

عفونت ادراری در بارداری: راهنمای جامع مراقبت‌های پرستاری

مقدمه

عفونت ادراری (UTI) یکی از شایع‌ترین عفونت‌های باکتریال در دوران بارداری است و شیوع جهانی آن حدود ۲۳.۹ درصد در زنان باردار برآورد شده است. تغییرات فیزیولوژیک و آناتومیک بارداری مانند افزایش سطح پروژسترون که باعث شل شدن عضلات صاف مجاری ادراری می‌شود، زمینه را برای احتباس ادرار و افزایش خطر عفونت فراهم می‌کند.

عفونت ادراری در بارداری می‌تواند به صورت باکتریوری بدون علامت، سیستیت حاد (عفونت مثانه) یا پیلونفریت (عفونت کلیه) بروز کند. در صورت عدم تشخیص و درمان به‌موقع، این عفونت‌ها می‌توانند عوارض جدی مانند زایمان زودرس، پارگی زودرس کیسه آب، پره‌اکلامپسی، سپسیس مادری و وزن کم هنگام تولد نوزاد را به همراه داشته باشند. پرستاران و ماماها با ایفای نقش‌های کلیدی در غربالگری، آموزش، و پیگیری درمان، نقشی حیاتی در کاهش این عوارض ایفا می‌کنند.

طبقه‌بندی و علائم بالینی

انواع عفونت ادراری در بارداری

علائم کلیدی	تعریف	نوع
بدون علامت؛ تنها با کشت ادرار تشخیص داده می‌شود	وجود بیش از ۱۰۰,۰۰۰ کلنی باکتری در هر میلی‌لیتر ادرار در فرد بدون علامت	باکتریوری بدون علامت
سوزش ادرار، تکرر ادرار، فوریت ادراری، درد زیر شکم، خون در ادرار	عفونت مثانه با علائم بالینی	سیستیت (عفونت تحتانی)
تب ≤ 38 درجه سانتی‌گراد، لرز، درد پهلو (درد در ناحیه زیر دنده‌ها در پشت کمر)، تهوع، استفراغ، بی‌حالی	عفونت کلیه که یک اورژانس محسوب می‌شود	پیلونفریت (عفونت فوقانی)

نکته بسیار مهم: از هر ۱۰۰ زن باردار مبتلا به باکتریوری بدون علامت که درمان نمی‌شوند، حدود ۳۰ نفر به پیلونفریت مبتلا می‌شوند. این آمار اهمیت غربالگری و درمان به‌موقع را نشان می‌دهد.

تشخیص‌های افتراقی مهم

پیلونفریت در بارداری ممکن است با بیماری‌های جراحی شکم مانند آپاندیسیت، کله‌سیستیت، پانکراتیت و همچنین عوارض مامایی مانند زایمان زودرس یا جداشدن جفت اشتباه شود.

غربالگری و تشخیص

روش های تشخیصی

روش تشخیصی	کاربرد و نکات
کشت ادرار	استاندارد طلایی. نمونه ادرار میانی (Midstream Clean-Catch) ارسال شود. بر اساس راهنماهای جدید، شستشوی پرینه قبل از نمونه گیری تأثیر قابل توجهی در کاهش آلودگی نمونه ندارد
دیپاستیک ادرار	به عنوان روش غربالگری روتین در همه ویزیت های قبل از زایمان توصیه نمی شود (به دلیل میزان مثبت کاذب بالا). تنها در صورت وجود علائم، بررسی نیتريت و همچوری می تواند کمک کننده باشد
آزمایشات تکمیلی	در صورت شک به پیلونفریت: شمارش کامل خون (CBC)، الکترولیت ها، کراتینین، کشت خون، و در صورت نیاز، سونوگرافی کلیه
مانیتورینگ جنین	در صورت تشخیص پیلونفریت و رسیدن به سن زایمان، مانیتورینگ مداوم ضربان قلب جنین (CTG) و پایش انقباضات رحمی انجام شود

عوامل مؤثر بر کیفیت نمونه ادرار در بارداری

افزایش حجم پلاسما در بارداری، ادرار را رقیق تر کرده و دقت برخی آزمایشات را کاهش می دهد.

همچوری ممکن است ناشی از آلودگی نمونه با خونریزی واژینال باشد.

وجود ترشحات واژینال می تواند باعث آلودگی نمونه و افزایش پروتئین ادرار شود .

مراقبت‌های پرستاری و مدیریت درمان

۱. انتخاب آنتی‌بیوتیک (درمان مبتنی بر شواهد)

انتخاب آنتی‌بیوتیک باید بر اساس الگوی مقاومت منطقه‌ای و با در نظر گرفتن ایمنی برای مادر و جنین انجام شود.

نکات	کاربرد	دارو
داروی خط اول برای عفونت تحتانی. در سه‌ماهه سوم با احتیاط مصرف شود.	درمان سیستیت حاد در زنان باردار	نیتروفورانتوئین
گزینه‌های جایگزین.	درمان سیستیت حاد	آموکسی‌سیلین یا سفالکسین
نیاز به بستری و درمان وریدی در موارد پیلونفریت.	درمان پیلونفریت یا عفونت شدید	سفترایکسون (وریدی)
تحت نظر پزشک متخصص.	درمان پیلونفریت در موارد حساسیت به سفالوسپورین‌ها	کلیندامایسین + جنتامایسین

توجه: آموکسی‌سیلین به دلیل مقاومت بالای باکتری‌ها، دیگر به عنوان خط اول درمان در بسیاری از مناطق توصیه نمی‌شود.

۲. مراقبت‌های پرستاری در منزل (برای موارد خفیف تا متوسط)

پرستار باید به بیمار آموزش دهد که دوره کامل آنتی‌بیوتیک را حتی در صورت بهبودی علائم تکمیل کند:

محتوای کلیدی	حوزه آموزشی
تکمیل دوره کامل آنتی‌بیوتیک (حتی اگر احساس بهبودی دارید) برای جلوگیری از عود و مقاومت آنتی‌بیوتیکی	مصرف دارو

مایعات	مصرف مایعات فراوان (۸-۱۰ لیوان در روز) برای شستشوی باکتری‌ها از مجاری ادراری. در صورت داشتن بیماری کلیوی، قلبی یا کبدی، قبل از افزایش مایعات با پزشک مشورت کنید
تکرر ادرار	ادرار کردن مکرر و کامل (هر بار مثانه را کاملاً خالی کنید). هرگز ادرار را نگه ندارید
بهداشت	پس از دستشویی، از جلو به عقب (از مجرا به سمت مقعد) تمیز کنید تا از انتقال باکتری از ناحیه مقعد جلوگیری شود
فعالیت جنسی	ادرار کردن بلافاصله پس از رابطه جنسی برای دفع باکتری‌ها

۳. مراقبت‌های پرستاری در پیلونفریت (بستری در بیمارستان)

پیلونفریت در بارداری یک اورژانس است و نیاز به بستری و درمان وریدی دارد. مراقبت‌های پرستاری شامل موارد زیر است:

حوزه مراقبتی	اقدامات کلیدی
تثبیت اولیه	تعبيه کانول وریدی، شروع آنتی‌بیوتیک وریدی (سفتریاکسون)، و احیای مایعات (در صورت تهوع و استفراغ).
پایش علائم حیاتی	ثبت دقیق فشار خون، ضربان قلب، تعداد تنفس و درجه حرارت. تب معمولاً $38 \leq$ درجه سانتی‌گراد است
پایش درد	ارزیابی شدت درد پهلو (Costovertebral angle tenderness) و پاسخ به درمان
پایش جنین	مانیتورینگ مداوم ضربان قلب جنین (CTG) و پایش انقباضات رحمی، زیرا عفونت می‌تواند باعث تحریک رحم و ایجاد انقباضات زودرس شود. در صورت وجود انقباضات، ارزیابی اتساع دهانه رحم انجام شود

پایش علائم سپسیس (تاکی کاردی، افت فشار خون، تغییر سطح هوشیاری). در صورت مشکوک به سپسیس، اندازه گیری لاکتات و کشت خون قبل از شروع آنتی بیوتیک انجام شود	پایش عفونت
--	------------

۴. تشخیص های پرستاری و مداخلات کلیدی

بر اساس پرونده های بالینی و شواهد، تشخیص های پرستاری اصلی در عفونت ادراری بارداری عبارتند از :

تشخیص پرستاری	مداخلات کلیدی
درد حاد	ارزیابی شدت درد، استفاده از کمپرس گرم، تجویز مسکن های مجاز در بارداری (مانند استامینوفن)
اختلال در دفع ادرار	تشویق به مصرف مایعات، آموزش تخلیه کامل مثانه و تکرر ادرار
خطر عوارض مادری-جنینی	پایش علائم زایمان زودرس، پایش ضربان قلب جنین و انقباضات رحمی، پایش علائم سپسیس
اضطراب	ارائه اطلاعات دقیق در مورد ایمنی درمان در بارداری و پیش آگهی بیماری
کمبود دانش	آموزش پیشگیری از عود (تکمیل دارو، بهداشت، مایعات) و علائم هشدار دهنده (تب، درد پهلوی، انقباضات)

علائم هشدار دهنده (زمان تماس با پزشک یا مراجعه به اورژانس)

پرستار باید به بیمار آموزش دهد که در صورت مشاهده هر یک از علائم زیر، فوراً با پزشک تماس گرفته و یا به اورژانس مراجعه کند :

اقدام	علامت هشدار دهنده
اورژانس	تب و لرز
اورژانس	درد پهلوی (زیر دنده ها در پشت کمر)

تماس با پزشک / اورژانس	تهوع و استفراغ مداوم (ناتوانی در مصرف مایعات و دارو)
تماس با پزشک	خون در ادرار
اورژانس	انقباضات رحمی منظم یا درد زیر شکم
تماس با پزشک	سوزش ادرار یا تکرر ادرار که با درمان بهبود نمی‌یابد

نقش کلیدی پرستار در پیشگیری

بر اساس مطالعات، آگاهی و عملکرد پرستاران در زمینه پیشگیری از عفونت ادراری در بارداری، به طور مستقیم تحت تأثیر سطح تحصیلات، تجربه بالینی و استفاده از پروتکل‌های استاندارد قرار دارد. همچنین مداخلات آموزشی مبتنی بر مدل‌های رفتاری (مانند مدل باورهای بهداشتی) می‌تواند به طور معنی‌داری آگاهی و عملکرد زنان باردار را در زمینه پیشگیری افزایش دهد.

پرستاران با ایفای نقش‌های کلیدی زیر، نقشی حیاتی در کاهش عوارض عفونت ادراری در بارداری ایفا می‌کنند:

آموزنده: آموزش روش‌های پیشگیری (مایعات، بهداشت، تکرر ادرار) و علائم هشداردهنده به مادران باردار.

ارزیاب: غربالگری به‌موقع با کشت ادرار در سه‌ماهه اول و پیگیری نتایج.

هماهنگ‌کننده: پیگیری تکمیل دوره درمان و پاسخ به درمان با آزمایشات کنترلی.

جمع‌بندی

عفونت ادراری در بارداری یک بیماری شایع با پتانسیل عوارض جدی برای مادر و جنین است که با تشخیص زودهنگام (غربالگری با کشت ادرار در سه‌ماهه اول)، درمان هدفمند با آنتی‌بیوتیک‌های ایمن در بارداری، و آموزش مؤثر به مادر قابل مدیریت است. پرستاران با ایفای نقش‌های خود به عنوان آموزنده، ارزیاب و هماهنگ‌کننده، تضمین‌کننده اصلی پیشگیری از عوارض و بهبود پیامدهای مادری و نوزادی هستند.

- MyHealth Alberta. Urinary Tract Infection in Pregnancy: Care Instructions. 2025.
- Effect of Educational Program Based on Health Beliefs Model on Prevention of Urinary Tract Infections among Pregnant Women. Journal of Nursing Science Benha University. 2025.
- StatPearls. Urinary Tract Infection in Pregnancy - Continuing Education Activity. 2026.
- SciELO Perú. Clinical practice guideline for the screening and management of the urinary tract infection in pregnancy in primary care. 2025.
- Espinoza Rivera CF. Nursing care for a pregnant woman with urinary tract infection in a public health center of Chiclayo, 2025.
- Ntakirutimana J, et al. Associated Factors with Nursing Skills in Management of Urinary Tract Infections during Pregnancy. Open Journal of Nursing. 2025.
- Hodgman DE. Management of urinary tract infections in pregnancy. The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing. 1994