

**điều trị người bệnh sốc nhiễm khuẩn.** Phân tích bảng 3.4 và 98 người bệnh thực hiện các biện pháp xử trí hồi sức ban đầu của chúng tôi: Về điều trị thở máy, lọc máu, người bệnh sốc nhiễm khuẩn nhập viện chủ yếu ở trong tình trạng suy hô hấp nặng và bệnh cảnh suy đa tạng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 71,4% trường hợp phải thở máy và 48,0% trường hợp được lọc máu liên tục. Tuy nhiên không có sự khác biệt giữa nhóm hoàn thành các biện pháp xử trí ban đầu giờ đầu tiên trong sốc nhiễm khuẩn và nhóm không hoàn thành ( $p > 0,05$ ); về tỉ lệ tử vong lúc ra viện là 60,2% thấp hơn so với nghiên cứu của Schmidt de Oliveira- Netto A.C năm 2019 [7], trong số 50 người bệnh sốc nhiễm khuẩn thì tỉ lệ tử vong là 68%, một nghiên cứu dịch tễ học tại Thổ Nhĩ Kỳ năm 2018, cho thấy tỉ lệ tử vong là 75,9%, tương tự nghiên cứu của Tapio Hellman năm 2021 sốc nhiễm trùng có nguy cơ tử vong cao hơn so với nhiễm trùng huyết nói chung, với tỉ lệ tử vong theo dõi tại ICU, bệnh viện và một năm nằm trong khoảng 37– 47%, 39 – 56% và 60 [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm áp dụng hoàn toàn gói 1h ban đầu tỉ lệ tử vong là 41/76 (54%) thấp hơn so với nhóm áp dụng không hoàn toàn gói 1h hồi sức ban đầu là 18/22 (81,8%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,015$  (Bảng 3.4)

## V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ áp dụng hoàn toàn gói 1h hồi sức sốc nhiễm khuẩn ban đầu là 77,6%, cấy máu trước khi dùng kháng sinh (100,0%), bù dịch ít nhất

30 ml/kg trong giờ đầu (68,0%). Can thiệp hồi sức: Đặt NKQ thở máy: 71,4%, lọc máu: 48%, xử trí các rối loạn đông máu: 60,2%

Việc áp dụng gói hồi sức sớm 1 giờ giúp làm giảm tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Umamura, Y., T. Abe, H. Ogura, et al.,** (2022). Hour-1 bundle adherence was associated with reduction of in-hospital mortality among patients with sepsis in Japan. PLOS ONE, 17(2), e0263936.
2. **Nguyễn Hữu Luân and Trần Thị Kim Uyên,** (2021). Tỷ lệ hoàn thành gói hồi sức trong giờ đầu và các kết cục liên quan ở trẻ sốc nhiễm khuẩn. Y học Thành phố Hồ Chí Minh.
3. **Trần Văn Quý,** (2019). Nghiên cứu một số yếu tố tiên lượng tử vong ở người bệnh sốc nhiễm khuẩn điều trị tại bệnh viện bệnh nhiệt đới trung ương. Luận văn Thạc sĩ Y học. Đại học Y Hà Nội;.
4. **Giang, B.T.H.,** (2016). Nghiên cứu một số thông số huyết động và chức năng tâm thu thất trái ở người bệnh sốc nhiễm khuẩn. Luận văn Tiến sĩ Y học. Đại học Y Hà Nội; .
5. **Zhou, X., N. Zeng, P. Liu, et al.,** (2021). Sex Differences in In-hospital Mortality of Patients With Septic Shock: An Observational Study Based on Data Analysis From a Cover Sheet of Medical Records in Beijing. Frontiers in Medicine, 8, 733410.
6. **De Backer, D., J. Creteur, M.-J. Dubois, et al.,** (2006). The effects of dobutamine on microcirculatory alterations in patients with septic shock are independent of its systemic effects. Critical care medicine, 34(2), 403-408.
7. **Beck, V., D. Chateau, G. Bryson, et al.,** (2014). Timing of vasopressor initiation and mortality in septic shock: A cohort study. Critical care (London, England), 18, R97.
8. **Hellman, T., P. Uusalo, and M. Jarvisalo,** (2021). Renal Replacement Techniques in Septic Shock. International Journal of Molecular Sciences, 22.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH LANG BEN Ở TRẺ NHỮ NHI TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU TRUNG ƯƠNG

Trương Văn Huân<sup>1,2</sup>, Trần Cẩm Vân<sup>1</sup>, Nguyễn Hữu Sáu<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh lang ben ở trẻ nhũ nhi đến khám tại Bệnh viện Da liễu Trung ương năm 2023. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 51 trẻ từ 2-24 tháng tuổi đến khám tại bệnh viện da liễu Trung ương

từ 12/2022 đến 07/2023 được chẩn đoán bệnh lang ben. **Kết quả:** Phần lớn trẻ trong độ tuổi  $\leq 12$  tháng tuổi, chiếm hơn 80%, tỷ lệ nam/nữ là 2,4/1. Vị trí thương tổn ở cổ xuất hiện phổ biến nhất (76,5%), tiếp đến là lưng (41,2%), mặt (37,3%), ngực (27,5%). 9/51 trẻ (17,6%) có vảy da ở tổn thương. 84,3% trẻ có dát giảm sắc tố, 11,8% có dát hồng và 3,9% có dát tăng sắc tố. Đa số trẻ có diện tích thương tổn dưới 10% (94,1%). 84,3% trẻ có nấm mốc khi nuôi cấy. Loài nấm *M. furfur* chiếm tỷ lệ cao nhất (29,4%), *M. globosa* (15,7%) và 37,3% trường hợp có kết quả tạp nhiễm. **Kết luận:** Bệnh lang ben ở trẻ nhũ nhi không phải hiếm gặp. Các dát giảm sắc tố là biểu hiện lâm sàng chính và vị trí bị ảnh hưởng nhiều nhất là cổ.

<sup>1</sup>Bệnh viện Da liễu Trung ương

<sup>2</sup>Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trương Văn Huân

Email: truongvanhuan@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.12.2023

Ngày duyệt bài: 10.01.2024

**SUMMARY****CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF PITYRIASIS VERSICOLOR IN INFANTS UNDER TWO YEAR OF AGE AT NATIONAL HOSPITAL OF DERMATOLOGY AND VENERELOGY**

**Objectives:** Describe the clinical and laboratory characteristics of pityriasis versicolor in infants under two year of age at national hospital of dermatology and venereology in 2023. **Method:** A descriptive cross-sectional study was conducted in 51 children aged from 2 to 24 months who were diagnosed with pityriasis versicolor at the National Dermatology Hospital from December 2022 to July 2023. **Results:** The majority of children are aged under 12 months, accounting for more than 80%, the ratio of male/female was 2,4/1. The most common location was the neck (76,5%), followed by the back (41,2%), face (37,3%), and chest (27,5%). 9/51 children (17,6%) had skin scabs in the lesions. 84,3% of children had hypopigmented patches, 11,8% had pink patches and 3,9% had hyperpigmented patches. The majority of children had a lesion area of less than 10% (94,1%). Identification of Malassezia species by culture, the growth rate was 84,3%. Malassezia furfur is the most common pathogen (29.4%), M. globosa (15.7%), and 37.3% of cases had adulterated results. **Conclusions:** Pityriasis versicolor in children under two years of age is not exceptional. The hypochromic patches are the main clinical manifestation and the most affected site is the neck.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Bệnh lang ben (Pityriasis versicolor) là bệnh nấm nông trên da hay gặp, do nấm men Malassezia spp gây nên, biểu hiện bằng những đám da màu trắng, hồng hoặc nâu loang lổ, tập trung chủ yếu ở vùng lưng, ngực. Bệnh có thể gặp ở nhiều nước trên thế giới, đặc biệt là các nước nhiệt đới nóng ẩm. Lang ben thường gặp ở độ tuổi thanh thiếu niên và phổ biến ở nam giới. Tuy nhiên các nghiên cứu gần đây lang ben ở trẻ nhỏ cũng khá thường gặp [1]. Lang ben ở trẻ nhỏ mặc dù không nghiêm trọng nhưng khiến gia đình trẻ lo lắng, các triệu chứng thường không điển hình nên dễ bỏ sót chẩn đoán, khiến trẻ không được điều trị sớm, tổn thương ngày càng lan rộng. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh lang ben ở trẻ nhũ nhi đến khám tại Bệnh viện Da liễu Trung ương năm 2023.*

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Trẻ từ 2-24 tháng tuổi đến khám tại bệnh viện da liễu Trung ương từ 12/2022 đến 07/2023 được chẩn đoán bệnh lang ben.

**\*Tiêu chuẩn chẩn đoán:** Trẻ được chẩn đoán bệnh lang ben khi [2]:

- *Lâm sàng:* Dát thay đổi màu sắc: Trắng, nâu hoặc hồng. Bề mặt thường tổn có vảy da ẩm, mỏng và dễ bong. Vị trí: mặt, cổ, lưng, ngực, bụng, tay chân, da đầu.

- *Cận lâm sàng:* soi tìm nấm vảy da có hình ảnh là sợi nấm thô ngắn và đám bào tử tròn.

**\*Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- Bệnh nhân được chẩn đoán là lang ben
- Có xét nghiệm nấm dương tính
- Bố mẹ trẻ đồng ý tham gia nghiên cứu.

**\*Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Bệnh nhân dùng thuốc kháng nấm, bong sừng bặt vảy trước đó 7 ngày
- Bệnh nhân và gia đình bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

**2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu**

- Địa điểm: Khoa Khám bệnh và Khoa Xét nghiệm Vi sinh Năm Ký sinh trùng, Bệnh viện Da liễu Trung ương.

- Thời gian nghiên cứu: từ 12/2022 đến tháng 7/2023.

**2.3. Phương pháp nghiên cứu.** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

**2.4. Cỡ mẫu:** Sử dụng cỡ mẫu chủ đích, chọn 51 trẻ phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu.

**2.5. Các biến số nghiên cứu.** Các biến số nghiên cứu gồm tuổi, giới, thời gian mắc bệnh, màu sắc dát, vảy da, vị trí thương tổn và kết quả soi trực tiếp tìm nấm.

**2.6. Xử lý và phân tích số liệu.** Số liệu được nhập, quản lý và phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS 22.0

**2.7. Đạo đức trong nghiên cứu**

- Đề cương nghiên cứu được Hội đồng bảo vệ đề cương của bộ môn Da liễu, Trường đại học Y Hà Nội xét duyệt và thông qua.

- Bố mẹ hoặc người giám hộ của trẻ được giải thích đầy đủ về cách thức tiến hành nghiên cứu cũng như các thông tin về bệnh.

- Số liệu thu được chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 1. Phân bố bệnh theo nhóm tuổi, giới**

Đặc điểm		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	≤3 tháng	17	33,3
	4-6 tháng	25	49,0
	7-12 tháng	6	11,8
	13-24 tháng	3	5,9
Giới	Nam	36	70,6
	Nữ	15	29,4

**Nhận xét:** Trong số 51 trẻ tham gia nghiên cứu, phần lớn trẻ trong độ tuổi ≤ 12 tháng tuổi, chiếm hơn 80%, trẻ từ 13 tháng trở lên chỉ chiếm 5,9%. Trẻ trai chiếm 70,6%, trẻ gái 29,4%.

**Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng**

Đặc điểm		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Màu sắc dát	Dát tăng sắc tố	2	3,9
	Dát giảm sắc tố	43	84,3
	Dát hồng	6	11,8
	Dát hỗn hợp	0	0
Vảy da	Có	9	17,6
	Không	42	82,4

**Nhận xét:** Hơn 80% số trẻ bị lang ben có dát giảm sắc tố, 11,8% trẻ có dát hồng, chỉ 2 trẻ có dát tăng sắc tố và không có trẻ nào dát hỗn hợp. Đa số các trường hợp không có vảy da, chiếm 82,4%.

**Bảng 3. Diện tích và vị trí thương tổn**

Đặc điểm		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Diện tích thương tổn	<10%	48	94,1
	10-30%	3	5,9
Vị trí thương tổn	Cổ	39	76,5
	Lưng	21	41,2
	Mặt	19	37,3
	Ngực	14	27,5
	Bụng	2	3,9
	Tay	1	2,0
	Chân	1	2,0
Da đầu	1	2,0	

**Nhận xét:** Trong số trẻ nữ nhi được chẩn đoán bị lang ben đến khám tại bệnh viện Da liễu Trung ương, hầu hết trẻ (94,1%) đều có diện tích thương tổn <10%, chỉ có 3 trẻ có diện tích thương tổn 10-30%. Vị trí thương tổn ở cổ là xuất hiện phổ biến nhất, chiếm 76,5%, các vị trí bụng, tay, chân, da đầu rất ít xuất hiện.

**Bảng 4. Kết quả nuôi cấy nấm lang ben**

Kết quả nuôi cấy	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Có mọc	43	84,3
Không mọc	8	15,7

**Nhận xét:** Phần lớn các trường hợp (84,3%) có mọc nấm khi nuôi cấy

**Bảng 5. Định dạng loài nấm lang ben qua nuôi cấy**

Định danh loài nấm	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
M. Furfur	15	34,9
M. Globosa	8	18,6
M. Dermatia	1	2,3
Tạp nhiễm	19	44,2

**Nhận xét:** Kết quả định dạng loài nấm lang ben qua nuôi cấy cho thấy M. furfur chiếm tỷ lệ cao nhất (34,9%), tiếp đến là M. globosa (18,6%). Có 44,2% trường hợp tạp nhiễm nhiều loài nấm.

**IV. BÀN LUẬN**

Bệnh lang ben thường xảy ra ở thanh thiếu niên và người lớn, nhiều nhất là 21 đến 30 tuổi nhưng nó có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi. Điều này được giải thích là do hoạt động của tuyến bã nhờn tăng lên ở tuổi dậy thì dẫn đến tăng sản xuất bã nhờn và do đó cung cấp môi trường giàu lipid cho loài Malassezia phát triển. Bệnh lang ben tương đối hiếm gặp ở trẻ sơ sinh do tuyến bã nhờn còn non nớt và khả năng sản xuất bã nhờn thấp hơn người trưởng thành [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn trẻ trong độ tuổi ≤ 6 tháng tuổi với 42/51 trường hợp, cụ thể trẻ ≤ 3 tháng tuổi là 17 trường hợp (33,3%) và trẻ 4-6 tháng là 25 trường hợp (49,0%). Trong tổng số 51 trẻ nữ nhi được chuẩn đoán lang ben có 70,6% là trẻ trai, 29,4% là trẻ gái. Tuy nhiên, một nghiên cứu hồi cứu và cắt ngang về bệnh lang ben tại Cộng hòa Dominica năm 2001 bao gồm 92 trường hợp trẻ dưới một tuổi nhận định rằng bệnh lang ben ở trẻ dường như không có xu hướng thiên về giới tính. Nghiên cứu cho thấy rằng tần số gần như giống nhau ở trẻ nữ và trẻ nam (53% và 47%) [1].

Vảy da và dát đổi màu là tổn thương đặc trưng của lang ben. Vảy da được hình thành là do nấm tăng sinh và chuyển từ pha men sang pha sợi rồi tạo vảy. Vảy da mịn trên dát thay đổi màu sắc là một đặc điểm quan trọng để phân biệt thương tổn lang ben với các thương tổn khác. Tuy nhiên, nhiều khi khó phát hiện thấy vảy da, nhất là trong trường hợp ra nhiều mồ hôi. Để phát hiện vảy da có thể dùng dao cùn hoặc mũi kim cào nhẹ trên bề mặt tổn thương sẽ thấy vảy sần lên gọi là dấu hiệu vỏ bào. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ 17,6% trẻ có tổn thương vảy. Tỷ lệ có vảy da trong các nghiên cứu khác cao hơn nhiều như nghiên cứu của Nguyễn Văn Hoàn (2015) là 100% [4].

Thương tổn đổi màu so với da có thể là do sự thay đổi trong quá trình hình thành và di chuyển của những hạt melanin tới tế bào sừng trong vùng da đã bị bệnh do nấm, tuy nhiên màu sắc tổn thương thay đổi khác nhau là tùy thuộc vào sắc tố da từng cá thể. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, 100% trẻ có dát đổi màu, trong đó có 3,9% dát tăng sắc tố, 84,3%

dát giảm sắc tố và 11,8% dát hồng. Nghiên cứu về vai trò của dermoscopy trong đánh giá thương tổn lang ben, Kaur I (2019) cũng thấy rằng dát giảm sắc tố là loại phổ biến nhất (80%), hiện tượng bong vảy được thấy trong 25/30 trường hợp (83,33%) [5]. Ở trẻ nữ nhi, trong nghiên cứu của Congly H (1984), tác giả nhận định thêm rằng việc thiếu sắc tố ở các vùng da bệnh có thể liên quan đến làn da xanh xao tự nhiên của trẻ sơ sinh [6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, vị trí thương tổn ở cổ xuất hiện phổ biến nhất, chiếm 76,5% số trẻ, tiếp đó là các vị trí lưng, mặt, ngực, lần lượt chiếm khoảng 40%, 37% và 30%. Các vị trí bụng, tay, chân, da đầu rất ít xuất hiện (<4%). Tác giả Isa-Isa khi nghiên cứu bệnh lang ben trên 92 trẻ dưới 1 tuổi nhận thấy, vùng bị ảnh hưởng nhiều nhất là mặt (81%) và ngực (16%), ít gặp hơn là cổ (8,6%) và chi trên, chi dưới (5%) [1]. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Hoàn (2015), tỷ lệ gặp ở các vị trí là lưng 87,5%, ngực 85%, cổ 22,5%, mặt 21,3%, tay 20%, bụng 18,8% và đùi 11,3% [4]. Tuy các nghiên cứu có tỷ lệ khác nhau nhưng có thể thấy các vị trí phổ biến là ở mặt, cổ, lưng, ngực. Điều này phù hợp với y văn thế giới, trong phần lớn các trường hợp tổn thương lang ben thường gặp ở những vùng da có tiết bã nhờn như ở phần giữa ngực, lưng trên và vai, ít gặp ở nửa dưới cơ thể, đặc biệt không bao giờ gặp ở bàn tay, bàn chân. Đây là những vùng da hở, ít bị quần áo che phủ, thường xuyên được rửa vệ sinh nên ít bị ẩm hơn, mật độ tuyến bã ít, lượng acid béo cũng ít hơn nên nấm khó phát triển. Về diện tích tổn thương, trong nghiên cứu của chúng tôi có 94,1% mức độ nhẹ (diện tích thương tổn <10%), còn lại 5,9% là mức độ vừa (diện tích thương tổn 10-30%). Điều này có thể do đa số trẻ đều được phát hiện và đến khám sớm, hạn chế tổn thương tiếp tục phát triển và lây lan.

Bệnh lang ben gây ra bởi các loài nấm men lưỡng hình ưa mỡ và phụ thuộc lipid, thuộc chi *Malassezia*, đáng chú ý là *M. globosa*, *M. furfur* và *M. symodialis*. Các loài *Malassezia* được biết là khó phát triển trong phòng thí nghiệm vì chúng đòi hỏi điều kiện nuôi cấy đặc biệt và cần phủ trên đó lớp dầu bởi khả năng ưa dầu tự nhiên của nấm. Nuôi cấy vi nấm không có giá trị chẩn đoán lang ben do *Malassezia* thường có mặt ở da của người bình thường. Tỷ lệ mọc khi nuôi cấy nấm trong nghiên cứu của chúng tôi là 84,3%. Tỷ lệ các loài nấm khi định danh trong nghiên

cứ là *M. furfur* 29,4%, *M. globosa* 15,7% và *M. dermatia* 2,0%, còn 37,3% là do tạp nhiễm. Nghiên cứu của Bernier V (2002) và cộng sự trên trẻ nữ nhi ở một bệnh viện phụ sản tại Pháp cho thấy sau khoảng 3 tuần ( $21 \pm 5$  ngày), có 29 trẻ sơ sinh (52%) dương tính với loài *M. symodialis* và *M. globosa* [7]. Một nghiên cứu khác tại Italy cũng chỉ ra *M. globosa* là loài được phân lập nhiều nhất từ những bệnh nhân lang ben (60,3%) [8]. Nghiên cứu xác định *Malassezia* trong bệnh lang ben và hiệu quả điều trị bằng thuốc kháng nấm nhóm azole (2017) của Trần Cẩm Vân cho thấy dát giảm sắc tố gặp *M. globosa* và *M. furfur*. Dát tăng sắc tố gặp *M. globosa*, *M. dermatis* và *M. furfur*. Dát hồng và dát hỗn hợp gặp *M. globosa* và *M. dermatis*. *M. globosa* phân bố hầu hết ở tất cả màu sắc dát [9]. Như vậy về định danh loài nấm gây bệnh lang ben ở trẻ em cũng tương tự như ở người lớn.

## V. KẾT LUẬN

Bệnh lang ben ở trẻ nữ nhi có biểu hiện chủ yếu là các dát giảm sắc tố, không bong vảy, vị trí gặp nhiều nhất là ở cổ. Bệnh được chẩn đoán dễ dàng với xét nghiệm soi tươi *Malassezia* spp dương tính. Định danh các loài nấm gây bệnh chủ yếu là *M. furfur* và *M. globosa*.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Isa-Isa, R., et al.**, [Pityriasis versicolor in infants under one year of age. A report of 92 cases]. Rev Iberoam Micol, 2001. 18(3): p. 109-12.
2. **Doanh, L.H., Lang ben**, Bệnh học Da liễu. Nhà xuất bản Y học, 2017. Tập 1.
3. **Almalki, M.K., et al.**, Tinea Versicolor in a Three-Month Infant: A Case Report and Literature Review. Cureus, 2023. 15(6): p. e40763.
4. **Nguyễn Văn Hoàn**, Đánh giá hiệu quả điều trị bệnh lang ben bằng uống itraconazole liều xung. 2015, Trường đại học y Hà Nội.
5. **Kaur, I., D. Jakhar, and A. Singal**, Dermoscopy in the Evaluation of Pityriasis Versicolor: A Cross Sectional Study. Indian Dermatol Online J, 2019. 10(6): p. 682-685.
6. **H, C.**, Pityriasis versicolor in a 3-month-old boy. Can Med Assoc J, 1984. 130(7): p. 844-5.
7. **Bernier, V., et al.**, Skin colonization by *Malassezia* species in neonates: a prospective study and relationship with neonatal cephalic pustulosis. Arch Dermatol, 2002. 138(2): p. 215-8.
8. **Romano, C., et al.**, Identification of *Malassezia* species isolated from patients with extensive forms of pityriasis versicolor in Siena, Italy. Rev Iberoam Micol, 2013. 30(4): p. 231-4.
9. **Trần Cẩm Vân**, Xác định *Malassezia* trong bệnh lang ben và hiệu quả điều trị bằng thuốc kháng nấm nhóm azole. 2017, Trường đại học y Hà Nội.