

வசதி வாய்ப்புக்கள் குறைவாக
உள்ள இடங்களில் மருத்துவ
கருக்கலைப்பு வசதி அளித்தல்

ஒரு அறிமுக வழிகாட்டி கையேடு

இரண்டாவது பதிப்பு

வசதி வாய்ப்புக்கள் குறைவாக
உள்ள இடங்களில் மருத்துவ
கருக்கலைப்பு வசதி அளித்தல்
ஒரு அறிமுக வழிகாட்டி கையேடு

இரண்டாவது பதிப்பு

ORIGINAL CONTRIBUTORS:

DR. PAUL BLUMENTHAL, DR. SHELLEY CLARK, DR. KURUS J. COYAJI,
DR. CHARLOTTE ELLERTSON, DR. CHRISTIAN FIALA, MS. THEMBI MAZIBUKO,
DR. VU QUY NHAN, DR. ANDRÉ ULMANN, DR. BEVERLY WINIKOFF

EDITORS:

KATRINA ABUABARA AND JENNIFER BLUM, POPULATION COUNCIL (FIRST EDITION)
HILLARY BRACKEN, GYNUITY HEALTH PROJECTS (SECOND EDITION)

ACKNOWLEDGEMENTS:

WE THANK THE ROCKEFELLER FOUNDATION AND ITS BELLAGIO CENTER FOR PROVIDING SPACE AND ACCOMMODATIONS FOR THE INITIAL MEETINGS THAT GAVE LIFE TO THIS PROJECT. WE ALSO THANK THE POPULATION COUNCIL FOR CONTRIBUTIONS DURING THE DEVELOPMENT OF THIS GUIDEBOOK. WE ARE GRATEFUL TO THE DAVID AND LUCILE PACKARD FOUNDATION AND AN ANONYMOUS DONOR, WHOSE FUNDING MADE THIS GUIDEBOOK A REALITY.

WE ACKNOWLEDGE THE CONTRIBUTION OF THE FOLLOWING INDIVIDUALS TO THE SECOND EDITION:
ERICA CHONG, MELANIE PEÑA, CAITLIN SHANNON, DR. Yael SWICA



மொழி பெயர்த்தவர்: திருமதி வேதா கோபாலன்

தொழில் நுட்ப மொழிபெயர்ப்பு: திருமதி ரேணுகா ஸ்ரீனிவாசன்

மற்றும் உதவியவர்களுக்கு நன்றி: மரு. இரா அரிராம், மரு. வேலாயுதம், மரு. ஜெயசந்திரபாபு, திரு. மோகன்

Entire content Copyright © 2009 Gynuity Health Projects. This material may not be reproduced without written permission from the authors. For permission to reproduce this document, please contact Gynuity Health Projects at pubinfo@gynuity.org.

Gynuity Health Projects
15 East 26th Street, 8th Floor
New York, NY 10010 U.S.A.
tel: 1.212.448.1230
fax: 1.212.448.1260
website: www.gynuity.org
information: pubinfo@gynuity.org

இரண்டாவது பதிப்பிற்கான முன்னுரை

2004 ல் இந்த வழிகாட்டி கையேடு முதல் பதிப்பு வெளியிடப்பட்ட பின்னர், கருக்கலைப்பு கிடைத்தலும் அதன் பயன்படுத்துதலும் அதிகரித்துள்ளது. வளர்ந்து வரும் நாடுகளில் மருத்துவக் கருக்கலைப்பு செய்தல் : ஓர் அறிமுக கையேடு என்ற நூலின் இரண்டாம் பதிப்பு வெளியிடப்பட்டது. மருத்துவ முறைகளில் புதிய பரிமாணங்கள், முக்கிய விஞ்ஞான வளர்ச்சிகள், மற்றும் புதிய கண்டுபிடிப்புகளும் இந்த இரண்டாம் பதிப்பில் இணைக்கப்பட்டுள்ளன. உலகெங்கிலும் வசதி குறைந்த நாடுகளில் கருக்கலைப்பைப் பயன்படுத்துவதற்கான வரைமுறைகள் பற்றிய தகவல்களை இந்த இரண்டாம் பதிப்பு தெரிவிக்கிறது. வசதிக்குறைவான பகுதிகளில் மருத்துவ கருக்கலைப்பு வசதி அளித்தல் ஒரு அறிமுக வழிகாட்டி கையேடு என்கிற இந்தப் புதிய தலைப்பு இத்தகை வசதிகள் விரிவாக பிரயோகிப்பதைப் பிரதிபலிக்கிறது. முதல் பதிப்பில் காணப்படும் அதே அத்தியாயங்கள் மற்றும் தலைப்புகள்தான் இந்தப் பதிப்பிலும் வரிசைப்படுத்தப்பட்டுள்ளன. இந்தப் பதிப்பில் உள்ள புதிய தகவல்கள் ஆவன. மிசோப்ரோஸ்டாலை எத்தகைய வழிகள் மூலம் செலுத்தலாம், தொற்றுதல் (கிருமி தொற்று) மற்றும் மருத்துவக் கருக்கலைத்தல், முதல் 3 மாதங்களின் இறுதியில் கருக்கலைப்பு உண்டாக்குதல், தொலைமருத்துவம் (டெலிமெடிசின்) மற்றும் மருத்துவக் கருக்கலைப்பு, மிஃப்பிரிஸ்டோன் மற்றும் தொழில் ரீதியான மற்றும் பன்னாட்டு வழிமுறைகளில் மிசோப்ரோஸ்டால் உபயோகித்தல், தற்போது கிடைக்கக்கூடிய புதிய வசதிகளின் பட்டியல் ஆகியவை இந்த இரண்டாம் பதிப்பில் தெரிவிக்கப்பட்டுள்ள புதிய தகவல்கள்.

பொருளடக்கம்

I.	அறிமுகம்.....	1
II.	ஒட்டுமொத்த பார்வை.....	3
	• மிஃப்பிரிஸ்டோன் என்றால் என்ன? அது எவ்வாறு வேலை செய்கிறது?	
	• செயல் திறன்	
	• பாதுகாப்பு	
	• ஏற்றுக் கொள்ளக்கூடிய தன்மை	
III.	மருத்துவக் கருக்கலைப்பு முறையைப் பயன்படுத்துவது பற்றித் தீர்மானித்தல்	10
	• மருத்துவக் கருக்கலைப்பை யார் பயன்படுத்தலாம்	
	• கருவின் வளர்ச்சி நாட்களைக் கணக்கிட்டு கருக்கலைப்புக்கு ஏற்றவரா என்பதைத் தீர்மானித்தல்.	
IV.	மிஃப்ரிஸ்டோன் மற்றும் மிசோப்ரோஸ்டால் பயன்படுத்தி மருத்துவக் கருக்கலைப்பு செய்வது பற்றிய ப்ரோட்டோக்கால்கள் (வரை முறை உடன்பாட்டு நெறிமுறை).....	15
	• மருந்தின் அளவு, செலுத்தும் வழி, மற்றும் செலுத்தும் நேரம்	
	• மருந்தகம் வருவது பற்றி ஆலோசனை அளித்தல்	
	• பக்க விளைவுகள் மற்றும் சிக்கல்களைக் கண்டறிதல்/சமாளித்தல்	
	• தொடர் கவனம்	
V.	ஆலோசனை மற்றும் தகவல்கள் அளித்தல்.....	26
	• ஒரு முறையைத் தேர்ந்தெடுத்தல்	
	• அவர் தகுதியுள்ளவரா என்று பரிசோதித்தல்	
	• அப்பெண்மணியை மனரீதியாகத் தயார் செய்தல்	
	• கருக்கலைப்புக்குப் பின்பு கருத்தடை முறைகள்	
VI.	மிஃப்ரிஸ்டானைப் புதிய அமைப்புகளுக்குக் கொண்டு வருதல்.....	32
	• ஊழியர்களுக்கு பயிற்சி	
	• சேவை அளிக்கும் அம்சங்கள்	
	• தகவல்களை முறைப்படுத்தி வகைப்படுத்துதல்	
	• மருத்துவ கருக்கலைப்பு பற்றிய மூட நம்பிக்கைகள்	
	• கருக்கலைப்பு செய்வது களங்கம் என்ற எண்ணத்தை மாற்றுதல்;	

VII.	முதல் ட்ரைமெஸ்டரின் பிற்பகுதியில் கருக்கலைப்பு செய்ய மிஃப்ரிஸ்டோன் மற்றும் மிஸோப்ரோஸ்டால் அளித்தல்	39
	• முந்தைய கருக்கலைப்புடன் உள்ள ஒற்றுமைகள்	
	• முந்தைய கருக்கலைப்புடன் உள்ள வேற்றுமைகள்	
VIII.	மிஃப்ரிஸ்டோன் இல்லாத இடங்களில்	42
	• மீதோட்ரெக்ஸேட் மற்றும் மிசேப்ரோஸ்டால்	
	• மிசேப்ரோஸ்டால் மட்டும	
IX.	எதிர்கால நோக்கு	49
X.	இணைப்பு	51
	• துவக்ககால மருத்துவக் கருக்கலைப்பின்போது மிஃப்ரிஸ்டோன் மற்றும் மிசோப்ரோஸ்டால் ;தோட்ரெக்ஸேட் மற்றும் மிஸேப்ரோஸ்டால் ஆகியவற்றைக் கலந்து பயன்படுத்தும்போதும், அல்லது மிசோப்ரோஸ்டாலை மட்டுமே பயன்படுத்தும்போதும் அது எந்த அளவு திறன் சக்தியை உடையதாக உள்ளது	
	• மருத்துவக் கருக்கலைப்பு செய்யும்போது ஆலோசனை வழங்குவது பற்றிய செக்லிஸ்ட்	
	• பெல்லாகியோ என்ற நகரத்தில் நடந்த மீட்டிங்கில் பங்கேற்றவர்கள்	
	• கூடுதல் தகவல்கள்	
XI.	குறிப்பீடுகள்	63

1. அறிமுகம்

அறுவை சிகிச்சைக்கு பதிலாக மருந்துகளைக் கொடுத்தே கருக்கலைப்பு உண்டாக்குவதை மருத்துவக் கருக்கலைப்பு என்கிறோம். பல நூற்றாண்டுகளாக கருக்கலைப்பு செய்வதற்கு மருந்துகள் பயன்படுத்தும் முறைகள் இருந்து வருகின்றன.¹ என்றாலும் கடந்த 25 வருடங்களாகத்தான் முதல் மூன்று மாதக் கருக்கலைப்பு நடத்தப்பட்டதற்கான சான்றுகளுடன் உள்ள முறைகள் சாத்தியமாயிற்று. க்னூகோகார்டிகோயிட் ரிசப்டார்களை ஆராய்ச்சியாளர்கள் ஆய்வு செய்த பொழுது, ஓப்ரான்ஸில் 1970 களில், மற்றும் 80 களில் மிஓப்பிரிஸ்டோன் (பொதுப்படையாக இதை சுரு/486 என்கிறோம்) கண்டறியப்பட்டது. ஜெனிவாவில் முதல் மருத்துவ ஆராய்ச்சியின்போது 1981 ல் இதை கருக்கலைப்பு மருந்து என்கிற முறையில் ஆய்வு செய்ய ஆரம்பித்தார்கள். ஆராய்ச்சியாளர்கள் ப்ரோஸ்டாக்ளான்டின் அனலாக் (இப்போது உலகெங்கிலும் அனைவராலும் மிசோப்ரோஸ்டால் என்று அழைக்கப்படுவது) உடன் சேர்த்துப் பயன்படுத்துவது மிஓப்ரிஸ்டோனின் ஆற்றலை அதிகரிக்கிறது என்று 1985ல் அறிவித்திருக்கிறார்கள். ஓப்ரான்ஸ்தான் முதல் முதலாக 1988ல் (சீனாவுக்கு வெளியே) ஆரம்பகாலக் கருக்கலைப்புக்கு ப்ரோஸ்டாக்ளான்டின் அனலாக்குடன் கலந்த மிஓப்ரிஸ்டோனுக்கு உரிமம் அளித்தது. அப்போதிலிருந்து அந்த முறை மெல்ல மெல்ல உலக அளவில் பரவி² உலகெங்கிலும் லட்சக்கணக்கான பெண்கள் இந்த முறையைப் பயன்படுத்த ஆரம்பித்தார்கள்.

மிஓப்ரிஸ்டோன் தற்போது 40 க்கும் அதிகமாக நாடுகளில் பதிவு செய்யப்பட்டுள்ளது. 2005 ல் மிஓப்ரிஸ்டோனை உலக மருத்துவக் கழகத்தில் (றுழை) அத்தியாவசிய மருந்துகளின் வரிசையில் சேர்த்துள்ளனர். சமீப வருடங்களில், பல புதிய மிஓப்ரிஸ்டோன்களும் மற்றும் ப்ரோஸ்டாக்ளான்டின் அனலாக் (மிசோப்ரோஸ்டால்) பொருட்களும் மார்க்கெட்டில் நிறையக் கிட்டுகின்றன. இதனால் இந்த இரண்டு மருந்துகளின் விலையும் குறைய ஆரம்பித்திருக்கிறது. புதிய எளிதாக்கப்பட்ட முறைகளும் ஏற்பட்டுவிட்டதால் பெண்களும் மருத்தவ வசதி அளிப்பவர்களும் கருக்கலைப்பை எளிதாக ஏற்றுக் கொள்கிறார்கள். மொத்தத்தில், இந்த முன்னேற்றங்கள் அதிக எண்ணிக்கையிலான பெண்களுக்கு அறுவை சிகிச்சை இல்லாமல் கருக்கலைப்பு செய்வதற்கு உதவுகின்றன. பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு செய்வதற்கு மருத்துவ ரீதியான இந்த கருக்கலைப்பு முறை உதவுகிறது. மருத்துவ வசதி அளிக்கும் இடங்களில் அறுவை சிகிச்சை என்பது பாதுகாப்பாக இல்லாமல் இருத்தலும், எளிதில் கிடைக்காமல் இருத்தலும் உண்டு. அதனால் மருத்துவக் கருக்கலைப்பை நாடுவது அதிக பாதுகாப்பானதாக அமையும்.

இந்த வழிகாட்டி நூலின் முதல் பதிப்பு (2004) இத்தாலியில் உள்ள பெல்லாஜியோவில் ஜூலை 1998 ல் வெளியிடப்பட்டது. ஆராய்ச்சியாளர்கள், மருத்துவ உதவி அளிப்பவர்கள், பெண்களின் ஆரோக்கிய சட்ட வல்லுனர்கள், கொடையாளிகள், மற்றும் சுகாதாரத் துறை அமைச்சர்கள் ஆகியோர் ஒரு குழுவாக அமர்ந்து உலக அரங்கில்

மருத்துவ ரீதியாகக் கருக்கலைப்பு செய்வதன் எதிர்கால சாத்தியக்கூறுகள் பற்றிய விவாதம் செய்து ஆலோசனை நடத்தியதன் விளைவாக வெளியிடப்பட்டது. இந்தக் குழு நீண்ட விவாதத்திற்குப் பிறகு ஒரு ரெஜிம் மிஃப்ரிஸ்டோன் கொடுத்துவிட்டு அதன் பிறகு பொருத்தமான ப்ரோஸ்டக்ளான்டின் கொடுத்தால் பாதுகாப்பாகவும், பலனளிக்கும் வகையிலும் ஏற்றுக்கொள்ளும்படியாகவும் அளிக்கலாம் என்ற முடிவுக்கு வந்தனர்.² ஆரம்ப கூட்டம் முடிந்தபிறகு அதனால் ஏற்பட்ட உத்வேகத்தை முறைப்படுத்துவதற்கு மருத்துவக் கருக்கலைப்பு செய்வதில் நிபுணர்களான உலகெங்கிலும் உள்ள ஒரு சிறு மருத்துவ நிபுணர் குழு ஜூலை 2000 ல் ஒன்று கூடி வசதிக்குறைவான சூழலில் உள்ளவர்களும் பயன்படுத்துமாறு பரிந்துரைத்தார்கள்.

இந்த இரண்டாவது கூட்டத்தின் குறிக்கோள், உலகெங்கிலும் உள்ள புதிய மருத்துவ வசதி அளிப்பவர்கள் மற்றும் கொள்கை ஏற்படுத்துபவர்கள் முழுமையாகவும் புரிந்து கொள்ளக்கூடிய வகையிலும் நெறி முறைகளை வகுத்தலே ஆகும். மிஃப்ரிஸ்டோன்-மில்லோபோஸ்டால் ஆகியவற்றால் ஆரம்ப மாதங்களில் கருக்கலைப்பு செய்வதில் உள்ள சமீபத்திய விஞ்ஞான மற்றும் முறைப்படுத்தப்பட்ட வளர்ச்சியை, 2009 ல் மாற்றியமைக்கப்பட்ட இந்த வழிகாட்டி நூல் பிரதிபலிக்கிறது. வசதிக்குறைவாக உள்ளவர்களுக்கு மருத்துவ கருக்கலைப்பு வசதி அளித்தல் என்ற இந்தப் புதிய தலைப்பு, இந்த முன்னேற்றங்களின் காரணமாக உலகெங்கிலும் உள்ள வசதிக்குறைவாக நாடுகளில் மருத்துவ கருக்கலைப்பின் விதிமுறைகள் எந்த அளவு எளிதாக்கியிருக்கின்றன என்பதை அடிக்கோடிட்டுக் காட்டுகிறது.

இந்த வழிகாட்டி நூலைப் பயன்படுத்தும் முறை

கரு உருவாகிய ஆரம்ப மாதங்களில் எவ்வாறு பாதுகாப்பாகக் கருக்கலைப்பு செய்யலாம் என்பதைத் தெரிந்து கொள்ள விழையும் , மருத்துவம் அளிப்பவர்களுக்கும் மற்றும் கொள்கை வரையறுப்பவர்களுக்கும் இந்த வழிகாட்டிப் புத்தகம் உதவுகிறது. பிறப்புறுப்புக்கள் பற்றிய உடற்கூறுகள் பற்றிய அடிப்படை அறிதல் உள்ளவர்களாகவும், பெண்களுக்கான மருத்துவ சேவை செய்தவர்களாகவும் உள்ளவர்களுக்கு மட்டுமே இந்த வழிகாட்டிப்புத்தகத்தில் உள்ள தகவல்கள் அமைக்கப்பட்டுள்ளன. மருத்துவக் கருக்கலைப்பு பற்றி முன்னர் அறியாதவர்களுக்கு ஒரு அறிமுகமாகவும் இந்த வழிகாட்டி நூல் உதவும். ஒரு முறைக்கு மேல் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள தகவல்கள் யாவும் இருமுறை சரிபார்க்கப்பட்டவை.

II. ஒட்டுமொத்த பார்வை

அத்தியாயத்தில் அடங்கியுள்ளவை

- மிஃப்ரிஸ்டோன் என்றால் என்ன? அது எவ்வாறு செயல்படுகிறது?
- திறன் ஆரம்ப நிலை மருத்துவக் கருக்கலைப்பிற்காக ப்ரோஸ்டோக்ளாண்டினுடன் பயன்படுத்தும்போது எவ்வளவு செயல் திறனுடன் இருக்கிறது
- இந்த முறை பாதுகாப்பாகவும் மற்றும் ஏற்றுக்கொள்ளக்கூடியதாகவும் இருத்தல்

A. மிஃப்ரிஸ்டோன் என்றால் என்ன, அது எவ்வாறு செயல்படுகிறது?

மிஃப்ரிஸ்டோன் என்பது பல நாடுகளில் கருக்கலைப்பு செய்வதற்கான உரிமம் (லைசென்ஸ்) பெற்ற ஆன்ட்டிப்ரேஜெஸ்டின். அது மட்டுமின்றி சில ஐரோப்பிய நாடுகளில் மிஃப்ரிஸ்டோன் முதல் ட்ரைரைமெஸ்டர் (கறுவுற்ற முதல் 3 மாதங்களுக்குள்) கருக்கலைப்பு செய்வதற்கு முன்பாகக் கருப்பையின் வாயை மென்மையாக்குவதற்காகவும், 2 வது ட்ரைமெஸ்டர் (மூன்றாம் மாதம் முதல் 6 ம் மாதம் வரை) கருக்கலைப்பு செய்வதற்கு முன்பாக கருப்பையின் வாயை மென்மையாக்குவதற்காகவும் கருப்பைக்குள் குழந்தை இறந்தவுடன், இறந்த குழந்தையை வெளியே எடுக்க நேரும்போதும், பிரசவத்தைத் தூண்டுவதற்கும் பயன்படுத்த உரிமம் பெற்றுள்ளது. இதை மற்ற பயன்மிக்க முறைகளில் பயன்படுத்துவதற்கான ஆராய்ச்சிகள் தற்போது நடைபெற்றுக் கொண்டிருக்கின்றன. மிஃப்ரிஸ்டோன் ப்ரோஜெஸ்டீரான் ரிஸ்ப்டார்களை அடைத்துவிடும். கருவுற்றிருக்கும் ஆரம்பகாலங்களின்போது , இதை உட்கொண்டால், அதற்குமேல் வளரும் கருவை கருப்பை ஏற்காது / அனுமதிக்காது. மிஃப்ரிஸ்டோன் எண்டோஜினஸ் ப்ரோஸ்டாக்ளாண்டினின் அளவை தூண்டி கருப்பையின் வாயை விரிவடையச் செய்து கருக்கலைப்புக்கு உதவும்.

மிஃப்ரிஸ்டோனை மட்டும் பயன்படுத்தும்போது, கடைசி மாதவிலக்கு நாளிலிருந்து (டுஆ) 49 நாட்களுக்கு உட்பட்ட கருவை 60% முதல் 80% வரை மிகவும் சக்தி மிக்க முறையில் கலைக்கிறது. ஏனென்றால், இந்த மருந்து கருப்பையை மேலும் அதிக உணர்வுள்ளதாக ஆக்கி, ப்ரோஸ்டாக்ளாண்டின் கருப்பையின் தசைகளுக்கு மேலும் அதிகமாக சுருங்கும் தன்மையை அளிக்கிறது. இதன் காரணமாக மிஃப்ரிஸ்டோனையும் ப்ரோஸ்டாக்ளாண்டின் அனலாக்கையும் இணைத்து (கலந்து) பயன்படுத்தும்போது சிகிச்சையின் செயல்திறன் மேலும் அதிகரிக்கிறது.3 ஆரம்பகாலங்களில், ஸல்ப்ரோஸ்டோன் (ஊசி மூலம் செலுத்தக்கூடிய ப்ரோஸ்டாக்ளாண்டின்) மற்றும் ஜெமிப்ராஸ்ட் (பெண்ணுறுப்பில் செலுத்தப்படும் சப்போஸிடரி) ஆகியவை மிஃப்ரிஸ்டோனுடன் சேர்த்து ஐரோப்பாவில் பயன்படுத்தப்பட்டன. உயிருக்கே

ஆபத்தான மயோகார்டியல் இன்ஃப்ராக்டன் உள்பட ஸல்ப்ரோஸ்டோன் ஏராளமான கார்டியோ வாஸ்குலார் (இருதய ரத்தக் குழாய்) பிரச்சினைகள் (பக்க விளைவாக) ஏற்படுத்தி உள்ளது. எனவே, அதன்பிறகு அதைப் பயன்படுத்துவதற்கு பதிலாக மிலோப்ரோஸ்டாலைப் (வாய் மூலம் உட்கொள்ளக்கூடிய ப்ரோஸ்டாக்ளான்டின் அனலாக்) பயன்படுத்த ஆரம்பித்தார்கள். இப்போதும் கூட ஜெமிப்ரால்ட் அபூர்வமாக யுனைடட் கிங்டம் மற்றும் ஸ்வீடனில் (பெரும்பாலும் 2 வது ப்ரேமஸ்டரில்) பயன்படுத்துகிறார்கள். உலக அளவில் மிலோப்ரோஸ்டாலை தற்போது மிஃப்ரிஸ்டோனூடன் கலந்து அளிக்கும் மிக ஆதரவு பெற்ற ப்ரோஸ்டாக்ளான்டின் ஆகும். ஏனெனில், அது பாதுகாப்பானது, குறைந்த விலை கொண்டது, பரவலாகக் கிடைப்பது, அறையின் வெப்ப நிலையில் சீராக இருக்கும். மேலும் சுலபமாக பிரயோகிக்க முடியும். பொதுவாக மிஃப்ரிஸ்டோனைக் கொடுத்ததிலிருந்து 24/48 மணி நேரத்தில் மிலோப்ரோஸ்டாலை வாய் வழியாகவோ அல்லது பெண்ணூறுப்பு வழியாகவோ அல்லது நாவின்கீழ் வழியாகவோ கொடுக்கப்படுகிறது.

B. ஆற்றல்

ஒரு வெற்றிகரமான மருத்துவக் கருக்கலைப்பு என்பது அறுவை சிகிச்சை தேவைப்படாமலேயே கருவை முழுமையாகக் கலைப்பதுதான் என்று வரையறுக்கப்பட்டுள்ளது. மிஃப்ரிஸ்டோன்- மிலோப்ரோஸ்டால் பயன்படுத்தி முதல் ட்ரேமெஸ்டரில் ஆரம்ப கால மருத்துவக் கருக்கலைப்பு செய்யும்போது வெற்றி வாய்ப்பு பொதுவாக 95% ஆக இருந்தது. (மருத்துவ ஆராய்ச்சி செய்து முயன்றபோது வெற்றி வாய்ப்பு விகிதத்தை இணைப்பு ரு ஐ பார்க்கவும்) .சேவை அளிக்கும் சில இடங்களில் அதைவிடவும் அதிகமாகக்கூட (அமெரிக்காவின் ப்ளான்ட் பேரன்ட்ஹூட் சங்கத்தில் 98.5%) இருந்தது.^{4,5} நடைபெறும் கர்ப்பத்தின் காரணமாகவோ, முழுமையாகக் கரு வெளிவராமல் போனாலோ, அதிக அளவு உதிரப்போக்கு இருந்தாலோ, மருத்துவ முறையை மாற்றி அறுவை சிகிச்சை மூலம்தான் கருவைக் கலைத்தாக வேண்டும் என்று மருத்துவர் முடிவெடுத்தாலோ அந்தப் பெண்மணி வேண்டுகோள் விடுத்தாலோ அந்த கருக்கலைப்பு தோல்வி அடைந்ததாக தீர்மானிக்கிறார்கள். ஐந்து சதவீதத்திற்குத் குறைவான பெண்கள் மிஃப்ரிஸ்டால் எடுத்துக் கொண்ட பிறகு, ஆனால் மிலோப்ரோஸ்டோன் எடுப்பதற்கு முன்னர் கருவை வெளியேற்றினார்கள்.⁶ பெரும்பாலான பெண்கள் மிஃப்ரிஸ்டால் எடுத்துக் கொண்ட 24 மணி நேரத்திற்குள் வெளியேற்றினார்கள். எனினும், இந்த செயல்பாடு 2 வாரங்களுக்குப் பிறகுதான் முடிவடையும்.

செயல் திறனை பாதிக்கக்கூடிய அம்சங்கள் :

- கருவின் வளர்ச்சி வயது : கர்ப்பத்தில் கருவின் வயது அதிகரிக்குங்கால் மருத்துவக் கருக்கலைப்பின் ஆற்றல் குறைந்துவிடும். கடைசியாக மாத விலக்கு வந்தபிறகு, கருவின் வயது 9 வாரங்கள் ஆகும்போது பக்கல் (தாதையின் உட்புறம்) , சப் லிங்குவல் (நாவுக்கு அடியில்) மற்றும் பிறப்புறுப்பின்மூலம் மிசோப்ரோஸ்டால் செலுத்தினால் மிக அதிக சக்தி வாய்ந்ததாக இருக்கும். கடைசியாக மாத

விலக்கு வந்தபிறகும், கருவின் வயது 8 வாரங்கள் வரையில் வாயின் வழியாக மிசோப்ரோஸ்டால் செலத்தப்பட்டால் கூட அதிக சக்தி வாய்ந்ததாக இருக்கும். ஆனால் கருவின் வயது அதிகமாக ஆக மருந்தின் ஆற்றல் குறைந்து கொண்டே வரும். (இணைப்பு ரூ ஐ பார்க்கவும்) முதல் ட்ரைமெஸ்டரின் கடைசியில் இந்த சிகிச்சை முறை ஆற்றல் உள்ளதாக இருக்கும். மற்றும் பல்வேறு முறை சிகிச்சைகள் இதே அளவு சுலபமாக இருக்கும். (பார்க்க அத்தியாயம் VII).

- சிகிச்சை முறை: மிஃப்ரிஸ்டோன்- மிஸோப்ரோஸ்டால் ஆகியவற்றைக் கொண்டு மருத்துவக் கருக்கலைப்பு செய்யும்போது மருந்தின் வரிசை முறை பின்வரும் காரணங்களால் மாறுபடும். அவை மிஃப்ரிஸ்டோனின் வரை (டோஸ்) அளவு, டோஸ்களின் நேரங்கள், எந்த வழியாக மிஸோப்ரோஸ்டால் அளிக்கப்படுகிறது ஆகியவை ஆகும். கடைசியாக மாத விலக்கு வந்து கருவின் வயது 8 வாரங்களுக்குள் எப்போது கருக்கலைப்பு செய்தாலும் சிகிச்சை முறையின் பலன் அவ்வளவாக மாறுபடுவதில்லை. (அத்தியாயம் IVஇல் பகுதி A' ஐ பார்க்கவும்) ஆனால் கடைசியாக மாத விலக்கு வந்து, கருவின் வயது 8 வாரங்களுக்கு மேல் இருந்தால் சிகிச்சை முறைக்கேற்ப பலன் மாறுபடும். எந்த வகை சிகிச்சை முறை தேர்ந்தெடுத்தாலும் மருத்துவரின் அனுபவம் என்பது மிகவும் முக்கியம்.
- மருத்துவம் அளிப்பவர்: ஒரே சிகிச்சை முறையை அடிக்கடி, பயன்படுத்தும் மருத்துவரின் வெற்றி விகிதம் மாறுபடுவதுண்டு. மருத்துவ ரீதியாக அவசியமில்லாதபோதும் கூட, ஒரு மருத்துவர் தன் வசதிக்காக கருக்கலைப்பை அறுவை சிகிச்சை மூலம் நடத்தத் தீர்மானிக்கக்கூடும் அல்லது முழுமையாக கரு கலையவில்லை என்ற தவறான கருத்தினால் அவர் அறுவை சிகிச்சை செய்யத் தீர்மானிக்கக்கூடும். மருத்துவர் அவசியமில்லாமல் இந்த முடிவெடுப்பதற்கான காரணம் தவறான மருத்துவ அனுமானம்தான். மருத்துவரின் பொறுமையின்மை, அல்லது இந்த சிகிச்சை முறையில் மருத்துவரின் அனுபவமின்மை போன்றவை ஆகும். மருத்துவர்கள் இதில் அனுபவமும் தேர்ச்சியும் பெறப்பெற அவர்களின் வெற்றி விகிதம் அதிகரிக்கும். ஏனெனில், மருத்துவக் கருக்கலைப்பு முடியும் வரையில் அவர்கள் அதிக காலம் காத்திருக்க தயாராக இருப்பார்கள்.^{7,8} இது தவிர, அறுவை சிகிச்சை இல்லாமல் கருக்கலைப்பு செய்யவேண்டும் மனதுக்குள் விரும்பினாலும் பெண்கள் அறுவை சிகிச்சை செய்யும்படி கேட்கும்பொழுது தங்களுடைய தன்னம்பிக்கை மற்றும் அனுபவத்தால் பொறுமையாக இருந்து மருத்துவ ஊழியர்கள் நோயாளிக்கு ஆலோசனையும் ஆதரவும் அளிக்கிறார்கள்.
- வருகை அட்டவணை: மருந்து கொடுத்தபிறகு மருத்துவ நிலையத்திற்கு வருவதற்கு அதிக அவகாசம் கொடுக்கப்படும், மற்றும்/ அல்லது பல முறை முறை மருத்துவ மனைக்கு வருமாறு அழைக்கப்படும் விதிமுறை, வெற்றி வாய்ப்பை அதிகரிக்க வழி வகுக்குகிறது. ஏனெனில், சில பெண்களுக்கு பல நாட்கள், ஏன் பல வாரங்கள் கழித்தும் கூடக் கருக்கலைப்பு முற்றுப் பெறுவதில்லை. சில பெண்கள் தனக்கு கருக்கலைப்பு முற்றுப்பெற்றதை மிக விரைவில் அறிந்து கொள்ள நினைக்கிறார்கள். விரைவில், அவர்களை மருத்துவ மனைக்கு வரச்செய்து அவர்களுக்கு கருக்கலைப்பு

உறுதி செய்யப்பட்டுவிட்டால், அவர்களுடைய திருப்தியின் அளவு அதிகரிக்கிறது. இதற்கு மாறாக பல முறை தொடர்ந்து மீண்டும் வரச்செய்தால், இதனால் தேவையற்ற நிறுத்தமுறைகள் ஏற்பட்டு தோல்வி சதவீதம் அதிகரிக்கக்கூடும்.

C. பாதுகாப்பு

விரைவிலேயே மிஃப்ரிஸ்டோன் மற்றும் மிசோப்ரோஸ்டால் பயன்படுத்தி மருத்துவக் கருக்கலைப்பு செய்வது மிக மிகப் பாதுகாப்பானது. கர்ப்பத்தைத் தொடர விடுவதைக் காட்டிலும் மருத்துவக் கருக்கலைப்பு உள்பட முறைப்படுத்தப்பட்ட நவீன மருத்துவக் கருக்கலைப்பு முறைகளில் செய்தால் ஆபத்துக் குறைவாக இருக்கும்.^{4,9,10,11,12} உலகெங்கிலும் உள்ள லட்சக்கணக்கான பெண்மணிகள் குறைந்த வாரங்களில் மருத்துவக் கருக்கலைப்பு செய்து கொள்ளும்போது அதைப் பாதுகாப்பாகவும் வெற்றிகரமாகவும் செய்து கொள்வதற்கு மிஃப்ரிஸ்டோனைப் பயன்படுத்துகிறார்கள். இதனால் பெண்களின் ஆரோக்கியத்தில் நீண்ட கால பாதிப்பை இந்த இரண்டு மருந்துகளுமே ஏற்படுத்தாது.¹³

அடிக்கடி ஏற்படும் பாதுகாப்பு சம்பந்தமான பிரச்சனைகள்.

- அதிகப்படியான உதிரப்போக்கு: மிக அதிக உதிரப்போக்கு இருக்கும்போதும் இந்த உதிரப்போக்கு அதிக காலத்திற்கு இருந்தாலும் எப்போது சிகிச்சைக்கு வர வேண்டும் என்பது பற்றியும், என்ன எதிர்பார்க்க வேண்டும் என்றும், பெண்களுக்கு ஆலோசனை வழங்கி அவர்களின் மன நிலையைத் தயார் செய்து விடுவதன்மூலம் அதிக ரத்தப்போக்கை கட்டுப்படுத்த முடியும். (அத்தியாயம் ஐஏ ல் பகுதி ஊ ஐ பார்க்கவும்) ரத்தம் செலுத்த வேண்டிய அளவு உதிரப்போக்கு இருப்பது மிகவும் அபூர்வமாகத்தான் ஏற்படும். மருத்துவக் கருக்கலைப்பைத் தேர்ந்தெடுக்கும் 2000 பெண்மணிகளில் ஒருவருக்குத்தான் இந்த அனுபவம் ஏற்படும். ^{4,14,15}
- கருப்பை தவிர மற்ற இடங்களில் கரு உருவாதல் (பொதுவாக கருக்குழாயில் அல்லது ஃபெலோபியன் குழாயில் உருவாகக்கூடும்): கருப்பை தவிர மற்ற இடங்களில் உருவாகும் கருவை மிஃப்ரிஸ்டோன் பயன்படுத்தி மருத்துவக் கருக்கலைப்பு செய்யும்போது அதை முடிப்பதோ அதிகமாக்குவதோ இல்லை. சிகிச்சை ஆரம்பிப்பதற்கு முன்பாக பெண்களை மிகவும் கவனமாக மதிப்பீடு செய்து, சிகிச்சை ஆரம்பித்தபிறகும் ஏதாவது அறிகுறி உள்ளதா என்று கவனமாகக் கண்காணித்துக் கொண்டு வந்தால் கருப்பை தவிர மற்ற இடங்களில் கரு உருவாகிய பெண்களைக் கண்டறிந்து உரிய சிகிச்சைக்கு அனுப்ப உதவியாக இருக்கும்.
- கரு ஊனம் அல்லது சினைப்பருவக் குறைபாடு: மிஃப்ரிஸ்டோன் மற்றும் மிசோப்ரோஸ்டால் பயன்படுத்தினாலும்கூட மிகச் சிறிய சதவீதத்தினரின் கர்ப்பம் தொடரும். இது போன்ற கேஸ்களில் கருக்கலைப்பு செய்து கொள்வது பற்றிய தன் எண்ணத்தை ஒரு பெண் மாற்றிக்கொள்ளக்கூடும். அல்லது சிகிச்சைக்குப் பிந்தைய வரவுகளின்போது அபூர்வமாக எப்போதாவது கர்ப்பம் தொடர்வதை மருத்துவர் கண்டறியத் தவறினாலோ கர்ப்பம் முழு மாதங்களுக்குத் தொடரக்கூடும். கருவின் மீது இந்த மருந்துகள் ஊனம் ஏற்படுத்த வாய்ப்பு இருந்தாலும்கூட, மிசோப்ரோஸ்டாலின்

காரணமாக கரு ஊனம் அல்லது சினைப்பருவக் குறைபாடு எதுவும் ஏற்பட்டதாக நிரூபணம் இல்லை. மிசோப்ரோஸ்டால் உபயோகித்ததால் குழந்தைகளுக்குக் கை கால் ஊனம் அல்லது மோபியஸ் சிண்ட்ரோம் ஆகியவை ஏற்பட்டதாக தகவல் கூறப்பட்டாலும், இதைப் பயன்படுத்தினாலும் இத்தகைய பிறவி ஊனம் மற்றும் குறைபாடுகள் ஏற்படும் என்று சாத்தியமான கணக்கெடுப்பு எதுவும் சொல்லவில்லை.¹⁶ மிசோப்ரோஸ்டால் பயன்படுத்துவது பற்றிய ஒட்டு மொத்தக் குறிப்புகளில், பிறவி ஊனம் மற்றும் கருப்பைக்குள் குறைபாடு ஏற்படுவது கருவின் மிக ஆரம்ப காலமாகிய குறுகலான சென்சிடிவ் விண்டோவில் சாத்தியமாகிறது, மிசோப்ரோஸ்டால் பயன்படுத்தும்போது ஆபத்து இருப்பதாக நாம் நினைக்கும் அளவை விட உண்மையான ஆபத்து மிகக் குறைவாக உள்ளது. (மிசோப்ரோஸ்டால் பயன்படுத்திய பிறகு உயிருடன் பிறக்கும் 1000 குழந்தைகளில் 10 க்கும் குறைவான குழந்தைகளுக்கு மட்டுமே கர்ப்பப்பைக்குள் ஊனம் ஏற்படுகிறது)^{17,18} என்று ஆராய்ச்சிகள் தெரிவிக்கின்றன. ஆலோசனை வழங்கும்போது, ஒரு வேளை கர்ப்பம் தொடர்ந்தால் மறுபடியும் மறுபடியும் மருத்துவமனைக்கு வந்து முழுமையான கருக்கலைப்பு உண்டாகிறதா என்று பார்த்துக் கொள்ள வேண்டும் என்று அந்தப் பெண்ணிடம் அழுத்தமாக வற்புறுத்திச் சொல்ல வேண்டியது முக்கியமானது. மிசோப்ரோஸ்டால் பயன்படுத்திய பிறகும் கர்ப்பத்தைத் தொடர வேண்டும் என்று அந்தப் பெண் விரும்பினால் குழந்தைக்குப் பிறவி ஊனங்கள் இருப்பதற்கான சாத்தியங்கள் உள்ளன என்று எல்லாப் பெண்மணிகளுக்கும் எடுத்துச் சொல்ல வேண்டும்.

- கிருமிகள் தொற்றுதல் : மருத்துவக் கருக்கலைப்புசெய்தபிறகு தீவிரமாக கிருமிகள் தொற்றுவது என்பது மிக மிக அரிதானது (ஊசிக்குழல் மூலம் (ஐ வி) ஆன்ட்டி பயாட்டிக்ஸ் செலுத்துவது; மற்றும் ஆஸ்பத்திரியில் அனுமதிப்பது போன்றவை தேவையான அளவுக்கு கிருமி தொற்றினால் தீவிரக் கிருமித் தொற்று என்று வரையறுக்கப்பட்டுள்ளது.)¹⁹ ஆரம்ப நிலையில் உள்ள கருவைக் கலைக்க வேண்டி வரும்போது ஏற்படும் பின் விளைவுகளைப்பற்றி சிறந்த முறையில் செயல்படும் ரிப்போர்ட்டிங் அமைப்பு உள்ள யுனைடட் ஸ்டேட்ஸில் 1000 உபயோகிப்பாளர்களில் 2 பேருக்கு மட்டுமே ஆபத்தான நிலையில் நோய்க்கிருமி தொற்றியதாக அறியப்படுகிறது.²⁰ (சி. சார்டெல்லை மற்றும் சி. பர்ஃபிஞ்ஜென்ஸ்) *C.sordellii* and *C.Perfringens* இந்த இரண்டு கிருமிகளும் மரணம் ஏற்படுத்தும் நோய்த் தொற்று என்று அறிவிக்கப்பட்டுள்ளது. எனினும், இது போன்ற நிகழ்வு மிக மிக அபூர்வம். 100,000 பேர் உபயோகித்தால் 0.5 பேருக்குத்தான் இவ்வாறு நடந்திருக்கிறது.^{21,22} மருத்துவக் கருக்கலைப்பு செய்தபிறகு கிருமிகள் தொற்றுவது என்பது ஒரு கவலைக்குறிய தீவிரமான விஷயம் அல்ல. மற்றும் வாய் வழியே ஒரு கோர்ஸ் ஆன்ட்டி பயாட்டிக்ஸ்கள் பயன்படுத்தினால் போதும். அவரை அவுட் பேஷன்ட்டாக சிகிச்சை கொடுத்தால் போதுமானது.
- கருவளம்: மிஃப்ரிஸ்டோன் மற்றும் மிஸோப்ரோஸ்டால் பயன்படுத்தி மருத்துவக் கருக்கலைப்பு செய்து கொண்ட பெண்மணிகளுக்கு கருவளத்தில் எந்த விளைவும் ஏற்படாது.¹³

D. ஏற்றுக் கொள்ளக்கூடியதாக இருத்தல்

ஓட்டு மொத்த ஆராய்ச்சிகளின்படி மருத்துவக் கருக்கலைப்பு உலகெங்கிலும் பெண்கள் மற்றும் மருத்துவர்களிடையே மிகவும் ஏற்றுக் கொள்ளப்பட்டதாக உள்ளது. உதாரணத்திற்கு சீனா, க்யூபா, இந்தியா, வியட்நாம், நேபாள், தென் ஆப்பிரிக்கா, துருக்கி மற்றும் துனிஷியாவில் நடத்திய ஆய்வில் 90% பெண்கள் தங்களுக்கு செய்யப்பட்ட கருக்கலைப்பு பற்றி திருப்தியடைந்திருக்கிறார்கள் அல்லது மிகவும் திருப்தியடைந்திருக்கிறார்கள்.^{14,23,24,25,26,27,28,29} பிரான்ஸ், ஸ்காட்லாந்து மற்றும் ஸ்வீடனில் மேற்கொள்ளப்பட்ட ஆராய்ச்சிகளில் கருக்கலைப்புக்குத் தக்க வயதுள்ள 60/70% பெண்கள் மருத்துவக் கருக்கலைப்பைத் தேர்ந்தெடுத்தார்கள்.^{30,31} பிரான்ஸ், ஸ்காட்லாந்து மற்றும் ஸ்வீடனில் மேற்கொள்ளப்பட்ட ஆராய்ச்சிகளில் கருக்கலைப்புக்குத் தக்க வயதுள்ள 60/70% பெண்கள் மருத்துவக் கருக்கலைப்பைத் தேர்ந்தெடுத்தார்கள்.³² இதில் கவனிக்க வேண்டிய விஷயம் என்னவென்றால் எந்த வகை கருக்கலைப்பு அளிக்கப்படுகிறது என்பதை சார்ந்தே பெண்களுக்குக் கருக்கலைப்பு அனுபவம் பற்றிய கருத்து ஏற்படுகிறது.

அட்டவணை 2.1 பெண்கள் மற்றும் மருத்துவர்களின் கருத்துப்படி குறைந்த மாதக் கருக்கலைப்பு முறைகளின் சாதகங்கள் மற்றும் பாதங்கள்³³

	மருத்துவக் கருக்கலைப்பு	அறுவை சிகிச்சை மூலம் கருக்கலைப்பு
சாதகங்கள் (நன்மைகள்)	<ul style="list-style-type: none"> • அறுவை சிகிச்சை, மயக்க மருந்தைத் தவிர்க்கலாம் • மாதவிலக்கைப் போன்று மிகவும் இயல்பானது • சில பெண்களுக்கு குறைந்த வலி • சில பெண்களுக்கு மன ரீதியாக சுலபமானது • இடை நிலை மருத்துவ ஊழியர்களாலேயே செய்துவிட முடியும் • பெண்கள் அதிகக் கட்டுப்பாட்டில், ஈடுபாட்டோடு இருப்பார்கள் 	<ul style="list-style-type: none"> • துரிதமாக • மேலும் அதிக நிச்சயமானது • சில பெண்களுக்கு குறைந்த வலி • சில பெண்களுக்கு மன ரீதியாக சுலபமானது • சில அமைப்புகளில் இடை நிலை மருத்துவ ஊழியர்களாலேயே செய்துவிட முடியும் • மருத்துவர் கட்டுப்படுத்துவார் • பெண்கள் குறைவான ஈடுபாட்டோடு இருப்பார்கள்
தீமைகள் (பாதகங்கள்)	<ul style="list-style-type: none"> • உதிரப்போக்கு, தசை இழுப்பு, குமட்டல் (உண்மையில் அல்லது பயத்தில்) • காத்திருத்தல், நிச்சயமின்மை • விதிமுறையைப் பொருத்தது, அடிக்கடி நீண்ட நேரம் க்ளிணிக்கிற்கு வருதல் செலவ 	<ul style="list-style-type: none"> • உடலை ஊடுருவுதல் • கருப்பை அல்லது கருவாய் சேதம் அடைவதற்கான சிறு ஆபத்து உள்ளது • கிருமி தொற்றும் அபாயம் உள்ளது • ரகசியம் காக்கப்படாது, விஷயத்தை மறைப்பது சிரமம்

தொகுப்பு

- மிஃப்ரிஸ்டோன்- மிலோப்ரோஸ்டால் பயன்படுத்தி முதல் ட்ரைமெஸ்டரின் ஆரம்ப கட்டத்திலிருந்து 9 வார LMP வரை கருக்கலைப்பு செய்யும்போது பொதுவாக 95% வெற்றிகரமாக அமைகிறது
- உலகெங்கிலும் உள்ள லட்சக்கணக்கான பெண்கள் மிஃப்ரிஸ்டோனை பாதுகாப்பாகவும் ஆற்றல் மிக்கதாகவும் மிகவும் ஏற்றுக்கொள்ளப்பட்டதாகவும் 1988 லிருந்து பயன்படுத்துகிறார்கள்.

III. மருத்துவக் கருக்கலைப்பு முறையைப் பயன்படுத்துவது பற்றித் தீர்மானித்தல்

அத்தியாயத்தின் உள்ளடக்கம்

- மருத்துவ ரீதியான கருக்கலைப்பு முறையை யார் பயன்படுத்தலாம்?
- கரு வயதின் கால அளவை நிர்ணயித்தல்

A. மருத்துவக் கருக்கலைப்பு முறையை யார் பயன்படுத்தலாம்?

கர்ப்ப காலத்தின் ஆரம்ப கட்டத்தில் உள்ள பெரும்பாலான பெண்கள் மிஃப்ரிஸ்டோன்-மிலோப்ரோஸ்டால் பயன்படுத்தி மருத்துவ ரீதியான கருக்கலைப்பு செய்வதைத் தேர்ந்தெடுக்க முடிகிறது. பெரும்பாலான நாடுகளில் மிகச் சில பெண்கள்தான் இந்தக் அறிவிப்பு சீட்டின் குறிப்பு காரணமாக விலக்கப்பட்டிருக்கிறார்கள்.

மிஃப்ரிஸ்டோன் மருத்துவ முறைக்கு எதிரான அடையாளங்கள்:

- கர்ப்பப் பைக்கு வெளியில் கருத்தரித்திருப்பதாக சந்தேகம் ஏற்படுதல் அல்லது கண்டறியப்படாத வகையில் அடினொசல் கட்டி இருத்தல்
- நீண்டகாலமாக அட்ரினல் செயல்படாதிருத்தல்
- தொடர்ந்து நீண்ட காலத்திற்கு கோர்ட்டிகோஸ்டெராயிட் சிகிச்சை அளித்திருத்தல்
- மிஃப்ரிஸ்டோன் ஒவ்வாமை ஏற்கனவே இருத்தல்
- ரத்தக் குறைபாடு இருத்தல் அல்லது தொடர்ந்த பலநாட்களுக்கு ஆண்ட்டி கோகுலன்ட் சிகிச்சை அளித்திருத்தல் (அதாவது ரத்தத்தை நீர்த்துப் போகச் செய்யும் மருந்துகள்)
- பரம்பரை பார்ஃபிரியாஸ் (அபூர்வமான ரத்த அணு நோய்கள்)

IUD பொருத்தப்பட்டிருந்தால் அதை சிகிச்சைக்கு முன்பாக நீக்கிவிடவேண்டும்.

மிலோப்ரோஸ்டால் பயன்படுத்துவதற்கு எதிரான அடையாளங்கள்:

- மிலோப்ரோஸ்டால் உள்ளிட்ட ப்ரோஸ்டாக்ளான்டின் பயன்படுத்தி இதற்கு முன் ஏற்பட்ட ஒவ்வாமை

முன்பெல்லாம் 35 வயதுக்கு மேற்பட்ட பெண்மணி ஒரு நாளைக்கு 10 சிகரெட்களுக்கு மேல் புகைப்பவர்களாகவும் இருந்தால், அவர்களுக்கு மருத்துவர்கள் கருக்கலைப்பு செய்வது நல்லதல்ல என்று ஆலோசனை வழங்கப்பட்டது. பிறகு சிகிச்சையின்போது சல்ப்ரோஸ்ட்ரோனுக்கு பதிலாக மிலோப்ரோஸ்டாலை ப்ரோஸ்டோக்ளாண்டின் காம்போனென்ட்டாக பயன்படுத்த ஆரம்பித்த பிறகு இவ்வாறு விலக்குதல் தேவையில்லை என்று பிறகு முடிவு செய்யப்பட்டது. ஆஸ்துமா நோய் உள்ள பெண்களுக்கு சில வகை ப்ரோட்டாக்ளாண்டின்கள் தடைசெய்யப்பட்டிருந்தாலும் கூட அவர்களுக்கு மிஃப்ரிஸ்டோன் மற்றும் மிலோப்ரோஸ்டாலை பயன்படுத்தி மருத்துவக் கருக்கலைப்பு செய்வதற்குத் தடை இல்லை. இன்னும் கேட்டால், மிஃப்ரிஸ்டோன் உபயோகித்தால் மற்ற ப்ரோஸ்டோக்ளாண்டின்களைப் போல் அல்லாமல் அது மூச்சுக் குழாயிலும் அதன் பிரிவுக் கிளைகளிலும் உள்ள ஸமூத் மஸில்லை இந்த மருந்து இளக்கிக் கொடுக்கும். எனவே ஆஸ்துமா உள்ள பெண்களுக்கு அது எந்த பாதிப்பையும் ஏற்படுத்தாது.

கருத வேண்டிய மற்ற நிலைகள்:

- தீவிர ரத்த சோகை நோய்: அறுவை சிகிச்சை மூலம் கருக்கலைப்பு செய்து கொள்ளும் பெண்களை விட மருத்துவக் கருக்கலைப்பு செய்து கொள்ளும் பெண்களுக்கு ரத்தப்போக்கு அதிக காலத்திற்கு இருந்தாலும்கூட, ரத்த இழப்பின் மொத்த அளவும் ஹீமோக்ளோபின் அளவும் சாதாரண அளவு இருக்கும். ரத்த சோகை நோய் இந்த சிகிச்சைக்கு முரண்பட்ட அறிகுறி இல்லை. ஆனால் தீவிர ரத்த சோகை உள்ள பெண்கள் எல்லோரும் அந்த நோய் இருப்பது கண்டுபிடிக்கப்பட்டவுடன் அந்த நோய்க்கான சிகிச்சையை உடனடியாக துவங்க வேண்டும்.
- தாய்ப்பால் ஊட்டுதல்: மருத்துவ கருக்கலைப்பிற்கு உபயோகிக்கப்படும் மிஃப்ரிஸ்டோன் அல்லது ப்ரோஸ்டாக்ளாண்டின்களை பயன்படுத்தினால் தாய்ப்பால் குடிக்கும் சிசுக்களுக்குத் தீங்கு நேரும் என்பதற்கு எந்தவிதமான ஆதாரமும் இல்லை. அம்மருந்து மிகக் குறைந்த டோஸ் தரப்படுவதாலும் வளர்சிதை மாற்றம் அதிக வேகத்தில் நடைபெறுவதாலும், இவை தாய்ப்பாலில் அதிக அளவு காணப்படும் என்ற சொல்வதற்கில்லை. எனினும், தாய் உட்கொள்ளும் பெரும்பாலான மருந்துகளில் ஒருசிறிய அளவு தாய்ப்பாலில் கலந்திருக்கும். இதன் காரணமாக, ஒவ்வொரு முறை ஒவ்வொரு டோஸ் மிலோப்ரோஸ்டால் எடுத்துக் கொண்ட பிறகும், 4 முதல் 6 மணி நேரத்திற்கு தாய்ப்பாலை நீக்கிவிட வேண்டும்.^{34,35}
- அவசரகால சிகிச்சையை எளிதில் கிடைக்கும் நிலையில் இருத்தல்: மருத்துவக் கருக்கலைப்பைத் தொடர்ந்து தீவிரமாக சிக்கல்கள் ஏற்பட்டு அவசரகால சிகிச்சை அளிக்கும்படியாகவோ, ரத்தம் ஏற்ற வேண்டிய நிலையோ ஏற்படுவது அபூர்வம். கருக்கலைப்பு செய்யும் நேரத்தில் அப்பெண்களுக்கு அவசரகால சிகிச்சை எளிதில் கிடைக்கும் நிலையில் இருக்க வேண்டும்.

B. ஒரு பெண்ணின் தகுதியை நிர்ணயிக்க கருவின் வயதைக் (கால அளவை) கணித்தல்

ஒரு பெண்ணின் கருவின் வயதை (கால அளவைக்) கணிப்பதற்கு பின் வரும் முறைகளைப் பின்பற்றலாம்.^{36,37,38}

- கடைசி மாத விடாய் நேரம்: ஆய்வுகள் எல்லாம் பெண்கள் தாங்கள் கருத்தரித்த நேரத்தை/ தேதியை சரியாகக் கணிக்கிறார்கள் (அதாவது மருத்துவர் அல்ட்ரா சவுண்டை உபயோகித்து +/- 2 வாரங்களுக்குள்ளாக கணக்கிடுகிறார்) அதாவது அவர்களின் கடைசி மாதவிலக்கின் முதல் நாளிலிருந்து கணக்கிடுகிறார்கள்.^{39,40}
- உடல் பரிசோதனை: அனுபவம் மிக்க மருத்துவர்கள் உடல் பரிசோதனையில் பெண்களின் கருப்பையின் அளவைக் கணக்கிடுவதன் மூலம் கருவின் வயதையும் கணக்கிட முடியும். மிக அதிகப் பருமனாக உள்ள பெண்களிடம் சற்று அதிக கவனமாக இருத்தல் வேண்டும். ஏனெனில், துல்லியமாகக் கணக்கிடுவது சிரமம்.
- அல்ட்ராசோனாக்ராஃபி: நல்ல அனுபவம் வாய்ந்த சோனோக்ராஃபர் பதிவு செய்து விளக்கம் கொடுத்தால் பெண்ணின் கருவின் வயதைக் கணக்கிடுவதற்கு அல்ட்ராசவுண்ட் மிகவும் பயன்மிக்க முறை. எனினும், கர்ப்பகாலத்தில் கருவின் வயதைக் கணக்கிடும் மற்ற முறைகளும் ஒப்புக் கொள்ளப்பட்டுள்ளன. ஒரு மருத்துவர் ஒரு பெண்ணின் கர்ப்பம் கருப்பைக்கு வெளியில் (எக்டோபிக்) ஏற்பட்டிருப்பதாக கணித்தாலோ அல்லது ஒன்றிற்கு மேற்பட்ட குழந்தைகள் கர்ப்பத்தில் உருவாகியிருப்பதாக நினைத்தாலோ அதை உறுதி செய்து கொள்ள அல்ட்ரா சவுண்ட் உதவும்.

மருத்துவக் கருக்கலைப்பிற்கு கர்ப்பத்தின் துல்லியமான நாளைக் கணக்கிட வேண்டும் என்பது அவசியம் இல்லை. ஆனாலும் பெரும்பாலும் 9 வாரங்களை தாண்டாமல் இருந்தால் மருத்துவ சேவை அளிக்க மற்றும் நிர்வாகக் காரணங்களுக்கு நல்லது. 9 வாரங்களுக்குப் பிறகும் கூட இந்த முறையில் மிக சிறந்த வெற்றி வாய்ப்புக்கு சாத்தியம் உள்ளது. (அத்தியாயம் ஏஐஐ ஐ பார்க்கவும்)

கருவின் வயதைக் கணிப்பதற்கான கூடுதல் அம்சங்கள்:

- சட்டரீதியான மற்றும் நிகழ்வுரீதியான (ப்ரோக்ரமேட்டிக்) கட்டுப்பாடுகளில் பொருந்தக்கூடியவை
- மருத்துவக் கருக்கலைப்புக்குப் பயன்படுத்த வேண்டிய மருந்துகளை கிரமப்படி பயன்படுத்துதல் மற்றும் வளர்ச்சியடைந்த கருவில் அதன் வீரியம்
- மருத்துவக் கருக்கலைப்பு செய்து கொள்ள அந்தப் பெண் விருப்பம் தெரிவித்தல்
- மருத்துவர் அனுபவம் மிக்கவராகவும் இந்த முறையில் கருக்கலைப்பு செய்வது அவருக்கு வசதியான முறையாகவும் இருத்தல்

மருத்துவக் கருக்கலைப்பு மற்றும் அதன் "ஆஃப் லேபல்" பயன்பாடுகள்

மருத்துவக் கருக்கலைப்புக்காக மிஃப்ரிஸ்டோன் பயன்படுத்துவதற்கு உரிமம் உள்ள நாடுகளில் அந்த உரிமத்தில் மருந்தின் அளவு மற்றும் கருவின் வயது வரம்பு, ஆகியவற்றை லைஸன்ஸில் குறிப்பிட்டால்தான் அதை வணிகரீதியாக விற்பனை செய்யலாம். இருந்தாலும் சில நாடுகளில் அசல் பதிவில் உரிமம் பெற்ற மருந்துகளை, வேறு அறிகுறிகளுக்கும் மற்ற வழிகளிலும் பயன்படுத்துகிறார்கள். இது "ஆஃப் லேபல்" பயன்படுத்துதல் என்று அழைக்கப்படுகிறது. யுனிடட் ஸ்டேட்ஸ் உணவு மற்றும் மருந்து நிர்வாகத்தைப் (FDA) பொருத்த வரையில் "சிறந்த மருத்துவ கவனிப்பு (குட் மெடிகல் ப்ராக்டிஸ்) மற்றும் நோயாளியின் நன்மையைச் சார்ந்த அக்கறை உள்ள மருத்துவர்கள் சட்ட ரீதியாகக் கிடைக்கும் மருந்துகளையும், பியோலாஜிக்ஸ் மற்றும் சாதனங்களையும் பயன்படுத்தி தாங்கள் அறிந்திருப்பவற்றின் அடிப்படையிலும் மற்றும் தீர்மானத்தைப் பொருத்தும் உபயோகிக்க வேண்டும். ஒரு மருத்துவர் அங்கீகரிக்கப்பட்ட லேபலிங்கில் இல்லாத கருக்கலைப்பு உண்டாக்கும் ஒரு பொருளைப் பயன்படுத்தும்போது, அந்தப் பொருளைப் பற்றி நன்கு அறிந்திருக்க கடமைப்பட்டுள்ளார். உறுதியான விஞ்ஞானப்பூர்வமான மற்றும் மருத்துவ நிரூபணங்களாலும் அந்த மருந்தைப் பற்றி நன்கு அறிந்திருக்க வேண்டும். மேலும், அந்தப் பொருளின் பயன் மற்றும் விளைவுகள் பற்றி பதிவுகள் செய்திருக்க வேண்டும். ஆரம்ப காலத்தில் மிஃப்ரிஸ்டோன் பதிவில் 600 எம் ஜி மிஃப்ரிஸ்டோன் பயன்படுத்த வேண்டும் என்றும் கருவின் வளர்ச்சி 7 வாரங்கள் வரை (49 நாட்கள் 0.5 ஆக) இருந்தால் மட்டுமே பயன்படுத்த வேண்டும் என்றும் கட்டுப்படுத்தப்பட்டிருந்தது . பிறகு ஆதாரபூர்வமான செயல் முறை நிரூபணத்தில் குறைந்த அளவு 200 எம் ஜி மிஃப்ரிஸ்டோன், அதே வீரியத்துடன் (குறைந்த செலவில்) 63 நாட்கள் வரை வளைனல் (பிறப்புறுப்பு வழியாக), பக்கல் (தாடை வழியாக) அல்லது சப் லிங்குவல் (நாவுக்கு அடியில்) டோஸ்கள் உபயோகிக்கப்பட்டது. இன்றைக்கு யுனிடட் ஸ்டேட்ஸில் உள்ள மருந்தகங்களிலும் மற்ற நாடுகளிலும் ஒரே டோஸாக 200 எம் ஜி மிஃப்ரிஸ்டோனை 63 நாட்கள் 0.5 வரை ஆஃப் லேபிளாக பயன்படுத்துகிறார்கள்.

தொகுப்பு

- பெரும்பாலான பெண்கள் மிஃப்ரிஸ்டோனை ஆரம்ப கால மருத்துவக் கருக்கலைப்புக்குப் பயன்படுத்தலாம்.
- ஆரம்ப காலத்தில் மிஃப்ரிஸ்டோன் மிசோப்ரோஸ்டாலுக்கான ப்ரோட்டோக்கால்கள் (வரை முறை உடன்பாட்டு நெறிமுறை) வகுக்கப்பட்ட வரை முறைகள் கவனத்துடன் வகுக்கப்பட்டன. பிற்காலத்தில் இந்த மருந்துகளின் பாதுகாப்பு மற்றும் செயல் திறனை மருத்துவ ஆராய்ச்சிகளின் மூலம் கண்டுபிடித்ததால் பல பெண்கள் வளர்ந்துவிட்ட கருவையும் கருக்கலைப்பு செய்ய முடிந்தது.
- கருமுதிர்ச்சி எந்த அளவு இருந்தாலும், மிஃப்ரிஸ்டோன் செயலிழப்பதற்கோ ஆபத்து விளைவிப்பதற்கோ வாய்ப்பில்லை. அது ஆரம்பகால கர்ப்பத்திற்கு சிறந்த பலனைத் தருகிறது.
- பெரும்பாலான பெண்களின் கரு முதிர்ச்சியை, மாத விலக்கு விவரங்கள் மூலமும் உடல் பரிசோதனை மூலமும் கணக்கிட முடியும்.

IV. மிஃப்ரிஸ்டோன் மற்றும் மிசோப்ரோஸ்டால் பயன்படுத்தி மருத்துவக் கருக்கலைப்பு செய்வது பற்றிய ப்ரோட்டோக்கால்கள் (வரை முறை உடன்பாட்டு நெறிமுறை)

அத்தியாயத்தின் உள்ளடக்கம்

- கொடுப்பதற்கான டோஸ், வழி மற்றும் நேர அளவுகள்
- வருகைக்கான கால அட்டவணை
- பக்க விளைவுகள் மற்றும் சிக்கல்கள்
- பிற்பாடு தொடர வேண்டியவை

A. கொடுப்பதற்கான டோஸ், வழி மற்றும் நேர அளவுகள்

பெரும்பாலான நாடுகளில் பதிவு செய்யப்பட்ட சிகிச்சை முறை ஒரே போல் இருந்தும்கூட அந்தந்த இடத்தில் பல மருத்துவ முறைகள் மாறுபடுகின்றன. இந்த ஒவ்வொரு சிகிச்சை முறையும் மிகவும் சக்தி வாய்ந்ததாக உள்ளது. டோஸ் (எந்த அளவு மருந்து கொடுக்க வேண்டும்), நேர அளவு, ஈர்ட் (எந்த வழியில் செலுத்தலாம் என்ற வழிமுறை) ஆகிவற்றில் உள்ள மாறுபாடுகளை இப்போது விவாதிப்போம்.

(டோஸ்) அளவு

- மிஃப்ரிஸ்டோன் டோஸ்: முன்பு பயன்படுத்திய 600 எம் ஜி டோஸைப்போலவே குறைந்த டோஸ் (200 எம் ஜி) சும் சமமான பலனைத் தரும் என்றும், செலவைக்குறைக்கும் என்றும் நிரூபணமாகியிருக்கிறது. ^{41,42,43,44}
- மிசோப்ரோஸ்டால் டோஸ்: பெரும்பாலும் சிபாரிசு செய்யப்பட்ட சிகிச்சை முறைகளில் 400/800 எம் சி ஜி மிசோப்ரோஸ்டால் உபயோகிக்கிறார்கள். 800 எம் சி ஜி டோஸ்களை பிறப்புறுப்பு வழியாகவும், தாடை வழியாகவும் 63 நாட்கள் டுஆ வரை அளிக்கும்போது மிகவும் பலன் அளிப்பதாக உள்ளது. நாவுக்கு அடியிலோ தாடையிலோ அளிக்கும்போது 9 வார டுஆ யில் வெறும் 400 எம் சி ஜி அளவே அதிக சக்தி வாய்ந்ததாக உள்ளது. (இணைப்பு ரு ஐப் பார்க்கவும்) ப்ரோஸ்டோக்ளாண்டின் டோஸ் உயர்ந்த பட்சமாக இருந்தால் வெற்றி வாய்ப்பு மேலும் அதிகரிக்கும். மற்றும்/அல்லது கரு கலைவதற்கு குறைந்த அநயகே கால அளவே எடுத்துக் கொள்ளும். எனினும், அதில் பக்க விளைவுகள் ஏற்படும் வாய்ப்புக்களும் உள்ளன. முதல் 24 மணி நேரத்தில் கரு வெளிவராமல் போனாலோ

அல்லது அரைகுறை கருக்கலைப்பு நேர்ந்தாலோ அல்லது மிக அதிக உதிரப்போக்கு இருந்தாலோ, மறுபடியும் மிஸோப்ரோஸ்டால் கொடுத்தால் நல்ல பலன் இருக்கும் என்று சில மருத்துவர்கள் நம்புகிறார்கள். சில ஆராய்ச்சியாளர்கள் பங்கேற்பாளர்களுக்கு ஒரு டோஸ் ப்ரோஸ்டோக்ளான்டினைவிட மிஃப்ரிஸ்டோன் கொடுத்தவிட்டு மிஸோப்ரிஸ்டால் டோஸ் செய்தால் பலன் இன்னும், அதிகமாக உள்ளது. எனினும், இந்த முடிவுகள் இன்னும் முழுமைநிலை பெறவில்லை. ^{45,46}

மருந்தை செலுத்தும் வழிகள்

- மிஃப்ரிஸ்டோன்: மிஃப்ரிஸ்டோன் வாய் வழியே கொடுக்கப்படுகிறது. வேறு வழியில் கொடுக்கப்பட்டால்; அதிக ஆற்றலுடன் இருக்கும் என்பதற்கோ, மேலும் வசதியாக இருக்கும் என்பதற்கோ, ஆதாரங்கள் எதுவும் இல்லை.
- மிஸோப்ரோஸ்டால்: மருத்துவக் கருக்கலைப்பு செய்வதற்கு வாய் மூலமாகவும், தாடையிலும் மற்றும் நாவுக்கு அடியிலும் மிஸோப்ரோஸ்டால் அளிப்பது பற்றி ஆராய்ச்சிகள் மூலம் சோதனை நடத்தப்பட்டன. தாடையிலும் நாவுக்கு அடியிலும் அளிக்கும்போது மாத்திரைகளை தாடைக்கு உள்புறமோ அல்லது நாவுக்கு அடியிலோ 20/30 நிமிடங்கள் வைத்திருந்துவிட்டு மீதம் உள்ள பகுதியை விழுங்கிவிடுமாறு கேட்டுக் கொள்ளப்படுகிறார்கள். மிஸோப்ரோஸ்டாலை தாடையிலும், நாவுக்கு அடியிலும் மற்றும் பிறப்புறுப்பிலும் வைப்பது 9 வார டுஜீயில் மிகவும் சக்தியுடன் செயல்படும்.^{47,48,49,50,51,52,53} கருவின் வளர்ச்சி நாட்கள் மேலும் அதிகமாக இருந்தால், தாடையிலும் நாவுக்கு அடியிலும் வைத்துக் கொண்ட பிறகு விழுங்குவதற்கு இன்னும் தாமதம் செய்தால் பாதுகாப்பையும் பலனையும் மேலும் அதிகரிக்கும். மற்றும் பிறப்புறுப்பில் வைக்கும்போது ஏற்படும் அசௌகரியம் மற்றும் அருவருப்பையும் இது தவிர்க்க உதவும். வெவ்வேறு வழிகளில் செலுத்தும்போது பக்க விளைவுகள் வேறுபடும். ஆனால் வேறு வேறு டோஸிங் முறைகளின்படியும் இந்தப் பக்க விளைவுகள் முற்றிலும் மாறுபடும்.

கால அளவு

- கருவளர்ச்சியின் வயது: கரு ஆரம்ப நிலையில் இருக்கும்போது மிஃப்ரிஸ்டோன்-மிஸோப்ரோஸ்டால் கருக்கலைப்பு முறை மிகவும் சக்தி வாய்ந்த ஒன்றாகத் தோன்றுகிறது. கருவளர்ச்சியின் கால அளவு அதிகரிக்க அதிகரிக்க ஆற்றல் குறைய ஆரம்பிக்கும். எனினும், இவ்வாறு குறைவது மிகவும் சிறிய அளவிலும் படிப்படியாகவும்தான் நிகழும்.
- மிஸோப்ரோஸ்டால் கொடுக்கும் நேரம்: மிகவும் பரிந்துரைக்கப்பட்ட மருத்துவக் கருக்கலைப்பு முறையில் பெண்களுக்கு மிஃப்ரிஸ்டோனைக் கொடுத்ததிலிருந்து 24/48 மணி நேரத்திற்குப்பிறகு மிஸோப்ரோஸ்டால் கொடுக்கப்படுகிறது . மிஃப்ரிஸ்டோனைக் கொடுத்ததிலிருந்து 12/72 மணி நேரத்தில் மிஸோப்ரோஸ்டால் கொடுக்கப்பட்டாலும், வெற்றிகரமாக இருக்கும் என்று ஆராய்ச்சிகளின் மூலம்

நீருபணமாகியிருக்கிறது.^{54,55} மிலேபரோஸ்டாலுக்கும் மிஃப்ரிஸ்டோனுக்கும் இடையே குறுகிய கால இடைவெளியில் கொடுக்கும் (அதாவது 12 மணி நேரத்திற்குக் குறைவாக) அல்லது இரண்டையும் ஒன்றாகக் கொடுக்கும் சிகிச்சை முறையில் சற்று குறைவான ஆற்றலே உள்ளது.^{56,57,58} மிலேபரோஸ்டால் அளிக்கும் இடைவெளியை அதிகரிக்கும்போது இந்த சிகிச்சை முறை மேலும் நமக்கு ஏற்றாற்போல் வளைந்து கொடுத்து, பெண்களின் வசதிக்காகவும் மற்றும் மருந்தகத்திற்கு வருவது பற்றிய திட்டம் வகுக்க வசதியாகவும் இருக்கும்.

B. மருந்தகம் வருவதற்கான அட்டவணை

யுனைட் ஸ்டேட்ஸிலும் மற்ற இடங்களிலும் உள்ளவர்களுக்கு மருத்துவக் கருக்கலைப்பின்போது இரண்டே விசிட்டுகள் வந்தால்போதும். (படம் 4.1ஐ பார்க்கவும்). யுனைட் ஸ்டேட்ஸில் ஏற்றுக் கொள்ளப்பட்ட அட்டவணை தெரிவிப்பது என்னவென்றால், பெண்கள் 3 முறை க்ளினிக்குக்கு வர வேண்டும். முதல் முறை வருவது மிஃப்ரிஸ்டோனை உட்கொள்வதற்காக. இரண்டாவது முறை வருவது (மிஃப்ரிஸ்டோனை உட்கொண்ட பிறகு 1-3 நாட்களில்) மிலேபரோஸ்டோலை உட்கொள்வதற்காக. மூன்றாவது முறை (சுமார் 2 வாரங்களுக்குப் பிறகு) கருக்கலைப்பு முடிந்ததை உறுதிசெய்து கொள்வதற்காக. இருந்தாலும் வீட்டில் மாத்திரை கொடுக்கும்போது பல ஆராய்ச்சிகள் மூலம் மிலேபரோஸ்டால் அளிக்கும் பாதுகாப்பையும் மருந்தின் சக்தியையும் சோதனை செய்து மருந்தகம் வரும் பெண்களின் எண்ணிக்கையைக் குறைக்கலாம் என்று நீருபித்திருக்கிறார்கள்.^{23-25,27-29,59-62} பெரும்பாலான பெண்களுக்கு இந்த முறை பிடித்தமானதாக உள்ளது. மருத்துவர்கள் சேவை அளிப்பதற்கு இது சுலபமாகவும் வசதியான முறையாகவும் உள்ளது. வீட்டிலேயே வைத்து மிலேபரோஸ்டோலை அளிப்பது யுனைட் ஸ்டேட்ஸில் தரமான பராமரிப்பை அளிக்கிறது. மற்றும் இங்கு ஒரு மில்லியன் பெண்களுக்கும் அதிகமாக இந்த முறையை இந்த வகையில் பயன்படுத்தியிருக்கிறார்கள்.²⁰ மேலும் பல நாடுகளிலும் இந்த முறையைப் பின்பற்றுகிறார்கள். மிஃப்ரிஸ்டோனை மருந்தகத்தில் எடுத்துக் கொள்ளும் மருத்துவ கருக்கலைப்பு முறைதான் பெரும்பாலும் சிபாரிசு செய்யப்படுகிறது. எனினும், பெரும்பாலான பெண்களுக்கு மிகக் குறைவான அல்லது பக்க விளைவு இல்லாத மிஃப்ரிஸ்டோனை மருத்துவரின் மேற்பார்வையில் எடுக்க வேண்டும் என்று எந்த விதமான கணக்கெடுப்புத் தகவலும் இல்லை.

மிஃப்ரிஸ்டோனை வீட்டிலேயே எடுத்துக் கொள்பவர்கள் பற்றிய தகவல்கள் மிகவும் குறைவு. சமீபத்தில் நடந்த விரிவான ஆராய்ச்சியின்படி வீட்டிலேயே வைத்து மிஃப்ரிஸ்டோனையும் மிலேபரோஸ்டோலையும் பெண்கள் Women on the Web என்ற வெப்பசட்டில் மாத்திரைகளை வாங்கி தாங்களாகவே உட்கொள்கிறார்கள். அவர்களுடைய வெற்றி அளவும் (93.2%) மருத்துவ மனையில் புற நோயாளியாக வரும் பெண்களின் வெற்றி அளவும் ஒன்றாகவே உள்ளன.⁶³

அது மட்டுமல்லாமல் மீண்டும் மீண்டும் மருந்தகம் வருவதை எவ்வாறு தவிர்ப்பது என்றும் நேரில் செல்வதை தவிர மற்ற வழிகளில் இதைக் கையாளுவது பற்றியும்

ஆராய்ச்சியாளர்கள் சோதனை செய்து வருகிறார்கள். நோயாளிகள் தனக்குத் தானே மதிப்பீடு அளித்துக் கொள்ளுதல் மற்றும் குறைந்த சென்சிட்டிவிட்டி உள்ள கர்ப்ப சோதனை (ப்ரெக்னன்ஸி டெஸ்ட்) செய்து கொள்ளுதல் என்பது ஒரு சாத்தியமான மாற்று.⁶⁴ இன்றைய நாளில் கர்ப்பத்தைக் கண்டறியும் சக்தி வாய்ந்த கர்ப்ப சோதனை வியாபார ரீதியாகக் கிடைப்பதில்லை. மேலும் பெண்களுக்குப் பொருத்தமான சாதனம் (டயக்னாஸ்டிக் சோதனைகள்) ஒன்றை கண்டறியும் ஆராய்ச்சி தேவைப்படுகிறது.⁶⁵

விசிட்டுகளின் எண்ணிக்கையை அதிகரிக்கும் சாத்தியமான காட்சிகள் பின்வருமாறு:

- விருப்பமில்லாத கர்ப்பத்துடன் ஒரு பெண்மணி க்ளினிக்குக்கு வரும்போது அறுவை சிகிச்சை மற்றும் மருத்துவக் கருக்கலைப்பு பற்றி தகவலை அவரிடம் கூறும்போது, ஏதாவது ஒரு முறையை தேர்ந்தெடுப்பதற்கு கூடுதலாக அவகாசம் கேட்கிறார்.
- ஒரு பெண்மணி அவருடைய இரண்டு வார தொடர்நிலை (கடிட்டடி/ரி) விசிட்டுக்கு வருகிறார். அவருடைய கர்ப்பம் தொடரவில்லை என்றாலும்கூட முழுமையாகக் கரு கலையவில்லை என்ற தெரிந்து கொள்கிறார். கூடுதல் டோஸ் மிலோப்ரோஸ்டால் கொடுக்க வேண்டும் என்றோ மேற்கொண்டு எந்த சிகிச்சையும் அளிக்காமலேயே கரு முழுவதுமாகக் கலைகிறதா என்று காத்திருந்து பார்க்கலாம் என்றோ தீர்மானம் எடுக்கப்படுகிறது. இரண்டு நிலைகளிலுமே மறுபடியும் தொடர்நிலை வருகை (கடிட்டடி/ரி) அவசியம் என்று பரிந்துரைக்கப்படுகிறது.

C. பக்கவிளைவுகள் மற்றும் மிகுபிணியை (காம்ப்ளிகேஷனை) கட்டுப்படுத்துதல்

மருத்துவ கருக்கலைப்புடன் சம்பந்தப்பட்ட பக்க விளைவுகள் நன்கு அறியப்பட்டவை. மற்றும் மிக சுலபமாகக் கட்டுப்படுத்த முடியும். மருந்தகத்தில் அந்தப் பெண்ணைப் பார்த்துக் கொள்ளும் நபர் (ஆலோசனை வழங்குபவர் செவிலியர், மருத்துவச்சி அல்லது பயிற்சி அளிக்கப்பட்டுள்ள துணை நபர் (சப்போர்ட்) பக்க விளைவுகள் மற்றும் அதனை குணப்படுத்தும் முறைகள் மற்றும் அப்பெண்ணின் நலன் பற்றிய விளக்கங்களை சொல்லத் தெரிய வேண்டும். சில சந்தர்பங்களில் ஒரு மருத்துவர் பக்க விளைவுகளையும் கட்டுப்படுத்துதல் அவசியம்.

மிகவும் எதிர்பார்க்கப்படும் பொதுவான விளைவுகளில் ஒன்று கருப்பையின் (தசைப்பிடிப்பினால் ஏற்படும்) வலி , மற்றும் யோனிக்குழாயில் ரத்தப்போக்கு. இந்த அறிகுறிகள் (நோய்க்குறி) எதிர்பார்க்கப் பட வேண்டியது. ஏனென்றால் அவை கருக்கலைப்பின் ஓர் அம்சம். "பக்க விளைவு" அல்ல. அப்பெண்ணுக்கு வலி நிவாரண மாத்திரை அல்லது வலி நிவாரணத்திற்கான மருந்துச் சீட்டை மருந்தகத்தைவிட்டு செல்லுமுன் கொடுக்கப்பட வேண்டும். அவர்களுக்கு அதிகமான ரத்தப்போக்கோ (கீழே உள்ள வரையறையைப் பார்க்கவும்) அல்லது தொடர்ந்து ஜூரமோ இருந்தால் அவர்கள் கூடுதல் கவனிப்பு மருந்தகத்தையோ அவசர சிகிச்சை பிரிவையோ) நாட வேண்டும் என்ற அறிவுரை செய்யப்பட வேண்டும். விவரமான வர்ணித்த பொது விளைவுகள் அதிரோகம் மிகுபிணி மற்றும் இந்தப் பிரச்சனைகளை எவ்வாறு சமாளிப்பது என்பது பற்றி அட்டவணை 4.1 ஐ பார்க்கவும்.

அட்டவணை 4.1 மிகுபிணிகளுக்கும் மற்றும் பக்க விளைவுகளுக்கும் சிகிச்சை மற்றும் எதிர்கொள்ளுதல்

விவரம்

எதிர்கொள்ளுதல்

வலி

வலி அறிவித்தல் மற்றும் அனாலஜிஷியாவுக்கான அவசியம் அந்தந்த பாரம்பரியத்துக்குப் பாரம்பரியம், மருந்தகத்திற்கு மருந்தகம், நபருக்கு நபர் மாறுபடும். உதாரணத்திற்கு மயக்க மருந்து (அனஸ்தீஷியா) கொடுக்காமல் அறுவை கருக்கலைப்பு செய்த இடங்களில் கிட்டத்தட்ட வலியே இல்லாத மருத்துவக் கருக்கலைப்பு செய்ததாக மதிப்பீடு செய்யப்பட்டுள்ளது. எனினும், பெரும்பாலான பெண்கள் குறைந்தது சிறிதளவு வலி இருப்பதாக அறிவிக்கிறார்கள், மற்றும் சராசரியாக பாதிப்பெண்களுக்கு அனாலஜிஷியாவுக்கான அவசியம் ஏற்படுகிறது. அறுவை சிகிச்சை செய்ய வேண்டிய தேவை ஏற்படுவதை வலி அபூர்வமாக அடையாளம் காட்டுகிறது. ஆனால் கரு வெளியேற்றம் ஆரம்பித்தவுடன் வலி விரைவாகக் குறைவ ஆரம்பிக்கிறது.

- சுடுநீர் பாட்டில் அல்லது வெப்பமூட்டும் பேட்
- வசதியாக உட்காருதல் அல்லது படுத்தல்
- நண்பர்கள்/ குடும்பத்தினரின் ஆதரவு (உதவி)
- இதமூட்டும் இசை, டி.வி, டீ (கிடைக்கும் இடத்தில்)
- பாராசிப்டமால்/ அசிப்டாமழினோஃபென்
- இபுப்ரோஃபின் போன்ற ஸ்டிராயிட் அல்லாத, நான் ஸ்டிராயிடல் ஆன்ட்டி இன்ஃப்ளமேட்டரி (சூளுருஜினுள்) டர்சன்
- கோடெயின் போன்ற பலவீனமான ஓபியாயிட்கள் (மற்றும் மேற்சொன்னவற்றில் ஒன்று)

தப ஞாயபேசயனடி

வெற்றிகரமான மருத்துவக் கருக்கலைப்பு அனுபவம் உள்ள எல்லாப் பெண்களுக்கும் யோனிக்குழாயில் ரத்தப்போக்கு அனுபவம் இருக்கும். வழக்கமான மாதவிடாயைவிட ரத்தப்போக்கு அதிக அளவாகவும், நீண்ட காலத்திற்கும் இருக்கும் ஆனால் சாதாரணமாக ஹ மோக்ளோபினின் அளவை பாதிக்கும் அளவுக்கு இருக்காது. ரத்த இழப்பின் மொத்த அளவு கருவயதுக்கு ஏற்ப இருக்கும்.⁶⁶ எப்போதும் ப்ரோஸ்டாக்ளான்டின் செலுத்திய பிறகு ரத்தப்போக்கு 3 முதல் 6 மணி நேரத்திற்குப் பிறகு அதிகமாக இருக்கும். மேலும், வழக்கமாக ஒரு வாரத்திற்கு நீடிக்கும். ஆனால் சில பெண்களுக்கு ஒரு மாதம் வரைகூட நீடிப்பதுண்டு.

- கருக்கலைப்புக்கு முன்பு ஆலோசனை வழங்கும்போது, ரத்தப்போக்கு பற்றி நியாயமான அளவுக்கு எதிர்பார்ப்பை விளக்கவும்
- ரத்தப்போக்கு அளவுக்கு அதிகமாக உள்ளதா என்பதை எப்படி கண்டறிய வேண்டும் என்றும், அவ்வாறு அதிகமாக இருந்தால் கூடுதல் சிகிச்சைக்கு எங்கு செல்ல வேண்டும் என்பது பற்றியும் தெளிவாக அறிவுறுத்தவும்

அட்டவணை 4.1 சிகிச்சை மற்றும் பக்க விளைவுகளுக்கும் சிக்கல்களுக்கும் சிகிச்சை தொடர்ச்சி (தொடரும)

விவரம்

எதிர்கொள்ளுதல்

அளவுக்கு அதிகமான அல்லது நீண்டகால ரத்தப்போக்கு

காய்ச்சல் / குளிர்

அளவுக்கு அதிகமான அல்லது நீண்டகால ரத்தப்போக்கு மருத்துவ முக்கியத்துவம் கொடுக்க வேண்டிய அளவுக்கு ஹ மோக்ளோபினில் மாறுதலை ஏற்படுத்துவது பொதுவில் இல்லை.^{49,57,58} தோராயமாக 1% பெண்களுக்கு ரத்தப்போக்கை (ஹ மோஸ்டாஸிஸ்லை) கட்டுப்படுத்துவதற்கு கருப்பையை சுத்தம் செய்ய வேண்டியிருக்கும். ரத்தம் செலுத்த வேண்டிய தேவை எப்போதும் அபூர்வம். (0,1% வடி 0,2%) மருத்துவக் கருக்கலைப்பு செய்தபிறகு கருப்பையை நீக்க அறுவை சிகிச்சை செய்ய வேண்டியிருப்பதாக ஹிஸ்டரக்டமி மருத்துவ இலக்கியத்தில் எந்த வித அறிவிப்பும் இல்லை. பெண்களிடம் பெரும்பாலான மருத்துவக் கருக்கலைப்பு எந்த வித சம்பவமும் இல்லாமல் நடக்கிறது என்பதை விவரிக்க வேண்டியது முக்கியம். என்றாலும்கூட அதிகப்படியான ரத்தப்போக்கு அனுபவம் இருந்தால் தனது மருத்துவரை அழைப்பதற்கும் அவரை ஊக்குவிப்பது முக்கியம்

சானிடரி நாப்கின்களின் எண்ணிக்கை (அல்லது உள்ளூரில் அதற்கு இணையாக இருப்பது) ரத்தப்போக்கின் அளவை நிர்ணயிப்பதற்கு உதவும். யுனைடட் ஸ்டேட்ஸில் உதாரணத்திற்கு இரண்டு சூப்பர் சைஸ் சானிடரி பேட்கள் ஒரு மணி நேரத்தில் நனைந்து, அதே போல் இரண்டு மணி நேரத்தில் அடுத்தடுத்து நனைந்தால் அவர்கள் ஒரு மருத்துவரை அழைக்க வேண்டும்

மிஸோப்ரோஸ்டால் சில சமயங்களில் உடல் சூட்டை அதிகரிக்கும். இது போன்று உடல் சூடு அதிகரித்தல் இரண்டு மணி நேரத்திற்கு மேல் நீடிக்காது. மருத்துவக் கருக்கலைப்பில் கருப்பை/ இடுப்புப்பகுதியில் நோய்த்தொற்றுக்கள் அபூர்வம் என்றாலும்கூட காய்ச்சல் நீண்ட நாட்களுக்கு இருந்தாலோ அல்லது ப்ரோஸ்டோக்ளாண்டிக் கொடுத்து பல நாட்களுக்குப் பிறகு காய்ச்சல் (ஜூரம்) ஆரம்பித்தாலோ அது தொற்று நோயின் அடையாளமாகும்

- ஹீமோடைனமிக் காம்ப்ரமைஸ் இருப்பதற்கான அறிகுறி இருந்தால் ரத்தக் குழாய் மூலமாக திரவம் ஏற்றப்பட வேண்டும்
- ரத்தப்போக்கு குறிப்பாக அபரிமிதமாகவோ அல்லது நீண்ட நேரத்திற்கோ இருந்தால், அறுவை சிகிச்சை குறிக்கீடு தேவைப்படலாம்
- மருத்துவ ரீதியாகத் தெளிவாகத் தேவைப்பட்டால்தான் ரத்தம் செலுத்தப்பட வேண்டும்

- ஆன்ட்டி பைரடிக்கல் மற்றும் நம்பிக்கை அளித்தல்
- நான்கு மணி நேரத்திற்கு மேல் காய்ச்சல் (ஜூரம்) நீடித்தால் அல்லது மிஸோப்ரோஸ்டால் கொடுத்து ஒரு நாளைக்குப் பிறகு ஆரம்பித்தால் அந்தப் பெண் மருந்தகத்தைத் தொடர்புகொள்ளுமாறு அறிவுறுத்தப்பட வேண்டும்

அட்டவணை 4.1 (தொடரும்)

விவரம்

எதிர்கொள்ளுதல்

குமட்டல் மற்றும் வாந்தி

மருத்துவக் கருக்கலைப்பு செய்து கொள்ளும் பெண்களில் பாதிக்கு மேல் குமட்டல் இருப்பது பதிவாகியுள்ளது. மற்றும் மூன்றில் ஒரு பங்குக்கும் குறைவானவர்களுக்கு வாந்தி ஏற்படுகிறது. இந்த அறிகுறிகள் வழக்கமாக கர்ப்பம் சம்பந்தமானவை மற்றும் மருத்துவக் கருக்கலைப்பு உண்டாக்கும்போது ஏற்படக்கூடியவை. மிஃப்ரிஸ்டோனை எடுத்தவுடன் குமட்டல் ஏற்படலாம் அல்லது அது ஏற்கனவே இருந்தால் தீவிரம் அதிகரிக்கும். மற்றும் மிஸோப்ரோஸ்டால் எடுத்துக் கொண்ட பல மணி நேரத்திற்குப் பிறகு வழக்கமாகக் குறையும்

- பொதுவாக கர்ப்பத்தின் போது அதனுடன் குமட்டல் மற்றும் வாந்தி இருப்பது வழக்கம் என்றும் இவை மருந்துகளின் பக்கவிளைவாகவும் இருக்கலாம் என்றும் பெண்களிடம் மறுபடியும் நிச்சயப்படுத்த வேண்டும்
- தீவிரமான நோய்க்குறிகள் இருந்தால் குமட்டலுக்கும் வாந்திக்கும் மருந்துகள் இருந்தால் பெண்களுக்கு ஆன்ட்டி நாசியா அல்லது ஆன்ட்டி எமடிக் (வாந்தி அல்லது குமட்டலுக்கு எதிரான மருந்துகள்) அளிக்கவும்

வயிற்றுப்போக்கு

மிஸோப்ரிஸ்டால்லைச் செலுத்திய எல்லாப் பெண்களிலும் கால்பகுதி பெண்களுக்கும் குறைவாகக் குறுகிய காலத்திற்கு வயிற்றுப்போக்கு காணப்படுகிறது. அந்த வயிற்றுப்போக்கு பெரும்பாலும் எப்போதும் குறுகிய காலத்திற்கு மட்டுமே இருக்கும் என்பதால் சிகிச்சை அபூர்வமாகத் தான் தேவைப்படும்

- மிஸோப்ரிஸ்டால் வயிற்றுப் போக்கு தொடர்புடையது என்றும் வழக்கமாக விரைவிலேயே நின்றுவிடும் என்றும் அந்தப் பெண்ணுக்கு உறுதி செய்ய வேண்டும்

வயிற்றுப்போக்கு தலைவலி மற்றும் களைப்பு அல்லது தலைசுற்றல் கு

எல்லாப் பெண்களிலும் கால்பங்குக்கும் குறைவானவர்களுக்கே இந்த அறிகுறி இருப்பதாகப் பதிவுசெய்யப்பட்டுள்ளது. அவை வழக்கமாக சுய கட்டுப்பாட்டில் இருப்பவை. தன்னிச்சையாக குணமாகிவிடும் மற்றும் அறிகுறி நிலையிலேயே சிறப்பாக குணப்படுத்தக்கூடியவை

- நம்பிக்கை அளிக்கவும் மற்றும் தேவைக்கேற்றபடி வலிநிவாரணிகளை அளிக்கவும்

அட்டவணை 4.1 சிகிச்சை மற்றும் பக்க விளைவுகளுக்கும் சிக்கல்களுக்கும் சிகிச்சை தொடர்ச்சி சிகிச்சை தொடர்ச்சி (தொடரும்)

விவரம்

எதிர்கொள்ளுதல்

நோய்த்தொற்று

மருத்துவக் கருக்கலைப்பைத் தொடர்ந்து தீவிரமான நோய்த்தொற்று (IV ஆன்ட்டிபயாட்டிக்குகள் மற்றும் மருத்துவ மனையில் அனுமதிக்க வேண்டியவை என்று வரையறுக்கப்பட்ட நோய்த் தொற்று) அபூர்வம்.¹⁹ ஆரம்ப நிலையில் உள்ள கருவைக் கலைக்க வேண்டி வரும்போது ஏற்படும் பின் விளைவுகளைப்பற்றி சிறந்த முறையில் செயல்படும் ரிப்போர்ட்டிங் அமைப்பு உள்ள யுனைடட் ஸ்டேட்ஸில், 1000 உபயோகிப்பாளர்களில் 2 பேருக்கு மட்டுமே ஆபத்தான நிலையில் நோய்க்கிருமி தொற்றியதாக அறியப்படுகிறது.²⁰ (சி. சார்டெல்லை மற்றும் சி. பர்டிபிஞ்சென்ஸ்) C. sordellii and C. Perfringens இந்த இரண்டு கிருமிகளும் மரணம் ஏற்படுத்தும் நோய்த் தொற்று உள்ளது என்று அறிவிக்கப்பட்டுள்ளது. எனினும், இது போன்ற நிகழ்வு மிக மிக அபூர்வம். 100,000 பேர் உபயோகித்தால் 0.5 பேருக்குத்தான் இவ்வாறு நடந்திருக்கிறது.^{21,22} மருத்துவக் கருக்கலைப்பு செய்தபிறகு கிருமிகள் தொற்றுவது என்பது ஒரு கவலைக்குரிய தீவிரமான விஷயம் அல்ல. மற்றும் வாய் வழியே ஒரு கோர்ஸ் ஆன்ட்டிபயாட்டிக்குகள் பயன்படுத்தினால் போதும். அவரை அவுட் பேஷன்ட்டாக சிகிச்சை கொடுத்தால் போதுமானது.

- நோய்த்தொற்று இருப்பதாக சந்தேகம் ஏற்பட்டால் (காய்ச்சல் என்பதைப் பார்க்கவும்) பெண்களை சோதனை செய்யவும்
- எண்டோமெட்ரிடிஸ் இருப்பதாகவோ மற்றும் கருக்கலைப்பு முழுமையடையவில்லை என்றோ அடையாளம் இருந்தால் அறுவை சிகிச்சை மூலம் கருக்கலைப்பு செய்ய வேண்டும் மற்றும் ஆன்ட்டிபயாட்டிக்கள் அளிக்கப்பட வேண்டும்
- ஏதாவது தீவிரமான நோய்த்தொற்று இருந்தால் ஆஸ்பத்திரியில் அனுமதிக்க வேண்டிய தேவை வரலாம். மற்றும் பேரன்ட்டரல் ஆன்ட்டிபயாட்டிக் அளிக்க வேண்டியிருக்கலாம்
- ஆன்ட்டிபயாட்டிக் அளித்தல் (ப்ரோபிலாக்டிகலாகவோ அல்லது ஸ்க்ரீன் அண்ட் ட்ரிட் ப்ரோடோகாலோ) யுனைடட் கிங்டம் மற்றும் ஸ்வீடன் மற்றும் 'ப்ளான்ட் பேரன்ட்ஹூட் ஃபெட்ரேஷன் அஃப் அமெரிக்கா' டீயநேனீயசநவோடிடின குநனநசயவடிடே டிக ரூஅநசனைய) உள்பட சில அமைப்புக்களில் உபயோகிக்கப்படுகிறது. எனினும், வழக்கமாக ஆன்ட்டிபயாட்டிக்குகள் உபயோகிப்பது எல்லா அமைப்புக்களிலும், எல்லாப் பெண்களுக்கும் , வசதியாக இருக்காது. அதற்கே உரித்தான பக்க விளைவுகள் மற்றும் தீவிரமான பாதிப்புக்களான தீவிரமான மற்றும் மரணத்தை ஏற்படுத்தும் ஒவ்வாமை விளைவுகள் போன்றவை ஆகும். யுனைடட் ஸ்டேட்ஸ் FDA வோ அல்லது WHO வோ மருத்துவக் கருக்கலைப்பு செய்வதற்கு வழக்கமான ஆன்ட்டிபயாட்டிக்குகளைப் பரிந்துரைக்கவில்லை

D. எத்தனை முறை வர வேண்டும்:

கருக்கலைப்பு வெற்றியா இல்லையா என்பதை மதிப்பீடு செய்வதற்கு பின் வரும் சாதனங்கள் பயன்படுத்தப்படலாம்.³⁶

- உடல் ரீதியான பரிசோதனை: பெண்களின் கருக்கலைப்புக்கான அடையாளங்கள் (காண்க அத்தியாயம் IV C பகுதியை வலி/ ரத்தப்போக்கு வகைக்கு) உடல் ரீதியான சோதனை மூலம் செயல் முறையில் கர்ப்பத்திற்கு முந்தைய அளவுக்கு கருப்பை மீண்டுவிட்டதா என்று சரிபார்த்தல்.
- அல்ட்ராசோனோக்ராஃபி: வெற்றியை மதிப்பீடு செய்வதற்கு அல்ட்ராசவுண்ட் சோதனை ஒரு பயன்மிக்க சாதனமாக இருக்கும். மருத்துவர் அந்த தொழில்நுட்பத்தில் நிபுணராக இருத்தல் வேண்டும். ரத்தக்கட்டி / டெப்ரிஸ்(சிதைவுகள்), உண்மையாகவே முழுமையடையாத கருக்கலைப்புக்கும் மற்றும் தொடர்ந்து கொண்டிருக்கும் கர்ப்பத்துக்கும் இடையே வித்தியாசம் கண்டறிய வேண்டியது முக்கியம்.⁶⁹ அல்ட்ராசவுண்டின்போது சில சிதைவுகள் காணப்பட்டாலும்கூட, மருத்துவரீதியாக நன்றாக உள்ள பெண்ணிற்கு கர்ப்பப்பையை சுத்தம் செய்ய வேண்டியது இல்லை. தன்னிச்சையாக நேரும் கருச்சிதைவில் உள்ளதுபோன்ற சிகிச்சை வழிமுறை , தொடர்ந்து கொண்டிருக்கும் கர்ப்பம் உள்ளவர்கள் தவிர எல்லாக் கருச்சிதைவுகளுக்கும் போதுமானது.

தொடர்ந்து இருக்கும் கருப்போர்வை

கரு இறந்தபிறகும் கூட செயலிழந்த கருப்போர்வை கருப்பைக்குள் மீதம் இருக்கும். அந்தப் பெண்ணுக்கு கிருமி தொற்றியதற்கான அடையாளம் இல்லாவிடினும், கவலைக்குரிய ரத்தப் போக்கு இல்லை என்றாலோ, மற்றும் கரு வெளியேறுவதற்குக் காத்திருக்கத் தயாராக இருந்தாலோ அவர் காத்திருக்கலாம். கர்ப்ப திசுக்களை வெளியேற்றுவதற்குக் கூடுதலான மிஸோப்ரோஸ்டால் டோஸ் தூண்டுதல் அளிக்கும்.⁷⁰

சிகிச்சை.

- கூடுதல் டோஸ்கள் மிஸோப்ரோஸ்டால் அளிப்பது பற்றிக் கருதவும்
- பெண்ணுக்கு நம்பிக்கை அளிக்கவும். மருத்துவ ரீதியான அபாயம் எதுவும் இல்லை என்றால் (உதாரணம் ஜூரம், அதிகமான ரத்தப்போக்கு) கரு வெளியேறுவதற்காகக் காத்திருப்பது பாதுகாப்பானது அல்லது
- இன்னொரு கோர்ஸ் மிஸோப்ரோஸ்டால் அளிக்கவும்.
- இந்த அறிகுறிக்கு மிகச் சரியான அளவு மிஸோப்ரோஸ்டால் டோஸ் எவ்வளவு என்று ஆராய்ந்து வருகின்றனர்.⁷⁰

சீரம் β -hCG மருத்துவக் கருக்கலைப்புக்குப் பிறகு குறைதல்

β -hCG ன் சீரம் (ஹ்யூமன் கோரியானிக் கோனாட்ராட்ராபின்) அடர்த்தி கர்ப்பத்தின் முதல் 6 வாரங்களில் அதிகரிக்கிறது. 1.3 முதல் 2 நாட்களில் தோராயமாக இரண்டு மடங்காக்கிகொண்டே போகிறது.³⁶ ஆரம்ப கால கர்ப்பத்தின்போது சீரம்மின் மீன் அநயே அளவு, கரு வயதுக்கேற்ப இருந்தாலும் கர்ப்பம் சாதாரணமாக வளர்ந்து கொண்டே போகும்போது, பல வகையான மதிப்புக்கள் அவற்றுடன் ஏற்றுப்போகின்றன. இந்த வகையான விரிவான மதிப்பீட்டுக்கு வெளியே கணக்கீடு இருந்தால்தான் பிரச்சனை ஏற்படும். வரிசையாக தொடர்ந்து கணக்கெடுப்புக்கள் செய்தால் குறிப்பிடத்தக்க அளவு மாறுவதில்லை.

கர்ப்பத்தின் தேதியை நிர்ணயிக்க ஒரே ஒருமுறை hCG கணக்கெடுப்பைப் பயன்படுத்தினால் போதாது. hCG ல் உள்ள மாற்றங்களை பதிவு செய்ய வேண்டுமானால் லீரம் மாதிரிகளை (samples) வரிசையாக எடுத்து ஒப்பிட வேண்டும். hCG யின் அளவு குறைந்து கொண்டே வந்தால் கருமுடிவுற்றது என்பதற்கான அடையாளமாகும். hCG யின் அளவு அதிகரித்துக் கொண்டே வந்தால் கர்ப்பம் தொடர்வதற்கான அடையாளமாகும். hCG யின் அளவு 24 மணி நேரத்தில் 50% க்கும் குறைந்தால் கர்ப்பம் முடிந்ததற்கான சாத்தியம் உள்ளது.^{71,72} முழுமையான கருக்கலைப்பு உண்டான பெண்களுக்கு ஊழூ சீரம்மின் அடர்த்தி மிஃப்ரிஸ்டோனைக் கொடுத்த 2 வாரங்களுக்குப் பிறகு 1,000 IU/L க்கும் குறைவாக இருத்தல் வேண்டும்.⁷³ மிகக் குறைந்த அளவை எட்டுவதற்கான நேரம் (50 IU/L க்குக் கீழே) செல்லும் நேரத்திற்கு ஆரம்ப hCG நிலைக்கு நேரடியாகத் தொடர்புடையது.⁷⁴

தொகுப்ப:

- பல மிஃப்ரிஸ்டோன் - மிசோப்ரோஸ்டால் சிகிச்சை முறைகள் முதல் ட்ரைமெஸ்டர் கர்ப்பத்தைக் கலைப்பதில் நன்கு செயல்புரிகின்றன.
- பெருமளவில் ஏராளமான பெண்கள் தங்கள் மருத்துவக் கருக்கலைப்பு செயல்பாட்டிற்கு இரண்டு முறை மருந்தகம் செல்கிறார்கள். எனினும், ஒரு பெண் செல்ல வேண்டிய எண்ணிக்கைகள் ஒன்று முதல் (ஒரு முறை மருத்துவ மதிப்பீட்டிற்காக, ஆலோசனைக்காக மற்றும் மிஃப்ரிஸ்டோன் செலுத்துவதற்காக) 4 முறைகள் அல்லது அதற்கும் அதிகமாக அவர்களது தனிப்பட்ட சூழ்நிலை மற்றும் அவர்கள் பின்பற்றவேண்டிய விதிமுறைகள் (ரிசடிவடிஉடிட) ஏற்ப இருக்கும்.
- ஆரம்ப கால விளைவுகள் (அதாவது வலி மற்றும் ரத்தப்போக்கு) மற்றும் பக்க விளைவுகள் எதிர்பார்க்கப்படுகின்றன. மற்றும் அவற்றைப் பெண்கள் நன்கு தாங்கிக் கொள்கிறார்கள்.
- ஒவ்வொரு மருத்துவக் கருக்கலைப்பும் முடிவடைந்தது என்று உறுதி செய்து கொள்ளவேண்டியது மிகவும் முக்கியமாகும். எனினும், செயல்பாடு முடிவடைந்ததை உறுதி செய்து கொள்ளுவதற்கு மருந்தகத்திற்கு வர வேண்டிய அவசியம் இருக்காது.

V. ஆலோசனை மற்றும் தகவல்கள் அளித்தல்

அத்தியாயத்தின் உள்ளடக்கம்

- ஒரு முறையைத் தேர்ந்தெடுத்தல்
- அவர் தகுதியுள்ளவரா என்று பரிசோதித்தல்
- என்ன எதிர்பார்க்க வேண்டும் என்பதற்கு அப்பெண்ணைத் தயார் செய்தல்
- கருக்கலைப்புக்குப் பின்பு கருத்தடை முறைகள்

மருத்துவக் கருக்கலைப்பில் தகவல் முக்கியமான அம்சம்.^{75,76} என்ன எதிர்பார்க்க வேண்டும் என்று பெண்களுக்கு தகவல் தெரிவிக்கவும் மற்றும் கூடுதல் உதவிக்கு எச்சரிக்கை அடையாளங்கள் என்னென்ன என்று பெண்களுக்கு உறுதி செய்யவும் ஆலோசனை வழங்குவதன் மூலம் வாய்ப்புக்கிடைக்கிறது. மருத்துவக் கருக்கலைப்பு ஆலோசனை, மருத்துவ முறையின் செயல் திறன் மற்றும் ஏற்றுக் கொள்ளுதல் இரண்டிற்கும் நெருங்கிய சம்பந்தம் உள்ளது என்று மருந்தக அனுபவம் காட்டுகிறது. மருந்தை உட்கொண்டபிறகு என்ன எதிர்பார்க்க வேண்டும் என்று முறையாகப் பெண்களுக்கு தகவல் தெரிவித்தால் தங்கள் அனுபவத்திற்கு அவர்கள் மேலும் சிறந்த முறையில் தயாராகிறார்கள். மேலும் அந்த செயலை முடிவுக்குக் கொண்டு வர அவசியமற்ற அறுவை சிகிச்சை கருக்கலைப்பு வேண்டும் என்று வேண்டுகோள் விடுக்க குறைந்த சாத்தியமே உள்ளது. அது மட்டுமல்லாமல், அந்த முறை பற்றி அதிக நம்பிக்கை கொண்டிருப்பவர்களுக்கும் அது வசதியாக உள்ளது என்று உணர்பவர்களுக்கும் இம்முறை மேலும் அதிக திருப்தியை அளிக்கிறது.

மருத்துவர் மற்றும் பெண்களுக்கு மருத்துவ கருக்கலைப்பு முறைகள் பரிச்சயமாகாமலிருந்தால் அறுவை சிகிச்சைக்கு முன் அளிக்க வேண்டிய ஆலோசனையைவிட மருத்துவ கருக்கலைப்புக்கு முன் ஆலோசகர் இன்னும் அதிக நேரம் எடுக்க வேண்டியிருக்கும். மருத்துவருக்கு அனுபவம் அதிகமாக ஆக ஆலோசனை அளிக்கும்நேரம் குறையும். விவரமான ஆலோசனை சோதனைப்பட்டியல் (உாநஉமடளைவ) இணைப்பு ஞ ஐ பார்க்கவும்.

A. ஒரு முறையைத் தேர்ந்தெடுத்தல்

மருத்துவக் கருக்கலைப்பு மற்றும் அறுவை சிகிச்சை முறை இரண்டுமே கிடைக்கும் என்றால் இந்த இரண்டு வகைகளையும் பற்றி ஒரு பெண்ணுக்கு ஒரு சுருக்கமான விவரக்குறிப்பு அளிக்கப்பட வேண்டும். மருத்துவக் கருக்கலைப்பு பற்றி கீழே ஒரு 'மாதிரிப்படிவம்' உள்ளது:

மருத்துவக் கருக்கலைப்பு என்பது கர்ப்பத்தை முடிவுக்குக் கொண்டு வருவதற்கு மாத்திரைகள் பயன்படுத்தும் முறையாகும். மருத்துவக் கருக்கலைப்புக்கு 2 வெவ்வேறு மருந்துகள் அவசியம். இந்த முறையைப் பயன்படுத்தி கருக்கலைப்பை துவக்கவதற்கு பெண் முதலில் மிஃப்ரிஸ்டோன் என்று அழைக்கப்படும் மாத்திரையை எடுத்துக் கொள்ள வேண்டும். பிறகு மிலேப்ரோஸ்டால் என்ற இரண்டாவது சுற்று (செட்) மாத்திரையை சிகிச்சையை முடிப்பதற்காக வீட்டிலேயோ அல்லது மருந்தகத்திலேயோ எடுத்துக் கொள்ள வேண்டும். இரண்டாவது சுற்று (செட்) மாத்திரைகளை எடுத்துக் கொண்ட பிறகு பெண்களுக்குக் கருப்பை தசை இழுத்துக் கொள்ளாதல், ரத்தப்போக்கு , குமட்டல், வாந்தி, மற்றும் வயிற்றுப் போக்கு அனுபவங்கள் ஏற்படக்கூடும். இந்தப் பக்க விளைவுகளில் பெரும்பாலானவை சில மணி நேரத்தில் போய்விடும். ஆனால் அதிக உதிரப்போக்கு இருக்கும். மாதவிடாயைப் போன்ற ரத்தப்போக்கு ஒரு வாரம் அல்லது அதற்கும் மேலாகத் தொடரக்கூடும். இந்த சிகிச்சை முறை 95% நேரத்திற்கு பலன் மிக்கதாகவும் பெரும்பாலான பெண்களுக்கு மிகவும் ஏற்றுக் கொள்ளக்கூடியதாகவும் உள்ளது என்று ஆய்வுகள் தெரிவிக்கின்றன.

ஒவ்வொரு பெண்ணும் தனக்கென ஒரு முறையைத் தேர்ந்தெடுப்பதற்கு வாய்ப்பளிக்கும்படி முழுமையான, துல்லியமான, மற்றும் சார்பற்ற தகவல்களை அளிக்க வேண்டியது முக்கியம். இரண்டில் ஏதாவது ஒரு முறையையோ, அதாவது மருத்துவக் கருக்கலைப்பு அல்லது அறுவை சிகிச்சையையோ தேர்ந்தெடுப்பதற்குப் பெண்ணை வற்புறுத்தக்கூடாது. மருத்துவர் , மருத்துவக் கருக்கலைப்பு தோல்வியுற்றால் அறுவை சிகிச்சையில் நிறுத்தமுறை செய்யப்பட வேண்டும் என்று பெண்ணுக்கு தெரிவிக்க மருத்துவர் அவகாசம் எடுத்துக் கொள்ள வேண்டும். தனிப்பட்ட நம்பிக்கைகள், ரசியக்காப்பு மற்றும் சமூக பின்னணி ஆகியவற்றையும் கருத்தில் கொள்ள வேண்டும்.

B. அவர் தகுதியைப் பரிசோதித்தல்

மருத்துவக் கருக்கலைப்புக்குத் தகுதி உள்ளவரா என்ற ஒவ்வொரு பெண்ணையும் பரிசோதிக்க வேண்டும். மருத்துவ கோணத்தில் பெண்ணுக்கு அந்த முறை பொருத்தமானதா இல்லையா என்றும் ஒவ்வொரு பெண்ணையும் பரிசோதிக்க வேண்டும். அந்த கர்ப்பம் 9 வார 0ஆ் க்கு மிகாமல் உள்ளதா மற்றும் அந்தப் பெண்ணுக்கு தெரிந்திருக்கும்படியான ஒவ்வாமைகள் (மடேறே உடிவேசயனேனையவடையே) உள்ளதா என்பது உள்பட உறுதி செய்து கொள்ள வேண்டியது முக்கியம். அதோடுகூட ஒவ்வொரு பெண்ணிடமும் மருத்துவர் பல்வேறு முறைகளைத் தேர்ந்தெடுக்கும் வாய்ப்பு உள்ளதை விவாதித்து அந்தப் பெண் தனது தேவைகளுக்கும், எதிர்பார்ப்புக்கும், அந்த மருத்துவ முறை பொருத்தமானதாக உள்ளதா என்று தீர்மானிக்க வேண்டும். உதாரணத்திற்கு இதைப் பயன்படுத்தும் ஒவ்வொருவரும் காத்திருக்கும் நேரம் முதல் கருக்கலைப்பு முடியும் நேரம் வரை வசதியாக உணர்தல் வேண்டும். மருத்துவக் கருக்கலைப்பு செய்வதற்கு வழக்கமான சோதனைகளுடன் சேர்க்கப்படவேண்டிய விஷயங்கள் பற்றிக் கீழ்க்கண்ட பட்டியல் அடிக்கோடிட்டுக் காட்டுகிறது.

- முந்தைய மருத்துவ நிகழ்வுகள் (அத்தியம் ஐஐஐ பகுதி று ஐ பார்க்கவும்)
- தனிப்பட்ட குணாம்சங்கள் மற்றும் விருப்புகள்
- சமூக சூழல்: குடும்பம்/ துணைவரின் ஆதரவு , பணி மற்றும் குடும்பப் பொறுப்புக்கள்
- பிற்பாடு சிகிச்சை அளிக்கும் இடங்களை சுலபமாக அணுகும் தன்மை
- தேவைக்கேற்றபடி அல்லது தேவைப்பட்டால் மருந்தகத்துக்கு மீண்டும் வர முடிதல்

C. என்ன எதிர்பார்க்க வேண்டும் என்பதற்கு அப்பெண்ணைத் தயார் செய்தல்

மருத்துவர் தன் ஆலோசனை மூலம் கருக்கலைப்பு செய்வது பற்றி உண்மையில் என்ன எதிர்பார்க்க வேண்டும் என்பது பற்றி அந்தப்பெண்ணுக்குத் தெரிவிக்கிறார். இந்த செயல்முறைக்கு உதவுவதற்கு பின் வரும் அம்சங்கள் விவாதிக்கப்பட வேண்டும்.

- மிஃப்ரிஸ்டோன் மற்றும் மிஸோப்ரோஸ்டால்: என்றால் என்ன, அவை எவ்வாறு செயல்புரியும் மற்றும் அவற்றை எடுத்துக் கொள்ள வேண்டிய முறைகளைப் பற்றி விவரித்தல் வேண்டும்.
- மிஸோப்ரோஸ்டாலை அளித்தல்: மிஸோப்ரோஸ்டால் மாத்திரையை அப்பெண்கள் எவ்வழியில் உட்கொள்ள வேண்டும் என்பதை விளக்க வேண்டும். உதாரணத்திற்கு பக்கல் அதாவது தாடையில் (மற்றும் சப் லிங்குவல் நாவுக்கு அடியில்) அளிக்கப்பட்டால் பெண்கள் மிஸோப்ரோஸ்டால் மாத்திரையை தாடைக்குள் உள்ள பக்கல் பாதையின் இடைவெளியில் (அல்லது நாவுக்கு அடியில் சப்லிங்குவல் பாதையில்) 20-30 நிமிடங்களுக்கு வைத்துக் கொண்டுவிட்டு, பிறகே அந்த மாத்திரையை உட்கொள்ளும்படி ஆலோசனை சொல்லப்படும்.
- வெற்றி விகிதம்: 2 - 8% இடையே உள்ள பெண்களுக்கு அறுவை சிகிச்சை மூலம் நிறுத்தமுறை செய்ய வேண்டும் என்று விவரிக்கவும். மாத்திரைகள் பலனளிக்கவில்லை என்றால் கருக்கலைப்பை அறுவை சிகிச்சை மூலம் முழுமையடைய செய்வதற்கு இந்த பெண்ணைத் தயார் செய்தல் வேண்டும்.
- முறையைப் புரிந்து கொள்ளுதல்: இந்த முறை பற்றிய வதந்திகள் மற்றும் தவறான எண்ணங்களைப் போக்க வேண்டும். மற்றும் பெண்ணின் எல்லாக் கேள்விகள் மற்றும் சந்தேகங்களை முழுமையாகப் பரிசீலிக்க வேண்டும்.
- ஆரம்ப நிலை மற்றும் இரண்டாவது நிலை விளைவுகள் பற்றிய எதிர்பார்ப்பு: பொதுவாக எதிர்பார்க்கப்படும் விளைவுகளாகிய வலியின் அளவு, ரத்தப்போக்கு மற்றும் பக்க விளைவுகளைப் பற்றி விவாதிக்கவும்.

- சிசு சிதைவுகளைப் பார்த்தல்: பெண்களிடம் சிசு சிதைவுகளைப் கண்ணால் பார்ப்பார்கள் என்பது நிச்சயமில்லை என்றாலும் ஓரளவு சாத்தியம் உள்ளது என்று அறிவிக்க வேண்டும். சில மருந்தகங்களில் தாங்கள் என்ன பார்க்கப்போகிறார்கள் என்பது பற்றி பெண்களுக்கு துல்லியமாகப் புரிவதற்காக வேறு வேறு கருவயதில் வெளியேற்றப்பட்ட சிசு சிதைவுகளின் படங்களை பெண்களிடம் காட்டுவது பயன்மிக்கதாக உள்ளது என்று கண்டறிந்திருக்கிறார்கள்.
- சாத்தியமான சிக்கல்கள் (மிகுபிணிகள்): சாத்தியமான சிக்கல்கள் பற்றியும் அவற்றிற்கு எவ்வாறு சிகிச்சை அளிப்பது என்பது பற்றியும் பெண்களுக்கு விரிவாக விவரிக்கப்பட வேண்டும். (அத்தியாயம் IV ல் பகுதி C ஐ பார்க்கவும்) முடிந்தால் மருத்துவர்கள் தங்களின் சக்திக்கு உட்பட்ட நிலையில் தொலைபேசி எண்ணைக் கொடுத்து ஏதாவது கேள்விகளோ அல்லது கவலைகளோ இருந்தால் அதைப்பற்றி பெண்கள் கேட்டுத் தெரிந்து கொள்ளும்படி சொல்லலாம்.
- மீண்டும் சிகிச்சைக்கு வருகை: தன்னுடைய கருக்கலைப்பு முழுமைபெற்றுவிட்டது என்று ஒரு பெண் நம்பினாலும்கூட (அதாவது வெளியேறிய சிசு சிதைவை தான் பார்த்ததாக பெண் நம்பினாலோ அல்லது ரத்தப்போக்கு நின்றுவிட்டாலோ) தற்போதைய மிகச் சிறப்பான மருத்துவ அறிவுறை என்னவென்றால் ஒவ்வொரு பெண்ணும் மறுபடியும் வந்து தன் கருக்கலைப்பு முழுமையடைந்ததை உறுதி செய்து கொள்ள வேண்டும். ஒரு பெண் தன் கருக்கலைப்பின் நிலையை தானே அறிந்து கொள்ளலாம் என்றும் இந்தக் காரணத்திற்காக இன்னொரு முறை மருந்தகத்திற்கு செவ்வாமல் தானாகவே நிச்சயப்படுத்திக் கொள்ளலாம் என்று புதிய ப்ரோடோகால்கள் (விதிமுறைகள்) ஏற்படக்கூடும்.⁶⁴ குறைந்த சென்சிடிவிட்டி உள்ள கர்ப்ப சோதனைகள் மற்றும் அவர்களாகவே நிரப்பக்கூடிய கேள்வித்தாள் இருந்தால் மருத்துவக் கருக்கலைப்புக்குப் பிறகு கூடுதல் சிகிச்சை தேவையா என்று மதிப்பிடுவதற்கு பெண்களுக்குக்கும் மருத்துவர்களுக்கும் உதவிகரமாக இருக்கும்.
- செலவு: கருக்கலைப்புக்குப் பெண்களே செலவுசெய்து கொள்ள வேண்டிய நிலை இருக்கும் இடங்களில் ஒவ்வொரு கருக்கலைப்புக்குமான செலவு பற்றிக் கலந்தாலோசிக்கப்பட வேண்டும்.
- அறிவிக்கப்பட்ட சம்மதம்: உள்ளூர் நடைமுறைகள் மற்றும் பழக்கங்களுக்கு ஏற்ப ஒரு சம்மதப்படிவத்தில் கையெழுத்திடும்படி பெண்களிடம் சொல்லலாம். சம்மதப்படிவத்தில், செயல்பாடு பற்றிய விளக்கம், இதில் உள்ள அபாயங்கள், நன்மைகள், சிக்கல்கள் மற்றும் சாத்தியமான பக்க விளைவுகள் மற்றும் பெண் கேள்விகள் கேட்டு திருப்திகரமான விடையை பெறுவதற்கு வாய்ப்பு தரப்படுதல் ஆகியவற்றை முழுமையாக வவிரித்தும் இந்த சம்மதப்படிவத்தில் உள்ளடக்கம் இருக்கும். இந்த சம்மதப்படிவத்தில் அவசரக்கால சிகிச்சை தேவைப்பட்டால் அதற்கான செயல்முறைகள் பற்றி விவரமாக அந்தப் பெண்ணுக்கத் தகவல் அளிக்கப்பட்டதாகக் குறிப்பிடப்பட வேண்டும். சம்மதப்படிவத்தின் மாதிரி வடிவம் இணைப்பு C ல் உள்ளது.

மருத்துவ ஆய்வில் கலந்து கொண்ட பெண்களின் மருத்துவக் கருக்கலைப்பின் மிகச்சிறந்த மற்றும் மிக மோசமான அம்சங்கள்^{13,23-29}

மிகச் சிறந்த அம்சம்

- அறுவை சிகிச்சை இல்லை மற்றும்/ அல்லது ஊசி போட வேண்டியதில்லை / அல்லது மயக்க மருந்து கொடுக்க வேண்டியதில்லை
- உடலைத் திறந்து செய்ய வேண்டியதில்லை
- மாதவிடாய் அல்லது கருச்சிதைவு போன்று இயற்கையானது
- குறைந்த வலி, தசைப்பிடிப்பு
- மனோரீதியாக சுலபமானது, குறைந்த அளவு பயம் அல்லது அதிர்ச்சி அளிப்பது
- சுலபமானது, எளிதானது, வேகமானது

மிக மோசமான அம்சம்

- வலி, தசைப்பிடிப்பு (பயத்தில் அல்லது உண்மையாகவே)
- காத்திருத்தல், நிச்சயமின்மை, தெரியாத ஒன்று என்ற பயம்
- குமட்டல், வாந்தி, வயிற்றுப்போக்கு (பயம் ஏற்படுதல் அல்லது அனுபவித்தல்)
- ரத்தப்போக்கின் அளவு
- பலனளிக்காமல் போய்விடுமோ என்ற பயம் அல்லது உண்மையில் பலனளிக்காமல் போதல்
- மிக அதிக காலம் எடுத்துக் கொள்கிறது

D. கருக்கலைப்புக்குப் பிறகு கருத்தடை முறை

ஒவ்வொரு பெண்ணிடமும் கருத்தடை முறையை விவாதிக்க வேண்டும். எல்லாப்பெண்களிடமும் ஆரம்ப கால முதல் ட்ரைமஸ்டர் கருக்கலைப்புக்குப் பிறகு கருவின் வீரியம் துரிதமாக இருக்கும் என்று நினைவூட்ட வேண்டும். இந்தக் காரணத்திற்காக, அடுத்தடுத்து கர்ப்பம் நிகழும் ஆபத்து உள்ளது என்று பெண்கள் புரிந்து கொள்ள வேண்டியது மிகவும் அவசியம். கருத்தடை சாதனங்கள் பற்றி முதல் முறை க்ளினிக்கு வரும்போதே தகவல் அளிக்க வேண்டும். மருத்துவக் கருக்கலைப்பு செய்து கொண்ட பெண்கள், துவக்கத்தில் மிசோப்ரோஸ்டாலட் அளிக்கப்பட்ட நாளிலிருந்து வாய்வழியாக உட்கொள்ளும் மற்றும் ஊசிமூலம் செலுத்தக்கூடிய கர்ப்பத் தடை மருந்துகள் மற்றும் இம்ப்ளான்ட் செய்பவற்றைப் பயன்படுத்தலாம். காண்டம்கள், கருத்தடை ஜெல்லிகள் மற்றும் ஃபோம்சு (நுரை) கருப்பை மூடி, மற்றும் டயஃப்ரம்சுகளை முதல் உடல் உறவின்போது பயன்படுத்த வேண்டும். கருப்பைக்குள் வைக்கும் கருத்தடை சாதனத்தை உபயோகிக்கும் பெண்கள் கருக்கலைப்பு முழுமையடையும்வரை பெண்கள் காத்திருப்பது மிகச் சிறந்தது. பொருத்தமான கருத்தடை முறை உள்ளூரில் கிடைப்பதையும் ஒவ்வொரு பெண்ணின் தேவை மற்றும் விருப்பத்தைப் பொருத்ததாகும்.

தொகுப்பு:

- வெற்றி, பாதுகாப்பு, மற்றும் ஏற்றுக் கொள்ளுதல் ஆகியவற்றை உறுதி செய்து கொள்வதற்கு முழுமையான விவரங்களை பெண்களுக்கு அளிப்பது மிகவும் அவசியமானதாகவும்.
- பெரும்பாலான கருத்தடை முறைகளை மருத்துவக் கருக்கலைப்பு செய்த உடனேயே பயன்படுத்த முடியும்.

VI. மிஃப்ரிஸ்டாணைப் புதிய அமைப்புகளுக்குக் கொண்டு வருதல்

அத்தியாயத்தின் உள்ளடக்கம்

- ஊழியர்களுக்குப் பயிற்சி
- சேவை அளிக்கும் அம்சங்கள்
- தகவல்களை முறைப்படுத்தி வகைப்படுத்துதல்
- மருத்துவ கருக்கலைப்பு பற்றிய மூட நம்பிக்கைகள்
- கருக்கலைப்பு செய்வது களங்கம் என்ற எண்ணத்தை எதிர்த்தல்

மருத்துவக் கருக்கலைப்பு சேவையை அளிப்பதற்கு பயிற்சி பெற்ற ஊழியர்கள் மற்றும் தேவையான மருந்துகள் (மிஃப்ரிஸ்டோன் மற்றும் மிசோப்ரோஸ்டால்) ஆகியவையும் தேவை. தகுதி, வெற்றி வாய்ப்பை உறுதி செய்தல், அவசர கால சிகிச்சைக்கு பெண்களை மற்றொருவரிடம் அனுப்புதல் அல்லது தானே அந்த சிகிச்சையை அளித்தல் ஆகிய திறன்கள் உள்ள ஊழியர்களில் பயிற்சி பெற்ற ஆலோசகர்கள் மற்றும் மருத்தவர்கள் அடங்குவர்.

A. ஊழியர்களுக்குப் பயிற்சி

மருத்துவக் கருக்கலைப்பு மருத்துவமனைகளில் ஊழியர்கள் பின்வரும் விதிமுறைகள் தெரிந்திருக்க வேண்டும்:

- மருத்துவக் கருக்கலைப்புக்கான உடன்பாட்டு நெறிமுறை வரைமுறைகள். மருத்துவக் கருக்கலைப்பு அளிக்கும் மருத்துவமனைகளில் உள்ள ஊழியர்கள் பின் காணப்படும் அம்சங்களில், மிஃப்ரிஸ்டோனைப் பற்றியும் மிசோப்ரோஸ்டாலைப் பற்றியும் அதற்கான விதிமுறைபற்றியும் அறிந்திருக்க வேண்டும்.
- ஆலோசனை வழங்குதல்: மருத்துவக் கருக்கலைப்புக்கு ஆலோசனை வழங்குவதற்கு ஊழியர்களுக்கு விரிவான பயிற்சி அளிக்கப்பட வேண்டும் (அத்தியாயம் V ஐ பார்க்கவும்).
- கரு வயதை நிர்ணயித்தல்: இதற்கு முன் மற்ற நோயாளிக்கு ஏற்பட்ட அனுபவங்கள், அறிகுறிகள் மற்றும் உடல் நிலைப் பரிசோதனை (அத்தியாயம் III பகுதி B ஐ பார்க்கவும்) ஆகியவற்றைக் கொண்டு ஊழியர் கரு வயதை நிர்ணயிக்க முடிய வேண்டும். மருத்துவக் கருக்கலைப்பின் ஆற்றல் கருவின் உயரத்தால் அபரிமிதமாகக் குறைய வாய்ப்பில்லை. அதனால் கரு வயதைத் துல்லியமாகக் கணக்கிட வேண்டிய அவசியம் இல்லை. பரிசோதனைச்சாலையில் செய்யப்படும் ஹார்மோன் அளவு

சோதனைகள் மற்றும் அல்ட்ராசோனோக்ராஃபி கருவின் வயதைக் கணக்கிட உதவும் என்றாலும் மருத்துவ சேவை அளிப்பதற்கு இவ்விவரங்கள் அவசியம் இல்லை.

- அபூர்வமாக ஏற்படும் கர்ப்பகால அசாதாரண நிலைகளைக் கண்டறிதல்: எக்டோபிக் கர்ப்பம் உருவாதல் மற்றும் ஹைடேடீஃபார்ம் மோல் போன்ற எச்சரிக்கை நிலைகளைக் கண்டறியும் அளவுக்கு அறிவாற்றல் இருக்க வேண்டும். மருத்துவக் கருக்கலைப்பு செய்து கொள்ள வரும் பெண்கள் வழக்கமாகத் தங்கள் கர்ப்பத்தின் ஆரம்ப நிலையிலேயே சிகிச்சையை நாடுவதால் அசாதாரண நிலையில் உள்ள கர்ப்பத்தை மருத்துவர்கள் கண்டறிய ஒரு நல்ல வாய்ப்பு உள்ளது. மிஃப்ரிஸ்டோன் மற்றும் மிலோப்ரோஸ்டால், எக்டோபிக் மற்றும் மோலார் கர்ப்பங்களில் எந்த விளைவையும் ஏற்படுத்தாது.
- வெற்றியை நிர்ணயித்தல்: மருத்துவப்பின்னணி மற்றும் சோதனைகள் மூலம் கருக்கலைப்பை மதிப்பீடு செய்யலாம் (அத்தியாயம் IV பகுதி D ஐ பார்க்கவும்), உதாரணத்திற்கு மருத்துவர் கூடுதல் வாரக் கரு வளர்ச்சியையும் கருப்பையின் வளர்ச்சியையும் ஒப்பிட்டுப் பார்க்க அறிந்திருக்க வேண்டும். அல்லது அப்பெண்ணிற்கு நீண்ட கால ரத்தப்போக்கு இருந்தால் கூடுதலான மருத்துவ முறைகளைக் கொண்டு தலையீடு அளிக்க வேண்டி வரலாம்.
- மதிப்புகளைத் தெளிவுபடுத்திக் கொள்ளுதல்: ஊழியர்களிடம் மதிப்பு பற்றிக் கலந்துரையாடுவது பயன்மிக்கதாக இருக்கும். ஏனென்றால், சில ஊழியர்கள் கருக்கலைப்பு செய்வதற்கு தயங்குவார்கள்.

அடிப்படை பயிற்சி முறையில் பின் வரும் அம்சங்கள் சேர்க்கப்பட வேண்டும்:

- மிஃப்ரிஸ்டோன் மற்றும் மிலோப்ரோஸ்டால் : மருந்து இயல் மற்றும் செயல்படும் விதம்
- தகுதி மற்றும் எதிர்மறை விளைவுகள்
- மருத்துவக் கருக்கலைப்பு உடன்பாடு நெறிமுறைகள்
- முழுமை பெற்ற கருக்கலைப்பு, முழுமை பெறாத கருக்கலைப்பு ஆகியவற்றைக் கண்டறிதல்
- விளைவுகள் மற்றும் ஆபத்தான விளைவுகளுக்கு சிகிச்சை அளித்தல்
- அல்ட்ரா சவுண்ட்: பல்வேறு நிலைகளில் அதன் நிறைகள் மற்றும் குறைகள்
- ஆலோசனை வழங்குதல்

புதிதாக மருத்தவம் அளிப்பவர்கள் மருத்துவர்களாகவோ ஆரோக்கியப் பராமரிப்பு அளிப்பவர்களாகவோ இருந்து, போதுமான கருக்கலைப்பு பயிற்சி இருந்தால் இம்முறையில் அவர்கள் வசதியாகவும் திறமையாகவும் செயல்படுவதை அது பெருமளவில் மேம்படுத்தும். சமீபத்திய ஆராய்ச்சிகளில் மருத்துவத்தின் அனுபவம் மற்றும் பயிற்சி அதிகமானால் இம்முறையில் வெற்றியும் திருப்தியும் அதிகமாக இருக்கும் என்பது கண்டறியப்பட்டுள்ளது.

B. சேவை வழங்க வசதிகள்

தற்போது குடும்பக் கட்டுப்பாடு, கர்ப்ப கால சிகிச்சை அல்லது மற்றுமுள்ள குழந்தைப் பிறப்பு சம்பந்தமான ஆரோக்ய சேவைகள் அளித்து வரும் மருத்துவர்கள் மருத்துவக் கருக்கலைப்பையும் இந்த சேவைகளுடன் சேர்த்துக் கொள்ளலாம். குறிப்பாக அறுவை, சிகிச்சை மூலம் கருக்கலைப்பு செய்யும் மருத்துவர்கள் பொருத்தமான, பயிற்சிக்குப் பிறகு சுலபமாக மருத்துவக் கருக்கலைப்பு சேவை அளிக்க முடியும். முன்பு கருக்கலைப்பு சேவை செய்யாத அமைப்புக்களிலும் புதிதாக மருத்தவக் கருக்கலைப்பு செய்யலாம் என்று ஆராய்ச்சிகள் சொல்கின்றன. மருத்துவர்கள் புதிதாக ஒரு முறையை அடிநிலையிலிருந்து ஏற்படுத்தாமல் தற்போது உள்ள கருச்சிதைவு சிகிச்சை முறையின் அமைப்புகளை பயன்படுத்தியே இதனைப் பாதுகாப்பாகவும் சக்தி வாய்ந்த முறையிலும் அளிக்க முடியும்.^{26,77}

மருந்து அளித்தல்

- மிஃப்ரிஸ்டோன் மற்றும் மிலோப்ரோஸ்டால்: இரண்டு மருந்துகளையும் வீட்டிலும் கொடுக்கலாம், அல்லது மருந்தகத்திலும் கொடுக்கலாம். மருந்தை எங்கு எடுத்துக் கொண்டாலும் பெண்கள் ஒவ்வொரு மருந்தையும் எவ்வாறு மற்றும் எப்போது எடுத்துக் கொள்ள வேண்டும் மற்றும் எந்த வகையான சிக்கல்கள் பக்க விளைவுகள் மற்றும் மிகு பிணி ஏற்பட சாத்தியம் உள்ளது என்பது பற்றி அவர்களுக்கு கவனமாக ஆலோசனை வழங்கப்பட வேண்டும்.

அவசர சேவை மையங்கள் / அவசர காலத்தில் பெண் எங்கு செல்ல வேண்டும் என்று அறிந்திருத்தல்

- அறுவை சிகிச்சை மூலம் கருக்கலைப்பு உண்டாக்குதல்: மாத்திரை மூலம் கருக்கலைப்பு செய்யும் : முறை 100% பயன்மிக்கதாக இல்லாத காரணத்தினால் மருத்துவ கருக்கலைப்பு செய்பவர்கள் கருக்கலைப்பை முழுமையடையச் செய்வதற்கு அறுவை, சிகிச்சை செய்யவோ அல்லது அவர்களை அறுவை சிகிச்சை செய்யும் இடத்திற்கு அனுப்பவோ வேண்டும்.
- அவசர கால சிகிச்சை: அவசர காலத்தில் பெண் எங்கு செல்ல வேண்டும் என்று அறிந்திருக்க வேண்டியது அவசியம். பெரும்பாலான அவசரகால உதவிகள், தன்னிச்சையான கருக்கலைப்பு நிகழ்ந்த பெண்களுக்கு உதவும் சிகிச்சை

மையங்களைப் போலவேதான் இவையும் உள்ளன. மேலும் பல சமூகப் பகுதிகளில் இது போன்ற சிகிச்சை அளிக்கும் மருத்துவ மையங்கள் ஏற்கனவே உள்ளன.

கூடுதல் சேவைகள் அளிப்பதன் அம்சங்கள்

- காத்திருக்கும் இடம் / பகுதி: மிஸோப்ரோஸ்டால் மருந்தை, மருந்தகத்தில் எடுத்துக் கொண்டால் மருந்து எடுத்துக் கொண்ட பிறகு பெண் காத்திருக்க ஒரு இடம் இருந்தால் மிகவும் வசதியாக இருக்கும். அருகில் போதுமான அளவு கழிப்பறைகள் இருக்க வேண்டும். படுக்கைகள் அபூர்வமாகத் தேவைப்படும். ஆனால், வசதியான நாற்காலிகள் மிகவும் பயனுள்ளதாக இருக்கும். கருக்கலைப்பின்போது அந்தப் பெண்ணுடன் வந்தவரை அவருடன் தங்குவதற்கு இடமளித்தால் சாலச் சிறந்தது.
- அல்ட்ராசோனாக்ராஃபி: கரு வயதை நிர்ணயிக்கவும் கர்ப்ப கால சிக்கல்களைக் கண்டறியவும் மற்றும் கருக்கலைப்பு முடிவுற்றதை நிச்சயப்படுத்திக் கொள்ளவும், இமேஜிங்கில் மருத்தவர், பயிற்சியும் அதற்கு விளக்கங்கள் அளிப்பதில் பயிற்சியும் கிடைத்தால் பயன்மிக்கதாக இருக்கும்.
- வலி மற்றும் குமட்டலுக்கு மருந்து அளித்தல்: பக்க விளைவுகளிலிருந்து நிவாரணம் அளிப்பதற்காகப் பயன்படும் இந்தப் பொருட்களை முன்னதாகவே பெண்களுக்கு கொடுத்துவிடலாம். (அத்தியாயம் ஐஏ பகுதி ஊ ஐ பார்க்கவும்)
- ஆன்ட்டி னு க்ளோபுலின்: கரு உண்டாகி 7 வாரங்களுக்கு மேலாக Rh நெகடிவ் உள்ள பெண்களுக்கு ஆன்ட்டி D அளிப்பதை பெரும்பாலான மருத்துவ ஏடுகள் சிபாரிசு செய்கின்றன. கர்ப ஆரம்ப நிலையில் இ தாய்க்கும் கருவிற்கும் இடையில் இரத்த பரிமாறல் இருந்தாலும் இ மிகச்சிறிய அளவே. எப்பொழுது இந்த முன்னெச்சரிக்கை செய்து கொள்ள வேண்டும் என்பதற்கு இன்னும் ஆராய்ச்சிகள் தேவை. Rh நெகடிவ் உள்ள தானாகக் கருச்சிதைவு ஏற்படும் பெண்கள் மற்றும் அறுவை சிகிச்சை செய்து கொள்ளும் பெண்களுக்கு உள்ளூரில் உள்ள அதே வழிமுறைகளின்படியே மருத்துவக் கருக்கலைப்பு செய்து கொண்ட பெண்களுக்கும் அளிக்க வேண்டும். இதற்கு வேறு வழி முறைகள் கண்டறியும் வரை இவ்வாறு செய்ய வேண்டும்.

C. தகவலைப் பரப்புவதல்

உள்ளூர் மற்றும் தேசிய உதவி / ஆதரவு கிடைப்பதற்கு எல்லாப் புதிய தொழில் நுட்பங்களின் மூலமாகவும் தகவலைப் பரப்ப வேண்டியது மிகவும் முக்கியம். பின் வரும் தகவல் பரப்பு முறைகள் (யுக்திகள்) மிக நல்ல விளைவுகளை அளிக்கின்றன என்று சர்வதேச அனுபவங்கள் உணர்த்துகின்றன.

- குழந்தைப் பேறு சம்பந்தமான மருத்துவ சேவையின் ஒரு பகுதியாக இதையும் அறிவித்தல்.

- மீடியாக்கள் மூலமும் பெண்கள் அமைப்புக்கள் அல்லது குழுக்களின் மூலமும் பெண்களின் விழிப்புணர்வை ஏற்படுத்துதல்.
- மருத்துவ இலக்கிய இதழ்கள் மூலம் தகவலைப் பரப்புதல்.
- மருத்துவக் கருக்கலைப்பை உள்ளூர் ,மாநில மற்றும் தேசிய, தொழில் நுட்ப ரீதியான கூட்டங்களில், குறிப்பாக மற்ற இடங்களுடன் ஒப்பிடும்போது தொழில் நுட்பம் அறியப்படாமல் அல்லது குறைவாகப் பயன்படுத்தப்படும் இடங்களில் மருத்துவக் கருக்கலைப்பை அறிமுகப்படுத்துதல்.
- மருத்துவர்கள், இடை நிலை மருத்துவ சேவகர்கள் , ரிசப்ஷனில் உள்ளவர்கள், ஆலோசகர்கள் மற்றும் டெலிபோன் ஆபரேட்டர்கள் போன்ற எல்லா நிலைகளிலும் உள்ள மருத்துவ ஊழியர்களுக்குக் கற்பித்தல்.
- மருத்துவர்களுக்கிடையே நெட் ஒர்க்கை ஏற்படுத்துதல். தங்கள் அனுபவங்களைப் பகிர்ந்து கொள்ள வகை செய்தல்.

D. மருத்துவக் கருக்கலைப்பு பற்றிய மூட நம்பிக்கைகள்

இந்த முறை பற்றிய பொதுவான மூட நம்பிக்கைகளுக்கு பதிலளிக்க வேண்டியது முக்கியம். மருத்துவக் கருக்கலைப்பு மற்றும் அவற்றைப்பற்றிய உண்மைகளின் சான்றுகள் குறித்த பொதுவான மூட நம்பிக்கைகள் பின் வருமாறு:

நம்பிக்கை #1: எல்லா மருத்துவக் கருக்கலைப்பு சேவைகளுக்கும் அல்ட்ரா சவுண்ட் அவசியம்.

பல மருத்துவர்கள் குறிப்பாக அல்ட்ரா சவுண்ட் இல்லாத கிராமப் பகுதிகளில் மருத்துவக் கருக்கலைப்பு செய்யத் தயங்குகிறார்கள். கரு வயதைக் கண்டறிவதற்கும் மற்றும் எக்டோபிக் கர்ப்பத்தைக் கண்டறிவதற்கும் அல்ட்ரா சவுண்ட் ஒரு உபயோகமான சாதனம்தான் என்றாலும் அதற்கு மாற்று இல்லாமல் இல்லை. தேவை ஏற்பட்டால் அல்ட்ரா சவுண்ட் கிடைக்கும் இடத்தைக் கண்டறிவது நல்லது.

நம்பிக்கை # 2: மருத்துவக் கருக்கலைப்பு ஆபத்தானது ஏனென்றால் அது எக்டோபிக் கர்ப்பத்தை சரி செய்வதில்லை.

எக்டோபிக் கர்ப்பம் , மருத்துவக் கருக்கலைப்புக்கு எதிரான அடையாளமாக (அறிகுறியாக) சொல்லப்பட்டுள்ளது. ஏனென்றால், அது எக்டோபிக் கர்ப்பத்தை முடிவுக்குக் கொண்டு வருவதில்லை. மருத்துக் கருக்கலைப்பு அளிக்கும் மருத்துவர் எக்டோபிக் கர்ப்பத்தைக் கண்டறியப் பயிற்சி பெற்றிருக்க வேண்டும். மருத்துவக் கருக்கலைப்பு வேண்டி வரும் பெண்களும் மருத்துவர்களும் ஆரம்ப நிலையில் சந்திப்பது நல்லது, அப்போதுதான் நிலைமையை விரைவில் டயக்னோஸ் செய்து

கண்டறிய முடியும். கர்ப்பத்தை அந்தப் பெண் தொடரலாம் என்று தீர்மானித்திருந்தால் சாத்தியமாகும்.

நம்பிக்கை # 3: மருத்துவக் கருக்கலைப்பை மருத்துவர்கள் மட்டுமே அளிக்கலாம்.

மருத்துவக் கருக்கலைப்பின் இயல்பைத் தெரிந்து கொண்டால் – பெண்கள் 2 செட் மாத்திரைகளை எளிதாகப் பயன்படுத்தலாம். மருத்துவர் அல்லாத பயிற்சி பெற்ற மருத்துவத் துறையினர் திறமை வாய்ந்த மருத்தவக் கருக்கலைப்பு அளிப்பவராக ஆகலாம். நர்ஸ்கள் – இடைநிலைச் செவிலியர் போன்றவர்கள் சேர்ந்து கொண்டால் மருத்தவக் கருக்கலைப்பு அளிப்பவர்களின் குழுவின் எண்ணிக்கையை அதிகரிக்க முடியும். பெரும்பாலான மையங்களில், குறிப்பாக கிராமம் அல்லது வெகு தொலைவில் உள்ள இடங்களில் மருத்துவர்கள் குறைவாக இருப்பதால் கர்ப்பம் சம்பந்தமான சிகிச்சைகளை அளிப்பதில் இடை நிலை மருத்துவர்களே முக்கியப் பங்கு வகிக்கிறார்கள். கர்ப்பம் சம்பந்தமான சிகிச்சைகளை மருத்துவர்கள், மிட் வைஃப்கள் மற்றும் நர்ஸ்கள் உள்பட பல்வேறு நிலையில் உள்ளவர்கள் வெற்றிகரமாக மருத்துவக் கருக்கலைப்பை அளிக்கிறார்கள் அல்லது மருத்துவக் கருக்கலைப்பை அளிப்பதற்கு வேண்டிய பயிற்சியும் திறனும் பெற்றிருக்கிறார்கள் என்று நிரூபணங்கள் உணர்த்துகின்றன.⁷⁹

நம்பிக்கை # 4: கிராமத்தில் உள்ளவர்களுக்கு மருத்துவக்கருக்கலைப்பு பொருத்தமானது அல்ல.

மருத்துவக் கருக்கலைப்பு அளிக்கும் மருத்துவமனைகள் அறுவை சிகிச்சை பிற்பாடு நிகழக்கூடிய சிக்கல்களுக்கு சிகிச்சை அளிக்க முடியாது என்றால் அந்த மருத்துவ நிலையம் இது போன்ற சிகிச்சை பெறக்கூடிய இடத்தை சுலபமாக சென்றடையும் இடத்தில் அமைக்கப்பட்டிருக்க வேண்டும். உதாரணத்திற்கு, கிராம மருத்துவமனைகள் மற்றும் ஆரம்ப சுகதார மையங்கள் இணைப்பு மையங்கள் போல் செயல்பட்டு இது போன்ற நிகழ்வுகள் ஏற்படும்போது அதற்கு சிகிச்சை அளிக்கக்கூடிய அமைவிடத்தில் இருக்க வேண்டும். இது போன்று, அனுப்ப அணுக உதவியாக இருக்கும்படியும் மற்ற சிகிச்சைகள் அளிப்பதற்கு ஏற்ற வகையிலும், உலகம் முழுவதும் மிக பொதுவாக பயன்படுத்தப்பட்டு வருகிறது.

E. கருக்கலைப்பு என்பது களங்கம்/தவறு என்ற எண்ணத்தை முடியடிக்க வேண்டும்

பல நாடுகளில் குறிப்பாக உப சகாரா ஆப்பிரிக்கா மற்றும் லத்தீன் அமெரிக்காவில் மிகவும் கடுமையான கருக்கலைப்பு சட்டங்கள் உள்ளன. மிகவும் குறைவான சூழ்நிலைகளில்தான் எப்போதும் கருக்கலைப்பு அனுமதிக்கப்படுகிறது. கருக்கலைப்பு சட்டரீதியாக அனுமதிக்கப்பட்டால், பெண்கள் அறுவை சிகிச்சை கருக்கலைப்பையோ அல்லது மருத்துவக் கருக்கலைப்பையோ தேர்ந்தெடுத்துக் கொள்ள முடியும்.

கருக்கலைப்பு என்பது களங்கம் (குற்றம்/ தவறு) என்று மிகுந்த தடை விதிக்கப்பட்ட மற்றும் கட்டுப்படுத்தப்பட்ட பகுதிகளில் அந்த முறையை அதிகரிப்பதற்கு கீழே சில ஆலோசனைகள் கொடுக்கப்பட்டுள்ளன.

- மருத்துவக் கருக்கலைப்பு என்பது பெண்களுக்கு பாதுகாப்பானது என்று வலியுறுத்தல்.
- மருத்துவக் கருக்கலைப்பு என்பது தானாக நிகழும் கருச்சிதைவுக்கு ஒப்பானது என்று இந்த எண்ணத்தை அறிமுகப்படுத்துதல்.
- முழுமை பெறாத கருக்கலைப்பு மற்றும் தானாக நிகழும் கருச்சிதைவுக்கு சில நாடுகளில் மிஸோப்ரோஸ்டாலை சிகிச்சைக்குப் பயன்படுத்துவதன் மூலம் மருத்துவக் கருக்கலைப்பு முறையை அறிமுகப்படுத்தி வெற்றியடைந்திருக்கிறார்கள்.

தொகுப்பு:

- கிட்டத்தட்ட எல்லா மையங்களிலுமே மருத்துவக் கருக்கலைப்பை அளிப்பதற்கு மருத்துவர்களுக்குப் பயிற்சி அளிப்பது எளிதானது மற்றும் நேர்மையானது.
- பல வகை மருத்துவர்கள் பயிற்சி பெற்ற பிறகு மருத்துவ கருக்கலைப்பை பாதுகாப்பாக அளிக்கலாம்.
- பெண்களுக்கும் எல்லா நிலைகளிலும் உள்ள மருத்துவர்களுக்கும், தகவலைப் பரப்புவது அत्याவசியமானது.
- பெண்களுக்கும் எல்லா நிலைகளிலும் உள்ள மருத்துவர்களுக்கும், தகவலைப் பரப்புவது அत्याவசியமானது.

VII. முதல் ட்டைமெஸ்டரின் பிற்பகுதியில் கருக்கலைப்பு செய்ய மிஃப்ரிஸ்டோன் மற்றும் மிலோப்ரோஸ்டால் அளித்தல்

மிஃப்ரிஸ்டோன் மற்றும் மிலோப்ரோஸ்டால் பயன்படுத்தி மருத்துவக் கருக்கலைப்பு செய்வது யுனைட்டட் கிங்டம்மில் ஒரு பொதுவான சிகிச்சை முறையாக உள்ளது. மேலும் இதை ராயல் காலேஜ் அஃப் ஆப்ஸ்டெட்ரிஷியன்ஸ் அண்ட் கைனகாலஜிஸ்ட்ஸ் சிபாரிசு செய்திருக்கிறார்கள். (RCOG).⁸⁰ 9 வார LMP வாரங்களுக்குப் பிறகு வெற்றி விகிதத்தை ஆரம்ப நிலை கருவளர்ச்சியின்போது செய்யும் செயல் முறையில் சில மாறுதல்களுடன் செய்வதற்கு ஈடான அளவுக்கு வெற்றி வாய்ப்புக்கள் இருப்பதாக ஆராய்ச்சிப் பதிவுகள் தெரிவிக்கின்றன. எனினும், ஆரம்ப நிலை மற்றும் பிற்பாடு உள்ள நிலைகளின் விளைவுகளை நேரடியாக ஒப்பிட்டு எந்த ஆராய்ச்சியும் செய்யப்படவில்லை. எனவே, பின் வரும் தகவல்கள் பல ஆராய்ச்சிகளை ஒப்பிட்டதன் அடிப்படையில் அளிக்கப்பட்டுள்ளது.

A. ஆரம்ப கால மருத்துவ கருக்கலைப்புடன் இதற்கு உள்ள ஒற்றுமைகள்:

1. 90% க்கும் அதிகமான கேஸ்களில் இந்த முறை வெற்றியடைந்தது. 9 வார LMP க்கு அதிகமாக (கிட்டத்தட்ட 3,000 கேஸ்கள்) ஒட்டு மொத்தமாக 93%, க்கும் அதிகமாக வெற்றியடைந்துள்ளது என்று அவர்கள் பிரசுரித்த அனுபவம் கூறுகிறது.^{81,82,83,84,85,86,87} மிக அதிகமான கேஸ் வரிசைகள் ஹமோடா நவ யட, இ பிரசுரித்தது. கரு வயது அதிகரிக்க அதிகரிக்க அதன் ஆற்றல் குறைந்தது. 10 வார LMP ல் 97.3% 13 வார LMP ல் 92.0% வெற்றியும் கிடைத்தன.⁸⁷
2. ஆரம்ப கால கருக்கலைப்பில் உள்ள அதே அளவுதான் இதிலும் கருக்கலைப்பு நேரம் இருக்கும். ஆரம்ப கால கருக்கலைப்பில் 3 மற்றும் 4 மணி நேரமாக இருந்ததுடன் ஒப்பிடும்போது இதில் 4 முதல் 5 மணிநேரம் சராசரியாக இருக்கும்.^{84,87}
3. அறிவிக்கப்பட்ட பக்க விளைவுகள் பொதுவாக லேசாகவும் குறுகிய காலத்திற்கும் மட்டுமே இருக்கும். ஆரம்ப காலத்தில் செலுத்துவதுபோலவே மிலோப்ரோஸ்டால் அளித்தபிறகு பெண்களுக்கு குமட்டல், வாந்தி, வயிற்றுப்போக்கு, காய்ச்சல், குளிர் மற்றும் தலை வலி இருப்பதாக அறிவிக்கிறார்கள். இவற்றில் பெரும்பாலான விளைவுகள் சீக்கிரத்தில் முடிந்துவிடும். மற்றும் தேவைப்பட்டால் வாந்தி மற்றும் வயிற்றுப் போக்குக்கான ஆன்ட்டி எமெடிக் மற்றும் ஆன்ட்டி டயேரியல் மருந்துகளைக் கொண்டே சரி செய்து விடலாம்.
4. மருத்துவக் கருக்கலைப்பு மற்றும் அறுவை சிகிச்சை இரண்டில் எது தேர்ந்தெடுக்கிறார்கள் என்று கேட்டபோது இந்த முறையிலேயே பெண்கள் மிகுந்த திருப்தியடைந்துவிடுகின்றனர்.^{83,88}

B. ஆரம்ப கால கருக்கலைப்பு முறைக்கும் இதற்கும் உள்ள வேறுபாடுகள்:

1. சிகிச்சை வழக்கமாக மருந்தகத்திற்குள் அளிக்கப்படுகிறது. ஆரம்ப நிலையிலேயே கருக்கலைப்பு செய்து கொள்ள வருபவர்கள் (9 வார LMP வரை) மிலோப்ரோஸ்டோலை எடுத்துக் கொண்டு பிறகு வீட்டிலேயே கருக்கலைப்பு செய்து கொள்ளலாம். 9 வார டுஆீ யைக் கடந்து சிகிச்சை செய்து கொள்பவர்கள் மருந்தகத்திற்குள்ளோ அல்லது இன்பேஷன்ட்டாகவோ மிலோப்ரோஸ்டோலை எடுத்துக்கொள்ள வேண்டும். தற்போது இந்த செயல்முறைகளை மருந்தகத்திற்கு வெளியே உள்ள அமைப்புகளிலும் அளிக்கலாமா என்பது பற்றி தற்போது ஆராய்ச்சிகள் வழி வகுத்து வருகின்றன. ஆனாலும் மேற்கொண்டு ஆராய்ச்சிகள் முழுமைபெறும் வரை மருந்தகத்திற்குள்ளோ அல்லது இன் பேஷன்ட்டாகவோ இருப்பதே பரிந்துரைக்கப்படுகிறது.
2. கருக்கலைப்பு வெற்றிகரமாக நிகழ்வதற்காக பெண்கள் வழக்கமாக பல மிலோப்ரோஸ்டால் டோஸ்களை எடுத்துக் கொள்கிறார்கள். ஆரம்ப கால கருக்கலைப்புக்கு வழக்கமான சிகிச்சை முறை 400 லிருந்து 800 எம் சி ஜி க்குள் பல வழிகளில் ஏதாவது ஒன்றின் வழியாக எடுத்துக்கொள்ளுதல். 9 வார LMP ஐத் தாண்டி மருத்துவக் கருக்கலைப்பு செய்து கொள்ளும் பெண்களுக்கு 3 முதல் 4 மணி நேர இடைவெளியில் அவர்கள் கரு கலையும் வரையில் வரிசையாக டோஸ்கள் அளிக்கப்படுகின்றன. சராசரியாக பெண்கள் 3 முதல் 3 டோஸ்கள் எடுத்துக் கொள்கிறார்கள் என்ற ஆய்வுகள் தெரிவிக்கின்றன. RCOG பரிந்துரைக்கும் வரிசை முறை 200 எம் ஜி மிஃப்ரிஸ்டோலை அளித்துவிட்டு பிறகு 36 முதல் 48 மணி நேரம் கழித்து பெண் உறுப்பு வழியே 800 எம் சி ஜி அளித்தல் ஆகும். ஆரம்பத்தில் மிலோப்ரோஸ்டால் டோஸ் அளித்தபிறகு அதிக பட்சம் 400 எம் லி ஜி டோஸ்கள் வாய் வழியாகவோ அல்லது பெண் உறுப்பு வழியாகவோ (பெண்ணுக்கு ரத்தப்போக்கு இருக்கிறதா என்பதைப் பொருத்து) 3 மணி நேரத்திற்கு ஒருமுறை அளிப்பது பரிந்துரைக்கப்படுகிறது.
3. 9 வாரங்கள் தாண்டியபிறகு பிறகு மிஃப்ரிஸ்டோன் மற்றும் மிலோப்ரோஸ்டோலை எடுத்துக் கொள்ளும் பெண்களுக்கு ரத்தம் ஏற்ற வேண்டிய அளவுக்கு ரத்தப்போக்கு மூலம் ரத்த இழப்பு ஏற்படும் ஆபத்து. மருத்துவ இதழ்களில் தோராயமாக 3000 பேருக்கு கருக்கலைப்பு செய்ததில் 8 பேருக்கு ரத்தம் ஏற்ற வேண்டி வந்ததாக அறிவிக்கப்பட்டுள்ளது. (1000 பெண்களுக்கு 2.8 பேர்) 9 வார டுஆீ யில் கருக்கலைப்பு செய்து கொண்டவர்களில் 2000 பெண்களில் ஒருவருக்கு ஏற்பட்ட விகிதத்தைவிடவும் இது அதிகம். வாரங்கள் அதிகரித்த பிறகு அறுவை சிகிச்சை மூலம் கருக்கலைப்பு செய்து கொண்டவர்களுக்கு இதே போல் ரத்தப்போக்கு சிக்கல் காணப்படுகிறது.⁸⁹
4. ஆரம்ப கால கருக்கலைப்பைவிட பெண்களுக்கு அதிக வலிநிவாரணி தேவைப்பட்டது. 22 வாரத்தில் நிகழ்ந்த 4000 மருத்துவக் கருக்கலைப்புக்களில்

5 ல் வலி நிவாரணி அளிக்க வேண்டிய தேவை அதிகரித்தது. இதன் மூலம் தாயின் வயது குறைவாகவும் கரு வயது அதிகமாகவும் இருக்கும்போது மிஸோப்ரோஸ்டால் டோஸ்கள் அதிகம் கொடுக்க வேண்டிய நிலை ஏற்பட்டு மருந்து கொடுத்ததிலிருந்து கருக்கலைப்பு நிகழ்வது வரை அதிக கால இடைவெளி ஏற்படுகிறது.⁹⁰ அதே சமயத்தில் மருந்தகம் மற்றும் மருத்துவர்களுக்கும் இடையே கலாசார வேறுபாடுகள் உள்ளன. அதைக் கருத்தில் கொள்ளாமல், ஆரம்ப நிலை கருக்கலைப்பு செய்து கொள்பவர்களைவிடவும் 9 வார 0-ஆஃப் தாண்டி கருக்கலைப்பு செய்யும்போது அதிக பெண்களுக்கு சக்தி வாய்ந்த வலி நிவாரணிகள் தேவைப்படுகின்றன என்று ஆராய்ச்சிகள் தெரிவிக்கின்றன. ஆரம்ப கால கருக்கலைப்பைவிட அதிக அளவில் வலி நிவாரணிகள் பெண்களுக்குத் தேவைப்படுகிறது.

தொகுப்பு:

- ஆரம்ப நிலை ட்ரைமெஸ்டரின் கடைசிப்பகுதியில் (10-12 வார LMP ல்) மிஃப்ரிஸ்டோன்- மிஸோப்ரோஸ்டால் மருத்துவக் கருக்கலைப்பு பாதுகாப்பானது மற்றும் ஆற்றல் மிக்கது.
- மிஃப்ரிஸ்டோன்- மிஸோப்ரோஸ்டால் மருத்துவக் கருக்கலைப்புக்கான சிகிச்சை முறை முதல் ட்ரைமெஸ்டரின் கடைசியில் 200 எம் ஜி மிஃப்ரிஸ்டோனை எடுத்துக் கொண்டு பிறகு 36/48 மணி நேரம் கழித்து மிஸோப்ரோஸ்டாலை எடுத்துக் கொள்ள வேண்டும்.
- பெரும்பாலான ஆய்வுகளின்படி பல மிஸோப்ரோஸ்டால்கள் எடுத்துக் கொள்ள வேண்டும் மற்றும் பெண்கள் மருந்தகத்திலேயே இருந்து மிஸோப்ரோஸ்டால் எடுத்துக் கொள்ள வேண்டும். புறநோயாளியாகவே வைத்து சிகிச்சை கொடுப்பதற்கான ஆராய்ச்சிகள் நடந்து கொண்டிருக்கின்றன.

VIII. மிஃப்ரிஸ்டோன் இல்லாத இடங்களில்

அத்தியாயத்தின் உள்ளடக்கம்

- மருத்துவக் கருக்கலைப்புக்கு மீதோட்ரெக்ஸேட் மற்றும் மிலேப்டோஸ்டால்
- மிலேப்டோஸ்டால் மட்டும் அளித்து கருக்கலைப்பு

மருத்துவ முறை

நன்மைகள்

தீமைகள்

மிஃப்ரிஸ்டோன் +
மிலேப்டோஸ்டால்

- >95% க்கும் அதிக ஆற்றல்
- துரிதமாக செயல்படுகிறது

- மிஃப்ரிஸ்டோன் விலை அதிகமாக இருக்கக்கூடும்
- உலகெங்கிலும் கிடைப்பதில்லை

மீதோட்ரெக்ஸேட் +
மிலேப்டோஸ்டால்

- >90% க்கும் அதிக ஆற்றல்

- நிதானமாக செயல்படுகிறது
- தொடர்ந்து கொண்டிருக்கும் கர்ப்பத்தில் கரு ஊனம் ஏற்படுத்தக்கூடும்

மிலேப்டோஸ்டால்
மட்டும்

- 80% க்கு இடைப்பட்ட ஆற்றல்
- மிகக் குறைந்த விலை
- பரவலாகக் கிடைக்கிறது

- அதிக பக்க விளைவுகள்
- தொடர்ந்து கொண்டிருக்கும் கர்ப்பத்தின் அமைப்பு சரியாக இல்லாதிருக்கலாம்

A. மீதோட்ரெக்ஸேட் மற்றும் மிலேப்டோஸ்டால்

மீதோட்ரெக்ஸேட் டி என் ஏ அமைப்பில் தலையீடு செய்யும் ஃபோலிக் ஆஸிட் வலி நிவாரணி. இதை ஒரு கருக்கலைப்பு மருந்தாகப் பயன்படுத்தும்போது தனியாகவோ அல்லது ஒரு ப்ரோஸ்டோக்ளானுடன் சேர்த்தோ பயன்படுத்தும்போது மீதோட்ரெக்ஸேட் வெற்றிகரமாக ஆரம்ப கால கருப்பைக்கு வெளியே அமைந்த கர்ப்பத்தையும் மற்றும் எக்டோபிக் கர்ப்பத்தையும் வெற்றிகரமாகக் கருக்கலைப்பு செய்யும்.⁹¹ உண்டாக்கும் கருக்கலைப்பிற்கு மிலேப்டோஸ்டால் போன்ற கூடுதல் ப்ரோஸ்டோக்ளாண்டின் பயன்படுத்தினால் மேலும் துரிதமாக கருக்கலைய செய்ய உதவும்.^{92,93}

மருத்துவ முறை

மீதோட்ரெக்ஸேட் மற்றும் மிலோப்டோஸ்டால் மருத்துவ கருக்கலைப்புக்கு 63 நாள் டுஜீ வரை பயன்படுத்தப்பட்டு வருகிறது. மிகவும் பொதுவாகப் பயன்படுத்துப்படும் வரிசை முறை வாய்வழியாக 50 எம்ஜி மீதோட்ரெக்ஸேட் எடுத்துக் கொண்ட பிறகு 5 முதல் 7 நாட்கள் கழித்து 800 எம் ஸி ஜி மிலோப்டோஸ்டாலை பெண் உறுப்பு வழியாக செலுத்துதல் வேண்டும். 24 மணிநேரம் கழித்து கருக்கலைப்பு நிகழவில்லை என்றால் மிலோப்டோஸ்டால் வழக்கமாக மறுபடியும் அளிக்கப்படுகிறது.

மீதோட்ரெக்ஸேட் இப்போதெல்லாம் திரவ வடிவிலும் வாய்வழியாக உட்கொள்ளும் மாத்திரையாகவும் கிடைக்கிறது. திரவத்தை வாய்வழியாகவும் உட்கொள்ளலாம் அல்லது ஊசி மூலம் தசைவழியாகவும் செலுத்தலாம். மீதோட்ரெக்ஸேட் ஐ தசைவழியாக அளிக்கும்போது பெண்ணின் உடல் மட்டப்பரப்புக்கு ஏற்றவாறு அளிக்கப்படுகிறது. மீதோட்ரெக்ஸேட் அளித்தபிறகு 4, 5 அல்லது 6 நாட்களில் மிலோப்டோஸ்டாலை அளித்து ஆராய்ச்சிகள் நடத்தியதில் ஒவ்வொரு வரிசை முறையுமே ஆற்றல் மிக்கதாக செயல்பட்டதைக் கண்டறிந்தார்கள்.^{94,95}

பாதுகாப்பு

மீதோட்ரெக்ஸேட் மருத்துவ கருக்கலைப்பு தவிர பல்வேறு அறிகுறிகளுக்குப் பயன்படுத்தப்படுகிறது. எதிர்கால கருவீரியத்தில் இந்த மருந்து எந்த விளைவும் அல்லது எதிர்கால கர்ப்பத்தில் எந்த அசாதாரணத்தையும் ஏற்படுத்தியதாகத் தெரியவில்லை.^{96,97,98} ஃபார்மாகோகைனடிக் ஆய்வுகளில் சாதாரணமாக 50 எம் ஜி வாய்வழியே எடுத்துக் கொள்ளும் டோஸ் பாதுகாப்பானது என்று தெரிவித்துள்ளன. ஏனெனில், சீரம் அளவில் விஷவிளைவு தங்குவதில்லை.⁹⁹

மீதோட்ரெக்ஸேட் - மிலோப்டோஸ்டால் அளிப்பதற்கு எதிரான அடையாளங்கள்

- தீவிரமான ரத்த சோகை
- அறிந்திருக்கும் கோயகுலோபதி (உடியபரடடியவால்)
- நடப்பில் இருக்கும் கணைய மற்றும் சிறுநீரக நோய்
- சீஸர் குறைபாடு (அட்டாக் / பிடிப்பு) கட்டுப்பாட்டில் இல்லாதிருத்தல்
- தீவிரமான மலக்குடல் வீக்க நோய்

விட்டமின்கள் உள்பட ஃபோலேட் அடங்கியிருக்கும் மருந்து எடுத்துக் கொள்ளும் பெண்களுக்கு மீதோட்ரெக்ஸேட் கொடுப்பதற்கு முன் ஒரு வாரத்திற்கு அதை நிறுத்தம்படி ஆலோசனை சொல்ல வேண்டும். சில மருத்துவர்கள் அழுத்தமான

பச்சை நிறுத்தில் உள்ள இலைக் காய்கள், ப்ரோக்கோலி, பீன்ஸ், ப்ருவரஸ் யீஸ்ட், முழு தானியங்கள், முளைவிட்ட கோதுமை, ஆரஞ்சுகள் மற்றும் இறைச்சிகளை மீதோட்ரெக்ஸேட் கொடுத்த பிறகு 2 வாரத்திற்கு எடுத்துக் கொள்ள வேண்டாம் என்று ஆலோசனை சொல்கிறார்கள். ஆனால் இது போன்ற முன்னெச்சரிக்கைகள் தேவை என்பது பற்றி எந்தவித ஆதாரமும் இல்லை. ஏனெனில் மீதோட்ரெக்ஸேட் தாய்ப்பாலில் வெளியேற்றப்படுகிறது. தாய்ப்பால் கொடுக்கும் பெண்கள் மீதோட்ரெக்ஸேட் எடுத்த பிறகு தங்கள் குழந்தைகளுக்கு 72 மணி நேரத்திற்குத் தாய்ப்பாலைத் தவிர்த்து வேறு ஏதாவது ஆரோக்ய உணவைக் கொடுக்க வேண்டும்.

கரு ஊனம் அல்லது சினைப்பருவக் குறைபாடு மீதோட்ரெக்ஸேட் மற்றும் மிஸோப்டோஸ்டால் பயன்படுத்தினால் கரு ஊனம் அல்லது சினைப்பருவக் குறைபாடு ஏற்பட வாய்ப்பு உள்ளது என்று பெண்களுக்கு ஆலோசனை சொல்லப்பட வேண்டும். மருந்துகள் வெற்றிகரமாக கருவைக் கலைக்கவில்லை என்றால் அறுவை சிகிச்சை மூலம் கருக்கலைப்பு செய்ய வேண்டியிருக்கலாம் என்றும் சொல்லப்பட வேண்டும். கர்ப்ப காலத்தில் மீதோட்ரெக்ஸேட் அளிக்கப்பட்ட பெண்களுக்கு அதன் பிறகு கர்ப்பம் தொடர்ந்து பிறந்த குழந்தைகளுக்கு அனாமோலிஸ் இருந்ததாக அறிவிக்கப்பட்டதால் சினைப்பருவக் குறைபாடு ஏற்படும் சாத்தியம் உள்ளது.^{100,101,102} சினைப்பருவக் குறைபாடு பற்றிய பெரும்பாலான அறிக்கைகள் கீமோதெரபியின்போது அதிக அளவு மீதோட்ரெக்ஸேட் அளிக்கப்படுவதைத் தொடர்புபடுத்துகிறது. மிஸோப்டோஸ்டால் மற்றும் சினைப்பருவக் குறைபாடு பற்றிய தகவல் அறிந்து கொள்வதற்கு அத்தியாயம் ஐஐ ல் பகுதி C ஐ பார்க்கவும்.

ஆற்றல்

மீதோட்ரெக்ஸேட் - மிஸோப்டோஸ்டால் மருத்துவ கருக்கலைப்பின் வெற்றி விகிதம் ஓட்டு மொத்தத்தில் மருந்தகத்தில் முயன்று பார்த்தது பற்றி இதழ்களில் அறிவித்திருப்பதில் 88% முதல் 97%வரை வேறுபடுகிறது^{103,104} (மருந்தகத்தில் முயன்று பார்த்தது பற்றி அறிந்து கொள்ள இணைப்பு ரூ ல் வெற்றி விகித அறிக்கையைப் பார்க்கவும்). மிஃப்ரிஸ்டோன் பயன்படுத்தி மருத்துவக்கருக்கலைப்பு செய்ததற்கு இணையாகவே இவை இருக்கின்றன என்றாலும் மீதோட்ரெக்ஸேட் பயன்படுத்தி மருத்துவக் கருக்கலைப்பு செய்து கொள்ளும்போது கருக்கலைப்பு முழுமையடைவதற்கு அதிக நேரம் எடுக்கப்படுகிறது.

அத்தியாயம் ஐஐ ல் விவரித்ததுபோல் மருத்துவக் கருக்கலைப்பின் ஆற்றல் , பயன்படுத்தப்படும் விதிமுறை (ப்ரோடோகால்) மற்றும் மருத்துவரின் அனுபவம் ஆகியவற்றைப் பொருத்து அமையும். அறுவை சிகிச்சை முறைக்கு மாறுவதற்கு முடிவெடுப்பதற்கு முன் நீண்ட காலம் காத்திருக்கத் தயாராக இருந்தால் வெற்றி விகிதம் அதிகரிக்கிறது. மீதோட்ரெக்ஸேட் மற்றும் மிஸோப்டோஸ்டால் கரு வயதின் ஆரம்பக் கால கருக்கலைப்புக்கு மேலும் அதிக ஆற்றல் உள்ளதாக இருக்கலாம் என்பதற்கு ஒரு ஆதாரம் உள்ளது. எனினும், விவரங்கள் இன்னும் முற்றுப்பெறாத நிலையில் உள்ளன. 63 நாட்கள் LMP வரை கருக்கலைப்பின் வெற்றி வாய்ப்பு 90% என்று அறிவிக்கின்றன.^{103,104}

ஏற்புடைய தன்மை

மீதோட்ரெக்ஸேட் மருத்தவக் கருக்கலைப்பில் பங்கேற்றவர்களில் 83% விருந்து 89% வரை உள்ளவர்கள் அதே முறையைத்தான் மறுபடியும் தேர்ந்தெடுப்பார்கள்^{105,106} என்று ஆய்வுகள் தெரிவிக்கின்றன. மிஃப்ரெஸ்டோன் மற்றும் மீதோட்ரெக்ஸேட் மருத்துவ முறைகளை ஒப்பிடும் ஆய்வு ஒன்று செய்தபோது மிஃப்ரிஸ்டோன் அதிக அளவில் ஏற்றுக்கொள்கிறது என்றும், வலி மற்றும் காத்திருக்கும் நேரம் ஆகியவற்றில் இரண்டு மருந்துகளுக்கும் குறிப்பிடத்தக்க அளவு மாறுதல்கள் இருக்கின்றன என்றும் கண்டறியப்பட்டுள்ளன.¹⁰⁷

பக்க விளைவுகள் மற்றும் சிக்கல்கள்

மீதோட்ரெக்ஸேட் /மிஸோப்ரோஸ்டால் மருத்துவக் கருக்கலைப்புகளில் ஏற்படும் பக்க விளைவுகள் மிஃப்ரிஸ்டோன் /மிஸோப்ரோஸ்டால் சிகிச்சை முறையின் அனுபவத்தை ஒத்ததாகத்தான் இருக்கின்றன. மிஃப்ரெஸ்டோன் /மிஸோப்ரோஸ்டால் ஆகியவற்றின் கருக்கலைப்பு சிகிச்சை முறையின் ஏற்படும் பக்க விளைவுகளை ஒப்பிடும் ஒரு ஆராய்ச்சியில் மிஃப்ரிஸ்டோன் அளித்தால் தலைவலி குறிப்பிடத்தக்க அளவு அதிக பொதுவாக உள்ளது என்றும் வயிற்றுப்போக்கு, காய்ச்சல் (ஜூரம்), குளிர் மற்றும் அத்தமான் மோசமான வலி போன்றவை மீதோட்ரெக்ஸேட் கொடுத்தால் அதிகம் வரும் என்றும் ஆராய்ச்சிகள் தெரிவிக்கின்றன.¹⁰⁸ (அத்தியாயம் IV ல் பகுதி C ல் பரிந்துரைகளைப்பார்க்கவும்). தோல்வியடைந்த அல்லது முழுமையடையாத கருக்கலைப்பு பற்றியும் மற்றும் எக்டோபிக் கர்ப்பமும் கீழே விவரிக்கப்பட்டுள்ளன.

தோல்வியடைந்த அல்லது முழுமையடையாத கருக்கலைப்பு

மீதோட்ரெக்ஸேட் கொடுத்த 2 வாரங்களுக்குப் பிறகு ட்ரான்ஸ்வஜைனல் அல்ட்ராசோனோகிராஃபியில் கருவின் இதயத்துடிப்பு தொடர்ந்து கொண்டிருந்தால், கர்ப்பத்திற்கு உயிர் உள்ளது என்று பெரும்பான்மையான ப்ரோடோகால்களில் உள்ளது. உயிரில்லாத கர்ப்பத்திற்கு நிறுத்தமுறை செய்வது அவசியம் இல்லை மற்றும் கருக்கலைந்து வெளியேறுவது மீதோட்ரெக்ஸேட் கொடுத்த பிறகு சராசரியாக 22 முதல் 29 நாட்களுக்குள் நடந்துவிடும். தற்போது மருத்துவ கருக்கலைப்புக்கு மீதோட்ரெக்ஸேட் கொடுக்கும் சிகிச்சை முறையில் அறுவை சிகிச்சைக் நிறுத்தமுறை செய்தவற்கு முன் குறைந்தது 29 முதல் 45 நாட்கள் காத்திருக்க வேண்டும் என்று யுனைட்டட் ஸ்டேட்ஸில் பரிந்துரைக்கப்படுகிறது. சில பெண்கள் இவ்வளவு நாட்கள் காத்திருக்கத் தயாராக இருப்பதில்லை என்றாலும் சீக்கிரமாகவே அறுவை சிகிச்சைக் நிறுத்தமுறை செய்யும்படி வேண்டுகோள் விடுக்கக்கூடும்.¹⁰⁹

B. மிஸோப்ரோஸ்டாலை மட்டும் பயன்படுத்துதல்

மிஃப்ரிஸ்டோன் /மிஸோப்ரோஸ்டால் சிகிச்சை முறை கிடைக்காத இடங்களில் மிஸோப்ரோஸ்டாலைத் தனியாக கருக்கலைப்புக்கு பயன்படுத்துவது ஒரு வரப்பிரசாதமாகும். முதல் மற்றும் இரண்டாவது ட்ரைமெஸ்டர் கருக்கலைப்பு செய்யும்போது மிஸோப்ரோஸ்டாலின் ஆற்றலை ஆராய்ச்சிகள் மதிப்பீடு செய்துள்ளன. அது நிறைய இடங்களில் பரவலாகக் கிடைக்கிறது, விலை குறைவாக உள்ளது,

பயன்படுத்துவது சுலபம், உலகெங்கிலும் உள்ள பெண்கள் மிஸோப்ரோஸ்டாலை மருத்துவக் கண்காணிப்பு இல்லாமலேயே கருவை கலைக் ஒரு மார்க்கமாகப் பயன்படுத்தத் துவங்கியுள்ளனர்.

சிகிச்சை முறை

பல ஆராய்ச்சிகள் 800 எம் சி ஜி டோஸ் மிஸோப்ரோஸ்டால் ஐ தொடர்ந்து 3 முறை பயன்படுத்தினால் அதன் ஆற்றல் அதிகரிக்கிறது என்று கண்டறிந்துள்ளன. 800 எம் சி ஜி சிகிச்சை முறையை யோனிக்குழாய்க்குள் ஒவ்வொரு மணி நேரத்திற்கு ஒரு முறையோ அல்லது நாவுக்குக் கீழே 3 மணி நேரத்திற்கு ஒரு முறையோ தொடர்ந்து 3 முறைகள் கொடுத்தால் பயன் அதிகம் இருக்கும் என்று கண்டறிந்துள்ளன.¹¹⁰

பாதுகாப்பு

லட்சக்கணக்கான பெண்கள் மிஸோப்ரோஸ்டாலை (தனியாகவோ அல்லது மிஃப்ரிஸ்டோனுடன் சேர்த்தோ அல்லது மீதோட்ரெக்ஸேட்டுடன் சேர்த்தோ) பயன்படுத்திப் பாதுகாப்பாக கருக்கலைப்பு செய்து கொள்கிறார்கள்.

கருப்பை சேதமாதல் (கிழிதல்)

மிஸோப்ரோஸ்டாலை பயன்படுத்தினால் குறிப்பாக கரு வயது அதிகமாக இருந்தாலும் பெண்களின் கருப்பையில் தழும்புகள் இருந்தாலும் கருப்பை கிழியும் அபாயம் அதிகரிக்கிறது. ஆரம்ப நிலை மருத்தவக் கருக்கலைப்பில் கருப்பை கிழிவதற்கான மிகச் சரியான ஆபத்து இன்னும் அறியப்படவில்லை. ஆனால் முதல் ட்ரைமஸ்டர் கருக்கலைப்புக்காக மிஃப்ரிஸ்டோன் / மிஸோப்ரோஸ்டால் பயன்படுத்தியதாகப் பதிவான நூற்றுக் கணக்கான ஆயிரக்கணக்கான பெண்களுக்கு இவ்வாறு நிகழ்ந்ததில்லை. இரண்டாவது ட்ரைமஸ்டர் கருக்கலைப்புக்காக / மிஸோப்ரோஸ்டால் பயன்படுத்தியவர்களுக்கு கருப்பை சிதைந்ததாக செவி வழி செய்திகளாகக் கேள்விப்படுகிறோம் (தனியாகவும்^{111,112,113} மற்றும் மிஃப்ரிஸ்டோனுடனும்¹¹²).

பிறவிக் குறைகள்

டெரடோஜெனிசிட்டி (பிறவிக் குறைகள்) இருப்பதற்கான தெளிவான சான்று எதுவும் இல்லை என்று^{114,115,116} சில ஆய்வுகளின் முடிவு தெரிவித்தாலும்கூட மற்றவர்கள் மிஸோப்ரோஸ்டால் பயன்படுத்தி பாதுகாப்பற்ற கருக்கலைப்பு செய்தவர்களுக்கும் பிறவிக்குறைகள்^{117,118,119,120} இருப்பதற்கும் தொடர்பு இருப்பதாகக் கண்டறிந்திருக்கிறார்கள். மிஸோப்ரோஸ்டாலைப் பயன்படுத்தி ஆரம்ப நிலை கர்ப்பத்தைக் கலைக்க முயலும்போது அதுதோல்வியுற்றால் அதன் காரணமாக அசாதாரண சிசு உருவாக சாத்தியம் உள்ளது என்று மருத்துவர்களும் பெண்களும் உணர வேண்டும். மிஸோப்ரோஸ்டாலை அளித்தபிறகு கர்ப்பம் தொடர்ந்தால் அறுவை சிகிச்சைக் நிறுத்தமுறை இருக்க வேண்டும் என்று பரிந்துரைக்கப்படுகிறது.

மிலோப்ரோஸ்டாலை ரகசியமாகப் பயன்படுத்துதல்

கருக்கலைப்பு அதிகமாக உள்ள இடங்களிலும் மிகவும் தடை செய்யப்பட்ட இடங்களிலும்^{121,122} (இரண்டு இடங்களிலுமே) மருத்துவ நிலையங்களில் கருக்கலைப்பை உண்டாக்குவதற்கு சுயமாக மிலோப்ரோஸ்டாலை உபயோகிப்பது பதிவாகியுள்ளது. இந்த நிகழ்வு 1990 களிலிருந்து ப்ரேசிலிலும் மற்றும் சமீபத்தில் அதிகமாக லத்தீன் அமெரிக்க நாடுகளிலும் காணப்படுகிறது. கருக்கலைப்பை உண்டாக்குவதற்கு மிலோப்ரோஸ்டாலை இந்த வகையில் பயன்படுத்துவது கருத்தடை சம்பந்தமான மரணங்களையும் குறைகளையும் நீக்கியுள்ளது.¹²³ சமீபத்தில் யுனாடட் ஸ்டேட்ஸில் 3 பெரிய நகர்ப்புற மையங்களில் நடத்தப்பட்ட ஆராய்ச்சிகளில் மிலோப்ரோஸ்டாலை கருக்கலைப்புக்காகப் பயன்படுத்துவதும் தனக்குத் தானே பயன்படுத்திக் கொள்வதும் குறைவாகவே பதிவாகியுள்ளது. (கிட்டத்தட்ட 4%).¹²⁴

ஆற்றல்

மிஃப்ரிஸ்டோன் கிடைக்காத இடங்களில் மிலோப்ரோஸ்டாலை மட்டும் பயன்படுத்துவது நல்ல பாதுகாப்பான மாற்று. மிக அண்மையில் நடந்த ஆராய்ச்சியில் அளிக்கப்பட்ட சிறந்த சிகிச்சை முறைகளில் வெற்றி வாய்ப்பு 80 சதவீத அளவுக்கு இடையில் உள்ளது. (மருத்துவ மனைகளில் சோதனை ரீதியாகப் பயன்படுத்தியபோது பதிவான வெற்றி விகிதத்தை இணைப்பு A ல் பார்க்கவும்).

ஏற்புடைய தன்மை

மிலோப்ரோஸ்டாலை மட்டும் தனியாக எடுத்துக் கொண்டால் எந்த அளவு ஏற்றுக் கொள்கிறது என்று பெரும்பாலான ஆராய்ச்சிகள் குறிப்பாக விசாரணை நடத்துவதில்லை. ஆனால் கிடைத்திருக்கும் தகவல்களின்படி மிக அதிக அளவு ஏற்றுக் கொள்கிறது.

பக்க விளைவுகள்

மற்ற வகைகளில் உள்ள மருத்துவக் கருக்கலைப்பில் உள்ளதுபோலவே மிக அதிகமாக அளிவிக்கப்பட்ட ஆரம்ப நிலை மற்றும் இரண்டாம் நிலை பக்க விளைவுகள் கருப்பை தசை முறுக்கிக் கொள்ளுதல் (இழுத்துக் கொள்ளுதல்) மற்றும் வலி, ரத்தப்போக்கு மற்றும் குமட்டல். பக்க விளைவுகளுக்கு சிகிச்சை செய்யும் முறை மிஃப்ரிஸ்டோன் /மிலோப்ரோஸ்டாலுக்கு உள்ளதைப் போன்றேதான் (அத்தியாயம் ஐஏ ல் பகுதி C ஐ பார்க்கவும்).

செலுத்தும் வழிகள்

நாவுக்கு அடியிலோ அல்லது யோனிக்குழாய்க்குள்ளோ (பெண்ணுறுப்பில்) மிஸோப்ரோஸ்டால் வைத்துக் கொள்வது பரிந்துரைக்கப்படுகிறது. WHO ல் நடத்தப்பட்ட ஒரு மாபெரும் ஆராய்ச்சியில் பெண்ணுறுப்பில் வைக்கப்படும்போது டோஸ்களுக்கிடையே உள்ள இடைவெளி 3 அல்லது 12 மணி நேரமாக இருக்கலாம். நாவுக்கு அடியில் வைக்கும்போது டோஸ்களுக்கிடையே 3 மணி நேரத்திற்கு ஒரு முறை கொடுத்தால் அதிக பக்க விளைவுகள் ஏற்பட்டன. டோஸ்களுக்கிடையே 12 மணி நேர இடைவெளி கொடுத்தால் ஆற்றல் குறையும்.¹¹⁰ இந்தக் காரணத்திற்காக தாடைக்குள்ளும் கொடுக்கப்படுகிறது.

டெலிமெடிசினும் மிஃப்ரிஸ்டோன் மற்றும் மிஸோப்ரோஸ்டாலும்

கருக்கலைப்புக் கட்டுப்பாட்டு சட்டங்கள் உள்ள மற்றும் பாதுகாப்பான கருக்கலைப்பு பற்றி சிறிதளவு அறிந்துள்ள அல்லது கொஞ்சமும் அறிந்திருக்காத நாடுகளில் மிஃப்ரிஸ்டோன் மற்றும் மிஸோப்ரோஸ்டாலைப் பெண்கள் பயன்படுத்த கருக்கலைப்பு உண்டாக்குவதற்கு விமன் ஆன் வெப் என்ற சேவையின் டெலிமெடிசின் பயன்படுகிறது. ஆன்லைனில் ஆலோசனை எடுத்துக் கொண்டபிறகு 9 வாரங்கள் ௫ஆ வரை உள்ள விருப்பமில்லாத கர்ப்பம் சுமக்கும் பெண்கள் மருத்துவரைக் கலந்தாலோசிக்கிறார்கள். எதிர்மறை அடையாளங்கள் ஏதும் இல்லை என்றால் பெண்களுக்கு மிஃப்ரிஸ்டோன் மற்றும் மிஸோப்ரோஸ்டால் தபாலில் அனுப்பப்படுகிறது.

<http://www.womenonweb.org/>

தொகுப்ப

- மிஃப்ரெஸ்டோன் கிடைக்காத இடங்களில் மீதோட்ரெக்ஸேட் மற்றும் மிஸோப்ரோஸ்டால் சிறந்த மருத்துவக் கருக்கலைப்புக்கான தேர்வு ஆகும்.
- மிஃப்ரிஸ்டோன் மற்றும் மிஸோப்ரோஸ்டால் கிடைக்கவில்லை என்றால் மருத்துவக் கருக்கலைப்பு அதிகமாகக் கிடைப்பதற்கு டெலிமெடிசின் உதவுகிறது.

IX. எதிர்கால நோக்கு

கடந்த 20 வருடங்களில் மருத்துவக் கருக்கலைப்பு தொழில்நுட்பத்தில் ஏற்பட்ட அபரிமிதமான வளர்ச்சி காரணமாகவே இந்த வழிகாட்டிப் புத்தகம் சாத்தியமாயிற்று. கடைசியாக லட்சக்கணக்கான பெண்களின் வாழ்வில் மிகவும் சர்வ சகஜமாக நிகழக்கூடிய ஒரு வலிமிகுந்த பிரச்சினையைத் தீர்க்க உதவும் ஒரு சக்தி வாய்ந்த சாதனம் ஒன்று நமக்குக் கிடைத்துள்ளது.

இந்த வழிகாட்டி நூலின் நோக்கம் என்னவென்றால், வசதி வாய்ப்புக்கள் குறைவாக இருக்கும் இடங்களிலும் மருத்துவ சேவை அந்த அளவு அதிநவீனமாக இல்லாத இடங்களிலும் கூடத் தொழில் நுட்பத்தை எவ்வாறு அளிக்க முடியும் என்பதே ஆகும். பெண்கள் தங்களுக்கு ஏற்பட்ட விருப்பமில்லாத கர்ப்பத்தை முடிவுக்குக் கொண்டுவருவதற்கு ஒரு முறையைத் தேர்ந்தெடுப்பதற்கும் பெண்கள் மற்றவர்களை சார்ந்திருக்காமல் இருக்கவும், அவர்களின் சௌகரியத்தையும் உறுதியளிக்கும் சேவையை எளிதில் அடைவதற்கான உதவிகள் செய்வதாக உறுதி அளிப்பதற்கும், சிகிச்சை முறைகளை மேம்படுத்தவும் ஏற்ற தொழில்நுட்பம், எல்லா இடத்திலும் கிடைக்கும் வரையில் முழுமையாக உணரப்படாது. இந்த வழிகாட்டிப்புத்தகத்தில் அளிக்கப்பட்டுள்ள ஆலோசனைகளைப் பயன்படுத்தினால் மருத்தவக் கருக்கலைப்பை அதிக பெண்கள் விரும்பும் ஒரு தேர்வாக ஆக்குவதற்கான குறிக்கோளை நோக்கி செல்வதற்கும் உதவிகரமாக இருக்கும்.

கருத்தடை மாத்திரைகள் தயாரிக்கப்பட்ட சமயத்தில் அறுவை சிகிச்சையை தவிர்த்து கருக்கலைப்பு செய்து அந்தப் பிரச்சனைக்கு மருந்துகள் மூலம் தீர்வு காண நம்மாலும் முடியும் என்பது கிட்டத்தட்ட கற்பனை செய்ய முடியாத ஒன்றாக இருந்தது. ஆனால் உண்மையில் நாம் அடைய வேண்டிய இலக்கை அடைந்துவிட்டோம். இந்த முறையை கருத்து வேறுபாட்டுக்கு இடம் இல்லாமல் அது சேவையளிக்கக்கூடிய சக்திவாய்ந்த, பாதுகாப்பான, ஏற்றுக் கொள்ளும் மற்றும் வசதியானது என்கிற முறையில் லட்சக்கணக்கான மற்றும் கோடிக்கணக்கான பெண்கள் பல மேற்பட்ட நாடுகளில் உபயோகிக்கிறார்கள்.

ஆனால் நாம் இந்தத் தொழில்நுட்பத்தை மேம்படுத்துவதில் ,குறிப்பாக மறு யோசனை மற்றும் மீண்டும் வரையறுக்கும் அம்சங்களில் முடிவு நிலைக்கு இன்னும் வந்துவிடவில்லை- குறிப்பாக இதன் அம்சங்களை மேம்படுத்துவது பற்றி பற்றி மறுபரிசீலனை செய்யப்படுகிறது. உதாரணத்திற்கு இப்போது சில முறை மருந்தகத்திற்கு சென்றாலே போதும் , முழுமையான ஏற்றுக் கொள்ளக்கூடிய பாதுகாப்பான மற்றும் செயல்திறன் உள்ள சேவை என்று நாம் அறிந்து கொண்டுவிட்டோம். குறைந்த முறை சேவை என்பது பெரும்பாலான பெண்களுக்கும் மற்றும் மருத்துவர்களுக்கும் மிகவும் விரும்பத் தக்கதாக உள்ளது. எனவே சில முறைகள் சென்று மருத்துவ கருக்கலைப்பை அளிப்பது சாத்தியம் என்று அரசியல் தலைவர்களையும், முறைப்படுத்தும் நிறுவனங்களையும், மருத்துவ நிலையங்களுக்கும் மற்றும் தனி மருத்துவர்களுக்கும் புரிய வைப்பது ஒரு சவாலாகவே உள்ளது.

இப்போதெல்லாம் ஏராளமான மருந்தகங்களில் பெண்களை மிசோப்ரோஸ்டாலை வீட்டியே எடுத்துக் கொள்ளும்படியும் இந்தக் காரணத்திற்காக மருந்தகத்திற்கு வர வேண்டாம் என்றும் சொல்லும் நேர்மறையான அனுபவங்கள் ஏராளமாக உள்ளன. அது மிசோப்ரோஸ்டால் என்பதாலும் அது அசௌகரியமான மற்றும் ஏராளமான பக்க விளைவுகளை ஏற்படுத்தும் மிஃபிரிஸ்டோன் இல்லை என்பதாலும் மிசோப்ரோஸ்டாலை பெண்கள் வீட்டிலும் எடுத்துக் கொள்ளலாம் என்று அனுமதிக்கிறார்கள். எதிர்காலத்தில் (இப்போது சில இடங்களில் நடைமுறையில் உள்ளதுபோல்) பெண்கள் மிஃபிரிஸ்டோனை மருந்துக் கடையில் வாங்கலாம் என்ற நடைமுறையை அனுமதிப்பது பற்றி நாம் கருத்தில் கொள்ள வேண்டும். மேலும் அந்தப் பெண்களுக்குத் தேவை ஏற்பட்டால் கையில் வைத்திருக்கவும் வழிமுறைகள் ஏற்பட வேண்டும்.

பல பெண்கள் நன்கு ஆரோக்கியமாக உணர்வதாலும் கருக்கலைப்புக்குப் பிறகுமறுபடியும் மருந்தகத்திற்கு வருவதை தவிர்க்க விரும்புவார்கள் என்பதாலும் தகுதியுள்ள பெண்கள் தங்கள் மருத்துவக் கருக்கலைப்புக்குப் பின்னர் மீண்டும் வருவதைப் பாதுகாப்பாகத் தவிர்பதற்கு நாம் மேலும் ஆராய்ச்சிகள் செய்ய வேண்டும். மருத்தவ சிக்கல்கள் ஏற்பட்டால் அந்தக் காரணத்திற்காக தங்களுக்குக் கூடுதல் மருத்துவ சிகிச்சை வேண்டுமா என்று தீர்மானிப்பதில் பெண்கள் சிறந்தவர்கள். பொருத்தமான ஆலோசனைகள் கிடைத்தால் தாங்களாகவே மறுபடியும் மருந்தகத்தில் சரிபார்த்துக் கொள்ள வேண்டும். தற்போது உள்ள பதிவுகள் பெண்கள் தங்கள் கருக்கலைப்பு முழுமையாக முடிவடையாதபோது கருக்கலைப்பு வெற்றியடைந்ததாக நினைப்பதற்கும் கருக்கலைப்பு முழுமையாக முடிந்தபிறகும் கருக்கலைப்பு உண்டாகவில்லை என்றும் நம்புவதற்கு சாத்தியம் உள்ளன என்று தெரிவிக்கின்றன.¹²⁵ மருத்துவக் கருக்கலைப்புப்பிறகு தனக்கு கர்ப்பம் தொடர்கிறதா என்று கண்டறியவும் சிகிச்சை தேவைப்படுமா என்று தீர்மானிக்கவும் எதிர்காலத்தில் குறைந்த செலவில் குறைந்த உணர்வுபூர்வமான கர்ப்ப சோதனை முறைகள் அறிமுகப்படுத்தப்படக்கூடும்.

உலகில் மருத்துவ கருக்கலைப்பு அளிப்பவற்றில் அதிகமாக மற்றும் குறைவாக முன்னேறிய நாடுகளில் இரண்டு வகை நாடுகளிலுமே இந்த முறை மிகவும் எளிதானது என்றும் மருத்துவர் அல்லாதவர்கள்கூட இதை அளிக்க முடியும் என்றும் கண்டுபிடித்திருக்கிறார்கள். குறைந்த வசதி வாய்ப்புக்கள் உள்ள சூழ்நிலைகளில் இது போன்ற உணர்வு அவசியம் தேவை. எதிர்காலத்தில், இந்த தகவல் பரவலாக அறியப்பட்டுள்ளதா என்றும் மருத்துவ சேவையை வடிவமைப்பவர்களும் மருத்துவ சேவைகளுக்கான வரை முறைகளை உருவாக்குபவர்களும் இந்த சேவையைப் பற்றிப் புரிந்து கொண்டார்களா என்பது எதிர்காலம் சந்திக்கப்போகும்மற்றொரு சவால்.

விஞ்ஞானம் மற்றும் தொழில்நுட்பத்தினைப் பொருத்த வரையில் மருத்துவக் கருக்கலைப்பு செய்வதற்கான முறைகளை பெண்களுக்கு மேலும் எளிதாக ஆக்கவும், தவிர்க்க முடியாத பின்வளைவுகள் என்று தற்போது கருதப்படும் ரத்தப்போக்கு மற்றும் வலி ஆகியவற்றைக் குறைப்பதும் ஆகும். இந்த குறிக்கோளுக்காக மாற்று மூலக்கூறுகள் மற்றும் அமைப்பு இயல்களை (யடவநசயேவளைந அடிடநஉரடநள யனே கடிசஅரடயவடைளே) கண்டுபிடிப்பதற்கு அடிப்படை விஞ்ஞானிகள் நமக்குத் தேவைப்படுவார்கள். ஆனால் ஏன் இல்லை? கடந்த காலத்தில் பயன்மிக்க முறையில்

தகவல்கள் கிடைத்தன. இதோ நமக்கு தொழில்நுட்பம் கிடைத்தது. இது பலனளிக்கிறது. எதிர்காலத்தில் ஆரோக்யத்தில் பல பகுதிகள் மற்றும் உலகெங்கிலும் உள்ள பெண்களின் பலன் மிக்க திறமைகளுக்கான சாத்தியங்கள் ஏராளம். இந்த குதூகலமூட்டும் பரபரப்பான கோணத்தில் பங்கேற்பது எப்போது என்று நாமும் ஆவலுடன் காத்திருக்கிறோம்.

X. இணைப்புகள்

இணைப்பு A: மிஃப்ரிஸ்டோன் மற்றும் மிலோப்ரோஸ்டால், மீதோட்ரெக்ஸேட் மற்றும் மிலோப்ரோஸ்டால் மிலோப்ரோஸ்டால், மற்றும் மிலோப்ரோஸ்டாலைத் தனியாக மருத்துவ கருக்கலைப்புக்குப் பயன்படுத்தும்போது அதன் செயல் திறன்

அட்டவணை 1 ஆரம்ப கால கருக்கலைப்புக்கு மிஃப்ரிஸ்டோன் மற்றும் மிலோப்ரோஸ்டாலின் செயல் திறன்

ரெஃபரன்ஸ்கள்	எண்	கரு வயது	மிஃப்ரிஸ்டோன் டோஸ் டோஸ் (எம் ஜி)	முதல் டோஸ் மிஃப்ரிஸ்டோன் (எம் ஸி ஜி)	கூடுதல் டோஸ் மிஃப்ரிஸ்டோன் (எம் ஸி ஜி)	வெற்றி சதவிகிதம் (%)
ராகவன் எஸ், et al. ⁵¹	240	≤ 63 நாட்கள்	200	2 ம் நாள் நாவுக்கு அடியில் 400		99
	239	≤ 63 நாட்கள்	200	2 ம் நாள் வாய் வழியாக 400		94
வான் ஹெர்ட்சன் H, et al. ⁵⁵	529	≤ 63 நாட்கள்	100	2 ம் நாள் பெண்ணின் பிறப்புறுப்பு வழியாக 800		93
	534	≤ 63 நாட்கள்	100	3ம் நாள் பெண்ணின் பிறப்புறுப்பு வழியாக 800		91
	531	≤ 63 நாட்கள்	200	2 ம் நாள் பெண்ணின் பிறப்புறுப்பு வழியாக 800		94
	532	≤ 63 நாட்கள்	200	3ம் நாள் பெண்ணின் பிறப்புறுப்பு வழியாக 800		93
வினிகோஃப் B, et al. ⁵³	421	≤ 63 நாட்கள்	200	2 ம் நாள் தாயையில் 800	தேவை ஏற்பட்டால் 8 நாள் முதல் 14 ம் நாள் வரை தாயைக்குள் 800	96
	426	≤ 63 நாட்கள்	200	2 ம் நாள் வாய் வழியாக 800	தேவை ஏற்பட்டால் வாய் வழியாக 800	91
கோயாஜி K, et al. ⁴⁶	147	≤ 56 நாட்கள்	200	3 ம் நாள் வாய் வழியாக 400		86
	150	≤ 56 நாட்கள்	200	3 ம் நாள் வாய் வழியாக 400	3 மணி நேரத்திற்குப்பிறகு வாய் வழியாக 400	92
கெஸ் டி, et al. ⁵⁸	210	≤ 63 நாட்கள்	200	முதல் நாள் பெண் உறுப்பு வழியாக 800 (மிஃப் கொடுத்து 6 மணி நேரத்திற்குப்பிறகு)	தேவை ஏற்பட்டால் 3 ம் நாள் முதல் 8 ம் நாள் வரை பெண் உறுப்பு வழியாக 800	89

அட்டவணை 1 (தொடரும்)

	215	≤ 63 நாட்கள்	200	3 ம் நாள் பெண் உறுப்பு வழியாக 800	தேவை ஏற்பட்டால் 5 ம் நாள் முதல் 10 ம் நாள் வரை பெண் உறுப்பு வழியாக 800	96
க்ரெயினி MD, et al. ⁵⁷	554	≤ 63 நாட்கள்	200	முதல் நாள் பெண் உறுப்பு வழியாக 800 (மிஃப் கொடுத்து 15 நிமிட நேரத்திற்குப்பிறகு)	தேவை ஏற்பட்டால் 8 ம் நாள் பெண் உறுப்பு வழியாக 800	95
	546	≤ 63 நாட்கள்	200	2 ம் நாள் பெண் உறுப்பு வழியாக 800	தேவை ஏற்பட்டால் 8 ம் நாள் பெண் உறுப்பு வழியாக 800	97
மிடிஸ்டன T, et al. ¹²⁶	216	≤ 56 நாட்கள்	200	2/3ம் நாள் தாடைக்குள் 800		95
	213	≤ 56 நாட்கள்	200	2/3ம் பெண் உறுப்பு வழியாக 800		93
க்ரெயினி MD, et al. ⁵⁶	525	≤ 63 நாட்கள்	200	1 நாள் பெண் உறுப்பு வழியாக 800 (மிஃப் கொடுத்து 6/8 மணி நேரத்திற்குப்பிறகு)	தேவை ஏற்பட்டால் 8 ம் நாள் பெண் உறுப்பு வழியாக 800	96
	531	≤ 63 நாட்கள்	200	தேவை ஏற்பட்டால் 8 ம் நாள் பெண் உறுப்பு வழியாக 800	தேவை ஏற்பட்டால் 8 ம் நாள் பெண் உறுப்பு வழியாக 800	98
டேங்க் OS, et al. ⁵²	112	≤ 63 நாட்கள்	200	3 ம் நாள் பெண் உறுப்பு வழியாக 800		94
	112	≤ 63 நாட்கள்	200	3 ம் நாள் நாவுக்கு அடியே 800		98
வான் ஹெர்ட்ஸன் H, et al. ¹²⁷	740	≤ 63 நாட்கள்	200	3 ம் நாள் வாய் வழியே 800	4/10 நாள் வாய் வழியே 400 தினமும் 2 முறை	92
	741	≤ 63 நாட்கள்	200	3 ம் நாள் பெண் உறுப்பு வழியாக 800	4/10 நாள் வாய் வழியே 400 தினமும் 2 முறை	95
	738	≤ 63 நாட்கள்	200	3 ம் நாள் பெண் உறுப்பு வழியாக 800		94
ஸ்காஃப் EA, et al. ¹²⁸	220	≤ 63 நாட்கள்	200	3 ம் நாள் வாய் வழியே 400	தேவை ஏற்பட்டால் 4/8 நாள் பெண் உறுப்பு வழியாக 800	91
	269	≤ 63 நாட்கள்	200	3 ம் நாள் வாய் வழியே 800	தேவை ஏற்பட்டால் 4/8 நாள் பெண் உறுப்பு வழியாக 800	95
	522	≤ 63 நாட்கள்	200	3 ம் நாள் பெண் உறுப்பு வழியாக 800	தேவை ஏற்பட்டால் 4/8 நாள் பெண் உறுப்பு வழியாக 800	98
பார்ட்லே J, et al. ¹²⁹	453	≤ 63 நாட்கள்	200	3 ம் நாள் பெண் உறுப்பு வழியாக 800		99
ஸ்காஃப் et al. ⁴⁷	548	≤ 63 நாட்கள்	200	2 ம் நாள் வாய் வழியே 400	தேவை ஏற்பட்டால் 2 ம் நாள் வாய் வழியே 400இல் பெண் உறுப்பு வழியாக 800 ம் 2 மணி நேரத்திற்குப் பிறகு	95

அட்டவணை 1 ஆரம்ப கால கருக்கலைப்புக்கு மிஃப்ரிஸ்டோன் மற்றும்
மிஸோப்ரோஸ்டாலின் செயல் திறன் (தொடரும்)

	596	≤ 63 நாட்கள்	200	2 ம் நாள் பெண் உறுப்பு வழியாக 800	தேவை ஏற்பட்டால் 3/8 ம் நாள் பெண் உறுப்பு வழியாக 800	99
ஸ்காஃப EA, <i>et al.</i> ⁵⁴	734	≤ 56 நாட்கள்	200	1 ம் நாள் பெண் உறுப்பு வழியாக 800		98
	766	≤ 56 நாட்கள்	200	2 ம் நாள் பெண் உறுப்பு வழியாக 800		98
	755	≤ 56 நாட்கள்	200	3 ம் நாள் பெண் உறுப்பு வழியாக 800		96
ஸ்காஃப EA, <i>et al.</i> ⁶⁰	933	≤ 56 நாட்கள்	200	3 ம் நாள் பெண் உறுப்பு வழியாக 800		97
ஸ்பிட்ஸ் I, <i>et al.</i> ⁶	827	≤ 49 நாட்கள்	600	3 ம் நாள் வாய் வழியே 400		92
	678	≤ 50-56 நாட்கள்	600	3 ம் நாள் வாய் வழியே 400		83
	510	≤ 57-63 நாட்கள்	600	3 ம் நாள் வாய் வழியே 400		77
வினிகாஃப B, <i>et al.</i> ¹⁴	1,373	≤ 56 நாட்கள்	600	3 ம் நாள் வாய் வழியே 400		84-95
ஆபெனி E, <i>et al.</i> ¹³⁰	1,108	≤ 63 நாட்கள்	600	3 ம் நாள் வாய் வழியே 400	தேவை ஏற்பட்டால் 3 மணி நேரத்திற்குப் பிறகு வாய் வழியே 200	93
பெயர்ட் DT, <i>et al.</i> ¹³¹	386	≤ 63 நாட்கள்	200	3 ம் நாள் வாய் வழியே 600		95
El-ரஃபே H, <i>et al.</i> ¹³²	130	≤ 63 நாட்கள்	600	3 ம் நாள் வாய் வழியே 800		87
	133	≤ 63 நாட்கள்	600	3 ம் நாள் பெண் உறுப்பு வழியாக 800		95
El-ரஃபே H, <i>et al.</i> ¹³³	150	≤ 56 நாட்கள்	200	3 ம் நாள் வாய் வழியே 800		93
கோ வே S, <i>et al.</i> ¹³⁴	149	≤ 49 நாட்கள்	150	3 ம் நாள் வாய் வழியே 600		95
மெக் கின்லே C, <i>et al.</i> ¹³⁵	110	≤ 63 நாட்கள்	200	3 ம் நாள் வாய் வழியே 600		94
	110	≤ 63 நாட்கள்	600	3 ம் நாள் வாய் வழியே 600		94
பெய்ரான R, <i>et al.</i> ¹³⁶	488	≤ 49 நாட்கள்	600	3 ம் நாள் வாய் வழியே 400		97
	385	≤ 49 நாட்கள்	600	3 ம் நாள் வாய் வழியே 400	தேவை ஏற்பட்டால் வாய் வழியாக 4 மணி நேரத்திற்குப் பிறகு	99

அட்டவணை 2 ஆரம்ப காலக் கருக்கலைப்புக்கு மீதோட்டுரெக்ஸேட் மற்றும் மிலோப்ரோஸ்டோல் பயன்படுத்தும்போது அதன் ஆற்றல்

ரெஃபரன்ஸ்கள்	எண்	கரு வயது	மீதோட்டுரெக்ஸேட் டோஸ் (எம் ஜி)	மிலோப்ரோஸ்டோல் டோஸ் (எம் சி ஜி)	டோஸ்களுக்கிடையே இடைவெளி	வெற்றி சதவிகிதம் (%)
வியப, et al. ¹³⁷	154	≤ 49 நாட்கள்	50 எம் ஜி / அ2 ஐஆ	600 பெண் உறுப்பு வழியாக 24 மணி நேரத்திற்கு ஒ 2	4/6 நாட்கள்	94
	155	≤ 49 நாட்கள்	50 எம் ஜி .அ2 ஐஆ	600 தாடைக்குள் 24 மணி நேரத்திற்கு ஒ 2	4/6 நாட்கள்	90
க்ரெயினின, et al. ¹³⁸	26	≤ 49 நாட்கள்	50 எம் ஜி .அ2 ஐஆ	பெண் உறுப்பு வழியாக 800	3/7 நாட்கள்	93
போர்கட்டா, et al. ¹³⁹	1.973	≤ 49 நாட்கள்	50 எம் ஜி .அ2 ஐஆ	பெண் உறுப்பு வழியாக 800 தேவை ஏற்பட்டால் 24 மணி நேரத்திற்கு ஒ 2	5/7 நாட்கள்	84
கார்போனெல், et al. ¹⁴⁰	148	≤ 56 நாட்கள்	25 அப டிசயட் 25எம் ஜி வாய் வழியாக	பெண் உறுப்பு வழியாக 800 தேவை ஏற்பட்டால் 24 மணி நேரத்திற்கு	7 நாட்கள்	91
வியப, et al. ¹⁴¹	99	≤ 49 நாட்கள்	50 எம் ஜி .அ2 ஐஆ	எதுவும் இல்லை	5/6 நாட்கள்	83
	256	≤ 49 நாட்கள்	50 எம் ஜி .அ2 ஐஆ	பெண் உறுப்பு வழியாக 800	5/6 நாட்கள்	89
கார்போனெல், et al. ¹⁴⁴	300	≤ 63 நாட்கள்	50 எம் ஜி வாய் வழியாக	பெண் உறுப்பு வழியாக 800 தேவை ஏற்பட்டால் 48 மணி மற்றும் 96 மணி நேரத்திற்கு மறுபடியும்	3/5 நாட்கள்	91
கார்போனெல், et al. ¹⁴²	287	≤ 63 நாட்கள்	50 எம் ஜி .அ2 ஐஆ	பெண் உறுப்பு வழியாக 800 தேவை ஏற்பட்டால் 48 மணி நேரத்திற்கு ஒ 3 (சுயமாகப் பயன்படுத்துதல்)	3/5 நாட்கள்	92-93
வியப, et al. ¹⁴³	289	≤ 49 நாட்கள்	3/5 நாட்கள்	பெண் உறுப்பு வழியாக 750	4/5 நாட்கள்	91
	241	≤ 49 நாட்கள்	50 எம் ஜி .அ2 ஐஆ	பெண் உறுப்பு வழியாக பெண் உறுப்பு வழியாக 8 மணி நேரத்தில் ஒ 3	4/5 நாட்கள்	88
	289	≤ 49 நாட்கள்	50 எம் ஜி .அ2 ஐஆ	பெண் உறுப்பு வழியாக 750	4/5 நாட்கள்	91
	226	≤ 49 நாட்கள்	60 எம் ஜி .அ2 ஐஆ	பெண் உறுப்பு வழியாக 750	4/5 நாட்கள்	85
	145	≤ 49 நாட்கள்	50 எம் ஜி .அ2 ஐஆ	பெண் உறுப்பு வழியாக 500	4/5 நாட்கள்	93
	144	≤ 49 நாட்கள்	50 எம் ஜி .அ2 ஐஆ	பெண் உறுப்பு வழியாக 750	4/5 நாட்கள்	90
க்ரெயினின, et al. ¹⁴⁴	99	≤ 49 நாட்கள்	75 எம் ஜி ஐஆ	பெண் உறுப்பு வழியாக 800	5/6 நாட்கள்	95
	202	≤ 49 நாட்கள்	50 எம் ஜி .அ2 ஐஆ	பெண் உறுப்பு வழியாக 800	5/6 நாட்கள்	89
	299	≤ 49 நாட்கள்	50 எம் ஜி .அ2 டிசயட்	பெண் உறுப்பு வழியாக 800	5/6 நாட்கள்	91

அட்டவணை 3 ஆரம்ப காலக் கருக்கலைப்புக்கு மிலோப்ரோஸ்டோலின் ஆற்றல்

ரொஃபரன்ஸ்கள்	எண்	கரு வயது	முதல் டோஸ் மிலோப்ரோஸ்டோல் (எம் லி ஜி)	கூடுதல் டோஸ் மிலோப்ரோஸ்டோல்(எம் லி ஜி)	வெற்றி சதவிகிதம் (%)
வேன் ஹெர்ட்ஸன, <i>et al.</i> ¹¹⁰	512	≤ 63 நாட்கள்	நாவுக்கு அடியில் 800	3 மணி நேரம் ஒ3	84
	509	≤ 63 நாட்கள்	நாவுக்கு அடியில் 800	12 மணி நேரம் ஒ3	78
	513	≤ 63 நாட்கள்	பெண்ணுறுப்பில் 800	3 மணி நேரம் ஒ3	85
	512	≤ 63 நாட்கள்	பெண்ணுறுப்பில் 800	12 மணி நேரம் ஒ3	83
ஆல்டிரிசு, <i>et al.</i> ¹⁰³	2.444	≤ 56 நாட்கள்	பெண்ணுறுப்பில் 800	தேவை ஏற்பட்டால் பெண்ணுறுப்பில் 800	77
ஆல்டிரிசு, <i>et al.</i> ¹⁴⁵	36	≤ 56 நாட்கள்	வாய் வழியாக 400	3 மணி நேரம் ஒ4	39
	24	≤ 56 நாட்கள்	வாய் வழியாக 800	6 மணி நேரம் ஒ2	50
	40	≤ 56 நாட்கள்	பெண்ணுறுப்பில் 600		43
	35	≤ 56 நாட்கள்	வாய் வழியாக 800 டிசயட்	3 மணி நேரம் ஒ2	46
	25	≤ 56 நாட்கள்	பெண்ணுறுப்பில் 800		60
	51	≤ 56 நாட்கள்	பெண்ணுறுப்பில் 800	தேவை ஏற்பட்டால் பெண்ணுறுப்பில் 24 மணி நேரத்தில் 800	80
	50	≤ 56 நாட்கள்	பெண்ணுறுப்பில் 800	24 மணி நேரம் ஒ2	66
போர்க்ட்டா, <i>et al.</i> ¹⁴⁶	440	≤ 56 நாட்கள்	பெண்ணுறுப்பில் 800	24 மணி நேரம் ஒ2	91
கார்போனெலு, <i>et al.</i> ¹⁴⁷	452	≤ 56 நாட்கள்	பெண்ணுறுப்பில் 800	8 மணி நேரம் (தானாக செலுத்திக் கொள்வது) ஒ3	91
சீயுங், <i>et al.</i> ¹⁴⁸	50	≤ 49 நாட்கள்	நாவுக்கு அடியில் 400	3 மணி நேரம் ஒ3	86
சிங், <i>et al.</i> ¹⁴⁹	150	≤ 56 நாட்கள்	பெண்ணுறுப்பில் 800	பெண்ணுறுப்பில் 400 3 மணி நேரம் ஒ3 வரை	85
ஜெயின, <i>et al.</i> ¹⁵⁰	125	≤ 56 நாட்கள்	பெண்ணுறுப்பில் 800	24 மணி நேரம் ஒ3	88
டேங், <i>et al.</i> ¹⁵¹	50	≤ 83 நாட்கள்	நாவுக்கு அடியில் 600	ஊ 3 ாசள ரி வடி ஒ5 3 மணி நேரம் ஒ5 வரை	86
டேங், <i>et al.</i> ¹⁵²	25	≤ 83 நாட்கள்	நாவுக்கு அடியில் டோஸ் மா றுபடும்		93
ஜிகோபவுலோஸு, <i>et al.</i> ¹⁵³	160	≤ 56 நாட்கள்	பெண்ணுறுப்பில் 800	24 மணி நேரம் ஒ3	91
கார்போனெலு, <i>et al.</i> ¹⁵⁴	300	≤ 42-63 நாட்கள்	பெண்ணுறுப்பில் 1௫000	24 மணி நேரம் ஒ3	93
கார்போனெலு, <i>et al.</i> ¹⁵⁵	150	≤ 63-84 நாட்கள்	பெண்ணுறுப்பில் 800	24 மணி நேரம் ஒ3	84
புகால்ஹோ, <i>et al.</i> ¹⁵⁶	103	≤ 42 நாட்கள்	பெண்ணுறுப்பில் 800	பிறகு பெண்ணுறுப்பில் 800 தேவை ஏற்பட்டால்	92

அட்டவணை 3 (தொடரும்)

என்காய், <i>et al.</i> ¹⁵⁷	80	≤ 63 நாட்கள்	பெண்ணுறுப்பில் 800	48 மணி நேரம் ஒ3	75
வெலாஸ்கோ, <i>et al.</i> ¹⁵⁸	150	≤ 35-63 நாட்கள்	பெண்ணுறுப்பில் 800	24 மணி நேரம் ஒ3	89
கார்போனெல, <i>et al.</i> ¹⁵⁹	180	≤ 64-91 நாட்கள்	பெண்ணுறுப்பில் 800	12 மணி நேரம் ஒ3	85
எஸ்மீவ, <i>et al.</i> ¹⁶⁰	720	≤ 35-63 நாட்கள்	பெண்ணுறுப்பில் 800	24 மணி நேரம் ஒ3	89
ஜெயின், <i>et al.</i> ¹⁶¹	150	≤ 56 நாட்கள்	பெண்ணுறுப்பில் 800	24 மணி நேரம் ஒ2 + தேவை ஏற்பட்டால் 8 நாட்களுக்குப் பிறகு	91
ஜெயின், <i>et al.</i> ¹⁶²	100	≤ 56 நாட்கள்	பெண்ணுறுப்பில் 800	24 மணி நேரத்திற்குப் பிறகு பெண்ணுறுப்பில் 800 தேவை ஏற்பட்டால்	88
ஆகிரின, <i>et al.</i> ¹⁶³	36	≤ 63 நாட்கள்	பெண்ணுறுப்பில் 800	பெண்ணுறுப்பில் 800 4 ம் நாளில் தேவை ஏற்பட்டால்	58
டேங், <i>et al.</i> ¹⁶⁴	20	≤ 63 நாட்கள்	பெண்ணுறுப்பில் 800	பெண்ணுறுப்பில் 400 3 மணி நேரம் ஒ4	70
கார்போனெல, <i>et al.</i> ¹⁶⁵	120	≤ 64-84 நாட்கள்	பெண்ணுறுப்பில் 800	24 மணி நேரம் ஒ3 வரை	87
கார்போனெல, <i>et al.</i> ¹⁶⁶	175	≤ 63 நாட்கள்	பெண்ணுறுப்பில் 800	48 மணி நேரம் ஒ3 வரை + பெண்ணுறுப்பில் 400/600 தேவை ஏற்பட்டால்	92
கார்போனெல, <i>et al.</i> ¹⁶⁷	141	≤ 69 நாட்கள்	பெண்ணுறுப்பில் 800	48 மணி நேரம் ஒ3 வரை	94
புகால்ஹோ, <i>et al.</i> ¹⁶⁸	101	≤ 35-77 நாட்கள்	பெண்ணுறுப்பில் 200	12 மணி நேரம் ஒ4 வரை	46
	133	≤ 35-77 நாட்கள்	பெண்ணுறுப்பில் 400	12 மணி நேரம் ஒ4 வரை	66
க்ரெயினின, <i>et al.</i> ¹⁶⁹	61	≤ 56 நாட்கள்	பெண்ணுறுப்பில் 800	பெண்ணுறுப்பில் 800 தேவை ஏற்பட்டால் 24 மணி நேரத்திற்குப் பிறகு	47

இணைப்பு B: மருத்துவக் கருக்கலைப்புக்கு ஆலோசனை சோதனைப்பட்டிவும் (check list)

1. மருத்துவக் கருக்கலைப்புக்கும் அறுவை சிகிச்சை கருக்கலைப்புக்கும் உள்ள வேறுபாடுகளை விவாதிக்கவும்:

மருத்துவக் கருக்கலைப்பு

அறுவை சிகிச்சை கருக்கலைப்பு

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • வெற்றி விகிதம் அதிகம் • மிகச் சிறிய சதவீதம் அறுவை சிகிச்சை முறையில் நிறுத்தமுறை செய்ய வேண்டியிருக்கும் • உடலைத் திறந்து உள்ளே சிகிச்சை அளிப்பது தவிர்க்கப்படுகிறது • மயக்க மருந்து மற்றும் அனஸ்தீசியா தவிர்க்கப்படுகிறது • தீவிரமான சிக்கல்கள் அபூர்வமாகவே ஏற்படுகின்றன • முடிவுக்கு வரும் நேரம் நிச்சயமில்லை • பல படிகள் உள்ளடங்கியுள்ளன • அதிகமாக பெண்களின் கட்டுப்பாட்டில் உள்ளது | <ul style="list-style-type: none"> • வெற்றி விகிதம் அதிகம் • மிகச் சிறிய சதவீதம் கர்ப்பப் பையை சுத்தம் செய்து எடுக்க வேண்டியிருக்கும் • மிகச் சிறிய சதவீதம் கர்ப்பப் பையை சுத்தம் செய்து எடுக்க வேண்டியிருக்கும் • மயக்க மருந்து சாதாரணமாக எப்போதும் உண்டு அனஸ்தீசியா இருக்கலாம் இல்லாமலும் இருக்கலாம் • சிக்கல்கள் அபூர்வமாகவே ஏற்படுகின்றன. அறுவை சிகிச்சைக் கருவிகள் மூலம் நோய்த்தொற்று மற்றும் காயம் ஏற்படலாம் • முடிவுக்கு வரும் நேரத்தை சொல்ல முடியும் • ஒரே படிதான் உள்ளடங்கியுள்ளது • அதிகமாக மருத்துவரின் கட்டுப்பாட்டில் உள்ளது |
|---|---|

2. பெண் விரும்பும் முறையை தேர்ந்தெடுக்கும்படி சொல்லவும்.
3. மருத்துவக் கருக்கலைப்பு தேர்ந்தெடுக்கப்பட்டால் அந்த முறைக்கு பெண் தகுதி பெற்றவரா என்று உறுதி செய்து கொள்ளவும்.
4. பெண் பின்வருமாறு உள்ளாரா என்று உறுதி செய்து கொள்ளவும்:
 - கருக்கலைப்பு செய்து கொள்ளும் தீர்மானத்தில் உறுதியாக இருத்தல்
 - கரு வயது பொருத்தமாக இருத்தல்

- சிகிச்சை நெறிமுறை உடன்பாடுகளுக்கு உட்படுதல்
- தேவை ஏற்பட்டால் பிறகு வருகைப்புரிய தயாராக இருத்தல்
- தேவை ஏற்பட்டால் அறுவை சிகிச்சை மூலம் கருக்கலைப்பை ஏற்கத் தயாராக இருத்தல்
- அவசர சிகிச்சை மையத்திற்கு செல்லத் தயாராக இருத்தல்

5. சிகிச்சை முறையை விவரிக்கவும்:

- மிஸோப்ரோஸ்டோலை எவ்வாறு மற்றும் எப்போது அளிக்க வேண்டும் என்பது பற்றி சொல்லவும் (வீட்டில் பயன்படுத்தும் முறையைத் தேர்ந்தெடுத்தால்).
- கரு வெளியேறும் செயல்முறையின்போது என்ன எதிர்பார்க்க வேண்டும் என்று விவரிக்கவும்.

6. பொதுவாக ஏற்படக்கூடிய பக்க விளைவுகளை விவரிக்கவும்:

- ஒப்பிடும்போது சாதாரணமான அதீத ரத்தப்போக்கின் அளவுக்கு அல்லது அதைவிட அதிகமாக பெண்ணுறுப்பில் ரத்தப்போக்கு
- தசை இழுத்துக் கொள்ளுதல்
- குமட்டல், வாந்தி மற்றும் / அல்லது வயிற்றுப்போக்கு
- தலை சுற்றல்
- இந்த ஒவ்வொரு அறிகுறியும் சாதாரணமானதுதான். மற்றும் அதிக காலத்திற்கு நீடிக்கக்கூடாது
- சானிடரி நாப்கின்கள் (அல்லது அதற்கு சமமான உள்ளூர் தயாரிப்புகள்) கையிருப்பில் வைத்துக் கொள்ளுதல்

7. பக்க விளைவுகளுக்கான சிகிச்சை முறைகளை விவரிக்கவும்:

- வலி நிவாரணி

8. எப்போது மருந்தகத்தைத் தொடர்பு கொள்ள வேண்டும் என்று:

- வலி நிவாரணத்தினால் தீவிரமான வலியிலிருந்து நிவாரணம் கிடைக்காது
- இரண்டு சூப்பர் சைஸ் சானிடரி பேட்கள் ஒரு மணி நேரத்தில் நனைந்து, அதே போல் இரண்டு மணி நேரத்தில் அடுத்தடுத்து நனைந்தால்
- 6 மணி நேரம் அல்லது அதற்கும் அதிகமாக காய்ச்சல் நீடித்தால்

9. மருந்தகத்தைத் தொடர்பு கொள்வதற்கு அவசர கால தொடர்பு போன் நம்பரை கொடுக்கவும்.

10. கருத்தடை சாதனங்கள் பற்றி விவரிக்கவும்.

11. பெண் பின்வருவனவற்றுடன் மருந்தகத்தை விட்டுக் கிளம்புகிறாரா என்று உறுதி செய்து கொள்ளவும்:

- மிலோப்ரோஸ்டால் மாத்திரை (வீட்டில் சாப்பிடும் சிகிச்சை முறையைத் தேர்ந்தெடுத்தால்)
- வலி நிவாரணி அல்லது வலி நிவாரணிக்கான மருந்துச்சீட்டு
- குறிப்பு சீட்டு - பின் வரும் விஷயங்களுடன்:
 - மிலோப்ரோஸ்டால் மாத்திரை எவ்வாறு மற்றும் எப்போது அளிக்க வேண்டும் என்பது பற்றி சொல்லவும் (வீட்டில் பயன்படுத்தும் முறையைத் தேர்ந்தெடுத்தால்)
 - பக்க விளைவுகள் மற்றும் அவற்றிற்கான சிகிச்சை முறை பற்றிய விவரம்
 - மருந்தகத்திற்கு எப்போது போன் செய்ய வேண்டும் என்பது பற்றிய குறிப்பு
 - பிறகு வரச் சொன்னால் அதற்கான தேதி மற்றும் நேரம்

இணைப்பு C: சம்மதப்படிவத்தின் உதாரண வடிவம்

மருத்துவக் கருக்கலைப்பின் செயல் முறை எனக்கு முழுவதுமாக விவரிக்கப்பட்டது. மருந்தகத்தில் வாய் வழியாக உட்கொள்வதற்கு மிஃப்ரிஸ்டோன் அளிக்கப்படும் என்றும், அதற்குப் பிறகு ஒன்று முதல் 3 நாட்களுக்குப் பிறகு மிஸோப்ரோஸ்டாலை எடுத்துக் கொள்ள வேண்டும் என்று நான் அறிந்து கொண்டேன். நான் முதலில் வந்ததிலிருந்து தோராயமாக 2 வாரங்களுக்குப் பிறகு மறுபடியும் மருந்தகத்திற்கு நான் வர வேண்டியிருக்கும் என்பதை நான் அறிவேன். மற்றும் ஏதாவது சந்தேகமோ கேள்விகளோ இருந்தால் வேறு எந்த நேரத்திலும் நான் வரலாம். இதற்கிடையே எந்த நேரத்திலும் அறுவை சிகிச்சை கருக்கலைப்பு செய்யுமாறு நான் வேண்டுகோள் விடுக்கலாம் என்று நான் உணர்ந்து கொண்டேன்.

மருத்துவக் கருக்கலைப்பினால் பல பெண்களுக்குப் பக்க விளைவுகள் ஏற்படும் என்று எனக்கு சொல்லப்பட்டது. எனக்கு குமட்டல், வாந்தி அல்லது வயிற்றுப் போக்கு சில சமயங்களில் ஏற்படக்கூடும். எனக்கு அடி வயிற்றில் வலி அல்லது தசை இழுத்துக் கொள்ளுதல் மற்றும் ரத்தப்போக்கு இருக்கும் என்பது எனக்குத் தெரிய வந்தது. வழக்கமாக என் மாதவிடாய்க்காலங்களில் இருப்பதைவிடவும் அதிக ரத்தப்போக்கு இருக்கலாம். இந்த எல்லாப் பக்க விளைவுகளும் தற்காலிகமானவையே என்று நான் அறிந்து கொண்டேன்.

மருத்துவக் கருக்கலைப்பினால் எனக்கு கரு கலையாமல் போகவும் வாய்ப்பு உள்ளது என்று (இது தோல்வியடையக்கூடும்) என்பதை நான் புரிந்து கொண்டேன். நூறு பேரில் ஒருவருக்கு இது போல் நிகழலாம் என்று எனக்கு சொல்லப்பட்டது.

மிஃப்ரிஸ்டோன் மற்றும் மிஸோப்ரோஸ்டாலை இணைத்து எடுத்துக் கொள்ளும் பெண்களுக்கு அசாதாரண கர்ப்பம் இருந்து, அது நிறைவு வரை தொடர்வதற்கு வாய்ப்பு உள்ளது என்று அறிக்கைகள் தெரிவிக்கின்றன. எனவே சிகிச்சை பலனின்றித் தோல்வியடைந்தால் அறுவை சிகிச்சை மூலம் கருக்கலைப்பை உண்டாக்க எனக்கு பலமாகப் பரிந்துரைக்கப்பட்டது.

எனக்கு மருத்துவ அவசர நிலை ஏற்பட்டால் அல்லது என் மருத்துவக் கருக்கலைப்பு பற்றி ஏதாவது சந்தேகம் (கவலை) ஏற்பட்டால், நான், _____ஐ _____போன் நம்பரில் அழைக்கலாம்.

நான், _____ (பெயரை எழுதவும்)
என் கருவை மருத்துவக் கருக்கலைப்பு சிகிச்சை முறை மூலம் கருக்கலைப்பு செய்து கொள்ள விரும்புகிறேன். அறிவிக்கப்பட்ட சம்மதப்படிவத்தை நான் படித்துப் பார்த்தேன். என் எல்லாக் கேள்விகளுக்கும் பதிலளிக்கப்பட்டது. மற்றும் அவசர நிலையில் நான் அழைக்க வேண்டியவரின் போன் நம்பர் எனக்குக் கொடுக்கப்பட்டுள்ளது.

கையொப்பம்: _____ தேதி: _____

இணைப்ப D: பெலாஜெயோ சந்திப்பு/பங்கேற்றவர்கள்

Dr. Paul Blumenthal
Professor of Gynecology and Obstetrics
Director, Family Planning Services and
Research
Stanford University
300 Pasteur Drive, HH-333
Stanford, CA 94305-5317

Ms. Thembi Mazibuko
Permanent Building
Woodley Street Entrance
Office Suite M6
Kimberley, South Africa 8300

Dr. Shelley Clark
McGill University
Associate Professor
Stephen Leacock Building, Room 713
855 Sherbrooke Street West
Montreal, Quebec, H3A 2T7

Dr. Vu Quy Nhan
Population Council
2 Dang Dung Street
Ba Dinh District
Hanoi, Vietnam

Dr. Kurus J. Coyaji
K.E.M. Hospital
Rasta Peth
Pune, India 411011

Dr. André Ulmann
HRA – PHARMA
19, rue Frederick LeMaitre
75020 Paris, France

Dr. Charlotte Ellertson*
c/o Ibis Reproductive Health
2 Brattle Square
Cambridge, MA, U.S.A. 02138-3742

Dr. Beverly Winikoff
Gynuity Health Projects
15 East 26th St, 8th Floor
New York, NY, U.S.A. 10010

Dr. Christian Fiala
Gynmed Ambulatorium
Mariahilfer Gürtel 37
A-1150 Vienna, Austria

* deceased

இணைப்புகள்: மேலும் ஆதாரங்கள்

Concept Foundation

www.medabon.info

Early Option Pill

www.earlyoptionpill.com

Ibis Reproductive Health - Medication Abortion Website

<http://www.medicationabortion.com>

International Consortium for Medical Abortion

<http://www.medicalabortionconsortium.org>

Ipas

<http://www.ipas.org>

Misoprostol Org

<http://www.misoprostol.org>

National Abortion Federation (NAF) - Educational Resources

<http://www.prochoice.org>

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

<http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/uploaded-files/NEBInducedAbortionfull.pdf>

United States FDA - MIFEPREX™ (mifepristone) Label

http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2000/20687lbl.pdf

Women on Web

<http://www.womenonweb.org>

World Health Organization - Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems

http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9241590343/en/index.html

World Health Organization - Frequently Asked Clinical Questions about Medical Abortion

http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9241594845/en/index.html

XI. ஆதார நூல்கள்

1. Creinin MD. Medical abortion regimens: Historical context and overview. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2000;183:53-59.
2. The Population Council. Medical methods of early abortion in developing countries: Consensus statement. *Contraception* 1998;58:257-259.
3. Thong KJ, Baird DT. Induction of abortion with mifepristone and misoprostol in early pregnancy. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology* 1992;99:1004-1007.
4. Henderson JT, Hwang AC, Harper CC, Stewart FH. Safety of mifepristone abortions in clinical use. *Contraception* 2005; 72(3): 175-8.
5. Fjerstad M, Sivin I, Lichtenberg ES, Trussell J, Cleland K, Cullins V. Effectiveness of medical abortion with mifepristone and buccal misoprostol through 59 gestational days. *Contraception* 2009; 80(3): 282-6.
6. Spitz IM, Bardin CW, et al. Early pregnancy termination with mifepristone and misoprostol in the United States. *New England Journal of Medicine* 1998 Apr 30; 338(18):1241-7.
7. Suhonen S, Heikinheimo O, Tikka M, Haukkamaa M. The learning curve is rapid in medical termination of pregnancy-first-year results from the Helsinki area. *Contraception* 2003;67:223-7.
8. Hedley A, Trussell J, Turner AN, Coyaji K, Ngoc NT, Winikoff B, Ellertson C. Differences in efficacy, differences in providers: results from a hazard analysis of medical abortion. *Contraception* 2004 Feb; 69(2): 157-63.
9. Grimes DA. Risks of mifepristone abortion in context. *Contraception* 2005; 71:161.
10. Castadot R. Pregnancy termination: Techniques, risks, and complications and their management. *Fertility and Sterility* 1986;45:5-17.
11. Frank PI, Kay CR, Scott LM, Hannaford PC, Haran D. Pregnancy following induced abortion: Maternal morbidity, congenital abnormalities and neonatal death. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology* 1987;84:836-842.
12. World Health Organization Scientific Group on Medical Methods for Termination of Pregnancy. Medical methods for termination of pregnancy. WHO technical report series; 871. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1997.
13. Virk J, Zhang J, Olsen J. Medical abortion and the risk of subsequent adverse pregnancy outcomes. *New England Journal of Medicine*. 2007; 357: 648-53.
14. Winikoff B, Sivin I, Coyaji K, et al. Safety, efficacy and acceptability of medical abortion in China, Cuba and India: A comparative trial of mifepristone-misoprostol versus surgical abortion. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 1997;176:431-437.
15. Harper C, Winikoff B, Ellertson C, Coyaji K. Blood loss with mifepristone-misoprostol abortion: Measure from a trial in China, Cuba and India. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 1998;63:39-49.
16. Schuler L, Pastuszak A, Sanservino TV. Pregnancy outcome after exposure to misoprostol in Brazil: A prospective, controlled study. *Reproductive Toxicology* 1999;13:147-51.

17. Philip N, Shannon C, Winikoff B. Misoprostol and Teratology: Reviewing the Evidence. Report of a Meeting. The Population Council; 22 May 2002.
18. Tang, OS, Gemzell-Danielsson K, Ho PC. Misoprostol: pharmacokinetic profiles, effects on the uterus and side effects. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 2007 Dec; 99 Suppl2: S 160-7.
19. Shannon C, Brothers LP, Philip NM, Winikoff B. Infection after medical abortion: a review of the literature *Contraception*. 2004 Sep; 70 (3): 183-90.
20. Hausknecht R. Mifepristone and misoprostol for early medical abortion: 18 months experience in the United States *Contraception* 2003; 67: 463-465.
21. Fischer M, Bhatnagar J, Guarner J , et al. Fatal toxic shock syndrome associated with *Clostridium sordellii* after medical abortion. *New England Journal of Medicine* 2005; 353: 2352-60.
22. Soper D. Abortion and Clostridial Toxic Shock Syndrome. *Obstetrics and Gynecology* 2007; 110(5): 970-971.
23. Elul B, Hajri S, Ngoc NN, et al. Can women in less-developed countries use a simplified medical abortion regimen? *The Lancet* 2001;357:1402-1405.
24. Karki C, Pokharel H, Kushwaha A, Manandhar D, Bracken H, Winikoff B. Acceptability and Feasibility of Medical Abortion in Nepal. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 2009 Apr 3.
25. Kawonga M, Blanchard K, Cooper D et al. Integration medical abortion into safe abortion services: experience from three pilot sites in South Africa. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 2008 July; 34(3): 159-64.
26. Mundle S, Elul B, Anand A, Kalyanwala S, Ughade S. Increasing access to safe abortion services in rural India: experiences with medical abortion in a primary health center. *Contraception* 2007 July; 76(1): 66-70.
27. Ngoc NN, Nhan VQ, Blum J, Mai TTP, Durocher J, Winikoff B. Is home-based administration of prostaglandin safe and feasible for medical abortion? Results from a multi-site study in Vietnam. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2004;111:814-819.
28. Akin A, Blum J, Ozalp S, et al. Results and lessons learned from a small medical abortion clinical study in Turkey. *Contraception* 2004; 70:401-6.
29. Akin A, Dabash R, Dilbaz B et al. Increasing women's choice in medical abortion: A study of misoprostol 400 mcg swallowed immediately or held sublingually following 200 mg mifepristone. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* June 2009; 14(3): 1-7.
30. Cameron ST, Glasier AF, Logan J, et al. Impact of the introduction of new medical methods on therapeutic abortions at the Royal Infirmary of Edinburgh. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology* 1996;103:122-129.
31. Baird DT. Medical abortion in the first trimester. Best practice & research. *Clinical Obstetrics & Gynaecology* 2002;16:221-36.
32. Ngoc NTN, Winikoff B, Clark S, et al. Safety, efficacy and acceptability of mifepristone-misoprostol medical abortion in Vietnam. *International Family Planning Perspectives* 1999;25:10-14 & 33.

33. Cates W, Ellertson CE. Abortion. In: Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, Cates W, Stewart GK, Guest F, Kowal, D (eds.). *Contraceptive Technology*, 17th Edition. New York: Ardent Media, 1998.
34. Vogel D et al. Misoprostol versus methylethergometrine: pharmacokinetics in human milk. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2004, 191: 2168-2173.
35. World Health Organization. *Frequently asked clinical questions about medical abortion*. Geneva: World Health Organization, 2006.
36. Paul M, Schaff E, Nichols M. The roles of clinical assessment, human chorionic gonadotropin assays, and ultrasonography in medical abortion practice. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2000;183:S34-S43.
37. Bastian LA, Piscitelli JT. Is this patient pregnant? Can you reliably rule out early pregnancy by examination? *Journal of the American Medical Association* 1997;278:586-591.
38. World Health Organization. *Safe Abortion: technical and policy guidance for health systems*. Geneva: World Health Organization, 2004.
39. Ellertson C, Elul B, Ambardekar S, Wood L, Carroll J, Coyaji K. Accuracy of assessment of pregnancy duration by women seeking early abortions. *Lancet* 2000;355:877-881.
40. Blanchard K, Cooper D, Dickson K, Cullingworth L, Mavimbela N, von Mollendorf C, van Bogaert LJ, Winikoff B. A comparison of women's providers' and ultrasound assessments of pregnancy duration among termination of pregnancy clients in South Africa. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2007; 114(5): 569-75.
41. McKinley C, Joo Thong K, Baird DT. The effect of dose of mifepristone and gestation on the efficacy of medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Human Reproduction* 1993;8:1502-1505.
42. World Health Organization. *Pregnancy termination with mifepristone and gemeprost; a multicenter comparison between repeated doses and a single does of mifepristone*. *Fertility Sterility* 1991;56:32-40.
43. World Health Organisation Task Force on Post-ovulatory Methods of Fertility Regulation. *Termination of Pregnancy with Reduced Doses of Mifepristone*. *British Medical Journal* 1993;307:532-537.
44. World Health Organisation Task Force on Post-ovulatory Methods of Fertility Regulation. *Comparison of two doses of mifepristone in combination with misoprostol for early medical abortion: a randomized trial*. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2000;107:524-530.
45. Kahn JG, Becker BJ, Macisaa L, et al. The efficacy of medical abortion: a meta-analysis. *Contraception* 2000;61:29-40.
46. Coyaji K, Krishna U, Ambardekar S, Bracken H, Raote V, Mandlekar A, Winikoff B. Are two doses of misoprostol after mifepristone for early abortion better than one? *British Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2007 Mar;114(3):271-8.
47. Schaff EA, Fielding SL, Westhoff C. Randomized trial of oral versus vaginal misoprostol at one day after mifepristone for early medical abortion. *Contraception* 2001;64:81-85.

48. Aubeny E, Chatellier G. A randomized comparison of mifepristone and self-administered oral or vaginal misoprostol for early abortion. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 2000;5:171-176.
49. El-Refaey H, Rajasekar D, Abdalla M, Calder L, Templeton A. Induction of abortion with mifepristone (RU 486) and oral or vaginal misoprostol. *New England Journal of Medicine* 1995;332(15):983-987.
50. Ho PC, Ngai SW, Liu KL, Wong GC, Lee SW. Vaginal misoprostol compared with oral misoprostol in termination of second trimester pregnancy. *Obstetrics & Gynecology* 1997;90:735-738.
51. Raghavan S, Comendant R, Digol I, Ungureanu S, Friptu V, Bracken H, Winikoff B. Two-pill regimens of misoprostol after mifepristone medical abortion through 63 days' gestational age: a randomized controlled trial of sublingual and oral misoprostol. *Contraception* 2009; 79: 84-90.
52. Tang OS, Chan CC, Ng EH, Lee SW, Ho PC. A prospective, randomized, placebo-controlled trial on the use of mifepristone with sublingual or vaginal misoprostol for medical abortions of less than 9 weeks gestation. *Human Reproduction* 2003;18(11):2315-8.
53. Winikoff B., Dzuba I.G., Creinin M.D., Crowden W.A., Goldberg A.B., Gonzales J., Howe M., Moskowitz J., Prine L., Shannon C.S. Two distinct oral routes of misoprostol in mifepristone medical abortion: a randomized controlled trial *Obstetrics and Gynecology* 2008; 112: 1303-10.
54. Schaff EA, Fielding SL, Westhoff C, et al. Vaginal misoprostol administered 1,2, or 3 days after mifepristone for early medical abortion: A randomized trial. *Journal of the American Medical Association* 2000; 284:1948-1953.
55. Von Hertzen H., Piaggio G., Wojdyla D., Marions L., My Huong N.T., Tang O.S , Fang A.H., et al. Two mifepristone doses and two intervals of misoprostol administration for termination of early pregnancy: a randomised factorial controlled equivalence trial. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2009; 116: 381-9.
56. Creinin MD, Fox MC, Teal S, Chen A, Schaff EA, Meyn LA. A randomized comparison of misoprostol 6 to 8 hours versus 24 hours after mifepristone for abortion. *Obstetrics and Gynecology* 2004; 103(5 Pt 1): 851-59.
57. Creinin M.D., Schreiber C.A., Bednarek P., Lintu H., Wagner M.S., Meyn L.A., Medical Abortion at the Same Time Study Trial Group. Mifepristone and misoprostol administered simultaneously versus 24 hours apart for abortion: a randomized controlled trial. *Obstetrics and Gynecology* 2007; 109(4): 885-94.
58. Guest J, Chien P, Thomson M, Kosseim M. Randomised controlled trial comparing the efficacy of same-day administration of mifepristone and misoprostol for termination of pregnancy with the standard 36 to 48 hour protocol. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2007;114:207-215.
59. Westhoff C, Dasmahapatra R, Schaff E. Analgesia during at-home use of misoprostol as part of medical abortion regimen. *Contraception* 2000; 62:311-314.
60. Schaff EA, Eisinger SH, Stadalius LS, Franks P. Low-dose mifepristone 200 mg and vaginal misoprostol for abortion. *Contraception* 1999;59:1-6.
61. Schaff EA, Stadalius LS, Eisinger SH, Franks P. Vaginal misoprostol administered at home after mifepristone (RU 486) for abortion. *Journal of Family Practice* 1997;44:353-360.

62. Guengant JP, Bangou J, Elul B, Ellertson C. Mifepristone-misoprostol medical abortion: Home administration of misoprostol in Guadeloupe. *Contraception* 1999;60:167-172.
63. Gomperts R.J., Jelinska K., Davies S., Gemzell-Danielsson K., Kleiverda G. Using telemedicine for termination of pregnancy with mifepristone and misoprostol in settings where there is no access to safe services. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2008; 115(9):1171-5; 1175-8.
64. Clark WH, Gold M, Grossman D, Winikoff B. Can mifepristone medical abortion be simplified? A review of the evidence and questions for future research. *Contraception* 2007 Apr;75(4):245-50.
65. Grossman D, Berdichevsky K, Larrea F, Beltran J. Accuracy of a semi-quantitative urine pregnancy test compared to serum beta-hCG measurement: a possible screening tool for ongoing pregnancy after medication abortion. *Contraception* 2007 Aug;76(2):101-4.
66. Rodger MW, Baird DT. Blood loss following induction of early abortion using mifepristone and a prostaglandin analogue (gemeprost). *Contraception* 1989;40:439-437.
67. Khan JG, Becker BJ, Maclsaac L, et al. The efficacy of medical abortion: A meta-analysis. *Contraception* 2000;61:29-40.
68. National Abortion Federation. Early options: A provider's guide to medical abortion. Washington, DC. National Abortion Federation, 2001.
69. Fielding S, Schaff E, Nam N. Clinicians' perception of sonogram indication for mifepristone abortion up to 63 days. *Contraception* 2002;66:27-31.
70. Reeves MF, Kudva A, Creinin MD. Medical abortion outcomes after a second dose of misoprostol for persistent gestational sac. *Contraception* 2008 Oct;78(4):332-5. Epub 2008 Jul 11.
71. Creinin MD. Change in serum b-human chorionic gonadatropin after abortion with methotrexate and misoprostol. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 1996;174:776-778.
72. Walker K, Schaff E, Fielding S, Fuller L. Monitoring serum chorionic gonadotropin levels after mifepristone abortion. *Contraception* 2001;64:271-273.
73. Thonneau P, Fougeyrollas B, Spira A. Analysis of 369 abortions conducted by mifepristone (RU486) associated with sulprostone in a French family planning center. *Fertility Sterility* 1994;61:627-631.
74. Harwood B, Meckstroth KR, Mishell DR, Jain JK. Serum beta-human chorionic gonadatropin levels and endometrial thickness after medical abortion. *Contraception* 2001;63:255-256.
75. Breitbart V, Callaway D. The Counseling Component of Medical Abortion. *Journal of the American Medical Women's Association* 2000;55:164-166.
76. Elul B, Pearlman E, Sorhaindo A, Simonds W, Westhoff C. In-depth interviews with medical abortion clients: Thoughts on the method and home administration of misoprostol. *Journal of the American Medical Women's Association* 2000;55:169-172.
77. Seeman L, S Asaria, E ESpy, J Ogbun, S Gopman, S Barnett. "Can mifepristone medication abortion be successfully integrated into medical practices that do not offer surgical abortion?" *Contraception* 76 (2007) 96-100.

78. Fiala C, Fux M, Gemzell Danielsson K. Rh-prophylaxis in early abortion. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2003 Oct; 82(10): 892-3.
79. Yarnall J, Swica Y, B Winikoff. Non-physician clinicians can safely provide first trimester medical abortion. *Reproductive Health Matters* 2009;17(33): 1-9.
80. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *The Care of Women Requesting Induced Abortion*. RCOG 2005: London, UK.
81. Bracken H, Ngoc NT, Schaff E, et al. Mifepristone followed in 24 hours to 48 hours by misoprostol for late first-trimester abortion. *Obstetrics & Gynecology* 2007;109:895-901.
82. Ashok PW, Hamoda H, Flett GMM, Kidd A, Fitzmaurice A, Templeton A. Patient preference in a randomized study comparing medical and surgical abortion at 10-13 weeks gestation. *Contraception* 2005;71:143-8.
83. Ashok PW, Kidd A, Flett GMM, Fitzmaurice A, Graham W, Templeton A. A randomized comparison of medical abortion and surgical vacuum aspiration at 10-13 weeks gestation. *Human Reproduction* 2002;17:92-8.
84. Gouk EV, Lincoln K, Khair A, Haslock J, Knight J, Cruickshank DJ. Medical termination of pregnancy at 63 to 83 days gestation. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology* 1999;106:535-9.
85. Hamoda H, Ashok PW, Flett GMM, Templeton A. A randomised controlled trial of mifepristone in combination with misoprostol administered sublingually or vaginally for medical abortion up to 13 weeks of gestation. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2005;112:1102-8.
86. Hamoda H, Ashok PW, Flett GMM, Templeton A. A randomized trial of mifepristone in combination with misoprostol administered sublingually or vaginally for medical abortion at 13-20 weeks gestation. *Human Reproduction* 2005;20:2348-54.
87. Hamoda H, Ashok PW, Flett GMM, Templeton A. Medical abortion at 9-13 weeks' gestation: a review of 1076 consecutive cases. *Contraception* 2005;71:327-32.
88. Ashok PW, Hamoda H, Flett GM, Kidd A, Fitzmaurice A, Templeton A. Patient preference in a randomized study comparing medical and surgical abortion at 10-13 weeks gestation. *Contraception* 2005;71(2):143-8.
89. Lalitkumar S, Bygdeman M, Gemzell-Danielsson K. Mid-trimester induced abortion: a review. *Human Reproduction Update* 2007 Jan-Feb;13(1):37-52.
90. Hamoda H, Ashok PW, Flett GM, Templeton A. Analgesia requirements and predictors of analgesia use for women undergoing medical abortion up to 22 weeks of gestation. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2004 Sep;111(9):996-1000.
91. Thoen LD, Creinin MD. Medical treatment of ectopic pregnancy with methotrexate. *Fertility Sterility* 1997;68:727-730.
92. Wiebe ER. Comparing abortion induced with methotrexate and misoprostol to methotrexate alone. *Contraception* 1999;59:7-10.
93. Schaff EA, Penmesta U, Eisinger SH, Franks P. Methotrexate. A single agent for early abortion. *Journal of Reproductive Medicine* 1997;42:56-60.

94. Carbonell JLL, Varela L, Velazco A, Cabezas E, Fernandez C, Sanchez C. Oral methotrexate and vaginal misoprostol for early abortion. *Contraception* 1998;57:83-88.
95. Moreno-Ruiz NL, Borgatta L, Yanow S, Kapp N, Wiebe ER, Winikoff B. Alternatives to mifepristone for early medical abortion. *International Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2007 96: 212-218.
96. Stovall TG, Ling FW, Buster JE. Reproductive performance after methotrexate treatment of ectopic pregnancy. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 1976;125:1108-1114.
97. Walden PAM, Bagshawe KD. Reproductive performance of women successfully treated for gestational trophoblastic tumors. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 1976;125:1108-1114.
98. Creinin MD. Conception rates after abortion with methotrexate and misoprostol. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 1999;65:183-188.
99. Creinin, MD, Korhn MA. Methotrexate pharmacokinetics and effects in women receiving methotrexate 50 mg and 60 mg per square meter for early abortion. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 1997;177:1444-1449.
100. Milunsky A, Graef JW, Gaynor MF. Methotrexate-induced congenital malformation. *Journal of Pediatrics* 1968;72:790-795.
101. Powell HR, Erket H. Methotrexate-induced congenital malformation. *Medical Journal of Australia* 1971;2:1976-1077.
102. Bawle EV, Conrad JW, Weiss L. Adult and two children with fetal methotrexate syndrome. *Teratology* 1998;57:51-55.
103. Aldrich T, Winikoff B. Does methotrexate confer a significant advantage over misoprostol alone for early medical abortion? A retrospective of 8678 abortions 2007; 114 (5): 555-62.
104. Hausknecht RU. Methotrexate and misoprostol to terminate early pregnancy. *New England Journal of Medicine* 1995;333:537-540.
105. Creinin MD, Park M. Acceptability of medical abortion with methotrexate and misoprostol. *Contraception* 1995;52:41-44.
106. Wiebe E, Dunn S, Guilbert E, Jacot F, Lugtig L. Comparison of abortions induced by methotrexate or mifepristone followed by misoprostol. *Obstetrics & Gynecology* 2002;99:813-819.
107. Ibid.
108. Ibid.
109. National Abortion Federation. Recommended guidelines for the use of methotrexate and misoprostol in early abortion. Washington, D.C. The National Abortion Federation 1996.
110. WHO Research Group on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Efficacy of two intervals and two routes of administration of misoprostol for termination of pregnancy: A randomized controlled equivalence trial. *The Lancet* 2007 369: 1938-46.
111. Chen M, Shih JC, Chiu WT, Hsieh FJ. Separation of cesarean scar during second trimester intravaginal misoprostol abortion. *Obstetrics & Gynecology* 1999;94:840.

112. Phillips K, Berry C, Mathers AM. Uterine rupture during second trimester termination of pregnancy using mifepristone and a prostaglandin. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 1996;65:175-6.
113. Costa SH, Vessey MP. Misoprostol and illegal abortion in Rio de Janeiro, Brazil. *The Lancet* 1993;8855:1258-1261.
114. Schuler L, Ashton PW, Sanserverino MT. Teratogenicity of misoprostol. *The Lancet* 1992;339:437.
115. Paumgartten FJ, Magalhaes de Souza CA, de Carvalho RR, et al. Embryotoxic effects of misoprostol in the mouse. *Brazilian Journal of Medical Research* 1995;28:355-361.
116. Schuler L, et al. Preliminary report on the first Brazilian teratogen information service SIAT. *Brazilian Journal of Genetics* 1993;16:1085-95.
117. Gonzalez CHG, Vargas FR, Perez A et al. Limb deficiency with or without Mobius sequence in seven Brazilian children with misoprostol use in the first trimester of pregnancy. *American Journal of Medical Genetics* 1993;47:59-64.
118. Schonhofer PS. Brazil: Misuse of misoprostol as an abortifacient may induce malformations. *The Lancet* 1991;337:1534-1535.
119. Gonzalez CH, Marques-Dias MJ, Kim CA, Sugayama SMM, Da Paz JA, Huson SM, Holmes LB. Congenital abnormalities in Brazilian children associated with misoprostol misuse in first trimester of pregnancy. *The Lancet* 1998;351:1624-1627.
120. Patuszak et al. Use of misoprostol during pregnancy and Mobius' syndrome in infants. *New England Journal of Medicine* 1998;338:1881-5.
121. Barbosa R, Arilha M. The Brazilian experience with cytotec. *Studies in Family Planning* 1993; 24: 236-40.
122. Rosing MA, Archbald CD. The knowledge, acceptability and use of misoprostol for self-induced medical abortion in an urban US population. *Journal of the American Medical Women's Association* 2000; 55(S): S183-5.
123. Harper CC, Blanchard K, Grossman et al. Reducing maternal mortality due to abortion: Potential impact of misoprostol in low-resource settings. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2007; 98(1): 66-69.
124. Grossman D, Otis K, Peña M, Lara D, Veatch M, Winikoff B, Blanchard K. Abortion self-induction among women living in San Francisco, Boston, New York City, and a border city in Texas: A qualitative analysis. Presentation at the Annual Meeting of the American Public Health Association, November 2009.
125. Harper C, Ellertson C, Winikoff B. Could American women use mifepristone-misoprostol pills safely with less medical supervision? *Contraception* 65 (2002) 133-42.
126. Middleton T, Schaff E, Fielding SL, Scahill M, Shannon C, Westheimer E, Wilkinson T, Winikoff B. Randomized trial of mifepristone and buccal or vaginal misoprostol for abortion through 56 days of last menstrual period. *Contraception* 2005; 72:328-332.

127. Von Hertzen H, Honkanen, H, Piaggio G, et al. WHO multinational study of three misoprostol regimens after mifepristone for early medical abortion. I: Efficacy. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2003;110:808-818.
128. Schaff EA, Fielding SL, Westhoff C. Randomized trial of oral versus vaginal misoprostol 2 days after mifepristone 200 mg for abortion up to 63 days of pregnancy. *Contraception* 2002;66:247-250.
129. Bartley J, Brown A, Elton R, Baird DT. Double-blind randomized trial of mifepristone in combination with vaginal gemeprost or misoprostol for induction of abortion up to 63 days gestation. *Human Reproduction* 2001;16: 2098-2102.
130. Aubény E, Peyron R, Turpin CL, Renault M, Targosz V, Silvestre L, Ulmann A, Baulieu EE. Termination of early pregnancy (up to and after 63 days of amenorrhea) with mifepristone (RU 486) and increasing doses of misoprostol. *International Journal Fertility and Menopausal Studies* 1995;40(Supp 2): 85-91.
131. Baird DT, Sukcharoen N, Thong KJ. Randomized trial of misoprostol and cervagem in combination with a reduced dose of mifepristone for induction of abortion. *Human Reproduction* 1995;10: 1521-1527.
132. El-Refaei H, Rajasekar D, Abdalla M, Calder L, Templeton A. Induction of abortion with mifepristone (RU 486) and oral or vaginal misoprostol. *New England Journal of Medicine* 1995; 332: 983-987.
133. El-Refaei H, Templeton A. Early abortion induction by a combination of mifepristone and oral misoprostol: A comparison between two dose regimens of misoprostol and their effect on blood pressure. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology* 1994;101:792-796.
134. Guo-wei S, Li-ju W, Qing-xiang S, Ming-kun D, Xue-zhe W, Yu-lan L, Li-nan C. Termination of early pregnancy by two regimens of mifepristone with misoprostol and mifepristone with PG05-a multicentre randomized clinical trial in China. *Contraception* 1994;50: 501-510.
135. McKinley C, Joo Thong K, Baird DT. The effect of dose of mifepristone and gestation on the efficacy of medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Human Reproduction* 1993; 8: 1502-1505.
136. Peyron R, Aubény E, Targosz V, Silvestre L, Renault M, Elkik F, Leclerc P, Ulmann A, Baulieu EE. Early termination of pregnancy with mifepristone (RU 486) and the orally active prostaglandin misoprostol. *New England Journal of Medicine* 1993; 328(21): 1509-1513.
137. Wiebe ER, Trouton K. Comparing vaginal and buccal misoprostol when used after methotrexate for early abortion. *Contraception* 2004; 70(6): 463-466.
138. Creinin MD, Potter C, Holovanisin M, Janczukiewicz L, Pymar HC, Schwartz JL, Meyn L. Mifepristone and misoprostol and methotrexate/misoprostol in clinical practice for abortion. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2003; 188(3): 664-669.
139. Borgatta L, Burnhill MS, Tyson J, Leonhardt KK, Hausknecht RU, Haskell S. Early medical abortion with methotrexate and misoprostol. *Obstetrics & Gynecology* 2001; 97(1): 11-16.
140. Carbonell Esteve JL, Varela L, Velazco A, Tanda R, Sanchez C. 25 mg or 50 mg of oral methotrexate followed by vaginal misoprostol 7 days after for early abortion: a randomized trial. *Gynecologic Obstetric Investigation* 1999; 47(3): 182-187.

141. Wiebe ER. Comparing abortion induced with methotrexate and misoprostol to methotrexate alone. *Contraception* 1999; 59(1): 7-10.
142. Carbonell I Esteve JL, Velazco A, Varela L, Cabezas E, Fernandez C, Sanchez C. Misoprostol 3, 4, or 5 days after methotrexate for early abortion. A randomized trial. *Contraception* 1997; 56(3) : 169-174.
143. Wiebe ER. Abortion induced with methotrexate and misoprostol: a comparison of various protocols. *Contraception* 1997; 55(3): 159-163.
144. Creinin MD, Vittinghoff E, Keder L, Darney PD, Tiller G. Methotrexate and misoprostol for early abortion: a multicenter trial. I. Safety and efficacy. *Contraception* 1996; 53(6): 321-327.
145. Blanchard K, Shochet T, Coyaji K, Ngoc NTN, Winikoff B. Misoprostol alone for early abortion: An evaluation of seven potential regimens. *Contraception* 2005; 72(2): 91-97.
146. Borgatta L, Mullally B, Vragovic O, Gittinger E, Chen A. Misoprostol as the primary agent for medical abortion in a low-income urban setting. *Contraception* 2004; 70(2): 121-126.
147. Carbonell JL, Rodriguez J, Velazco A, Tanda R, Sanchez C, Barambio S, Chami S, Valero F, Mari J, de Vargas F, Salvador I. Oral and vaginal misoprostol 800 µg every 8 h for early abortion. *Contraception* 2003; 67(6): 457-462.
148. Cheung W, Tang OS, Lee SW, Ho PC. Pilot study on the use of sublingual misoprostol in termination of pregnancy up to 7 weeks gestation. *Contraception* 2003; 68(2): 97-99.
149. Singh K, Fong YF, Dong F. A viable alternative to surgical vacuum aspiration: repeated doses of intravaginal misoprostol over 9 hours for medical termination of pregnancies up to eight weeks. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2003; 110(2): 175-180.
150. Jain JK, Dutton C, Harwood B, Meckstroth KR, Mishell DR Jr. A prospective randomized, double-blinded, placebo-controlled trial comparing mifepristone and vaginal misoprostol to vaginal misoprostol alone for elective termination of early pregnancy. *Human Reproduction* 2002; 17(6): 1477-1482.
151. Tang OS, Miao BY, Lee SW, Ho PC. Pilot study on the use of repeated doses of sublingual misoprostol in termination of pregnancy up to 12 weeks gestation: efficacy and acceptability. *Human Reproduction* 2002; 17(3): 654-658.
152. Tang OS, Ho PC. Pilot study on the use of sublingual misoprostol for medical abortion. *Contraception* 2001; 64(5): 315-317.
153. Zikopoulos KA, Papanikolaou EG, Kalantaridou SN, Tsanadis GD, Plachouras NI, Dalkalitsis NA, Paraskevidis EA. Early pregnancy termination with vaginal misoprostol before and after 42 days gestation. *Human Reproduction* 2002; 17(12): 3079-3083.
154. Carbonell JL, Rodriguez J, Aragon S, Velazco A, Tanda R, Sanchez C, Barambio S, Chami S, Valero F. Vaginal misoprostol 1000 micrograms for early abortion. *Contraception* 2001; 63(3): 131-136.
155. Carbonell JL, Velazco A, Varela L, Tanda R, Sanchez C, Barambio S, Chami S, Valero F, Aragon S, Mari J. Misoprostol for abortion at 9-12 weeks' gestation in adolescents. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 2001; 6(1): 39-45.

156. Bugalho A, Mocumbi S, Faundes A, David E. Termination of pregnancies of <6 weeks gestation with a single dose of 800 microg of vaginal misoprostol. *Contraception* 2000; 61(1): 47-50.
157. Ngai SW, Tang OS, Chan YM, Ho PC. Vaginal misoprostol alone for medical abortion up to 9 weeks of gestation: efficacy and acceptability. *Human Reproduction* 2000; 15(5): 1159-1162.
158. Velazco A, Varela L, Tanda R, Sánchez C, Barambio S, Chami S, Valero F, Aragón S, Marí J, Carbonell JL. Misoprostol for abortion up to 9 weeks' gestation in adolescents. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 2000; 5(4): 227-233.
159. Carbonell JL, Varela L, Velazco A, Tanda R, Sanchez C. Vaginal misoprostol for abortion at 10-13 weeks' gestation. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 1999; 4(1): 35-40.
160. Esteve JL, Varela L, Velazco A, Tanda R, Cabezas E, Sanchez C. Early abortion with 800 micrograms of misoprostol by the vaginal route. *Contraception* 1999; 59(4): 219-225.
161. Jain JK, Meckstroth KR, Park M, Mishell DR Jr. A comparison of tamoxifen and misoprostol to misoprostol alone for early pregnancy termination. *Contraception* 1999; 60(6): 353-356.
162. Jain JK, Meckstroth KR, Mishell DR Jr. Early pregnancy termination with intravaginally administered sodium chloride solution-moistened misoprostol tablets: historical comparison with mifepristone and oral misoprostol. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 1999; 181(6): 1386-1391.
163. Ozeren M, Bilekli C, Aydemir V, Bozkaya H. Methotrexate and misoprostol used alone or in combination for early abortion. *Contraception* 1999; 59(6): 389-394.
164. Tang OS, Wong KS, Tang LC, Ho PC. Pilot study on the use of repeated doses of misoprostol in termination of pregnancy at less than 9 weeks of gestation. *Advances in Contraception* 1999; 15(3): 211-216.
165. Carbonell Esteve JL, Varela L, Velazco A, Cabezas E, Tanda R, Sanchez C. Vaginal misoprostol for late first trimester abortion. *Contraception* 1998; 57(5): 329-333.
166. Carbonell JL, Varela L, Velazco A, Fernandez C, Sanchez C. The use of misoprostol for abortion at < or = 9 weeks' gestation. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 1997; 2(3): 181-185.
167. Carbonell JL, Varela L, Velazco A, Fernandez C. The use of misoprostol for termination of early pregnancy. *Contraception* 1997; 55(3): 165-8.
168. Bugalho A, Faundes A, Jamisse L, Usta M, Maria E, Bique C. Evaluation of the effectiveness of vaginal misoprostol to induce first trimester abortion. *Contraception* 1996; 53(4): 244-246.
169. Creinin MD, Vittinghoff E. Methotrexate and misoprostol vs. misoprostol alone for early abortion. A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association* 1994; 272(15): 1190-1195.

Gynuity Health Projects
15 East 26th Street, 8th Floor
New York, NY 10010 U.S.A
tel: 1.212.448.1230
fax: 1.212.448.1260
website: www.gynuity.org
information: pubinfo@gynuity.org

Gynuity
HEALTH PROJECTS