

DOI: 10.58490/ctump.2025i87.3603

**NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ
MỤN TRÚNG CÁ VÙNG NGỰC LƯNG BẰNG ÁNH SÁNG LED,
FOB 10 LOTION, E-PSORA CỦA BỆNH NHÂN
TẠI VIỆN NGHIÊN CỨU DA THẨM MỸ QUỐC TẾ FOB® NĂM 2023-2025**

**Nguyễn Thị Như Bình^{1*}, Diệp Thắng², Lạc Thị Kim Ngân¹,
Huỳnh Văn Bá¹, Võ Huỳnh Trang¹**

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Trường Đại học Văn Lang

*Email: 22310911520@student.ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 27/3/2025

Ngày phản biện: 22/5/2025

Ngày duyệt đăng: 25/5/2025

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đặc điểm lâm sàng của mụn trứng cá ở ngực lưng và mặt có sự khác biệt và có thể để lại sẹo phì đại nếu không điều trị. Hiện nay, các hướng dẫn quản lý mụn trứng cá thân mình còn hạn chế, áp dụng dựa trên các hướng dẫn về mụn trứng cá ở mặt. Một liệu pháp mới nhanh chóng, an toàn, hiệu quả và ít có tác dụng phụ như ánh sáng LED phối hợp và FOB 10 Lotion và E-PSORA tác động vào cơ chế bệnh sinh của mụn trứng cá được xem như một phương pháp điều trị thay thế mụn. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị mụn trứng cá vùng ngực lưng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Can thiệp không nhóm chứng trên 82 bệnh nhân được chẩn đoán mụn trứng cá vị trí ngực/lưng tại Viện nghiên cứu da thẩm mỹ quốc tế FOB® 1/2023 – 1/2025. **Kết quả:** Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất 18-24 (48,8%). Triệu chứng thường gặp nhất là ngứa 61%. Vị trí sang thương nhiều nhất là lưng 30,5%. Nhân trứng cá (90,2%), sẩn (72%), sẹo lồi chiếm tỷ lệ cao là 32,9%. Mức độ trung bình theo PGA chiếm cao nhất (62,2%). Số lượng thương tổn viêm và không viêm ở thời điểm T3 giảm 65,3% và 74,4% so với thời điểm T0 ($p < 0,001$). Sau 3 tuần (T3) có 71,9% bệnh nhân có PGA 0 và 1. Tỷ lệ đáp ứng khá và trung bình chiếm 57,3% và 33%. Tác dụng không mong muốn thường gặp nhất là khô da (3,7%). **Kết luận:** Điều trị mụn trứng cá vùng ngực lưng bằng LED, FOB 10 Lotion và E-PSORA đã cải thiện đáng kể mức độ nặng của bệnh, đặc biệt là đối với các thương tổn viêm, không viêm.

Từ khóa: Đặc điểm lâm sàng, kết quả điều trị, mụn ngực lưng, LED, E-PSORA, FOB 10 Lotion.

ABSTRACT

**STUDY ON THE CLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT
OUTCOMES OF TRUNCAL ACNE USING LED LIGHT, FOB 10 LOTION,
AND E-PSORA IN PATIENTS AT FOB INTERNATIONAL COSMETIC
DERMATOLOGY INSTITUTE FROM 2023 TO 2025**

**Nguyen Thi Nhu Binh^{1*}, Diep Thang², Lac Thi Kim Ngan¹,
Huynh Van Ba¹, Vo Huynh Trang¹**

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Van Lang University

Background: The clinical characteristics of truncal and facial acne are considered distinct, with truncal acne potentially leading to hypertrophic scarring. Currently, guidelines for managing truncal acne are limited and primarily adapted from facial acne management protocols. A new therapy that is fast, safe, effective and has no side effects such as LED light combined with FOB 10

Lotion and E-PSORA that affects the pathogenesis of acne is considered an alternative treatment approach for acne. **Objectives:** To evaluate the clinical characteristics and treatment results of truncal acne. **Materials and methods:** This interventional study without a control group was conducted on 82 patients diagnosed with truncal acne at FOB International Cosmetic Dermatology Institute in 1/2023-1/2025. **Results:** The most affected age group was 18-24 years (48.8%). The most common symptom was pruritus (61%), and the most frequently involved site was the back (30,5%). The predominant lesion types were comedones (90.2%), papules (72%), and hypertrophic scars (32.9%). Moderate acne severity based on the Physician's Global Assessment (PGA) scale was the most prevalent (62.2%). Compared to baseline (T0), the number of inflammatory and non-inflammatory lesions decreased by 65.3% and 74.4%, respectively, at week 3 (T3) ($p < 0.001$). After three weeks (T3), 71.9% of patients achieved a PGA score of 0 or 1, with 57.3% demonstrating a good response and 33% showing a moderate response. The most common adverse effect was dry skin (3.7%). **Conclusion:** Treatment of truncal acne with LED therapy, FOB 10 Lotion, and E-PSORA significantly improved disease severity, particularly in inflammatory and non-inflammatory lesions.

Keywords: Clinical features, treatment results, truncal acne, LED, E-PSORA, FOB 10 Lotion.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mụn trứng cá là bệnh thường gặp, 73% người lớn (trên 20 tuổi) đã từng bị mụn trứng cá, trong đó 61% biểu hiện liên quan đến thân mình - vùng thường bị che khuất bởi quần áo, có thể khiến những người mắc bệnh không nhận biết được tình trạng của mình [1]. Điều này có thể dẫn đến khó chịu và để lại sẹo nếu không được điều trị [2]. Mụn trứng cá ở ngực, lưng và ở mặt được cho là có cơ chế bệnh sinh chung, nhưng đặc điểm thương tổn ở thân và mặt có sự khác biệt [2]. Hiện nay, các hướng dẫn quản lý mụn trứng cá ở ngực, lưng còn hạn chế: trong thực hành lâm sàng, các bác sĩ quản lý mụn ngực lưng thường dựa trên các hướng dẫn điều trị ở mặt [2]. Vị trí ngực lưng rất khó tuân thủ phương pháp tại chỗ, cho nên nhu cầu của bệnh nhân ngày càng tăng về một liệu pháp mới nhanh chóng, an toàn, hiệu quả và ít tác dụng phụ như ánh sáng LED [3]. FOB 10 Lotion và E-PSORA tác động vào cơ chế bệnh sinh của mụn trứng cá và được xem như một liệu pháp điều trị thay thế trong mụn trứng cá [4]. Điều trị phối hợp các phương pháp trong điều trị mụn là rất thiết thực. Thêm vào đó, tại Việt Nam cũng chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá vấn đề này, vì vậy nghiên cứu được thực hiện với hai mục tiêu: Xác định đặc điểm lâm sàng của mụn trứng cá vùng ngực, lưng và đánh giá kết quả điều trị bằng LED, FOB 10 Lotion và E-PSORA của bệnh nhân tại Viện nghiên cứu da thẩm mỹ quốc tế FOB®.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân đến khám và được chẩn đoán mụn trứng cá ở ngực và/hoặc lưng tại Viện nghiên cứu da thẩm mỹ quốc tế FOB® từ tháng 01/2023 đến tháng 01/2025.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân mụn trứng cá vùng ngực và/hoặc lưng đến khám tại Viện nghiên cứu da thẩm mỹ quốc tế FOB® từ tháng 01/2023 đến tháng 01/2025. Đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Phụ nữ có thai, bệnh không hợp tác, loạn thần. Bệnh nhân mắc các bệnh lý như viêm nang lông, dày sừng nang lông, bệnh lý nhạy cảm ánh sáng,...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp không nhóm chứng.

- **Cỡ mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện. Tổng cộng có 82 bệnh nhân tham gia.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện.

- **Nội dung nghiên cứu:** Đặc điểm lâm sàng của mụn trứng cá vùng ngực, lưng: tuổi, giới, triệu chứng cơ năng, vị trí, sang thương da, mức độ nặng của bệnh theo Physician Global Assessment (PGA) với PGA=0 (Sạch mụn): Có thể có tăng sắc tố và ban đỏ; PGA=1 (Gần như sạch mụn): Một vài nhân trứng cá rải rác và một vài sẩn nhỏ; PGA=2 (Nhẹ): Dễ nhận biết, ít hơn một phần hai vị trí thương tổn; PGA=3 (Trung bình): Hơn một nửa, nhiều nhân trứng cá, sẩn và mụn mủ, có thể có 1 nốt; PGA=4 (Nặng): Toàn bộ vị trí thương tổn, được bao phủ bởi mụn trứng cá, nhiều sẩn và mụn mủ, một vài nốt, có hoặc không có nang. Đánh giá kết quả điều trị bằng LED, FOB 10 Lotion và E-PSORA: sự thay đổi số lượng thương tổn viêm và không viêm theo thời gian điều trị, mức độ cải thiện theo thang điểm PGA qua các lần tái khám, mức độ tác dụng phụ của thuốc và LED.

- **Phương pháp thu thập số liệu:** Phỏng vấn bệnh nhân theo bộ câu hỏi đã soạn sẵn, khám lâm sàng rồi điền vào phiếu thu thập số liệu.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được thông qua chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y Sinh Trường Đại Học Y Dược Cần Thơ. Số phiếu chấp thuận: 23.180.HV/HĐĐĐ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của mụn ngực lưng

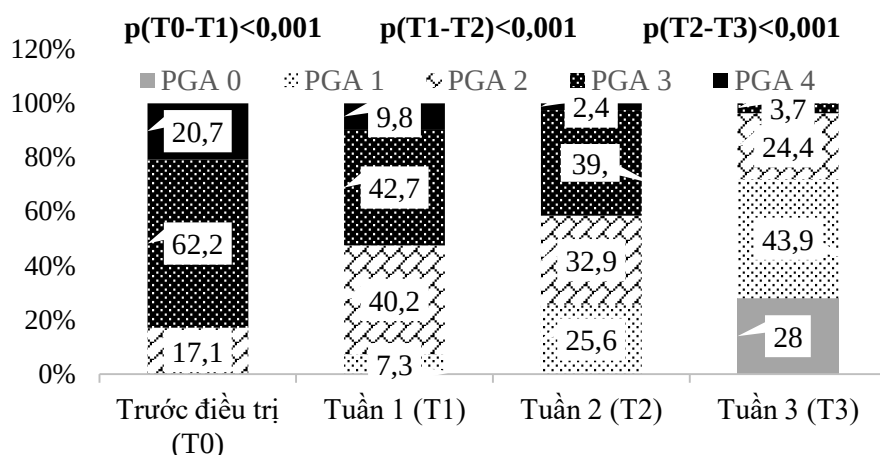
Đặc điểm (n=82)		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi (23 ± 6,7)	<18	17	20,7
	18-24	40	48,8
	>24	25	30,5
Giới tính	Nam	38	46,3
	Nữ	44	53,7
Triệu chứng cơ năng	Ngứa	50	61,0
	Châm chích	30	36,6
	Đau nhức	31	37,8
Vị trí thương tổn	Ngực	20	24,4
	Lưng	25	30,5
	Ngực + lưng	12	14,6
	Lưng + Vị trí khác*	17	20,7
	Ngực + vị trí khác*	2	2,4
	Lưng + Ngực + Vị trí khác*	6	7,3
Loại sang thương	Nhân trứng cá	74	90,2
	Sẩn	59	72,0
	Mụn mủ	43	52,4
	Nốt	32	39,0
	Nang	19	23,2
	Sẹo lồi	27	32,9

*Vị trí khác: Mặt, cổ, vai trên

Nhận xét: Độ tuổi trung bình là 23 ± 6,7, nhóm tuổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất 18-24 (48,8%). Bệnh nhân nữ chiếm 53,7% và nam chiếm 46,3%. Triệu chứng thường gặp nhất là ngứa 61%. Vị trí sang thương nhiều nhất là lưng 30,5%, tiếp theo là ngực 24,4%, thấp nhất

là ngực + vị trí khác chiếm 2,4%. 90,2% bệnh nhân có nhân trứng cá, sẩn và mụn mủ cũng chiếm tỷ lệ cao lần lượt là 72% và 52,4%, tổn thương nặng như nốt chiếm 23,2%. Ngoài ra sẹo lồi chiếm tỷ lệ cao là 32,9%.

3.2. Đánh giá kết quả điều trị



Biểu đồ 1. Mức độ nặng của thang điểm PGA theo thời gian

Nhận xét: Thang điểm mức độ nặng của mụn ngực lưng giảm dần qua các lần tái khám. Sự khác biệt giữa 2 lần tái khám gần nhất (tuần 1 và tuần 0, tuần 2 và tuần 1, tuần 3 và tuần 2) đều có $p < 0,001$. Ở tuần thứ 3, mức độ sạch mụn và gần như sạch mụn (PGA 1 và 2) chiếm tỷ lệ cao nhất: 71,9%.

Bảng 2. Trung bình thương tổn trước và sau 3 tuần điều trị

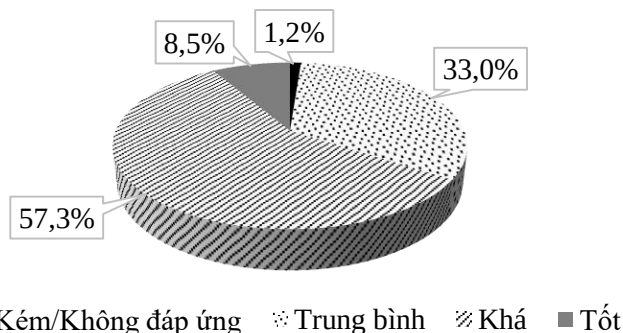
Thương tổn	Trước điều trị	Sau điều trị 3 tuần	Paired T-test (p)
Trung bình thương tổn viêm	$38,8 \pm 20$	$15,8 \pm 15,1$	$p < 0,001$
Trung bình thương tổn không viêm	$25,7 \pm 15,9$	$6,8 \pm 6,4$	
Trung bình tổng thương tổn	$64,7 \pm 27,6$	$22,6 \pm 16,5$	

Nhận xét: Sự khác biệt giữa tổng thương tổn viêm, không viêm, tổn thương tổn trước điều trị và sau điều trị có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Trong đó, trung bình tổng thương tổn không viêm trước điều trị và sau điều trị lần lượt là $25,7 \pm 15,9$ và $6,8 \pm 6,4$. Trung bình thương tổn viêm trước điều trị và sau điều trị lần lượt là $38,8 \pm 20$ và $15,8 \pm 15,1$.

Bảng 3. Trung bình khác biệt thương tổn trước và sau 3 tuần điều trị

Thương tổn	So sánh kết quả trước và sau 3 tuần điều trị (T3-T0)			Paired T-test (p)
	Trung bình khác biệt	Khoảng tin cậy 95%		
		Giá trị trên	Giá trị dưới	
Viêm	23 ± 10,4 (65,3 ± 23,8%)	25,3	20,7	<0,001
Không viêm	18,9 ± 11,9 (74,4 ± 16,4%)	21,5	16,3	<0,001
Tổng thương tổn	41,9 ± 18,1 (67,1 ± 17,5%)	45,9	37,9	<0,001

Nhận xét: Số thương tổn viêm ở T3 giảm 65,3% so với T0, số lượng thương tổn không viêm giảm 74,4%, tổng thương tổn giảm 67,1%. Sự khác biệt các nhóm đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.



Biểu đồ 2. Mức độ cải thiện sang thương sau điều trị

Nhận xét: Mức độ cải thiện sang thương sau điều trị cao nhất là khá 57,3%, kế đến là trung bình 33%, tốt chiếm 8,5%, kém 1,2%.

Bảng 4. Tác dụng không mong muốn của điều trị

Tác dụng không mong muốn	Sau 1 tuần	Sau 2 tuần	Sau 3 tuần
Đỏ da	1 (1,2%)	1 (1,2%)	0 (0,0%)
Khô da	3 (3,7%)	1 (1,2%)	1 (1,2%)
Tróc vảy	0 (0,0%)	1 (1,2%)	0 (0,0%)
Rát/Châm chích	1 (1,2%)	1 (1,2%)	1 (1,2%)

Nhận xét: Tác dụng không mong muốn thường gặp nhất T1 là khô da (3,7%). Sau 3 tuần điều trị, khô da giảm còn 1,2%. Đỏ da chiếm 1,2% ở T1 và không còn sau 3 tuần điều trị. Có 1,2% còn rát sau điều trị.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng

Tuổi: Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $23 \pm 6,7$ tuổi, trong đó nhóm tuổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất là 18-24 tuổi (48,8%). Kết quả này tương tự như tác giả Fathimathul Harshiba H (2023), độ tuổi thường mắc mụn trứng cá vùng ngực lưng là 12-24 tuổi (85%), bệnh có thể mắc cả ở độ tuổi vị thành niên và đến khoảng 50 tuổi [5]. Điều này phù hợp với dịch tễ học của mụn trứng cá, vì liên quan đến rối loạn hoạt động của tuyến bã nhờn, thường gặp chủ yếu ở thanh thiếu niên, chiếm khoảng 85% [6].

Giới tính: Bệnh nhân nữ chiếm 53,7% và nam chiếm 46,3%. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Alotaibi, M.K. (2024), 650 người (86,1%) báo cáo có mụn trứng cá ở ngực lưng, với tỷ lệ nữ 48,2% và nam 37,9% [7].

Vị trí: sang thương nhiều nhất là lưng (30,5%), tiếp theo là ngực (24,4%) và thấp nhất là chỉ có ở ngực + vị trí khác chiếm 2,4%. Nghiên cứu chúng tôi khác biệt với nghiên cứu của Jerry Tan MD và cộng sự năm 2022. Trong 53% tổn thương mặt + mụn thân mình có 54,3% bệnh nhân chỉ bị mụn ở mặt và lưng, 7,3% chỉ bị mụn ở mặt và ngực và 38,5% bị mụn ở cả 3 vị trí (tức là mặt, ngực và lưng) [8]. Nghiên cứu của chúng tôi khác biệt so với Del Rosso và cộng sự (2007) có 2,3% mụn ngực lưng, mụn thân mình + mặt là 50% [9]. Điều này phù hợp với đặc điểm mụn trứng cá là một bệnh lý viêm nang lông tuyến bã thường xuất hiện nơi có mật độ tuyến bã cao theo thứ tự là vùng mặt, lưng, ngực. Tuy nhiên giải thích sự khác biệt này do đối tượng chọn mẫu của 2 nghiên cứu trên là cả vùng mặt và thân mình khác so với nghiên cứu của chúng tôi trên vùng ngực lưng.

Triệu chứng cơ năng: Các triệu chứng cơ năng thường gặp ở bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là ngứa ở vị trí có mụn trứng cá (61%), đau nhức (38,7%) và châm chích (36,6%). Khác biệt với nghiên cứu của Mai Bá Hoàng Anh (2011) chỉ có 32,9% ngứa và đau nhức 17,8%, không có triệu chứng châm chích da và khó chịu [10]. Lý giải điều này vì sang thương da trong nghiên cứu của chúng tôi là vùng ngực lưng vùng ra nhiều mồ hôi, thường xuyên cọ xát nhiều với quần áo nên dễ để lại cảm giác ngứa, châm chích, bệnh nhân bị mụn mức độ trung bình và nặng cao (82,9%) nên triệu chứng đau nhức chiếm tỷ lệ khá cao so với các nghiên cứu khác (38,7%).

Sang thương da: 90,2% bệnh nhân có nhân trứng cá, 72% là sần và 52,4% là mụn mủ, sẹo phì đại chiếm tỷ lệ cao là 32,9%. Theo Fathimathul Harshiba H (2023) tổn thương mụn ngực lưng thường tiến triển qua bốn giai đoạn: vi nhân trứng cá, nhân trứng cá, sần viêm hay mụn mủ và các nốt nang tương tự mụn trứng cá ở mặt [5]. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ sẹo phì đại cao hơn tác giả Poli F (2020) cho rằng sự hình thành sẹo từ mụn trứng cá ở thân là phổ biến và chủ yếu là phì đại (10,6%).

Mức độ nặng của bệnh theo PGA: Mức độ nhẹ chiếm 17,1%, mức độ trung bình chiếm 62,2%, mức độ nặng chiếm 20,7%. Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Jerry Tan (2022) khảo sát 1 (Wakefield) có mức độ nặng và trung bình chiếm 60% [8].

4.2. Kết quả điều trị

Chỉ số PGA ở các thời điểm tuần 1, tuần 2 và tuần 3 sau điều trị đều có sự cải thiện rõ rệt hơn so với trước khi điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Tuần 3 có 71,9% bệnh nhân có PGA 0 và 1. Nghiên cứu của tôi tương đồng với nghiên cứu của Kwon HH (2013): Theo IGA mức độ 0 (sạch mụn) hoặc mức độ 1 (gần như sạch mụn) có tỷ lệ là 78% (14/18) trong nhóm điều trị LED [11].

Số lượng thương tổn viêm: Trung bình thương tổn viêm trước điều trị và sau điều trị lần lượt là $38,8 \pm 20$ và $15,8 \pm 15,1$. Số lượng thương tổn sau 3 tuần điều trị giảm 65,3% ($p < 0,01$). Nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Kwon HH (2013) sau 8 tuần điều trị bằng đèn LED, số lượng mụn giảm thêm 76,8% (xuống 5,3%, $p < 0,01$). Nguyên nhân do thời gian điều trị của chúng tôi ngắn hơn so với nghiên cứu trên [11].

Số lượng thương tổn không viêm: Trung bình thương tổn không viêm trước điều trị và sau điều trị lần lượt là $25,7 \pm 15,9$ và $6,8 \pm 6,4$. Số lượng thương tổn sau 3 tuần điều trị giảm 74,4% ($p < 0,01$). Nghiên cứu của tôi tương đồng với nghiên cứu của Kwon HH (2013): số lượng mụn viêm giảm thêm 53,7% sau 8 tuần (xuống còn 23,7%, $p < 0,01$).

Tác dụng không mong muốn thường gặp nhất là khô da (3,7%). Sau 3 tuần điều trị, khô da giảm còn 1,2%. Nghiên cứu tương tự với Ronald G Wheeland Ba (2012) tác dụng phụ có thể liên quan đến điều trị LED là khô da (3 bệnh) [12].

V. KẾT LUẬN

Mụn trứng cá vùng ngực, lưng gặp nhiều nhất nhóm 18-24 tuổi. Vị trí sang thương nhiều nhất là lưng, tiếp theo là ngực. Sang thương da có nhân trứng cá chiếm tỷ lệ cao nhất, sẹo phì đại chiếm tỷ lệ cao. Mức độ trung bình theo PGA chiếm đa số. Phương pháp điều trị bằng LED, FOB 10 Lotion và E-PSORA là hiệu quả và an toàn: Có sự khác biệt số lượng thương tổn viêm và không viêm, mức độ nặng của bệnh sau điều trị 3 tuần so với trước điều trị, tác dụng không mong muốn thường gặp nhất là khô da, giảm sau 3 tuần điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tan J, Alexis A, Baldwin H, Beissert S, Bettoli V, et al. Gaps and recommendations for clinical management of truncal acne from the Personalising Acne: Consensus of Experts panel. 2021. 5, 33-40, <https://doi.org/10.1016/j.jdin.2021.06.007>.
 2. Woo YR, Kim HS. Truncal acne: an overview. *J Journal of Clinical Medicine*. 2022. 11 (13), 3660, <https://doi.org/10.3390/jcm11133660>.
 3. Elman M, Lebzelter J. Light therapy in the treatment of acne vulgaris. *J Dermatologic surgery*. 2004. 30 (2), 139-146, DOI: 10.1111/j.1524-4725.2004.30053.x.
 4. Zaenglein AL, Pathy AL, Schlosser BJ, Alikhan A, Baldwin HE, et al. Guidelines of care for the management of acne vulgaris. 2016. 74 (5), 945-973. e933, <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2015.12.037>.
 5. Harshiba HF, Rafi NM, Asif S, Ahmad H, Korrapati NH, et al. Breaking out of acne beyond the face—A closer look at truncal acne. *CosmoDerma*. 2023.3, 156, doi:10.25259/CSDM_131_2023.
 6. Goh Carolyn, Cheng Carol, Agak George, et al. Acne Vulgaris. *Fitzpatrick's Dermatology*. McGraw-Hill Education. New York. NY. 2019. 9e.
 7. Alotaibi MK. *J Turk J Dermatol*. Truncal Acne in Adolescents and Young Adults in Saudi Arabia: A Self-Reported Perception. 2024. 18 (4), 110-118, DOI: 10.4274/tjd.galenos.2024.77487.
 8. Tan J, Del RJQ, Weiss JS, Layton AM, Bhatia ND, et al. Prevalence and demographics of truncal involvement among acne patients: survey data and a review of the literature. *Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology*. 2022.15(10), 62-67.
 9. Mai Bá Hoàng Anh. Đặc điểm lâm sàng và hiệu quả điều trị trứng cá thông thường bằng thuốc bôi Duac kết hợp Doxycycline, Luận văn Thạc sĩ y học. Đại học Y Hà Nội. 2011.
 10. Del Rosso JQ, Bikowski JB, Baum E, Smith J, Hawkes S, et al. A closer look at truncal acne vulgaris: prevalence, severity, and clinical significance. *J Drugs Dermatol*. 2007. 6(6), pp. 597-600. <https://europepmc.org/article/med/17668525>.
 11. Kwon HH, Lee JB, Yoon JY, Park SY, Ryu HH, et al. The clinical and histological effect of home-use, combination blue–red LED phototherapy for mild-to-moderate acne vulgaris in Korean patients: a double-blind, randomized controlled trial. *British Journal of Dermatology*. 2013. 168(5), 1088-1094, <https://doi.org/10.1111/bjd.12186>.
 12. Wheeland RG, Koreck A. Safety and effectiveness of a new blue light device for the self-treatment of mild-to-moderate acne. *J The Journal of clinical, dermatology aesthetic*. 2012. 5 (5), 25. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2011.11.086>.
-