

ÁP XE THẬN TRÊN NGƯỜI BỆNH KHÔNG CÓ YẾU TỐ NGUY CƠ - ĐIỀU TRỊ KHÁNG SINH THEO KINH NGHIỆM: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Phạm Thị Ngọc Bích^{1,2,✉}, Hạ Hồng Cường², Lê Ngọc Hà^{1,2}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Áp xe thận là một biến chứng hiếm gặp của viêm thận bể thận thường liên quan đến nhiễm trùng đường tiểu tái phát, bất thường giải phẫu, tắc nghẽn đường tiểu hay suy giảm miễn dịch. Vi khuẩn phổ biến thường gặp nhất gây ra áp xe thận là *E. coli*, *Proteus* và *S. aureus*. Các báo cáo về áp xe thận kích thước nhỏ ($\leq 3\text{cm}$) đã được điều trị hiệu quả bằng một liệu trình kháng sinh đường tĩnh mạch đã được công bố, tuy nhiên hiệu quả của phương pháp điều trị bảo tồn với các áp xe thận kích thước trung bình ($3 - 5\text{cm}$) vẫn còn chưa thống nhất trong các nghiên cứu. Ca lâm sàng bệnh nhân nữ 41 tuổi, vào viện vì sốt cao, rét run và đau hông lưng trái ngày thứ 3, khám có vỗ rung hông lưng trái đau nhiều, chụp cắt lớp vi tính ổ bụng thấy 2 ổ áp xe thận trái và được chẩn đoán áp xe thận trái, bệnh nhân đã được dùng kháng sinh ban đầu theo kinh nghiệm bằng Cefepim và Vancomycin, cắt sốt sau 2 ngày, ra viện sau 14 ngày. Chúng tôi báo cáo ca lâm sàng này nhằm mục tiêu cung cấp chẩn đoán và điều trị theo kinh nghiệm ở những bệnh nhân áp xe thận không có các yếu tố nguy cơ gây áp xe thận.

Từ khóa: Áp xe thận, áp xe quanh thận, điều trị bảo tồn, điều trị theo kinh nghiệm.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Áp xe thận được đặc trưng bởi tình trạng viêm mủ khu trú trong nhu mô thận, thường kèm theo hoại tử nhu mô thận. Đây là một tình trạng tương đối hiếm gặp ($< 1\%$ các áp xe ổ bụng), với các biểu hiện lâm sàng khó nhận biết và không đặc hiệu.¹ Áp xe thận thứ phát do lây truyền qua đường máu từ một cơ quan khác hoặc do lan truyền trực tiếp từ nhiễm trùng ngược dòng. Áp xe quanh thận thường phát sinh từ vỡ áp xe thận vào khoang quanh thận. Hai yếu tố nguy cơ hàng đầu gây áp xe thận là sỏi tiết niệu (48%) và đái tháo đường 43,5 - 47%.² Ngoài ra, các bất thường giải phẫu của hệ tiết niệu - sinh dục (hẹp khúc nối bể thận-niệu quản, hẹp niệu quản sát bàng quang, trào

ngược bàng quang niệu quản, túi thừa đài bể thận); các bệnh lý đi kèm khác (bệnh đa nang thận, tắc nghẽn đường ra bàng quang); tình trạng ức chế miễn dịch (bệnh ác tính, ghép tạng hoặc sử dụng corticosteroid dài hạn); mang thai có thể làm áp xe thận dễ hình thành.^{1,2} Hầu hết các trường hợp được báo cáo trong y văn là ở trẻ em hoặc người lớn trên 60 tuổi. Để ngăn ngừa các biến chứng và giảm tỷ lệ tử vong, điều quan trọng là phải chẩn đoán sớm áp xe thận, tuy nhiên đây là một thách thức trong chẩn đoán đối với các bác sĩ lâm sàng. Việc chậm trễ trong chẩn đoán có thể làm tăng tỷ lệ mắc bệnh và tử vong. Với sự hỗ trợ của chụp cắt lớp vi tính (CT) và chụp cộng hưởng từ (MRI) trong chẩn đoán áp xe thận, tỷ lệ tử vong đã giảm xuống còn 12%.³ Phương pháp điều trị chính cho áp xe thận hoặc quanh thận là điều trị xâm lấn tối thiểu để bảo tồn chức năng thận bao gồm dẫn lưu và chế độ kháng sinh tối ưu.

Tác giả liên hệ: Phạm Thị Ngọc Bích

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: ngocbichyhg@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 24/07/2025

Ngày được chấp nhận: 10/09/2025

Mặc dù áp xe thận thường gặp ở những bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ như liệt kê ở trên, nhưng cũng có thể xảy ra ở một người trưởng thành khỏe mạnh, có hệ miễn dịch bình thường. Chúng tôi báo cáo ca lâm sàng này nhằm mục tiêu nhấn mạnh tầm quan trọng của việc nghi ngờ lâm sàng ngay cả trong những tình huống không điển hình, cung cấp kinh nghiệm chẩn đoán và điều trị theo kinh nghiệm ở những người bệnh áp xe thận không có các yếu tố nguy cơ gây áp xe thận.

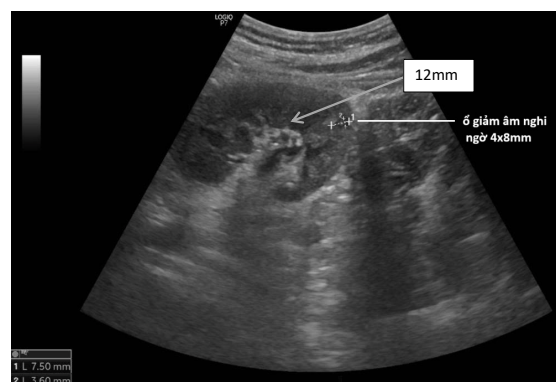
II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Báo cáo 1 ca lâm sàng

Người bệnh nữ 41 tuổi, vào viện vì triệu chứng sốt và đau hông lưng trái ngày thứ 3, chưa điều trị gì trước khi nhập viện. Người bệnh không có tiền sử nhiễm trùng đường tiết niệu trước đây, trong vòng 1 tháng trước nhập viện không sử dụng kháng sinh. Người bệnh không mang thai, không ghi nhận tình trạng suy giảm miễn dịch hoặc sử dụng thuốc hay chế phẩm có khả năng gây suy giảm miễn dịch. Người bệnh phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn của chúng tôi: Bệnh nhân không có yếu tố nguy cơ điển hình như tắc nghẽn, sỏi, đài tháo đường, suy giảm miễn dịch... Biểu hiện lâm sàng chỉ có tình trạng đau nhẹ vùng hông lưng trái và nhiệt độ cao nhất trong ngày là 39°C, sốt liên tục có rét run, vã rung hông lưng trái đau nhiều. Các cơ quan khác không phát hiện bất thường. Kết quả xét nghiệm cho thấy tình trạng viêm tăng (CRP 10,26 mg/L,

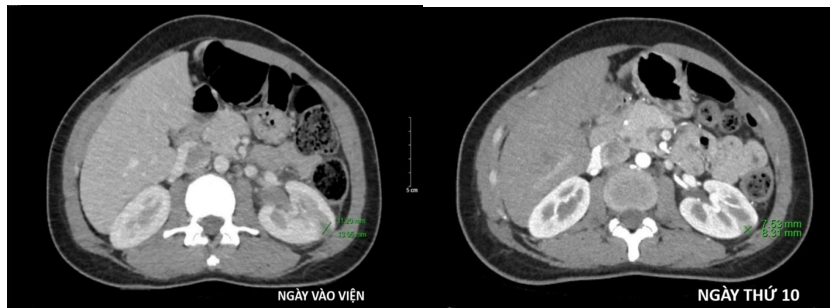
bạch cầu $9,87 \times 10^9$ G/l với bạch cầu trung tính chiếm 70,3%); tổng phân tích nước tiểu có bạch cầu niệu 500 Leu/ μ L và Nitrit dương tính. Người bệnh được cấy máu (lấy 20ml máu tĩnh mạch ở 2 cánh tay) và cấy nước tiểu (lấy nước tiểu giữa dòng) khi đang sốt cao > 38°C và trước khi sử dụng liệu kháng sinh đầu tiên.

Kết quả siêu âm ổ bụng lúc nhập viện: thận trái nhu mô 1/3 giữa và 1/3 dưới không đều, nhu mô 1/3 dưới có ổ giảm âm hình chêm kích thước 8x4mm kéo dài đến bao thận tương ứng. Đài bể thận dày thành kèm giãn nhẹ, không có sỏi. Thâm nhiễm quanh thận trái.



Hình 1. Hình ảnh siêu âm thận trái của bệnh nhân

Chụp cắt lớp vi tính hệ tiết niệu có tiêm thuốc cản quang lúc nhập viện: nhu mô 1/3 giữa và dưới thận trái có 02 ổ giảm tỷ trọng kích thước 11x13mm và 9x7mm không ngấm thuốc, gợi ý ổ áp xe, không thâm nhiễm mỡ xung quanh.



Hình 2. Hình ảnh phim chụp CT - Scanner hệ tiết niệu của bệnh nhân thời điểm nhập viện và ngày thứ 10

Người bệnh được chẩn đoán áp xe thận trái với tiêu chuẩn chẩn đoán: dựa vào cắt lớp vi tính hệ tiết niệu có tiêm thuốc cản quang, biểu hiện tổn thương giảm tỷ trọng không ngấm thuốc +

dấu hiệu viêm xung quanh. Người bệnh nhanh chóng được dùng kháng sinh tĩnh mạch ban đầu theo kinh nghiệm bằng Cefepim 2 g/24h kết hợp Vancomycin 1 g/24h liều bolus 1,5g.

Bảng 1. Tóm tắt diễn biến lâm sàng và cận lâm sàng

STT	Thông số	Giá trị lúc nhập viện	Giá trị ngày thứ 10
1	Sốt (°C)	39°C	36,8°C
2	CRP (mg/L)	10,26	0,27
3	WBC ($\times 10^9/L$)	9,87	6,35
4	CT scanner	Hai tổn thương 11x13mm và 9x7mm	Hai tổn thương còn sót lại 7x8 và 3x2mm

Chúng tôi đánh giá kết quả đáp ứng tốt với điều trị dựa trên: hết sốt, giảm CRP, ổ áp xe thu nhỏ dần qua chụp lại CT-Scanner, không cần can thiệp dẫn lưu. Theo các tiêu chuẩn này, người bệnh đáp ứng tốt với phác đồ điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm, sau 2 ngày điều trị người bệnh hết sốt, xét nghiệm CRP giảm còn 4,7 mg/L. Kết quả nuôi cấy nước tiểu và cấy máu âm tính (được trả sau 5 ngày từ lúc lấy bệnh phẩm). Sau 10 ngày điều trị kháng sinh, xét nghiệm CRP về bình thường, chụp lại CT ổ bụng còn hình ảnh ổ ngấm thuốc kém nhu mô kích thước lớn nhất 7x8 mm kèm dày thành bể thận niệu quản trái. Bệnh nhân được xuất viện sau 14 ngày điều trị, được kê đơn ngoại trú cefixim 400mg/24h trong vòng 2 tuần tiếp

theo. Sau 2 tuần tái khám bệnh nhân toàn trạng khỏe mạnh, hết sốt sau khi ra viện, đi lại vận động không đau bụng, siêu âm ổ bụng không còn hình ảnh ổ áp xe thận

III. BÀN LUẬN

Khi đứng trước một bệnh nhân có hội chứng nhiễm trùng, cần khai thác rất kỹ bệnh sử diễn biến các triệu chứng lâm sàng, về tiền sử các bệnh lý toàn thân và liên quan, khám lâm sàng toàn diện các hệ cơ quan để phát hiện vị trí nghi ngờ: nội soi tai mũi họng, nghe tim - phổi, khám bụng, khám phụ-nam khoa, khám cơ-xương-khớp, khám các dấu hiệu thần kinh khu trú. Bên cạnh đó, cần thực hiện các xét nghiệm cận lâm sàng cơ bản và chuyên sâu ứng với

vị trí nghi ngờ nhiễm khuẩn. Ở bệnh nhân này, tiền sử không phát hiện ra yếu tố nguy cơ của áp xe thận, chỉ có một dấu hiệu lâm sàng có giá trị là võ rung hông lưng trái đau nhiều, và khi chụp cắt lớp vi tính hệ tiết niệu phát hiện ổ áp xe thận trái, trong khi các cơ quan khác và các xét nghiệm khác không phát hiện bất thường.

Các tác nhân gây bệnh phổ biến nhất bao gồm *E. coli* và *Klebsiella pneumoniae*, thường gây nhiễm trùng tăng dần, và tụ cầu vàng, thường liên quan đến áp xe vỏ thận và lan truyền qua đường máu.¹ Áp-xe thận do nguyên nhân đa vi khuẩn ngày càng được quan sát thấy thường xuyên, tỷ lệ mắc dao động từ 19,2% đến 33,3%.^{4,5} Vi khuẩn thường đi qua đường máu nhất là *Staphylococcus aureus* từ một tổn thương ở da, viêm xương tủy và nhiễm trùng nội mạc mạch máu.⁶

Bệnh nhân áp xe thận thường có kết quả nuôi cấy máu dương tính trong 40% đến 60% các trường hợp. Trong các trường hợp lây lan qua đường máu, nuôi cấy máu có thể có kết quả dương tính ngay cả khi nuôi cấy nước tiểu vô trùng. Ngược lại, nuôi cấy nước tiểu có thể có kết quả âm tính, đặc biệt là khi áp xe là kết quả của sự phát tán qua đường máu chứ không phải do nhiễm khuẩn niệu ngược dòng. Điều đó cho thấy việc cần thiết phải thực hiện cả cấy máu và nước tiểu trên người bệnh nghi ngờ áp xe thận.¹ Theo Chun Yu-Chen, *E. coli* không chỉ là vi sinh vật nuôi cấy hàng đầu của áp xe thận, mà còn là tác nhân gây bệnh phổ biến nhất được phân lập từ nước tiểu.⁷ Tuy nhiên, tất cả các mẫu nuôi cấy máu đều âm tính trong nghiên cứu của ông. Những kết quả này có thể chỉ ra rằng nhiễm trùng ngược dòng từ đường tiết niệu có thể đóng vai trò quan trọng hơn sự lây lan theo đường máu trong sự phát triển của áp xe thận ở trẻ em.⁷

Để tăng xác suất phân lập được vi khuẩn từ cấy máu, một số lưu ý cần thiết khi lấy bệnh phẩm nuôi cấy được nhiều tác giả khuyến cáo

như lấy mẫu trước khi sử dụng kháng sinh, tối thiểu 2 bộ nuôi cấy (mỗi bộ từ 20 - 30ml máu) từ các vị trí khác nhau, vô trùng nghiêm ngặt.⁸ Bệnh nhân của chúng tôi có kết quả nuôi cấy máu âm tính sau 5 ngày, có thể do chỉ lấy 1 bộ bệnh phẩm nuôi cấy máu, gồm hai ống máu 10ml ở vị trí hai tay, từ đó làm giảm độ nhạy của nuôi cấy máu. Đối với nuôi cấy nước tiểu, một số khuyến cáo được đề cập giúp tăng xác suất phân lập được vi khuẩn như lấy trước khi sử dụng kháng sinh, ưu tiên buổi sáng, lấy 10 - 20ml nước tiểu giữa dòng với lọ đựng vô khuẩn, vận chuyển trong 2h.⁹ Người bệnh của chúng tôi có kết quả nuôi cấy nước tiểu âm tính sau 5 ngày lấy mẫu, mặc dù đã thực hiện đầy đủ các khuyến cáo của việc chuẩn bị mẫu nước tiểu nuôi cấy. Thời điểm lấy bệnh phẩm nuôi cấy máu và nước tiểu của bệnh nhân trong ca bệnh này cũng được diễn ra trước khi sử dụng liều kháng sinh đầu tiên, và trong 1 tháng trước khi nhập viện người bệnh không sử dụng bất kì liệu trình điều trị kháng sinh nào. Theo nhiều tác giả trên thế giới, một trong những nguyên nhân quan trọng nhất gây kết quả nuôi cấy âm tính giả là bệnh nhân đã sử dụng kháng sinh trước khi lấy bệnh phẩm. Kháng sinh làm giảm nhanh mật độ vi khuẩn trong máu/nước tiểu/dịch bệnh phẩm, dẫn đến tỷ lệ cấy dương tính giảm đáng kể, ngay cả một liều kháng sinh đơn độc cũng có thể làm nuôi cấy âm tính trong vòng 1 - 2 giờ sau dùng thuốc.^{8,10} Kết quả này cho chúng ta thấy có vẻ như tình trạng nuôi cấy vi sinh trong ổ áp xe âm tính ngày càng xuất hiện nhiều hơn, có thể là do bệnh nhân đã được sử dụng kháng sinh trước đó, đây cũng là một thách thức trong chẩn đoán.

Bệnh nhân của chúng tôi không có các yếu tố nguy cơ trong tiền sử và hiện tại, các kết quả cấy máu và cấy nước tiểu đều âm tính, chính vì điều này gây không ít khó khăn trong chẩn đoán, điều trị và tiên lượng. Dấu hiệu sốt cao liên tục của người bệnh kèm đau vùng hông

lưng trên người bệnh này là một gợi ý duy nhất đến chẩn đoán áp xe thận.

Áp xe thận phát triển thông qua các cơ chế bệnh lý phức tạp. Trong các bệnh nhiễm trùng tăng dần, vi khuẩn ở đường tiết niệu dưới, di chuyển đến các ống thận và sau đó là viêm kẽ thận, có thể tiến triển thành áp xe ở vùng vỏ tủy hoặc vùng vỏ. Trong khi phát tán qua đường máu thường dẫn đến áp xe vùng vỏ thận bằng cách gieo mầm vào mô thận có nhiều mạch máu từ các ổ nhiễm trùng ở xa, chẳng hạn như áp xe da hoặc viêm nội tâm mạc nhiễm trùng.¹ Ở bệnh nhân này, biểu hiện lâm sàng không khác nhiều với viêm thận bể thận cấp.

Trên lâm sàng, chẩn đoán xác định áp xe thận thường khó khăn vì các triệu chứng thường không đặc hiệu và khó chẩn đoán phân biệt với các bệnh khác. Tuy nhiên, với sự phát triển của công cụ chẩn đoán hình ảnh giúp cho việc chẩn đoán áp xe thận đã trở nên dễ dàng hơn. Siêu âm thận không phải luôn luôn phát hiện ra áp xe thận, nhưng siêu âm là phương tiện thường được lựa chọn đầu tiên vì chi phí thấp, an toàn cho người bệnh (không ảnh hưởng tia xạ hoặc nguy cơ dị ứng thuốc cản quang). Hình ảnh nghi ngờ áp xe thận trên siêu âm là một ổ giảm âm kéo dài đến bao thận tương ứng. Độ chính xác của siêu âm trong chẩn đoán áp xe thận được báo cáo là 70% - 93%,^{9,10} với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 78,2% và 88,8%.¹⁰ Chụp CT đã được ghi nhận để chẩn đoán áp xe thận hoặc áp xe quanh thận với độ nhạy 92% - 98%, và độ đặc hiệu 88%.^{10,11} So với siêu âm, phương pháp chụp CT hoặc MRI có độ chính xác hơn nhiều. Chụp cắt lớp vi tính được coi như tiêu chuẩn vàng vì phương pháp này giúp phát hiện áp xe và đánh giá được độ lan rộng có vượt quá vỏ bao thận và mô xung quanh hay không. Áp xe tủy thận thường là nhỏ và đa ổ và có thể chỉ biểu hiện như là thận có chức năng kém. Khi có áp xe quanh thận, đường

viền thận và bóng cơ thất lưng có thể bị xóa. Tuy nhiên, trong khi chụp CT-Scanner thường được khuyến nghị, chúng khiến bệnh nhân tiếp xúc với lượng tia xạ cao và một số trường hợp chống chỉ định.

Để ngăn ngừa các biến chứng đe dọa đến tính mạng người bệnh do áp xe thận gây ra, việc phát hiện sớm và điều trị thích hợp là rất quan trọng. Điều trị áp xe thận có thể chia làm hai nhóm gồm điều trị bảo tồn và điều trị can thiệp. Nhóm điều trị can thiệp bao gồm: Kháng sinh kết hợp với dẫn lưu ra da; kháng sinh kết hợp đặt JJ niệu quản cùng bên; kháng sinh kết hợp mở thông thận; kháng sinh kết hợp dẫn lưu phẫu thuật; và kháng sinh kết hợp cắt bỏ thận.²

Điều trị bảo tồn thường được chỉ định trong các trường hợp áp xe thận < 3cm, trong khi điều trị bảo tồn các ổ áp xe 3 - 5cm vẫn còn đang được tranh luận.¹ Điều trị theo kinh nghiệm bằng kháng sinh phổ rộng: Linezolid hoặc Vancomycin kết hợp với Cephalosporin (thế hệ thứ ba hoặc bốn) hoặc piperacillin-tazobactam; carbapenem; fluoroquinolone.¹ Như trong ca lâm sàng của chúng tôi, với kích thước ổ áp xe là 13x11mm, bệnh nhân được dùng kháng sinh Cefepim kết hợp với Vancomycin có đáp ứng tốt. Cefepime - một cephalosporin thế hệ 4 - có hiệu quả cao hơn thế hệ ba trên nhiều chủng vi khuẩn Gram âm và Gram dương, bao gồm cả *Pseudomonas aeruginosa*, trong khi Vancomycin là kháng sinh diệt khuẩn được sử dụng trong các trường hợp nhiễm khuẩn nặng do vi khuẩn Gram dương, đặc biệt là *Staphylococcus aureus* kháng methicillin (MRSA). Việc lựa chọn phối hợp hai loại kháng sinh này trở nên cần thiết trong bối cảnh bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng nghi ngờ nhiễm trùng nặng nhưng kết quả cấy máu và cấy nước tiểu đều âm tính, kèm theo sốt kéo dài.¹ Trong trường hợp này, chúng tôi không ưu tiên lựa chọn các kháng sinh mạnh phổ rộng

như piperacillin-tazobactam, carbapenem hoặc fluoroquinolone, vì piperacillin-tazobactam hướng đến nhiễm vi khuẩn kỵ khí và vi khuẩn sản xuất beta-lactamase phổ rộng (ESBL), carbapenem ưu tiên sử dụng cho bệnh nhân bị nhiễm trùng kháng nhiều loại thuốc (MDR), đã từng được điều trị tại các cơ sở y tế hoặc có vi khuẩn sinh ESBL, còn fluoroquinolone nên dùng trong trường hợp sốc nhiễm trùng và/hoặc bệnh nặng hơn.¹

Theo khuyến cáo của các tác giả trên thế giới, cần dẫn lưu nếu kích thước áp xe lớn hơn 3cm hoặc nếu không khỏi bằng kháng sinh.¹ Tiêu chuẩn đánh giá khỏi của áp xe thận bao gồm không đau, giảm sốt, CRP trở lại bình thường, khối áp xe biến mất trên siêu âm hoặc chụp CT thường cho thấy tổ chức sẹo vỏ. Chỉ số tốt nhất của sự lành bệnh là không tái phát các dấu hiệu lâm sàng và triệu chứng nhiễm trùng. Nếu các dấu hiệu lâm sàng và chỉ số xét nghiệm nằm trong giới hạn bình thường, thì có thể ngừng điều trị bằng kháng sinh sau 10 ngày.¹³

Ca bệnh của chúng tôi tương tự với tác giả Hoàng Xuân Đại báo cáo về trường hợp bệnh nhi nữ 10 tuổi, có ổ áp xe thận kích thước 35x44mm, vỡ vào cơ đáy chậu, nuôi cấy máu và nước tiểu âm tính, được điều trị kháng sinh phổ rộng theo kinh nghiệm với Vancomycin kết hợp Meronem, hết sốt sau 3 ngày, ra viện sau 19 ngày.¹⁴ Điều đó cho thấy tầm quan trọng của việc ra quyết định lựa chọn kháng sinh điều trị theo kinh nghiệm ở những bệnh nhân áp xe thận.

IV. KẾT LUẬN

Áp xe thận có thể xảy ra ở các bệnh nhân khỏe mạnh, không có các yếu tố nguy cơ từ trước đó. Cần nghĩ đến áp xe thận dù chỉ có những biểu hiện lâm sàng rất hạn chế như sốt cao và rung thận dương tính. Chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ hệ tiết niệu là tiêu

chuẩn vàng chẩn đoán áp xe thận khi lâm sàng có nghi ngờ. Sử dụng kháng sinh theo kinh nghiệm (Vancomycin kết hợp với Cephalosporin thế hệ thứ ba hoặc bốn) ngay khi có chẩn đoán xác định áp xe thận là vô cùng cần thiết, trong khi các xét nghiệm định danh tác nhân gây áp xe thận chưa có kết quả hoặc âm tính. Ổ áp xe thận < 3cm có thể điều trị thành công bằng kháng sinh tĩnh mạch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Joshi S, Leslie SW, Desai D. Renal Abscess. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.
2. Liu XQ, Wang CC, Liu YB, Liu K. Renal and perinephric abscesses in West China Hospital: 10-year retrospective-descriptive study. *World J Nephrol*. 2016; 5(1): 108-114.
3. Meng MV, Mario LA, McAninch JW. Current treatment and outcomes of perinephric abscesses. *J Urol*. 2002; 168(4 Pt 1): 1337-1340.
4. Lin HS, Ye JJ, Huang TY, Huang PY, Wu TS, Lee MH. Characteristics and factors influencing treatment outcome of renal and perinephric abscess--a 5-year experience at a tertiary teaching hospital in Taiwan. *J Microbiol Immunol Infect*. 2008; 41(4): 342-350.
5. Fullá O J, Storme C O, Fica C A, et al. Renal and perinephric abscesses: a series of 44 cases. *Revista chilena de infectología*. 2009; 26(5): 445-451.
6. Tong SYC, Davis JS, Eichenberger E, Holland TL, Fowler VG. Staphylococcus aureus Infections: Epidemiology, Pathophysiology, Clinical Manifestations, and Management. *Clin Microbiol Rev*. 2015; 28(3): 603-661.
7. Chen CY, Kuo HT, Chang YJ, Wu KH, Yang WC, Wu HP. Clinical assessment of children with renal abscesses presenting to the pediatric emergency department. *BMC Pediatr*. 2016; 16:189.

8. Vân PH. *Kỹ thuật xét nghiệm vi sinh lâm sàng*. Nhà xuất bản Y học; 2006.

9. Coelho RF, Schneider-Monteiro ED, Mesquita JLB, Mazzucchi E, Marmo Lucon A, Srougi M. Renal and perinephric abscesses: analysis of 65 consecutive cases. *World J Surg*. 2007; 31(2): 431-436.

10. Stojadinović M, Mičić S, Milovanović D. Ultrasonographic and computed tomography findings in renal suppurations: performance indicators and risks for diagnostic failure. *Urol Int*. 2008; 80(4): 389-397.

11. Karthikeyan VS, Manohar CMS, Mallya A, Keshavamurthy R, Kamath AJ. Clinical profile and successful outcomes of conservative and

minimally invasive treatment of emphysematous pyelonephritis. *Cent European J Urol*. 2018; 71(2): 228-233.

12. Chamba KN, Sheridan R. A Case Report on Renal Abscess: Rare Diagnosis in a Healthy Young Female With No Risk Factors. *Cureus*. 2023 Dec 6; 15(12).

13. Velciov S, Gluhovschi G, Trandafirescu V, et al. Specifics of the renal abscess in nephrology: observations of a clinic from a county hospital in Western Romania. *Rom J Intern Med*. 2011; 49(1): 59-66.

14. Đại HX, Khôi TPM, Kiên NT, Sơn NV. Áp xe thận ở trẻ em: Báo cáo ca bệnh. *TCNCYH*. 2025; 188(3): 319-328.

Summary

RENAL ABSCESS – EMPIRICAL TREATMENT: A CASE REPORT

Renal abscess is a rare complication of pyelonephritis, typically associated with recurrent urinary tract infections, anatomical abnormalities, urinary tract obstruction, or immunocompromised states. The most common causative bacteria are *E. coli*, *Proteus*, and *S. aureus*. Several reports have documented successful treatment of small renal abscesses ($\leq 3\text{cm}$) with a single course of intravenous antibiotics; however, the efficacy of conservative management in medium-sized abscesses (3 - 5cm) remains inconsistent across studies. We present the case of a 41-year-old female admitted with high-grade fever, chills, and left flank pain on day 3 of illness. Physical examination revealed marked left costovertebral angle tenderness. Computed tomography demonstrated two abscess cavities in the left kidney. She was diagnosed with left renal abscess and empirically treated with Cefepime and Vancomycin, becoming afebrile after 2 days and discharged after 14 days. We report this case to provide clinical experience in the diagnosis and empiric management of renal abscess in patients without predisposing risk factors.

Keywords: Renal abscess, perinephric abscess, conservative management, empiric antibiotic therap.