



Suy thận cấp do Ciprofloxacin

Bác sĩ Nguyễn Thúy Nga
Trung tâm Y khoa Medic



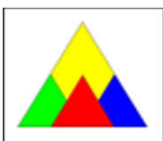
Bệnh án

- BN: V.T.V.A - Nữ – 16 tuổi
- Nghề nghiệp: Học sinh
- ĐC: Đồng Nai
- Đến Medic khám ngày 28/02/2023
- **Lý do khám:** Sốt, ớn lạnh, đau đầu, nôn ói, đau bụng hạ sườn phải N4
- **Tiền sử:** Bình thường.
- **Bệnh sử:** 3 ngày trước khi đến Medic, BN sốt, nôn ói ít, đau bụng vùng HSP, tiêu chảy 2 lần. Bệnh nhân được mẹ (dược sĩ) cho uống thuốc. Một ngày trước khi đến Medic khám, BN đã uống KS Ciprofloxacin 0,5g – 03V / ngày. Hôm sau BN thấy mệt, đau đầu, nhức tay, chân nên đến Medic khám.



- **Khám**

- HA: 114/68 cm Hg - Mạch: 86 lần/phút - Nhiệt độ: 37°C
 - Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt, than mệt, đau đầu và đau nhức tay, chân. Hiện tại tiểu bình thường, không còn tiêu chảy.
 - Niêm hồng, hai bên má có những chấm đỏ trên da .
 - Tim đều, phổi trong, bụng mềm, không báng, chân không phù.
 - Các cơ quan khác chưa phát hiện bất thường
-
- ==>TT lâm sàng: khởi bệnh 4 ngày, sốt, đau đầu, nhức mỏi, đau HSP, RL tiêu hóa
 - **Cận lâm sàng:** XN - ECG - SA bụng - Xquang phổi thẳng - CT bụng

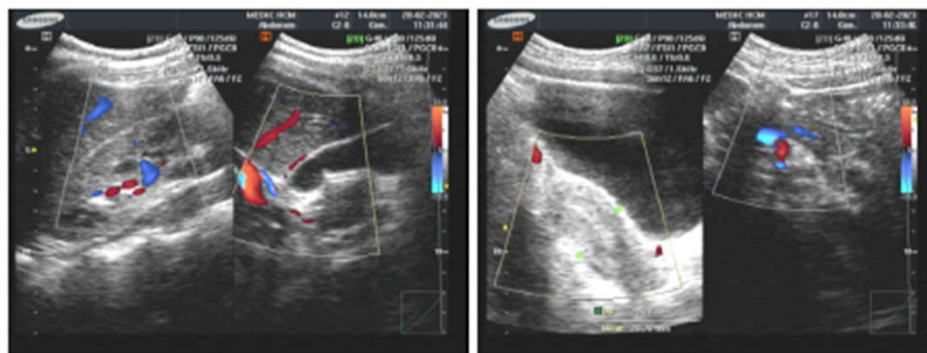


KẾT QUẢ SIÊU ÂM MÀU

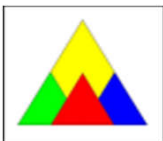
ID : 7255472 Ngày ĐK: 28/02/2023 09:52
Họ và tên : 17 tuổi Nữ
Địa chỉ : --
Lâm sàng : SỐT ,ỚN LẠNH, ĐAU ĐẦU , NÔN ỒI, ĐAU BỤNG HSP N4
BS chỉ định : BV chỉ định : MEDIC

VÙNG KHẢO SÁT : SIÊU ÂM BỤNG TỔNG QUÁT MÀU

- GAN: P=120mm, không to, bờ đều, cấu trúc đồng dạng, không sang thương khu trú.
- MẬT: túi mật không sỏi, vách mỏng. Đường mật trong gan không giãn. Ống mật chủ không sỏi, không giãn.
- TỤY: Cấu trúc, kích thước bình thường. LÁCH: không to, đồng dạng.
- THẬN P: không sỏi, không ú nước. THẬN T: không sỏi, không ú nước.
- BÀNG QUANG: không sỏi, không bướu, vách mỏng.
- TỬ CUNG : dAP=29mm, đồng dạng. HAI BUỒNG TRỨNG : không u.
- Động mạch chủ bụng không phình.
- Ascites (-). Không hạch ổ bụng. Không dày vách ruột.
- Không tràn dịch màng phổi.



KẾT LUẬN: SIÊU ÂM BỤNG CHƯA THẤY BẤT THƯỜNG



7255472

KẾT QUẢ X QUANG

QRCode kết quả

Họ và tên :
Địa chỉ :
BS chỉ định :

Tuổi : **17** Giới : **Nữ** Số KTC : **2**

ID: **7255472**
Số TT : **919**
Ngày ĐK : 28/02/2023
Giờ ĐK : 01:22 PM KQ : 01:37 PM

Lý do khám :

XQ Lồng Ngực Thẳng [In Giấy]

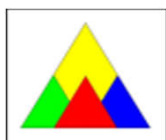
Thành ngực	: Không có ảnh bất thường
Màng phổi	: Không có ảnh bất thường
Trung thất	: Không có ảnh bất thường
Tim	: Không có ảnh bất thường
Động mạch chủ	: Không có ảnh bất thường
Huyết phế quản	: Không có ảnh bất thường
Phổi	: Không có ảnh bất thường
Cơ hoành	: Không có ảnh bất thường

Cảm nghĩ : **Không phát hiện bệnh lý trên phim XQ ngực (Normal chest film)**

Đề nghị :

Ngày 28 tháng 02 năm 2023





7255472

MEDIC CT SCAN REPORT

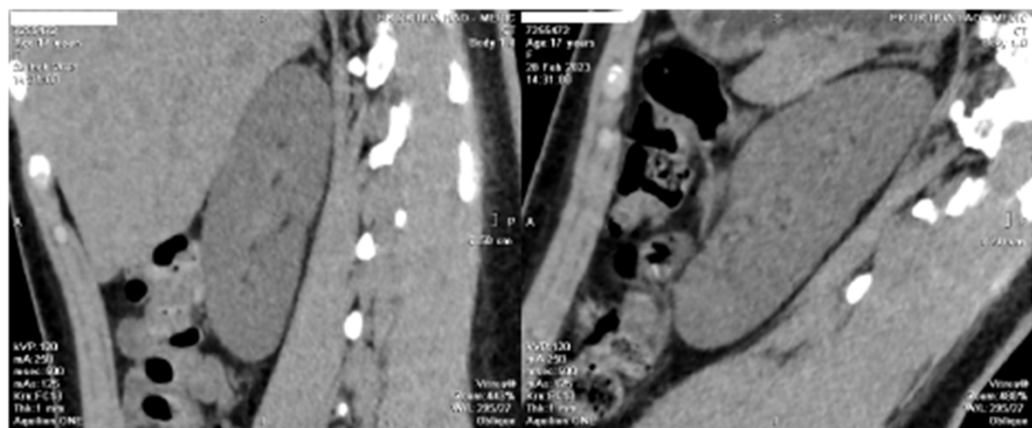
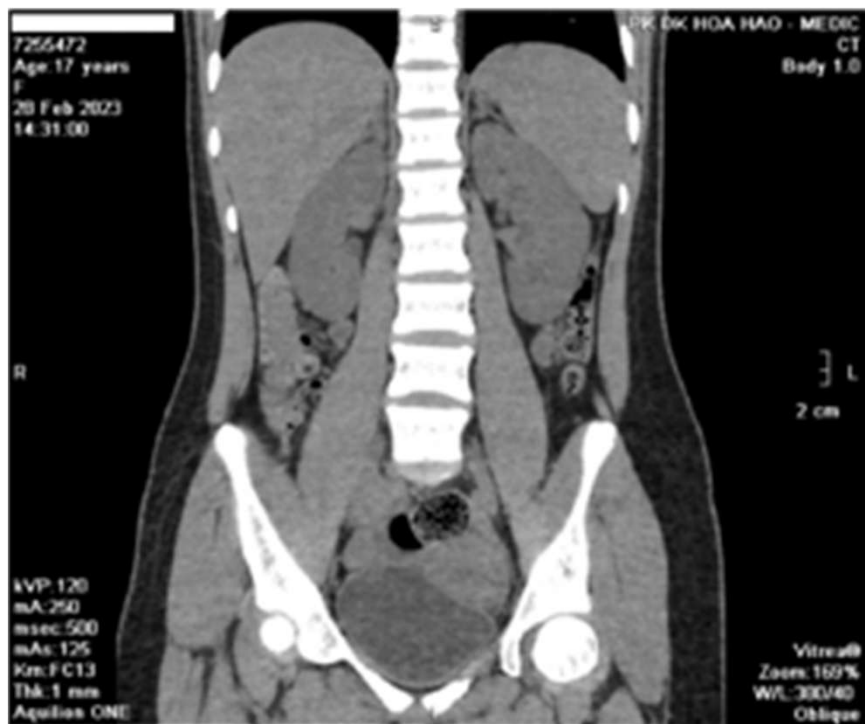
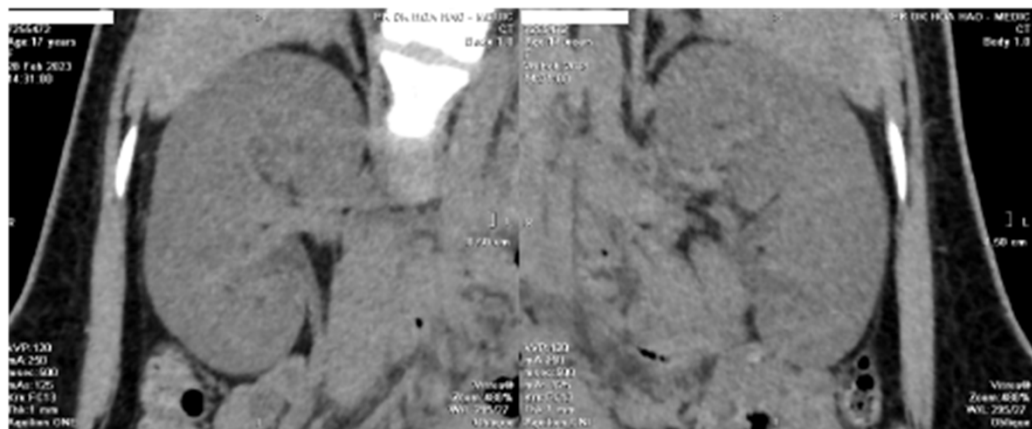
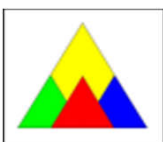
STT : 230228238 Ngày ĐK : 28/02/2023 14:19
Bệnh nhân : Tuổi : 17 Nữ
Địa chỉ : ii - ĐT :
Bác sĩ chỉ định :
Bệnh viện : MEDIC Khoa : PK
LÝ DO KHÁM : SỐT , ỚN LẠNH, ĐAU ĐẦU , NÔN ÓI, ĐAU BỤNG HSP N4
Máy : MSCT 640 _ 1
Vùng : CT VÙNG BỤNG Không tiêm tương phản
Kết quả : ** KỸ THUẬT:
Vùng bụng - chậu được khảo sát với các lát hình liên tục 2mm với máy MSCT Aquilion, không có tiêm thuốc cản quang.

**** KẾT QUẢ:**

Gan không to, bờ đều, nhu mô gan đồng nhất. Không thấy focal bất thường trong nhu mô gan.
Đường mật trong và ngoài gan không dẫn. Túi mật không to, vách mỏng, không sỏi cản quang.
Lách và tụy hình dạng kích thước bình thường.
Hai thận hình dạng kích thước bình thường, không sỏi cản quang, không ứ nước.
Bàng quang hình dạng kích thước bình thường, vách mỏng.
Phần phụ bình thường.
Không thấy dày bất thường rõ rệt thành ống tiêu hóa. Ruột thừa bình thường
Không thấy hạch trong vùng khảo sát.
Không thấy dịch tự do trong vùng khảo sát.

***** KẾT LUẬN:**

CHƯA PHÁT HIỆN HÌNH ẢNH BẤT THƯỜNG TRÊN CT BỤNG NÀY





LƯU Ý: KẾT QUẢ CHỈ ĐƯỢC HIỂN THỊ TRONG TRƯỜNG HỢP
Email: admin@medic-lab.com
www.medic-lab.com | www.medic-lab.com.vn

Ngày giờ nhận mẫu: 09:51:00 28/02/2023

PHIẾU KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM

(ĐIỀU TỶ LỆ: 001.E2.1 - Ngày áp dụng: 01/03/2016 - Phiên bản: 1.2)

Phái: Nữ

Quốc tịch:

ĐT:

Họ tên:

Ngày tháng năm sinh: 2006

Số CCCD/Hộ chiếu:

Địa chỉ:

Đơn vị: Medic

Nơi lấy mẫu:

Loại mẫu: Máu

BS yêu cầu:

Tình trạng mẫu: Đạt

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
I. HUYẾT HỌC / ĐÔNG MÁU - HEMATOLOGY / COAGULATION			
NFS(C.B.C)(CÔNG THỨC MÁU)¹			
WBC	10.87 H	(4.0 - 10.5)10 ⁹ /L	QTHH019
% Neu	81.5	(40 - 74 %)	
% Lym	8.7	(19 - 48 %)	
% Mono	8.3	(3 - 9 %)	
% Eos	0.7	(0 - 7 %)	
% Baso	0.0	(0 - 1.5 %)	
# Neu	8.86 H	(1.7 - 7.0) 10 ⁹ /L	
# Lym	0.94 L	(1.0 - 4.0) 10 ⁹ /L	
# Mono	0.91	(0.1 - 1.0) 10 ⁹ /L	
# Eos	0.07	(0 - 0.5) 10 ⁹ /L	
# Baso	0.00	(0 - 0.2) 10 ⁹ /L	
RBC	4.83	(3.80 - 5.60)10 ¹² /L	QTHH020
Hb	12.8	(12.0 - 18.0 g/dL)	QTHH025
Hct	38.1	(35 - 52 %)	
MCV	78.8 L	(80 - 97 fl.)	
MCH	26.5	(26 - 32 pg)	
MCHC	33.6	(31 - 36 g/dL)	
RDW	16.4 H	(11.0 - 15.7%)	
PLT	260	(150 - 400)10 ⁹ /L	QTHH021
MPV	8.1	(6.30 - 12.0 fl.)	



II. SINH HOÁ - BIOCHEMISTRY

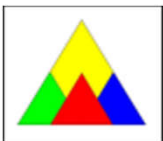
IONOGRAMME ² :	*		QTSH067
Na	142.0	(130 - 145 mmol/L)	
K	3.86	(3.40 - 5.1 mmol/L)	
Ca	2.24	(2.1 - 2.80 mmol/L)	
Cl	108.9 H	(96 - 108 mmol/L)	
GGT ¹	13.94	(M < 55 U/L; F < 36 U/L)	QTSH004
SGOT (AST) ¹	17.26	(< 35 U/L)	QTSH005
SGPT (ALT) ¹	16.05	(< 30 U/L)	QTSH013
hs CRP	13.71 H	(≤ 3 mg/L)	QTSH028
Độ Lọc Cầu Thận (CKD-EPI)	*		
Creatinin/Serum ²	<u>2.23 H</u>	(M: 0.6 - 1.3; F: 0.5 - 1.1 mg/dL)	QTSH027
eGFR (CKD-EPI)	<u>32 L</u>	(≥ 90 mL/min/1.73 m ²)	

III. MIỄN DỊCH - IMMUNOLOGY

Dengue NS1 Ag Strip	Âm tính	Âm tính	QTMD137
DengueFever-IgG	Âm tính	Âm tính	QTMD138
DengueFever-IgM	Âm tính	Âm tính	QTMD139

Thời gian duyệt: 10:48:04 28/02/2023

In lần 1: 10:48:07 28/02/2023



Tel: 024.0074.024 (Ext:134) - Fax: 024.3074.1124
 Email: admin@ao-medicalab.com
 www.ao-medicalab.com / www.ao-medicalab.vn

Ngày giờ nhận mẫu: 11:17:00 01/03/2023

PHIẾU KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM

[ĐH.TTKN.XV.02.1 - Ngày áp dụng: 01/03/2016 - Phiên bản: 1.2]

Họ tên:
 Ngày tháng năm sinh: 2006
 Số CCCD/Hộ chiếu:
 Địa chỉ:
 Đơn vị: Medtc
 Nơi lấy mẫu:
 Loại mẫu: N.Tiểu

Phái: Nữ
 Quốc tịch:
 ĐT: 0777112279

BS yêu cầu:
 Tình trạng mẫu: Đạt

TÊN XÉT NGHIỆM KẾT QUẢ KHOẢNG THAM CHIẾU
I. VI SINH/NƯỚC TIỂU/PHÂN/ĐÀM/DỊCH -
MICROBIOLOGY/URINE/STOOL/SPUTUM/FLUID ANALYSIS

URINARY ANALYSIS:

1)Chemistry (Sinh Hóa) :

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU
Glucose	NEG	(mmol/L)
Bilirubin	NEG	(µmol/L)
Ketone	NEG	(mmol/L)
Spe-Gravity	1.007	(1.005-1.030)
Blood	NEG	(Negative)
pH	7.0	(4.6-8.0)
Protein	NEG	(g/L)
Urobilinogen	NEG	(µmol/L)
Nitrite	NEG	(Negative)
Leucocytes	NEG	(Negative)
Color	Yellow	
Clarity	Clear	

2)Urine Sediment (Cặn Lắng):

Loại tế bào	Số lượng	Đơn vị
Red Blood Cells	6	(particles/µL)
Leucocytes	5	(0 - 15)
Calcium oxalate monohydrate	0	(0 - 6)
Calcium oxalate dihydrate	0	(0 - 6)
Amor.Phosphate	0	(0 - 6)
Uric acid	0	(0 - 6)
Casts	0	(0 - 6)
Epithelial Cells	5	(0 - 10)
Bacteria	4	(0 - 130)

II. SINH HOÁ - BIOCHEMISTRY

MICRO.ALB/Urine (Quantitative):

Micro Albumine	86.99 H	(<20 mg/l)
Creatinin/Urine	0.464	(0.4 - 1.2 g/l)
Micro Albumine/CRE	187.5 H	(< 30 mg/g)

QTSH099

Thời gian duyệt: 11:46:53 01/03/2023

In lần 1: 11:46:55 01/03/2023



Tóm tắt bệnh án

- BN nữ, 16 tuổi
- Đau bụng, nôn ói, đau đầu, tiêu tiểu bình thường, không phù. Uống 03V Ciprofloxacin.
- Tiền sử không ghi nhận bệnh lý
- XN: HC, TC bình thường, BC tăng không đáng kể
 - hsCRP tăng (13.7 mg/L)
 - Ion đồ bình thường
 - HTCĐ Dengue (-)
 - Creatinin/Serum tăng (2.23 mg/dL)
 - eGFR giảm (32 mL/min/1.73m²)
 - TPTNT: bình thường
 - Mirco Albumin/NT: tăng (86.99 mg/L)
 - Creatinin/NT: bình thường
 - Mirco Albumin/CRE: tăng (187.5 mg/g)

Chẩn đoán sơ bộ

Suy thận cấp nghi do Ciprofloxacin

CĐPB : Suy thận cấp / lupus



HAO MEDIC-LAB
 15189:20
 Email: info@hao-med-lab.com
 www.hao-med-lab.com www.hao-med-lab.vn

Ngày giờ nhận mẫu: 14:20:00 01/03/2023

PHIẾU KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM

(BHLTYKXN.02.1 - Ngày áp dụng: 01/03/2016 - Phiên bản: 1.2)

Họ tên:
 Ngày tháng năm sinh: 2006
 Số CCCD/Hộ chiếu:
 Địa chỉ:
 Đơn vị: Medite
 Nơi lấy mẫu:
 Loại mẫu: Máu

Phái: Nữ
 Quốc tịch:
 ĐT:

BS yêu cầu:
 Tình trạng mẫu: Đạt

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
I. SINH HOÁ - BIOCHEMISTRY			

C3	109.6	(80 - 170 mg/dL)	QTSH065
C4	24.31	(15 - 45 mg/dL)	QTSH066

II. XÉT NGHIỆM MIỄN DỊCH ELISA - ELISA TEST

Anti-dsDNA (Elisa) NEG 9.08 U/ml (< 25 U/mL)

III. SINH HỌC PHÂN TỬ - MOLECULAR BIOLOGY

*ANA Profile 23 IgG Xem biểu đồ đính kèm

dsDNA	0
Nucleosomes	0
Histones	3
SS-A	1
Ro-52	2
SS-B	1
RNP/Sm	0
Sm	1
Mi-2alpha	6
Mi-2beta	6

Ku	6
Centromere A	3
Centromere B	2
Sp100	2
PML	3
Scl-70	1
PM-Scl100	1
PM-Scl75	11
RP11	3
RP155	2
gp210	5
PCNA	0
DFS70	5
Diễn giải kết quả:	(Kết quả)/ Cường độ
Âm tính (Negative)	(-)/ 0-5
Nguỡng (Borderline)	(±)/ 6-10
Dương tính (Positive)	(+,++)/ 11-25,26-50
Dương tính mạnh (Strong Positive)	(+++)/ >50
ANA (IFT) ²	Positive at titer 1:80 (Negative)

Số trang: 1/2

Thời gian duyệt: 09:50:03 06/03/2023

In lần 3: 11:21:39 06/03/2023



Bàn luận

1. Tình trạng suy thận cấp
2. Nguyên nhân gây suy thận cấp



Nhắc lại

- I. **Suy thận cấp** (tổn thương thận cấp-AKI) là sự suy giảm nhanh chức năng thận trong vài giờ đến vài tuần, gây ra sự tích tụ các sản phẩm Nitơ trong máu (Azotemia), có hoặc không có giảm số lượng nước tiểu. Bệnh có thể xảy ra ở người trước đó có chức năng thận bình thường hoặc có bệnh thận mạn.
- II. **Các nguyên nhân chính gây suy thận cấp** gồm :
 - **Nguyên nhân trước thận** : do giảm tưới máu thận (tiêu chảy, nhiễm khuẩn huyết, suy tim, xơ gan mất bù...)
 - **Nguyên nhân tại thận** : gồm các tổn thương tại thận và các bệnh lý liên quan đến thận (lupus, hoại tử ống thận cấp, viêm cầu thận cấp, các chất độc thận: kháng sinh, thuốc giảm đau, thuốc cản quang chứa Iode....Viêm thận mô kẽ thường liên quan đến hiện tượng miễn dịch hoặc dị ứng.)
 - **Nguyên nhân sau thận** (bệnh thận tắc nghẽn) : do các nguyên nhân gây tắc nghẽn đường niệu (sỏi, u bướu...)



III. **Chẩn đoán:** dựa trên các xét nghiệm cận lâm sàng về chức năng thận (XN máu và nước tiểu)

- Thăm khám lâm sàng, xem xét các loại thuốc BN đã sử dụng và tiền sử dùng thuốc cản quang chứa iod đường tĩnh mạch.
- XN máu: Creatinine huyết thanh, BUN, CTM, ion đồ (bao gồm canxi, phospho)
- Các chỉ số đánh giá nước tiểu, cận nước tiểu, protein niệu.
- Chẩn đoán hình ảnh (SA thận, CT, MRI) và các XN khác (đôi khi cần sinh thiết thận) để chẩn đoán nguyên nhân.

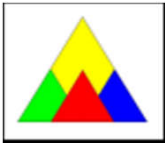
=>Tổn thương thận cấp cần được nghĩ đến nếu **số lượng nước tiểu giảm** hoặc **tăng urê máu và creatinine huyết thanh.**

=>Theo KDIGO Clinical Practice Guideline for Acute Kidney Injury, tổn thương thận cấp được chẩn đoán khi có bất kỳ dấu hiệu nào sau đây:

*Tăng creatinine huyết thanh $\geq 0,3$ mg/dL (26,52 micromol/L) trong 48 giờ

*Tăng creatinine huyết thanh $\geq 1,5$ lần so với lần khám ban đầu trong 7 ngày trước đó.

*Thể tích nước tiểu $< 0,5$ mL/kg/giờ trong 6 giờ .



- Cần chẩn đoán xác định và phân loại tổn thương thận cấp, kết hợp tìm nguyên nhân.

Các tiêu chuẩn phân giai đoạn tổn thương thận cấp (KDIGO 2012)*



Giai đoạn	Đánh giá tổn thương thận cấp (bất kỳ dấu hiệu nào bên dưới ở mỗi giai đoạn)		
	Tăng creatinine huyết thanh	Giảm số lượng nước tiểu	Liệu pháp thay thế thận suy
1	$\geq 0,3$ mg/dL (26,52 micromol/L) hoặc 1,5-1,9 lần so với giá trị nền	$< 0,5$ mL/kg/h trong 6-12 giờ	Không chỉ định
2	2 -2,9 lần giá trị ở lần khám ban đầu	$< 0,5$ mL/kg/giờ trong ≥ 12 giờ	Không chỉ định
3	$\geq 4,0$ mg/dL (353,60 micromol/L) or ≥ 3 lần giá trị ở lần khám ban đầu	$< 0,3$ mL/kg/giờ trong ≥ 24 giờ hoặc vô niệu trong ≥ 12 giờ	Chỉ định



IV. Điều trị:

- Điều trị nguyên nhân gây bệnh, kết hợp điều chỉnh cân bằng nước, điện giải. Đôi lúc cần lọc máu.
- Phát hiện và điều trị sớm làm tăng cơ hội hồi phục tổn thương thận.



Ciprofloxacin, a quinolone, is widely used in clinical practice. The most common adverse effects are gastrointestinal disorders (nausea and vomiting) and central nervous system abnormalities.^{1,2} **Renal failure (RF) secondary to this drug is a rare adverse effect (<1/10,000 to <1/1000).**³ Several cases have been reported in the literature on **RF due to interstitial nephritis (IN)**^{4,5} **as well as crystal precipitation in the kidney tubules.**⁶⁻¹¹ We present the case of a patient with **RF without oliguria or evidence of rhabdomyolysis attributed to ciprofloxacin.**

Community-acquired acute RF is due to **prerenal causes in 70%** of cases and **obstructive causes in 17%** of cases.^{12,13} The most common causes of acute RF are **kidney hypoperfusion** and **toxins such as antibiotics and iodinated contrasts.**

Ciprofloxacin can be a cause of acute RF. In a review of the literature with a PubMed, we found 33 references, the earliest from 1987. **It has been reported both in patients with a drug overdose¹⁴ and in patients using regular therapeutic doses.** IN is usually due to drugs such as antibiotics and non-steroidal anti-inflammatory drugs, and is characterized by **skin rash, eosinophilia and eosinophiluria**; these findings are **inconsistent**, but if they are present, they aid in diagnosis. Histological confirmation by renal biopsy shows an **interstitial inflammatory infiltrate** believed to be due to an **immunoallergic process rather than a toxic effect.**

Another less common cause of RF due to ciprofloxacin is crystal nephropathy. It presents with RF with elevated levels of creatinine and urea, with **neither oliguria nor laboratory signs of rhabdomyolysis.** The presence of acidified urine (pH < 6) in affected patients has been reported. Crystals can be visualized in both histology and urine sediment. The treatment used to reverse this condition is suspension of the drug and initiation of conservative treatment with serum therapy; in most cases, this achieves resolution and a return to baseline laboratory values between the first and the second week.



The condition could not be confirmed by histology, nor could crystals be seen in sediment; however, **the patient's urinary alkalosis** and his laboratory and clinical course were consistent with the few cases in the literature of **RF secondary to ciprofloxacin crystal precipitation**.

.....The fluoroquinolones represent a new class of antimicrobial agents with a broad spectrum of activity. We report three cases of acute renal failure following ciprofloxacin in patients **without a previous history of renal insufficiency**. The length of antecedent ciprofloxacin therapy ranged from **several days to several weeks**. Other causes of acute renal failure and postobstructive uropathy were excluded. **Kidney size was normal-to-increased**. Gallium scans were positive in one of two patients studied. **Peripheral eosinophilia developed in one case, suggesting an acute hypersensitivity reaction to the drug**. The acute renal failure in all cases was **non-oliguric and was completely reversed after discontinuation of ciprofloxacin**.

...All patients developed ARF after 12–36 h of ingestion. Renal ultrasound was normal in all cases. **Twenty-four-hour proteinuria was present but not significant** in one case, while **microscopic hematuria was present** in one case. Treatment consisted of supportive therapy and extrarenal purification by conventional intermittent hemodialysis. Four patients recovered normal renal function within 3 weeks and the remaining patient eventually had chronic kidney failure.



Chẩn đoán xác định

- Suy thận cấp do Ciprofloxacin

Xử trí

- Ngưng Ciprofloxacin
- Uống nhiều nước
- Theo dõi số lượng nước tiểu hằng ngày



Diễn tiến bệnh

Ngày giờ nhận mẫu: 14:10:00 30/03/2023
PHIẾU KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM
(BILTTAN.XN.02.1 - Ngày áp dụng: 31/03/2016 - Phiên bản: 1.2)

Họ tên:
Ngày tháng năm sinh: 2006
Số CCCD/Hộ chiếu:
Địa chỉ:
Đơn vị: Medic
Nơi lấy mẫu:
Loại mẫu: Máu/N.Tiểu

Phái: Nữ
Quốc tịch:
ĐT:

BS yêu cầu:
Tình trạng mẫu: Đạt

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
I. VI SINH/NƯỚC TIỂU/PHÂN/ĐÀM/DỊCH -			
MICROBIOLOGY/URINE/STOOL/SPUTUM/FLUID ANALYSIS			
URINARY ANALYSIS: *			
1) Chemistry (Sinh Hóa) :			
Glucose	NEG	(mmol/L)	
Bilirubin	NEG	($\mu\text{mol/L}$)	
Ketone	NEG	(mmol/L)	
Spe-Gravity	1.005	(1.005-1.030)	
Blood	NEG	(Negative)	
pH	7.0	(4.6-8.0)	
Protein	NEG	(g/L)	

QTVS044

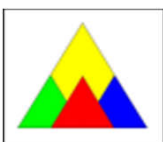
Urobilinogen	NEG	($\mu\text{mol/L}$)
Nitrite	NEG	(Negative)
Leucocytes	NEG	(Negative)
Color	Yellow	
Clarity	Clear	
2) Urine Sediment (Cặn Lắng):		
Red Blood Cells	0	(0 - 15)
Leucocytes	0	(0 - 15)
Calcium oxalate monohydrate	0	(0 - 6)
Calcium oxalate dihydrate	0	(0 - 6)
Amor.Phosphate	0	(0 - 6)
Uric acid	0	(0 - 6)
Casts	0	(0 - 6)
Epithelial Cells	1	(0 - 10)
Bacteria	0	(0 - 130)

II. SINH HOÁ - BIOCHEMISTRY

Độ Lọc Cầu Thận (CKD-EPI)	*		
Creatinin/Serum ²	0.746	(M: 0.6 - 1.3; F: 0.5 - 1.1 mg/dL)	QTS027
eGFR (CKD-EPI)	120	($\geq 90 \text{ mL/min/1.73 m}^2$)	

Thời gian duyệt: 14:33:40 30/03/2023

In lần 1: 14:35:51 30/03/2023



TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
I. SINH HOÁ - BIOCHEMISTRY			
MICRO.ALB/Urine (Quantitative):	*		QTSH099
Micro Albumine	<u>0.500</u>	(<20 mg/L)	
	.	(<30 mg/24h)	
Creatinin/Urine	<u>0.143 L</u>	(0.4 - 1.2 g/L)	
	.	(1.0 - 1.8 g/24h)	
Micro Albumine/CRE	<u>3.50</u>	(< 30 mg/g)	
II. MIỄN DỊCH - IMMUNOLOGY			
AntiCCP (Abbott)	<0.500	(< 5.0 U/mL)	QTMD126
III. XÉT NGHIỆM MIỄN DỊCH ELISA - ELISA TEST			
<u>Anti-dsDNA (Elisa)</u>	<u>NEG 12.50 U/ml</u>	(< 25 U/mL)	
IV. SINH HỌC PHÂN TỬ - MOLECULAR BIOLOGY			
ANA (IFT) ²	Positive at titer 1:80	(Negative)	
	Pattern: Nucleolar		
Thời gian duyệt: 14:03:02 31/03/2023		In lần 2: 14:03:05 31/03/2023	



Kết luận

- Nhận diện sớm nguyên nhân gây suy thận cấp, để có thái độ xử trí thích hợp.
- Khám lâm sàng cẩn thận, chú ý tiền sử dùng thuốc, kể cả thuốc cản quang chứa iode đường tĩnh mạch.
- Chẩn đoán xác định dựa trên các XN cận lâm sàng về chức năng thận (máu + nước tiểu).



Tài liệu tham khảo

- <https://www.elsevier.es/en-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-english-428-articulo-ciprofloxacina-causa-aguda-renal-S2529993X20301301>
- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2670382/>
- <https://link.springer.com/article/10.1007/s40800-018-0073-4>
- <https://www.msmanuals.com/vi-vn/chuy%C3%AAn-gia/r%E1%BB%91i-lo%E1%BA%A1n-di-truy%E1%BB%81n/t%E1%BB%95n-th%C6%B0%C6%A1ng-th%E1%BA%ADn-c%E1%BA%A5p/t%E1%BB%95n-th%C6%B0%C6%A1ng-th%E1%BA%ADn-c%E1%BA%A5p-aki>
- <https://bvdaihocoso2.com.vn/uploads/bai-viet/hoat-dong/tra-cuu-thong-tin-thuoc/038ciprofloxacina.pdf>



Thank You