

توفير الإجهاض الدوائي في البيئات قليلة الموارد:

دليل تمهيدي

الإصدار الثاني

توفير الإجهاض الدوائي في البيئات قليلة الموارد: دليل تمهيدي

الإصدار الثاني

المساهمون الأصليون:

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

المحررون:

KATRINA ABUABARA AND JENNIFER BLUM, POPULATION COUNCIL (الإصدار الأول)
HILLARY BRACKEN, GYNUITY HEALTH PROJECTS (الإصدار الثاني)

كلمات شكر:

نشكر مؤسسة روكفلر ومركزها في بلاغيو على توفير المساحة والإقامة للاجتماعات الأولية التي أعطت الحياة لهذا المشروع. كما نشكر مجلس السكان على إسهاماته أثناء إعداد هذا الدليل. ونشكر كذلك مؤسسة ديفيد ولوسيل باكارد ومتبرع آخر رفض ذكر اسمه على مساهمتهم السخية في إخراج هذا المشروع إلى النور.

ونُقدّر الإسهامات التي قدمها الأشخاص التاليون للإصدار الثاني:

ERICA CHONG, MELANIE PEÑA, CAITLIN SHANNON, DR. YAEL SWICA



المترجم: AMM Arabic Translation and Interpretation Services Inc., Toronto

المراجعة الفنية: Nisreen Bitar, Family Planning/Reproductive Health Advisor, BSc. in Pharmacy, MPH

حقوق الطبع فيما يتعلق بالمحتوى بالكامل تعود لهيئة © ٢٠٠٩ Gynuity Health Projects. لا يجوز نسخ هذه المادة بدون الإذن الكتابي من المؤلفين. للحصول على الإذن لنسخ هذه الوثيقة، يرجى الاتصال بـ Gynuity Health Projects على البريد الإلكتروني pubinfo@gynuity.org.

Gynuity Health Projects
15 East 26th Street, 8th Floor
New York, NY 10010 U.S.A.

هاتف: ١.٢١٢.٤٤٨.١٢٣٠

فاكس: ١.٢١٢.٤٤٨.١٢٦٠

الموقع الإلكتروني: www.gynuity.org
البريد الإلكتروني: pubinfo@gynuity.org

تمهيد للإصدار الثاني

لقد تزايدت توافر واستخدام الإجهاض الدوائي بسرعة منذ نشر الإصدار الأول من هذا الدليل عام ٢٠٠٤. وقد أعدنا الإصدار الثاني من "دليل توفير الإجهاض الدوائي في البلدان النامية: دليل تمهيدي" لكي نُضمّن التطورات والابتكارات العلمية الهامة التي حدثت في الممارسة السريرية. وقد ساعدت هذه التغييرات في بروز بروتوكولات يمكن أن تستخدم في مجموعة متنوعة من البيئات قليلة الموارد على مستوى العالم. والعنوان الجديد: "توفير الإجهاض الدوائي في البيئات قليلة الموارد" يعكس تلك التطبيقات الأوسع. ويتبع هذا الدليل نفس تسلسل الفصول والموضوعات في الإصدار الأول. لكن الإصدار الثاني يشتمل على معلومات مُحدّثة حول طرق أخذ الميزوبروستول، والعدوى والإجهاض الدوائي، واستخدام الإجهاض الدوائي في إحداث الإجهاض في وقت متأخر من الثلث الأول للحمل، التطبيب عن بعد والإجهاض الدوائي والدلائل الإرشادية المهنية والسريرية الدولية لاستخدام الإجهاض الدوائي عن طريق الميفيبريستون والميزوبروستول وقائمة بالموارد الإضافية المتاحة الآن.

المحتويات

- I. مقدمة ١
- II. نظرة عامة ٣
 - ما هو ميفبيرستون وكيف يعمل؟
 - الفاعلية
 - الأمان
 - القبول
- III. اتخاذ قرار استخدام الإجهاض الدوائي ٩
 - من يمكنها استخدام الإجهاض الدوائي؟
 - تحديد عمر الحمل للوقوف على أهلية السيدة للإجهاض
- IV. النظم المتبعة للإجهاض الدوائي باستخدام الميفبيرستون والميزوبروستول ١٣
 - الجرعة وطريقة الاستخدام والتوقيت
 - جدول زيارات العيادة
 - التعامل مع الأعراض الجانبية والمضاعفات
 - المتابعة
- V. المشورة وتوفير المعلومات ٢٣
 - اختيار الطريقة
 - التقصي لمعرفة مدى الملائمة
 - تهيئة السيدة لما ينبغي أن تتوقعه
 - منع الحمل بعد الإجهاض
- VI. تقديم الميفبيرستون في أماكن جديدة ٢٨
 - تدريب العاملين
 - مكونات تقديم الخدمة
 - نشر المعلومات
 - الروايات الخاطئة المرتبطة بالإجهاض الدوائي
 - مواجهة وصمة الإجهاض
- VII. الميفبيرستون والميزوبروستول للإجهاض في أواخر الثلث الأول للحمل ٣٥
 - التشابه مع الإجهاض الدوائي المبكر
 - الاختلاف عن الإجهاض الدوائي المبكر

VIII. عندما لا يتوفر الميفيرستون ٣٨

- الميثوتريكسيت والميزوبروستول
- الميزوبروستول وحده

IX. النظر للمستقبل..... ٤٥

X. ملاحق..... ٤٧

- فاعلية الميفيرستون والميزوبروستول، والميثوتريكسيت والميزوبروستول والميزوبروستول وحده في الإجهاض الدوائي المبكر
- قائمة التحقق لمشورة الإجهاض الدوائي
- نموذج الموافقة المستنيرة
- المشاركون في اجتماع بيلاجيو
- مصادر إضافية

XI. المراجع..... ٥٩

يشير مصطلح الإجهاض الدوائي إلى إنهاء الحمل عن طريق استخدام الأدوية المؤدية إلى إنهاء الحمل بدلاً من التدخل الجراحي.^١ ومع أن فكرة استخدام الأدوية لإحداث الإجهاض موجودة منذ قرون، فإن نظم استخدامها القائمة على الأدلة العلمية في فترة الثلث الأول للحمل أصبحت حقيقة واقعة في آخر ٢٥ سنة فقط. فقد تم تطوير عقار الميفيبريستون (Mifepristone) (المعروف باسم RU-486) في فرنسا في سبعينيات وثمانينيات القرن العشرين بواسطة باحثين كانوا يبحثون في مستقبلات الجلوكوكورتيكويد. وقد بدأت أول دراسة سريرية للعقار كعامل مُجهض في جينيف عام ١٩٨١. وفي عام ١٩٨٥، أورد الباحثون أن مزيجاً من أشباه البروستاجلاندين (الآن يعرف بصورة عامة تقريباً باسم الميزوبروستول) زاد من فاعلية الميفيبريستون. وفي عام ١٩٨٨، أصبحت فرنسا أول دولة (خارج الصين) ترخص الميفيبريستون للاستخدام مع أشباه البروستاجلاندين للإجهاض المبكر. ومنذ ذلك الحين، انتشرت الطريقة ببطء حول العالم واستخدمتها ملايين النساء.

عقار الميفيبريستون مسجل الآن في أكثر من ٤٠ بلداً. في عام ٢٠٠٥، تم تضمين الميفيبريستون في قائمة الأدوية الأساسية التابعة لمنظمة الصحة العالمية. وفي السنوات الأخيرة، دخلت عدة منتجات جديدة من الميفيبريستون وأشباه البروستاجلاندين (الميزوبروستول) في السوق، مما زاد من توفر العقارين وأسهم في تخفيض سعرهما. وهناك طرق بسيطة جديدة تجعل الإجهاض الدوائي أكثر قبولا للنساء ومقدمي الرعاية. وهذه التطورات معاً تساعد عدداً متزايداً من النساء في الوصول إلى خيار غير جراحي لإنهاء الحمل. ويمكن للإجهاض الدوائي أن يزيد من الوصول لخدمات الإجهاض الآمن لأنه يمكن توفيره من قبل مقدمي الرعاية في البيئات التي قد لا يكون فيها الإجهاض الجراحي آمناً أو متاحاً بصورة كبيرة.

لقد ظهر الإصدار الأول من هذا الدليل (٢٠٠٤) بناء على اجتماع عُقد في مدينة بلاجيو بإيطاليا في يوليو/ تموز ١٩٩٨، حيث ناقشت مجموعة من الباحثين ومقدمي الرعاية الصحية ودعاة الصحة النسائية والهيئات المانحة وممثلي وزارات الصحة إمكانية الإجهاض الدوائي على المستوى الدولي. وبعد الكثير من النقاش، توصلت المجموعة إلى إجماع مفاده أن نظاماً من الميفيبريستون يتبعه بروتاجلاندين مناسب يمكن أن يتم تقديمه بطريقة آمنة وفعالة ومقبولة للنساء في البلدان النامية.^٢ وبناء على قوة الزخم التي تولدت من هذا الاجتماع الأول، اجتمعت مجموعة صغيرة من خبراء الإجهاض الدوائي من حول العالم في يوليو/تموز ٢٠٠٠ لإعداد توصيات للاستخدام في البيئات قليلة الموارد. وقد كان هدف هذا الاجتماع الثاني هو توفير إرشادات شاملة وسهلة الفهم لمقدمي الرعاية الجدد وصناع السياسات على مستوى العالم.

في عام ٢٠٠٩، تمت مراجعة هذا الدليل، بحيث يعكس التطورات العلمية والبرامجية الأخيرة في استخدام الميفيبريستون والميزوبروستول للإجهاض المبكر. ويؤكد العنوان الجديد "توفير الإجهاض الدوائي في البيئات

قليلة الموارد“ كيف شجعت هذه التطورات استحداث بروتوكولات إجهاض دوائي مُبسَّطة مناسبة في البيئات قليلة الموارد على مستوى العالم.

كيفية استخدام هذا الدليل

يتوجه هذا الدليل نحو مقدمي الرعاية وصناع السياسات المهتمين بالتعرف على طرق الإنهاء الآمن للحمل المبكر. وقد وُضعت المعلومات في هذا الدليل بصورة تناسب القراء الذين لديهم معرفة محدودة بالبيولوجيا الإيجابية وخدمات الصحة النسائية. كما قد يخدم هذا الدليل كمقدمة للأشخاص الذين ليس لديهم معرفة سابقة بالإجهاض الدوائي. أن المواضيع المذكورة أكثر من مرة هي مواضيع مشتركة.

مواضيع الفصل

- ما هو الميفيرستون وكيف يعمل؟
- فاعليته حين يستخدم مع البروستاجلاندين للإجهاض الدوائي المبكر
- أمان هذه الوسيلة وقبولها

أ. ما هو الميفيرستون وكيف يعمل؟

الميفيرستون هو أحد مضادات البروجستين وقد تم الترخيص باستخدامه لإنهاء الحمل في دول كثيرة من العالم. وفي بعض الدول الأوروبية، تم الترخيص باستخدام عقار الميفيرستون لتليين عنق الرحم قبل القيام بعملية الإجهاض الجراحي في الثلث الأول أو الثلث الثاني للحمل ولبدء عملية الولادة عند وفاة الجنين داخل الرحم. وتجري الأبحاث حالياً على عدة استخدامات أخرى ممكنة لعقار الميفيرستون. يحجب الميفيرستون مستقبلات البروجستيرون، وإذا تم استخدامه في بداية الحمل، فلن يتمكن الرحم من الحفاظ على الجنين النامي. كما يُحَقِّز الميفيرستون البروستاجلاندين الداخلي المنشأ مما يؤدي إلى اتساع عنق الرحم ويسهل عملية الإجهاض.

وعند استخدام عقار الميفيرستون وحده يكون فعالاً بنسبة ٦٠ إلى ٨٠٪ في إحداث الإجهاض عندما لا تتعدى فترة الحمل ٤٩ يوماً منذ آخر دورة شهرية. وحيث أن العقار يجعل الرحم أكثر حساسية للمفعول العضلي القابضي للبروستاجلاندين فإن إعطائه مصحوباً بأشبه البروستاجلاندين يزيد من فاعلية الدواء في إحداث الإجهاض. وفي البداية، في أوروبا كان يتم استخدام سالبروستون (نوع من البروستاجلاندين يعطى عن طريق الحقن) وجيميروست (على هيئة تحاميل مهبلية) مع الميفيرستون. إلا أن استخدام السالبروستون صاحبه عدة مشكلات في الجهاز الدوري الدموي، بما في ذلك حالة واحدة لجلطة قلبية قاتلة، ولذلك تم استبداله بالميزوبروستول (أحد أشباه البروستاجلاندين الذي يعطى عن طريق الفم). ولا يزال الجيميروست مستخدماً في بعض الأحيان في الثلث الثاني للحمل في المملكة المتحدة والسويد. وعالمياً، يعتبر الميزوبروستول البروستاجلاندين المفضل استخدامه مع الميفيرستون بسبب أمانه وانخفاض تكلفته وتوفره وثباته تحت درجات الحرارة العادية وسهولة استخدامه^٣. ويمكن استخدام الميزوبروستول عن طريق الفم أو المهبل أو الشدق أو تحت اللسان، ويؤخذ بشكل عام بعد تناول الميفيرستون بـ ٢٤ إلى ٤٨ ساعة.

ب. الفاعلية

يعرف الإجهاض الدوائي الناجح بأنه الإنهاء الكامل للحمل بدون الحاجة إلى التدخل الجراحي. ويتمتع الإجهاض الدوائي عن طريق استخدام الميفيبرستون مصحوباً بالميزوبروستول في بداية الثلث الأول للحمل بنسبة نجاح عالية تصل عامة إلى حوالي ٩٥٪ (راجع ملحق "أ" عن نسب النجاح التي تم تسجيلها من التجارب السريرية)، وقد تزيد عن ذلك في بعض نظم تقديم الخدمة (٩٨,٥٪ في الاتحاد الأمريكي لتنظيم الأبوة).^{٥٤} وتعرف حالات الفشل بأنها اللجوء إلى التدخل الجراحي، وقد تكون نتيجة لاستمرار الحمل أو عدم اكتمال إخراج الجنين أو زيادة النزف أو تقدير مقدم الرعاية بوجوب إنهاء العملية الطبية جراحياً أو بطلب من السيدة. وفي نسبة تقل عن ٥٪ من السيدات يتم الإجهاض بعد الميفيبرستون وقبل تعاطي الميزوبروستول.^٦ ويحدث الإجهاض لدى غالبية السيدات خلال ٢٤ ساعة من أخذ الميزوبروستول ولكن استكمال العملية قد يستغرق أسبوعين.

العوامل التي قد تؤثر على الفاعلية:

- **مرحلة الحمل:** تقل فاعلية الإجهاض الدوائي عندما تتقدم مرحلة الحمل. وتكون النظم التي تستخدم الميزوبروستول والشدقي وتحت اللسان والمهبلي ذات فاعلية عالية عندما تصل مدة الحمل إلى حد أقصى ٩ أسابيع منذ آخر دورة شهرية. كما تزيد فاعلية الميزوبروستول عن طريق الفم عندما تصل مدة الحمل إلى حد أقصى ٨ أسابيع منذ آخر دورة شهرية ولكنها تقل قليلاً في مراحل الحمل الأكثر تأخراً (راجع الملحق "أ"). وتظل هذه الطريقة فعالة في نهاية الثلث الأول للحمل وهناك عدة نظم أخرى متساوية في الجدوى (راجع الفصل السابع).
- **النظام:** تختلف النظم التي تستخدم الميفيبرستون والميزوبروستول للإجهاض الدوائي فيما يتعلق بجرعة الميزوبروستول وتوقيت الجرعات وطريقة أخذ الميزوبروستول. وعلى الرغم من أنه لا يبدو أن هناك تفاوت في كفاءة النظم عندما تكون مدة الحمل أقل من ٨ أسابيع إلا أن هناك بعض الأدلة التي تشير إلى أن اختلاف النظم قد يؤثر على الكفاءة عندما تزيد مدة الحمل عن ٨ أسابيع منذ آخر دورة شهرية (راجع إلى الفصل الرابع، القسم "أ") ولكن ممارسات مقدم الرعاية قد تكون أكثر أهمية من النظام الذي يتم اختياره.
- **مقدم الرعاية:** تتفاوت نسب النجاح بين مقدمي الرعاية الذين يستخدمون نفس النظام بنسبة كبيرة. فقد يقرر مقدم الرعاية استكمال الإجهاض جراحياً لأن ذلك أيسر عندما لا تكون هناك ضرورة طبية أو لاعتقاد خاطئ بأن الإجهاض لم يكتمل فيقوم بالتدخل الجراحي. وتشمل العوامل التي قد تؤدي إلى تدخل مقدم الرعاية بلا ضرورة التشخيص الخاطئ وتسرع مقدم الرعاية وعدم الخبرة في استخدام الوسيلة. ومع ازدياد ارتياح مقدمي الخدمة للوسيلة، يحققون معدلات نجاح أعلى لأنهم على استعداد للانتظار لفترة أطول حتى يكتمل الإجهاض الدوائي.^{٨٧} بالإضافة إلى ذلك، فإن اكتساب مقدمي الخدمة للثقة والخبرة يُمكنهم من تقديم الدعم والمشورة بشكل أفضل للسيدات اللاتي قد يطلبن التدخل الجراحي في حين أنهن في حقيقة الأمر يرغبن في الإجهاض بدون التدخل الجراحي.

- **جدول الزيارات:** قد تحقق البروتوكولات التي تسمح بمرور وقت أكبر بين أخذ الدواء وزيارة المتابعة و/أو التي تسمح بتعدد زيارات المتابعة نجاحاً أكبر إذ أن بعض النساء يحتجن إلى عدة أيام أو أسابيع بعد أخذهن الدواء حتى يجهضن بصورة كاملة. وترغب الكثير من النساء في المعرفة في أقرب وقت ممكن ما إذا كانت عملية الإجهاض قد انتهت، وبذلك قد تزيد زيارات المتابعة المبكرة للسيدات اللاتي يردن التأكد من اكتمال الإجهاض من معدلات الرضا. ومن ناحية أخرى، قد تؤدي الزيادة في عدد زيارات المتابعة إلى تدخلات لا داعي لها، مما يزيد من معدل الفشل.

ج. الأمان

- إن الإجهاض الدوائي المبكر باستخدام الميفيبريستون والميزوبروستول آمن للغاية. حيث أن المخاطر المرتبطة باستخدام وسائل الإجهاض الحديثة المستخدمة بشكل صحيح، بما في ذلك الإجهاض الدوائي، أقل من مخاطر استمرار الحمل.^{١٢،١١،١٠،٩،٤} فقد استخدمت ملايين النساء في جميع أنحاء العالم الميفيبريستون بأمان ونجاح في الإجهاض الدوائي المبكر. ولم يكن لأي من العقارين آثار ممتدة على صحة النساء.^{١٣}
- شواغل متعلقة بالأمان كثيراً ما تُذكر:

- **النزف بغزارة:** يمكن التحكم في النزف إذا أعطيت السيدة مشورة حول ما يجب أن تتوقعه ووقت طلب العلاج إذا ازداد النزف أو استمر لفترة طويلة (راجع الفصل الرابع، القسم "ج"). ويعتبر النزف الغزير الذي يبرر نقل الدم شديد الندرة؛ حيث تعاني منه أقل من سيدة واحدة لكل ٢٠٠٠ سيدة تستخدم الإجهاض الدوائي.^{١٥،١٤،٤}
- **الحمل خارج الرحم:** إن الإجهاض الدوائي باستخدام الميفيبريستون لا ينهي الحمل خارج الرحم أو يفاقمه. ويساعد التقييم الدقيق قبل العلاج والمتابعة الدقيقة للأعراض بعد العلاج على تحديد السيدات اللاتي يكون حملهن خارج الرحم حتى تتم إحالتهم إلى العلاج المناسب.
- **التشوهات الخلقية:** قد تستمر نسبة صغيرة من حالات الحمل بعد تعاطي الميفيبريستون والميزوبروستول. وفي تلك الحالات، إذا غيرت السيدة رأيها حول الإجهاض أو في الحالات النادرة التي يخفق فيها الطبيب في تشخيص استمرار الحمل في زيارات المتابعة، قد يستمر الحمل حتى الموعد الطبيعي للولادة. وعلى الرغم من أنه من الممكن أن يتسبب أي من العقارين في تشوهات خلقية للجنين، لا توجد أدلة تشير إلى أن الميفيبريستون يتسبب في تشوهات. وقد وردت تقارير عن حدوث تشوهات في الأطراف ومتلازمة موبوس (Mobius Syndrome) بعد استخدام الميزوبروستول ولكن بيانات الدراسات المستقبلية لا تظهر ارتباطاً بالعيوب الخلقية.^{١٦} وبشكل عام، تشير البيانات المتعلقة بالميزوبروستول إلى ارتباط محتمل بين العيوب الخلقية وتعرض الجنين داخل الرحم للعقار في مرحلة قصيرة وحساسة في بداية الحمل. وبينما تبدو المخاطر النسبية لحدوث تشوهات حقيقية، تشير الدراسات الوبائية إلى أن المخاطر المطلقة

ضئيلة (أقل من ١٠ حالات تشوه لكل ١٠٠٠ مولود حي تعرض للميزوبروستول داخل الرحم).^{١٨،١٧} ومن المهم التأكيد في جلسات المشورة على السيدة بأهمية المتابعة واستكمال الإجهاض إذا كان الحمل لا يزال مستمراً. وينبغي إعلام جميع السيدات باحتمال حدوث تشوهات خلقية إذا اخترن استمرار الحمل حتى الموعد الطبيعي للولادة بعد التعرض للميزوبروستول.

- **العدوى:** من النادر حدوث حالات عدوى خطيرة بعد الإجهاض الدوائي (تعرف بأنها العدوى التي تتطلب مضادات حيوية وريدية والعلاج في المستشفى).^{١٩} ففي الولايات المتحدة، حيث يوجد نظام يعمل بشكل جيد للإبلاغ عن الحوادث العكسية التي تلي الإجهاض الدوائي المبكر، يبلغ معدل حالات العدوى المبلغ عنها ٢ من كل ١٠٠٠ استخدام.^{٢٠} وقد تم الإبلاغ عن حالات عدوى قاتلة بالمطثية السورديلية (*C. sordellii*) وبالمطثية الحاطمة (*C. perfringens*)، إلا أن هذه الظاهرة شديدة الندرة وتحدث في أقل من ٥،٠ لكل ١٠٠٠٠٠ استخدام.^{٢٢،٢١} وغالباً لا تعتبر العدوى التي تلي الإجهاض الدوائي خطيرة وتتم معالجتها بمجموعة واحدة من جرعات المضادات الحيوية في العيادات الخارجية.
- **الخصوبة:** لا يؤثر الإجهاض الدوائي باستخدام الميفيستون والميزوبروستول على خصوبة السيدة.^{١٣}

د. القبول

تشير الدراسات بشكل عام إلى أن الإجهاض الدوائي يلقي قبولاً جيداً لدى كل من النساء ومقدمي الرعاية في جميع أنحاء العالم. فعلى سبيل المثال، أشارت الدراسات التي أجريت في الصين وكوبا والهند وفيتنام ونيبال وجنوب إفريقيا وتركيا وتونس إلى أن أكثر من ٩٠٪ من السيدات كن "راضيات" أو "راضيات جداً" عن الإجهاض الدوائي.^{٢٩،٢٨،٢٧،٢٦،٢٥،٢٤،٢٣،١٤} وتشير الأبحاث في فرنسا واسكتلندا والسويد إلى أن ٦٠-٧٠٪ من السيدات المؤهلات للإجهاض يفضلن الوسائل الدوائية إذا كان لهن خيار.^{٣١،٣٠} وفي إحدى الدراسات التي استطلعت سيدات قمن بإجهاض دوائي وإجهاض جراحي، فضلت أغلبية السيدات الإجهاض الدوائي على الإجهاض الجراحي.^{٣٢} ومن المهم ملاحظة أن نظرة السيدة إلى تجربتها مع الإجهاض كثيراً ما ترتبط بالسياق الذي يتم فيه الإجهاض.

جدول ١،٢ مزايا وعيوب طرق الإجهاض المبكر كما ذكرتها السيدات ومقدمو الرعاية^{٢٣}

الإجهاض الجراحي	الإجهاض الدوائي	
<ul style="list-style-type: none"> • أسرع • أضمن • أقل ألماً لدى بعض السيدات • أسهل عاطفياً بالنسبة لبعض السيدات • يمكن أن يقدمه مقدمو رعاية من المستوى المتوسط في بعض الأماكن • يتحكم فيه مقدم الرعاية • يمكن للسيدات المشاركة بشكل أقل 	<ul style="list-style-type: none"> • تفادي الجراحة والتخدير • طبيعي ومثابه للدورة الشهرية • أقل ألماً لدى بعض السيدات • أسهل عاطفياً بالنسبة لبعض السيدات • يمكن أن يقدمه مقدمو رعاية من المستوى المتوسط • يتيح للسيدات قدر أكبر من المشاركة والتحكم 	المزايا
<ul style="list-style-type: none"> • الجراحة تنطوي على تعدي على الجسم • احتمال صغير لإصابة عنق الرحم أو جدار الرحم • خطر الإصابة بعدوى • فقدان الخصوصية والاستقلالية 	<ul style="list-style-type: none"> • النزيف والتقلصات والغثيان (حقيقي أو وهمي) • الانتظار وعدم التأكد • قد يزيد عدد زيارات العيادة أو تطول مدتها حسب النظام المتبع • التكلفة 	العيوب

خلاصة

- إن نسبة نجاح الإجهاض الدوائي عن طريق الميفيبريستون والميزوبروستول في بداية الثلث الأول للحمل حتى ٩ أسابيع منذ آخر دورة شهرية مرتفعة وتصل إلى حوالي ٩٥٪.
- قامت الملايين من السيدات حول العالم باستخدام الميفيبريستون بأمان وفعالية ودرجة قبول عالية منذ عام ١٩٨٨.

III. اتخاذ قرار استخدام الإجهاض الدوائي

مواضع الفصل

- من يمكنها استخدام الإجهاض الدوائي؟
- تحديد عمر الحمل

أ. من يمكنها استخدام الإجهاض الدوائي؟

يمكن لمعظم السيدات في بداية الحمل اختيار الإجهاض الدوائي عن طريق الميفيبرستون والميزوبروستول. ويتم استثناء عدد قليل من السيدات حسب تعليمات الدواء في معظم الدول.

موانع استعمال الميفيبرستون:

- الاشتباه في وجود حمل خارج الرحم أو كتلة متعلقة بتوابع الرحم لم يتم تشخيصها
- فشل مزمن في الغدة الكظرية
- العلاج المتزامن طويل الأمد بالكورتيكوستيرويد
- تاريخ من الحساسية للميفيبرستون
- اضطرابات نزيفية أو العلاج المتزامن بمضادات التخثر (أي الأدوية المؤدية لسيولة الدم)
- داء الفرفيرين الوراثي (من أمراض الدم الوراثية النادرة)

في حال استخدام اللولب الرحمي لمنع الحمل، يجب إزالته قبل البدء في إعطاء الدواء.

موانع استخدام الميزوبروستول:

- الحساسية للبروستاجلاندينات، بما في ذلك الميزوبروستول.

في السابق، لم يكن يُنصح بالإجهاض الدوائي للسيدات اللاتي تزيد أعمارهن عن ٣٥ عاماً واللاتي يُدخن أكثر من ١٠ سجائر يومياً. ولكن تبين أن معايير الاستثناء تلك غير ضرورية بعد أن حل الميزوبروستول محل السلبروستون كالبروستاجلاندين المُستخدم في نظام العلاج. وعلى الرغم من وجود موانع لاستخدام

بعض البروستاجلاندينات لدى السيدات اللاتي يعانين من الربو، لا توجد موانع لاستخدام الإجهاض الدوائي بالميفيستون والميزوبروستول لدى السيدات اللاتي يعانين من الربو. وفي الواقع، وعلى العكس من بعض البروستاجلاندينات، يؤدي الميزوبروستول إلى ارتخاء العضلات الناعمة في الشعب الهوائية، وبذلك لا توجد له آثار ضارة على السيدات اللاتي يعانين من الربو.

حالات أخرى يجب أخذها في الاعتبار:

- **فقر الدم الشديد:** على الرغم من أن السيدات اللاتي يستخدمن الإجهاض الدوائي يعانين من النزيف لمدة أطول من السيدات اللاتي يلجأن للإجهاض الجراحي، فإن إجمالي كمية الدماء المفقودة والانخفاض في مستوى الهيموجلوبين يعتبر متوازناً لكلا الطريقتين. ولا يعتبر فقر الدم من موانع استخدام هذه الطريقة، ولكن ينبغي على جميع السيدات اللاتي يعانين من فقر الدم الشديد البدء في تلقي العلاج بعد التشخيص.
- **الرضاعة الطبيعية:** لا توجد أدلة على أن الميفيستون أو البروستاجلاندينات المستخدمة في الإجهاض الدوائي مضره للأطفال الذين يرضعون رضاعة طبيعية. وعلى اعتبار أن الجرعات قليلة وتتأبض بسرعة، فلن يكون من المحتمل أن تتواجد تلك العقاقير بكميات كبيرة في حليب الأم. ولكن معظم العقاقير الموجودة في دم السيدات تصل إلى حليب الأم بكميات قليلة. ولذلك، تنصح السيدات أحياناً بالتخلص من الحليب الذي ينتج بعد أخذ كل جرعة من الميزوبروستول من أربع إلى ست ساعات.^{٣٥١٤}
- **إمكانية الوصول للرعاية الطارئة:** على الرغم من أن المضاعفات الخطيرة التي تلي الإجهاض الدوائي والتي تتطلب علاجاً طارئاً أو نقلاً للدم نادرة، إلا أنه يجب أن تتمكن السيدات من الوصول بسهولة إلى مرافق خدمات الطوارئ أثناء عملية الإجهاض.

ب. تحديد عمر الحمل للوقوف على أهلية السيدة للإجهاض

يمكن استخدام الأدوات التالية لحساب عمر الحمل.^{٣٨٠٣٧٠٣٦}

- **آخر دورة شهرية:** أظهرت الدراسات أن جميع السيدات تقريباً يمكنهن تحديد عمر الحمل بدقة (بفارق أسبوعين أقل أو أكثر من تقييم مقدم الرعاية باستخدام الامواج فوق الصوتية) وذلك عن طريق حساب اليوم الأول لآخر دورة شهرية.^{٤٠٠٣٩}
- **الفحص السريري:** يمكن لمقدمي الخدمة ذوي الخبرة أن يُقيّموا عمر الحمل من خلال القيام بفحص سريري لتقدير حجم الرحم. وينبغي أخذ الحذر عند فحص السيدات البدينات لأنه قد يكون من الصعب إجراء فحص دقيق.

- **الامواج فوق الصوتية:** إن الفحص بالامواج فوق الصوتية، عندما يقوم بأجرائه وتفسيره شخص متخصص ذو خبرة، يكون أداة مفيدة في تحديد عمر حمل السيدة ولكن الوسائل الأخرى لتحديد عمر الحمل مقبولة أيضاً. وإذا كان مقدم الرعاية يشك في وجود حمل خارج الرحم أو حمل متعدد فإن الامواج فوق الصوتية قد تساعد على التأكد من التشخيص.

ولا توجد حاجة لتحديد تاريخ دقيق للحمل من أجل الإجهاض الدوائي. حيث يستبعد التقدير حالات الحمل التي تتعدى ٩ أسابيع لأسباب إدارية وأسباب متعلقة بتقديم الخدمة. وحتى بعد ٩ أسابيع يكون احتمال نجاح هذه الطريقة كبيراً (راجع الفصل السابع).

عوامل إضافية ينبغي مراعاتها عند تحديد القيود على عمر الحمل:

- قيود البرامج والقوانين المطبقة
- نظام الإجهاض الدوائي المتبع وفاعليته في مراحل الحمل المتقدمة
- رغبة السيدة في اللجوء إلى الإجهاض الدوائي
- خبرة مقدم الرعاية وارتياحه للطريقة

الإجهاض الدوائي والاستخدام خارج التعليمات

في الدول التي يرخص فيها باستخدام الميفيبيرستون في الإجهاض الدوائي، تحدد الرخصة النظام وحدود عمر الحمل التي يتم استخدام العقار لها. إلا أنه في العديد من الدول يمكن استخدام الأدوية المرخصة بطرق ودواعي غير مدرجة في التسجيل الأصلي. ويطلق على ذلك "الاستخدام خارج التعليمات". وطبقاً لإدارة الغذاء والدواء الأمريكية، "تتطلب الممارسات الطبية الجيدة ومصلحة المرضى أن يستخدم الأطباء العقاقير والمستحضرات البيولوجية والوسائل المتاحة قانوناً طبقاً لأفضل معرفة وحكم لديهم. وإذا استخدم الأطباء منتجاً لدواع غير مدرجة في التعليمات، تقع عليهم مسؤولية الإطلاع على المنتج وبناء استخدامه على أساس منطقي علمي قوي وعلى أدلة طبية سليمة، والاحتفاظ بسجلات حول استخدام المنتج وأثاره." وقد حدد الترخيص الأول للميفيبيرستون استخدام ٦٠٠ مجم من الميفيبيرستون وحدد استخدام هذه الطريقة حتى ٧ أسابيع من الحمل (٤٩ يوماً منذ آخر دورة شهرية). وقد أظهرت الأدلة اللاحقة أن جرعة مخفضة تصل إلى ٢٠٠ مجم من الميفيبيرستون فعالة (وأقل تكلفة) حتى ٦٣ يوماً منذ آخر دورة شهرية عندما يتم الجمع بينها وبين جرعات مهبلية أو شقوية أو تحت اللسان من الميزوبروستول. واليوم توفر معظم النظم المتبعة في العيادات بالولايات المتحدة والدول الأخرى استخداماً خارج التعليمات حتى ٦٣ يوماً منذ آخر دورة شهرية باستخدام جرعة واحدة من الميفيبيرستون تبلغ ٢٠٠ مجم.

خلاصة

- يمكن لغالبية النساء استخدام الميفيبرستون للإجهاض الدوائي المبكر.
- كانت نظم العلاج الأولى بالميفيبرستون والميزوبروستول حذرة؛ إلا أن نتائج الأمان والفاعلية للتجارب السريرية المتعددة مكنت المزيد من السيدات في مراحل متقدمة من الحمل من استخدام هذه الطريقة.
- لا توجد أدلة تشير إلى أن الميفيبرستون يتوقف مفعوله أو يشكل خطورة في عمر حمل معين؛ ولكنه يبدو أكثر تأثيراً في المراحل المبكرة من الحمل.
- يمكن تحديد مدة الحمل في أغلب الحالات من خلال تاريخ الدورة الشهرية والفحص السريري.

IV. النظم المتبعة للإجهاض الدوائي باستخدام الميفيبريستون والميزوبروستول

مواضع الفصل

- الجرعة والتوقيت وطريقة الاستخدام
- جدول الزيارات
- الأعراض الجانبية والمضاعفات
- المتابعة

أ. الجرعة وطريقة الاستخدام والتوقيت

على الرغم من أن النظام المسجل في أغلب الدول متشابه، أدخلت المعايير المحلية للرعاية متغيرات على العديد من النظم الطبية. ويبدو أن كل من هذه الأنظمة شديد الفاعلية. وفيما يلي تتم مناقشة الاختلافات في الجرعة والتوقيت وطريقة الاستخدام والدليل العلمي لذلك.

الجرعة

- **جرعة الميفيبريستون:** ثبت أن جرعة منخفضة من الميفيبريستون (٢٠٠ مجم) لها نفس الفاعلية مثل الجرعة الأصلية المستخدمة وهي ٦٠٠ مجم ويمكنها أن تخفض التكلفة بشكل كبير. ^{٤٤،٤٣،٤٢،٤١}
- **جرعة الميزوبروستول:** تستخدم معظم نظم الإجهاض الدوائي الموصى بها ٤٠٠-٨٠٠ مكج من الميزوبروستول. كما ظهر أن جرعات ٨٠٠ مكج التي تؤخذ مهلبياً أو شديقاً (في الوجنة) ذات فاعلية مرتفعة حتى ٦٣ يوماً منذ آخر دورة شهرية. وعند تعاطي الدواء تحت اللسان أو شديقاً، ظهر أن الجرعات التي تصل إلى ٤٠٠ مكج شديدة الفاعلية حتى ٩ أسابيع منذ آخر دورة شهرية (راجع ملحق "أ"). وقد تؤدي الجرعات الأعلى من البروستاجلاندين إلى نسب نجاح أعلى قليلاً و/أو تقليل وقت إخراج الجنين، ولكنها ترتبط أيضاً بزيادة في الأعراض الجانبية. ويعتقد بعض مقدمي الرعاية أن تكرار جرعات الميزوبروستول للسيدات اللاتي لا يحدث لديهن طرد لمنتجات الحمل في أول ٢٤ ساعة أو اللاتي لا يكتمل الإجهاض لديهن أو يعانين من النزيف الغزير يزيد من معدلات النجاح. وتحقق الدراسات التي تكرر فيها إعطاء المشاركات جرعات الميزوبروستول بعد الميفيبريستون معدلات فاعلية أعلى من الدراسات التي تم إعطاء السيدات فيها جرعة واحدة من البروستاجلاندين، ولكن النتائج غير حاسمة. ^{٤٦،٤٥}

طريقة الاستخدام

- **الميفيرستون:** يتم إعطاء الميفيرستون عن طريق الفم. ولا توجد أدلة على أن الطرق البديلة قد تكون أكثر فاعلية أو راحة.
- **الميزوبروستول:** لقد بحثت الدراسات في استخدام الميزوبروستول عن طريق الفم والمهبل والشدق وتحت اللسان بغرض الإجهاض الدوائي. وبالنسبة للاستخدام الشدقي وتحت اللسان، تُنصح السيدات عامة بالاحتفاظ بالحبة في الوجنة أو تحت اللسان لمدة ٢٠-٣٠ دقيقة ثم ابتلاع أية أجزاء متبقية. وقد ظهر أن أخذ الميزوبروستول شدياً ومهلبياً وتحت اللسان يحظى بنسبة فاعلية مرتفعة حتى ٩ أسابيع منذ آخر دورة شهرية.^{٥٣،٥٢،٥١،٥٠،٤٩،٤٨،٤٧} وتوفر وسائل البلع المتأخر، مثل الاستخدام الشدقي وتحت اللسان، بديلاً آمناً وفعالاً في المراحل المتأخرة من الحمل وتساعد على تجنب الانزعاج والنفور الذي يرتبط بالاستخدام المهلي. وقد يكون هناك اختلاف في الأعراض الجانبية بحسب طريقة الاستخدام، ولكن هذه الاستنتاجات يمكن تنفيذها من خلال تأثير نظم الجرعات المختلفة.

التوقيت

- **عمر الحمل:** يبدو أن الإجهاض الدوائي عن طريق الميفيرستون والميزوبروستول أكثر فاعلية في بدايات الحمل. ومع زيادة عمر الحمل تنخفض الفاعلية، على الرغم من أن هذا الانخفاض قليل وتدرجي.
- **توقيت إعطاء الميزوبروستول:** تتطلب نظم الإجهاض الدوائي الموصى بها أن تأخذ السيدات الميزوبروستول بعد مرور ٢٤-٤٨ ساعة من تناول الميفيرستون. وتشير الدراسات إلى أن هذه الطريقة تحقق نجاحاً عندما يتم أخذ الميزوبروستول بعد مرور ما بين ١٢-٧٢ ساعة من اخذ الميفيرستون.^{٥٥،٥٤} ويبدو أن النظم التي تطبق فواصل أقل (أي أقل من ١٢ ساعة) بين الميفيرستون والميزوبروستول أو تطبق الاستخدام في نفس الوقت أقل فاعلية نوعاً ما.^{٥٦،٥٧،٥٨} وقد يؤدي توسيع نطاق الوقت الذي يمكن إعطاء الميزوبروستول فيه إلى زيادة مرونة هذا النظام، مما يجعله أكثر ملاءمة لجدول العيادة والسيدة.

ب. جدول زيارات العيادة

تتطلب أغلب حالات الإجهاض الدوائي في الولايات المتحدة والأماكن الأخرى زيارتين فقط (انظر شكل ١،٤). ويحدد النظام المعتمد في الولايات المتحدة قيام السيدة بثلاث زيارات للعيادة: واحدة لتناول حبة الميفيرستون والثانية (بعد ١-٣ يوم من تناول الميفيرستون) لتناول حبة الميزوبروستول والثالثة (بعد مرور أسبوعين تقريباً) للتأكد من اكتمال الإجهاض. إلا أن عدة دراسات اختبرت أمان وفاعلية تناول

الميزوبروستول في المنزل وبذلك يقل عدد الزيارات للعيادة.^{٦٢,٥٩,٢٩,٢٧,٢٥,٢٣} وتفضل غالبية السيدات هذا الخيار، ويرى مقدمو الرعاية أنه أسهل وأنسب لتقديم الخدمة. وقد أصبح تناول الميزوبروستول في المنزل معيار الرعاية في الولايات المتحدة، حيث استخدمت أكثر من مليون سيدة هذه الطريقة بهذا الأسلوب،^{٦٠} وقد تبنت عدة دول أخرى هذا الخيار.

وتتطلب أغلب نظم الإجهاض الدوائي الموصى بها أن تتناول السيدة الميفيبرستون في العيادة. إلا أنه لا توجد أية بيانات تبرر الضرورة الطبية لذلك، إذ تبين أن السيدات اللواتي كن تحت الإشراف الطبي المباشر، تعرضن لأعراض جانبية قليلة، ومعظمهن لم يعانين من أية أعراض. والبيانات حول استخدام الميفيبرستون في المنزل ضئيلة. وقد ورد في دراسة وصفية حديثة حول الاستخدام المنزلي لكل من الميفيبرستون والميزوبروستول من جانب سيدات حصلن على العقاقير من الموقع الإلكتروني "Women on Web" وتناولن الحبوب بأنفسهن أن معدلات النجاح كانت مشابهة لتلك التي تتحقق في العيادات الخارجية (٩٣,٢٪).^{٦٣}

بالإضافة إلى ذلك، يقوم الباحثون باستكشاف كيفية إلغاء زيارات المتابعة، أو التعامل معها بطرق تختلف عن الوجود الشخصي في العيادة. وتشمل البدائل الممكنة تقييم المريضة لنفسها واختبارات الحمل ذات الحساسية المنخفضة.^{٦٤} ولكن حتى الآن لا يوجد اختبار حمل فعال متوفر تجارياً، ويتطلب الأمر المزيد من البحث لتحديد الأدوات التشخيصية المناسبة للسيدات.^{٦٥}

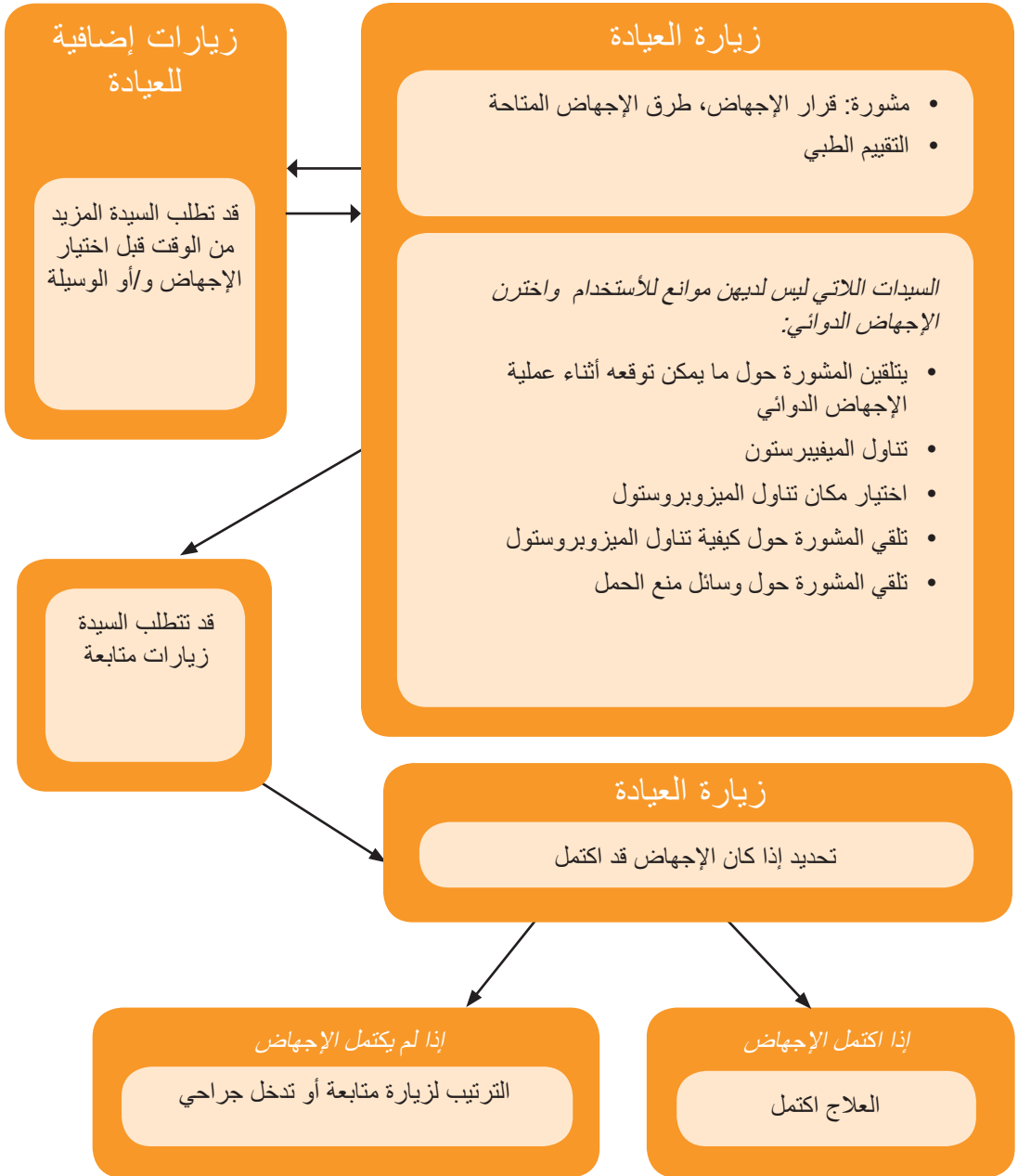
وفيما يلي السيناريوهات المحتملة التي تزيد فيها عدد الزيارات:

- تأتي سيدة للعيادة بحمل غير مرغوب فيه وبعد حصولها على معلومات حول الإجهاض الجراحي والدوائي، تطلب وقتاً إضافياً قبل اختيار الطريقة.
- تعود سيدة لزيارة متابعة بعد أسبوعين لتجد أنه على الرغم من أن الحمل ليس مستمراً إلا أن الإجهاض لم يكتمل. ويكون القرار إما إعطاء جرعات إضافية من الميزوبروستول أو مجرد الانتظار حتى يكتمل الإجهاض بدون المزيد من التدخل. وفي الحالتين يوصى بزيارات متابعة إضافية.

ج. التعامل مع الأعراض الجانبية والمضاعفات

إن معظم الأعراض الجانبية المرتبطة بالإجهاض الدوائي معروفة ويسهل التعامل معها. ففي العيادة، ينبغي على الشخص الذي يساعد السيدة (مثل مقدمي المشورة أو الممرضة أو القابلة أو المُساعد المدّرب) أن يكون قادراً على وصف الأعراض الجانبية الممكنة وكيفية التعامل معها ومعالجة مخاوف السيدة. وفي حالات نادرة، قد تكون هناك حاجة لقيام طبيب بالتعامل مع الأعراض الجانبية.

شكل ١,٤ التسلسل المعتاد لزيارات العيادات في حالات الإجهاض الدوائي



والأمور الأكثر شيوعاً هي الألم (المرتبط بتقلصات الرحم) والنزيف المهبلي. وهذه الأمور متوقعة، حيث أنها جزء من عملية الإجهاض وليست "أعراضاً جانبية". ويمكن إعطاء السيدات أقرصاً لتسكين الألم أو كتابة وصفة طبية بالمسكنات قبل مغادرة العيادة. كما ينبغي توجيه السيدة بضرورة الحصول على رعاية إضافية (سواء في العيادة أو في مرفق الطوارئ) إذا كان هناك نزف شديد (راجع التعريف التالي) أو كان هناك ارتفاع مستمر في درجة الحرارة. راجع جدول ١,٤ للحصول على وصف للأعراض الجانبية والمضاعفات الشائعة واقتراحات للتعامل معها.

الوصف

العلاج

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • زجاجة ماء ساخن أو وسادة التدفئة • الجلوس أو الرقود بطريقة مريحة • دعم الأصدقاء/الأسرة • موسيقى هادئة، تلفاز، شاي (أينما توفر ذلك) • باراسيتامول/أسيتامينوفين • مضادات الالتهابات غير الستيرويدية مثل إيبوبروفين • مشتقات الأفيون الضعيفة مثل الكودين (بجانب أحد العقاقير السابقة) | <p>يختلف التعبير عن الألم والحاجة إلى تسكين الألم بدرجة كبيرة من ثقافة إلى أخرى ومن عبادة إلى أخرى ومن شخص لآخر. فمثلاً، في الأماكن التي يتم فيها الإجهاض الجراحي بدون تخدير، كثيراً ما يوصف الإجهاض الدوائي بأنه بدون ألم تقريباً. إلا أن معظم السيدات يشعرن ببعض الألم على الأقل ويحتاج نصفهن إلى المسكنات. ونادراً ما يدل الألم على الحاجة إلى التدخل الجراحي كما يتحسن بسرعة بمجرد إخراج الجنين.</p> |
|---|--|

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • تحديد توقعات مقبولة حول النزيف خلال جلسة المشورة قبل الإجهاض • إعطاء تعليمات واضحة حول تحديد غزارة النزيف وأماكن اللجوء إلى الرعاية الإضافية | <p>جميع النساء اللاتي يمررن بتجربة الإجهاض الدوائي يتعرضن لنزيف مهلبي. وغالباً ما يكون النزيف أكثر غزارة ويستغرق مدة أطول من دورة الطمث الطبيعية ولكنه لا يؤثر سلباً على مستوى الهيموجلوبين. وترتبط الكمية الإجمالية للنزيف بمدى الحمل^{٦٦}. ويكون النزيف أكثر غزارة من ٣ إلى ٦ ساعات بعد إعطاء البروستاجلاندين ويستمر عادة لمدة أسبوع ولكن المدة قد تصل إلى شهر لدى بعض السيدات.</p> |
|---|---|

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • إذا كان هناك أدلة تشير إلى وجود خطورة على الدورة الدموية ينبغي البدء في إعطاء محاليل وريدية • إذا كان النزيف غزيراً أو استمر لمدة طويلة، قد تكون هناك حاجة للتدخل الجراحي • يستخدم نقل الدم فقط إذا كان هناك ضرورة طبية واضحة | <p>من غير الشائع حدوث نزيف غزير أو لمدة طويلة بشكل يتسبب في تغيير كبير في تركيز الهيموجلوبين^{٦٨،٦٧،٤٩}. وتحتاج حوالي ١٪ من السيدات إلى تفريغ الرحم لوقف النزيف. وتعتبر الحاجة إلى نقل الدم أكثر ندرة (١٪ إلى ٢٪). ولا يوجد ذكر في المؤلفات الطبية عن اللجوء لاستئصال الرحم من أجل وقف النزيف بعد الإجهاض الدوائي وعلى الرغم من أهمية شرح أن معظم حالات الإجهاض الدوائي تتم بدون حوادث، من المهم كذلك تشجيع السيدة على الاتصال بمقدم الرعاية إذا تعرضت لنزيف شديد الغزارة. ويساعد عدّ الفوط الصحية (أو البديل المحلي) على إيجاد طريقة ملموسة لقياس النزيف. ففي الولايات المتحدة مثلاً، تعطي السيدة تعليمات بأنه إذا امتلأت اثنتان من الفوط الصحية كبيرة الحجم بالدم خلال ساعة على مدى ساعتين متتاليتين ينبغي عليها الاتصال بمقدم الرعاية.</p> |
|---|---|

جدول ١,٤ التعامل مع الأعراض الجانبية والمضاعفات (تابع)

العلاج	الوصف	ارتفاع درجة الحرارة القيء الغثيان والقيء الإسهال الصداع والضعف والتورم
<ul style="list-style-type: none"> • إعطاء خافضات للحرارة وطمأنة السيدة • إذا استمر ارتفاع الحرارة لأكثر من ٤ ساعات أو لأكثر من يوم بعد أخذ الميزوبروستول، ينبغي توجيه السيدة للاتصال بالعيادة 	<p>قد يتسبب الميزوبروستول أحياناً في ارتفاع درجة الحرارة. ولا يستمر هذا الارتفاع عادة أكثر من ساعتين. وعلى الرغم من أن التهابات الرحم/الحوض نادرة في الإجهاض الدوائي، فإن ارتفاع درجة الحرارة الذي يستمر لعدة أيام أو يبدأ بعد أخذ البروستاجلاندين بأيام قد يشير إلى وجود التهاب.</p>	ارتفاع درجة الحرارة
<ul style="list-style-type: none"> • طمأنة السيدة بأن الغثيان والقيء مرتبطان عادة بالحمل كما أنهما من الأعراض الجانبية المحتملة للأدوية • توفير أدوية مضادة للغثيان أو مضادة للقيء للأعراض الحادة إذا كانت العقاقير متاحة 	<p>تم تسجيل حدوث غثيان لدى نصف السيدات اللاتي قمن بالإجهاض الدوائي تقريباً ويحدث قيء لأقل من الثلث. وترتبط هذه الأعراض عادة بالحمل وطريقة أخذ وسائل الإجهاض الدوائي. وقد تظهر أو تزيد حدتها بعد تناول الميفيبريستون وتنخفض عادة بعد تناول الميزوبروستول بساعات.</p>	الغثيان والقيء
<ul style="list-style-type: none"> • طمأنة السيدة بأن الإسهال قد يرتبط أحياناً بالميزوبروستول وعادة ما يمر بسرعة 	<p>يحدث إسهال عابر لدى أقل من ربع السيدات بعد تناول الميزوبروستول. وبما أن الإسهال دائماً قصير الأمد، فمن النادر أن يكون العلاج ضرورياً.</p>	الإسهال
<ul style="list-style-type: none"> • طمأنة السيدة وتقديم المسكنات عند الحاجة 	<p>سجلت هذه الأعراض لدى أقل من ربع السيدات. وعادة ما تكون محدودة وتنتهي تلقائياً ويتم التعامل معها بشكل أفضل من خلال الأعراض.</p>	الصداع والضعف والتورم

العلاج

الوصف

- من النادر حدوث حالات عدوى خطيرة بعد الإجهاض الدوائي (تعرف بأنها العدوى التي تتطلب مضادات حيوية وريدية والعلاج في المستشفى).^{١٩} ففي الولايات المتحدة، حيث يوجد نظام يعمل بشكل جيد للإبلاغ عن الحوادث العكسية التي تلي الإجهاض الدوائي المبكر، يصل تكرار حالات العدوى المبلغ عنها إلى ٢ من كل ١٠٠٠ استخدام.^{٢٠} وقد تم الإبلاغ عن حالات عدوى قاتلة بالمطثية السوردبيلية وبالمطثية الحاطمة، إلا أن هذه الظاهرة شديدة الندرة وتحدث في أقل من ٥,٥ لكل ١٠٠٠٠٠ استخدام.^{٢١} وغالباً لا تعتبر العدوى التي تلي الإجهاض الدوائي خطيرة وتتم معالجتها عن طريق مجموعة واحدة من جرعات المضادات الحيوية في العيادات الخارجية.
- إذا كان هناك شك في وجود التهاب (تأكد من ارتفاع درجة الحرارة) يجب تقييم حالة السيدة
- إذا كان هناك دليل على التهاب بطانة الرحم ولم يكتمل الإجهاض، ينبغي إجراء إجهاض جراحي وإعطاء مضادات حيوية
- قد تتطلب الالتهابات الحادة دخول المستشفى وإعطاء مضادات حيوية عن طريق الحقن
- تستخدم المضادات الحيوية (سواء للوقاية أو التقصي أو العلاج) في بعض الأماكن، بما في ذلك المملكة المتحدة والسويد وعيادات الاتحاد الأمريكي لتنظيم الأبوة. إلا أن الاستخدام الروتيني للمضادات الحيوية قد لا يكون عملياً في جميع الأماكن ولجميع السيدات، ولن يكون بدون مخاطر الأعراض الجانبية أو المضاعفات، مثل الحساسية الخطيرة أو القاتلة. ولا تنصح إدارة الغذاء والدواء الأمريكية أو منظمة الصحة العالمية باستخدام المضادات الحيوية الروتينية في الإجهاض الدوائي.

د. المتابعة

يمكن استخدام الأدوات التالية لتقييم نجاح الإجهاض.^{٢٦}

- **الفحص السريري:** ذكر السيدة لأعراض الإجهاض (راجع الفصل الرابع القسم "ج" للمعلومات حول أنماط الألم/النزيف) مع الفحص السريري الذي يوضح عودة الرحم إلى حجم ما قبل الحمل.
- **الأمواج فوق الصوتية:** يمكن للفحص بالأمواج فوق الصوتية أن يكون أداة مفيدة لتقييم النجاح إذا كان لدى مقدم الرعاية الخبرة والتقنيات المناسبة. فمن المهم التمييز بين تجلطات الدم/البقايا والإجهاض

الحقيقي غير المكتمل واستمرار الحمل.^{٦٩} حيث من غير الضروري تفريغ الرحم لدى السيدة التي تتمتع بحالة جيدة حتى إذا ظهرت بعض البقايا في فحص الامواج فوق الصوتية. وكما هو الحال في الإجهاض الطبيعي، يكون الانتظار مناسباً إلا إذا كان الحمل مستمراً.

استمرار كيس الحمل

يمكن لكيس الحمل أن يبقى داخل الرحم حتى بعد موت الجنين. وإذا كانت السيدة لا تشكو من أعراض الالتهاب أو النزيف المقلق وأرادت أن تنتظر خروج كيس الحمل، يمكنها ذلك. ويمكن للجراجات الإضافية من الميزوبروستول أن تحث نشاط الرحم لإخراج أنسجة الحمل.^{٧٠}

التعامل مع الوضع:

- فكر في إعطاء جرعات إضافية من الميزوبروستول.
- طمأنة السيدة: إذا لم تكن هناك أية خطورة (مثل ارتفاع درجة الحرارة والنزيف الغزير) يكون من الآمن انتظار خروج كيس الحمل تلقائياً أو إعطاء جرعة أخرى من الميزوبروستول.
- ولا تزال الأبحاث جارية حول جرعة الميزوبروستول المثالية لهذه الحالة.^{٧٠}

انخفاض مستوى b-hCG في الدم بعد الإجهاض الدوائي

يرتفع تركيز b-hCG (منشط الغدد التناسلية المشيمائية البشري) بشكل كبير أثناء الأسابيع الستة الأولى من الحمل، وقد تم الإبلاغ عن تضاعفه خلال ٣, ١ يوم إلى يومين.٣٦ وعلى الرغم من أن المستويات ترتبط بدرجة كبيرة بعمر الحمل في بدايات الحمل، يتوافق عدد كبير من القيم مع التقدم الطبيعي للحمل في المراحل المبكرة. وتشير القراءات التي تخرج عن هذا النطاق فقط إلى وجود مشكلة، كما هو الحال مع القراءات المتسلسلة التي لا تتغير بالشكل المناسب.

ولا يمكن استخدام قراءة واحدة لـ hCG لتحديد تاريخ الحمل بدقة. ومن أجل توثيق التغيير في hCG من الضروري عقد مقارنة بين عينات متسلسلة. ويمكن أن يشير الانخفاض في مستويات hCG إلى انتهاء الحمل. وتشير الزيادة في مستويات hCG إلى استمرار الحمل. وإذا انخفضت معدلات hCG بنسبة ٥٠٪ في ٢٤ ساعة، فمن المحتمل أن يكون الحمل قد انتهى.٧١,٧٢ وعند السيدات اللاتي اكتمل لديهن الإجهاض الدوائي، يجب أن يكون تركيز hCG أقل من ١٠٠٠ وحدة دولية/لتر بعد أسبوعين من تناول الميفيبرستون^{٧٣}. ويرتبط الوقت اللازم للوصول إلى مستويات شديدة الانخفاض (أقل من ٥٠ وحدة دولية/لتر) بشكل مباشر بالمستوى الأصلي لـ hCG.^{٧٤}

خلاصة:

- تعمل الكثير من أنظمة الميفيبرستون والميزوبروستول بشكل جيد لإنهاء الحمل في الثلث الأول للحمل.
- تقوم الأغلبية العظمى من السيدات بزيارة العيادة مرتين خلال عمليات الإجهاض الدوائي. ولكن عدد الزيارات التي تقوم بها السيدة لمقدم الرعاية الصحية يتراوح ما بين زيارة واحدة (واحدة للتقييم الطبي والمشورة وتناول الميفيبرستون) إلى أربع زيارات أو أكثر، بناء على الظروف الفردية والنظام المتبع.
- تتوقع السيدات التأثيرات الأولية (أي الألم والنزيف) والأعراض الجانبية ويتحملنها بشكل جيد.
- من الضروري التأكد من اكتمال كل إجهاض دوائي. ولكن قد لا يكون من الضروري زيارة العيادة للتأكد من اكتمال العملية.

مواضيع الفصل

- اختيار الطريقة
- التقصي لمعرفة مدى الملاءمة
- تهيئة السيدة لما ينبغي أن تتوقعه
- منع الحمل بعد الإجهاض

تمثل المعلومات مُكوّنًا هامًا في الإجهاض الدوائي.^{٧٦،٧٥} وتوفر المشورة فرصة لإطلاع السيدة على ما ينبغي أن تتوقعه والتأكد من معرفة السيدة للعلامات المُنذرة التي تتطلب بالضرورة الحصول على مساعدة إضافية. وقد أظهرت الخبرات السريرية أن المشورة في الإجهاض الدوائي قد ترتبط ارتباطاً وثيقاً بفاعلية وقبول الطريقة. وإذا تم إطلاع السيدة بشكل مناسب على ما ينبغي أن تتوقعه بعد تناول العقاقير، ستكون مستعدة لما سيحدث معها بشكل أفضل وسيقل احتمال أن تطلب الإنهاء الجراحي غير الضروري للعملية. بالإضافة إلى ذلك، قد تجد السيدات اللاتي يشعرن بالثقة والراحة فيما يتعلق بهذه الطريقة أنهن أكثر إرضاء.

وإذا كان مقدمو الرعاية والسيدات على دراية قليلة بطرق الإجهاض الدوائي، قد تستغرق المشورة وقتاً أطول من مشورة الإجهاض الجراحي. ومع ازدياد خبرة مقدمي الرعاية، يقل الوقت المطلوب لتقديم المشورة. وللحصول على قائمة تحقق تفصيلية للمشورة راجع ملحق "ب".

أ. اختيار الطريقة

إذا توفرت طرق الإجهاض الدوائي والجراحي، ينبغي تقديم وصف مختصر لهذين الخيارين للسيدة. وفيما يلي نموذج لوصف الإجهاض الدوائي:

الإجهاض الدوائي هو طريقة إجهاض تستخدم الأقراص لإنهاء الحمل. وهناك نوعان مختلفان من الأدوية المستخدمة للإجهاض الدوائي. ولإستخدام هذه الطريقة، تتناول السيدة النوع الأول من الأقراص وهو الميفيبريستون لبدء الإجهاض. وفيما بعد، تأخذ النوع الثاني من الأقراص وهو الميزوبروستول، لاستكمال العلاج، في المنزل أو في العيادة. وبعد أخذ النوع الثاني، قد تعاني السيدة من التقلصات والنزيف والغثيان والقيء والإسهال. وتنتهي معظم هذه الأعراض الجانبية

بشكل عام بعد عدة ساعات، ولكن يمكن أن يستمر نزيف مشابه لطمث غزير لمدة أسبوع أو أكثر. وقد أثبتت الدراسات أن هذا النظام فعال بنسبة ٩٥٪ تقريباً ويلاقي قبولاً لدى معظم السيدات.

ومن المهم توفير معلومات كاملة ودقيقة وغير منحازة لتمكين كل سيدة من اختيار الطريقة الأكثر ملائمة لها. ولا ينبغي إرغام السيدات على اختيار الإجهاض الدوائي أو الجراحي. وينبغي أن يُعلم مقدم الرعاية السيدة بأنه إذا فشل الإجهاض الدوائي، قد تكون هناك حاجة للتدخل الجراحي لاستكمال العملية. وينبغي أخذ قضايا مثل المعتقدات الشخصية وتفضيلات الخصوصية والسياق الاجتماعي في الاعتبار.

ب. التقصي لمعرفة مدى الملاءمة

ينبغي التقصي عن وضع كل سيدة لتقييم أهليتها للإجهاض الدوائي. ومن وجهة النظر الطبية، من المهم تحديد ما إذا كانت الطريقة مناسبة للسيدة، بما في ذلك ألا يتخطى الحمل ٩ أسابيع منذ آخر دورة شهرية وإذا كان لدى السيدة أية موانع معروفة. بالإضافة إلى ذلك، من المفيد أن يناقش مقدم الرعاية الخيارات المتعددة المتاحة أمام كل سيدة بحيث تتمكن من تحديد إذا ما كان الإنهاء الدوائي يتناسب مع احتياجاتها وتوقعاتها. فمثلاً، تحتاج كل مستخدمة أن تكون مرتاحة فيما يتعلق بالوقت المنتظر حتى الاكتمال. وتُلقي القائمة التالية الضوء على المجالات التي ينبغي إدراجها في الفحص القياسي للإجهاض الدوائي.

- التاريخ الطبي (راجع الفصل الثالث، القسم "أ")
- الخصائص والتفضيلات الشخصية
- الظروف الاجتماعية: دعم العائلة/الشريك ومسؤوليات الوظيفة والمنزل
- إمكانية الوصول إلى مرافق الدعم المناسبة
- القدرة على العودة للعيادة للمتابعة عند الضرورة

ج. تهيئة السيدة لما ينبغي أن تتوقعه

تسمح المشورة بمساعدة السيدات على تكوين توقعات واقعية حول الإجهاض. وينبغي مناقشة القضايا التالية للمساعدة في هذه العملية:

- **الميفيبيرستون والميزوبروستول**: ينبغي شرح ما هما وكيف يعملان وكيف يتم تناولهما.

- **تناول الميزوبروستول:** ينبغي شرح كيفية تناول السيدة لأقراص الميزوبروستول. فمثلاً بالنسبة للتناول الشدقي (وتحت اللسان)، تتصح السيدة بوضع قرص الميزوبروستول في تجويف الوجنة للطريق الشدقي (أو تحت اللسان إذا كان التناول يتم بهذه الطريقة) لمدة ٢٠-٣٠ دقيقة ومن ثم ابتلاع بقايا القرص.
- **معدلات النجاح:** ينبغي شرح أن حوالي ٢-٨٪ من السيدات سيحتجن إلى تدخل جراحي. وإذا فشلت العقاقير، ينبغي أن تكون السيدة مستعدة لإكمال الإجهاض جراحياً.
- **فهم الطريقة:** ينبغي تبديد الشائعات أو المفاهيم الخاطئة حول هذه الطريقة، وينبغي مراجعة جميع أسئلة ومخاوف السيدة بدقة.
- **توقعات حول الآثار الأولية والثانوية:** ينبغي مناقشة مقدار الألم والنزيف والأعراض الجانبية الشائعة.
- **نواتج الحمل:** ينبغي إعلام السيدة بأنه من الممكن، ولكن من غير المحتمل، أن ترى نواتج الحمل. وترى بعض العيادات أنه من المفيد أن تعرض على السيدة صور لنواتج الحمل في مراحل مختلفة من الحمل لتمكين السيدة من تكوين فكرة واقعية حول ما قد تراه.
- **المضاعفات المحتملة:** ينبغي إعطاء السيدة وصفاً تفصيلياً بالمضاعفات المحتملة وكيفية التعامل معها (راجع الفصل الرابع، القسم "ج"). بالإضافة إلى ذلك، قد يود مقدمو الرعاية، إذا أمكن من خلال السياق المحلي، توفير رقم هاتف تتصل به السيدة إذا كان لديها أية أسئلة أو مخاوف.
- **رعاية المتابعة:** بالرغم من أن السيدة قد تعتقد أن إجهاضها قد اكتمل (إذا اعتقدت أنها رأت خروج الجنين أو توقف النزيف)، إلا أن أفضل نصيحة هي أن تعود كل سيدة للمتابعة للتأكد من اكتمال الإجهاض. وقد تُطور النظم المستقبلية آليات تتمكن من خلالها السيدة من تقييم حالة الإجهاض بنفسها، بدون الحاجة إلى زيارات إضافية للعيادة لهذا الغرض.^{٦٤} وقد تساعد اختبارات الحمل منخفضة الحساسية والاستبيانات التي تُعَبئ ذاتياً السيدات ومقدمي الرعاية على تقييم إذا ما كان هناك حاجة لرعاية طبية إضافية بعد الإجهاض.
- **التكلفة:** في الأماكن التي تقوم فيها السيدة بتغطية نفقات خدمات الإجهاض، ينبغي مناقشة تكلفة كل طريقة من طرق الإجهاض.

- **الموافقة المستنيرة:** قد يُطلب من السيدة التوقيع على إقرار بالموافقة، بناءً على القواعد والممارسات المحلية. وينبغي أن تشمل الموافقة المستنيرة شرحاً للعملية وإقراراً بوضوح أنه قد تم شرح المخاطر والفوائد والمضاعفات والأعراض الجانبية الممكنة بالتفصيل وبأن السيدة كان لديها الفرصة لطرح أسئلة والحصول على إجابات مُرضية. كما يجب أن يوضح الإقرار أن السيدة حصلت على معلومات مُفصلة حول إجراءات الرعاية في حالات الطوارئ، إذا كان هناك حاجة لذلك. ويمثل الملحق "ج" نموذجاً لإقرار الموافقة المستنيرة.

أفضل وأسوأ سمات الإجهاض الدوائي حسب رأي السيدات المشاركات في الدراسات السريرية^{١٣، ٢٣-٢٩}

أفضل الخواص	أسوأ الخواص
<ul style="list-style-type: none"> • لا توجد جراحة و/أو حقن و/أو تخدير • لا يوجد تعدي على الجسم • طبيعي مثل الطمث أو الإجهاض الطبيعي • ألم وتقلصات أقل • أسهل عاطفياً، أقل إخافة وصدمة • أسهل وأبسط وأسرع 	<ul style="list-style-type: none"> • ألم وتقلصات (وهمية أو حقيقية) • الانتظار، عدم التأكد، الخوف من المجهول • غثيان، قيء، إسهال (وهمي أو حقيقي) • كمية النزيف • الخوف من الفشل، الفشل الحقيقي • يستغرق الكثير من الوقت

د. منع الحمل بعد الإجهاض

ينبغي مناقشة منع الحمل مع كل سيدة. ويجب تذكير السيدات بأن الخصوبة تعود بسرعة بعد الإجهاض خلال الثلث الأول للحمل. لهذا السبب يكون من الضروري أن تفهم السيدات مخاطر حدوث حمل آخر بعد الإجهاض. وينبغي توفير معلومات حول منع الحمل في الزيارة الأولى للعيادة. ويمكن للسيدات اللاتي يقمن بالإجهاض الدوائي استخدام وسائل منع الحمل التي تؤخذ عن طريق الفم أو الحقن أو التي تغرس تحت الجلد في نفس يوم أخذ الميزوبروستول. وينبغي استخدام الواقيات الذكرية، جل ورجوة منع الحمل، غطاء عنق الرحم، الحاجز الرحمي لمنع الحمل مع أول علاقة جنسية. ويفضل أن تنتظر السيدة التي تطلب اللولب الرحمي حتى يكتمل الإجهاض قبل تركيبه. وتعتمد وسيلة منع الحمل المناسبة على الوسائل المتوفرة محلياً وتفضيل كل سيدة.

خلاصة:

- من الضروري توفير معلومات كاملة للسيدة لضمان النجاح والأمان والقبول
- يمكن استخدام معظم وسائل منع الحمل بعد الإجهاض الدوائي مباشرة

٧١. تقديم الميفيرستون في أماكن جديدة

مواضيع الفصل

- تدريب العاملين
- مكونات تقديم الخدمة
- نشر المعلومات
- الروايات الخاطئة المرتبطة بالإجهاض الدوائي
- مواجهة وصمة الإجهاض

تشمل المتطلبات الأساسية لتقديم خدمة الإجهاض الدوائي وجود عاملين مدربين وتوفر الأدوية المطلوبة (الميفيرستون والميزوبروستول). وينبغي أن يتضمن العاملون مستشارين ذوي مهارة ومقدمي خدمة يمكنهم تحديد الأهلية والتأكد من النجاح وإحالة و/أو توفير رعاية الطوارئ للسيدات.

أ. تدريب العاملين

ينبغي أن يتم تدريب العاملين في المرافق التي توفر الإجهاض الدوائي على ما يلي:

- **نُظم الإجهاض الدوائي:** ينبغي أن يكون العاملون على علم بالميفيرستون والميزوبروستول والنظم المستخدمة في العيادة.
- **المشورة:** ينبغي أن يتلقى العاملون تدريباً شاملاً على المشورة فيما يتعلق بالإجهاض الدوائي (راجع الفصل الخامس).
- **تحديد عمر الحمل:** ينبغي أن يتمكن العاملون من تقييم عمر الحمل عن طريق مراجعة التاريخ والأعراض ذات الصلة والفحص السريري (راجع الفصل الثالث، القسم "ب"). وبما أن فاعلية الإجهاض الدوائي لا تنخفض بشكل كبير مع طول عمر الحمل، فقد لا يكون من الضروري تحديد عمر الحمل بدقة. وقد تساعد الاختبارات المعملية للكشف عن مستويات الهرمونات والامواج فوق الصوتية على تحديد عمر الحمل ولكنها ليست من متطلبات تقديم الخدمة.

- **تحديد الحالات غير الطبيعية النادرة في الحمل:** ينبغي أن يكون العاملون على معرفة بالعلامات التحذيرية للحالات غير الطبيعية النادرة في الحمل مثل الحمل خارج الرحم والحمل العنقودي. وبما أن السيدات اللاتي يتقدمن للإجهاض الدوائي يلتمسن الرعاية في بداية الحمل، تكون لدى مقدمي الخدمة فرصة لتشخيص الحالات النادرة مبكراً. ولا يؤثر الميفيبريستون والميزوبروستول على الحمل خارج الرحم والحمل العنقودي.
- **تحديد النجاح:** يمكن تقييم حالة الإجهاض خلال زيارات المتابعة من التاريخ والفحص السريري (راجع الفصل الرابع، القسم "د"). فمثلاً، إذا لاحظ الطبيب زيادة في حجم الرحم وتوافق ذلك مع أسابيع إضافية من نمو الجنين أو إذا كانت السيدة تعاني من مشكلة نزيف مستمر، قد تكون هناك حاجة لتدخل إضافي.
- **توضيح القيم:** قد يكون من المفيد مناقشة القيم مع العاملين، خاصة في الحالات التي يكون فيها بعض العاملين مترددين في تقديم خدمات الإجهاض.

سواء كان مقدمو الرعاية الجدد من الأطباء أو غيرهم من مقدمي الرعاية الصحية، يقوم التدريب المناسب على الإجهاض الدوائي بتحسين مهاراتهم وارتياحهم لتقديم هذه الطريقة. وقد أظهرت الدراسات الحديثة أن نجاح الطريقة والرضا عنها يزدادان بزيادة خبرة ومهارات مقدم الرعاية.

وينبغي أن تشمل الدورة التدريبية الأساسية العناصر التالية:

- الميفيبريستون والميزوبروستول: خصائص الأدوية وآلية العمل
- الأهلية والمضاعفات
- نظم الإجهاض الدوائي
- تشخيص الإجهاض المكتمل والإجهاض غير المكتمل والحمل المستمر
- التعامل مع الأعراض الجانبية والأحداث المضادة
- الامواج فوق الصوتية: مميزاتها وعيوبها في الحالات المختلفة
- المشورة

لقد أظهرت الخبرة أن استخدام دراسة الحالات في التدريب مفيد، خاصة عند مناقشة التعامل مع الأعراض الجانبية وتشخيص حالة الإجهاض. بالإضافة إلى ذلك، فقد ثبت أن لعب الأدوار والأنشطة الجماعية

وسائل تدريب شديدة الفاعلية فيما يتعلق بالأهلية والمشورة. وقد طورت عدة منظمات دولية مناهج تدريب للإجهاض الدوائي (راجع ملحق "ه" - مصادر إضافية).

ب. مكونات تقديم الخدمة

يمكن لمقدمي الرعاية الذين يقدمون حالياً خدمات تنظيم الأسرة أو رعاية ما قبل الولادة أو غيرها من خدمات الصحة الإنجابية أن يضيفوا الإجهاض الدوائي إلى خدماتهم الحالية. ويمكن لمقدمي خدمة الإجهاض الجراحي خاصة تقديم خدمات الإجهاض الدوائي بسهولة بمجرد حصولهم على التدريب المناسب. كما أظهرت الدراسات أن تقديم الإجهاض الدوائي مناسب في الأماكن التي لم تُقدم خدمات الإجهاض من قبل. ويمكن لمقدمي الرعاية توفير هذه الطريقة بأمان وفاعلية باستخدام آليات الإحالة القائمة للتعامل مع الإجهاض الطبيعي بدون إعادة تشكيل جذري للخدمات.^{٧٧،٢٦}

الأدوية

- **الميفيبريستون والميزوبروستول:** يمكن إعطاء كلا العقارين في المنزل أو في العيادة. وبغض النظر عن مكان أخذ العقارين، ينبغي تقديم المشورة للسيدات بعناية حول كيفية تناول كل عقار والمضاعفات المحتملة والآثار المتوقعة والاحداث المضادة وكيفية التعامل معها.

مرافق الرعاية الطارئة/ خدمات الإحالة

- **الإنهاء الجراحي:** بما أن الطريقة ليست فعالة بنسبة ١٠٠٪، ينبغي أن يتمكن مقدمو خدمة الإجهاض الدوائي من أداء أو إحالة السيدة للإنهاء الجراحي، إذا كانت هناك حاجة لذلك.
- **الرعاية الطارئة:** تحتاج السيدات لمعرفة إلى أين يذهبن للحصول على الرعاية في حالات الطوارئ. وتتشابه معظم حالات الرعاية الطارئة مع تلك التي تحتاجها السيدة بعد الإجهاض الطبيعي، ويوجد في العديد من المجتمعات المحلية مرافق رعاية صحية توفر تلك الرعاية بالفعل.

مكونات إضافية لتقديم الخدمة

- **مكان الانتظار:** إذا كان تناول الميزوبروستول يتم في العيادة، يكون من المناسب وجود مكان يُمكن للسيدة الانتظار فيه بعد تناول العقار. وينبغي توافر عدد مناسب من دورات المياه بالقرب من مكان الانتظار. ونادراً ما يكون من الضروري وجود أسرة، ولكن قد تكون المقاعد المريحة مفيدة. وبشكل مثالي، توفر العيادة مكاناً ليبقى فيه الشخص المصاحب للسيدة معها أثناء عملية الإجهاض.

- **الامواج فوق الصوتية:** كما تم التوضيح فيما سبق، يمكن أن تكون الامواج فوق الصوتية مفيدة في تحديد عمر الحمل وتشخيص مضاعفات الحمل والتأكد من اكتمال الإجهاض، إذا توفر مقدمو الخدمة ذوي المهارة في التصوير وتفسير النتائج.
- **أدوية الألم ومضادات العثيان:** يمكن تقديم هذه العقاقير للسيدة مُقَدِّماً لتستخدمها عند الحاجة للمساعدة في تخفيف الأعراض الجانبية (راجع الفصل الرابع، القسم "ج").
- **مضادات الجلوبيولين "د":** بينما تنصح معظم الدلائل الإرشادية باستخدام مضادات الجلوبيولين "د" لدى السيدات اللاتي يكون لديهن العامل الريزي سي سلبياً (Rh-) وتزيد مدة حملهن عن سبعة أسابيع، فلا يزال استخدامها قبل سبعة أسابيع من الحمل قيد النقاش. فمن الممكن في هذه المرحلة المبكرة من الحمل ألا تكون هناك فرصة لتبادل الدم بين السيدة والجنين.^{٧٨} ونحن في حاجة للمزيد من الأبحاث لتحديد بدقة الوقت الذي تكون فيه هذه الإجراءات الوقائية ضرورية. وإذا كانت معايير الرعاية المحلية تشير إلى إعطاء السيدات اللاتي يكون لديهن العامل الريزي سي سلبياً مضادات الجلوبيولين "د" عندما يقمن بإجهاض جراحي أو طبيعى، ينبغي توفير نفس الرعاية للسيدات اللاتي يقمن بالإجهاض الدوائي حتى تتوفر أدلة علمية تشير الى غير ذلك.

ج. نشر المعلومات

- يعتبر نشر المعلومات أمراً ضرورياً في بناء الدعم المحلي والوطني، كما هو الحال مع كل التكنولوجيات الجديدة. وتشير الخبرة العالمية إلى أن استراتيجيات النشر التالية قد عملت بشكل جيد:
- الترويج للطريقة كمكون في الخدمات الشاملة للصحة الإنجابية.
 - زيادة وعي السيدات وفهمهن للإجهاض الدوائي من خلال الإعلام والمنظمات أو الجماعات النسائية.
 - إيصال المعلومات لمقدمي الرعاية عن طريق الدوريات الطبية.
 - التعريف بالإجهاض الدوائي في الاجتماعات التخصصية المحلية والقومية والإقليمية، خاصة في الأماكن التي لا تكون التكنولوجيا معروفة فيها و/أو قليلة الاستخدام.
 - تثقيف العاملين في مجال الصحة على جميع المستويات، بما في ذلك الأطباء ومقدمي الرعاية على المستوى المتوسط وموظفي الاستقبال ومقدمي المشورة والعاملين على مقسم الهاتف.
 - عمل شبكات لمقدمي الخدمة يمكنهم من خلالها تبادل خبراتهم.

د. الروايات الخاطئة المرتبطة بالإجهاض الدوائي

من المهم الاستجابة للروايات الخاطئة الشائعة المتعلقة بهذه الطريقة. وفيما يلي بعض الروايات الخاطئة الشائعة حول الإجهاض الدوائي والأدلة الواقعية.

الرواية الخاطئة رقم ١: الامواج فوق الصوتية ضرورية لكل خدمات الإجهاض الدوائي.

قد يقلق العديد من مقدمي الرعاية من تقديم الإجهاض الدوائي، خاصة في المناطق الريفية حيث لا تتوفر الامواج فوق الصوتية. وبينما تعتبر الامواج فوق الصوتية أداة مفيدة لتحديد عمر الحمل وللتعرف على الحمل خارج الرحم، إلا أنها ليست بلا بديل. ومن المفيد تحديد موقع خدمة يمكن إحالة السيدات إليه للفحص بالامواج فوق الصوتية عند الحاجة.

الرواية الخاطئة رقم ٢: الإجهاض الدوائي خطير لأنه لا يحل مشكلة الحمل خارج الرحم.

يمنع استخدام الإجهاض الدوائي لدى السيدات اللاتي لديهن حمل خارج الرحم لأن الميفيبرستون لا ينهي الحمل خارج الرحم. ويجب تدريب مقدمي خدمة الإجهاض الدوائي على تشخيص الحمل خارج الرحم. ويخلق الاتصال المبكر بين السيدة الحامل التي تريد اللجوء للإجهاض الدوائي ومقدمي الرعاية الصحية فرصة لتشخيص الحالة في وقت مبكر وبشكل أسرع مما لو قررت السيدة استمرار الحمل.

الرواية الخاطئة رقم ٣: الأطباء فقط يمكنهم تقديم الإجهاض الدوائي.

بناء على طبيعة الإجهاض الدوائي- تأخذ السيدة نوعان من الأقراص فحسب - يمكن لمُقدمي الرعاية المدربين من غير الأطباء أن يكونوا مُقدمين فاعلين لخدمة الإجهاض الدوائي. ويؤدي توفير الإجهاض الدوائي من خلال مُقدمي رعاية من غير الأطباء إلى زيادة مجموعة مُقدمي الرعاية وبناء مهارات العاملين مثل الممرضات والقابلات. وتلعب الكوادر المتوسطة دوراً هاماً في توفير الرعاية المتعلقة بالحمل في عدة أماكن، خاصة في الأماكن الريفية أو النائية حيث يندر وجود الأطباء. وتشير الأدلة إلى أن العديد من مقدمي الرعاية الصحية، بما في ذلك القابلات والممرضات المتخصصات في رعاية الحمل، يشتركن بنجاح في توفير خدمات الإجهاض الدوائي أو يمتلكن المهارات المطلوبة لتوفير الإجهاض الدوائي بعد الحصول على تدريب إضافي.^{٧٩}

الرواية الخاطئة رقم ٤: الإجهاض الدوائي لا يناسب السيدات في المناطق الريفية.

إذا كان مرفق الرعاية الصحية الذي يوفر الإجهاض الدوائي لا يمكنه توفير رعاية طارئة، مثل الشفط الجراحي، ينبغي أن يكون المرفق على مسافة قريبة من مركز يمكنه توفير هذا النوع من الرعاية. فمثلاً، يمكن أن تعمل المستشفيات الريفية ومرافق الرعاية الصحية الأساسية كنقاط عُقدية وتوفر خدمات الرعاية

الطارئة لمرافق الرعاية الصحية الأساسية في محيطها الجغرافي. ويستخدم نظام إحالة "النقل المحوري" (hub and spoke) بشكل عام في معظم أنحاء العالم لتوفير أنواع أخرى من الرعاية الصحية.

هـ. مواجهة وصمة الإجهاض

بالرغم من وجود قوانين صارمة للإجهاض في العديد من الدول، خاصة في جنوب الصحراء الإفريقية وأمريكا اللاتينية، إلا أن هناك ظروف محدودة يتم فيها السماح بالإجهاض. وإذا كان القانون يسمح بالإجهاض، يمكن للسيدة الاختيار بين الإجهاض الجراحي أو الدوائي.

وفيما يلي بعض الاقتراحات للترويج لهذه الطريقة في الأماكن التي يكون فيها الإجهاض موصوماً ومقيداً.

- التأكيد على أن الإجهاض الدوائي آمن للسيدات.
- تقديم فكرة أن الإجهاض الدوائي مشابه للإجهاض الطبيعي.
- نجحت بعض الدول في إطلاق خدمات الإجهاض الدوائي عن طريق البدء في استخدام الميزوبروستول لعلاج الإجهاض غير المكتمل والإجهاض المنسي.

خلاصة:

- من السهل تدريب مقدمي الرعاية على توفير الإجهاض الدوائي في أي مكان.
- يمكن تقديم الإجهاض الدوائي بأمان من خلال عدة أنواع من مقدمي الرعاية بمجرد حصولهم على التدريب.
- من الضروري نشر المعلومات بين السيدات ومقدمي الرعاية الصحية على جميع المستويات.
- معظم العوائق المتداولة فيما يتعلق بتطوير خدمات الإجهاض الدوائي هي روايات خاطئة.

VII. الميفيبروستون والميزوبروستول للإجهاض في أواخر الثلث الأول للحمل

إن الإجهاض الدوائي باستخدام الميفيبروستون والميزوبروستول أحد معايير الرعاية الطبية خلال الثلث الأول من الحمل في المملكة المتحدة وقد أوصت به الكلية الملكية لأطباء النسائية والتوليد.^{٨٠} وقد وثقت الأبحاث نسب نجاح بعد ٩ أسابيع منذ آخر دورة شهرية مقارنة بعمر حمل أقل، مع بعض التعديلات في الإجراء. إلا أنه لا توجد دراسات تقدم مقارنة مباشرة بين نتائج الإجراء المبكر والإجراء المتأخر. ولذلك، تقوم المعلومات التالية على مقارنة الملاحظات عبر دراسات متعددة.

أ. التشابه مع الإجهاض الدوائي المبكر:

١. **الطريقة ناجحة في أكثر من ٩٠٪ من الحالات.** تشير الخبرات المنشورة فيما يتعلق باستخدام هذه الطريقة بعد ٩ أسابيع منذ آخر دورة شهرية (٣٠٠٠ حالة تقريباً) إلى فاعلية تراكمية تزيد عن ٩٣٪.^{٨٧،٨٦،٨٥،٨٤،٨٣،٨٢،٨١} وقد أظهرت أكبر سلسلة من الحالات، التي نشرها حمودة وزملاءه وجود انخفاض غير هام في الفاعلية في السلسلة، مع زيادة مدة الحمل: من ٩٧,٣٪ لدى السيدات في الأسبوع العاشر منذ آخر دورة شهرية إلى ٩٢,٠٪ لدى السيدات في الأسبوع الثالث عشر منذ آخر دورة شهرية.^{٨٧}

٢. **وقت خروج الجنين مشابه لوقت خروج الجنين في الإجهاض الدوائي المبكر.** من ٤ إلى ٥ ساعات في المتوسط، مقارنة بـ ٣ إلى ٤ ساعات مع الحث المبكر.^{٨٧،٨٤}

٣. **الأعراض الجانبية المبلغ عنها عادة ما تكون خفيفة وعابرة.** كما هو الحال في الحث المبكر، بعد تناول الميزوبروستول، تعاني السيدة من الغثيان والقيء والإسهال وارتفاع درجة الحرارة والقشعريرة والصداع. ومعظم هذه الأعراض عابرة ويتم التعامل معها عند الضرورة باستخدام الأدوية المضادة للقيء والمضادة للإسهال.

٤. **عندما يعرض على السيدات الاختيار بين الإجهاض الدوائي والجراحي، يزيد رضا السيدات عن الإجراء.**^{٨٨،٨٣}

ب. الاختلاف عن الإجهاض الدوائي المبكر:

١. **يتم الإجراء عادة داخل العيادة.** يمكن للسيدات اللاتي يتقدمن للإجهاض الدوائي المبكر (حتى ٩ أسابيع منذ آخر دورة شهرية) تناول الميزوبروستول ومن ثم يتم الإجهاض، في المنزل. وتشمل جميع الدراسات والاستخدام الروتيني لهذا العلاج بعد ٩ أسابيع منذ آخر دورة شهرية تناول

الميزوبروستول داخل العيادة أو في القسم الداخلي. وتُجرى الأبحاث حالياً لتحديد إذا كان من الممكن تقديم تلك الإجراءات المتأخرة خارج العيادة؛ ولكن حتى تكتمل التحقيقات الإضافية يُنصح فقط بالإجراء داخل العيادة أو في القسم الداخلي.

٢. لكي يتم الإجراء بنجاح تتناول السيدات عادة عدة جرعات من الميزوبروستول. يتطلب الإجراء المثالي للإجهاض المبكر جرعة واحدة من الميزوبروستول، عادة بين ٤٠٠ و ٨٠٠ مكج، يتم تناولها بطريقة واحدة من عدة طرق. وبالنسبة للسيدات اللاتي يجرين الإجهاض الدوائي بعد ٩ أسابيع منذ آخر دورة شهرية، يتم إعطاء جرعات متسلسلة يفصل بينها ٣ إلى ٤ ساعات، حتى يتم طرد الجنين. وتشير الدراسات إلى أن السيدات في المتوسط يتناولن جرعتين أو ٣ جرعات. والنظام الذي توصي به الكلية الملكية لأطباء النسائية والتوليد هو: ٢٠٠ مجم من الميفيبرستون وبعده بحوالي ٣٦ إلى ٤٨ ساعة ٨٠٠ مكج من الميزوبروستول مهلبياً. وبعد الجرعة الأولية من الميزوبروستول، يُنصح بإعطاء ٤ جرعات إضافية - بحد أقصى - قدر كل منها ٤٠٠ مكج، عن طريق الفم أو المهبل (يعتمد على ما إذا كانت المريضة تنزف) كل ٣ ساعات.

٣. قد تكون خطورة حدوث النزيف الذي يتطلب نقل الدم أكبر بين السيدات اللاتي يستخدمن الميفيبرستون والميزوبروستول لحث الإجهاض بعد ٩ أسابيع. ورد في الدراسات المنشورة حدوث ٨ حالات نقل دم من ٣٠٠٠ إجراء تقريباً (٢,٨ لكل ١٠٠٠ إجراء). ويزيد هذا المعدل عما يحدث عند حث الإجهاض قبل ٩ أسابيع منذ آخر دورة شهرية، وهو حوالي ١ لكل ٢٠٠٠ إجراء. ويلاحظ وجود اتجاه مشابه لزيادة مضاعفات النزيف مع الإجراءات الجراحية المتأخرة.^{٨٩}

٤. تحتاج السيدات عادة إلى مسكنات أكثر من حالات الحث المبكر. أشار استعراض لحوالي ٤٠٠٠ حالة إجهاض دوائي من ٥ إلى ٢٢ أسبوعاً منذ آخر دورة شهرية إلى أن الحاجة إلى المسكنات تزيد بشكل كبير عندما يقل عمر الأم ويزيد عمر الحمل وتزيد الفترة الفاصلة بين الحث والإجهاض وتزيد جرعات الميزوبروستول.^{٩٠} وفي نفس الوقت، هناك تباين بين العيادات ومقدمي الرعاية والثقافات. وبغض النظر عن ذلك، تشير الأبحاث إلى أن المزيد من السيدات سيحتجن إلى مسكنات أقوى أثناء الأجراء بعد ٩ أسابيع منذ آخر دورة شهرية مقارنة بالإجراءات المبكرة.

خلاصة:

- الإجهاض الدوائي باستخدام الميفيبريستون والميزوبروستول آمن وفعال في أواخر الثلث الأول للحمل (١٠-١٢ أسبوع منذ آخر دورة شهرية).
- نظم الإجهاض الدوائي باستخدام الميفيبريستون والميزوبروستول في أواخر الثلث الأول للحمل تكون بأخذ ٢٠٠ مجم من الميفيبريستون وبعدها بحوالي ٣٦-٤٨ ساعة يتم تناول الميزوبروستول.
- تستخدم معظم النظم المدروسة جرعات متعددة من الميزوبروستول وتتطلب من السيدات البقاء في العيادة لتناول الميزوبروستول. ولا تزال الأبحاث جارية حول بدائل للعيادات الخارجية.

VIII. عندما لا يتوفر الميفيرستون

مواضيع الفصل

- الميثوتريكسيت والميزوبروستول للإجهاض الدوائي
- الإجهاض باستخدام الميزوبروستول وحده

العيوب	المميزات	النظام
<ul style="list-style-type: none"> • قد يكون الميفيرستون مكلفاً • غير متوافر في جميع أنحاء العالم 	<ul style="list-style-type: none"> • الفعالية < ٩٥٪ • يعمل بسرعة 	<ul style="list-style-type: none"> • الميفيرستون + الميزوبروستول
<ul style="list-style-type: none"> • يعمل ببطء • احتمال التسبب في تشوهات في الجنين إذا استمر الحمل 	<ul style="list-style-type: none"> • الفعالية < ٩٠٪ 	<ul style="list-style-type: none"> • الميثوتريكسيت + الميزوبروستول
<ul style="list-style-type: none"> • المزيد من الأعراض الجانبية • قد يرتبط بتشوهات الجنين إذا استمر الحمل 	<ul style="list-style-type: none"> • الفعالية في منتصف الثمانينات بالمئة • أقل تكلفة • متوافر على نطاق واسع 	<ul style="list-style-type: none"> • الميزوبروستول وحده

أ. الميثوتريكسيت والميزوبروستول

يعادل الميثوتريكسيت حمض الفوليك فيتدخل في تكوين الحمض النووي الرايبوزي منقوص الأكسجين (DNA). وعندما يستخدم كمجھض وحده أو بالاشتراك مع بروتاجلاندين، يمكن للميثوتريكسيت أن ينهي بنجاح الحمل داخل الرحم وخارج الرحم.^{٩١} وعند الحث على الإجهاض، يؤدي استخدام البروتاجلاندين المكمل، مثل الميزوبروستول، إلى حث انقباضات الرحم، مما يتسبب في الإسراع في خروج الجنين.^{٩٢،٩٣}

النظم

يتم استخدام الميثوتريكسيت والميزوبروستول في الإجهاض الدوائي حتى ٦٣ يوم منذ آخر دورة شهرية. والنظام الأكثر شيوعاً هو استخدام ٥٠ مجم من الميثوتريكسيت عن طريق الفم، يليها بعد ٥ إلى ٧ أيام ٨٠٠ مكج من الميزوبروستول عن طريق المهبل. وعادة ما تكرر جرعة الميزوبروستول بعد ٢٤ ساعة إذا لم يحدث إجهاض.

ويتوفر الميثوتريكسيت حالياً على هيئة محلول وأقراص. ويمكن تناول المحلول عن طريق الفم أو يتم حقنه بالعضل. والأكثر شيوعاً هو أن يتم إعطاء الميثوتريكسيت عن طريق العضل كجرعة تتناسب مع مساحة جسم السيدة. وقد استكشف الباحثون إمكانية إعطاء الميزوبروستول بعد ٤ أو ٥ أو ٦ أيام من الميثوتريكسيت ووجدوا أن جميع هذه النظم فعالة.^{٩٥،٩٤}

الأمان

يستخدم الميثوتريكسيت لعدة دواعي بجانب الإجهاض الدوائي. ولا يوجد للعقار أي تأثير على الخصوبة المستقبلية ولا يزيد من مخاطر التشوهات في حالات الحمل المستقبلية.^{٩٨،٩٧،٩٦} وتشير دراسات الحرائك الدوائية إلى أن الجرعة التقليدية وهي ٥٠ مجم عن طريق الفم آمنة، حيث لا يصل مستوى العقار في الدم إلى المستوى السام.^{٩٩}

موانع استخدام الميثوتريكسيت والميزوبروستول

- فقر الدم الشديد.
- الاعتلال الخثري
- الكبد النشط أو أمراض الكلى
- نوبات الصرع غير المسيطر عليها
- التهاب الأمعاء الحاد

وقد تنصح السيدات اللاتي يأخذن الأدوية التي تحتوي على حامض الفوليك، بما في ذلك الفيتامينات، بالتوقف عن استخدام هذه الأدوية لمدة أسبوع بعد تناول الميثوتريكسيت. وينصح بعض الأطباء بعدم تناول الأطعمة التي تحتوي على نسبة عالية من حامض الفوليك مثل الخضروات الورقية الداكنة والبروكولي والفول وخميرة البيرة والحبوب الكاملة وجنين القمح والبرتقال ولحوم الأعضاء الداخلية لمدة أسبوعين بعد تعاطي

الميثوتريكسيت، ولكن لا يوجد دليل على ضرورة هذه الاحتياطات. وبما أن الميثوتريكسيت يفرز في حليب الأم، ينبغي على السيدات اللاتي يرضعن طبيعياً ويمكنهن توفير تغذية بديلة لأطفالهن التخلص من هذا الحليب لمدة ٧٢ ساعة بعد تناول الميثوتريكسيت.

تشوه الأجنة

ينبغي نُصح السيدات حول التأثير المحتمل الذي قد يحدثه الميثوتريكسيت والميزوبروستول فيما يتعلق بتشوه الأجنة وتقديم المشورة لهن حول أهمية الاستكمال الجراحي إذا لم ينه العقار الحمل بنجاح. وتشير التقارير الواردة عن وجود نمط من الحالات الشاذة بين الأطفال المولودين لأمهات عولجن بالميثوتريكسيت أثناء الحمل إلى أن الميثوتريكسيت يتسبب في تشوه الأجنة: ١٠٢،١٠١،١٠٠ وتشمل معظم تقارير تشوه الأجنة المرتبطة بالميثوتريكسيت وجود جرات عالية مستخدمة في العلاج الكيميائي. راجع الفصل الثاني، القسم "ج" للحصول على معلومات حول الميزوبروستول وتشوه الأجنة.

الفاعلية

تتراوح نسبة النجاح الإجمالية لاستخدام الميثوتريكسيت والميزوبروستول في الإجهاض الدوائي الواردة في تقارير التجارب السريرية بين ٨٨٪ و ٩٧٪ (١٠٤،١٠٣) (راجع ملحق "أ" لمعرفة معدلات النجاح المذكورة في التجارب السريرية). وعلى الرغم من أن معدلات النجاح تتشابه مع تلك التي تتحقق باستخدام الميفيستون، إلا أن الإجهاض الدوائي باستخدام الميثوتريكسيت يستغرق وقتاً أطول لكي يكتمل.

وكما هو مذكور في الفصل الثاني، فإن فاعلية الإجهاض الدوائي ترتبط بالنظام المتبع وخبرة مقدم الرعاية؛ وتزيد معدلات النجاح عندما تنتظر السيدات فترة أطول لطرد ناتج الحمل قبل اللجوء إلى التفريغ الجراحي. وهناك أدلة على أن استخدام الميثوتريكسيت والميزوبروستول قد يكون أكثر فاعلية في المراحل المبكرة من الحمل. ولكن البيانات غير حاسمة وتشير الدراسات حول الإجهاض حتى ٦٣ يوماً منذ آخر دورة شهرية إلى معدلات نجاح تزيد عن ٩٠٪ (١٠٤،١٠٣).

القبول

ذكرت حوالي ٨٣٪ إلى ٨٩٪ من المشاركات في دراسات الإجهاض الدوائي باستخدام الميثوتريكسيت أنهن سوف يخترن نفس الطريقة مرة أخرى. ١٠٦،١٠٥ وقد وجدت دراسة للمقارنة بين قبول نظم الميفيستون والميثوتريكسيت أن القبول كان أعلى للميفيستون مع وجود اختلافات كبيرة في الألم ووقت الانتظار بين العقارين. ١٠٧

الأعراض الجانبية والمضاعفات

إن الأعراض الجانبية للإجهاض الدوائي باستخدام نظم الميثوتريكسيت والميزوبروستول تتشابه مع تلك التي تحدث عند استخدام نظم الميفيستون والميزوبروستول. وقد وجدت دراسة للمقارنة بين نظم الإجهاض الدوائي باستخدام الميفيستون والميثوتريكسيت أن الصداع كان أكثر شيوعاً بعد تناول الميفيستون

وأن الإسهال وارتفاع درجة الحرارة والقشعريرة وأعلى نسب الألم المسجلة كانت أكثر شيوعاً بعد تناول الميثوتريكسيت.^{١٠٨} ويتشابه التعامل مع الأعراض الجانبية مع تلك الموصى بها مع الميفيبريستون (راجع الفصل الرابع، القسم "ج" لمعرفة التوصيات). وفيما يلي نناقش الاختلافات في التوصيات المتعلقة بالإجهاض الفاشل أو غير المكتمل والحمل خارج الرحم.

الإجهاض الفاشل أو غير المكتمل

يعرف الحمل المستمر القابل للنمو في معظم المعايير الطبية بوجود نشاط لقلب الجنين عند الفحص المهبل بالأمواج فوق الصوتية بعد أسبوعين من تناول الميثوتريكسيت. وليس من الضروري التدخل في الحمل غير القابل للنمو وسيحدث الطرد بمرور الوقت، بمتوسط ٢٢ إلى ٢٩ يوماً بعد تناول الميثوتريكسيت. وتُرجح التوصيات الحالية في الولايات المتحدة للإجهاض الدوائي باستخدام نظم الميثوتريكسيت الانتظار من ٢٩ إلى ٤٥ يوماً على الأقل قبل عرض التفريغ الجراحي، بالرغم من أن بعض السيدات لا يردن الانتظار كل هذه المدة وقد يطلبن التدخل الجراحي قبل ذلك.^{١٠٩}

ب. الميزوبروستول وحده

يستخدم الميزوبروستول وحده للإجهاض كبديل واعد عندما لا تتوفر النظم التي تستخدم الميفيبريستون والميزوبروستول. وقد قيمت الدراسات فاعلية استخدام الميزوبروستول وحده في الإجهاض في كل من الثلث الأول والثالث الثاني للحمل. وبالنظر إلى توفر الميزوبروستول على نطاق واسع وانخفاض سعره وسهولة استخدامه، بدأت السيدات حول العالم في استخدامه بدون إشراف طبي كوسيلة للحث على الإجهاض.

النظام

قيمت معظم الدراسات فاعلية ٨٠٠ مكج من الميزوبروستول تكرر حتى ٣ مرات. وقد ظهر أن نظام أخذ ٨٠٠ مكج عن طريق المهبل كل ٣-١٢ ساعة أو تحت اللسان كل ٣ ساعات ويكرر حتى ٣ مرات يحقق فاعلية (٨٥٪).^{١١٠}

الأمان

استخدمت ملايين السيدات الميزوبروستول (وحده أو مع الميثوتريكسيت) للإجهاض الآمن للحمل.

انفجار الرحم

قد يزيد الميزوبروستول من مخاطر انفجار الرحم، خاصة في عمر الحمل الأطول ولدى السيدات اللاتي لديهن ثُدي في الرحم. والخطورة المحددة لانفجار الرحم عند الإجهاض في عمر الحمل الأقصر غير معروفة، ولكنها لم تحدث لدى مئات الآلاف من الاستخدامات المسجلة للميفيبريستون والميزوبروستول للإجهاض في بدايات الثلث الأول للحمل. وتوجد أدلة على حدوث انفجار في الرحم لدى السيدات اللاتي يقمن بالإجهاض الدوائي في الثلث الثاني للحمل باستخدام الميزوبروستول (وحده^{١١١،١١٢،١١٣} أو مع الميفيبريستون^{١١٢}).

تشوه الأجنة

على الرغم من أن بعض الدراسات توصلت إلى عدم وجود أدلة واضحة على حدوث تشوهات في الأجنة،^{١١٦،١١٥،١١٤} وجد البعض الآخر صلة بين محاولات الإجهاض غير الآمن باستخدام الميزوبروستول والتشوهات الخلقية.^{١١٧،١١٨،١١٩،١٢٠} ويجب أن يكون الأطباء والسيدات على وعي بأن الفشل في إنهاء الحمل المبكر بعد التعرض للميزوبروستول قد يؤدي إلى جنين غير طبيعي. وينصح بالإنهاء الجراحي إذا استمر الحمل بعد التعرض للميزوبروستول.

الاستخدام السري للميزوبروستول

تم توثيق الاستخدام الذاتي للميزوبروستول للحث على الإجهاض في الأماكن التي يكون فيها الإجهاض متاحاً على نطاق واسع والأماكن التي يتم تقييد الإجهاض فيها إلى درجة كبيرة.^{١٢١،١٢٢} وقد لوحظت هذه الظاهرة في البرازيل منذ التسعينات وحديثاً في دول أخرى بأمريكا اللاتينية. ويبدو أن استخدام الميزوبروستول لحث الإجهاض بهذه الطريقة قد خفض من المراضة والوفيات المرتبطة بالإجهاض.^{١٢٣} وقد أظهر بحث حديث أجري في الولايات المتحدة في ٣ مراكز حضرية كبيرة أن المعرفة باستخدام الميزوبروستول للحث الذاتي على الإجهاض محدودة (حوالي ٤٪).^{١٢٤}

الفاعلية

في الأماكن التي لا يتوفر فيها الميفيستون، قد يكون استخدام الميزوبروستول وحده بديلاً جيداً وأمناً. وقد ظهر في أحدث الدراسات أن الأنظمة الجيدة تحقق معدلات نجاح في منتصف الثمانينات في المئة (راجع ملحق "أ" حول معدلات النجاح المذكورة في التجارب السريرية).

القبول

لا تحقق معظم الدراسات بوضوح في قبول الميزوبروستول وحده، ولكن البيانات المتاحة تشير إلى أن نسب القبول مرتفعة.

الأعراض الجانبية

كما هو الحال مع الأشكال الأخرى للإجهاض الدوائي، فإن معظم الأعراض الجانبية الأولية والثانوية هي انقباض الرحم والألم والنزيف والغثيان. ويتشابه علاج الأعراض الجانبية مع علاج أعراض استخدام الميفيبيرستون في الإجهاض الدوائي (راجع الفصل الرابع، القسم "ج").

أسلوب الاستخدام

ينصح بأخذ الميزوبروستول تحت اللسان أو مهبلياً. وقد وجدت دراسة ضخمة أجرتها منظمة الصحة العالمية أنه عند الاستخدام المهبلي تكون الفترة بين الجرعات ٣ أو ١٢ ساعة. وعند الاستخدام تحت اللسان، أدت الجرعات المستخدمة كل ٣ ساعات إلى المزيد من الأعراض الجانبية ولكن استخدام الجرعة كل ١٢ ساعة كان مرتبطاً بفاعلية أقل: ١١. كما ان الاستخدام الشدقي ممكن لهذا الغرض.

التطبيب عن بعد والميفيبيرستون والميزوبروستول

ان الموقع الإلكتروني "Women on Web" يقدم خدمة التطبيب عن بعد لمساعدة السيدات على الحصول على الميفيبيرستون والميزوبروستول في الدول ذات القوانين المقيدة للإجهاض والتي لا يوجد فيها رعاية آمنة للإجهاض. وعبر الإنترنت، تستشير السيدة التي لا ترغب في استمرار الحمل حتى ٩ أسابيع منذ آخر دورة شهرية أحد الأطباء. وإذا لم تكن هناك موانع، يتم إرسال الميفيبيرستون والميزوبروستول للسيدة.

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

خلاصة:

- عندما لا يتوفر الميفيبيرستون يكون الميثوتريكسيت والميزوبروستول من الخيارات الحيدة للإجهاض
- قد يساعد التطبيب عن بعد في إتاحة الإجهاض الدوائي في الأماكن التي لا يتوفر فيها الميفيبيرستون والميزوبروستول

IX. النظر للمستقبل

لقد أصبح هذا الدليل ممكناً من خلال التقدم الكبير في تكنولوجيا الإجهاض الدوائي خلال العقدين الماضيين. حيث توفر لدينا أخيراً أداة قوية يمكن استخدامها على نطاق واسع للمساعدة في حل مشكلة صعبة ومؤلمة شديدة الشيوع في حياة ملايين السيدات. والغرض من هذا الدليل هو إظهار كيفية توفير هذه التكنولوجيا حتى في الأماكن التي تكون فيها الموارد شحيحة والخدمات الطبية غير متطورة.

ولن يتحقق وعد الإجهاض الدوائي بضمان الوصول إلى الخدمات اللازمة وزيادة راحة واستقلال السيدات وتحسين النتائج الصحية بشكل كامل حتى تتاح التكنولوجيا في جميع الأماكن التي يمكن للسيدة أن تختار فيها إنهاء الحمل غير المرغوب فيه. استخدام المقترحات المقدمة في هذا الدليل يمكن أن يساعد في الارتقاء بهدف جعل الإجهاض الدوائي خياراً حقيقياً للسيدات.

وفي الوقت الذي كان يتم فيه تطوير حبوب منع الحمل، كان من المستحيل تصور قدرتنا على التعامل مع مشكلة الإجهاض بالأدوية وتجنب الجراحة. ولكن بالفعل، لقد توصلنا إلى ذلك. وقد قامت عشرات ملايين السيدات باستخدام هذه الطريقة في عشرات الدول، وهي آمنة بشكل لا يقبل الجدل وفعالة ومقبولة ومناسبة للاندماج ضمن الخدمات المقدمة.

ورغم ذلك، لم نصل إلى النهاية في تطوير التكنولوجيا - وخاصة في إعادة التفكير وإعادة تصميم جوانب الخدمة. فنحن نعلم الآن، مثلاً، أن عدد الزيارات الأقل للعيادة يتوافق تماماً مع أمان وفعالية الطريقة. كما يعتبر الحد الأدنى من الزيارات في تقديم الخدمة مرغوب بدرجة كبيرة بين معظم السيدات ومقدمي الرعاية. ولذلك هناك تحدّ واحد وهو إقناع صناعات السياسات والوكالات التنظيمية والنظم الصحية والأطباء بتوفير الإجهاض الدوائي بأقل عدد ممكن من الزيارات.

والآن، لدينا الكثير من الخبرات الإيجابية مع الخدمات التي تسمح للسيدات بأخذ الميزوبروستول في المنزل وعدم العودة للعيادة لهذا الغرض. وبما أن الميزوبروستول وليس الميفيبيرستون هو الذي يتسبب في معظم الأعراض الجانبية غير المريدة لهذه الطريقة، من المنطقي استكشاف فكرة السماح للسيدات بتناول الميفيبيرستون في المنزل كذلك. ويمكننا في المستقبل التفكير في آليات تسمح للسيدات بشراء الميفيبيرستون من الصيدلية (وهو وضع قائم بالفعل في بعض الأماكن) والاحتفاظ به لاستخدامه عند الحاجة في وقت لاحق.

وبما أن الكثير من السيدات يشعرون بأنهن في حالة جيدة ويتجنبن زيارة العيادة بعد الإجهاض، فنحن في حاجة للمزيد من الأبحاث حول طريقة مساعدة السيدات المؤهلات على تخطي زيارات المتابعة بعد اكتمال الإجهاض الدوائي. ونحن نعلم أن السيدات يجدن تحديد احتياجاتهن لرعاية إضافية فيما يتعلق بالمضاعفات الطبية، ومع المشورة المناسبة، ينبغي أن يكن قدرات على إحالة أنفسهن إلى المرافق الصحية لهذا الغرض. وتوجد وثائق تبين أن السيدات قد لا يعتقدن أن الإجهاض قد نجح عندما لا يكون مكتملاً وأنهن قد يعتقدن أن الحمل لم ينته عندما يكون قد انتهى بالفعل.^{١٢٠} وفي المستقبل، يمكن أن يكون هناك اختبارات حمل رخيصة الثمن ذات حساسية منخفضة لمساعدة السيدات على تحديد احتياجاتهن للرعاية عندما يستمر الحمل بعد الإجهاض الدوائي.

وقد اكتشفت العديد من الخدمات التي توفر الإجهاض الدوائي، سواء في الدول المتقدمة أو الأقل تقدماً لوحدتها، أن هذه الطريقة سهلة التقديم ويمكن لغير الأطباء تقديمها بشكل جيد. ويعد هذا الفهم ضرورياً في زيادة سهولة الوصول إلى هذه الطريقة في البيئات قليلة الموارد. ومن التحديات المستقبلية الأخرى ضمان وصول الرسالة وفهمها من قبل الذين يصممون الخدمات ويطورون معايير الخدمات الصحية.

وفيما يتعلق بالعلم والتكنولوجيا نفسها، فنحن نتطلع إلى جعل عملية الإجهاض الدوائي أكثر راحة للسيدات، مقللين ما يعتبر الآن العواقب الحتمية لاستخدام هذه الطريقة: النزيف والألم. ولتحقيق هذا الهدف، سنحتاج إلى الاشتراك مع العلماء للبدء في استكشاف جزيئات وتركيبات بديلة. ولم لا؟ فقد كان الماضي مفيداً ومنتجاً: فالتكنولوجيا موجودة وتعمل. والأمل في المستقبل كبير جداً، وهناك مكاسب لصحة ونتاجية السيدات في جميع أنحاء العالم. ونحن نتطلع لأن نكون جزءاً من هذا الاحتمال القائم.

X. الملاحق

ملحق أ: فاعلية الميفيرستون والميزوبروستول، والميثوتريكسيت والميزوبروستول والميزوبروستول وحده في الإجهاض الدوائي المبكر

جدول ١ فاعلية الميفيرستون والميزوبروستول في الإجهاض الدوائي المبكر

المرجع	عدد الحالات	عمر الحمل	جرعة الميفيرستون (مليجرام)	جرعة الميزوبروستول الأولى (ميكروجرام)	جرعات إضافية من الميزوبروستول (ميكروجرام)	نسبة النجاح (%)
Raghavan S, <i>et al.</i> ⁵¹	٢٤٠	٦٣ يوم أو أقل	٢٠٠	٤٠٠ تحت اللسان في اليوم الثاني		٩٩
	٢٣٩	٦٣ يوم أو أقل	٢٠٠	٤٠٠ عن طريق الفم في اليوم الثاني		٩٤
von Herten H, <i>et al.</i> ⁵⁵	٥٢٩	٦٣ يوم أو أقل	١٠٠	٨٠٠ بالمهبل في اليوم الثاني		٩٣
	٥٣٤	٦٣ يوم أو أقل	١٠٠	٨٠٠ بالمهبل في اليوم الثالث		٩١
	٥٣١	٦٣ يوم أو أقل	٢٠٠	٨٠٠ بالمهبل في اليوم الثاني		٩٤
	٥٣٢	٦٣ يوم أو أقل	٢٠٠	٨٠٠ بالمهبل في اليوم الثالث		٩٣
Winikoff B, <i>et al.</i> ⁵³	٤٢١	٦٣ يوم أو أقل	٢٠٠	٨٠٠ شديداً في اليوم الثاني	٨٠٠ شديداً في اليوم ٨-١٤ عند الحاجة	٩٦
	٤٢٦	٦٣ يوم أو أقل	٢٠٠	٨٠٠ شديداً في اليوم الثاني	٨٠٠ بالفم في اليوم ٨-١٤ عند الحاجة	٩١
Coyaji K, <i>et al.</i> ⁴⁶	١٤٧	٥٦ يوم أو أقل	٢٠٠	٤٠٠ بالفم في اليوم الثالث		٨٦
	١٥٠	٥٦ يوم أو أقل	٢٠٠	٤٠٠ بالفم في اليوم الثالث	٤٠٠ بالفم بعد ٣ ساعات	٩٢
Guest J, <i>et al.</i> ⁵⁸	٢١٠	٦٣ يوم أو أقل	٢٠٠	٨٠٠ بالمهبل في اليوم الأول (بعد ٦ ساعات من الميفيرستون)	٨٠٠ بالمهبل في اليوم الثالث إلى الثامن عند الحاجة	٨٩
	٢١٥	٦٣ يوم أو أقل	٢٠٠	٨٠٠ بالمهبل في اليوم الثالث	٨٠٠ بالمهبل في اليوم الخامس إلى العاشر عند الحاجة	٩٦
Creinin MD, <i>et al.</i> ⁵⁷	٥٥٤	٦٣ يوم أو أقل	٢٠٠	٨٠٠ بالمهبل في اليوم الأول (١٥٠٠ دقيقة من الميفيرستون)	٨٠٠ بالمهبل في اليوم الثامن عند الحاجة	٩٥
Middleton T, <i>et al.</i> ¹²⁶	٥٤٦	٦٣ يوم أو أقل	٢٠٠	٨٠٠ بالمهبل في اليوم الثاني	٨٠٠ بالمهبل في اليوم الثامن عند الحاجة	٩٧
	٢١٦	٥٦ يوم أو أقل	٢٠٠	٨٠٠ شديداً في اليوم الثاني - الثالث		٩٥
	٢١٣	٥٦ يوم أو أقل	٢٠٠	٨٠٠ بالمهبل في اليوم الثاني- الثالث		٩٣

جدول ١ (تابع)

٩٦	٨٠٠ بالمهبل في اليوم الثامن عند الحاجة	٨٠٠ بالمهبل في اليوم الأول (٦-٨ ساعات بعد الميفيرستون)	٢٠٠	٦٣ يوم أو أقل	٥٢٥	Creinin MD, <i>et al.</i> ⁵⁶
٩٨	٨٠٠ بالمهبل في اليوم الثامن عند الحاجة	٨٠٠ بالمهبل في اليوم الثاني	٢٠٠	٦٣ يوم أو أقل	٥٣١	
٩٤		٨٠٠ بالمهبل في اليوم الثالث	٢٠٠	٦٣ يوم أو أقل	١١٢	Tang OS, <i>et al.</i> ⁵²
٩٨		٨٠٠ تحت اللسان في اليوم الثالث	٢٠٠	٦٣ يوم أو أقل	١١٢	
٩٢	٤٠٠ بالفم مرتين يومياً في اليوم ٤-١٠	٨٠٠ بالفم في اليوم الثالث	٢٠٠	٦٣ يوم أو أقل	٧٤٠	von Herten H, <i>et al.</i> ¹²⁷
٩٥	٤٠٠ بالفم مرتين يومياً في اليوم ٤-١٠	٨٠٠ بالمهبل في اليوم الثالث	٢٠٠	٦٣ يوم أو أقل	٧٤١	
٩٤		٨٠٠ بالمهبل في اليوم الثالث	٢٠٠	٦٣ يوم أو أقل	٧٣٨	
٩١	٨٠٠ بالمهبل في اليوم ٤-٨ عند الحاجة	٤٠٠ بالفم في اليوم الثالث	٢٠٠	٦٣ يوم أو أقل	٢٢٠	Schaff EA, <i>et al.</i> ¹²⁸
٩٥	٨٠٠ بالمهبل في اليوم ٤-٨ عند الحاجة	٨٠٠ بالفم في اليوم الثالث	٢٠٠	٦٣ يوم أو أقل	٢٦٩	
٩٨	٨٠٠ بالمهبل في اليوم ٤-٨ عند الحاجة	٨٠٠ بالمهبل في اليوم الثالث	٢٠٠	٦٣ يوم أو أقل	٥٢٢	
٩٩		٨٠٠ بالمهبل في اليوم الثالث	٢٠٠	٦٣ يوم أو أقل	٤٥٣	Bartley J, <i>et al.</i> ¹²⁹
٩٥	٤٠٠ بالفم بعد ساعتين، ٨٠٠ بالمهبل في اليوم ٣-٨ عند الحاجة	٤٠٠ بالفم في اليوم الثاني	٢٠٠	٦٣ يوم أو أقل	٥٤٨	Schaff <i>et al.</i> ⁴⁷
٩٩	٨٠٠ بالمهبل في اليوم ٣-٨ عند الحاجة	٨٠٠ بالمهبل في اليوم الثاني	٢٠٠	٦٣ يوم أو أقل	٥٩٦	
٩٨		٨٠٠ بالمهبل في اليوم الأول	٢٠٠	٥٦ يوم أو أقل	٧٣٤	Schaff EA, <i>et al.</i> ⁵⁴
٩٨		٨٠٠ بالمهبل في اليوم الثاني	٢٠٠	٥٦ يوم أو أقل	٧٦٦	
٩٦		٨٠٠ بالمهبل في اليوم الثالث	٢٠٠	٥٦ يوم أو أقل	٧٥٥	Schaff EA, <i>et al.</i> ⁶⁰
٩٧		٨٠٠ بالمهبل في اليوم الثالث	٢٠٠	٥٦ يوم أو أقل	٩٣٣	
٩٢		٤٠٠ بالفم في اليوم الثالث	٦٠٠	٤٩ يوم أو أقل	٨٢٧	Spitz I, <i>et al.</i> ⁵
٨٣		٤٠٠ بالفم في اليوم الثالث	٦٠٠	٥٠-٥٦ يوم	٦٧٨	
٧٧		٤٠٠ بالفم في اليوم الثالث	٦٠٠	٥٧-٦٣ يوم	٥١٠	

جدول ١ فاعلية الميفيبريستون والميزوبروستول في الإجهاض الدوائي المبكر (تابع)

٩٥-٨٤		٤٠٠ بالغم في اليوم الثالث	٦٠٠	٥٦ يوم أو أقل	١,٣٧٣	Winikoff B, <i>et al.</i> ¹⁴
٩٣	٢٠٠ بالغم بعد ٣ ساعات عند الحاجة	٤٠٠ بالغم في اليوم الثالث	٦٠٠	٦٣ يوم أو أقل	١,١٠٨	Aubeny E, <i>et al.</i> ¹³⁰
٩٥		٦٠٠ بالغم في اليوم الثالث	٢٠٠	٦٣ يوم أو أقل	٣٨٦	Baird DT, <i>et al.</i> ¹³¹
٨٧		٨٠٠ بالغم في اليوم الثالث	٦٠٠	٦٣ يوم أو أقل	١٣٠	El-Refaey H, <i>et al.</i> ¹³²
٩٥		٨٠٠ بالمهبل في اليوم الثالث	٦٠٠	٦٣ يوم أو أقل	١٣٣	
٩٣		٨٠٠ بالغم في اليوم الثالث	٢٠٠	٥٦ يوم أو أقل	١٥٠	El-Refaey H, <i>et al.</i> ¹³³
٩٥		٦٠٠ بالغم في اليوم الثالث	١٥٠	٤٩ يوم أو أقل	١٤٩	Guo-wei S, <i>et al.</i> ¹³⁴
٩٤		٦٠٠ بالغم في اليوم الثالث	٢٠٠	٦٣ يوم أو أقل	١١٠	McKinley C, <i>et al.</i> ¹³⁵
٩٤		٦٠٠ بالغم في اليوم الثالث	٦٠٠	٦٣ يوم أو أقل	١١٠	
٩٧		٤٠٠ بالغم في اليوم الثالث	٦٠٠	٤٩ يوم أو أقل	٤٨٨	Peyron R, <i>et al.</i> ¹³⁶
٩٩	٢٠٠ بالغم بعد ٤ ساعات عند الحاجة	٤٠٠ بالغم في اليوم الثالث	٦٠٠	٤٩ يوم أو أقل	٣٨٥	

جدول ٢ فاعلية الميثوتريكسيت والميزوبروستول في الإجهاض الدوائي المبكر

المرجع	عدد الحالات	عمر الحمل	جرعة الميثوتريكسيت (مليجرام)	جرعة الميزوبروستول (ميكروجرام)	المسافة بين الجرعات	نسبة النجاح (%)
Wiebe, et al. ¹³⁷	١٥٤	٤٩ يوم أو أقل	٥٠ مجم/م ^٢ بالعضل	٦٠٠ بالمهبل كل ٢٤ ساعة ٢ x	٤-٦ أيام	٩٤
	١٥٥	٤٩ يوم أو أقل	٥٠ مجم/م ^٢ بالعضل	٦٠٠ شديداً كل ٢٤ ساعة ٢ x	٤-٦ أيام	٩٠
Creinin, et al. ¹³⁸	٢٦	٤٩ يوم أو أقل	٥٠ مجم/م ^٢ بالعضل	٨٠٠ مهلبياً	٣-٧ أيام	٩٣
Borgatta, et al. ¹³⁹	١,٩٧٣	٤٩ يوم أو أقل	٥٠ مجم/م ^٢ بالعضل	٨٠٠ بالمهبل كل ٢٤ ساعة ٢ x عند الحاجة	٥-٧ أيام	٨٤
Carbonell, et al. ¹⁴⁰	١٤٨	٥٦ يوم أو أقل	٢٥ مجم بالفم	٨٠٠ بالمهبل كل ٢٤ ساعة عند الحاجة	٧ أيام	٩١
Wiebe, et al. ¹⁴¹	٩٩	٤٩ يوم أو أقل	٥٠ مجم/م ^٢ بالعضل	لا يوجد	٥-٦ أيام	٨٣
	٢٥٦	٤٩ يوم أو أقل	٥٠ مجم/م ^٢ بالعضل	٨٠٠ بالمهبل	٥-٦ أيام	٨٩
Carbonell, et al. ⁹⁴	٣٠٠	٦٣ يوم أو أقل	٥٠ مجم بالفم	٨٠٠ بالمهبل تكرر بعد ٤٨ و ٩٦ ساعة عند الحاجة	٣-٥ أيام	٩١
Carbonell, et al. ¹⁴²	٢٨٧	٦٣ يوم أو أقل	٥٠ مجم/م ^٢ بالعضل	٨٠٠ بالمهبل كل ٤٨ ساعة ٣ x عند الحاجة (أخذ ذاتي)	٣-٥ أيام	٩٣-٩٢
Wiebe, et al. ¹⁴³	٢٨٩	٤٩ يوم أو أقل	٥٠ مجم/م ^٢ بالعضل	٧٥٠ بالمهبل	٤-٥ أيام	٩١
	٢٤١	٤٩ يوم أو أقل	٥٠ مجم/م ^٢ بالعضل	٦٠٠ بالمهبل كل ٨ ساعات ٣ x	٤-٥ أيام	٨٨
	٢٨٩	٤٩ يوم أو أقل	٥٠ مجم/م ^٢ بالعضل	٧٥٠ بالمهبل	٤-٥ أيام	٩١
	٢٢٦	٤٩ يوم أو أقل	٦٠ مجم/م ^٢ بالعضل	٧٥٠ بالمهبل	٤-٥ أيام	٨٥
	١٤٥	٤٩ يوم أو أقل	٥٠ مجم/م ^٢ بالعضل	٥٠٠ بالمهبل	٤-٥ أيام	٩٣
	١٤٤	٤٩ يوم أو أقل	٥٠ مجم/م ^٢ بالعضل	٧٥٠ بالمهبل	٤-٥ أيام	٩٠
	٩٩	٤٩ يوم أو أقل	٧٥ مجم بالعضل	٨٠٠ بالمهبل	٥-٦ أيام	٩٥
Creinin, et al. ¹⁴⁴	٢٠٢	٤٩ يوم أو أقل	٥٠ مجم/م ^٢ بالعضل	٨٠٠ بالمهبل	٥-٦ أيام	٨٩
	٢٩٩	٤٩ يوم أو أقل	٥٠ مجم/م ^٢ بالفم	٨٠٠ بالمهبل	٥-٦ أيام	٩١

جدول ٣ فاعلية الميزوبروستول وحده في الإجهاض الدوائي المبكر

النجاح (%)	جرعات إضافية من الميزوبروستول (ميكروجرام)	جرعة الميزوبروستول الأولى (ميكروجرام)	عمر الحمل	عدد الحالات	المرجع
٨٤	كل ٣ ساعات X ٣	٨٠٠ بالمهبل	٦٣ يوم أو أقل	٥١٢	von Hertzen, <i>et al.</i> ¹¹⁰
٧٨	كل ١٢ ساعة X ٣	٨٠٠ تحت اللسان	٦٣ يوم أو أقل	٥٠٩	
٨٥	كل ٣ ساعات X ٣	٨٠٠ بالمهبل	٦٣ يوم أو أقل	٥١٣	
٨٣	كل ١٢ ساعة X ٣	٨٠٠ بالمهبل	٦٣ يوم أو أقل	٥١٢	
٧٧	٨٠٠ بالمهبل عند الحاجة	٨٠٠ بالمهبل	٥٦ يوم أو أقل	٢,٤٤٤	Aldrich, <i>et al.</i> ¹⁰³
٣٩	كل ٣ ساعات X ٤	٤٠٠ بالفم	٥٦ يوم أو أقل	٣٦	Blanchard, <i>et al.</i> ¹⁴⁵
٥٠	كل ٦ ساعات X ٢	٨٠٠ بالفم	٥٦ يوم أو أقل	٢٤	
٤٣		٦٠٠ بالمهبل	٥٦ يوم أو أقل	٤٠	
٤٦	كل ٣ ساعات X ٣	٨٠٠ بالفم	٥٦ يوم أو أقل	٣٥	
٦٠		٨٠٠ بالمهبل	٥٦ يوم أو أقل	٢٥	
٨٠	٨٠٠ بالمهبل بعد ٢٤ ساعة عند الحاجة	٨٠٠ بالمهبل	٥٦ يوم أو أقل	٥١	
٦٦	كل ٢٤ ساعة X ٢	٨٠٠ بالمهبل	٥٦ يوم أو أقل	٥٠	
٩١	كل ٢٤ ساعة X ٢	٨٠٠ بالمهبل	٥٦ يوم أو أقل	٤٤٠	Borgatta, <i>et al.</i> ¹⁴⁶
٩١	كل ٨ ساعات (تناول ذاتي) X ٣	٨٠٠ بالمهبل	٦٣ يوم أو أقل	٤٥٢	Carbonell, <i>et al.</i> ¹⁴⁷
٨٦	كل ٣ ساعات X ٣	٤٠٠ تحت اللسان	٤٩ يوم أو أقل	٥٠	Cheung, <i>et al.</i> ¹⁴⁸
٨٥	٤٠٠ بالمهبل كل ٣ ساعات حتى ٣ جرعات	٨٠٠ بالمهبل	٥٦ يوم أو أقل	١٥٠	Singh, <i>et al.</i> ¹⁴⁹
٨٨	كل ٢٤ ساعة حتى ٣ جرعات	٨٠٠ بالمهبل	٥٦ يوم أو أقل	١٢٥	Jain, <i>et al.</i> ¹⁵⁰
٨٦	كل ٣ ساعات حتى ٥ جرعات	٦٠٠ تحت اللسان	٨٣ يوم أو أقل	٥٠	Tang, <i>et al.</i> ¹⁵¹
٩٣		جرعات مختلفة تحت اللسان	٨٣ يوم أو أقل	٢٥	Tang, <i>et al.</i> ¹⁵²
٩١	كل ٢٤ ساعة حتى ٣ جرعات	٨٠٠ بالمهبل	٥٦ يوم أو أقل	١٦٠	Zikopoulos, <i>et al.</i> ¹⁵³
٩٣	كل ٢٤ ساعة حتى ٣ جرعات	١٠٠٠ بالمهبل	٤٢-٦٣ يوم	٣٠٠	Carbonell, <i>et al.</i> ¹⁵⁴
٨٤	كل ٢٤ ساعة حتى ٣ جرعات	٨٠٠ بالمهبل	٦٣-٨٤ يوم	١٥٠	Carbonell, <i>et al.</i> ¹⁵⁵
٩٢	٨٠٠ بالمهبل بعد ٧ أيام عند الحاجة	٨٠٠ بالمهبل	٤٢ يوم أو أقل	١٠٣	Bugalho, <i>et al.</i> ¹⁵⁶
٧٥	كل ٤٨ ساعة حتى ٣ جرعات	٨٠٠ بالمهبل	٦٣ يوم أو أقل	٨٠	Ngai, <i>et al.</i> ¹⁵⁷
٨٩	كل ٢٤ ساعة حتى ٣ جرعات	٨٠٠ بالمهبل	٣٥-٦٣ يوم	١٥٠	Velazco, <i>et al.</i> ¹⁵⁸

جدول ٣ (تابع)

٨٥	١٢ ساعة حتى ٣ جرعات	٨٠٠ بالمهيل	٩١-٦٤ يوم	١٨٠	Carbonell, et al. ¹⁵⁹
٨٩	كل ٢٤ ساعة حتى ٣ جرعات	٨٠٠ بالمهيل	٦٣-٣٥ يوم	٧٢٠	Esteve, et al. ¹⁶⁰
٩١	كل ٢٤ ساعة x ٢ + ٨٠٠ بالمهيل بعد ٨ أيام عند الحاجة	٨٠٠ بالمهيل	٥٦ يوم أو أقل	١٥٠	Jain, et al. ¹⁶¹
٨٨	٨٠٠ بالمهيل بعد ٢٤ ساعة عند الحاجة	٨٠٠ بالمهيل	٥٦ يوم أو أقل	١٠٠	Jain, et al. ¹⁶²
٥٨	٨٠٠ بالمهيل في اليوم الرابع عند الحاجة	٨٠٠ بالمهيل	٦٣ يوم أو أقل	٣٦	Ozeren, et al. ¹⁶³
٧٠	٤٠٠ بالمهيل كل ٣ ساعات x ٤	٨٠٠ بالمهيل	٦٣ يوم أو أقل	٢٠	Tang, et al. ¹⁶⁴
٨٧	كل ٢٤ ساعة حتى ٣ جرعات	٨٠٠ بالمهيل	٨٤-٦٤ يوم	١٢٠	Carbonell, et al. ¹⁶⁵
٩٢	كل ٤٨ ساعة حتى ٣ جرعات + ٤٠٠ - ٦٠٠ بالمهيل عند الحاجة	٨٠٠ بالمهيل	٦٣ يوم أو أقل	١٧٥	Carbonell, et al. ¹⁶⁶
٩٤	كل ٤٨ ساعة حتى ٣ جرعات	٨٠٠ بالمهيل	٦٩ يوم أو أقل	١٤١	Carbonell, et al. ¹⁶⁷
٤٦	كل ١٢ ساعة حتى ٤ جرعات	٢٠٠ بالمهيل	٧٧-٣٥ يوم	١٠١	Bugalho, et al. ¹⁶⁸
٦٦	كل ١٢ ساعة حتى ٤ جرعات	٤٠٠ بالمهيل	٧٧-٣٥ يوم	١٣٣	
٤٧	٨٠٠ بالمهيل بعد ٢٤ ساعة عند الحاجة	٨٠٠ بالمهيل	٥٦ يوم أو أقل	٦١	Creinin, et al. ¹⁶⁹

ملحق ب: قائمة التحقق لمشورة الإجهاض الدوائي

١. ناقش الاختلافات بين الإجهاض الدوائي والإجهاض الجراحي

الإجهاض الجراحي

- نسبة نجاح عالية
- نسبة ضئيلة قد تحتاج إلى إعادة التفريغ
- يتم إدخال أدوات داخل الرحم
- يستخدم المهدئات مع التخدير أو بدونه
- المضاعفات نادرة الحدوث. من الممكن حدوث عدوى من الأدوات الجراحية وإصابات في الجهاز التناسلي
- وقت الاكتمال متوقع
- يشمل خطوة واحدة
- مقدم الرعاية لديه سيطرة أكبر

الإجهاض الدوائي

- نسبة نجاح عالية
- يكون التدخل الجراحي مطلوباً في نسبة ضئيلة
- تجنب الإجراءات التي تعتبر تعدياً على الجسم
- تجنب المهدئات والتخدير
- المضاعفات الخطيرة نادرة
- وقت الاكتمال غير مؤكد
- يتضمن خطوات متعددة
- السيدة لديها سيطرة أكبر

٢. اطلب من السيدة أن تختار الطريقة التي ترغب بها.

٣. إذا تم اختيار الإجهاض الدوائي، تأكد من أن السيدة مؤهلة لهذه الطريقة.

٤. التأكد من أن السيدة:

- متأكدة من قرار الإجهاض
- في عمر حمل مناسبة
- قادرة على إتباع نظام العلاج
- مستعدة لحضور موعد للمتابعة، عند الحاجة
- مستعدة لإستكمال التفريغ جراحياً، عند الحاجة
- يمكنها الوصول إلى رعاية الطوارئ

٥. قم بشرح النظام:

- اشرح كيفية ومكان أخذ الميزوبروستول (إذا تم اختيار الاستخدام المنزلي)
- اشرح ما الذي ينبغي توقعه أثناء عملية إخراج الجنين

٦. قم بوصف الأعراض الجانبية الأكثر شيوعاً:

- النزيف المهبلي الذي يشبه أو يزيد عن دورة طمثية غزيرة
- التقلصات
- الغثيان والقيء و/أو الإسهال
- الإعياء
- كل من هذه الأعراض أمر طبيعي ولن يستمر لمدة طويلة
- الاحتفاظ بعدد كافي من الفوط الصحية (أو المقابل المحلي لها)

٧. قم بوصف كيفية التعامل مع الأعراض الجانبية:

- المسكنات

٨. اشرح متى عليها الاتصال بالعيادة:

- ألم شديد لا تخففه المسكنات
- إذا امتلأت اثنتان على الأقل من الفوط الصحية كبيرة الحجم (أو المقابل المحلي) بالدم خلال ساعة على مدى ساعتين متتاليتين
- ارتفاع في درجة الحرارة لمدة ٦ ساعات أو أكثر

٩. قم بتقديم معلومات الاتصال بالعيادة في حالات الطوارئ

١٠. قم بتوفير معلومات عن منع الحمل

١١. التأكد من مغادرة السيدة للعيادة ومعها ما يلي:

- أقراص ميزوبروستول (إذا تم استخدام النظام المنزلي)
- مسكن أو وصفة لمسكن
- قائمة تعليمات وتشمل:
 - تفاصيل حول كيفية ومكان تناول الميزوبروستول (إذا تم استخدام النظام المنزلي)
 - وصف للأعراض الجانبية وكيفية التعامل معها
 - تعليمات حول أسباب الاتصال بالعيادة
 - تاريخ ووقت زيارة المتابعة

ملحق ج: نموذج الموافقة المستنيرة

لقد تم شرح إجراء الإجهاض الدوائي بالكامل لي. وأنا على علم بأنني سأتناول الميفيريستون بالفم في العيادة وأنني سأخذ الميزوروستول بعد ذلك في غضون يوم إلى ثلاثة أيام. كما أنني على علم بأنه سيطلب مني العودة للعيادة لزيارة متابعة بعد زيارتي الأولى بأسبوعين تقريباً. كما يمكنني العودة للعيادة في أي وقت آخر إذا كان لدي أية مخاوف أو أسئلة. وأدرك أنه بإمكانني أن أطلب وأجري إجهاضاً جراحياً في أي وقت.

وأعلم أن العديد من السيدات يعانين من بعض الأعراض الجانبية للإجهاض الدوائي. وقد أشعر ببعض الغثيان والقيء والإسهال. وأدرك أنني قد أعاني من الآم في البطن أو تقلصات ونزيف. وقد يكون النزيف أكثر غزارة مما يصاحب دورة الطمث العادية. وأفهم أن جميع الأعراض الجانبية مؤقتة.

كما أفهم أن نظام الإجهاض الدوائي قد يفشل في إنهاء الحمل. وقد قيل لي أن ذلك يحدث لحوالي ٥ من كل ١٠٠ حالة.

وهناك عدة تقارير عن تشوهات الأجنة لدى السيدات اللاتي استخدمن نظام الميفيريستون والميزوروستول ثم استمر حملهن إلى نهايته. لذلك، إذا فشل العلاج، أدرك بأنه يُنصح بشدة اللجوء إلى الإجهاض الجراحي.

إذا كانت لدي حالة صحية طارئة أو أية مخاوف حول الإجهاض الدوائي، يمكنني أن أتصل بـ: _____ على رقم هاتف: _____.

أنا _____ (الاسم بالكامل)، أود إنهاء حملي باستخدام نظام الإجهاض الدوائي، وقد قرأت وفهمت نموذج الموافقة المستنيرة. وقد تمت الإجابة على جميع أسئلتي، وحصلت على اسم ورقم هاتف من أتصل به في حالات الطوارئ.

توقيع: _____ تاريخ: _____

ملحق د: المشاركون في اجتماع بيلاجيو

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

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

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

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

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

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

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

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

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

* توفيت

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/NEBInducedAbortion-full.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

1. Creinin MD. Medical abortion regimens: Historical context and overview. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2000;183:S3-S9.
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;183:534-543.
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, Mandekar 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, MacIsaac 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 ESpey, 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-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: 983-987.
133. El-Refaey 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, Paraskevaides 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
هاتف: ١.٢١٢.٤٤٨.١٢٣٠
فاكس: ١.٢١٢.٤٤٨.١٢٦٠
الموقع الإلكتروني: www.gynuity.org
البريد الإلكتروني: pubinfo@gynuity.org

Gynuity
HEALTH PROJECTS