

CHẨN ĐOÁN HẠCH CỔ BẰNG PHƯƠNG PHÁP CHỌC HÚT TẾ BÀO KIM NHỎ

Hoàng Hữu¹, Hồ Xuân Dũng¹, Nguyễn Trần Thúc Huan¹, Nguyễn Thị Hồng Chuyên¹, Bùi Hứa Như Trọng², Nguyễn Văn Cầu¹

¹Bộ môn Ung thư, Đại học Y Dược Huế

²Trung tâm Ung Bướu, Bệnh Viện Trung Ương Huế.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát giá trị chẩn đoán của phương pháp chọc hút bằng kim nhỏ (FNA - Fine needle aspiration) trong chẩn đoán bệnh lý hạch cổ trên lâm sàng

Đối tượng, phương pháp: Mô tả các trường hợp được chẩn đoán hạch cổ chưa rõ bản chất được sinh thiết trọn bằng phẫu thuật tại Khoa Ung Bướu, Bệnh viện Đại Học Y Dược Huế từ 2019 - 2022

Kết quả: Khám lâm sàng đánh giá mật độ hạch có thể định hướng bản chất ác tính. Vị trí địa lý và đánh giá mật độ không dự đoán bản chất lao hạch. Giá trị chẩn đoán chọc hút kim nhỏ trong chẩn đoán hạch cổ nguyên phát chưa rõ bản chất chẩn đoán đúng 52/59 trường hợp 88,1% và chẩn đoán sai 11,9% trường hợp. Trong đó phương pháp này có khả năng dự báo hạch cổ ác tính với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 76,5% và 90,5%. Nhưng chọc hút bằng kim nhỏ không có khả năng dự báo hạch cổ là lao hạch với khả năng chẩn đoán chính xác 64% độ nhạy và độ đặc hiệu 56% và 70,5%.

Kết luận: Khám lâm sàng đánh giá mật độ và chọc hút tế bào bằng kim nhỏ là các bước hiệu quả được sử dụng thường quy trong chẩn đoán hạch cổ ác tính. Tuy nhiên chọc hút kim nhỏ không thể thay thế mô bệnh học trong chẩn đoán hạch lao.

Từ khóa: Hạch cổ, lao hạch, phương pháp chọc hút bằng kim nhỏ, giá trị chẩn đoán.

ABSTRACT

DIAGNOSTIC VALUES OF FINE NEEDLE ASPIRATION IN CERVICAL LYMPHADENOPATHY PATIENTS

Hoang Huu¹, Ho Xuan Dung¹, Nguyen Tran Thuc Huan¹, Nguyen Thi Hong Chuyen¹, Bui Hua Nhu Trong², Nguyen Van Cau¹

Purpose: To evaluate the diagnostic values of fine needle aspiration (FNA) in patients with cervical lymphadenopathy

Methods: A descriptive research of patients with enlarged cervical lymph nodes excisionally biopsied in three years 2019 - 2022 at Oncology Department, Hospital of Hue University of medicine and pharmacy were studied retrospectively.

Results: Preoperative firm density evaluation in clinical examination correlated well with the malignant cervical lymph nodes ($p = 0,037$), but this clinical evaluation may not predict well the patients with tuberculous nodes ($p > 0,05$). Geographic traits of patients had no relation with tuberculous lymph nodes. Overall, fine needle aspiration can predict correctly 52/59 cases about 88,1% and miss diagnose 11,9% cases of cervical lymphadenopathy. Sensitivity and specificity value of FNA in malignant prediction of cervical lymph nodes were 76,5% and 90,5% respectively with $p < 0,05$. Nevertheless, fine needle aspiration could not predict accurately tuberculous lymph nodes with low sensitivity 56% and specificity 70,5%.

Ngày nhận bài: 02/7/2023. Ngày chỉnh sửa: 27/7/2023. Chấp thuận đăng: 11/8/2023

Tác giả liên hệ: Hoàng Hữu. Email: hhuu@huemed-univ.edu.vn. SĐT: 0774529970

Chẩn đoán hạch cổ bằng phương pháp chọc hút tế bào kim nhỏ

Conclusion: Palpation in clinical examination and fine needle aspiration are two valuable approaches in diagnosing malignant cervical lymphadenopathy, should be used routinely. However, those procedures could not replace excisional biopsy in diagnosis of tuberculous lymph nodes.

Keywords: Cervical lymphadenopathy, Fine needle aspiration, diagnostic value.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hạch cổ lớn là bệnh lý hay gặp ở trẻ em và cả người lớn. Đối với nhóm bệnh trẻ em chủ yếu do nguyên nhân nhiễm trùng vi khuẩn hoặc virus. Trong khi đó người lớn xuất hiện hạch cổ đặc biệt nhóm bệnh nhân hút thuốc lá và nghiện rượu bia sau 40 tuổi thường nguy cơ ác tính cao [1]. Ngoài ra đối với những nước đang phát triển thì bệnh lý lao hạch cũng hay gặp trên lâm sàng [2, 3].

Sinh thiết trọn hạch cổ bằng phẫu thuật để có kết quả mô bệnh học là tiêu chuẩn vàng, là phương pháp chẩn đoán được khuyến cáo thực hiện theo mạng lưới ung thư Hoa Kỳ [4]. Tuy nhiên, nó là kỹ thuật chẩn đoán phức tạp, tốn chi phí, cũng gây ra những tai biến ngoài ý muốn do phẫu thuật gây ra. Đặc biệt, hạch vùng cổ nằm gần vị trí trọng yếu mạch máu lớn và thần kinh quan trọng, sinh thiết bằng phẫu thuật có thể gây tổn thương. Vậy nên kỹ thuật sinh thiết trọn không phải lúc nào cũng được thực hiện thường quy trong chẩn đoán xác định hạch cổ. Trái lại thì phương pháp chọc hút bằng kim nhỏ trong đó sử dụng kim nhỏ chọc hút tế bào có hay không hướng dẫn của siêu âm thu thập mẫu tế bào giúp chẩn đoán tế bào học, là phương pháp ít xâm nhập, tiết kiệm chi phí, được áp dụng ngày càng nhiều trong chẩn đoán hạch cổ.

Trên thế giới, đến năm 2020 những nghiên cứu về giá trị chẩn đoán của phương pháp chọc hút bằng

kim nhỏ có độ nhạy và độ đặc hiệu dao động từ 68 - 95% khác nhau theo từng tác giả [3, 5 - 7]. Tại Việt Nam nghiên cứu về chẩn đoán hạch cổ sử dụng phương pháp chọc hút bằng kim nhỏ chưa nhiều, tác giả Nguyễn Phước Bảo Quân mô tả xét nghiệm này có giá trị độ nhạy 80% độ đặc hiệu 100% [8]. Do đó chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu khảo sát giá trị chẩn đoán của chọc hút kim nhỏ trong chẩn đoán hạch cổ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân đến khám phòng khám Ung Bướu bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ năm 2019 đến 2022 vì lý do sờ thấy hạch cổ lớn được phẫu thuật sinh thiết có chẩn đoán mô bệnh học.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thực hiện nghiên cứu mô tả cắt ngang, theo dõi bệnh nhân dựa vào hồ sơ bệnh án.

Các biến số chính: Vị trí địa lý; Vị trí hạch cổ; Mật độ; Loại tế bào học; Loại giải phẫu bệnh (Lao hạch; Lymphoma; Carcinôm di căn; Hạch phản ứng)

Xác định độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác của xét nghiệm chẩn đoán.

Số liệu được ghi nhận vào bảng thu thập số liệu. Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 24.0. Giá trị $p < 0,05$ được chọn là có ý nghĩa thống kê, với độ tin cậy 95%.

III. KẾT QUẢ

Trong ba năm 2019 - 2022 đã có 59 bệnh nhân vào viện vì lý do hạch cổ lớn và được phẫu thuật sinh thiết làm giải phẫu bệnh tại khoa Ung Bướu, Bệnh viện Trường Đại Học Y Dược Huế

Đặc điểm của các bệnh nhân trong nghiên cứu này được trình bày trong Bảng 1.

Bảng 1: Các đặc điểm lâm sàng đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		N = 59	%
Tuổi	40,5 ± 2,7 (7 - 80) tuổi		
	< 20	9	15,3
	20 - 50	33	55,9
	> 50	17	28,8

Chẩn đoán hạch cổ bằng phương pháp chọc hút tế bào kim nhỏ

Đặc điểm		N = 59	%
Giới	Nam	30	50,8
	Nữ	29	49,2
Vị trí địa lý	Đồng bằng	31	52,5
	Thành thị	19	32,2
	Miền núi	9	15,3
Kích thước hạch	11,9 ± 0,8 (5 - 28) mm		
Mật độ	Mềm	6	10,2
	Chắc	49	83,1
	Cứng	4	6,7
Vị trí hạch di căn	1	7	11,9
	2	4	6,8
	3	14	23,7
	4	5	8,5
	5	29	49,2
Tế bào học	Hạch phản ứng	18	30,5
	Nghi lao	21	35,6
	Lao hạch	3	5,1
	Ác tính	2	3,4
	Nghi ác tính	15	25,4
Giải phẫu bệnh	Carcinoma di căn	5	8,5
	Lymphoma	12	20,3
	Lao hạch	25	42,4
	Hạch phản ứng	16	27,1
	Khác	1	1,7

Tuổi trung bình khoảng 41 tuổi. Đa số các bệnh nhân trong nhóm tuổi 20 - 50 tuổi (55,9%), độ tuổi tăng không liên quan đến xuất hiện hạch cổ ác tính ($p > 0,05$), tỉ số nam/nữ xấp xỉ bằng nhau (1,03). Nhóm bệnh nhân từ đồng bằng chiếm chủ yếu, hơn 50% nhóm nghiên cứu. Kích thước hạch trung bình khoảng 11,9 mm, có hầu hết khám lâm sàng có mật độ chắc, khoảng 83,1% trường hợp. Hạch cổ nhóm V có tần suất hiện diện lâm sàng cao nhất với gần 50% số ca. Tế bào học khoảng 71% là lành tính, 25,4% là nghi ác tính, còn lại ác tính có 2 trường hợp chiếm 3,4%. Giải phẫu bệnh sau mổ phần lớn là lành tính trong đó đa số là lao hạch 42,4%, và 27,1% là hạch phản ứng.

Bảng 2: Liên quan giữa vùng miền và lao hạch.

	Lao hạch	Không phải lao	p
Đồng bằng	10	21	p = 0,15
Thành thị	9	10	
Miền núi	6 (66%)	3	
Tổng	25	24	

Địa hình đồng bằng, miền núi hay đô thị không có mối tương quan dịch tễ lao hạch ($p > 0,05$), tỉ lệ phần trăm người dân miền núi đến khám vì hạch lớn có tỉ lệ lao hạch cao nhất khoảng 66%.

Chẩn đoán hạch cổ bằng phương pháp chọc hút tế bào kim nhỏ

Bảng 3: Liên quan giữa vị trí hạch và GPB ác tính

Vị trí hạch	Hạch ác tính	Lành tính	p
Nhóm 1	3	4	p = 0,86
Nhóm 2	1	3	
Nhóm 3	10	4	
Nhóm 4	2	3	
Nhóm 5	7	22	

Nhóm hạch cổ lớn khám hay gặp nhất là nhóm V, nhưng số ca ác tính số lượng nhiều nhất gặp ở nhóm III. Tuy nhiên không có mối liên quan giữa vị trí hạch và giải phẫu bệnh ác tính ($p > 0,05$)

Bảng 4: Liên quan giữa khám lâm sàng mô tả mật độ hạch trong đánh giá hạch ác tính.

Mật độ hạch	Hạch ác tính	Lành tính	p
Mềm	0 (Se 100%)	6	p = 0,037
Chắc	14	35	
Cứng	3	1 (Sp: 97%)	
Tổng	25	24	

Khám lâm sàng có thể định hướng được bản chất ác tính của hạch cổ lớn với $p < 0,05\%$. Trong đó khám có mật độ cứng có độ đặc hiệu 97% và khám mật độ mềm có độ nhạy 100%.

Bảng 5: Mối liên quan giữa khám lâm sàng mật độ trong đánh giá lao hạch

Mật độ hạch	Lao hạch	Không phải lao	p
Mềm	3	3	p = 0,7
Chắc	21	28	
Cứng	1	3	
Tổng	25	24	

Khám lâm sàng mô tả mật độ hạch không có khả năng dự đoán giải phẫu bệnh là lao hạch ($p > 0,05$)

Bảng 6: Liên quan giữa tế bào học và kết quả giải phẫu bệnh ác tính.

	Giải phẫu bệnh ác tính	Giải phẫu bệnh khác	Tổng cộng	p
TBH lành tính	4	38	42	p < 0.05
TBH nghi ác tính	11 (Acc: 83%)	4	15	
TBH ác tính	2	0 (Sp: 100%)	2	
Tổng cộng	17	41	59	

Sử dụng chọc hút tế bào kim nhỏ giúp chẩn đoán bệnh lý hạch cổ nếu kết quả tế bào nghi ác tính thì độ chính xác 83% và nếu tế bào học ác tính thì độ đặc hiệu 100%. ($p < 0,05$). Tóm lại, độ nhạy trong phát hiện bệnh ác là 76,5%, độ đặc hiệu 90,5%.

Sử dụng phương pháp chọc hút tế bào bằng kim nhỏ chẩn đoán chính xác 88,1% (52/59) trường hợp. Trong đó chẩn đoán sai 7/59 trường hợp 11,9%.

Chẩn đoán hạch cổ bằng phương pháp chọc hút tế bào kim nhỏ

Bảng 7: Liên quan giữa TBH lao, nghi lao và GPB lao hạch

	Giải phẫu bệnh lao	Giải phẫu bệnh khác	Tổng cộng	p
TBH lao	2	1	3	p = 0.12
TBH nghi lao	12	9	21	
TBH khác	11	24	35	
Tổng cộng	25	34	59	

FNA trước mổ không giúp chẩn đoán được tình trạng lao hạch người bệnh ($p > 0,05$) độ nhạy trong phát hiện lao hạch là Se: 56% độ đặc hiệu Sp: 70,5% và chẩn đoán có độ chính xác 64% trường hợp có bị lao hay không.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Hạch cổ lớn trên lâm sàng

Hạch cổ lớn trên lâm sàng là triệu chứng lâm sàng thường gặp của nhiều căn nguyên khác nhau, như là ung thư biểu mô chưa rõ nguyên phát di căn chiếm tỉ lệ 1 - 5% các loại ung thư, ngoài ra còn có u lympho, hạch viêm đặc hiệu và viêm không đặc hiệu [5]. Đặc biệt nhóm bệnh nhân ngoài 40 tuổi kèm hút thuốc lá, nghiện rượu yếu tố chủng tộc châu Á, Phi, Ấn Độ thì nguy cơ hạch ác tính càng cao. Đối với những trường hợp vào viện vì hạch cổ lớn chưa tìm được tổn thương nguyên phát thì sử dụng phương pháp chọc hút bằng kim nhỏ, kết hợp vị trí hạch cổ có thể định vị vị trí tổn thương nguyên phát.

Theo Sumit Mitra [9] quan sát trên nhóm 475 bệnh nhân hạch cổ lớn thấy rằng bệnh lý lao hạch chiếm 46,7%. Trong khi hạch quá sản phản ứng chiếm 45% chủ yếu nhóm bệnh nhân dưới 20 tuổi, nhóm bệnh nhân hạch ác tính chiếm 13,7% phần lớn là ung thư đầu cổ di căn tới đó. Theo Fatima.S [2] thực hiện tế bào học trên 377 bệnh nhân hạch cổ lớn mô tả có 52,7% hạch lao, hạch phản ứng chiếm 16,1% và hạch di căn 8,7%. Tuy nhiên theo Hirachand.S [3] nguyên nhân hạch lớn được giải thích do 41,6% là hạch viêm phản ứng, 28% do lao hạch, hạch di căn chiếm 12,3% và lymphoma 6%. Theo Nesreen.H [7] mô tả trên 157 người bệnh hạch cổ lớn có 30,6% hạch lớn do viêm phản ứng, 69,4% bản chất hạch ác tính.

Trong nghiên cứu này: Hạch lành tính chiếm 72,1% trong đó nguyên nhân do lao chiếm 42,4%, hạch viêm phản ứng chiếm 27,1%. Trong đó nhóm bệnh nhân có hạch phản ứng có tuổi dưới 20 chiếm 25%. Hạch ác tính 28,8% nguyên nhân hạch cổ lớn.

Yếu tố nguy cơ dự đoán hạch ác tính: Theo tác giả Bazemore [10] yếu tố nguy cơ cao trên lâm sàng

hướng đến hạch ác tính bao gồm: lớn tuổi, vị trí hạch nhóm Va - trên đòn, mật độ cứng, tồn tại dai dẳng trên 2 tuần. Trong nghiên cứu này: không có mối liên quan giữa vị trí xuất hiện hạch cổ lớn và bản chất ác tính của hạch. Và độ tuổi không có mối liên quan với tính chất ác tính của hạch cổ xuất hiện trên lâm sàng

Khám đánh giá mật độ có thể định hướng chẩn đoán bản chất của hạch trong đó mật độ cứng có độ đặc hiệu 97% trong phát hiện bản chất hạch ác tính và khám lâm sàng mật độ mềm có độ nhạy 100% đánh giá bản chất hạch lành tính.

4.2. Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ

Phương pháp chọc hút tế bào bằng kim nhỏ là phương pháp sử dụng kim nhỏ thường gauche 21 kết hợp hút áp lực âm, có thể phối hợp với siêu âm dẫn đường trong trường hợp hạch ở vị trí trọng yếu gần mạch máu lớn hoặc thần kinh đặc biệt ở vùng cổ giúp tăng độ chính xác

Tính chính xác của phương pháp chọc hút kim nhỏ cũng phụ thuộc vào khối lượng mẫu tế bào lấy được, kỹ thuật của người thực hiện thủ thuật. Mỗi tổn thương nên được lấy ở nhiều vị trí và nhiều hướng chọc thay vì chỉ chọc 1 vị trí và chỉ xoay tại chỗ. Sau khi đưa kim vào đúng vị trí hút áp lực âm và xoay đầu kim theo hướng ban đầu để tăng khối lượng mô thu được, sau lần hút đầu nên rút đầu kim ra và châm đầu kim vào hạch theo hướng khác làm tương tự. Sau khi lấy được mẫu vào syringe rút đầu kim ra và xịt vào lam thủy tinh cố định mẫu. Một mẫu có tính hiệu quả khi tăng khả năng chẩn đoán dương tính bệnh lý [6].

Đây là phương pháp phổ biến được sử dụng rộng rãi bởi vì tính dễ tiếp cận, an toàn, chi phí thấp, ít tai biến so với phẫu thuật can thiệp.

Chẩn đoán hạch cổ bằng phương pháp chọc hút tế bào kim nhỏ

Giá trị chẩn đoán của chọc hút tế bào trong chẩn đoán hạch cổ ác tính: Trong nước có tác giả Nguyễn Phước Bảo Quân [8] nghiên cứu đánh giá nhóm bệnh nhân ung thư thực quản thì giá trị chẩn đoán của FNA trong chẩn đoán hạch ác tính có độ nhạy 80%, độ đặc hiệu là 100%. Trên quốc tế, theo Nesreen H thì phương pháp chọc tế bào bằng kim nhỏ có độ nhạy 90,9%, độ đặc hiệu 67,2% trong chẩn đoán hạch ác tính. Theo Dong Xu [6] nghiên cứu thì độ nhạy là 76,8% độ đặc hiệu 92,1% trong chẩn đoán hạch cổ ác tính. Trong nghiên cứu này: Độ nhạy và độ đặc hiệu trong phát hiện hạch cổ ác tính lần lượt là 76,5% và 90,5%. Tương đương với những nghiên cứu tham khảo.

Độ chính xác trong chẩn đoán hạch ác tính: Theo Hirachand S [3] thì phương pháp chọc hút tế bào bằng kim nhỏ có độ chính xác 92,8% trong chẩn đoán hạch. Độ nhạy và độ đặc hiệu trong chẩn đoán hạch di căn là 100%. Theo tác giả Nesreen H [7] phương pháp chọc hút tế bào bằng kim nhỏ chẩn đoán chính xác 82,2% trường hợp hạch cổ lớn và chẩn đoán sai 17,8% trường hợp.

Đối với tác giả Dong Xu [6] thì độ chính xác của phương pháp này cũng là 82%. Trong nghiên cứu này : Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ chẩn đoán đúng 88,1% trường hợp và chẩn đoán sai 11,9% trường hợp hạch cổ lớn.

Giá trị chẩn đoán trong lao hạch: Lao là bệnh lý hay gặp ở các nước đang phát triển với tỉ lệ tử vong cao. Trong đó lao hạch là bệnh lý hay gặp đứng thứ 2 sau lao phổi. Lao vi khuẩn mọc chậm nên phương pháp cấy thường cho kết quả muộn và âm tính giả cao. Tế bào học là xét nghiệm được sử dụng kết hợp để tăng hiệu quả chẩn đoán. Theo tác giả Knox J [11] thì phương pháp chọc hút tế bào có độ nhạy chỉ 38% trong chẩn đoán lao hạch. Theo Asimacopoulos [12] hiệu quả của chọc hút tế bào học tìm ra được 77/97 (79%) trường hợp lao hạch. Trong nghiên cứu này tế bào học giúp chẩn đoán đúng 64% trường hợp với độ nhạy 56% và độ đặc hiệu 70,5% với ($p > 0,05$).

V. KẾT LUẬN

Khám đánh giá mật độ hạch giúp định hướng được tính chất lành, ác tính của hạch cổ. Phương pháp chọc hút tế bào bằng kim nhỏ có giá trị trong chẩn đoán hạch cổ ác tính nhưng không có giá trị cao trong chẩn đoán bệnh lý lao hạch. Vì vậy trong thực hành lâm sàng cần khai thác bệnh sử tỉ mỉ, khám lâm sàng kĩ càng, những trường hợp nghi ngờ lao hạch cần chỉ định phối hợp với xét nghiệm vi sinh

như nuôi cấy hoặc nhuộm Ziehl - Neelsen. Ngoài ra sinh thiết trọn hạch là xét nghiệm tiêu chuẩn để có được kết quả mô bệnh học chính xác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mehrotra R, Singh M, Gupta RK, Singh M, Kapoor AK. Trends of prevalence and pathological spectrum of head and neck cancers in North India. Indian J Cancer. 2005; 42(2): 89-93.
2. Fatima S, Arshad S, Ahmed Z, Hasan SH. Spectrum of cytological findings in patients with neck lymphadenopathy- experience in a tertiary care hospital in Pakistan. Asian Pac J Cancer Prev. 2011; 12(7): 1873-5.
3. Hirachand S, Lakhey M, Akhter J, Thapa B. Evaluation of fine needle aspiration cytology of lymph nodes in Kathmandu Medical College, Teaching hospital. Kathmandu Univ Med J (KUMJ). 2009; 7(26): 139-42.
4. NCCN. B cell lymphoma. 2023; 05.2023:[Available from: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/b-cell.pdf.
5. Balm AJ, van Velthuysen ML, Hoebbers FJ, Vogel WV, van den Brekel MW. Diagnosis and treatment of a neck node swelling suspicious for a malignancy: an algorithmic approach. Int J Surg Oncol. 2010; 2010: 581540.
6. Xu D, Xu HM, Li MK, Chen LY, Wang LJ. Feasibility of fine-needle aspiration biopsy and its applications in superficial cervical lesion biopsies. Int J Clin Exp Pathol. 2014; 7(8): 5165-70.
7. Nesreen H. Hafez NST. Reliability of fine needle aspiration cytology (FNAC) as a diagnostic tool in cases of cervical lymphadenopathy. Journal of the Egyptian National Cancer Institute. 2011; 23(3): 105-114.
8. Nguyễn Phước Bảo Quân c. Nghiên cứu giá trị của siêu âm và siêu âm hướng dẫn chọc hút tế bào bằng kim nhỏ hạch cổ di căn trong ung thư thực quản. Tạp chí điện quang Việt Nam. 2013(12).
9. Mitra S, Ray S, Mitra PK. Analysis of FNAC of cervical lymph nodes: experience over a three-year period. J Indian Med Assoc. 2013; 111(9): 599-602.
10. Bazemore AW, Smucker DR. Lymphadenopathy and malignancy. Am Fam Physician. 2002; 66(11): 2103-10.
11. Knox J, Lane G, Wong JS, Trevan PG, Karunajeewa H. Diagnosis of tuberculous lymphadenitis using fine needle aspiration biopsy. Intern Med J. 2012; 42(9): 1029-36.
12. Asimacopoulos EP, Berry M, Garfield B, Roesner M, Jepson A, McCarthy J, et al. The diagnostic efficacy of fine-needle aspiration using cytology and culture in tuberculous lymphadenitis. Int J Tuberc Lung Dis. 2010; 14(1): 93-8.