

## GIÁ TRỊ CỦA CHỌC HÚT KIM NHỎ DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM TRONG CHẨN ĐOÁN CÁC BƯỚU LÀNH TÍNH TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI

Vương Lam Linh<sup>1</sup>, Phan Hồ Phúc Thắng<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

Trong thực hành lâm sàng, chọc hút tế bào bằng kim nhỏ (Fine Needle Aspiration – FNA) là phương pháp hữu ích trong đánh giá ban đầu bướu tuyến mang tai nhờ tính đơn giản, ít xâm lấn, cho kết quả nhanh và an toàn cho bệnh nhân. **Mục tiêu:** đánh giá giá trị của FNA dưới hướng dẫn của siêu âm trong chẩn đoán phân biệt bướu tuyến mang tai lành tính.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu hồi cứu cắt ngang mô tả 252 ca bướu tuyến nước bọt đã khám và điều trị tại Bệnh viện Ung Bướu thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 01/2022 đến 06/2023 được chẩn đoán là bướu tuyến mang tai. **Kết quả:** Bướu tuyến mang tai chủ yếu biểu hiện bằng khối sưng (99,6%), đa phần không đau (89,9%), một số ít đau nhẹ (11,1%), và hiếm gặp liệt mặt (1,2%) hoặc hạch cổ (2,0%). Trong nghiên cứu của chúng tôi, Kết quả FNA trong chẩn đoán bướu tuyến đa dạng, độ nhạy 98,3%, độ đặc hiệu 93,0%, giá trị tiên đoán dương 92,1% và giá trị tiên đoán âm 98,5%, với độ chính xác 95,4%. Đối với bướu Warthin, độ nhạy là 96,2%, độ đặc hiệu 96,7%, giá trị tiên đoán dương 95,3% và giá trị tiên đoán âm 97,4%, độ chính xác 96,6%. Độ chính xác đạt giá trị cao trong việc phân biệt 2 bướu lành tính thường gặp. **Kết luận:** Áp dụng FNA dưới hướng dẫn siêu âm như một quy trình thường quy trong chẩn đoán trước phẫu thuật bướu tuyến mang tai lành tính.

**Từ khóa:** FNA, bướu tuyến mang tai, bướu tuyến đa dạng, bướu Warthin

### SUMMARY

#### VALUE OF ULTRASOUND-GUIDED FINE NEEDLE ASPIRATION IN THE DIAGNOSIS OF BENIGN PAROTID GLAND TUMORS

In clinical practice, fine needle aspiration (FNA) is a useful method for the initial evaluation of parotid gland tumors due to its simplicity, minimal invasiveness, gives quick results, and safety for patients. **Objective:** To evaluate the value ultrasound-guided FNA in the differential diagnosis of benign parotid gland tumors. **Subjects and methods:** A cross-sectional retrospective study describing 252

cases of parotid gland tumors examined and treated at Ho Chi Minh City Oncology Hospital from January 2022 to June 2023 with the diagnosis of parotid gland tumors. **Results:** Parotid gland tumors predominantly present as a swelling (99.6%), are mostly painless (89.9%), with a minority having mild pain (11.1%), and rarely associated with facial paralysis (1.2%) or cervical lymphadenopathy (2.0%). In 261 FNA cases, pleomorphic adenoma showed a sensitivity of 98.3%, specificity of 93.0%, positive predictive value of 92.1%, negative predictive value of 98.5%, and an accuracy of 95.4%; for Warthin tumor, the corresponding values were 96.2%, 96.7%, 95.3%, 97.4%, and 96.6%, confirming the high accuracy of FNA in differentiating these two common benign parotid tumors. **Conclusion:** Ultrasound-guided FNA should be considered a routine procedure in the preoperative diagnosis of benign parotid gland tumors.

**Key word:** FNA, parotid gland tumors, pleomorphic adenoma, Warthin tumor

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bướu tuyến nước bọt là một nhóm bệnh lý tương đối hiếm gặp trong các khối u vùng đầu cổ nhưng có đặc điểm đa dạng về mặt mô bệnh học. Các bướu này có thể phát sinh từ các tuyến nước bọt chính hoặc phụ, trong đó tuyến mang tai là vị trí thường gặp nhất. Nhiều nghiên cứu cho thấy khoảng 70–80% bướu tuyến nước bọt xuất hiện ở tuyến mang tai, và trong số này đa số là bướu lành tính, chiếm khoảng 80–90% các trường hợp. Các bướu lành tính thường gặp bao gồm bướu tuyến đa dạng, bướu Warthin, bướu tuyến tế bào đáy và một số dạng bướu biểu mô khác.

Mặc dù phần lớn bướu tuyến mang tai là lành tính, nhưng nhóm bệnh lý này lại rất đa dạng về đặc điểm tế bào học và mô bệnh học, dẫn đến sự khác biệt về tiên lượng và phương pháp điều trị. Trên lâm sàng, các bướu lành tính của tuyến mang tai thường biểu hiện dưới dạng một khối u phát triển chậm, giới hạn rõ, ít gây đau hoặc triệu chứng thần kinh. Do có biểu hiện tương đối giống nhau, việc phân biệt các loại bướu lành tính chỉ dựa trên triệu chứng lâm sàng thường gặp nhiều khó khăn.

Các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ có thể giúp đánh giá vị trí, kích thước và mối

<sup>1</sup> Trường Y Dược, Đại học Trà Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Vương Lam Linh

Email: vuonglamlinh@tvu.edu.vn

Mã bài: N615

Ngày nhận bài: 6.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 6.3.2026

Ngày duyệt bài: 8.4.2026

liên quan của khối bướu với các cấu trúc lân cận. Tuy nhiên, các phương pháp này thường không cho phép xác định chính xác bản chất mô học của tổn thương, đặc biệt trong việc phân biệt giữa các loại bướu lành tính khác nhau của tuyến mang tai. Do đó, việc sử dụng các kỹ thuật chẩn đoán trước phẫu thuật có khả năng cung cấp thông tin tế bào học hoặc mô học trở nên cần thiết.

Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ (Fine Needle Aspiration – FNA) là một phương pháp chẩn đoán ít xâm lấn, được sử dụng rộng rãi trong đánh giá các khối bướu tuyến nước bọt. Kỹ thuật này có nhiều ưu điểm như dễ thực hiện, chi phí thấp, ít biến chứng và có thể cung cấp thông tin tế bào học quan trọng giúp định hướng chẩn đoán trước phẫu thuật. Theo nghiên cứu của *Selcuk Yildiz và cộng sự (2021)*<sup>1</sup>, độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm và độ chính xác trong chẩn đoán bướu tuyến đa dạng lần lượt là: 94,06%, 94,34%, 94,06%, 94,39%, 94,23%. và kết luận FNA có độ nhạy tương đối và độ đặc hiệu cao trong việc phân biệt các bướu lành tính. Trong nhiều trường hợp, FNA có thể hỗ trợ phân biệt tổn thương lành tính với ác tính, đồng thời góp phần định hướng loại bướu cụ thể. Tuy nhiên, hiện nay trong nước vẫn chưa có các nghiên cứu sâu về vấn đề này, sự chồng lấp về đặc điểm tế bào học giữa các loại bướu lành tính có thể ảnh hưởng đến độ chính xác chẩn đoán, từ đó tác động đến quyết định điều trị.

Xuất phát từ những vấn đề trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu “Giá trị của chọc hút kim nhỏ trong chẩn đoán phân biệt các bướu lành tính tuyến nước bọt mang tai” nhằm đánh giá vai trò của phương pháp FNA trong việc nhận diện và phân biệt các loại bướu lành tính của tuyến mang tai.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu cắt ngang mô tả thu thập được hồ sơ bệnh án của 252 bệnh nhân (261 bướu) đến khám và điều trị tại Bệnh viện Ung Bướu TP.HCM từ tháng 01/2022 đến tháng 06/2023 có chẩn đoán bướu tuyến mang tai.

#### - Tiêu chuẩn chọn mẫu

○ Bệnh nhân có đủ hồ sơ bệnh án tại bệnh viện Ung Bướu Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 01/2022 đến 06/2023;

○ Bệnh nhân có kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật là bướu tuyến mang tai;

○ Bệnh nhân có xét nghiệm FNA dưới hướng dẫn của siêu âm trước điều trị, có làm giải phẫu bệnh.

#### - Tiêu chuẩn loại trừ

○ Bệnh nhân đã từng điều trị ung thư đầu-cổ;

○ Bệnh nhân không đủ thông tin hồ sơ bệnh án, làm giải phẫu bệnh.

#### - Quy trình thực hiện

○ Chọn bệnh nhân phù hợp với tiêu chuẩn chọn bệnh;

○ Ghi nhận thông tin, đặc điểm lâm sàng, kết quả FNA trước phẫu thuật;

○ Đối chiếu kết quả FNA với kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật.

### 2.2 Biến số nghiên cứu

Biến số nền: giới tính, tuổi, lý do nhập viện, tiền sử.

Biến số kết quả: kết quả FNA, kết quả mô bệnh học.

### 2.3 Xử lý thống kê

Các kết quả thu thập được ghi vào phiếu thu thập thống nhất, nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm Stata 16.0. Tương quan được xem là có ý nghĩa thống kê khi phép kiểm có  $p < 0,05$ . Các thống kê được thực hiện với độ tin cậy 95%, với sai lầm loại 1 là 5%.

### 2.4 Ý đức

Nghiên cứu đã được chấp thuận về mặt y đức trong nghiên cứu từ Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh số 671/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 20/07/2023 và Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Bệnh viện Ung Bướu thành phố Hồ Chí Minh số 680/BVUB-HĐĐĐ ngày 13/10/2023

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1 Đặc điểm lâm sàng mẫu nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, Bướu tuyến mang tai có triệu chứng phổ biến nhất là khối sưng chiếm 251 trường hợp (chiếm 99,6%). Bướu tuyến nước bọt đa phần không đau (chiếm 89,9%), có 28 trường hợp (chiếm 11,1%) có đau nhẹ.

Trong 252 bệnh nhân, có 3 trường hợp có kèm theo liệt mặt (chiếm 1,2 %) và 5 trường hợp có hạch cổ (chiếm 2,0%) (bảng 3.1)

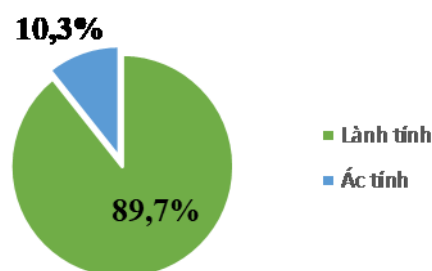
Bảng 3.1. Các triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân bướu tuyến mang tai trong mẫu nghiên cứu

| Đặc điểm (n = 252) | Kết quả giải phẫu bệnh, n (%) |            | p        |
|--------------------|-------------------------------|------------|----------|
|                    | Ác tính                       | Lành tính  |          |
| <b>Sưng</b>        |                               |            |          |
| Có                 | 27 (10,8)                     | 224 (89,2) | 1,000*   |
| Không              | 0 (0,0)                       | 1 (100,0)  |          |
| <b>Đau</b>         |                               |            |          |
| Có                 | 8 (28,6)                      | 20 (71,4)  | 0,004*   |
| Không              | 19 (8,5)                      | 205 (91,5) |          |
| <b>Liệt mặt</b>    |                               |            |          |
| Có                 | 2 (66,7)                      | 1 (33,3)   | 0,031*   |
| Không              | 25 (10,0)                     | 224 (90,0) |          |
| <b>Hạch</b>        |                               |            |          |
| Có                 | 4 (80,0)                      | 1 (20,0)   | < 0,001* |
| Không              | 23 (9,3)                      | 224 (90,7) |          |

\*Kiểm định Fisher's chính xác

**3.2. Kết quả mô bệnh học**

Kết quả khảo sát mô bệnh học sau mổ trên 252 bệnh nhân (261 bướu), kết quả lành tính chiếm tỷ lệ 89,7% (Biểu đồ 3.1). Trong đó các bướu lành tính, bướu tuyến đa dạng chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 50,8%, tiếp đến là bướu Warthin 45,3%, bướu tuyến tế bào đáy chiếm 2,6%, bướu phòng bào chiếm 1,3%. Đối với bướu ác tính, carcinôm nhầy-bì chiếm tỷ lệ cao nhất với tỷ lệ 51,9%, tiếp theo là carcinôm tế bào túi tuyến chiếm 22,2%, carcinôm bọc dạng tuyến chiếm 14,8%, các trường hợp hiếm gặp còn lại là carcinôm lymphô biểu mô, carcinôm tế bào gai, carcinôm tuyến dạng không đặc hiệu đều chiếm 3,7%.



Biểu đồ 3.1. Kết quả chẩn đoán bướu tuyến mang tai bằng FNA

**3.3 Giá trị của FNA trong chẩn đoán bướu tuyến nước bọt mang tai lành tính**

Bảng 3.2 Đối chiếu chẩn đoán bướu tuyến đa dạng giữa FNA và mô bệnh học

| FNA (n=261)<br>Bướu tuyến đa dạng | Mô bệnh học sau giải phẫu, n (%) |            |             | p       |
|-----------------------------------|----------------------------------|------------|-------------|---------|
|                                   | Có                               | Không      | Tổng        |         |
| Có                                | 117 (92,1)                       | 10 (7,9)   | 127 (100,0) | p<0,001 |
| Không                             | 2 (1,5)                          | 132 (98,5) | 134 (100,0) |         |

Bảng 3.3. Giá trị FNA trong chẩn đoán bướu tuyến đa dạng

| Giá trị chẩn đoán       | Trung bình | Khoảng tin cậy 95% |
|-------------------------|------------|--------------------|
| Nhạy                    | 98,3       | 95,4 – 99,8        |
| Đặc hiệu                | 93,0       | 88,3 – 96,6        |
| Giá trị tiên đoán dương | 92,1       | 87,0 – 96,2        |
| Giá trị tiên đoán âm    | 98,5       | 95,9 – 99,8        |
| Chính xác               | 95,4       | 92,6 – 97,6        |

Kết quả FNA trong chẩn đoán bướu TMT là bướu tuyến đa dạng có độ nhạy có giá trị 98,3% (KTC 95% từ 95,4% đến 99,8%), độ đặc hiệu có giá trị 93% (KTC 95% từ 88,3 % đến 96,6%). Giá trị tiên đoán dương là 92,1% (KTC 95% từ 87,0 % đến 96,2%), giá trị tiên đoán âm là 98,5% (KTC 95% từ 95,9% đến 99,8%). Độ chính xác đạt giá trị cao 95,4% (KTC 95% từ 92,6 % đến 97,6%).

**Bảng 3.4. Đối chiếu chẩn đoán bướu Warthin giữa FNA và mô bệnh học**

| FNA (n=261)<br>Bướu Warthin | Mô bệnh học sau giải phẫu, n (%) |            |             | p       |
|-----------------------------|----------------------------------|------------|-------------|---------|
|                             | Có                               | Không      | Tổng        |         |
| Có                          | 102 (95,3)                       | 5 (4,7)    | 107 (100,0) | p<0,001 |
| Không                       | 4 (2,6)                          | 150 (97,4) | 154 (100,0) |         |

**Bảng 3.5. Giá trị FNA trong chẩn đoán bướu Warthin**

| Giá trị chẩn đoán       | Trung bình | Khoảng tin cậy 95% |
|-------------------------|------------|--------------------|
| Nhạy                    | 96,2       | 92,0 – 99,0        |
| Đặc hiệu                | 96,7       | 93,5 – 98,9        |
| Giá trị tiên đoán dương | 95,3       | 90,7 – 98,5        |
| Giá trị tiên đoán âm    | 97,4       | 94,4 – 99,3        |
| Chính xác               | 96,6       | 94,1 – 98,4        |

Kết quả FNA trong chẩn đoán bướu tuyến mang tai là bướu Warthin có các giá trị cao, độ nhạy có giá trị 96,2% (KTC 95% từ 92,0 % đến 99,0%), độ đặc hiệu có giá trị 96,7% (KTC 95% từ 93,5% đến 98,9%). Giá trị tiên đoán dương là 95,3% (KTC 95% từ 90,7% đến 98,5%), giá trị tiên đoán âm là 97,4% (KTC 95% từ 94,4% đến 99,3%). Độ chính xác đạt giá trị cao 96,6% (KTC 95% từ 94,1% đến 98,4%).

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm lâm sàng

Trong thực tế, triệu chứng lâm sàng của bướu tuyến nước bọt thường rất ít và không gây nhiều khó chịu ở cả bướu lành tính và ác tính nên bệnh nhân thường đến khám khi bướu đã lớn. Do đó, hầu hết bệnh nhân trong nghiên cứu đến khám có khối sưng vùng tuyến mang tai chiếm 99,6%. Đa phần bướu tuyến nước bọt sẽ không đau (chiếm 88,9%) do ít xâm lấn thần kinh. Cũng chính vì lý do đó, hiếm khi xảy ra liệt mặt. Các trường hợp liệt mặt trong nghiên cứu của chúng tôi rất ít 1,2%. Hạch xảy ra ở số ít trường hợp (2%). Trong nghiên cứu của chúng tôi, hạch cổ được tìm thấy có kích thước nhỏ, không đau, di động được nên được coi là hạch phản ứng. Theo nghiên cứu của Victor Shing (2012)<sup>2</sup> cho rằng các đặc điểm lâm sàng nghi ngờ bướu ác tính bao gồm: bướu phát triển nhanh kèm liệt mặt, đau.

Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng hệ thống phân loại bướu tuyến nước bọt của Tổ chức Y tế Thế giới năm 2022 và hệ thống Milan về việc quản lý bướu tuyến nước bọt. Trong nghiên cứu này, bướu tuyến đa dạng chiếm 55,0% các trường hợp bướu lành tính và chiếm 53,4% trong các trường hợp bướu tuyến mang tai. Tiếp đến là bướu Warthin chiếm 45,0%, mỗi loại bướu như trong ống, bướu phòng bào, bướu tuyến tế bào đáy, bướu tuyến dạng nang xuất hiện một trường hợp chiếm 0,4% mỗi loại. Điều này phù hợp với kết quả đặc điểm hình thái trong nghiên cứu của tác giả Bùi Kim Ngân (2021)<sup>3</sup> bướu lành tính thường gặp nhất là bướu tuyến đa dạng chiếm 35,0% và bướu Warthin chiếm 21,6%.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá giá trị của FNA trong việc chẩn đoán phân biệt các bướu lành tính thường gặp là bướu tuyến đa dạng và bướu Warthin qua các giá trị: độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm, độ chính xác.

### 4.1 Bướu tuyến đa dạng

Đối với 127 trường hợp có kết quả FNA là bướu tuyến đa dạng trong nghiên cứu có 119 trường hợp mô bệnh học sau mổ cho kết quả là bướu tuyến đa dạng. Vì vậy, độ nhạy của FNA trong bướu tuyến đa dạng của nghiên cứu cao 98,3%.

Về độ đặc hiệu, trong 142 trường hợp cho kết quả mô bệnh học sau mổ âm tính với bướu tuyến đa dạng thì có 134 trường hợp FNA cho kết quả âm tính với bướu tuyến đa dạng, việc này đồng nghĩa với độ đặc hiệu của FNA trong bướu tuyến đa dạng là 93,0%.

Về giá trị tiên đoán dương và giá trị tiên đoán âm của FNA trong việc chẩn đoán bướu tuyến đa dạng lần lượt là 92,1% và 98,5%.

Độ chính xác của FNA trong chẩn đoán bướu tuyến đa dạng là 95,2%, tức là trong 261 mẫu nghiên cứu, FNA chẩn đoán phân biệt được chính xác 249 mẫu nghiên cứu dương tính hoặc âm tính với bướu tuyến đa dạng.

Các giá trị này phù hợp với nghiên cứu của Selcuk Yildiz (2021)<sup>4</sup> độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm và độ chính xác trong chẩn đoán bướu tuyến đa dạng lần lượt là: 94,06%, 94,34%, 94,06%, 94,39%, 94,23%.

#### 4.2 Bướu Warthin

Đối với 107 trường hợp hợp có kết quả FNA là bướu Warthin trong nghiên cứu có 106 trường hợp mô bệnh học sau mổ cho kết quả là bướu Warthin. Vì vậy, độ nhạy của FNA trong Warthin của nghiên cứu cao 95,9%.

Về độ đặc hiệu, trong 155 trường hợp cho kết quả mô bệnh học sau mổ âm tính với bướu Warthin thì có 154 trường hợp cho kết quả FNA âm tính với bướu Warthin, việc này đồng nghĩa với độ đặc hiệu của FNA trong bướu Warthin là 96,7%.

Về giá trị tiên đoán dương và giá trị tiên đoán âm của FNA trong việc chẩn đoán bướu Warthin lần lượt là 95,0% và 97,4%.

Độ chính xác của FNA trong chẩn đoán bướu Warthin là 96,4%, tức là trong 261 mẫu nghiên cứu, FNA chẩn đoán phân biệt được chính xác 252 mẫu nghiên cứu dương tính hoặc âm tính với bướu Warthin.

Các giá trị này có phần cao hơn so với nghiên cứu của *Selcuk Yildiz (2021)*<sup>4</sup> độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm và độ chính xác trong chẩn đoán bướu Warthin lần lượt là: 81,25%, 91,67%, 81,25%, 91,67%, 88,46%.

Trong nghiên cứu của *Fisher (2022)*<sup>5</sup> cho kết quả độ nhạy 93,7%, độ đặc hiệu 97,9%, giá trị tiên đoán dương 93,3% và giá trị tiên đoán âm 97,4%.

Ở Việt Nam, nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Kim Chi và cộng sự (2012)<sup>6</sup> cho thấy độ tương hợp giữa FNA và mô bệnh học ở bướu lành tính là 70,9%.

Các giá trị trong nghiên cứu này cho thấy kết quả FNA và kết quả mô bệnh học sau cùng có độ tương đồng khá cao. Ở các trường hợp âm tính giả hoặc dương tính giả có thể xuất phát từ kinh nghiệm của người thực hiện FNA, người đọc kết quả. Các trường hợp như bướu Warthin,

bướu tuyến đa dạng trong quá trình thoái hoá hoặc tạo ra nhiều dịch nhầy dẫn đến việc thu thập không đủ tế bào để chẩn đoán. Trong nghiên cứu này, chúng tôi không đánh giá giá trị của FNA trên các loại bướu lành tính khác do các loại bướu này xuất hiện với tần suất ít.

#### V. KẾT LUẬN

FNA là phương pháp chẩn đoán trước mổ có độ chính xác cao, đáng tin cậy trong phân biệt bướu tuyến đa dạng và bướu Warthin, đồng thời có ưu điểm ít xâm lấn, chi phí thấp và dễ thực hiện, góp phần định hướng xử trí lâm sàng hiệu quả.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Yildiz S, Seneldir L, Tepe Karaca C, Zer Toros S.** Fine-Needle Aspiration Cytology of Salivary Gland Tumors Before the Milan System: Ten Years of Experience at a Tertiary Care Center in Turkey. *Medeni Med J.* 2021;36(3):233-240. doi:10.5222/mmj.2021.90912
2. **To VSH, Chan JYW, Tsang RK, Wei WI.** Review of salivary gland neoplasms. *International Scholarly Research Notices.* 2012;2012(1):872982.
3. **Bùi KN.** Tổng kết kết quả chọc hút bằng kim nhỏ (FNA) u tuyến mang tai đối chiếu với giải phẫu bệnh sau mổ tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM cơ sở 1 và cơ sở 2 năm 2020-2021.. Luận văn Thạc sĩ. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh; 2021.
4. **Yildiz S, Seneldir L, Karaca CT, Toros SZ.** Fine-needle aspiration cytology of salivary gland tumors before the Milan system: ten years of experience at a tertiary Care Center in Turkey. *Medeniyet Medical Journal.* 2021;36(3):233.
5. **Fisher R, Ronen O.** Cytologic diagnosis of parotid gland Warthin tumor: Systematic review and meta-analysis. *Head Neck.* Oct 2022;44(10):2277-2287. doi:10.1002/hed.27099
6. **Chi NTK.** Giá trị của chọc hút bằng kim nhỏ và cắt lạnh trong chẩn đoán bướu tuyến nước bọt *Tạp chí Ung thư học Việt Nam.* 2012;4:125-130.