

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BAN ĐẦU XUẤT HUYẾT TIỀN PHÒNG DO CHẤN THƯƠNG ĐỤNG DẬP TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP

Đỗ Thị Huyền¹, Nguyễn Quốc Sơn²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị ban đầu xuất huyết tiền phòng do chấn thương đụng dập tại khoa Mắt bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp từ 1/2024 đến 5/2026

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu trên 80 mắt của 80 bệnh nhân xuất huyết tiền phòng do chấn thương đụng dập nhãn cầu.

Kết quả: Nghiên cứu 80 mắt của 80 bệnh nhân cho thấy nam giới chiếm đa số 80% trong độ tuổi lao động, nguyên nhân chấn thương chủ yếu là tai nạn giao thông và tai nạn lao động. Xuất huyết tiền phòng độ III chiếm tỉ lệ cao nhất (45%), tiếp theo độ IV (30%). Sau điều trị, 53,8% mắt hấp thu máu tiền phòng hoàn toàn, tỉ lệ mắt có thị lực khá và tốt tăng, trong khi tỉ lệ mù giảm đáng kể. Tỉ lệ mắt có nhãn áp bình thường tăng từ 85% lên 91,2%. Biến chứng sau điều trị chủ yếu là tăng nhãn áp (8,8%) và xuất huyết tái phát 7,5%.

Kết luận: Xuất huyết tiền phòng do chấn thương đụng dập chủ yếu gặp ở nam giới trong độ tuổi lao động, với đa số bệnh nhân nhập viện sớm và có xuất huyết tiền phòng mức độ III-IV. Điều trị ban đầu mang lại kết quả khả quan, giúp giảm mức độ xuất huyết tiền phòng, cải thiện thị lực, kiểm soát nhãn áp ở phần lớn trường hợp và tỷ lệ biến chứng sau điều trị thấp.

Từ khóa: xuất huyết tiền phòng, chấn thương đụng dập nhãn cầu, kết quả điều trị.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND INITIAL TREATMENT OUTCOMES OF TRAUMATIC HYPHEMA FOLLOWING BLUNT OCULAR INJURY AT VIET TIEP FRIENDSHIP HOSPITAL

Objective: To describe the clinical characteristics and initial treatment outcomes of traumatic hyphema

following blunt ocular injury in patients treated at the Department of Ophthalmology, Viet Tiep Friendship Hospital from January 2024 to May 2026.

Methods: A retrospective descriptive study was conducted on 80 eyes of 80 patients diagnosed with traumatic hyphema secondary to blunt ocular injury.

Results: A total of 80 patients were included in the study, with males accounting for 80.0%, predominantly of working age. The most common causes of injury were occupational and domestic accidents. Overall, 77.5% of patients presented to the hospital within 6 hours after trauma. Grade III hyphema was the most frequent presentation (45.0%), followed by grade IV (30.0%). After treatment, complete hyphema resolution was achieved in 53.8% of eyes. Visual acuity improved, with an increased proportion of eyes achieving good or fair vision, while the proportion of blindness decreased markedly. The proportion of eyes with normal intraocular pressure increased from 85.0% to 91.2%. The most common post-treatment complications were elevated intraocular pressure (8.8%) and recurrent hyphema (7.5%).

Conclusions: Traumatic hyphema following blunt ocular injury predominantly occurred in working-age men. Most patients presented early and had grade III or IV hyphema. Initial treatment achieved favorable outcomes by reducing the severity of hyphema, improving visual acuity, maintaining normal intraocular pressure in most cases, and resulting in a low rate of post-treatment complications.

Keywords: traumatic hyphema; blunt ocular injury; clinical characteristics; treatment outcomes; visual acuity.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết tiền phòng là sự xuất hiện bất thường của máu trong tiền phòng. Chỉ tính riêng trong chấn thương đụng dập nhãn cầu, xuất huyết tiền phòng chiếm tỉ lệ đáng kể khoảng 33%-44% các trường hợp.[1] Tùy theo mức độ xuất huyết gây cản trở trực thị giác, thị lực sẽ giảm nhanh chóng khiến cho bệnh nhân vô cùng lo lắng, nếu không được xử lí kịp thời và đúng cách thì có thể gây ra nhiều biến chứng. Một trong các biến chứng đáng lo ngại nhất của xuất huyết tiền phòng là tăng nhãn áp từ đó gây ngấm máu giác

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Huyền

Email: dthuyen@hpmu.edu.vn.

Mã bài: N806

Ngày nhận bài: 5/5/2026

Ngày phản biện khoa học: 1/5/2026

Ngày duyệt bài: 15/6/2026

mạc và tổn hại thần kinh thị giác.[2] Không chỉ vậy, sau 3-5 ngày xuất huyết có thể tái phát chiếm tỉ lệ từ 0-38%, xuất huyết thứ phát thường nặng hơn gây khó khăn hơn cho quá trình điều trị.[3] Tác giả Rahmani cho rằng yếu tố nhãn áp cao và thị lực ban đầu thấp làm tăng nguy cơ xuất huyết tái phát.[4] Phương pháp điều trị nội khoa là chủ yếu, cho bệnh nhân nghỉ ngơi, uống nhiều nước, sử dụng thuốc chống tiêu sợi fibrin, thuốc corticoid, tra liệt điều tiết, một số trường hợp nặng máu chậm tiêu có nguy cơ ngấm máu giác mạc cần được can thiệp phẫu thuật rửa máu tiền phòng. Tại Hải Phòng, bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp là một bệnh viện đa khoa, thường xuyên tiếp nhận và điều trị các bệnh nhân chấn thương nhãn cầu, do vậy việc nghiên cứu về xuất huyết tiền phòng trong chấn thương là cần thiết. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị ban đầu của chấn thương xuất huyết tiền phòng tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành trên 80 mắt của 80 bệnh nhân xuất huyết tiền phòng do chấn thương đụng dập và được điều trị tại Khoa Mắt – Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp từ tháng 1/2024 đến hết tháng 5/2026.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân được chẩn đoán xác định xuất huyết tiền phòng do chấn thương đụng dập nhãn cầu, có đầy đủ hồ sơ bệnh án theo mẫu nghiên cứu, được theo dõi và đánh giá kết quả điều trị ban đầu trong thời gian nằm viện.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** xuất huyết tiền phòng không do chấn thương hoặc do chấn thương nhãn cầu hở.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

- **Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:** chọn mẫu thuận tiện, lấy toàn bộ bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu.

- **Các biến số nghiên cứu:**

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Tuổi, giới, nguyên nhân chấn thương, tác nhân gây chấn thương, thời gian từ khi chấn thương đến lúc nhập viện.

Đặc điểm lâm sàng

- Thị lực khi vào viện: phân loại theo Tổ chức Y tế Thế giới WHO 1985:

Thị lực tốt: $\geq 8/10$

Thị lực khá: 4/10- 7/10

Thị lực kém: ĐNT 3m- 3/10

Mù: ĐNT < 3m

- **Nhãn áp khi vào viện:** nhãn áp bình thường (<25 mmHg) và nhãn áp cao (≥ 25 mmHg).

- Mức độ xuất huyết tiền phòng theo Edwards và Layden.[5]

Độ 0: Không có máu trong tiền phòng

Độ I: Máu chiếm 1/3 tiền phòng

Độ II: Máu chiếm từ 1/3 đến <1/2 tiền phòng

Độ III: máu chiếm từ 1/2 đến < toàn bộ tiền phòng

Độ IV: Máu chiếm toàn bộ tiền phòng

- Đặc điểm máu tiền phòng: có máu đông không, có xuất huyết tái phát không

- Các tổn thương phối hợp gồm: Phù giác mạc, rách giác mạc, ngấm máu giác mạc, giãn méo đồng tử, đứt chân móng mắt, đục lệch thể thủy tinh và xuất huyết dịch kính

Điều trị

- Nội khoa: Tất cả bệnh nhân đều được điều trị bằng thuốc liệt điều tiết, chống tiêu sợi huyết, giảm đau, hạ nhãn áp, hướng dẫn nghỉ ngơi tại giường, uống nhiều nước.

Kết quả điều trị ban đầu

- Sự thay đổi về mức độ xuất huyết tiền phòng, mức độ thị lực và nhãn áp trước và sau điều trị.

- Biến chứng sau điều trị: tăng nhãn áp, ngấm máu giác mạc, xuất huyết tái phát

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được nhập bằng Microsoft Excel và phân tích bằng phần mềm IBM SPSS Statistics 20.0

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu tuân thủ các nguyên tắc trong nghiên cứu y sinh học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành trên 80 mắt của 80 bệnh nhân xuất huyết tiền phòng do chấn thương được điều trị tại Khoa Mắt – Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp từ tháng 1/2024 đến hết tháng 5/2026 thu được kết quả sau:

3.1. Đặc điểm của nhóm đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm về tuổi và giới

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $40,99 \pm 16,67$ tuổi, tuổi thấp nhất là 14 tuổi, tuổi cao nhất là 76 tuổi, trong đó nhóm tuổi từ 20- 50 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất 44 bệnh nhân (55%), tiếp theo là nhóm tuổi >50 tuổi chiếm 26 mắt (32,5%) và thấp nhất là nhóm < 20 tuổi với 10 bệnh nhân (12,5%). Trong 80 bệnh nhân nghiên cứu, tỉ lệ nam giới chiếm đa số với 64 bệnh nhân chiếm 80%, nữ giới chỉ chiếm 20% với 16 bệnh nhân.

3.1.2. Nguyên nhân chấn thương

Trong nhóm đối tượng nghiên cứu, 2 nguyên nhân gây chấn thương gặp nhiều nhất là tai nạn lao động và tai nạn sinh hoạt là 22 bệnh nhân chiếm 27,5%, tiếp theo là tai nạn sinh hoạt với 17 bệnh nhân chiếm 21,3%, thấp hơn là nguyên nhân do bạo lực với 13 mắt chiếm 16,3%, ít gặp nhất là nguyên nhân thể thao với 6 mắt chiếm 7,5%

3.1.3. Thời gian từ lúc bị chấn thương đến khi tới viện

Trong 80 bệnh nhân thì có 62 bệnh nhân chiếm 77,5% có thời gian từ lúc chấn thương đến lúc vào viện là 6 giờ, có 15 bệnh nhân chiếm 18,8% đến viện trong khoảng từ 6 giờ đến 24 giờ, chỉ có 3 bệnh nhân chiếm 3,8% đến viện sau 24 giờ.

3.2. Đặc điểm lâm sàng khi nhập viện

3.2.1. Mức độ xuất huyết tiền phòng

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo mức độ xuất huyết tiền phòng

Mức độ xuất huyết	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Độ I	3	3,8
Độ II	17	21,3
Độ III	36	45,0
Độ IV	24	30,0
Tổng	80	100

Mức độ xuất huyết tiền phòng trong nhóm nghiên cứu nhiều nhất là độ III với 36 mắt chiếm 45,0% tiếp theo đến độ IV với 24 mắt chiếm 30,0%. Xuất huyết độ II chiếm 21,3% với 3 mắt, thấp nhất là độ I với 3 mắt chiếm 3,8%.

3.2.2. Đặc điểm máu tiền phòng

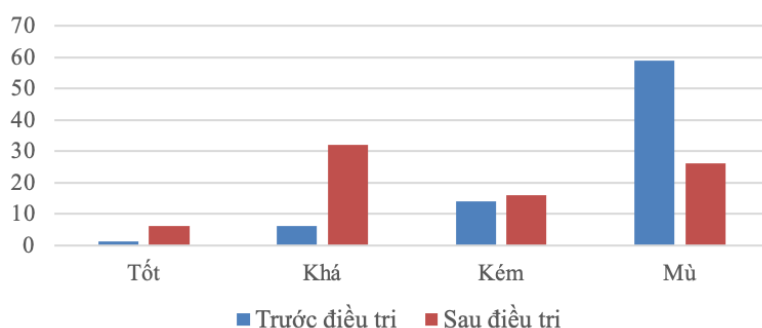
Trong nhóm đối tượng nghiên cứu có 18 mắt chiếm 22,5% có máu đông trong tiền phòng, còn lại 62 mắt chiếm 77,5% là máu loãng

3.2.3. Các tổn thương phối hợp tại mắt

Phù giác mạc là tổn thương phối hợp gặp nhiều nhất với 53 mắt (66,3%). Tiếp theo là giãn méo đồng tử với 19 mắt (23,8%) và xuất huyết dịch kính với 17 mắt (21,3%). Đứt chân móng mắt gặp ở 11 mắt (13,8%), trong khi đục lệch thể thủy tinh chiếm 11,3% (9 mắt). Ngầm máu giác mạc ít gặp nhất, chỉ ghi nhận ở 1 mắt (1,3%).

3.3. Kết quả điều trị

3.3.1. Sự thay đổi phân loại thị lực trước và sau điều trị.



Hình 1. Sự thay đổi phân loại thị lực trước và sau điều trị

Sau điều trị, thị lực có xu hướng cải thiện rõ rệt. Số mắt đạt mức khá tăng đáng kể so với trước điều trị, từ 6 mắt (7,5%) lên 32 mắt (40%). Nhóm thị lực tốt cũng tăng từ 1 mắt (1,3%) lên 6 mắt (7,5%). Trong khi đó, số mắt thuộc nhóm mù giảm từ 59 mắt (73,8%) xuống 26 mắt (32,5). Nhóm thị lực kém có sự thay đổi không đáng kể, tăng từ 14 mắt (17,5%) lên 16 mắt (20,0%).

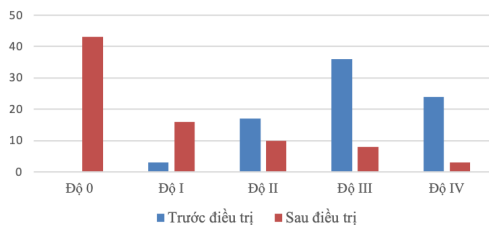
3.3.2. Kết quả nhãn áp

Bảng 3.2. Phân bố nhãn áp theo nhóm trước và sau điều trị

Nhãn áp	Sau bình thường	Sau tăng	Tổng	p
Trước bình thường	65	3	68	0,227
Trước tăng	8	4	12	
Tổng	73	7	80	

Sau điều trị, số mắt có nhãn áp bình thường tăng từ 68 mắt (85,0%) lên 73 mắt (91,2%), trong khi số mắt tăng nhãn áp giảm từ 12 mắt (15,0%) xuống 7 mắt (8,8%). Có 8 mắt chuyển từ tăng nhãn áp về bình thường, 3 mắt chuyển từ bình thường sang tăng nhãn áp và 4 mắt vẫn duy trì tình trạng tăng nhãn áp. Tuy nhiên, sự thay đổi tỷ lệ tăng nhãn áp trước và sau điều trị không có ý nghĩa thống kê (kiểm định McNemar, $p = 0,227$).

3.3.3. Sự thay đổi phân độ xuất huyết tiền phòng trước và sau điều trị



Hình 2. Phân độ xuất huyết tiền phòng trước và sau điều trị

Mức độ xuất huyết tiền phòng giảm rõ rệt so với trước điều trị. Trước điều trị, bệnh nhân chủ yếu xuất huyết tiền phòng độ III (36 mắt, 45,0%) và độ IV (24 mắt, 30,0%), trong khi chỉ có 3 mắt (3,8%) ở độ I và không có trường hợp nào hết máu tiền phòng. Sau điều trị, 43 mắt (53,8%) đã hết máu tiền phòng, 16 mắt (20,0%) còn độ I, 10 mắt (12,5%) còn độ II, 8 mắt (10,0%) còn độ III và chỉ còn 3 mắt (3,8%) ở độ IV. Kết quả cho thấy phần lớn bệnh nhân đã hấp thu hoàn toàn hoặc giảm đáng kể mức độ xuất huyết sau điều trị.

3.3.4. Kết quả hấp thu máu tiền phòng

Bảng 3.3. Kết quả hấp thu máu tiền phòng

Hấp thu máu tiền phòng	Số mắt	Tỉ lệ (%)
Hấp thu hoàn toàn	43	53,8
Hấp thu một phần	29	36,3
Không thay đổi	8	10,0
Tổng	80	100

Sau điều trị 43 mắt (53,8%) hấp thu hoàn toàn máu tiền phòng, chiếm tỉ lệ cao nhất. 29 mắt (36,3%) hấp thu máu một phần và 8 mắt (10,0%) không có sự thay đổi.

3.3.5. Biến chứng của xuất huyết tiền phòng sau điều trị

Bảng 3.4. Biến chứng của xuất huyết tiền phòng sau điều trị

Biến chứng	Số mắt	Tỉ lệ (%)
Tăng nhãn áp	7	8,8
Xuất huyết tái phát	6	7,5
Ngầm máu giác mạc	3	3,8

Trong các biến chứng của xuất huyết tiền phòng, tăng nhãn áp chiếm tỉ lệ cao nhất với 8,8% tiếp đến là xuất huyết tái phát 7,5%. Ngầm máu giác mạc gặp với tỉ lệ thấp nhất 3,8%.

IV. BÀN LUẬN

Xuất huyết tiền phòng thường gặp trong chấn thương đụng đập nhãn cầu, nhóm tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất từ 20-50 tuổi và 80% là nam giới. Trong đó nguyên nhân do tai nạn lao động và tai nạn giao thông chiếm tỉ lệ cao và ngang nhau là 22,7%. Điều này cho thấy xuất huyết tiền phòng do chấn thương chủ yếu gặp ở lứa tuổi lao động, là nhóm thường xuyên tham gia lao động sản xuất, tham gia giao thông nên có nguy cơ gặp chấn thương cao hơn các nhóm đối tượng khác. Phần lớn bệnh nhân đến viện trong khoảng thời gian trước 6 giờ (77,5%), điều này cho thấy người bệnh được tiếp cận điều trị tương đối sớm. Việc khám và điều trị sớm các tổn thương phối hợp mang lại kết quả tốt.[6]

Về đặc điểm lâm sàng, xuất huyết tiền phòng độ III chiếm tỷ lệ cao nhất (45,0%), tiếp theo là độ IV (30,0%), độ II (21,3%) và độ I (3,8%). Kết quả này khác với nghiên cứu của Walton và cộng sự, trong đó xuất huyết tiền phòng độ I chiếm ưu thế.

[3] Sự khác biệt có thể do Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp là bệnh viện tuyến cuối tại khu vực, chủ yếu tiếp nhận các trường hợp nặng hoặc đã được chuyển tuyến, làm tăng tỷ lệ xuất huyết tiền phòng độ III–IV. Máu loãng chiếm 77,5%, cao hơn máu đông (22,5%), phù hợp với cơ chế bệnh sinh của xuất huyết tiền phòng do chấn thương. Sự hiện diện của máu đông làm kéo dài thời gian hấp thu máu tiền phòng và tăng nguy cơ phải can thiệp phẫu thuật. Phù giác mạc là tổn thương phối hợp thường gặp nhất (66,3%), tiếp theo là giãn méo đồng tử (23,8%), xuất huyết dịch kính (21,3%) và đứt chân móng mắt (13,8%). Các tổn thương này phản ánh mức độ tổn thương nhãn cầu do chấn thương đung dập, nhấn mạnh sự cần thiết của việc khám toàn diện để phát hiện tổn thương phối hợp và lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp.

Sau điều trị, mức độ xuất huyết tiền phòng giảm rõ rệt, với 53,8% mắt hấp thu hoàn toàn máu tiền phòng và tỷ lệ xuất huyết độ III–IV giảm đáng kể. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Ashaye và cs, trong đó đa số trường hợp xuất huyết tiền phòng được hấp thu tốt sau điều trị bảo tồn.[7] Sự cải thiện có thể được giải thích bởi phần lớn bệnh nhân nhập viện sớm, được điều trị nội khoa phù hợp và quá trình tiêu máu tự nhiên trong tiền phòng. Những trường hợp còn xuất huyết mức độ nặng chủ yếu liên quan đến lượng máu ban đầu lớn hoặc xuất huyết tái phát. Cùng với sự hấp thu máu tiền phòng, thị lực sau điều trị được cải thiện với tỷ lệ mắt có thị lực khá và tốt tăng lên, trong khi tỷ lệ mù giảm đáng kể. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Kearns và cộng sự, cho thấy tiên lượng thị lực nhìn chung thuận lợi ở những trường hợp không có tổn thương phối hợp nặng.[6] Các trường hợp thị lực chưa hồi phục chủ yếu liên quan đến tổn thương phối hợp như đục thể thủy tinh, xuất huyết dịch kính, tổn thương võng mạc hoặc thần kinh thị giác. Nhấn áp có xu hướng cải thiện sau điều trị với tỷ lệ mắt có nhấn áp bình thường tăng và tỷ lệ tăng nhãn áp giảm, mặc dù sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê. Điều này có thể do máu trong tiền phòng được hấp thu, góp phần khôi phục lưu thông thủy dịch. Những trường hợp còn tăng nhãn áp sau điều trị nhiều khả năng liên quan đến tổn thương vùng bệ hoặc xuất huyết tiền phòng mức độ nặng. Mặc dù kết quả điều trị nhìn chung khả quan, chúng tôi vẫn ghi nhận một số biến chứng sau điều trị, chủ

yếu là tăng nhãn áp (8,8%), xuất huyết tái phát (7,5%) và ngấm máu giác mạc (3,8%). Kết quả này tương tự nghiên cứu của Liebman và cộng sự năm 2024, trong đó tăng nhãn áp và xuất huyết tái phát là hai biến chứng thường gặp của xuất huyết tiền phòng do chấn thương.[8] Tỷ lệ ngấm máu giác mạc thấp có thể liên quan đến việc phần lớn bệnh nhân được điều trị kịp thời, giúp máu tiền phòng hấp thu nhanh và hạn chế tình trạng tăng nhãn áp kéo dài.

V. KẾT LUẬN

Xuất huyết tiền phòng do chấn thương đung dập gặp chủ yếu ở nam giới trong độ tuổi lao động, nguyên nhân thường gặp là tai nạn lao động và tai nạn giao thông. Đa số bệnh nhân đến viện sớm, xuất huyết tiền phòng độ III–IV và thường kèm các tổn thương phối hợp của nhãn cầu. Điều trị ban đầu đạt kết quả khả quan với hơn một nửa số mắt hấp thu hoàn toàn máu tiền phòng, mức độ xuất huyết giảm rõ rệt, thị lực có xu hướng cải thiện và nhãn áp được kiểm soát ở đa số trường hợp. Các biến chứng sau điều trị gặp với tỷ lệ thấp, chủ yếu là tăng nhãn áp, xuất huyết tái phát và ngấm máu giác mạc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Papaconstantinou D, Georgalas I, Kourtis N, Karmiris E, Koutsandrea C, Ladas I, et al. Contemporary aspects in the prognosis of traumatic hyphemas. *Clin Ophthalmol*. 2009;3:287–290.
2. Layden WE. Traumatic glaucoma. *Trans Am Acad Ophthalmol Otolaryngol*. 1974;78(2):OP346-351.
3. Walton W, Von Hagen S, Grigorian R, Zarbin M. Management of traumatic hyphema. *Surv Ophthalmol*. 2002;47(4):297–334.
4. Rahmani B, Jahadi HR, Rajaeeard A. An analysis of risk for secondary hemorrhage in traumatic hyphema. *Ophthalmology*. 1999;106(2):380–385.
5. Edwards WC, Layden WE. Traumatic hyphema. A report of 184 consecutive cases. *Am J Ophthalmol*. 1973;75(1):110–116.
6. Kearns P. Traumatic hyphaema: a retrospective study of 314 cases. *Br J Ophthalmol*. 1991;75(3):137–141.
7. Ashaye AO. Traumatic Hyphema: A report of 472 consecutive cases. *BMC Ophthalmol*. 2008;8(1):24.
8. Liebman DL, Aboobakar IF. Traumatic Hyphema: Diagnostic and Management Considerations. *Int Ophthalmol Clin*. 2024;64(2):49–61.