

ASSESSMENT OF PERIPHERAL RETINAL LESIONS IN THE SECOND EYE OF PATIENTS WITH PRIMARY RETINAL DETACHMENT: CLINICAL CASES REPORT

Nguyen Thi Duyen^{1*}, Vu Tuan Anh², Le Thi Hong Nhung²

¹Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam

²Central Eye Hospital - 85 Ba Trieu, Hai Ba Trung Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 30/10/2025

Revised: 16/11/2025; Accepted: 08/01/2026

ABSTRACT

Objective: Primary retinal detachment is a severe ophthalmic condition and one of the major causes of vision loss if not treated promptly. Early detection and treatment of peripheral retinal degeneration in the fellow eye of patients with primary retinal detachment are of great importance and should be routinely screened.

Method: We described three cases of patients who presented with retinal detachment, in whom peripheral retinal degeneration were detected in the fellow eye. Through a comprehensive examination and careful evaluation of the contralateral eye, we identified peripheral retinal degenerations with a high risk of future retinal detachment. The patients subsequently underwent timely prophylactic laser photocoagulation.

Results: Timely detection and prophylactic treatment in three patients helped reduce the risk of future retinal detachment.

Conclusion: Optimal management of retinal detachment cases extends beyond the surgical correction of the affected eye. Comprehensive, periodic screening and examinations, coupled with appropriate prophylactic intervention for the fellow eye, are paramount in preserving long-term visual acuity and enhancing the patient's quality of life.

Keywords: Peripheral retinal degeneration, primary retinal detachment.

*Corresponding author

Email: duyensampipi@gmail.com Phone: (+84) 947046458 DOI: 10.52163/yhc.v67i1.4107

ĐÁNH GIÁ TỔN THƯƠNG VỔNG MẠC CHU BIÊN TRÊN MẮT THỨ HAI CỦA BỆNH NHÂN BONG VỔNG MẠC NGUYÊN PHÁT: MỘT SỐ CA LÂM SÀNG

Nguyễn Thị Duyen^{1*}, Vũ Tuấn Anh², Lê Thị Hồng Nhung²

¹Trường Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, P. Kim Liên, Tp. Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện Mắt Trung ương - 85 Bà Triệu, P. Hai Bà Trưng, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận: 30/10/2025

Ngày sửa: 16/11/2025; Ngày đăng: 08/01/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Bong võng mạc nguyên phát là bệnh lý nặng trong nhãn khoa, một trong những nguyên nhân quan trọng gây mất thị lực nếu không được điều trị kịp thời. Phát hiện và điều trị tổn thương võng mạc chu biên trên mắt thứ hai của bệnh nhân bong võng mạc nguyên phát rất quan trọng và cần được sàng lọc thường quy.

Phương pháp: Chúng tôi mô tả 3 trường hợp bệnh nhân có tổn thương võng mạc chu biên trên mắt thứ hai khi bệnh nhân đến khám vì bong võng mạc. Với cách tiếp cận toàn diện, kiểm tra bên mắt đối diện, chúng tôi đã phát hiện ra những tổn thương võng mạc chu biên tiềm ẩn nguy cơ cao gây bong võng mạc trong tương lai. Bệnh nhân đã được điều trị quang đông thoái hóa võng mạc kịp thời.

Kết quả: Phát hiện và điều trị dự phòng kịp thời trên 3 bệnh nhân giúp giảm nguy cơ gây bong võng mạc trong tương lai.

Kết luận: Việc quản lý bệnh nhân bong võng mạc không chỉ dừng lại ở mắt đã phẫu thuật mà còn phải khám sàng lọc và định kỳ, kết hợp với can thiệp dự phòng thích hợp cho mắt còn lại có vai trò quan trọng để bảo tồn thị lực và nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

Từ khóa: Tổn thương võng mạc chu biên, bong võng mạc nguyên phát.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bong võng mạc là tình trạng lớp thần kinh cảm thụ của võng mạc bị tách ra khỏi lớp biểu mô sắc tố do sự tích tụ dịch trong khoang dưới võng mạc. Đây là một cấp cứu trong nhãn khoa, đe dọa thị lực và có khả năng gây mù lòa mặc dù kỹ thuật điều trị đã được cải thiện đáng kể và tỉ lệ điều trị thành công ngày càng tăng. Tỉ lệ bong võng mạc có xu hướng ngày càng tăng, khoảng 13,3/100.000 người hàng năm [1]. Nguy cơ bong võng mạc nguyên phát xảy ra cao hơn ở những bệnh nhân lớn tuổi, cận thị cao, có tiền sử chấn thương mắt hoặc phẫu thuật mắt trước đó, hoặc có tiền sử gia đình bị bong võng mạc (BVM). Phát hiện sớm và điều trị kịp thời BVM góp phần rất lớn cho việc bảo tồn thị lực cho bệnh nhân.

Từ lâu, các nghiên cứu đã chỉ ra rằng ở những bệnh nhân đã từng bị BVM một mắt có nguy cơ cao hơn đáng kể gây BVM ở mắt còn lại, ước tính khoảng 10% [2]. Ngoài trừ chấn thương, tất cả các yếu tố nguy cơ gây BVM thường ảnh hưởng đến cả hai mắt. Các yếu tố nguy cơ chủ yếu bao gồm cận thị, thoái hóa võng mạc dạng rào, tiền sử gia đình bị BVM, hóa lỏng của dịch kính. Theo nghiên cứu của

Mitry D và cộng sự (2010), tỉ lệ bệnh nhân bị BVM ở cả hai mắt là 7,26%, trong đó thoái hóa dạng rào chiếm 14,5%, vết rách võng mạc chiếm 8,4% ở mắt thứ hai [3]. Thời gian BVM mắt còn lại thường xảy ra trong vòng 2 năm sau khi BVM ở mắt đầu tiên [4]. Như vậy, việc phát hiện kịp thời và điều trị dự phòng sớm các tổn thương võng mạc chu biên có ý nghĩa then chốt trong việc bảo tồn thị lực cho mắt thứ hai. Nếu bệnh nhân bị BVM ở mắt còn lại thì nguy cơ cao dẫn đến mù lòa, từ đó mất khả năng lao động, là gánh nặng cho gia đình và xã hội.

Tuy nhiên, trong thực tế lâm sàng việc chú ý thường tập trung vào việc điều trị mắt bị bệnh, khiến việc khám và theo dõi định kỳ mắt thứ hai có thể bị bỏ sót. Do đó, báo cáo chuỗi ca lâm sàng này nhằm mục đích mô tả chi tiết các loại tổn thương võng mạc chu biên đã được ghi nhận ở mắt thứ hai của bệnh nhân BVM nguyên phát, từ đó khẳng định lại tầm quan trọng của việc khám sàng lọc và can thiệp dự phòng để giảm thiểu nguy cơ BVM và bảo tồn thị lực lâu dài cho người bệnh.

*Tác giả liên hệ

Email: duyensampipi@gmail.com Điện thoại: (+84) 904925614 DOI: 10.52163/yhc.v67i1.4107

2. THÔNG BÁO CA LÂM SÀNG

2.1. Ca lâm sàng số 1

Bệnh nhân nam, 58 tuổi, vào viện vì mắt trái nhìn mờ nhìn khuất 2 tuần, mắt phải không có triệu chứng tiền bong.

- Tiền sử: 2 mắt không có tiền sử chấn thương, phẫu thuật nội nhãn.

- Khám: thị lực mắt phải 20/50, kính lỗ 20/40, mắt trái đếm ngón tay 1,5m. Nhãn áp mắt phải 16 mmHg, mắt trái 16 mmHg. 2 mắt đục thủy tinh thể vỏ và nhân độ II.

- Soi đáy mắt giãn đồng tử: mắt phải gai thị hồng, hoàng điểm ánh trung tâm, vết rách hình móng ngựa vị trí 4 giờ, võng mạc áp, không BVM; mắt trái BVM gần toàn bộ, vết rách hình móng ngựa vị trí 11 giờ.

- Siêu âm: trục nhãn cầu mắt phải 25,4 mm, mắt trái 25,3 mm; mắt phải dịch kính vẫn đục, không BVM; mắt trái dịch kính vẫn đục thành đám, BVM gần toàn bộ.

- Chẩn đoán: mắt trái BVM có vết rách, mắt phải vết rách võng mạc hình móng ngựa, 2 mắt đục nhân thủy tinh thể người già.

- Điều trị: mắt trái đã được phẫu thuật BVM, cắt dịch kính, Phaco, IOL, khí C3F8; mắt phải laser quang đông vết rách võng mạc.

- Tái khám sau 1 tháng: mắt phải sẹo laser võng mạc rõ, bao quanh toàn bộ vết rách, không có thêm tổn thương thoái hóa, võng mạc áp.

2.2. Ca lâm sàng số 2

Bệnh nhân nam, 47 tuổi, vào viện vì mắt phải nhìn mờ nhìn khuất, mắt trái không có triệu chứng tiền bong.

- Tiền sử: mắt phải đã phẫu thuật Phaco, IOL.

- Khám: thị lực mắt phải 20/200, mắt trái 20/25; nhãn áp mắt phải 16 mmHg, mắt trái 16 mmHg; mắt phải IOL, mắt trái đục thủy tinh thể bắt đầu.

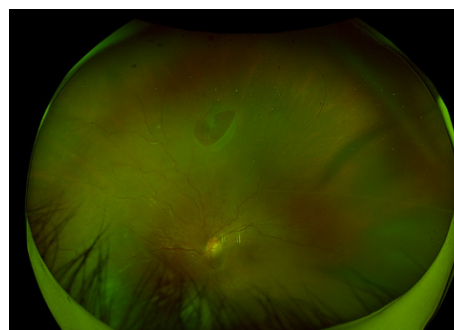
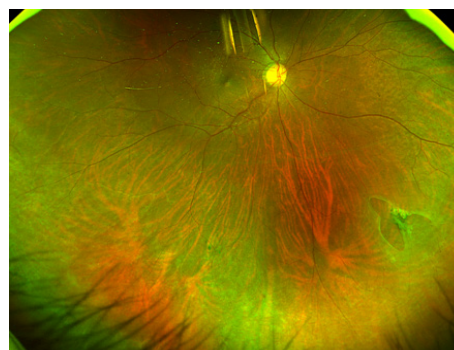
- Soi đáy mắt: mắt phải BVM, phía dưới có nhiều đám thoái hóa rào ở vị trí thái dương trên và dưới, thoái hóa rộng và vết rách võng mạc vị trí 10 giờ cạnh đám thoái hóa; mắt trái nhiều đám thoái hóa võng mạc dạng rào ở cung thái dương trên và thái dương dưới, dải thoái hóa rộng.

- Siêu âm: trục nhãn cầu mắt phải 25,9 mm, mắt trái 24,6 mm; mắt phải BVM phía dưới; mắt trái dịch kính vẫn đục rải rác, không BVM.

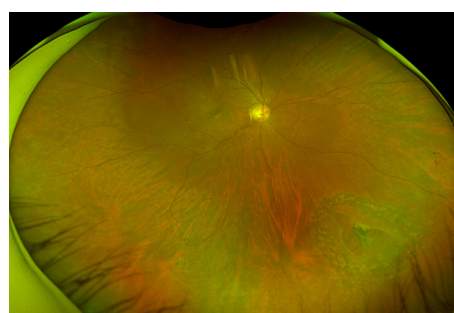
- Chẩn đoán: mắt phải BVM có vết rách, IOL; mắt trái thoái hóa võng mạc dạng rào.

- Điều trị: mắt phải đã được phẫu thuật BVM đại củng mạc, mắt trái laser quang đông thoái hóa võng mạc.

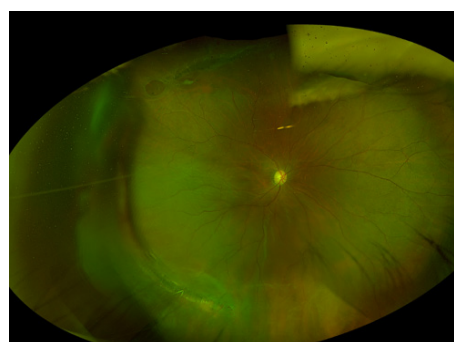
- Tái khám sau 1 tháng: mắt trái sẹo laser võng mạc rõ, bao quanh toàn bộ thoái hóa, không có thêm tổn thương thoái hóa, võng mạc áp.



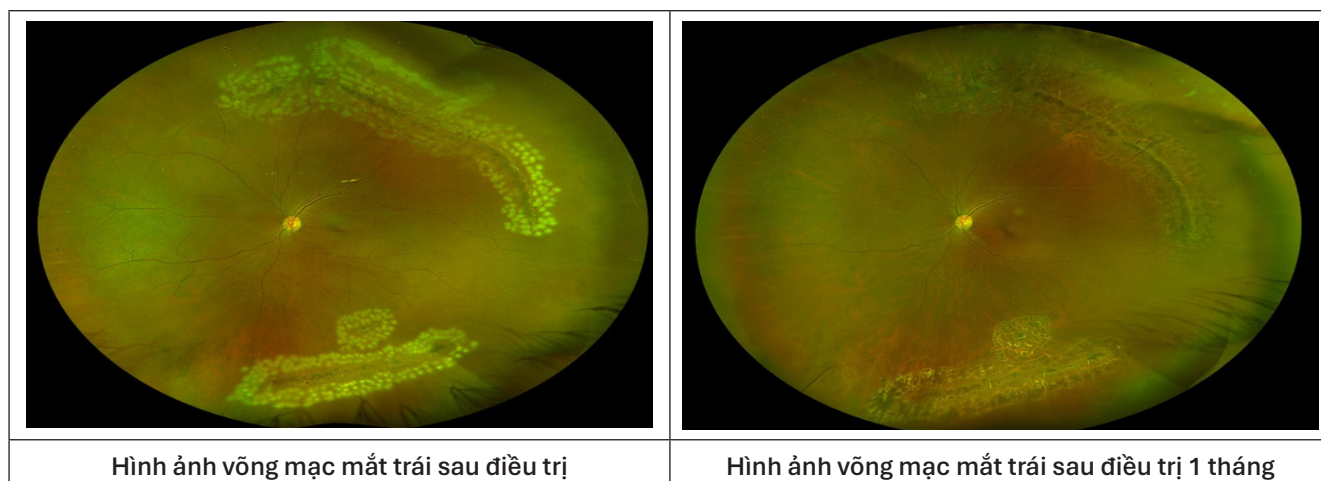
Hình ảnh võng mạc mắt phải và mắt trái trước điều trị



Hình ảnh võng mạc mắt trái sau điều trị 1 tháng



Hình ảnh võng mạc mắt phải và mắt trái trước điều trị



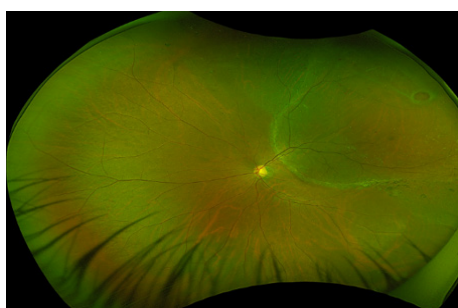
2.3. Ca lâm sàng số 3

Bệnh nhân nam, 34 tuổi, vào viện vì mắt trái nhìn khuất phía dưới mũi, nhìn mờ từ từ tăng dần cách đây 4 tháng; mắt phải không có dấu hiệu tiền bong.

- Tiền sử: không có tiền sử chấn thương, phẫu thuật nội nhãn.

- Khám: thị lực mắt phải 20/200, có kính 20/20 (-4.00D); mắt trái 20/400, có kính 20/100 (-3.25D); nhãn áp mắt phải 18 mmHg, mắt trái 16 mmHg.

- Soi đáy mắt giãn đồng tử: mắt phải võng mạc áp, có 2 đám thoái hóa võng mạc chu biên dạng bọt sên vị trí 7-8 giờ và 10-11 giờ; mắt trái BVM quầng bong phía thái dương trên tự giới hạn (demarcation line), bong đến vùng hoàng điểm, vết rách tròn vị trí 2 giờ trên bong bong.



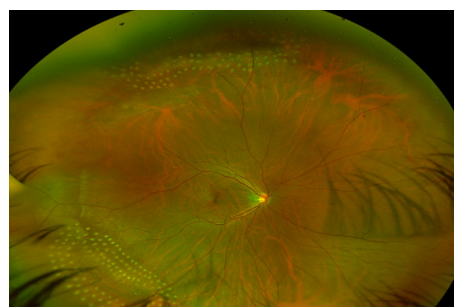
Hình ảnh võng mạc mắt phải và mắt trái trước điều trị

- Siêu âm: trực nhãn cầu mắt phải 26,1 mm, mắt trái 25,7 mm; mắt phải dịch kính vẫn đục, không BVM; mắt trái dịch kính vẫn đục nhiều thành đám, BVM phía trên ngoài.

- Chẩn đoán: mắt trái BVM có vết rách; mắt phải thoái hóa võng mạc chu biên dạng bọt sên; 2 mắt cận thị thoái hóa

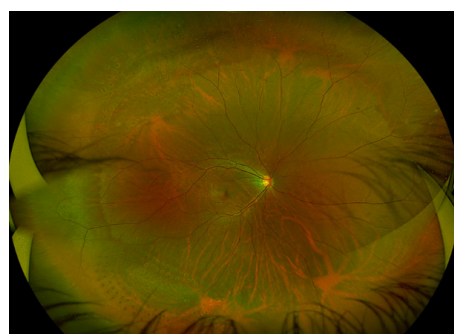
võng mạc.

- Điều trị: mắt trái đã được phẫu thuật BVM, đai củng mạc, khí SF₆; mắt phải laser quang đông vùng võng mạc thoái hóa.



Hình ảnh võng mạc mắt phải sau điều trị

Tái khám sau 1 tháng: mắt phải sẹo laser thoái hóa võng mạc rõ, bao quanh toàn bộ tổn thương, không xuất hiện tổn thương võng mạc chu biên.



Hình ảnh võng mạc mắt phải sau điều trị 1 tháng

3. BÀN LUẬN

Trường hợp 1, bệnh nhân mắt trái bị BVM với vết rách hình móng ngựa ở góc mũi trên, mắt phải cũng có vết rách hình móng ngựa ở góc mũi dưới. Mặc dù mắt phải có vết rách hình móng ngựa, nắp vết rách bị co kéo vào buồng dịch kính nhưng bệnh nhân không có triệu chứng tiền bong, có thể do hạn chế của đục thủy tinh thể và chủ quan của bệnh nhân. Vì thế nếu không kiểm tra hoặc quan sát kĩ võng mạc chu biên thì sẽ rất dễ bỏ sót tổn thương.

Trường hợp 2, võng mạc chu biên ở 2 mắt của bệnh nhân có nhiều đám thoái hóa võng mạc dạng rào, ở vị trí thái dương trên và dưới, có tính chất đối xứng cao về loại, số lượng và vị trí của thoái hóa. Thoái hóa võng mạc dạng rào là một trong những thoái hóa nguy cơ cao gây BVM, cần được điều trị dự phòng để bảo tồn thị lực cho bệnh nhân.

Trường hợp 3, tại mắt thứ hai bệnh nhân không có triệu chứng tiền bong và có 2 đám thoái hóa võng mạc dạng bọt sên ở thái dương trên và dưới. Thoái hóa bọt sên có nguy cơ gây BVM. Ở mắt thứ hai bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ gây BVM: cận thị trung bình, thoái hóa bọt sên.

Các trường hợp trên cho thấy các thoái hóa võng mạc chu biên tiềm ẩn ở mắt thứ hai trên bệnh nhân BVM nguyên phát rất phổ biến, đa dạng và cả 3 trường hợp đều không có các triệu chứng báo trước (chớp sáng, ruồi bay). Các thoái hóa võng mạc này đều thuộc nhóm nguy cơ cao dẫn đến BVM. Theo nghiên cứu của Laatikainen L (1985) ở mắt còn lại cho thấy có 38% thoái hóa được coi là yếu tố nguy cơ dẫn đến BVM bao gồm thoái hóa dạng rào (21%), vết rách võng mạc (5%) [5]. Trong trường hợp 2 thấy thoái hóa võng mạc dạng rào ở cả 2 mắt có tính đối xứng nhau về vị trí, số lượng. Điều này phù hợp với các nghiên cứu trước đây, bệnh nhân bị BVM một mắt có tổn thương võng mạc đối xứng cao về loại thoái hóa, số lượng và vị trí ở mắt còn lại [4]. Đặc biệt trong nghiên cứu của Kaveh Fadakar (2023) cho thấy thoái hóa võng mạc dạng rào là yếu tố dự đoán duy nhất về tính đối xứng ở mắt còn lại [6]. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc kiểm tra thường xuyên mắt còn lại, tập trung nhiều hơn vào vị trí đối xứng tổn thương.

Chỉ định và hiệu quả điều trị dự phòng BVM mắt còn lại vẫn còn là một vấn đề gây tranh cãi vì có nhiều ý kiến chưa thống nhất, các nghiên cứu hồi cứu và không có nhóm chứng. Nghiên cứu gần nhất cho thấy điều trị dự phòng có liên quan đến giảm tỉ lệ BVM ở mắt còn lại [7].

4. KẾT LUẬN

Bệnh nhân đã từng BVM ở một mắt có nguy cơ cao có thoái hóa võng mạc chu biên ở mắt còn lại. Các thoái hóa võng mạc ở mắt còn lại rất phổ biến, đa dạng. Việc quản lý bệnh nhân BVM không chỉ dừng lại ở mắt đã phẫu thuật mà còn phải khám sàng lọc và định kỳ, kết hợp với can thiệp dự phòng thích hợp cho mắt còn lại có vai trò quan trọng để bảo tồn thị lực và nâng cao chất lượng cuộc

sống cho bệnh nhân. Ngoài ra cần nâng cao nhận thức của bệnh nhân về các triệu chứng của BVM. Hiệu quả điều trị laser dự phòng BVM mắt còn lại đến nay vẫn còn nhiều tranh cãi, vì thế cần có thêm các nghiên cứu thuyết phục hơn bao gồm thiết kế ngẫu nhiên có đối chứng trong tương lai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Li J.Q, Welchowski T, Schmid M, Holz F.G, Finger R.P. Incidence of rhegmatogenous retinal detachment in Europe - A systematic review and meta-analysis. *Ophthalmologica*, 2019, 242 (2): 81-86. <https://doi.org/10.1159/000499489>.
- [2] Gupta O.P, Benson W.E. The risk of fellow eyes in patients with rhegmatogenous retinal detachment. *Curr Opin Ophthalmol*, 2005, 16 (3): 175-178. <https://doi.org/10.1097/01.icu.0000162377.55415.f3>.
- [3] Mitry D, Singh J, Yorston D et al. The fellow eye in retinal detachment: findings from the Scottish retinal detachment study. *Br J Ophthalmol*, 2012, 96 (1): 110-113. <https://doi.org/10.1136/bjo.2010.194852>.
- [4] Radeck V, Schindler F, Helbig H et al. Characteristics of bilateral retinal detachment. *Ophthalmologica*, 2022, 246 (2): 99-106. Characteristics of Bilateral Retinal Detachment. <https://doi.org/10.1159/000527625>.
- [5] Laatikainen L. The fellow eye in patients with unilateral retinal detachment: findings and prophylactic treatment. *Acta Ophthalmol (Copenh)*, 1985, 63 (5): 546-551. <https://doi.org/10.1111/j.1755-3768.1985.tb05243.x>.
- [6] Fadakar K, Havashki E, Ebrahimi Z et al. Topographic correspondence of peripheral retinal lesions between the fellow eyes of patients with rhegmatogenous retinal detachment and retinal break. *Med Hypothesis Discov Innov Optom*, 2023, 4 (2): 57-62. <https://doi.org/10.51329/mehdioptry174>.
- [7] Al-Dwairi R, Saleh O, Mohidat H et al. Characteristics, risks, and prevention of rhegmatogenous retinal detachment in the contralateral eye. *J Clin Med*, 2025, 14 (1): 222. <https://doi.org/10.3390/jcm14010222>.