



**MEN'S
HEALTH**
BE STRONGER

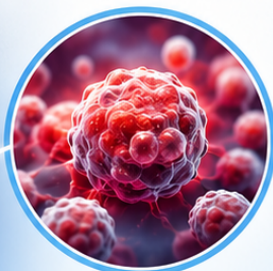


BANANA®
PHẢI MẠNH LÀ PHẢI MẠNH

CẨM NANG SỨC KHỎE NAM GIỚI

NHỮNG ĐIỀU CẦN BIẾT VỀ

UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT



PHÁT HIỆN SỚM

Tăng cơ hội điều trị thành công



CHẨN ĐOÁN CHÍNH XÁC

Đánh giá đúng – Điều trị đúng



ĐIỀU TRỊ CÁ NHÂN HÓA

Tối ưu hiệu quả – Nâng cao chất lượng sống



NĂM XUẤT BẢN

2026



TÁC GIẢ:

**TS.BS.CK2
TRÀ ANH DUY**



ĐƠN VỊ:

**HỆ THỐNG TRUNG TÂM
SỨC KHỎE NAM GIỚI
MEN'S HEALTH**

THÔNG TIN CẨM NANG

NHỮNG ĐIỀU CẦN BIẾT VỀ

UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT

Năm xuất bản	2026
Tác giả	TS.BS.CK2 Trà Anh Duy
Đơn vị	Hệ thống Trung tâm Sức khỏe Nam giới Men's Health
Giờ hoạt động	08:00 - 20:00 tất cả các ngày trong tuần (bao gồm ngày Lễ)
Trụ sở chính	7B/31 Thành Thái, P. Diên Hồng, TP.HCM
Hotline	0902 353 353

LƯU Ý Y KHOA

Cẩm nang cung cấp thông tin sức khỏe chung, không thay thế chẩn đoán hoặc chỉ định điều trị trực tiếp. Nếu có PSA bất thường, triệu chứng tiết niệu, đau xương kéo dài hoặc đã được chẩn đoán ung thư tuyến tiền liệt, người bệnh nên được đánh giá bởi bác sĩ phù hợp.

MỤC LỤC

- Giới thiệu tác giả
- Giới thiệu Hệ thống Trung tâm Sức khỏe Nam giới Men's Health
- Đại cương về ung thư tuyến tiền liệt
- 100 câu hỏi thường gặp
- Kết luận
- Tài liệu tham khảo

GIỚI THIỆU TÁC GIẢ

TS.BS.CK2 Trà Anh Duy là bác sĩ chuyên sâu về Nam khoa - Y học giới tính, đồng thời là Founder & CEO Hệ thống Trung tâm Sức khỏe Nam giới Men's Health. Trong hoạt động chuyên môn, bác sĩ theo đuổi cách tiếp cận toàn diện đối với sức khỏe nam



giới: không chỉ xử lý một triệu chứng riêng lẻ mà đặt bệnh lý trong mối liên hệ với tuổi tác, nội tiết, chuyển hóa, tim mạch, tiết niệu, chức năng tình dục và sức khỏe tinh thần. Cách tiếp cận này đặc biệt có ý nghĩa với các bệnh lý tuyến tiền liệt, vì quyết định khám, tầm soát và điều trị thường cần cân bằng giữa hiệu quả kiểm soát bệnh và chất lượng sống lâu dài.

Bên cạnh công tác khám và điều trị, TS.BS.CK2 Trà Anh Duy chú trọng truyền thông y khoa theo hướng dễ hiểu, có căn cứ và tôn trọng quyền quyết định của người bệnh. Với ung thư tuyến tiền liệt, thông tin đúng giúp nam giới tránh hai thái cực thường gặp: chủ quan vì bệnh có thể không gây triệu chứng ở giai đoạn sớm, hoặc quá lo lắng khi chỉ mới có PSA tăng mà chưa có chẩn đoán xác định. Bác sĩ nhấn mạnh việc đánh giá nguy cơ phải dựa trên nhiều dữ kiện: tuổi, tiền sử gia đình, PSA và động học PSA, thăm khám, MRI tuyến tiền liệt, sinh thiết, mô bệnh học, giai đoạn bệnh, bệnh đồng mắc và kỳ vọng của từng người.

Cuốn cẩm nang này được biên soạn với mục tiêu cung cấp kiến thức nền tảng, giúp người đọc hiểu quy trình từ phát hiện sớm đến chẩn đoán, phân tầng nguy cơ, lựa chọn điều trị và theo dõi. Nội dung không thay thế cho thăm khám trực tiếp, nhưng có thể giúp người bệnh và gia đình chuẩn bị câu hỏi phù hợp để trao đổi với bác sĩ và tham gia vào quyết định điều trị một cách chủ động.

GIỚI THIỆU HỆ THỐNG MEN'S HEALTH

Hệ thống Trung tâm Sức khỏe Nam giới Men's Health được xây dựng theo định hướng chăm sóc chuyên sâu và toàn diện cho nam giới, với các lĩnh vực liên quan đến Nam khoa, Y học giới tính, tiết niệu - sinh dục, nội tiết nam, sức khỏe sinh sản, bệnh lây truyền qua đường tình dục và tham vấn tâm lý. Mô hình chăm sóc hướng đến sự riêng tư, bảo mật, tôn trọng khác biệt và giao tiếp không kỳ thị, nhằm giúp nam giới dễ dàng chia sẻ những vấn đề vốn thường bị trì hoãn vì ngại ngùng hoặc lo lắng.

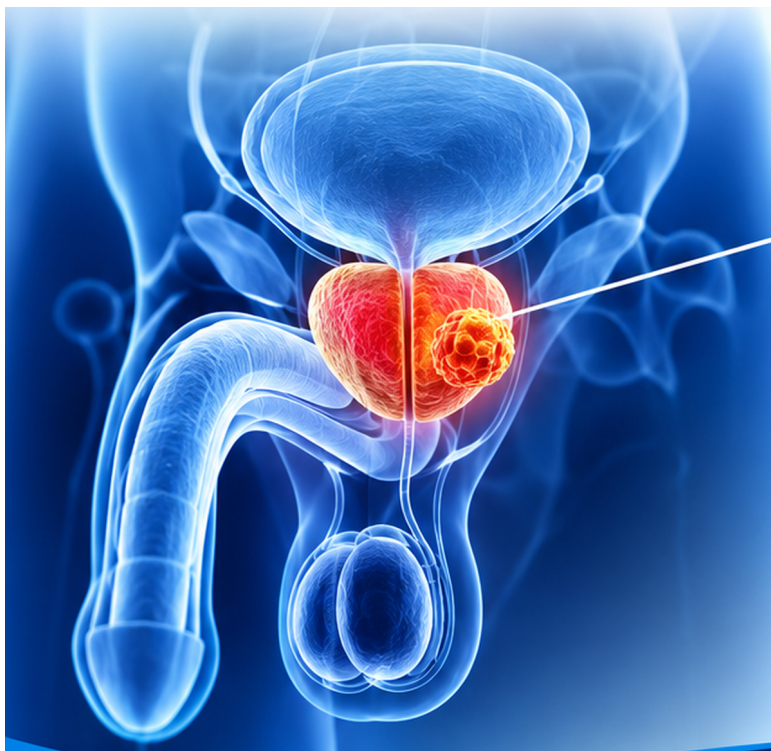
Trong các bệnh lý tuyến tiền liệt, Men's Health chú trọng vai trò của phát hiện sớm, đánh giá nguy cơ và phối hợp chuyên khoa khi cần. Một kết quả PSA bất thường không đồng nghĩa chắc chắn là ung thư; ngược lại, một người không có rối loạn tiểu tiện vẫn có thể cần đánh giá nếu thuộc nhóm nguy cơ. Vì vậy, quy trình thăm khám cần được cá nhân hóa, kết hợp bệnh sử, thăm khám, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh và chỉ định sinh thiết phù hợp. Khi bệnh đã được xác định, người bệnh cần được giải thích rõ mục tiêu điều trị, khả năng kiểm soát ung thư, nguy cơ ảnh hưởng tiểu tiện - tình dục và kế hoạch theo dõi lâu dài.

Men's Health hướng đến việc đồng hành cùng người bệnh từ giai đoạn tư vấn ban đầu đến theo dõi sau điều trị, đồng thời phối hợp với các chuyên khoa ung bướu, tiết niệu, chẩn đoán hình ảnh, giải phẫu bệnh và tâm lý khi tình trạng bệnh đòi hỏi chăm sóc đa mô thức. Giờ hoạt động: 08:00 - 20:00 tất cả các ngày trong tuần, bao gồm ngày Lễ. Việc bố trí thời gian linh hoạt giúp người bệnh thuận tiện hơn khi cần khám, tư vấn hoặc tái đánh giá các vấn đề sức khỏe nam giới.

ĐẠI CƯƠNG VỀ UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT

THÔNG ĐIỆP CỐT LÕI

Ung thư tuyến tiền liệt khu trú thường không có triệu chứng. PSA là công cụ phát hiện nguy cơ, không phải xét nghiệm khẳng định ung thư. MRI trước sinh thiết, mô bệnh học và phân tầng nguy cơ giúp tránh cả bỏ sót bệnh nguy hiểm lẫn điều trị quá mức.



Hình minh họa: vị trí tuyến tiền liệt và tổn thương nghi ung thư.

1. Ung thư tuyến tiền liệt là gì?

Ung thư tuyến tiền liệt là tình trạng các tế bào trong tuyến tiền liệt phát triển mất kiểm soát và hình thành khối u ác tính. Tuyến tiền liệt nằm ngay dưới bàng quang, bao quanh đoạn đầu của niệu đạo và tham gia tạo dịch trong tinh dịch. Phần lớn ung thư tuyến tiền liệt là ung thư biểu mô tuyến. Bệnh có phổ diễn tiến rất rộng: có khối u phát triển chậm trong nhiều năm và ít đe dọa tính mạng, nhưng cũng có loại sinh học hung hãn, có thể xâm lấn tại chỗ hoặc di căn đến hạch, xương và các cơ quan khác.

Điểm quan trọng là ung thư tuyến tiền liệt khu trú thường không gây triệu chứng. Vì vậy, không nên chờ đến khi tiểu khó hoặc đau mới nghĩ đến việc kiểm tra. Ngược lại, các triệu chứng đường tiểu dưới như tiểu chậm, tiểu đêm, dòng tiểu yếu rất thường do tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt hơn là ung thư. Chẩn đoán cần dựa trên đánh giá có hệ thống, không thể chỉ dựa vào triệu chứng.

2. Ai có nguy cơ cao hơn?

Tuổi là yếu tố nguy cơ quan trọng nhất; nguy cơ tăng rõ theo tuổi. Tiền sử gia đình cũng đáng lưu ý, đặc biệt khi cha hoặc anh/em trai mắc ung thư tuyến tiền liệt ở tuổi tương đối trẻ hoặc có nhiều người thân mắc bệnh. Một số biến thể di truyền, điển hình như BRCA2 và các gen sửa chữa DNA khác, có thể làm tăng nguy cơ hoặc liên quan đến bệnh có tính chất tiến triển hơn. Chủng tộc cũng ảnh hưởng nguy cơ ở một số quần thể.

Lối sống không phải là nguyên nhân duy nhất, nhưng béo phì, ít vận động và các yếu tố chuyển hóa có thể liên quan đến nguy cơ bệnh tiến triển hoặc kết cục kém ở một số nhóm. Không có thực phẩm hay viên bổ sung nào được chứng minh có thể “phòng tuyệt đối” ung thư tuyến tiền liệt. Cách

thực tế hơn là duy trì cân nặng hợp lý, vận động đều, không hút thuốc và kiểm soát tốt bệnh tim mạch - chuyển hóa.

3. Phát hiện sớm và xét nghiệm PSA

PSA là một protein do tế bào tuyến tiền liệt tạo ra. Xét nghiệm PSA máu là công cụ nền tảng trong phát hiện sớm, nhưng PSA không phải “xét nghiệm ung thư” theo nghĩa có thể khẳng định bệnh. PSA có thể tăng do ung thư, tăng sinh lành tính, viêm tuyến tiền liệt, bí tiểu, một số can thiệp tiết niệu hoặc các yếu tố khác. Vì vậy, bác sĩ cần giải thích kết quả theo bối cảnh cá nhân, đôi khi lặp lại xét nghiệm trước khi quyết định bước tiếp theo.

Theo hướng dẫn EAU 2026, chiến lược phát hiện sớm nên dựa trên nguy cơ và trao đổi đầy đủ với người bệnh. Nam giới không có yếu tố nguy cơ đặc biệt có thể cân nhắc PSA từ khoảng 50 tuổi; người có tiền sử gia đình đáng kể có thể bắt đầu sớm hơn, khoảng 45 tuổi; người mang đột biến BRCA2 có thể bắt đầu từ khoảng 40 tuổi. Khoảng cách xét nghiệm không giống nhau cho tất cả mọi người mà phụ thuộc PSA nền, tuổi, sức khỏe và kỳ vọng sống.

4. MRI tuyến tiền liệt và sinh thiết

Khi nguy cơ ung thư có ý nghĩa lâm sàng tăng lên, MRI đa thông số tuyến tiền liệt có vai trò quan trọng. MRI giúp xác định vùng nghi ngờ, ước lượng mức độ lan tại chỗ và hỗ trợ định hướng sinh thiết. Hệ thống PI-RADS thường được dùng để mô tả mức độ nghi ngờ từ 1 đến 5; điểm càng cao thì khả năng có ung thư có ý nghĩa lâm sàng càng lớn, nhưng MRI vẫn không thay thế mô bệnh học.

Chẩn đoán xác định thông thường dựa trên sinh thiết tuyến tiền liệt. Hướng dẫn EAU 2026 khuyến nghị thực hiện MRI trước sinh thiết khi nghi bệnh còn khu trú và ưu tiên đường sinh thiết qua tầng sinh môn vì nguy cơ nhiễm

trùng thấp hơn. Khi MRI có tổn thương nghi ngờ, bác sĩ có thể lấy mẫu đích và các mẫu bổ sung phù hợp. Kết quả sinh thiết cho biết loại mô bệnh học và Grade Group, là nền tảng để phân tầng nguy cơ.

5. Gleason, ISUP Grade Group và giai đoạn bệnh

Ung thư tuyến tiền liệt không chỉ được mô tả bằng “có hay không” mà còn phải đánh giá mức độ ác tính. Hệ thống Gleason dựa trên cấu trúc mô học; hiện nay thường quy đổi sang ISUP Grade Group từ 1 đến 5. Grade Group 1 tương ứng kiểu mô ít ác tính hơn, trong khi Grade Group 4-5 thể hiện bệnh có tính chất hung hãn hơn. Với điểm Gleason 7, 3+4 và 4+3 không giống nhau vì thành phần mô ác tính chiếm ưu thế khác nhau.

Giai đoạn TNM mô tả mức độ u tại tuyến tiền liệt, tình trạng hạch và di căn xa. Ngoài ra, bác sĩ kết hợp PSA, giai đoạn lâm sàng, Grade Group, số lượng/mức độ mẫu sinh thiết dương tính và hình ảnh để xếp nhóm nguy cơ. Phân tầng nguy cơ quan trọng hơn việc chỉ nhìn vào một con số PSA, vì nó quyết định người bệnh phù hợp với theo dõi chủ động, điều trị tại chỗ hay điều trị toàn thân.

6. Chẩn đoán hình ảnh giai đoạn và PSMA PET/CT

Không phải mọi trường hợp ung thư tuyến tiền liệt đều cần cùng một bộ xét nghiệm hình ảnh. Ở nhóm nguy cơ thấp, chụp đánh giá di căn rộng có thể không cần thiết. Ở nhóm nguy cơ cao hoặc có nghi ngờ lan rộng, bác sĩ có thể chỉ định CT, MRI, xạ hình xương hoặc PSMA PET/CT tùy tình huống và khả năng tiếp cận. PSMA PET/CT có độ nhạy cao trong nhiều bối cảnh, đặc biệt khi đánh giá hạch, di căn hoặc tái phát sinh hóa sau điều trị.

Tuy nhiên, công nghệ hình ảnh tiên tiến không thay thế việc đọc mô bệnh học, đánh giá sức khỏe toàn thân và thảo luận đa chuyên khoa. Một tổn thương bất PSMA cũng cần được diễn giải trong bối cảnh lâm sàng; ngược

lại, kích thước tổn thương nhỏ không có nghĩa là không quan trọng nếu vị trí và sinh học bệnh có nguy cơ cao.

7. Theo dõi chủ động: điều trị bằng cách chưa điều trị ngay

Theo dõi chủ động (active surveillance) là chiến lược tiêu chuẩn cho nhiều bệnh nhân nguy cơ thấp và một số trường hợp nguy cơ trung bình thuận lợi được chọn lọc. Mục tiêu là tránh hoặc trì hoãn tác dụng phụ của điều trị triệt căn trong khi vẫn theo dõi đủ chặt để can thiệp nếu bệnh có dấu hiệu tái phân loại. Chương trình theo dõi thường gồm PSA định kỳ, thăm khám, MRI và sinh thiết lặp lại theo kế hoạch cá nhân.

Theo dõi chủ động khác với “bỏ mặc bệnh”. Người bệnh cần tuân thủ lịch theo dõi; thay đổi PSA đơn thuần thường không đủ để quyết định điều trị ngay mà có thể kích hoạt đánh giá lại bằng MRI hoặc sinh thiết. Nếu mô bệnh học xấu hơn, tải lượng u tăng hoặc xuất hiện dấu hiệu tiến triển, bác sĩ sẽ thảo luận chuyển sang điều trị triệt căn.

8. Phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt tận gốc

Cắt tuyến tiền liệt tận gốc nhằm loại bỏ toàn bộ tuyến tiền liệt và túi tinh, đôi khi kèm nạo hạch vùng tù nguy cơ. Phẫu thuật có thể thực hiện bằng mổ mở, nội soi hoặc hỗ trợ robot; điều quan trọng là kinh nghiệm của ê-kíp, lựa chọn người bệnh và chất lượng kiểm soát ung thư, không chỉ tên công nghệ. Ở bệnh khu trú phù hợp, phẫu thuật là một lựa chọn điều trị triệt căn hiệu quả.

Hai vấn đề chất lượng sống thường được quan tâm nhất là tiểu không kiểm soát và rối loạn cương. Mức độ hồi phục khác nhau theo tuổi, chức năng trước mổ, giai đoạn u, khả năng bảo tồn bó mạch thần kinh và kỹ thuật phẫu thuật. Sau mổ, người bệnh sẽ không còn xuất tinh tinh dịch; cực khoái

vẫn có thể xảy ra nhưng thường là “cực khoái khô”. Tư vấn trước mổ và phục hồi chức năng sàn chậu - tình dục giúp đặt kỳ vọng thực tế.

9. Xạ trị

Xạ trị ngoài hiện đại sử dụng kỹ thuật lập kế hoạch chính xác như IMRT/VMAT và hướng dẫn hình ảnh để tập trung liều vào vùng điều trị, giảm tổn thương mô lành. Một số bệnh nhân có thể phù hợp với xạ trị áp sát. Tùy nhóm nguy cơ, xạ trị có thể kết hợp điều trị nội tiết androgen trong thời gian ngắn hoặc dài; ở bệnh nguy cơ cao, phối hợp này có bằng chứng cải thiện kiểm soát bệnh.

Tác dụng phụ có thể gồm tiểu gắt, tiểu nhiều lần, kích thích trực tràng, mệt mỏi và rối loạn cương xuất hiện dần theo thời gian. Mỗi phương án xạ trị có ưu - nhược điểm riêng. Việc chọn giữa phẫu thuật và xạ trị không nên dựa trên quan niệm rằng một phương pháp “luôn tốt hơn”, mà dựa vào nguy cơ ung thư, tuổi, chức năng tiểu - tình dục, bệnh đồng mắc và ưu tiên cá nhân.

10. Điều trị nội tiết và bệnh tiến xa

Nhiều tế bào ung thư tuyến tiền liệt phụ thuộc tín hiệu androgen để phát triển. Điều trị ức chế androgen (ADT) làm giảm nồng độ testosterone hoặc ngăn tác động của androgen. Ở bệnh di căn mới chẩn đoán, ADT đơn thuần không còn là lựa chọn tối ưu cho phần lớn người bệnh đủ thể trạng; hướng dẫn hiện đại ưu tiên phối hợp ADT với thuốc ức chế trực thụ thể androgen, và ở một số trường hợp có thể phối hợp thêm hóa trị.

Điều trị nội tiết kéo dài có thể gây bốc hỏa, giảm ham muốn, rối loạn cương, giảm khối cơ, tăng mỡ, giảm mật độ xương và thay đổi chuyển hóa. Vì vậy, quản lý bệnh tiến xa phải đồng thời chú ý xương, tim mạch, chuyển hóa, vận động và chất lượng sống. Khi bệnh trở thành kháng tiến, lựa chọn có

thể gồm hóa trị, thuốc nhắm trúng đích dựa trên bất thường sửa chữa DNA, đồng vị phóng xạ, liệu pháp hướng đích PSMA và các phương án khác tùy đặc điểm bệnh.

11. Di truyền và y học chính xác

Một tỷ lệ bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt mang biến thể di truyền dòng mầm hoặc bất thường sinh dưỡng trong các gen sửa chữa DNA. Xét nghiệm di truyền không dành cho tất cả mọi người theo cùng một cách, nhưng đặc biệt cần được cân nhắc ở bệnh tiến triển, tiền sử gia đình gợi ý hội chứng ung thư di truyền, ung thư tuyến tiền liệt nguy cơ rất cao hoặc các tình huống mà kết quả có thể thay đổi điều trị.

Kết quả di truyền có hai ý nghĩa. Thứ nhất, nó có thể mở ra lựa chọn thuốc nhắm trúng đích như nhóm ức chế PARP ở các nhóm phù hợp. Thứ hai, nếu phát hiện biến thể dòng mầm, người thân có thể được tư vấn nguy cơ và kế hoạch tầm soát thích hợp. Tư vấn di truyền trước và sau xét nghiệm giúp tránh diễn giải sai một biến thể chưa rõ ý nghĩa.

12. Theo dõi sau điều trị và chất lượng sống

Sau điều trị triệt căn, PSA là chỉ dấu quan trọng để theo dõi. Sau cắt tuyến tiền liệt tận gốc, PSA thường giảm xuống mức rất thấp; sau xạ trị, PSA giảm chậm hơn vì tuyến tiền liệt vẫn còn. Một đợt tăng PSA cần được diễn giải theo định nghĩa tái phát sinh hóa của từng phương thức điều trị, xu hướng theo thời gian và kết quả hình ảnh, chứ không nên tự kết luận bệnh “di căn”.

Chăm sóc người bệnh không kết thúc khi hoàn tất phẫu thuật hay xạ trị. Nhiều nam giới cần hỗ trợ phục hồi tiểu kiểm soát, chức năng tình dục, sức khỏe xương, vận động, tâm lý và quan hệ đôi lứa. Kiểm soát ung thư là mục tiêu trung tâm, nhưng chất lượng sống cũng phải được đo lường và

điều trị chủ động. Đây là lý do quyết định điều trị nên được đưa ra theo mô hình cùng ra quyết định giữa người bệnh, gia đình và đội ngũ y tế.

CÂU HỎI THƯỜNG GẶP VỀ UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT

Mỗi câu trả lời tập trung vào ý chính để người đọc dễ tra cứu. Các tình huống cụ thể vẫn cần bác sĩ xem hồ sơ, kết quả xét nghiệm và hình ảnh trước khi đưa ra chỉ định.

1. Ung thư tuyến tiền liệt có phổ biến không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, đây là một trong những ung thư thường gặp ở nam giới lớn tuổi. Tần suất tăng theo tuổi, nhưng mức độ nguy hiểm rất khác nhau giữa từng người.

2. Ung thư tuyến tiền liệt có phải lúc nào cũng tiến triển nhanh?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không. Nhiều khối u tiến triển chậm và có thể theo dõi chủ động, trong khi một số thể có sinh học hung hãn cần điều trị sớm.

3. Ung thư tuyến tiền liệt có gây tiểu khó ngay từ đầu không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, thường không. Bệnh khu trú có thể hoàn toàn không triệu chứng; tiểu khó ở nam lớn tuổi thường do tăng sinh lành tính nhưng vẫn cần đánh giá nếu có nguy cơ.

4. Tuyến tiền liệt nằm ở đâu?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, tuyến tiền liệt nằm dưới bàng quang, trước trực tràng và bao quanh đoạn đầu niệu đạo. Vị trí này giải thích vì sao bệnh tuyến tiền liệt có thể liên quan tiểu tiện.

5. Ung thư tuyến tiền liệt có lây không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không. Đây không phải bệnh truyền nhiễm và không lây qua quan hệ tình dục, ăn uống hay tiếp xúc thông thường.

6. Viêm tuyến tiền liệt có biến thành ung thư không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, viêm tuyến tiền liệt không được xem là giai đoạn bắt buộc dẫn đến ung thư. Tuy nhiên, viêm có thể làm PSA tăng và gây khó khăn trong diễn giải xét nghiệm.

7. Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt có phải tiền ung thư không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không. Tăng sinh lành tính và ung thư là hai quá trình khác nhau, dù chúng có thể cùng xuất hiện ở một người.

8. Ung thư tuyến tiền liệt thường di căn đến đâu?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, bệnh tiến xa thường di căn đến hạch và xương; cũng có thể lan đến cơ quan khác ở giai đoạn muộn.

9. Đau lưng có phải dấu hiệu ung thư tuyến tiền liệt?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, đa số đau lưng không do ung thư. Tuy nhiên, đau xương kéo dài ở người đã có ung thư tuyến tiền liệt hoặc PSA rất cao cần được đánh giá sớm.

10. Tiểu ra máu có phải ung thư tuyến tiền liệt?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, tiểu máu có nhiều nguyên nhân như sỏi, nhiễm trùng, bàng quang hoặc tuyến tiền liệt. Cần khám để tìm nguyên nhân, không nên tự quy kết cho ung thư.

11. Xuất tinh ra máu có phải dấu hiệu ung thư?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, phần lớn trường hợp không phải ung thư, nhưng nếu tái diễn, tuổi lớn hoặc kèm PSA bất thường thì nên được đánh giá.

12. Rối loạn cương có phải triệu chứng ung thư tuyến tiền liệt?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, rối loạn cương không đặc hiệu cho ung thư tuyến tiền liệt. Bệnh tiến triển tại chỗ có thể liên quan, nhưng cần tìm nhiều nguyên nhân khác thường gặp hơn.

13. Ung thư tuyến tiền liệt có chữa khỏi được không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, nhiều trường hợp khu trú có thể điều trị với mục tiêu chữa khỏi. Khả năng kiểm soát phụ thuộc giai đoạn, Grade Group, PSA và sức khỏe tổng thể.

14. Tuổi nào nên bắt đầu quan tâm đến PSA?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, nam giới nguy cơ trung bình có thể trao đổi về PSA từ khoảng 50 tuổi; nhóm nguy cơ cao có thể cần bắt đầu sớm hơn.

15. Có người thân mắc ung thư tuyến tiền liệt thì nên kiểm tra từ bao nhiêu tuổi?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có thể cân nhắc từ khoảng 45 tuổi, đặc biệt khi người thân mắc bệnh sớm. Thời điểm cụ thể nên cá nhân hóa.

16. Người mang BRCA2 nên tầm soát thế nào?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, người mang biến thể BRCA2 có nguy cơ cao hơn và có thể bắt đầu xét nghiệm PSA từ khoảng 40 tuổi theo chiến lược nguy cơ cá nhân.

17. PSA là gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, PSA là protein do tuyến tiền liệt tạo ra và được đo trong máu. PSA là chỉ dấu nguy cơ chứ không phải bằng chứng khẳng định ung thư.

18. PSA cao có chắc chắn là ung thư không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không. PSA có thể tăng do tăng sinh lành tính, viêm, bí tiểu hoặc can thiệp tiết niệu; cần đánh giá thêm trước khi kết luận.

19. PSA bao nhiêu là nguy hiểm?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không có một ngưỡng duy nhất đúng cho mọi người. Bác sĩ cần xem tuổi, kích thước tuyến tiền liệt, PSA density, diễn tiến PSA và các yếu tố nguy cơ khác.

20. Có nên xét nghiệm PSA hằng năm cho tất cả nam giới?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không nhất thiết. Khoảng cách xét nghiệm nên dựa trên PSA nền, tuổi, tiền sử gia đình, sức khỏe và kỳ vọng sống.

21. PSA thấp có loại trừ hoàn toàn ung thư không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không. PSA thấp làm giảm khả năng bệnh có ý nghĩa lâm sàng nhưng không loại trừ tuyệt đối, đặc biệt nếu thăm khám hoặc MRI đáng ngờ.

22. Xuất tinh có ảnh hưởng PSA không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, xuất tinh có thể làm PSA tăng nhẹ tạm thời ở một số người. Nếu cần đánh giá PSA chính xác, bác sĩ có thể khuyên tránh xuất tinh trong khoảng thời gian ngắn trước xét nghiệm.

23. Viêm đường tiểu có làm PSA tăng không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có thể. Khi có nhiễm trùng hoặc viêm rõ, thường cần điều trị và đánh giá lại PSA vào thời điểm thích hợp thay vì kết luận ngay.

24. Thuốc finasteride hoặc dutasteride có ảnh hưởng PSA không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có. Nhóm ức chế 5-alpha reductase có thể làm PSA giảm đáng kể, vì vậy bác sĩ phải biết người bệnh đang dùng thuốc để diễn giải đúng.

25. PSA density là gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, PSA density là PSA chia cho thể tích tuyến tiền liệt. Chỉ số này giúp phân biệt phần nào PSA tăng do tuyến lớn với nguy cơ ung thư có ý nghĩa lâm sàng.

26. PSA tăng nhanh có đáng lo không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, xu hướng tăng là thông tin quan trọng nhưng không nên dùng đơn độc để chẩn đoán. Cần kiểm tra lại, loại trừ yếu tố gây nhiễu và kết hợp MRI hoặc công cụ nguy cơ.

27. Thăm trực tràng bằng ngón tay có còn cần thiết không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, vẫn có giá trị trong nhiều tình huống, đặc biệt khi có triệu chứng hoặc nghi bệnh tiến triển. Tuy nhiên nó không thay thế PSA và MRI.

28. MRI tuyến tiền liệt có phát hiện chắc chắn ung thư không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không. MRI giúp xác định vùng nghi ngờ và hướng sinh thiết nhưng chẩn đoán xác định thông thường vẫn cần mô bệnh học.

29. PI-RADS là gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, PI-RADS là hệ thống chuẩn hóa mức độ nghi ngờ trên MRI tuyến tiền liệt từ 1 đến 5. Điểm cao hơn thường liên quan nguy cơ ung thư có ý nghĩa lâm sàng cao hơn.

30. PI-RADS 3 có phải ung thư không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, PI-RADS 3 là mức chưa rõ. Quyết định sinh thiết phụ thuộc PSA density, tuổi, tiền sử gia đình và các yếu tố nguy cơ khác.

31. PI-RADS 5 có chắc chắn là ung thư không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, nguy cơ cao nhưng vẫn không phải chẩn đoán mô bệnh học. Sinh thiết thường được cân nhắc để xác định bản chất và Grade Group.

32. MRI âm tính có thể bỏ sinh thiết không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, một số người nguy cơ thấp có thể tránh sinh thiết sau MRI âm tính, nhưng nếu PSA density cao hoặc nghi ngờ lâm sàng vẫn cao thì sinh thiết có thể cần thiết.

33. Sinh thiết tuyến tiền liệt có đau không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, mức khó chịu khác nhau tùy kỹ thuật và phương pháp vô cảm. Nhiều cơ sở sử dụng gây tê hoặc an thần để giảm đau.

34. Sinh thiết có làm ung thư lan ra không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, bằng chứng hiện nay không cho thấy sinh thiết tuyến tiền liệt chuẩn làm ung thư lan theo cách người bệnh thường lo sợ.

35. Sinh thiết qua tầng sinh môn có ưu điểm gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, đường tầng sinh môn có nguy cơ nhiễm trùng thấp hơn so với đường qua trực tràng và hiện được nhiều hướng dẫn ưu tiên.

36. Sau sinh thiết có tiểu máu hoặc tinh dịch màu nâu đỏ không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có thể xảy ra trong thời gian ngắn sau sinh thiết. Nếu sốt, rét run, bí tiểu hoặc chảy máu nhiều thì cần liên hệ cơ sở y tế ngay.

37. Kết quả sinh thiết âm tính có nghĩa là chắc chắn không ung thư?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không tuyệt đối. Nếu PSA tiếp tục bất thường hoặc MRI đáng ngờ, bác sĩ có thể cần theo dõi, đọc lại hình ảnh hoặc sinh thiết lặp lại.

38. Gleason score là gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, Gleason mô tả kiểu cấu trúc ung thư dưới kính hiển vi. Điểm cao hơn thường phản ánh sinh học bệnh ác tính hơn.

39. ISUP Grade Group là gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, đây là hệ thống nhóm độ mô học từ 1 đến 5 giúp người bệnh dễ hiểu hơn mức độ ác tính và hỗ trợ phân tầng nguy cơ.

40. Gleason 3+4 và 4+3 có giống nhau không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không. 4+3 thường có thành phần kiểu 4 chiếm ưu thế và nguy cơ cao hơn 3+4.

41. Grade Group 1 có cần điều trị ngay không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, nhiều trường hợp Grade Group 1 nguy cơ thấp phù hợp theo dõi chủ động thay vì điều trị ngay, nếu đáp ứng tiêu chí an toàn.

42. Giai đoạn TNM nghĩa là gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, T mô tả mức độ u tại chỗ, N mô tả hạch vùng và M mô tả di căn xa. TNM kết hợp với PSA và Grade Group để lập kế hoạch điều trị.

43. Ung thư khu trú nghĩa là gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, khu trú thường nghĩa là bệnh còn giới hạn tại tuyến tiền liệt hoặc chưa có bằng chứng lan xa; đây là giai đoạn có nhiều lựa chọn điều trị triệt căn.

44. Ung thư tuyến tiền liệt nguy cơ thấp là gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, đó là nhóm có đặc điểm PSA, giai đoạn và Grade Group thuận lợi. Tiêu chí cụ thể cần theo hệ thống phân tầng nguy cơ đang sử dụng.

45. PSMA PET/CT dùng để làm gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, PSMA PET/CT giúp tìm hạch hoặc ổ di căn trong các tình huống phù hợp, đặc biệt ở bệnh nguy cơ cao hoặc tái phát sau điều trị.

46. PSMA PET/CT có thay thế sinh thiết không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không. Đây là kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh; chẩn đoán ban đầu vẫn thường cần mô bệnh học từ sinh thiết.

47. Theo dõi chủ động là gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, đây là chiến lược chưa điều trị ngay nhưng theo dõi có kế hoạch bằng PSA, thăm khám, MRI và sinh thiết khi cần để phát hiện tái phân loại sớm.

48. Theo dõi chủ động có phải bỏ mặc ung thư không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, hoàn toàn không. Đây là một chiến lược điều trị được thiết kế để tránh điều trị quá mức mà vẫn giữ cơ hội điều trị triệt căn khi bệnh thay đổi.

49. Ai phù hợp theo dõi chủ động?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, chủ yếu là người bệnh nguy cơ thấp và một số trường hợp nguy cơ trung bình thuận lợi được chọn lọc sau đánh giá đầy đủ.

50. PSA tăng khi đang theo dõi chủ động có phải mổ ngay?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không nhất thiết. PSA tăng thường là tín hiệu cần đánh giá lại bằng lặp xét nghiệm, MRI hoặc sinh thiết trước khi thay đổi chiến lược.

51. Watchful waiting khác active surveillance thế nào?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, active surveillance hướng đến giữ cơ hội điều trị triệt căn nếu bệnh tiến triển; watchful waiting thường tập trung kiểm soát triệu chứng ở người có tuổi thọ kỳ vọng ngắn hơn hoặc nhiều bệnh nền.

52. Phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt tận gốc là gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, đó là phẫu thuật lấy toàn bộ tuyến tiền liệt và túi tinh, có thể kèm nạo hạch tùy nguy cơ, với mục tiêu điều trị triệt căn.

53. Mổ robot có tốt hơn mổ nội soi hay mổ mở không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, robot hỗ trợ thao tác tinh tế nhưng kết quả còn phụ thuộc kinh nghiệm phẫu thuật viên, giai đoạn bệnh và quy trình chăm sóc. Không nên chọn chỉ vì tên công nghệ.

54. Sau mổ có bị tiêu không kiểm soát không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có thể xảy ra, đặc biệt giai đoạn sớm sau mổ. Nhiều người cải thiện dần; tập cơ sàn chậu và phục hồi chức năng đúng cách rất quan trọng.

55. Sau mổ có bị rối loạn cương không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có nguy cơ. Khả năng hồi phục phụ thuộc tuổi, chức năng trước mổ, giai đoạn u, khả năng bảo tồn thần kinh và kế hoạch phục hồi cương.

56. Bảo tồn thần kinh khi mổ có làm tăng nguy cơ sót ung thư không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, bảo tồn thần kinh chỉ nên thực hiện khi an toàn về ung thư học. Nếu u sát hoặc xâm lấn bó thần kinh, ưu tiên kiểm soát ung thư.

57. Sau cắt tuyến tiền liệt còn xuất tinh không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không còn tinh dịch xuất ra vì tuyến tiền liệt và túi tinh đã được lấy bỏ. Người bệnh vẫn có thể đạt cực khoái nhưng thường là cực khoái khô.

58. Sau mổ còn có con tự nhiên được không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, khả năng sinh con tự nhiên qua giao hợp không còn sau cắt tuyến tiền liệt tận gốc. Người còn nhu cầu sinh con nên tư vấn bảo tồn tinh trùng trước điều trị.

59. Xạ trị có thể chữa khỏi ung thư tuyến tiền liệt không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có. Ở bệnh khu trú hoặc tiến triển tại chỗ phù hợp, xạ trị có thể được sử dụng với mục tiêu triệt căn.

60. Xạ trị ngoài và xạ trị áp sát khác nhau thế nào?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, xạ trị ngoài chiếu bức xạ từ máy bên ngoài cơ thể; xạ trị áp sát đặt nguồn phóng xạ trong hoặc gần tuyến tiền liệt. Chỉ định tùy nhóm nguy cơ và giải phẫu.

61. Xạ trị có làm tiểu khó hơn không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có thể gây tiểu gắt, tiểu nhiều lần hoặc dòng tiểu yếu tạm thời; mức độ phụ thuộc chức năng tiểu trước điều trị và kỹ thuật xạ trị.

62. Xạ trị có ảnh hưởng tình dục không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, rối loạn cương có thể xuất hiện dần sau xạ trị. Đánh giá chức năng trước điều trị và phục hồi tình dục giúp cải thiện chất lượng sống.

63. Nên chọn mổ hay xạ trị?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không có câu trả lời chung cho mọi người. Quyết định cần cân bằng hiệu quả ung thư học, tác dụng phụ, tuổi, bệnh nền, chức năng tiểu - tình dục và ưu tiên cá nhân.

64. Ung thư nguy cơ thấp có nên dùng HIFU ngay không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, liệu pháp khu trú như HIFU không phải tiêu chuẩn cho mọi người bệnh nguy cơ thấp. Theo hướng dẫn EAU 2026, điều trị khu trú nên chủ yếu trong thử nghiệm hoặc registry có theo dõi chặt.

65. Điều trị nội tiết là gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, điều trị nội tiết trong ung thư tuyến tiền liệt chủ yếu là giảm testosterone hoặc chặn tín hiệu androgen để làm chậm sự phát triển của tế bào ung thư.

66. Điều trị nội tiết có phải hóa trị không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không. Nội tiết và hóa trị là hai nhóm điều trị toàn thân khác nhau, có cơ chế và tác dụng phụ khác nhau.

67. Bệnh di căn có chỉ cần tiêm nội tiết không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, hiện nay phần lớn bệnh nhân di căn mới chẩn đoán đủ thể trạng nên được cân nhắc điều trị phối hợp thay vì ADT đơn thuần.

68. Thuốc ức chế androgen thế hệ mới có vai trò gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, chúng tăng cường kiểm soát tín hiệu androgen và thường được phối hợp với ADT trong nhiều bối cảnh bệnh tiến xa để cải thiện kết cục.

69. Khi nào cần hóa trị docetaxel?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, docetaxel được cân nhắc ở một số bệnh nhân bệnh di căn hoặc kháng thiện, tùy thể trạng, gánh nặng bệnh và các điều trị đã dùng.

70. Điều trị nội tiết có làm mất ham muốn không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, rất thường gặp. Giảm testosterone có thể làm giảm ham muốn và rối loạn cương; cần tư vấn trước điều trị để người bệnh và bạn đời chuẩn bị.

71. Điều trị nội tiết có gây loãng xương không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, điều trị kéo dài có thể làm giảm mật độ xương. Người bệnh cần đánh giá nguy cơ gãy xương, vận động chịu lực, dinh dưỡng và thuốc bảo vệ xương khi có chỉ định.

72. Điều trị nội tiết có làm tăng cân không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có thể làm tăng mỡ, giảm khối cơ và thay đổi chuyển hóa. Tập sức mạnh, aerobic và chế độ ăn hợp lý có vai trò rất quan trọng.

73. Điều trị nội tiết có ảnh hưởng tim mạch không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có thể làm tăng một số nguy cơ chuyển hóa - tim mạch, đặc biệt ở người đã có bệnh nền. Cần kiểm soát huyết áp, đường huyết, lipid và phối hợp chuyên khoa khi cần.

74. Ung thư kháng thiện nghĩa là gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, đó là tình trạng bệnh tiếp tục tiến triển dù testosterone đã được duy trì ở mức thiện. Khi đó cần chuyển sang các chiến lược điều trị toàn thân phù hợp.

75. Thuốc PARP inhibitor dùng cho ai?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, nhóm này chủ yếu có lợi ở các bệnh nhân tiến triển có bất thường sửa chữa DNA phù hợp, như một số đột biến BRCA. Xét nghiệm phân tử là bước quan trọng trước khi chỉ định.

76. Lu-177 PSMA là gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, đây là liệu pháp phóng xạ hướng đích PSMA dành cho một số bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt kháng tiến di căn có tổn thương bắt PSMA và đã qua các điều trị phù hợp.

77. Có cần xét nghiệm gen khi ung thư đã di căn không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, thường nên được cân nhắc mạnh vì kết quả có thể ảnh hưởng lựa chọn điều trị nhắm trúng đích và cung cấp thông tin nguy cơ cho gia đình.

78. Xét nghiệm gen dòng mầm khác gen khối u thế nào?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, xét nghiệm dòng mầm tìm biến thể có thể di truyền và hiện diện ở mọi tế bào; xét nghiệm khối u tìm bất thường trong tế bào ung thư, có thể không di truyền.

79. Người thân có cần xét nghiệm gen nếu bệnh nhân có BRCA2?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, nếu xác định biến thể BRCA2 dòng mầm có ý nghĩa bệnh lý, người thân nên được tư vấn di truyền để cân nhắc xét nghiệm và tầm soát phù hợp.

80. Sau điều trị có cần theo dõi PSA suốt đời không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, cần theo dõi dài hạn; tần suất phụ thuộc phương pháp điều trị, nguy cơ tái phát và thời gian đã ổn định.

81. PSA sau mổ phải về bao nhiêu?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, sau cắt tuyến tiền liệt tận gốc PSA thường giảm xuống mức rất thấp hoặc không phát hiện được theo phương pháp xét nghiệm. Diễn giải phải theo chuẩn của phòng xét nghiệm và thời điểm lấy mẫu.

82. PSA tăng sau mổ có phải chắc chắn di căn?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không. PSA tăng có thể là tái phát sinh hóa trước khi thấy tổn thương trên hình ảnh; đây là lúc cần đánh giá thời gian tăng, Grade Group và chỉ định hình ảnh phù hợp.

83. PSA sau xạ trị có về bằng 0 không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, thường không nhất thiết vì tuyến tiền liệt vẫn còn. PSA có thể giảm từ từ và cần được đánh giá theo xu hướng cùng tiêu chuẩn tái phát sau xạ trị.

84. PSA bounce là gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, sau xạ trị PSA có thể tăng nhẹ tạm thời rồi giảm lại ở một số người. Không nên kết luận tái phát chỉ từ một lần tăng đơn lẻ.

85. Sau điều trị có cần PSMA PET/CT định kỳ không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không nên chụp định kỳ cho tất cả nếu PSA ổn định và không có dấu hiệu nghi ngờ. Hình ảnh nên được chỉ định khi kết quả có khả năng thay đổi xử trí.

86. Sau mổ nên tập cơ sàn chậu khi nào?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, nhiều chương trình bắt đầu hướng dẫn từ trước mổ và tiếp tục sau rút sonde theo chỉ định của bác sĩ. Tập đúng kỹ thuật quan trọng hơn tập quá nhiều.

87. Có thuốc phục hồi cương sau mổ không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có nhiều lựa chọn như thuốc ức chế PDE5, bơm hút, thuốc tiêm thể hang và phương án khác. Kế hoạch cần cá nhân hóa theo chức năng thần kinh và tim mạch.

88. Bao lâu sau điều trị có thể quan hệ tình dục?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, thời điểm phụ thuộc phương pháp điều trị và quá trình hồi phục. Sau phẫu thuật cần tuân thủ hướng dẫn về liền vết mổ; sau đó hoạt động tình dục có thể trở lại từng bước.

89. Sau điều trị còn đạt cực khoái được không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, nhiều người vẫn có thể đạt cực khoái, dù cảm giác có thể thay đổi. Sau cắt tuyến tiền liệt, cực khoái thường không kèm xuất tinh.

90. Có nên dùng testosterone sau điều trị ung thư tuyến tiền liệt?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, đây là vấn đề cần đánh giá rất thận trọng và không tự dùng. Một số trường hợp chọn lọc sau điều trị ổn định có thể được chuyên gia cân nhắc dựa trên nguy cơ và theo dõi PSA chặt.

91. Chế độ ăn nào chữa được ung thư tuyến tiền liệt?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không có chế độ ăn nào thay thế được điều trị ung thư. Nên ưu tiên thực phẩm toàn phần, rau quả, đạm hợp lý và kiểm soát cân nặng để hỗ trợ sức khỏe tổng thể.

92. Tập thể dục có lợi không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có. Vận động giúp kiểm soát cân nặng, tim mạch, cơ xương và đặc biệt hữu ích với người đang dùng ADT để hạn chế mất cơ và rối loạn chuyển hóa.

93. Ung thư tuyến tiền liệt có ảnh hưởng tâm lý không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, rất thường gặp. Lo âu về ung thư, tiểu kiểm soát, cương và vai trò trong gia đình có thể ảnh hưởng đáng kể; tham vấn tâm lý là một phần hợp lý của chăm sóc.

94. Khi nào cần đi khám sớm thay vì chờ lịch định kỳ?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, cần khám sớm nếu có bí tiểu, tiểu máu nhiều, sốt sau sinh thiết, đau xương dữ dội, yếu chân, tê vùng yên ngựa hoặc mất kiểm soát tiểu tiện vì có thể là tình trạng cấp cứu.

95. Có cần ý kiến thứ hai trước điều trị không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, hoàn toàn hợp lý, đặc biệt khi có nhiều lựa chọn tương đương hoặc quyết định ảnh hưởng lớn đến chất lượng sống. Nên mang đầy đủ PSA, MRI, lam/phiếu giải phẫu bệnh và hồ sơ hình ảnh.

96. Có nên tự uống kháng sinh khi PSA tăng?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không nên. Kháng sinh chỉ dùng khi có bằng chứng nhiễm khuẩn hoặc chỉ định rõ; dùng tùy tiện có thể gây kháng thuốc và làm chậm chẩn đoán.

97. Có nên sinh thiết ngay khi PSA tăng một lần?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không phải lúc nào cũng cần. Nhiều trường hợp nên lặp lại PSA, đánh giá yếu tố gây nhiễu, tính PSA density và thực hiện MRI trước khi quyết định.

98. Một người không có triệu chứng có cần khám tuyến tiền liệt không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, có thể cần nếu đến tuổi hoặc thuộc nhóm nguy cơ. Phát hiện sớm ung thư tuyến tiền liệt chủ yếu nhắm vào giai đoạn chưa có triệu chứng.

99. Ung thư tuyến tiền liệt có thể phòng hoàn toàn không?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, không có biện pháp phòng tuyệt đối. Giảm nguy cơ bằng lối sống lành mạnh và phát hiện sớm theo nguy cơ là chiến lược thực tế hơn.

100. Điều quan trọng nhất khi nhận chẩn đoán ung thư tuyến tiền liệt là gì?

Theo TS.BS.CK2 Trà Anh Duy, đừng vội chọn điều trị chỉ dựa trên chữ “ung thư”. Hãy xác định chính xác Grade Group, giai đoạn, nhóm nguy cơ, sức khỏe tổng thể và mục tiêu cá nhân trước khi quyết định.

KẾT LUẬN

Ung thư tuyến tiền liệt là bệnh có phổ diễn tiến rất rộng, từ những khối u nguy cơ thấp có thể theo dõi nhiều năm đến bệnh tiến triển cần điều trị đa mô thức. Giá trị lớn nhất của phát hiện sớm không phải là tìm mọi tế bào ung thư bằng mọi giá, mà là nhận diện đúng những ung thư có ý nghĩa lâm sàng, tránh bỏ sót bệnh nguy hiểm đồng thời hạn chế chẩn đoán và điều trị quá mức.

Một chiến lược hiện đại thường bắt đầu bằng đánh giá nguy cơ cá nhân và PSA, sau đó sử dụng MRI, sinh thiết có định hướng, mô bệnh học và chẩn đoán giai đoạn để đưa ra quyết định. Với bệnh khu trú, theo dõi chủ động, phẫu thuật và xạ trị đều có vị trí tùy nhóm nguy cơ. Với bệnh tiến xa, điều trị ngày càng hướng đến phối hợp sớm, cá nhân hóa theo đặc điểm sinh học và xét nghiệm phân tử. Trong mọi giai đoạn, chất lượng sống - tiểu tiện, tình dục, sức khỏe xương, chuyển hóa và tâm lý - cần được xem là một phần của điều trị chứ không phải vấn đề phụ.

Thông điệp quan trọng nhất là: không trì hoãn đánh giá khi có nguy cơ, nhưng cũng không hoảng sợ trước một kết quả PSA bất thường. Hãy trao đổi với bác sĩ có kinh nghiệm, hiểu rõ dữ kiện của chính mình và cùng lựa chọn kế hoạch phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. European Association of Urology (EAU). EAU Guidelines on Prostate Cancer. 2026 edition.
2. European Association of Urology (EAU). Prostate Cancer - Diagnostic Evaluation. 2026.
3. European Association of Urology (EAU). Prostate Cancer - Treatment. 2026.
4. Wei JT, Barocas D, Carlsson S, et al. Early Detection of Prostate Cancer: AUA/SUO Guideline. American Urological Association; 2023.
5. Eastham JA, Auffenberg GB, Barocas DA, et al. Clinically Localized Prostate Cancer: AUA/ASTRO Guideline. 2022.
6. Lowrance W, et al. Advanced Prostate Cancer: AUA/SUO Guideline. 2026 version/update.
7. National Cancer Institute. Prostate Cancer Treatment (PDQ®) - Patient Version. Updated 2024; accessed 2026.
8. National Cancer Institute. Prostate Cancer Treatment (PDQ®) - Health Professional Version. Updated 2025; accessed 2026.
9. National Cancer Institute. Hormone Therapy for Prostate Cancer Fact Sheet. Updated 2024.
10. National Cancer Institute. Prostate Cancer—Patient Version: screening, diagnosis, treatment and research resources. Accessed 2026.
11. Prostate Cancer Foundation. Prostate Anatomy and Patient Support Resources. Accessed 2026.

