶. Ca bệnh này ghi nhận các đặc điểm tương tự.

Chiến lược điều trị vảy nến móng cần được cá thể hóa, không chỉ dựa vào mức độ tổn thương móng, mà còn phụ thuộc tổn thương da hoặc khớp kèm theo, mức độ ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống, bệnh lý đồng mắc và điều kiện của từng bệnh nhân^{2,3,8}. Ở các trường hợp nhẹ, điều trị thuốc bôi tại chỗ hoặc tiêm nội tổn thương được khuyến cáo⁸. Các trường hợp vảy nến móng mức độ vừa-nặng (NAPSI > 20), MTX đường uống được xem là một lựa chọn toàn thân hiệu quả và kinh tế, trong khi tiêm MTX nội tổn thương đòi hỏi kỹ thuật khó, thường gây đau nhiều và cần lặp lại nhiều lần^{3,8}. Ca bệnh này có NAPSI 25 điểm do đó MTX đường uống được lựa chọn.

MTX là chất đối kháng folate, có tác dụng điều hòa miễn dịch và ức chế gián tiếp các con đường

viêm liên quan TNF- α và trục IL-23/IL-17⁴. Khi điều trị vảy nến móng bằng MTX đường uống, hiệu quả cải thiện dần sau 3-6 tháng^{3,8}. Trong ca bệnh này, NAPSI giảm 56% sau 3 tháng và giảm 76% sau 12 tháng điều trị, giảm ưu thế các tổn thương mầm móng. Sau khi ngừng thuốc 6 tháng, bệnh tái phát nhưng vẫn đáp ứng tốt khi điều trị lại. Kết quả phù hợp với nghiên cứu của Gümüşel và cộng sự khi MTX đường uống 15 mg/tuần cho mức giảm NAPSI trung bình khoảng 43,3% sau 24 tuần điều trị và có hiệu quả đặc biệt trên tổn thương mầm móng⁴.

Trong ca bệnh này với thời gian theo dõi 2 năm, MTX được sử dụng 18 tháng với tổng liều tích lũy khoảng 1,06g. Mức liều này thấp hơn đáng kể so với các ngưỡng nguy cơ độc tính gan từng được đề cập trong các khuyến cáo trước đây⁹. Các hướng dẫn hiện hành nhấn mạnh rằng nguy cơ độc tính gan liên quan chặt chẽ hơn vào yếu tố nguy cơ cá nhân và bất thường xét nghiệm, thay vì chỉ dựa vào liều tích lũy đơn thuần¹⁰. Trong suốt quá trình điều trị, bệnh nhân được theo dõi định kỳ và không ghi nhận bất thường về huyết học hay chức năng gan.

Khi bệnh nhân đạt lui bệnh ổn định tối thiểu 6 tháng, có thể cân nhắc giảm liều MTX xuống 7,5mg-10mg/tuần như một chiến lược điều trị duy trì nhằm hạn chế tích lũy liều dài hạn và giảm nguy cơ tái phát^{3,8}. Việc bổ sung acid folic giúp giảm đáng kể tác dụng phụ liên quan MTX, tăng tính dung nạp mà không làm giảm hiệu quả điều trị của thuốc^{11,12}.

IV. KẾT LUẬN

MTX đường uống là một lựa chọn điều trị hiệu quả và kinh tế cho vảy nến móng trong điều kiện thực hành lâm sàng tại Việt Nam. Tuy nhiên, bệnh có xu hướng tái phát sau khi ngừng thuốc, do đó cần theo dõi dài hạn và cân nhắc chiến lược điều trị duy trì, đồng thời tiếp tục giám sát an toàn định kỳ nhằm tối ưu hiệu quả và hạn chế tác dụng không mong muốn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Schons KRR, Knob CF, Murussi N, Beber AAC, Neumaier W, Monticelo OA (2014) *Nail psoriasis: a review of the literature*. An Bras Dermatol 89(2): 312-317. doi:10.1590/abd1806-4841.20142633

2. Kaeley GS, Eder L, Aydin SZ, Rich P, Bakewell CJ (2021) *Nail Psoriasis: Diagnosis, Assessment, Treatment Options, and Unmet Clinical Needs*. J Rheumatol 48(8): 1208-1220. doi:10.3899/jrheum.201471
3. Battista T, Scalvenzi M, Martora F, Potestio L, Megna M (2023) *Nail Psoriasis: An Updated Review of Currently Available Systemic Treatments*. Clin Cosmet Investig Dermatol 16: 1899-1932. doi:10.2147/CCID.S417679
4. Gümüşel M, Özdemir M, Mevlitoğlu I, Bodur S (2011) *Evaluation of the efficacy of methotrexate and cyclosporine therapies on psoriatic nails: a one-blind, randomized study*. J Eur Acad Dermatol Venereol 25(9):1080-1084. doi:10.1111/j.1468-3083.2010.03927.x
5. Grynszpan R, Barreiros G, do Nascimento Paixão M, et al (2021) *Coexistence of onychomycosis and nail psoriasis and its correlation with systemic treatment*. Mycoses 64(9): 1092-1097. doi:10.1111/myc.13331
6. Grover C, Reddy BSN, Uma Chaturvedi K (2005) *Diagnosis of nail psoriasis: Importance of biopsy and histopathology*. Br J Dermatol 153(6): 1153-1158. doi:10.1111/j.1365-2133.2005.06862.x
7. Bertanha L, Damas II, Stelini RF, Cintra ML, Di Chiacchio N (2024) *Role of tangential biopsy in the diagnosis of nail psoriasis*. An Bras Dermatol 99(5): 696-705. doi:10.1016/j.abd.2023.11.005
8. Haderler E, Mosca M, Hong J, Brownstone N, Bhutani T, Liao W (2021) *Nail Psoriasis: A Review of Effective Therapies and Recommendations for Management*. Dermatol Ther (Heidelb) 11(3): 799-831. doi:10.1007/s13555-021-00523-x
9. Menter A, Korman NJ, Elmets CA et al (2009) *Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis: section 4. Guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with traditional systemic agents*. J Am Acad Dermatol 61(3):451-485. doi:10.1016/j.jaad.2009.03.027
10. Chat VS, Uppal SK, Kearns DG, Han G, Wu JJ (2021) *Translating the 2020 AAD-NPF Guidelines of Care for the Management of Psoriasis With Systemic Nonbiologics to Clinical Practice*. Cutis 107(2):99-103. doi:10.12788/cutis.0177
11. Strober BE, Menon K (2005) *Folate supplementation during methotrexate therapy for patients with psoriasis*. J Am Acad Dermatol 53(4):652-659. doi:10.1016/j.jaad.2005.06.036
12. Baran W, Batycka-Baran A, Zychowska M, Bieniek A, Szepietowski JC (2014) *Folate supplementation reduces the side effects of methotrexate therapy for psoriasis*. Expert Opin Drug Saf 13(8): 1015-1021. doi:10.1517/14740338.2014.933805