

ميزوبروستول  
لعلاج الإجهاض  
غير المكتمل:  
دليل تمهيدي



# ميزوبروستول لعلاج الإجهاض غير المكتمل:

## دليل تمهيدي

### المساهمون:

JENNIFER BLUM, JILLIAN BYNUM, RASHA DABASH, AYISHA DIOP, JILL DUROCHER,  
ILANA DZUBA, MELANIE PEÑA, SHEILA RAGHAVAN, BEVERLY WINIKOFF

### المحررون:

SHEILA RAGHAVAN AND JILLIAN BYNUM

### كلمات شكر:

نشكر مؤسسة ويليام وفلورا هيوليت، ومؤسسة ديفيد ولوسيل باكارد، والوكالة السويدية للتعاون الإنمائي الدولي، ولراعي مجهول الهوية الذي ساهم التمويل الذي قدمه لنا في دعم عملنا حول عقار ميزوبروستول لعلاج الإجهاض غير المكتمل وجعل من إعداد هذا الدليل أمراً ممكناً.



حقوق الطبع فيما يتعلق بالمحتوى بالكامل تعود لهيئة ٢٠٠٩ Gynuity Health Projects. لا يجوز نسخ هذه المادة بدون الإذن الكتابي من المؤلفين. وللحصول على الإذن لنسخ هذه الوثيقة، يرجى الاتصال بـ Gynuity Health Projects على العنوان [pubinfo@gynuity.org](mailto: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](http://www.gynuity.org)

البريد الإلكتروني: [pubinfo@gynuity.org](mailto:pubinfo@gynuity.org)

## جدول المحتويات

- I. المقدمة ..... ١
- II. نظرة عامة على ميزوبروستول لعلاج الإجهاض غير المكتمل ..... ٣
  - ما هو ميزوبروستول وكيف يعمل؟
  - التركيب
  - النجاح في علاج الإجهاض غير المكتمل
  - الأمان
  - القبول
  - المقارنة مع طرق العلاج الأخرى
  - ميزوبروستول يمثل علاجاً جديداً هاماً للإجهاض غير المكتمل
- III. علاج الإجهاض غير المكتمل باستخدام ميزوبروستول ..... ٨
  - من يستطيع تلقي ميزوبروستول لعلاج الإجهاض غير المكتمل؟
  - من يستطيع تقديم ميزوبروستول لعلاج الإجهاض غير المكتمل؟
  - الجرعة والتوقيت
  - طريقة الاستخدام
  - أمان ميزوبروستول لعلاج الإجهاض غير المكتمل
- IV. تصميم الخدمة، جدول الزيارات وعلاج المضاعفات ..... ١٤
  - الموجات فوق الصوتية (السونار)
  - خبرة مقدم الرعاية
  - جدول زيارات العيادة
  - التعامل مع الآثار الجانبية والمضاعفات
  - المتابعة
- V. المشورة، توفير المعلومات وتقديم الخدمة ..... ٢٠
  - اختيار طريقة العلاج
  - تحديد الأهلية للعلاج
  - تجهيز النساء لما يمكن أن يتوقعنه
  - خدمات تنظيم الأسرة وموانع الحمل
  - خدمات الصحة الإنجابية والصحية الأخرى
  - تدريب مقدمي الرعاية والأفراد
  - الشراكات بين المجتمع ومقدمي الرعاية
  - المنشآت والإمدادات المرغوبة (لكن غير المطلوبة)

٢٩	.....دمج ميزووبروستول في خدمات رعاية ما بعد الإجهاض القائمة	.VI
٣٠	.....الإجهاض المنسي	.VII
٣٢	.....النظر للأمام	.VIII
٣٤	.....ملحق	.IX
	• أسئلة شائعة	
٣٨	.....مراجع	.X

## ١. المقدمة

جاء طرح هذا الدليل بعد تضمين عقار ميزوبروستول لعلاج الإجهاض غير المكتمل والإجهاض العفوي في القائمة النموذجية للعقاقير الأساسية التابعة لمنظمة الصحة العالمية في أبريل/نيسان ٢٠٠٩<sup>١</sup>. فقد قررت لجنة الخبراء المعنية باختيار واستخدام العقاقير الأساسية أن ميزوبروستول له نفس فعالية الجراحة وربما كان أكثر أماناً وأرخص ثمناً في بعض الحالات. وهذا الوضع الجديد يمثل نقطة تحول في دور ميزوبروستول من تكنولوجيا واعدة إلى دواء أساسي مُثبت معترف به دولياً لعلاج الإجهاض غير المكتمل.

وتتعرض واحدة تقريباً من كل خمس حالات حمل معروفة للإجهاض العفوي بصورة تلقائية في فترة الثلاثة أشهر الأولى<sup>٢</sup> وهناك نسبة إضافية قدرها ٢٢٪ تنتهي بعمليات إجهاض مفتعل<sup>٣</sup>. ويمكن للإجهاض غير المكتمل أن ينتج إما من فقدان التلقائي أو المفتعل للحمل ويحدث حين لا تُطرد مكونات الحمل بالكامل من الرحم.

ويرتبط الإجهاض غير المكتمل على نحو وثيق بالإجهاض غير الآمن في أماكن كثيرة من العالم. وحيثما تكون هناك قيود على خدمات الإجهاض، فقد تلجأ النساء إلى إنهاء الحمل بواسطة مقدمي خدمات غير مهرة، أو يسمح بإجراء العمليات في بيئات تفتقر للحد الأدنى من المعايير الطبية، أو كلاهما<sup>٤</sup>؛ وقد تلجأ بعض النساء إلى إجهاض أنفسهن بأنفسهن. ومثل هذه الظروف تزيد من احتمال تعرض النساء لمضاعفات الإجهاض وبالتالي السعي للحصول على العلاج للإجهاض غير المكتمل<sup>٥</sup>. ويمثل العلاج الآمن والفعال للإجهاض غير المكتمل طريقة هامة لتقليل حالات المراضة والوفاة المرتبطة بالإجهاض، ولا سيما في البيئات التي تكون فيها قيود على الإجهاض القانوني.

ويمكن علاج الإجهاض غير المكتمل إما بالإدارة التوقعية، التي تسمح بالإخلاء التلقائي للرحم دون تدخل مقدم الرعاية، أو الإدارة النشطة باستخدام الطرق الجراحية أو الطبية. ولا يفضل الكثير من مقدمي الخدمة الإدارة التوقعية بسبب نجاعتها المحدودة نسبياً وحقيقة أن الفترة الزمنية للطرد التلقائي لا يمكن التنبؤ بها<sup>٦</sup>. ويتباين معيار الرعاية في الإدارة النشطة تبعاً للمكان، ولكنه تقليدياً كان في صورة جراحة بتخدير عام أو موضعي. والطرق الجراحية عالية الفعالية لعلاج الإجهاض غير المكتمل. بيد أن هذه الطرق تتطلب مقدمي رعاية مدربين ومعدات خاصة وبيئة معقمة وغالباً تخدير، وهي عوامل تكون جميعها محدودة في بعض الأماكن<sup>٦</sup>.

وتستلزم الطرق الطبية لعلاج الإجهاض غير المكتمل موارد قليلة ويمكن إدارتها بواسطة مقدمي رعاية من المستوى المنخفض والمتوسط.<sup>٧</sup> ويمكن لمثل هذه التقنيات أن تزيد من وصول الخدمات للنساء البعيدات عن مرافق الرعاية الجراحية. ويمثل عقار ميزوبروستول أكثر أشكال الإدارة الطبية شيوعاً ودراسة ويوفر علاجاً بديلاً شديداً الفاعلية للنساء اللاتي يرغبن في تجنب الجراحة والتخدير.<sup>٨</sup> وفي البيئات التي بها موارد قليلة ووصول محدود للطرق الجراحية، مثل مراكز الرعاية الصحية الأولية والثانوية، يسمح ميزوبروستول بعلاج الغالبية العظمى من الحالات دون الحاجة للتحويل إلى منشآت ذات مستوى أعلى.<sup>٩</sup> وعلاوة على هذا، فإن ميزوبروستول متاح بصورة واسعة، وهو سهل الاستخدام ومستقر في درجة حرارة الغرفة وسهل الوصول له ورخيص الثمن في معظم البلاد. ويوفر ميزوبروستول للنساء ومقدمي الرعاية خياراً آمناً وفعالاً وغير جراحي لعلاج الإجهاض غير المكتمل، وهو مفيد على نحو خاص في الحالات التي تكون فيها الإمدادات محدودة للغاية وحيث يكون مقدمو الرعاية المهرة قليلين. أما في الحالات التي أدخلت فيها الخدمات الخاصة لرعاية ما بعد الإجهاض للتعامل مع حالات المراضة والوفاة المصاحبة للإجهاض غير الآمن، فإنه يمكن دمج ميزوبروستول بسهولة بداخل الخدمات القائمة.

## معلومات حول هذا الدليل

تم إعداد هذا الدليل لمقدمي الرعاية وصنّاع السياسات المهتمين بمعرفة معلومات حول عقار ميزوبروستول لعلاج الإجهاض غير المكتمل، سواء كنتيجة لفقدان الحمل العفوي أو المفتعل. وهدف هذا الدليل هو تجميع الأدبيات المتاحة لتوفير معايير سريرية آمنة وفعالة ومناسبة لاستخدام ميزوبروستول في علاج الإجهاض غير المكتمل. ويركز الفصل الثاني على نجاعة ميزوبروستول وأمانه ومقبوليته لعلاج الإجهاض غير المكتمل، في حين تحدد الفصول من الثالث إلى الخامس الأطراف التي يمكن عرض هذه الطريقة عليها والنظم العلاجية المحبذة وجدول الزيارات السريرية وإدارة الأعراض الجانبية والمشورة وتقديم الخدمة. أما الفصل السادس فيتطرق إلى الكيفية التي يمكن بها دمج ميزوبروستول في خدمات ما بعد الإجهاض القائمة، بينما يقدم الفصل السابع معلومات مقتضبة حول الإجهاض المنسي.



## II. نظرة عامة على ميزوبروستول لعلاج الإجهاض غير المكتمل

أ. ما هو ميزوبروستول وكيف يعمل؟

عقار ميزوبروستول (الذي له مجموعة متنوعة من الأسماء التجارية، أكثرها شيوعاً هو سيتوتيك® (Cytotec) مسجل في أكثر من ٨٠ بلداً، وفي الأغلب للوقاية من القرحة المعدية جراء الاستخدام طويل الأجل للأدوية غير الستيرويدية المضادة للالتهابات (NSAIDs). وميزوبروستول هو دواء مضاه لبروستاجلاندين E1، الذي، مثله في ذلك مثل البروستاجلاندين الطبيعي، يؤثر على أكثر من نوع من الأنسجة، بما في ذلك بطانة المعدة والعضلات الملساء في الرحم وعنق الرحم.١٠،١١ وعلى مدار العقدين المنصرمين، كثرت الأبحاث حول استخدام ميزوبروستول في الصحة الإنجابية وذلك جراء خواصه الفعالة جداً المقوية لتوتر الرحم ونضج عنق الرحم.١٠،١١ وفي الوقت الراهن، يمثل ميزوبروستول علاجاً مقبولاً وشائع الاستخدام لنضج عنق الرحم وافتعال الإجهاض في فترة الثلاثة شهور الأولى والثانية، والوقاية من نزيف بعد الوضع وعلاجه، وعلاج الإجهاض غير المكتمل. وفي نفس الوقت، فقد تم تسجيل بضعة منتجات من ميزوبروستول لاستخدامات الصحة الإنجابية.

ب. التركيب

إن أكثر الطرق شيوعاً لتصنيع ميزوبروستول هو قرص ٢٠٠ مكغ للتناول عن طريق الفم، كما وتوجد أقراص ١٠٠ مكغ أيضاً في بعض البلاد. ١٠ كما أن التركيبات المهبلية متوفرة أيضاً في بعض الأماكن، ولا سيما في صورة تحاميل مهبلية ٢٥ مكغ، وأيضاً في صورة جرعات أكبر. وميزوبروستول لديه عدة مزايا هامة مقارنة بالمواد الأخرى فيما يتعلق بخاصيته كمؤثر للرحم. وعلى سبيل المثال، فهو مستقر في درجة حرارة البيئة المحيطة<sup>١١</sup> في حين أن المنتجات الأخرى تتطلب التبريد أو التجميد. وهناك بعض المنتجات الأخرى التي لا يتم تناولها إلا عن طريق الحقن.<sup>٩</sup> كما أن ميزوبروستول أقل تكلفة وأكثر توفراً من طرق العلاج الأخرى.<sup>١١</sup> ومع ظهور منتجات ميزوبروستول بأسماء تجارية جديدة كل عام، فإنه يمكن أن نتوقع انخفاض سعره فيما يتزايد توافره.

ج. النجاعة في علاج الإجهاض غير المكتمل

إن ميزوبروستول فعال في إفراغ الرحم بسبب قدرته على إحداث التقلصات وتلين عنق الرحم. ويمثل ميزوبروستول طريقة موثقة جيداً لعلاج الإجهاض غير المكتمل في النساء اللاتي يأتين بحجم رحم أقل أو مساوي لعمر حمل ١٢ أسبوعاً منذ آخر دورة شهرية.<sup>١٢</sup> والاستخدام الناجح لميزوبروستول يعني ضمناً الإفراغ الكامل للرحم بدون اللجوء للتدخل الجراحي. ونادراً ما تكون هناك حاجة للتدخل

الجراحي لاستكمال افراغ محتويات الحمل المتبقية، أو في حالات النزيف الثقيل، أو بناء على طلب المرأة. لكن معدلات النجاعة الموجودة في الأدبيات غير متوافقة جراء الاختلافات في النظم العلاجية ووقت تحديد النجاح، ومعايير التضمين والإقصاء. إلا أن الدراسات الأخيرة قد حاولت إضفاء الطابع القياسي على هذه المتغيرات وقد حققت نجاعة عالية. وبصورة عامة، في الدراسات التي سجلت كل منها أكثر من ١٠٠ امرأة ممن استخدمن ميزوبروستول في شكل واحد على الأقل من أشكال العلاج (٦٠٠ مكغ عن طريق الفم أو ٤٠٠ مكغ تحت اللسان) مع سبعة أيام على الأقل قبل المتابعة، فإن متوسط النجاعة بلغ ٩٥٪ (انظر الجدول ١)، مع معدلات نجاح مرتفعة بلغت ٩٩٪.

### جدول ١: ميزوبروستول والتفريغ بالشفط اليدوي (MVA) لعلاج الإجهاض غير المكتمل

النجاح	الوقت حتى النجاح	العلاج	العدد	المؤلف	العام
٩٤,٦٪ ٩٤,٥٪	الأيام ٧ الى ١٤	٦٠٠ مكغ ميزوبروستول عن طريق الفم ٤٠٠ مكغ ميزوبروستول تحت اللسان	١٥٠ ١٥٠	Diop A, et al. <sup>14</sup>	٢٠٠٩
٩١٪ ١٠٠٪	الأيام ٧ الى ١٤	٦٠٠ مكغ ميزوبروستول عن طريق الفم التفريغ بالشفط اليدوي	١٢٣	Bique C, et al. <sup>15</sup>	٢٠٠٧
٩٤,٥٪ ٩٩,١٪	الأيام ٧ الى ١٤	٦٠٠ مكغ ميزوبروستول عن طريق الفم التفريغ بالشفط اليدوي	٢٢٧	Dao B, et al. <sup>16</sup>	٢٠٠٧
٩٩٪ ١٠٠٪	الأيام ٧ الى ١٤	٦٠٠ مكغ ميزوبروستول عن طريق الفم التفريغ بالشفط اليدوي	١٥٠	Shwekerela B, et al. <sup>13</sup>	٢٠٠٧
٩٥,٣٪ ٩٣,٨٪	اليوم ٧	٦٠٠ كجرعة فردية أو مزدوجة عن طريق الفم*	١٥٠ ١٥٠	Ngoc NTN, et al. <sup>17</sup>	٢٠٠٥
٩٦,٣٪ ٩١,٥٪	الأيام ٧ الى ١٤	٦٠٠ مكغ ميزوبروستول عن طريق الفم التفريغ بالشفط اليدوي	١٦٠	Weeks A, et al. <sup>18</sup>	٢٠٠٥

\* ١٥٠ امرأة تناولن جرعة ميزوبروستول إضافية قدرها ٦٠٠ مكغ عن طريق الفم بعد ٤ ساعات (Ngoc NTN, et al).

## د. الأمان

لقد تم استخدام ميزوبروستول من قبل ملايين الرجال والنساء على مستوى العالم منذ اعتماده عام ١٩٨٨ للوقاية من القرحة المعدية التي تصاحب الاستخدام المزمن للأدوية غير الستيرويدية المضادة للالتهابات. والشيء الهام هو أن ميزوبروستول قد استخدم على نحو آمن لعلاج الإجهاض غير المكتمل في العديد من البلدان. ولم يتم الربط بين ميزوبروستول وبين أية آثار طويلة الأجل على صحة المرأة، إن الآثار الجانبية طويلة الأجل أو الخطيرة غير موجودة تقريباً.

## هـ. القبول

تجد النساء ومقدمو الرعاية أن استخدام ميزوبروستول لعلاج الإجهاض غير المكتمل أمراً مقبولاً للغاية. وتورد الكثير من النساء أنهن سيخترن ميزوبروستول مرة أخرى إذا كن بحاجة للعلاج من الإجهاض غير المكتمل في المستقبل. وقد أظهرت البحوث في الحالات ذات الموارد المنخفضة في عدة بلدان أن ما يزيد عن ٩٠٪ من النساء كن "راضيات جداً" أو "راضيات" عن العلاج بميزوبروستول.<sup>١٣،١٦،١٧،١٨</sup>

## و. المقارنة مع طرق العلاج الأخرى

يمكن علاج الإجهاض غير المكتمل عن طريق الإدارة التوقعية أو الجراحية أو الطبية. وتنطوي الإدارة التوقعية على السماح للرحم بإفراغ منتجات الحمل بصورة تلقائية بدون تدخل من جانب مقدم الرعاية. وبصورة عامة، تؤدي الإدارة التوقعية إلى معدلات نجاح أقل بالمقارنة بالإدارة النشطة (سواء الجراحية أو الطبية).<sup>١٩</sup> وتتضمن إجراءات الإفراغ الجراحي التوسيع والكشط، أو التفريغ بالشفط الكهربائي أو التفريغ بالشفط اليدوي. وهذه الطرق تحقق معدلات نجاح مرتفعة (٩١،٥-١٠٠٪) لكنها تنطوي على مخاطرة طفيفة لاحتمال حدوث مضاعفات خطيرة مثل حدوث العدوى، وتمزق عنق الرحم وثقب الرحم. والأهم من ذلك، ففي الكثير من الحالات قد لا تكون الإدارة الجراحية ممكنة. ويوفر ميزوبروستول خيار علاج فعالاً وآمناً ومقبولاً للنساء اللاتي ليس لهن القدرة على الحصول على العلاج الجراحي أو اللاتي يرغبن في تجنب الجراحة. ومعدلات العدوى النسائية بعد الإدارة التوقعية أو الجراحية أو الطبية للإجهاض غير المكتمل منخفضة (٢-٣٪) ولا تختلف باختلاف طريقة العلاج.<sup>٢٠</sup> وعلاوة على ذلك، فقد أظهرت التجربة أن النساء يجدن ميزوبروستول مقبولاً بنفس درجة التفريغ بالشفط اليدوي؛ وفي واقع الأمر، فقد أظهرت بعض الدراسات أن المزيد من النساء قد أوردن أنهن "راضيات جداً" عن العلاج بميزوبروستول مقارنة بالعلاج بالتفريغ بالشفط اليدوي.<sup>١٣،١٦،١٨</sup> انظر الجدول ٢ للإطلاع على مقارنة بين طرق إدارة علاج الإجهاض غير المكتمل.

## جدول ٢: المقارنة بين الإدارة التوقعية والطبية والجراحية للإجهاض غير المكتمل

ما هي المخاطر؟	ما هي الاحتياجات اللازمة لتقديم العلاج؟	من يستطيع تقديم العلاج؟	
الإخفاق؛ الحاجة للإكمال الطبي أو الجراحي	القدرة على تشخيص المشكلة	مقدمو الرعاية متوسطو المستوى والمهرة	التوقعية
الإخفاق؛ الحاجة للإكمال الطبي أو الجراحي؛ الأعراض الجانبية	المذكور أعلاه بالإضافة إلى إمدادات الأدوية	مقدمو الرعاية متوسطو المستوى والمهرة	الطبية
تمزق عنق الرحم؛ ثقب الرحم؛ الإخفاق النادر	كل المذكور أعلاه بالإضافة إلى معدات معقمة وإمدادات جراحية وغرفة خاصة	مقدمو الرعاية المهرة	الجراحية

### ز. ميزوبروستول يمثل علاجاً جديداً هاماً للإجهاض غير المكتمل

في البلاد التي توجد فيها قيود على الإجهاض القانوني، يوفر نموذج رعاية ما بعد الإجهاض إطاراً لرعاية النساء اللاتي يتعرضن لمضاعفات من الإجهاض غير الآمن. (انظر الإطار التالي). ويعتبر علاج الإجهاض غير المكتمل عنصراً أساسياً في خدمات رعاية ما بعد الإجهاض، ويمكن لميزوبروستول أن يخدم كخيار علاج فعال. كما يمكن دمج العلاج بميزوبروستول بسهولة في خدمات رعاية ما بعد الإجهاض القائمة مع توفير التدريب الأساسي لمقدم الرعاية. والشيء الهام هو أن ميزوبروستول يمثل خيار علاج آمناً وفعالاً لرعاية ما بعد الإجهاض في الأماكن التي لا توجد بها أية خيارات علاج أخرى أو حيث يوجد عدد قليل من مقدمي الرعاية المهرة.

## العناصر الأساسية في رعاية ما بعد الإجهاض حيث توجد قيود على خدمات الإجهاض<sup>٢١</sup>

١. الشراكات بين المجتمع ومقدمي الخدمة
  - منع حالات الحمل غير المرغوب به والإجهاض غير الآمن
  - تعبئة الموارد لمساعدة النساء في تلقي الرعاية المناسبة في حينها فيما يتعلق بمضاعفات الإجهاض
  - ضمان أن تعكس الخدمات الصحية توقعات واحتياجات المجتمع وتلبيها
٢. المشورة
  - تحديد الاحتياجات العاطفية والصحية البدنية والامور المقلقة الأخرى لدى النساء والاستجابة لها
٣. العلاج
  - علاج الإجهاض غير المكتمل والإجهاض غير الآمن والمضاعفات التي ربما تكون مهددة للحياة
٤. خدمات تنظيم الأسرة ومنع الحمل
  - مساعدة النساء في منع الحمل غير المرغوب أو ممارسة المباشرة بين الولادات
٥. الخدمات الإنجابية والصحية الأخرى
  - يفضل أن تقدم في الموقع أو عن طريق التحويل لمرافق أخرى يسهل الوصول لها في شبكات مقدمي الرعاية

### III. علاج الإجهاض غير المكتمل باستخدام ميزوبروستول

أ. من يستطيع تلقي ميزوبروستول لعلاج الإجهاض غير المكتمل؟

#### معايير الأهلية

يمكن استخدام ميزوبروستول للإجهاض المبكر أو غير المكتمل وغير المصحوب بمضاعفات.

يجب توفر الشروط التالية في النساء المؤهلات لاستخدام الميزوبروستول:

- ◀ فتحة عنق رحم مفتوحة
- ◀ نزيف مهبلي أو وجود تاريخ من النزيف المهبلي أثناء هذا الحمل
- ◀ حجم رحم أقل أو معادل لـ ١٢ أسبوعاً من آخر دورة شهرية.

#### تقدير حجم الرحم

ينبغي على مقدمي الرعاية أن يُقيِّموا حجم الرحم قبل إعطاء ميزوبروستول. فالمرأة التي لها رحم يبلغ حجمه ١٢ أسبوعاً من آخر دورة شهرية أو أصغر مؤهلة للعلاج باستخدام ميزوبروستول. يمكن تقدير حجم الرحم بإجراء فحص بدني. والتحديد الدقيق لعمر الحمل المبدئي غير ضروري طالما أن حجم الرحم عند قدوم المرأة من أجل العلاج يعادل فترة حمل قدرها ١٢ أسبوعاً منذ آخر دورة شهرية أو أقل

النساء غير المؤهلات لاستخدام الميزوبروستول لديهن ما يلي:

- ◀ حساسية معروفة للميزوبروستول أو أي بروتاغلاندين آخر
- ◀ الشك بحدوث حمل خارج الرحم
- ◀ علامات على عدوى حوضية و/أو إنتان
- ◀ عدم استقرار ديناميكي دموي أو صدمة

## الاحتياطات لاستخدام ميزوبروستول لعلاج الإجهاض غير المكتمل:

- ◀ لولب رحمي في مكانه: النساء اللاتي لديهن لولب رحمي ينبغي أن يرتبن لإزالة هذا اللولب قبل تناول ميزوبروستول.
- ◀ معلومات للنساء اللاتي يقمن بالرضاعة الطبيعية: يمتص ميزوبروستول بسرعة في الجسم،<sup>٢٢،٢٣</sup> إلا أنه قد تظهر كميات صغيرة من الميزوبروستول أو مُسْتَقْلَبَاتِه في حليب الصدر. لكن لم يتم الإبلاغ عن أية آثار ضارة في الأطفال الرضع، ولا توجد أية نتائج معروفة لمثل هذا التعرض.<sup>٢٤</sup> إذا كانت توجد أية عوامل قلق، يمكن نُصح النساء بالتخلي عن حليب الصدر المنتج في الساعات القليلة الأولى بعد استعمال ميزوبروستول.
- ◀ حجم الرحم الأكبر من ١٢ أسبوعاً من آخر دورة شهرية: قد يستخدم ميزوبروستول بحذر في النساء اللاتي لديهن رحم أكبر من ١٢ أسبوعاً من آخر دورة شهرية (وعلى سبيل المثال، تضخم الرحم جراء الأورام الليفية).

### خرافة: ميزوبروستول ليس علاجاً ملائماً للنساء في المناطق الريفية

قد يكون ميزوبروستول أكثر خيارات العلاج ملائمة للنساء الريفيات لأن الرعاية يمكن تقديمها من قبل مقدمي رعاية متوسطي المستوى في غياب المعدات الجراحية والأشعة فوق الصوتية. إذا كانت منشأة العلاج غير قادرة على توفير التدخل الجراحي في حالة إخفاق الطريقة، يمكن لعيادة الإحالة أن توفر هذه الرعاية.

### ب. من يستطيع تقديم ميزوبروستول لعلاج الإجهاض غير المكتمل؟

يمكن توفير ميزوبروستول من قبل مقدمي الرعاية متوسطي المستوى والمهرة الذين يمارسون المهنة في منشآت الرعاية الصحية الأولية والثانوية والثالثية. وأهم مهارة هي معرفة من يستطيع الاستفادة من العلاج. ومقدمو الرعاية الذين يوفرون خدمات الصحة الإنجابية الأخرى قد يكون لديهم بالفعل المهارات اللازمة لتقديم ميزوبروستول كخيار علاج للإجهاض غير المكتمل.

## خرافة: الأطباء فقط يستطيعون إعطاء ميزوبروستول لعلاج الإجهاض غير المكتمل

في ضوء طبيعة العلاج بميزوبروستول (الأدوية الفموية)، يمكن للممارسين الصحيين المدربين من غير الأطباء أن يكونوا مقدمي رعاية فعالين، ما يزيد من عدد مقدمي الرعاية. في بعض المناطق، تستخدم الممرضات والقابلات ومقدمو الرعاية المدربون الآخرون من غير الأطباء بالفعل ميزوبروستول لعلاج الإجهاض غير المكتمل.

### ج. الجرعة والتوقيت

لقد تم الحصول على معدلات نجاعة عالية وآثار جانبية مقبولة مع كل من جرعة وحيدة قدرها ٦٠٠ مكغ تؤخذ عن طريق الفم<sup>١٣،١٤،١٥،١٦،١٨</sup> وجرعة وحيدة قدرها ٤٠٠ مكغ تؤخذ تحت اللسان من ميزوبروستول<sup>١٤</sup>. وقد أظهرت البحوث الأخيرة أن هذين النظامين العلاجيين يعملان على نحو جيد وبنفس الدرجة<sup>١٤</sup> ولا يبدو أن الجرعات المتكررة في غضون فترات زمنية قصيرة تؤدي إلى تحسين النجاعة<sup>٢٥</sup>. ونظام الجرعات المحبذة هي جرعة وحيدة قدرها إما ٦٠٠ مكغ عن طريق الفم أو ٤٠٠ مكغ تحت اللسان من ميزوبروستول (انظر الجدول ٣). قد تكون الجرعة الأقل أكثر إفادة في الحالات التي تمثل فيها تكلفة ميزوبروستول شاغلا. ولا يتوقف نجاح ميزوبروستول في علاج الإجهاض غير المكتمل في فترة الثلاثة أشهر الأولى للحمل على عمر الحمل في وقت حدوث الإجهاض العفوي/الإجهاض المتعمد<sup>٢٦</sup>.

### جدول ٣: النظم المحبذة من ميزوبروستول لعلاج الإجهاض غير المكتمل<sup>١٢، ٢٧</sup>

طريق التناول	جرعة ميزوبروستول
عن طريق الفم	٦٠٠ مكغ
تحت اللسان	٤٠٠ مكغ



## مدعشقر: تكييف نظام جرعة ٤٠٠ مكغ تحت اللسان من ميزوبروستول لرعاية ما بعد الإجهاض بما يلائم معايير وبروتوكولات الصحة الإنجابية الوطنية

أكمل مستشفى أمومة كبير في الآونة الأخيرة دراسة تقارن بين جرعة ٤٠٠ مكغ التي يتم تناولها تحت اللسان وبين جرعة ٦٠٠ مكغ التي يتم أخذها عن طريق الفم من ميزوبروستول لعلاج الإجهاض غير المكتمل.<sup>٤</sup> وبعد فترة وجيزة من بدء الدراسة، أصبح واضحاً لمقدمي الرعاية أن العلاج باستخدام نظام ميزوبروستول حقق معايير نجاعة أعلى بالإضافة إلى زيادة في الوصول وخدمات أفضل. وقد رأى الأطباء، الذين يتحملون أعباء أكثر مما يطيقون، بأن حجم عملهم ينخفض لأنه كان يتم تحري مرضى رعاية ما بعد الإجهاض في المستشفى وعلاجهم بواسطة قابلات ممرضات. وقد كانت عملية متابعة المرضى تدار أيضاً بواسطة مقدمي الخدمة من المستوى المتوسط. وفي ضوء التكلفة الأقل لجرعة ٤٠٠ مكغ مقارنة بجرعة ٦٠٠ مكغ والتشابه في النجاعة، فقد أضافت وزارة الصحة نظاماً من ميزوبروستول يتم أخذه تحت اللسان بجرعة ٤٠٠ مكغ لعلاج الإجهاض غير المكتمل إلى معايير وبروتوكولات الصحة الإنجابية.

وتتضمن الخطط المستقبلية في مدعشقر توسيع استخدام ميزوبروستول لعلاج الإجهاض غير المكتمل إلى المستويات الأقل من نظام الرعاية الصحية. وستكون نقطة التركيز منصبة على توفير التدريب وتطوير المناهج لمقدمي الرعاية من المستوى الأقل. ويمكن تحقيق استخدام أفضل لميزوبروستول كعلاج خط أول في المنشآت الصحية المجتمعية عند استخدامه من قبل مقدمي الرعاية ذوي المستوى الأقل مثل الممرضات والقابلات.

## د. طريقة الاستخدام

لقد تم استخدام ميزوبروستول لعلاج الإجهاض غير المكتمل عن طريق المهبل أو الفم أو تحت اللسان.<sup>١٤، ٢٨، ٢٩، ٣٠</sup> وقد أظهر عدد من الدراسات نجاعة عالية جداً (أكبر من ٩٠٪) ومقبولية باستخدام طريقة التناول عن طريق الفم.<sup>١٣، ١٤، ١٥، ١٦، ١٨</sup> والطريقة الفموية فعالة وبسيطة ومقبولة لكل من النساء ومقدمي الرعاية. وقد أظهرت التجارب الأخيرة أن تناول جرعة أقل تحت اللسان لها نفس فعالية التناول عن طريق الفم.<sup>١٤</sup> إذا تم تناول ميزوبروستول تحت اللسان، فإن المرأة تحتفظ بالحبوب تحت لسانها لمدة ٣٠ دقيقة تقريباً. أما بالنسبة لأية أجزاء متبقية من الحبة فإنه يمكن بلعها مع الماء.

## هـ. أمان ميزوبروستول لعلاج الإجهاض غير المكتمل

لقد تمت دراسة ميزوبروستول لعلاج الإجهاض غير المكتمل في الكثير من الأماكن. وقد تم استخدامه على نحو آمن من قبل آلاف النساء اللاتي يسعين للحصول على رعاية ما بعد الإجهاض مع عدم ظهور أية أعراض جانبية تقريباً. ولم يتم الربط بين ميزوبروستول وبين أية آثار طويلة الأجل على صحة النساء.

## تتضمن شواغل الأمان الشائعة:

- ◀ النزيف المفرط: النزيف المفرط الذي يستلزم نقل الدم أمر نادر الحدوث؛<sup>٣١</sup> ولا تزيد احتمالات الحاجة لنقل الدم من استخدام ميزوبروستول لعلاج الإجهاض غير المكتمل عنها لطرق العلاج الأخرى.<sup>١٩</sup>
- ◀ فقر الدم: إن العلاج بميزوبروستول لا تصاحبه أية زيادة في مخاطر الإصابة بفقر الدم. ولا تُظهر دراسة أجريت مؤخراً أية اختلافات كبيرة في تغيير الهيموجلوبين بين النساء اللاتي يتم علاجهن بميزوبروستول أو التفريغ بالشفط اليدوي لعلاج الإجهاض غير المكتمل. وقد تعرض عدد قليل جداً من النساء لنقص سريري كبير في الهيموجلوبين (٣، ٠٪ مع ميزوبروستول، ٩، ٠٪ مع التفريغ بالشفط اليدوي).<sup>٣٢</sup>
- ◀ العدوى: خطر العدوى منخفض. ومعدل العدوى في النساء اللاتي يتلقين ميزوبروستول لعلاج الإجهاض غير المكتمل يشبه المعدل في النساء اللاتي يتلقين الأنواع الأخرى من العلاج.<sup>١٩، ٢٠</sup> ولا يوجد دليل على أن ميزوبروستول يزيد من خطر الإصابة بالعدوى.

◀ الحمل خارج الرحم: لا يسبب ميزوبروستول الحمل خارج الرحم ولا يفاقمه أو يعالجه. ويمثل الحمل خارج الرحم المشتبه به مانعاً لاستعمال هذه الطريقة.<sup>١٢</sup> إلا أنه من الممكن الخلط بين أعراض الحمل خارج الرحم (مثل ألم الحوض والنزيف) وأعراض فقدان العفوي للحمل. لذا فإن التقييم الدقيق قبل العلاج والتقدير السريري الجيد هما أمران أساسيان لتحديد النساء اللاتي يعانين من حالات حمل خارج الرحم مشتبه بها حتى يتسنى إحالتهم للتشخيص والعلاج المناسبين.

◀ الاستخدام في النساء اللاتي لهن تاريخ من الولادة القيصرية: لا يوجد سبب سريري يمنع استخدام ميزوبروستول مع النساء اللاتي قمن بعمليات ولادة قيصرية من قبل. فمثل هؤلاء النساء لم يتم استبعادهن في الدراسات التي أجريت على استخدام ميزوبروستول لعلاج الإجهاض غير المكتمل؛ فالميزوبروستول المستخدم لعلاج الإجهاض غير المكتمل وفقاً للمبادئ التوجيهية السابقة عادة ما يكون آمناً بصورة عامة في تلك الشريحة من النساء.

◀ الآثار المتعلقة بالتشوهات الجنينية: النساء اللاتي يسعين للحصول على خدمات رعاية ما بعد الإجهاض ليس لديهن حمل حيّ؛ ومن ثم، فإن القلق من التشوهات الجنينية المحتملة مع استخدام ميزوبروستول ليس ذا صلة.

## ١٧. تصميم الخدمة، جدول الزيارات وعلاج المضاعفات

### أ. الموجات فوق الصوتية (السونار)

إن أجهزة السونار ليست ضرورية لتقديم ميزوبروستول لعلاج الإجهاض غير المكتمل. حيث أنه يمكن تقديم ميزوبروستول في منشآت رعاية ما بعد الإجهاض وعلى مستويات الرعاية التي تفتقر لأجهزة السونار أو حيث يكون السونار ذا كلفة مرتفعة للغاية. ويمكن تشخيص الإجهاض غير المكتمل بالتاريخ السريري والفحص؛ ويمكن تقييم التفريغ الكامل باستخدام نفس المجموعة من التقنيات السريرية.<sup>٣٣</sup> ونادراً ما استخدمت دراسات عديدة أجريت مؤخراً السونار لتشخيص الإجهاض غير المكتمل (أقل من ٥٪ من التشخيصات تم تأكيدها من خلال السونار) أو لتأكيد تفريغ الرحم<sup>١٣، ١٤، ١٥، ١٨</sup>

يمكن استخدام السونار إذا كان لدى مقدم الرعاية الخبرة في هذه الطريقة: أكبر خطر يكمن في التفسير المفرط للكميات الطبيعية من البقايا في الرحم، ما قد يؤدي إلى الإكمال الجراحي غير الضروري. وينبغي أن يكون مقدمو الرعاية على دراية بأن النساء اللاتي تم علاجهن بصورة ناجحة باستخدام ميزوبروستول قد وُجد أن لديهن نطاقاً واسعاً من النُحُانات البُطائِيَّة الرَّجْمِيَّة عند إجراء السونار عليهن في المتابعة؛ ومن ثم، فمن المحبذ أن يكون قرار إجراء التفريغ الجراحي قائماً على علامات سريرية وليس على أساس نتائج السونار.<sup>٣٤</sup> وقد يحدث التدخل غير الضروري لتفريغ الرحم حين يرى مقدمو الرعاية البقايا في السونار، لكنهم يخطئون في تفسير أهميته السريرية.<sup>٣٥</sup>

### خرافة: السونار ضروري قبل وبعد تناول ميزوبروستول لعلاج الإجهاض غير المكتمل

هناك الكثير من مقدمي الرعاية ممن يقلقون من تقديم ميزوبروستول في الحالات التي لا يكون فيها السونار متاحاً. بيد أن السونار ليس ضرورياً لاستخدام ميزوبروستول لعلاج الإجهاض غير المكتمل. فالتاريخ السريري والفحص كافيان لتشخيص الإجهاض غير المكتمل؛ ويمكن تقييم التفريغ الكامل بنفس الطريقة. فقد أظهرت التجربة أمان ميزوبروستول ونجاعته في غياب فحص السونار الروتيني.<sup>١٣، ١٤، ١٥، ١٨</sup> ويمكن لمقدمي الرعاية أن يقوموا بتحويل النساء للمنشآت التي بها أجهزة سونار إذا كانوا غير متأكدين من حالة المرأة في أعقاب العلاج بميزوبروستول.

## ب. خبرة مقدم الرعاية

تتوقف فعالية ميزوبروستول كخيار علاجي في خدمات رعاية ما بعد الإجهاض جزئياً على مدى إطلاع مقدم الرعاية على هذا النظام وثقته به. والتقييم السريري لمدى ضرورة وتوقيت التدخل الجراحي من الناحية الطبية هو أمر شخصي ويتوقف على الخبرة في استخدام تلك الطريقة. ومقدمو الرعاية الواصلون والمطلعون على ذلك النظام هم أكثر احتمالاً في التوصل لأحكام سريرية تتجنب التدخل الجراحي.<sup>٣٦</sup> وقد يشعر مقدم الرعاية غير المتمرس بعدم الراحة في السماح لميزوبروستول بأن يُكْمَل مساره أو قد يصدر حكماً خاطئاً حول إكمال تفريغ الرحم ويقرر أن يتدخل جراحياً. وعلى ذلك، فكلما يصبح مقدمو الرعاية مرتاحين لاستخدام ميزوبروستول لعلاج الإجهاض غير المكتمل، فإن معدلات النجاح عادة ما تتزايد.<sup>٣٥</sup>

## ج. جدول زيارات العيادة

إن المرأة التي تختار ميزوبروستول لعلاج إجهاضها غير المكتمل عادة ما تجري زيارة مبدئية واحدة ويمكن تشجيعها لإجراء زيارة متابعة. ويتم تشخيص الإجهاض غير المكتمل خلال الزيارة المبدئية، ويتم إعطاء المشورة للمرأة، وتقديم المعلومات لها حول ما ينبغي أن تتوقعه مع العلاج، ويتم إعطاء ميزوبروستول. وعلى أساس نظام الرعاية الصحية ومقدم الرعاية وتفضيلات المريض، يمكن للمرأة أن تتناول ميزوبروستول سواء في العيادة أو في البيت. ولا يوجد سبب طبي يدعو لمراقبة المرأة في العيادة في أعقاب تناولها لميزوبروستول.

## خرافة: ينبغي مراقبة النساء في العيادة بعد تناولهن لميزوبروستول أو لحين إكمال الإجهاض

لا يوجد سبب طبي يدعو لمراقبة المرأة في المستشفى أو العيادة في أعقاب تناولها لميزوبروستول. يمكن إرسال النساء إلى البيت مع ميزوبروستول لكي يتناولنه لاحقاً أو على الفور بعد أخذه من العيادة. وينبغي إخبارهن بالآثار الجانبية المحتملة، وكيف يتعاملن معها، ومتى يسعين للحصول على رعاية إضافية. وقد اتبعت عدة تجارب أخيرة في المناطق ذات الموارد القليلة مثل هذه المبادئ التوجيهية وحقت نجاعة عالية مع معدلات منخفضة من المضاعفات.<sup>١٣، ١٥، ١٦، ١٨</sup>

كما ينبغي على مقدمي الرعاية أن يتأكدوا من السماح بوقت كاف لميزوبروستول حتى يعمل، حيث أن الوقت اللازم لإكمال العملية يمكن أن يتراوح من يوم واحد إلى عدة أسابيع.<sup>٣٧</sup> ولتجنب التدخل الجراحي غير الضروري، ينبغي تحديد موعد زيارة المتابعة لتقييم الحالة الصحية بعد سبعة أيام على الأقل من تناول ميزوبروستول. وعادة ما تصاحب جدول الزيارة هذا معدلات نجاح عالية باستمرار، لكن الطريقة تفشل بالنسبة لحوالي امرأة واحدة من كل ٢٠ امرأة. وما لم يكن ضرورياً من الناحية الطبية للتحكم في العدوى أو لوقف النزف، فإنه لا يوصى بالتدخل الجراحي قبل سبعة أيام. ينبغي إخبار النساء أنه يمكنهن السعي للحصول على المساعدة الطبية في أية وقت أثناء العلاج إذا كانت هناك حاجة لذلك.

خرافة: ميزوبروستول ليس آمناً مثل الطرق الجراحية؛ ميزوبروستول له معدل أعلى من النزيف الشديد بالمقارنة بالطرق الجراحية

ينبغي إخبار النساء عما يتوقعن في أعقاب العلاج بميزوبروستول، ومتى يسعين للحصول على الرعاية للنزيف الشديد. فالنزيف المفرط الذي يتطلب نقل الدم ليس أكثر ترجيحاً في الحدوث مع استخدام ميزوبروستول لعلاج الإجهاض غير المكتمل مقارنة بما ينتج من الطرق الجراحية. وتُظهر بعض الأبحاث أن عدداً أكبر من النساء يبلغن عن النزيف الشديد مع الطرق الطبية مقارنة بالطرق الجراحية<sup>١٥،١٦،١٨</sup> في حين أن بعض الأبحاث الأخرى تجد أنماط نزيف متشابهة في أعقاب العلاج بميزوبروستول أو بالطرق الجراحية.<sup>٣١،٣٨</sup>

#### د. التعامل مع الآثار الجانبية والمضاعفات

إن الآثار الجانبية التي تصاحب علاج الإجهاض غير المكتمل باستخدام ميزوبروستول قد دُرست على نحو جيد وهي بصورة عامة سهلة العلاج. ينبغي إخبار كل امرأة عن الآثار الجانبية المحتملة وكيف تتعامل معها. ينبغي أيضاً إبلاغ النساء بأن يسعين للحصول على الرعاية الإضافية (سواء في العيادة أو في أية منشأة طوارئ) في حالة النزيف الشديد جداً و/أو الطويل جداً أو الحمى المطولة. ويوضح جدول ٤ الآثار الجانبية الشائعة واستراتيجيات التعامل معها.

## جدول ٤: الآثار الجانبية الشائعة لميزوروستول وإستراتيجيات التعامل معها عند استخدامه لعلاج الإجهاض غير المكتمل

الوصف	إستراتيجيات التعامل معها
الألم/المغص عادة ما يبدأ المغص في غضون الساعات الأولى ويمكن أن يبدأ بعد ٣٠ دقيقة فقط من تناول ميزوروستول. وقد يكون الألم أقوى من ذلك الألم الذي تشعر به النساء أثناء الدورة الشهرية.	< الجلوس أو الاستلقاء بصورة مريحة < قربة مياه ساخنة أو رفادة تسخين < باراسيتامول/ أسيتامينوفين < الأدوية غير الستيرويدية المضادة للالتهابات مثل إيبوبروفين
رعشة/حمى الرعشة هي أثر جانبي عابر لكنه شائع لاستخدام ميزوروستول. لكن الحمى أقل شيوعاً ولا تشير بالضرورة إلى العدوى. وبصورة عامة، فإن ارتفاع درجة الحرارة لا يدوم أكثر من بضع ساعات. ومع أن العدوى نادرة، فإن الحمى أو الرعشة التي تظل لفترة أطول من ٢٤ ساعة قد تشير إلى حدوث العدوى.	< التطمين بأن الرعشة والحمى هما من الآثار الجانبية الشائعة لاستخدام ميزوروستول < خفضت الحرارة عند اللزوم < ينبغي إبلاغ النساء بالاتصال بمقدم الرعاية الطبية إذا استمرت الحمى أو الرعشة لمدة أكثر من ٢٤ ساعة أو حدثت بعد يوم من تناول ميزوروستول
النزيف بصورة عامة، يبدأ النزيف المهبلي في غضون ساعة من تناول ميزوروستول. وعادة ما يستمر النزيف لما بين ٥ إلى ٨ أيام (قد يستمر لمدة أسبوعين). كما يمكن أن يستمر التقطع إلى الدورة الشهرية القادمة.	< إعطاء النساء معلومات حول النزيف المتوقع < ينبغي إبلاغ النساء بإخبار مقدم الرعاية الصحية إذا تعرضن لما يلي: • تشبع أكثر من فوطتين صحيّتين كبيرتين في الساعة ولمدة أطول من ساعتين متتاليتين • نزيف شديد مفاجئ بعد ان قلت كميته أو توقف لعدة أيام • نزيف متواصل لعدة أسابيع مع دوار أو عدم اتزان
النزيف الثقيل إن النزيف الشديد و/أو الطويل الذي يسبب تغييراً كبيراً في الهيموجلوبين هو شيء غير شائع. وعدد قليل من النساء سوف يحدث لهن نزيف شديد وفقاً للمبادئ التوجيهية المبينة أعلاه	< الإكمال الجراحي إذا كان النزيف غزيراً أو طويلاً < إعطاء السوائل الوريدية إذا كان هناك دليل على وجود نقص فينأيميكي دموي < لا ينبغي إجراء نقل الدم إلا إذا كان هناك داع طبي واضح
الغثيان/القيء الغثيان والقيء قد يحدثان عادة ما يحدثان في غضون ٢ إلى ٦ ساعات. <sup>١٢</sup>	< طمأنة النساء أن الغثيان والقيء هما من الآثار الجانبية المحتملة < يجوز استخدام مضاد القيء في حالة الضرورة
الإسهال الإسهال أثر جانبي شائع لاستخدام ميزوروستول وينبغي أن يختفي في غضون يوم واحد.	< طمأنة النساء أن الإسهال أحياناً ما يصاحب استخدام ميزوروستول لكنه يختفي بسرعة
العدوى عدوى بطانة الرحم و/أو الحوض المسجل وهو نادر الحدوث. وعادة ما يتم علاج العدوى بالمضادات الحيوية عن طريق الفم.	< في حالة الشك في وجود عدوى، ينبغي تقييم حالة المرأة < إذا كانت هناك علامات على وجود إثنان أو عدوى حادة، ينبغي إجراء تفريغ جراحي فوري وتغطية بالمضادات الحيوية < قد تتطلب حالات العدوى الحادة الدخول لمستشفى وتناول المضادات الحيوية بالحقن



## هـ. المتابعة

في حالة تحديد موعد للمتابعة الدورية من قبل مقدمي الرعاية، ينبغي أن يتم ذلك بعد سبعة أيام على الأقل من العلاج بميزوبروستول. وقد ثبت أن زيارات متابعة قليلة جداً تكون ضرورية من الناحية الطبية للمرأة. وينبغي تثقيف النساء حول أعراض النسيج المحتبس أو العدوى حتى يتسنى لهن أن يعرفن متى تكون زيارة المتابعة ضرورية من الناحية الطبية.

والنساء اللاتي يرجعن للمتابعة ينبغي سؤالهن عن الآثار الجانبية وأنماط النزيف. وسوف يساعد الفحص باليدين مقدم الرعاية في تقييم ما إذا كان الرحم ثابتاً أو ملتقاً أو قد عاد لحجمه الطبيعي قبل الحمل. وقد أظهرت الخبرة في الأماكن ذات الموارد المنخفضة أن التاريخ المرضي والفحص السريري كافيان لتقييم ما إذا كانت العملية كاملة أم لا. ١٣، ١٤، ١٥، ١٨ إذا كان هناك اعتقاد بأن امرأة ما لديها محتويات حمل محتجزة لكنها لا تتعرض لأي من أعراض العدوى أو النزيف الحاد، ينبغي أن يُعرض عليها الخيار بين زيارة متابعة إضافية في غضون أسبوع تقريباً وبين التفريغ الجراحي الفوري (سواء بالتوسيع والكشط أو التفريغ بالشفط). ويجوز أيضاً عرض جرعة إضافية من ميزوبروستول على النساء في زيارة المتابعة، حيث أن ذلك يكون مفيداً بعض الشيء.

## ٧. المشورة، توفير المعلومات وتقديم الخدمة

يمثل توفير المعلومات عنصراً هاماً في رعاية ما بعد الإجهاض. ينبغي إخبار النساء عن حالتهم الطبية، ونتائج الفحوص وخيارات العلاج وإدارة الألم، والتعامل مع الآثار الجانبية ورعاية المتابعة وأين ومتى يسعين للحصول على المساعدة في حالة حدوث المضاعفات.<sup>٢١</sup> وان عملية تقديم المشورة والمعلومات لها أهمية خاصة عند استخدام ميزوبروستول لعلاج الإجهاض غير المكتمل. فعن طريق إعداد النساء لما يمكن أن يتوقعنه، يمكن لمقدمي الرعاية أن يقللوا من احتمال تعرض النساء للقلق وتطلبهن للتدخل الجراحي غير الضروري. والنساء اللاتي يشعرن بالراحة والثقة حيال هذه الطريقة قد يكن أكثر احتمالاً للتعرض لتجربة إيجابية مُرضية.

### أ. اختيار طريقة العلاج

إذا كان مقدم الرعاية يوفر أكثر من طريقة واحدة للعلاج، ينبغي إعطاء المرأة وصفاً مختصراً لكل طريقة والسماح لها باختيار العلاج الذي تفضله، شريطة عدم وجود أية موانع استعمال سريرية لاستخدام أية طريقة معينة. ومن المهم توفير معلومات كاملة ودقيقة وغير منحازة لتمكين النساء من اختيار أكثر الطرق ملاءمة لهن. (للإطلاع على مقارنة بين الطرق التوقعية والجراحية والطبية، انظر الفصل الثاني). وينبغي على مقدمي الرعاية أن يخصصوا وقتاً لكي يشرحوا للنساء أنه في حالة فشل ميزوبروستول أو الإدارة التوقعية، فقد يكن بحاجة للتدخل الجراحي. الجدول ٥ يقارن بين بعض مزايا وعيوب العلاج الجراحي والطبي للإجهاض غير المكتمل كما ذكرتها النساء.

## جدول ٥: مزايا وعيوب العلاج بميزوبروستول مقارنة بالعلاج الجراحي للإجهاض غير المكتمل كما ذكرتها النساء

العلاج الجراحي (التوسيع والكشط، التفريغ بالشفط اليدوي، التفريغ بالشفط الكهربائي)	العلاج بميزوبروستول	
<ul style="list-style-type: none"> <li>&lt; أسرع</li> <li>&lt; متحكم فيها من قبل مقدم الرعاية</li> <li>&lt; يمكن للنساء أن يكن أقل مشاركة</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&lt; يمكن تجنب الجراحة والتخدير</li> <li>&lt; طبيعي أكثر، مثل الطمث</li> <li>&lt; يمكن للنساء أن يكن في حالة تحكم أكثر، وأكثر مشاركة</li> <li>&lt; بسيط في إدارته</li> <li>&lt; لا حاجة للرعاية بداخل المستشفى</li> </ul>	المزايا
<ul style="list-style-type: none"> <li>&lt; جراحية</li> <li>&lt; مخاطر طفيفة في إصابة الرحم أو عنق الرحم</li> <li>&lt; مخاطر صغيرة في التعرض للعدوى</li> <li>&lt; فقدان الخصومية، الاستقلال</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&lt; النزيف والتقلصات والآثار الجانبية (سواء حقيقية أو متصورة)</li> <li>&lt; الانتظار، عدم اليقين</li> </ul>	العيوب

### ب. تحديد الأهلية للعلاج

من المهم أن يقوم مقدمو الرعاية بتحري حالة كل امرأة للتأكد من أنها تفي بمعايير الأهلية للعلاج بميزوبروستول (انظر الفصل الثالث). فيما يلي قائمة مراجعة مختصرة حول كيفية تحديد ما إذا كانت امرأة ما مؤهلة لاستخدام ميزوبروستول أم لا.

◀ أسأل أسئلة: ينبغي على مقدمي الرعاية أن يسألوا أسئلة لكي يحددوا ما إذا كانت الأعراض التي تعاني منها المرأة تشير إلى وجود حمل خارج الرحم أم لا. والنساء اللاتي يشتبهن في أن لديهن حالات حمل خارج الرحم ينبغي إحالتهم إلى التشخيص والعلاج الملائمين. كما يحتاج مقدمو الرعاية أن يسألوا المرأة إذا كانت تعاني من حساسية للميزوبروستول أو أي بروتاجلاندين آخر.

◀ الفحص السريري، بما في ذلك الفحص باليدين: ينبغي على مقدمي الرعاية أن يتأكدوا من أن فتحة عنق الرحم مفتوحة وحجم الرحم يقل عن ١٢ أسبوعاً من آخر دورة شهرية.

- ◀ استبعاد علامات العدوى الحادة: يتم تقييم حالة المرأة بحثاً عن أي طراوة ملحوظة في الرحم، أو حمى تفوق ٣٨ درجة مئوية أو إفراز كريبه الرائحة. إذا كانت المرأة تعاني من اثنين أو أكثر من هذه الأعراض، ينبغي إجراء تفريغ جراحي فوري وليس ميزوبروستول.
- ◀ استبعاد عدم استقرار حركية الدم: يتم تقييم ضغط الدم/النبض في المرأة. والنساء اللاتي يعانين من ضغط دم انقباضي منخفض جداً ومعدلات نبض مرتفعة جداً قد يكن بحاجة للتفريغ الجراحي. يتم إعادة تقييم مثل هؤلاء النساء لتحديد إذا كانت علامتهن الحيوية تشير إلى عدم استقرار حركية الدم أو خوف/قلق.
- ◀ تقييم ما إذا كانت هناك حاجة لاتخاذ المزيد من الاحتياطات: إذا كانت المرأة تستخدم اللولب الرحمي، فيتم نزعها قبل العلاج بميزوبروستول. اسأل ما إذا كانت المرأة تقوم بالرضاعة الطبيعية في الوقت الراهن. وفي حين أنه لا توجد أية آثار ضارة على الأطفال الرضع، فإذا كانت المرأة قلقة، يمكن أن ننصحها بالتخلي عن حليب الصدر في الساعات الأولى القليلة بعد تناول ميزوبروستول.

خرافة: ميزوبروستول ليس علاجاً ملائماً إذا كان مقدم الرعاية يشك في أن المرأة ربما قد تدخلت في حملها

عادة ما يشعر مقدمو الرعاية بالقلق حيال العلاج بميزوبروستول في النساء اللاتي يعتقدون أنهن قد تدخلن في حملهن. إذا جاءت امرأة وهي تُظهر علامات على وجود عدوى حادة، ينبغي إعطاؤها علاج جراحي فوري. لكن في الحالات الأخرى، يمكن عرض ميزوبروستول للعلاج حتى لو استخدم الدواء في حث الإجهاض. وقد تم الإبلاغ عن جرعات متكررة من ميزوبروستول لعلاج الإجهاض غير المكتمل بدون ظهور أية آثار سلبية.<sup>١٧،٢٥</sup> وقد أظهرت دراسات عديدة أن العلاج بميزوبروستول يعمل على نحو جيد للنساء اللاتي ربما يكن قد تسببن في إجهاض أنفسهن باستخدام ميزوبروستول.<sup>١٤،١٦</sup>

## ج. تجهيز النساء لما يمكن أن يتوقعنه

ينبغي أن يتضمن النقاش حول العلاج بميزوبروستول مع النساء اللاتي يسعين للحصول على الخدمات للإجهاض غير المكتمل ما يلي:

- ◀ الرد على أسئلة النساء: ينبغي إعطاء النساء الفرصة لطرح الأسئلة وينبغي أن يحصلن على إجابات مُرضية قبل اختيار طريقة العلاج.
- ◀ معلومات حول ميزوبروستول: اشرح كيف يتم تناول ميزوبروستول وكيف يعمل. اشرح السيدات أن ميزوبروستول سوف يتسبب في انقباض الرحم وفي طرد محتويات الحمل المتبقية.
- ◀ معدل النجاح: اشرح أن حوالي امرأة واحدة من كل ٢٠ امرأة تم علاجهن بميزوبروستول تحتاج لإجراء جراحي لإكمال العملية.
- ◀ فهم الطريقة: اشرح أن محتويات الرحم قد تخرج في الأسبوع الذي يلي تناول ميزوبروستول.
- ◀ الأعراض الجانبية: اشرح أن النساء اللاتي يتناولن ميزوبروستول قد يشعرن بالألم والتقلصات والنزيف. وقد يشعرن أيضاً برعشة، حمى، وقيء أو إسهال. اشرح للنساء أن تلك الآثار الجانبية عادة ما تختفي بعد بضع ساعات مع أن النزيف الذي يشبه الدورة الشهرية قد يستمر لأيام.
- ◀ رعاية المتابعة: يمكن تشجيع النساء على العودة للعيادة بعد أسبوع أو أسبوعين لتقييم نجاح الطريقة.
- ◀ المضاعفات المحتملة: ينبغي إعطاء النساء وصف كامل للمضاعفات المحتملة. وينبغي شرح أعراض المضاعفات الخطيرة بدقة. وحيث يكون ذلك ممكناً، فقد يكون من المفيد إعطاء النساء رقم هاتف للاتصال فيما يتعلق بأسئلتهن وما يقلقهن. وينبغي إخبار النساء بالسعي للحصول على رعاية الطوارئ إذا تعرضن لمضاعفات خطيرة (انظر الفصل الرابع للإطلاع على المضاعفات التي تستلزم العناية الطبية).
- ◀ التكلفة: في المنشآت التي تدفع فيها المرأة مقابل رعاية ما بعد الإجهاض، ينبغي مناقشة تكلفة كل خيارات العلاج.

## د. خدمات تنظيم الأسرة وموانع الحمل

ينبغي إخبار النساء أن خصوبتهن تعود بسرعة في أعقاب فقدان الحمل في الثلاثة شهور الأولى. وعن طريق مناقشة خيارات تنظيم الأسرة مع النساء أثناء علاج الإجهاض غير المكتمل، يمكن لمقدمي الرعاية أن يساعدوا في منع حالات الحمل المستقبلية غير المرغوبة. وينبغي على مقدمي الرعاية أن يضعوا في ذهنهم أن الإجهاض غير المكتمل يمكن أن ينتج من إما فقدان حمل عفوي أو عمدي، وأنه بينما أن بعض النساء قد يسعين لمنع الحمل، فإن أخريات قد يردن معلومات حول كيف يصبحن حوامل مرة أخرى.

ينبغي مناقشة الموضوعات التالية مع النساء:

- ◀ طمئن المرأة أنه بصورة عامة لا يوجد سبب يدعو للاعتقاد أنها ستواجه صعوبة في الحمل بصورة كاملة مرة أخرى في المستقبل.
- ◀ النساء اللاتي يرغبن في أن يصبحن حوامل مرة أخرى عادة ما ينصحن بالانتظار إلى أن تمر دورة شهرية طبيعية واحدة على الأقل قبل محاولة الحمل.
- ◀ النساء اللاتي لا يرغبن في أن يصبحن حوامل في المستقبل القريب ينبغي إعطاءهن وسيلة تنظيم الأسرة التي يمكن لهن أن يبدأن فيها على الفور. وينبغي أن تحصل هؤلاء النساء على المعلومات حول وسائل تنظيم الأسرة المناسبة. وتتوقف طريقة تنظيم الأسرة المناسبة على احتياجات كل امرأة وتفضيلاتها، وأيضاً على توفرها محلياً. انظر جدول ٦ للإطلاع على خيارات موانع الحمل ومتى يمكن عرضها بعد تناول ميزوبروستول لعلاج الإجهاض غير المكتمل. ويمكن عرض بعض موانع الحمل في الزيارة الأولى في حين أن البعض الآخر يمكن إدماجه في زيارة متابعة، إذا تم التخطيط لها.

جدول ٦: وسائل تنظيم الأسرة ومتى يمكن عرضها على نحو آمن بعد استخدام ميزوبروستول لعلاج الإجهاض غير المكتمل

طريقة تنظيم الأسرة	متى يمكن عرضها
العوازل الذكرية	في الزيارة الأولى
موانع الحمل الفموية	في الزيارة الأولى
الهلام، الرغوة، الأقراص، الرقائق المانعة للحمل	في الزيارة الأولى
غطاء عنق الرحم	ينبغي إرجاء التركيب لحين توقف النزيف وعودة الرحم لحجم مرحلة ما قبل الحمل (بعد أول دورة شهرية)
العازل الأنثوي	في الزيارة الأولى
الحقن	في الزيارة الأولى
الغرسات	في الزيارة الأولى
اللواكب الرحمية	في زيارة متابعة
التعقيم	النساء اللاتي يسعين للحصول على التعقيم قد يردن اختيار العلاج الجراحي للإجهاض غير المكتمل، حيث أن التعقيم وإكمال الإجهاض يمكن إجراءهما في نفس الوقت

## هـ. خدمات الصحة الإنجابية والصحية الأخرى

من المهم استخدام زيارة المتابعة لتحديد ما إذا كانت المرأة تحتاج أية خدمات إنجابية أو صحية أخرى. ومن شأن ربط تلك الخدمات برعاية ما بعد الإجهاض أن يسمح لمقدمي الرعاية بأن يتطرقوا لمشاكل صحية أخرى في حين تبقى النساء على اتصال مع مقدمي الرعاية الصحية. إذا كانت المنشأة لا تستطيع توفير مثل هذه الخدمات الإضافية، يمكن إجراء عمليات التحويل المناسبة. وقد تتضمن الخدمات الصحية الأخرى:<sup>٢١</sup>

◀ التنقيف حول الأمراض المنقولة جنسياً وفحصها وعلاجها

◀ تشخيص العقم وعلاجه

◀ التنقيف حول النظافة الشخصية

◀ التحويل والمشورة لحالات العنف الجنسي و/أو الأسري

◀ تحري فقر الدم

## و. تدريب مقدمي الرعاية والأفراد

إن التدريب الشامل حول استخدام ميزوبروستول لعلاج الإجهاض غير المكتمل سوف يُحسّن من قدرة مقدم الرعاية ومهارته في التعامل مع هذه الطريقة. وتشير التجربة مع العلاج بميزوبروستول لرعاية ما بعد الإجهاض إلى أنه مع تزايد معرفة مقدم الرعاية بالطريقة وثقته بها، فإن معدلات النجاح والرضا سوف تزداد أيضاً. وينبغي أن تتضمن دورة التدريب الأساسي عن استخدام ميزوبروستول لعلاج الإجهاض غير المكتمل العناصر التالية:

◀ آلية العمل

◀ توفر ميزوبروستول وتخزينه ونجاعته وقبوله

◀ الأهلية وموانع الاستعمال والاحتياطات

◀ تشخيص الإجهاض غير المكتمل



- ◀ دور الفحص بالموجات فوق الصوتية (السونار)
- ◀ نظم استخدام ميزوبروستول لعلاج الإجهاض غير المكتمل
- ◀ المشورة عند استخدام ميزوبروستول كخيار لعلاج الإجهاض غير المكتمل
- ◀ التعامل مع الآثار الجانبية والمضاعفات المحتملة
- ◀ المتابعة وتقييم الحالة الصحية
- ◀ توفير موانع الحمل وخدمات تنظيم الأسرة بعد الإجهاض
- ◀ توفير الخدمات الإنجابية والصحية الأخرى بعد الإجهاض

وعادة ما تكون دراسات الحالة مفيدة في تدريب مقدمي الرعاية، ولا سيما عند مناقشة تقييم الوضع الصحي وكيفية التعامل مع الآثار الجانبية. وعلاوة على ذلك، فإن أنشطة لعب الأدوار والأنشطة الجماعية غالباً ما تكون فعالة في التدريب على المشورة وتحديد الأهلية.

## ز. الشراكات بين المجتمع ومقدمي الرعاية

إن التعاون بين أعضاء المجتمع والعمال الصحيين غير المتخصصين ومقدمي الخدمة والمعالجين التقليديين شديد الأهمية في تحسين الصحة الإنجابية للمرأة.<sup>٢١</sup> وعلى سبيل المثال، قد يكون ميزوبروستول أنسب خيار علاج للنساء الريفيات، لأنه يمكن توفيره من جانب مقدمي الرعاية متوسطي المستوى في غياب مقدمي الخدمة الجراحية المهرة أو المعدات؛ بيد أن هذه الطريقة ليست فعالة بنسبة ١٠٠٪، ومقدمو الرعاية الذين لا يستطيعون إجراء الإكمال الجراحي ينبغي أن يكونوا قادرين على تحويل النساء إلى مقدمي رعاية مهرة في حالة فشل الطريقة. وبنفس الطريقة، إذا كانت المنشأة غير قادرة على توفير رعاية الطوارئ، ينبغي على مقدمي الخدمة أن يكونوا قادرين على إدراك أية علامات خطر وتحويل النساء إلى المنشآت المناسبة.

## ح. المنشآت والإمدادات المرغوبة (لكن غير المطلوبة)

- ◀ جهاز السونار: مثلما ناقشنا أعلاه، فإن فحص السونار ليس ضرورياً لتقديم الخدمة. إلا أن السونار قد يكون ضرورياً لتشخيص المضاعفات النادرة.
- ◀ أدوية الألم/مضادات الالتهاب: يمكن إعطاء هذه الأدوية للنساء مقدماً لتناولها بحسب الحاجة لتخفيف الأعراض الجانبية الممكنة.
- ◀ الغلوبولين المناعي المضاد لـ RhD: لا يوجد دليل كامل في الوقت الراهن على ضرورة استخدام الغلوبولين المناعي المضاد لـ RhD للإجهاض المبكر خلال الثلاثة أشهر الأولى. إذا كان المعيار المحلي للرعاية يشير إلى استخدام الغلوبولين المناعي المضاد لـ RhD للنساء ذوات العامل الريزوسي السلبي (Rh negative) اللاتي يحصلن على علاج للإجهاض غير المكتمل، فعندئذ ينبغي تقديم هذا العلاج بالتزامن مع ميزوبروستول.

## ٧١. دمج ميزوبروستول في خدمات رعاية ما بعد الإجهاض القائمة

يمكن دمج ميزوبروستول لعلاج الإجهاض غير المكتمل بسهولة في خدمات ما بعد الإجهاض القائمة. ومقدمو الرعاية الذين يمارسون التفريغ الجراحي (التوسيع والكشط، التفريغ بالشفط اليدوي، التفريغ بالشفط الكهربائي) في رعاية ما بعد الإجهاض يمكن أن يضيفوا ميزوبروستول لخيارات علاجهم، ويفضل أن يسمحوا للنساء بالاختيار بين الطرق الجراحية والطبية. والمتطلبات الأساسية لاستخدام ميزوبروستول لعلاج ما بعد الإجهاض هي الأفراد المدربون وأقراص ميزوبروستول. وينبغي أن يكون الأفراد قادرين على تشخيص الإجهاض غير المكتمل، وتحديد أهلية النساء للعلاج بميزوبروستول، وتأكيد الإجهاض الكامل، وتحويل النساء للرعاية الطارئة و/أو توفيرها لهن في حالة الضرورة. وعلى ذلك، فإن مقدمي رعاية ما بعد الإجهاض لديهم بالفعل الكثير من المهارات اللازمة التي تؤهلهم لتوفير ميزوبروستول لعلاج الإجهاض غير المكتمل. ومقدمو الرعاية الذين لا يوفران في الوقت الراهن خدمات رعاية ما بعد الإجهاض لكن الذين يقدمون في الوقت الراهن خدمات تنظيم الأسرة ورعاية ما قبل الولادة أو غيرها من خدمات الصحة الإنجابية الأخرى يمكن أن يدمجوا ميزوبروستول لعلاج الإجهاض غير المكتمل بشرط أن يكون بوسعهم الوصول لمنشأة تحويلية في حالة فشل الطريقة أو حدوث مضاعفات.

### دمج ميزوبروستول في خدمات رعاية ما بعد الإجهاض القائمة: الخبرة في مستشفيات مصريين

في عام ٢٠٠٨، قارنت دراسة سريرية أجريت في مستشفى الجلاء التعليمي في القاهرة ومستشفى الشاطبي للولادة في الإسكندرية بين ميزوبروستول والتفريغ بالشفط اليدوي لعلاج الإجهاض غير المكتمل. ٣٢ وقد عولجت حوالي ٧٠٠ امرأة من الإجهاض غير المكتمل مع تحقيق معدلات ناجحة (ميزوبروستول ٣، ٩٨٪، التفريغ بالشفط اليدوي ٧، ٩٩٪). وقد كان النزيف والأعراض الجانبية التي أبلغت عنها النساء متماثلة وكانت النساء راضيات تماما عن علاجهن بميزوبروستول.

لقد وفرت عملية دمج ميزوبروستول في خدمات ما بعد الإجهاض القائمة من خلال الدراسة الإرشادية خبرة هامة لمقدمي الرعاية عن طريق مساعدتهم في الحصول على الثقة في نجاعة وفعالية نظام الجرعة ٤٠٠ مكغ تحت اللسان. وقد كان مقدمو الرعاية في البداية مترددين في السماح للنساء بمغادرة المستشفى على الفور بعد تناول ميزوبروستول، لكن مع الخبرة لم يشاهدوا أي سبب يدعو إلى تمديد بقاء النساء. كما أصبحوا مقتنعين أيضا بأهمية التاريخ السريري والفحص في علاج رعاية ما بعد الإجهاض، ولم يروا فحص السونار كأداة تشخيصية أولية روتينية لكن مجرد طريقة لتأكيد التقييم السريري. وقد أدت هذه التغيرات في مواقف مقدمي الرعاية وممارساتهم إلى قبول ميزوبروستول كخيار علاج جيد للإجهاض غير المكتمل والتوسيع الناجح لخدمات رعاية ما بعد الإجهاض.

## VII. الإجهاض المنسي

في حين أن المعلومات المقدمة في هذا الدليل تتعلق باستخدام ميزوبروستول لعلاج الإجهاض غير المكتمل، فإنه يمكن لميزوبروستول أن يستخدم أيضاً لعلاج الإجهاض المنسي/حمل بدون مضغة. ويتم تشخيص الإجهاض المنسي/حمل بدون مضغة بأجهزة السونار ويُعرّف بأنه حمل بدون جنين (كيس فارغ) أو وفاة غير معروفة للجنين. والنساء اللاتي يتعرضن لإجهاض منسي عادة ما يعانين من نزيف بسيط أو لا يعانين من نزيف على الإطلاق، ولا توجد أية علامات أو أعراض واضحة أخرى.<sup>٣٩</sup>

والأنظمة المحيطة لعلاج الإجهاض المنسي/حمل بدون مضغة هي ٨٠٠ مكغ من ميزوبروستول عن طريق المهبل أو ٦٠٠ مكغ تحت اللسان.<sup>٣٩</sup> ويوضح جدول ٧ عدة دراسات تطرقت لمجموعة من النظم العلاجية مع معدلات نجاح تراوحت من ٥٠-٩٣٪.

جدول ٧: ميزوبروستول لعلاج إخفاق الحمل المبكر: الإجهاض المنسي/حمل بدون مضغة

السنة	المؤلف	العدد	الجرعة ميزوبروستول (مكغ)	جرعة إضافية من ميزوبروستول (مكغ) للنجاح	الوقت اللازم للنجاح	نسبة النجاح
٢٠٠٧	Shankar M, et al. <sup>40</sup>	٧٥	٨٠٠ مهبلي	٤٠٠ عن طريق الفم بين كل منها ٣ ساعات حتى جرعتين بدءاً من اليوم التالي	اليوم ٧-١٠	٧٧,٣٪
٢٠٠٧	Sharma D, et al. <sup>41</sup>	٥٠	٦٠٠ تحت اللسان	٦٠٠ كل ٣ ساعات حتى ١٨٠٠	٧٢ ساعة	٨٦٪
٢٠٠٦	Tang OS, et al. <sup>42</sup>	١٨٠	٦٠٠ تحت اللسان	٦٠٠ كل ٣ ساعة حتى ١٨٠٠؛ ٩٠ سيدة تناولوا ٤٠٠ تحت اللسان يومياً لمدة سبعة أيام إضافية	اليوم ٩	٩٢٪ مجموعة غير ممتدة؛ ٩٣٪ مجموعة ممتدة
٢٠٠٦	Vejborg TS, et al. <sup>43</sup>	٢٥٤	٤٠٠ مهبلي أو ٨٠٠ مهبلي	لا يوجد	اليوم ٢-٤	اجهاض منسي: ٤٣٪؛ ٤٠٠ مكغ؛ ٥٩٪؛ ٨٠٠ مكغ، حمل بدون مضغة: ٣٦٪؛ ٤٠٠ مكغ؛ ٤٧٪؛ ٨٠٠ مكغ
٢٠٠٥	Agostini A, et al. <sup>44</sup>	٢٧٦	٨٠٠ مهبلي	لا يوجد	٢٤ ساعة	٦٥,٢٪
٢٠٠٥	Blohm F, et al. <sup>45</sup>	٦٤	٤٠٠ مهبلي	لا يوجد	اليوم ٦-٧	٨١٪
٢٠٠٥	Kovavisarach E, et al. <sup>46</sup>	١١٤	٦٠٠ مهبلي أو ٨٠٠ مهبلي	لا يوجد	٢٤ ساعة	٤٦٪؛ ٦٠٠ مكغ؛ ٦٨٪؛ ٨٠٠ مكغ
٢٠٠٥	Lister MS, et al. <sup>47</sup>	١٨	٨٠٠ مهبلي	٨٠٠ مهبلي عند ٢٤ ساعة في حالة الضرورة	٤٨ ساعة	٨٣٪
٢٠٠٥	Sifakis S, et al. <sup>48</sup>	١٠٨	٤٠٠ مهبلي	٤٠٠ مهبلي كل ٤ ساعات حتى ١٢٠٠ يومياً لمدة ثلاثة أيام	اليوم ٣	٩١٪
٢٠٠٥	Zhang J, et al. <sup>49</sup>	٤٥٤	٨٠٠ مهبلي	٨٠٠ مهبلي في اليوم الثالث في حالة الضرورة	اليوم ٨	٨٨٪ إجهاض منسي؛ ٨١٪ حمل بدون مضغة

جدول ٧: تابع

٢٠٠٤	Bagratee JS, et al. <sup>50</sup>	٤٥	٦٠٠ مهبلي	٦٠٠ مهبلي في اليوم الثاني في حالة الضرورة	اليوم ٧	٨٧٪
٢٠٠٤	Davis AR, et al. <sup>51</sup>	٧٧	٨٠٠ مهبلي جاف أو ٨٠٠ مهبلي مبلل	لا يوجد	اليوم ٣٠	٨٥٪
٢٠٠٤	Gilles JM, et al. <sup>52</sup>	٨٠	٨٠٠ مهبلي جاف أو مبلل	يتم تكرار الجرعة عند ٤٨ ساعة في حالة الضرورة	اليوم ٧	٨٥٪
٢٠٠٤	Graziosi GC, et al. <sup>53</sup>	٧٩	٨٠٠ مهبلي	٨٠٠ مهبلي عند ٢٤ ساعة في حالة الضرورة	٤٨ ساعة	٥٣٪
٢٠٠٤	Murchison A, et al. <sup>54</sup>	٤٤	٨٠٠ مهبلي	٨٠٠ مهبلي عند ٢٤ ساعة في حالة الضرورة	٤٨ ساعة	٧٨٪
٢٠٠٤	Ngoc NTN, et al. <sup>55</sup>	١٩٨	٨٠٠ فموي أو ٨٠٠ مهبلي	لا يوجد	اليوم ٢ واليوم ٧	اليوم ٢: ٤٢٪ فموي؛ ٥٣٪ مهبلي اليوم ٧: ٨٩٪ فموي؛ ٩٣٪ مهبلي
٢٠٠٤	Taner CE, et al. <sup>56</sup>	٥٤	٢٠٠ فموي أو ٨٠٠ مهبلي	لا يوجد	٢٤ ساعة	٨٩٪
٢٠٠٣	Al Inizi SA, et al. <sup>57</sup>	٢٧	٤٠٠ مهبلي	٤٠٠ مهبلي كل ١٢ ساعة حتى ٤ جرع	٤٨ ساعة	٧٠٪
٢٠٠٣	Tang OS, et al. <sup>58</sup>	٨٠	٦٠٠ مهبلي أو ٦٠٠ تحت اللسان	يتم تكرار الجرعة كل ٣ ساعات حتى ١٨٠٠ بحد أقصى	اليوم ٧	٨٧,٥٪ (معدل موزون)
٢٠٠٢	Kovavisarach E, et al. <sup>59</sup>	٢٧	٤٠٠ مهبلي	لا يوجد	٢٤ ساعة	٦٣٪
٢٠٠٢	Muffley PE, et al. <sup>60</sup>	٢٥	٨٠٠ مهبلي	٨٠٠ مهبلي عند ٢٤ ساعة و ٤٨ ساعة في حالة الضرورة	اليوم ٣	٦٠٪
٢٠٠٢	Wood SL, et al. <sup>61</sup>	٢٥	٨٠٠ مهبلي	٨٠٠ مهبلي عند ٢٤ ساعة في حالة الضرورة	٤٨ ساعة	٨٠٪
٢٠٠١	Demetroulis C, et al. <sup>62</sup>	٢٦	٨٠٠ مهبلي	لا يوجد	٨-١٠ ساعة	٧٧٪
٢٠٠١	Ngai SW, et al. <sup>63</sup>	٢٥	٤٠٠ مهبلي	٤٠٠ مهبلي في اليوم ٣ واليوم ٥	اليوم ١٥	٨٠٪
٢٠٠٠	Ayres de Campos D, et al. <sup>64</sup>	٧٤	٦٠٠ مهبلي (مبلل بمحلول ملحي)	٦٠٠ مهبلي عند ٥-٠ ساعة في حالة الضرورة	١٠-١٢ ساعة	٥٧٪
١٩٩٩	Autry A, et al. <sup>65</sup>	٩	٨٠٠ مهبلي	لا يوجد	الايام ١٠-١٤	٨٩٪
١٩٩٩	Chung TKH, et al. <sup>66</sup>	٣٢١	٤٠٠ فموي	٤٠٠ فموي كل ٤ ساعات، حتى ٣ جرع	٢٤ ساعة	٥٠٪
١٩٩٨	Zalanyi S, et al. <sup>67</sup>	٢٥	٢٠٠ مهبلي	٢٠٠ كل ٤ ساعات حتى ٨٠٠	١٠ ساعة	٨٨٪
١٩٩٧	Creinin M, et al. <sup>68</sup>	٢٠	٤٠٠ فموي أو ٨٠٠ مهبلي	يتم تكرار الجرعة عند ٢٤ ساعة في حالة الضرورة	اليوم ٣	اليوم ٣: ٢٥٪ فموي؛ ٨٨٪ مهبلي
١٩٩٧	Herabutya Y, et al. <sup>69</sup>	٤٣	٢٠٠ مهبلي	لا يوجد	٢٤ ساعة	٨٣٪

## VIII. النظر للأمام

في ضوء أمان ميزوبروستول ونجاعته وسهولة استخدامه، فهو يمثل خياراً هاماً لعلاج النساء اللاتي تعرضن للإجهاض غير المكتمل. وهذا الدليل يبين كيف يمكن تقديم ميزوبروستول في الأماكن ذات الموارد القليلة حيث قد يكون الطلب على الخدمات مرتفعاً وتوفر مقدمي الرعاية المهرة والمعدات منخفض. ويمكن لميزوبروستول أن يزيد الوصول للعلاج بالنسبة للأفراد الأكثر احتياجاً له – النساء اللاتي يعانين من المضاعفات من عمليات الإجهاض السرية المفتعلة.

وتوصي الهيئات المهنية مثل الكلية الأميركية لأخصاصي النساء والولادة باستخدام ميزوبروستول في رعاية ما بعد الإجهاض، كما أن منظمة الصحة العالمية قد أضافت ميزوبروستول لعلاج الإجهاض غير المكتمل والإجهاض العفوي إلى قائمتها النموذجية للعقاقير الأساسية<sup>١٧</sup>. وهذه التوصيات قائمة على أساس مراجعة لمجموعة كبيرة من الأبحاث التي أجريت على الإدارة الطبية للإجهاض غير المكتمل، والتي تُظهر أن ميزوبروستول يضاهاه أمان طرق العلاج الجراحي ونجاعته. وعلاوة على هذا، فإنه بوسع مقدمي الرعاية متوسطي المستوى وغير المدربين جراحياً أن يستخدموا هذه الطريقة، ومن ثم يقللون عبء الرعاية في منشآت المستوى الأعلى التي تمتلك المعدات والمهارات اللازمة للعلاج الجراحي. ويمكن لإدخال ميزوبروستول في المنشآت الصحية من المستوى الثانوي والأولي أن يزيد من خيارات العلاج أمام النساء وفي نفس الوقت يقلل التكاليف التي يتحملها نظام الرعاية الصحية.

إن الوضع حالياً ملائم لإدخال ميزوبروستول في هذه الخدمات. ويمكن دمج ميزوبروستول بسهولة في خدمات رعاية ما بعد الإجهاض القائمة أو تقديمه كخيار علاجي حيث لا توجد أية خيارات أخرى. ويمكن للاقتراحات المقدمة في هذا الدليل أن تساعد في تسهيل استخدام ميزوبروستول بطريقة بسيطة منخفضة التكنولوجياً.

ولتوسيع استخدام ميزوبروستول لعلاج الإجهاض غير المكتمل، ثمة حاجة لتوفير التدريب المناسب لمقدمي الرعاية إضافة إلى إمدادات مستمرة من العقار. ويمكن للخطوات القادمة في الأبحاث المبرمجة أن تتضمن تطوير نماذج تقديم خدمة مستدامة وتحليل للتكاليف مقابل المنفعة والتي تقارن بين ميزوبروستول والطرق الجراحية. وسيكون من المفيد معرفة المزيد من المعلومات حول استخدام ميزوبروستول في البيئات الريفية، وبين الجماعات السكانية التي بها معدلات مرتفعة من حالات العدوى التي لم تُعالج، إضافة إلى توثيق أي نزيف غزير وغيره من المضاعفات. ويمكن لهذه الجهود أن تساعد في بناء قوة دفع بين صناعات السياسات من أجل تحسين استخدام ميزوبروستول وتطويره وزيادته بصورة منهجية لعلاج الإجهاض غير المكتمل.

وفي نهاية المطاف، ثمة حاجة لخدمات إجهاض آمنة وفعالة للوقاية من مضاعفات الإجهاض، وليس فقط لعلاجها. ومن ثم، فإن الخدمات اللازمة لعلاج الإجهاض غير المكتمل يجب ان تراعي ضمان وصول النساء لخدمات تنظيم الأسرة وخدمات الإجهاض الآمن لكل النساء. وبالنسبة لأولئك اللاتي يحتجن لعلاج الإجهاض غير المكتمل، فإنه ينبغي لميزوبروستول أن يُكْمِل الوصول للعلاج الجراحي الآمن، حيث أن العلاج الجراحي سيكون لازماً في بعض الأحيان، وذلك يتوقف على حالة المرأة وتفضيلاتها، وكخيار احتياطي في حالة فشل أي علاج مبدئي. ومن شأن البرامج الشاملة لعلاج الإجهاض غير المكتمل والتي تتطوي على أدوار لكل من ميزوبروستول والخدمات الجراحية أن تعزز جودة الخدمات المقدمة للنساء، ما يوفر مجموعة من خيارات العلاج والرعاية الملائمة.

يمكن لميزوبروستول أن يُحدِث ثورة في الكيفية التي يتم بها تقديم الخدمات ومكان تقديمها ومن قبل من يتم تقديمها لعلاج الإجهاض غير المكتمل. ويمكن لميزوبروستول أيضاً أن يقلل من المضاعفات التي تنشأ من الإجهاض العفوي والمفتعل في البيئات ذات الموارد المنخفضة حيث الوصول لخيارات العلاج الآمن والفعال ومتاحيته قليلة. لذا، فإن ميزوبروستول يمثل تكنولوجيا هامة لصحة النساء، وقد حان الوقت للمضي للأمام.

## IX. ملحق

### أسئلة شائعة

قد تُثار أسئلة أثناء عمليات التدريب أو تقديم الخدمة فيما يتعلق باستخدام ميزوبروستول لهذا السبب الجديد. فيما يلي قائمة بالأسئلة الشائعة والإجابات الممكنة التي يمكن أن تكون مفيدة.

- **هل ميزوبروستول آمن لعلاج الإجهاض غير المكتمل؟**  
نعم، لقد تم استخدام ميزوبروستول على نحو آمن لعلاج الإجهاض غير المكتمل في آلاف النساء حول العالم. وقد كانت هناك أقل من ١٢ حالة دخول للمستشفى، وكان أغلبها لعلاجات طفيفة، من بين ما يزيد عن ٢٠٠٠ امرأة تم علاجها في الدراسات الحديثة.
- **ما هي مزايا استخدام ميزوبروستول في حالة توفر بديل جراحي؟**  
إن ميزوبروستول بديل آمن للتفرغ الجراحي. وقد يكون من المفضل لبعض النساء اللاتي يخشين الجراحة، أو العلاج تحت تأثير المخدر، ويفضّلن العلاج خارج المستشفى. وعلاوة على ذلك، قد يكون أقل تكلفة بالنسبة لنظم الرعاية الصحية.
- **هل النساء راضيات عن استخدام ميزوبروستول لعلاج الإجهاض غير المكتمل؟**  
نعم، مستويات الرضا مرتفعة بين النساء اللاتي يتلقين العلاج باستخدام ميزوبروستول. ومعظم النساء يوردن أنهن سيخترن ميزوبروستول إذا كانت هناك حاجة للعلاج مرة أخرى في المستقبل. وتوفير الخيارات المختلفة لطرق العلاج للنساء هو الوضع الأمثل في البيئات التي يكون فيها هذا ممكناً.
- **ما هي المهارات اللازمة لعرض ميزوبروستول كعلاج الإجهاض غير المكتمل؟**  
يلزم أن يكون مقدمو الرعاية قادرين على تحديد النساء اللاتي يحتجن للعلاج من الإجهاض غير المكتمل ويلزم أن يكونوا أيضاً قادرين على تشخيص العدوى الحادة التي تتطلب الرعاية الجراحية الفورية. فالمرأة التي لها حجم رحم يبلغ ١٢ أسبوعاً منذ آخر دورة شهرية أو أصغر مؤهلة للعلاج بميزوبروستول. ويمكن تقدير حجم الرحم بواسطة مقدمي الرعاية عن طريق إجراء فحص بدني. وليست هناك حاجة لمهارات جراحية لتقديم الميزوبروستول.



### • ما هي نوعية نظام التحويل اللازم؟

النساء اللاتي يعانين من الإجهاض غير المكتمل واللاتي يرغبن في العلاج بميزوبروستول واللاتي يلبين معايير العلاج يمكن أن يتم علاجهن بدون تحويل. وتسع من كل عشر نساء تم تحويلهن لمستوى أعلى من الرعاية لن يتطلبن التحويل بمجرد أن يكون ميزوبروستول متاحاً. وأي نظام تحويل مطبق بالفعل لرعاية ما بعد الإجهاض يمكن استخدامه للنساء غير المؤهلات للحصول على ميزوبروستول وللحالات التي تعاني من مضاعفات.

### • هل الفحص بالسونار ضروري قبل وبعد استخدام ميزوبروستول لعلاج الإجهاض غير المكتمل؟

لا، الفحص بالسونار ليس مطلوباً عند عرض ميزوبروستول لعلاج الإجهاض غير المكتمل. ويمكن تشخيص الإجهاض غير المكتمل بالتاريخ الرضي والفحص السريري؛ ويمكن تقييم التفريغ الكامل في أعقاب العلاج بميزوبروستول باستخدام نفس مجموعة التقنيات السريرية. وأكبر مشكلة تنشأ نتيجة لاستخدام السونار هو التفسير المفرط للكميات الطبيعية من البقايا في الرحم، ما يؤدي إلى إكمال جراحي غير ضروري.

### • هل ميزوبروستول آمن للنساء اللاتي لم يلدن أبداً وتعرضن لإجهاض عفوي؟

نعم، ميزوبروستول طريقة آمنة للنساء اللاتي يتعرضن لإجهاض عفوي ممن لم يلدن من قبل.

### • هل ميزوبروستول آمن للنساء اللاتي أجرين ولادة قيصرية في الماضي؟

نعم، لا يوجد سبب سريري يمنع استخدام ميزوبروستول لعلاج الإجهاض غير المكتمل في النساء اللاتي أجرين ولادة قيصرية من قبل. ولم يتم استبعاد هؤلاء النساء في عدد من التجارب التي أجريت لدراسة فائدة العقار لعلاج الإجهاض غير المكتمل. (رحم حجمه > ١٢ أسبوعاً منذ آخر دورة شهرية سيضمن بقاء ميزوبروستول آمناً للنساء اللاتي يعانين من ندبات رحمية).

### • هل يمكن علاج المرأة التي تعاني من الإجهاض غير المكتمل بميزوبروستول حتى لو كانت قد

#### تناولت بالفعل ميزوبروستول (لتحريض الإجهاض)؟

نعم. لقد عبر بعض مقدمي الرعاية عن قلقهم حيال إعطاء النساء ميزوبروستول مرة أخرى إذا كن قد تناولنه بالفعل قبل المجيء إلى المنشأة الصحية. يمكن عرض ميزوبروستول للعلاج حتى إذا تم استخدامه لتحريض الإجهاض. وقد تم الإبلاغ عن جرعات ميزوبروستول متكررة لعلاج الإجهاض غير المكتمل مع عدم وجود أية آثار ضارة. وقد أظهرت عدة دراسات أن العلاج بميزوبروستول يعمل على نحو جيد بالنسبة للنساء اللاتي ربما يكن قد حرزن عمليات الإجهاض باستخدام ميزوبروستول.

- إذا كان عمر الحمل أكبر من ١٢ أسبوعاً منذ آخر دورة شهرية، هل يمكن استخدام ميزوبروستول؟

إن الإرشاد في هذا الدليل فيما يتعلق باستخدام ميزوبروستول لعلاج الإجهاض غير المكتمل ينطبق حين لا يكون حجم الرحم أكبر من المتوقع في حالة حمل مدته ١٢ أسبوعاً. إلا أنه قد يكون طول انقطاع الحيض أكثر من ١٢ أسبوعاً، حيث أن بعض محتويات الرحم ربما تكون قد طردت بالفعل. وعادة ما تكون هناك حاجة لجرعات أصغر من أجل النجاعة والأمان حين يكون الرحم أكبر حجماً.

- إذا جاءت امرأة بعلامات العدوى، هل ينبغي إعطاءها ميزوبروستول؟

إن النساء اللاتي يأتين مع عرضين أو أكثر من أعراض العدوى (طراوة كبيرة في الرحم، حمى  $< 38$  درجة مئوية، إفراز رحمي كريه الرائحة) ينبغي إجراء تفريغ جراحي فوري لهن وتغطية بالمضادات الحيوية.

- ما هي الأعراض الجانبية للعلاج بميزوبروستول؟

تتضمن الآثار الجانبية الألم والتقلصات والغثيان والقيء والحمى والرعشة. وهذه الأعراض الجانبية سهلة التعامل معها وتعتبر عابرة ومعتدلة بصورة عامة. وغالبية النساء يقلن إن الأعراض الجانبية يمكن احتمالها.

- هل النساء اللاتي يحصلن على ميزوبروستول لعلاج الإجهاض غير المكتمل يتعرضن للإصابة بفقر الدم؟

لا، هذا العلاج غير مصحوب بتزايد خطر الإصابة بفقر الدم. في واقع الأمر، فالبيانات المستقاة من دراسة أجريت مؤخراً حول هذه النقطة لا تبين وجود اختلاف كبير سريرياً في تغير الهيموجلوبين بين النساء اللاتي تم علاجهن باستخدام ميزوبروستول أو بالتفريغ بالشفط اليدوي. وهناك عدد قليل جداً من النساء تعرضن لانخفاض كبير سريرياً في الهيموجلوبين.

- هل العلاج بميزوبروستول يزيد من خطر العدوى؟

لا، لا يوجد دليل على أن العلاج بميزوبروستول يزيد من خطر العدوى.

- هل ينبغي إعطاء النساء المضادات الحيوية بصورة روتينية إلى جانب ميزوبروستول؟

لا، التغطية الروتينية بالمضادات الحيوية ليست ضرورية. وينبغي إتباع المعايير المحلية فيما يتعلق باستخدام المضادات الحيوية. وقد يقرر مقدم الرعاية أن حالة المرأة تتطلب تغطية بالمضادات الحيوية على أساس التاريخ المرضي أو الفحص السريري.

• هل هناك حاجة للقيام بزيارة متابعة؟

في الكثير من الحالات، فإن زيارات المتابعة هي معيار الرعاية في أعقاب كل من العلاج الجراحي والطبي. وفي ضوء معدلات النجاعة المرتفعة جداً التي تم الإبلاغ عنها مع كل من طرق العلاج الجراحية والطبية، فإن بضع زيارات متابعة تثبت أنها ضرورية طبيياً. ومن المهم تثقيف المرأة حول علامات النسيج المحتجز والعدوى لكي تعرف متى تكون هناك حاجة للقيام بزيارة متابعة لحماية صحتها (انظر الجزء IV. هـ. المتابعة).

• في زيارة المتابعة، إذا كشف الفحص بالسونار عدم وجود أي بقايا لكن مجرد ثخانة في بطانة الرحم، فهل التفريغ الجراحي يكون ضرورياً؟

لا. لقد أظهرت الدراسات أن ثخانة بطانة الرحم ليست مؤشراً جيداً على الحاجة لإجراء الجراحة. من المحبذ أن يكون القرار لإجراء التفريغ الجراحي قائماً على أساس علامات سريرية وليس نتائج فحص السونار.

• إذا لم يكن الإجهاض كاملاً في زيارة المتابعة، هل من الآمن إعطاء المرأة جرعة أخرى من ميزوبروستول ومطالبتها بالعودة بعد أسبوع؟

نعم، إذا لم يكن الإجهاض كاملاً في زيارة المتابعة وكانت المرأة مستقرة سريرياً ومستعدة لمواصلة الانتظار حتى يكون رحمها فارغاً، يمكن أن نعرض عليها جرعة أخرى من ميزوبروستول.

• هل يمكن استخدام موانع الحمل بعد رعاية ميزوبروستول؟

نعم، يمكن عرض موانع الحمل على النساء بعد العلاج بميزوبروستول، مثلما هي الحال في الخدمات القياسية لرعاية ما بعد الإجهاض. ويمكن عرض كل أنواع موانع الحمل في الزيارة الأولى في حين أن اللولب الرحمي يمكن دمجه في زيارة المتابعة، إذا كان مخطط إجراؤها.

1. Unedited Draft Report of the 17th Expert Committee on the Selection and Use of Essential Medicines. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2009. (Accessed May 2009 at [http://www.who.int/selection\\_medicines/committees/expert/17/WEBuneditedTRS\\_2009.pdf](http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/17/WEBuneditedTRS_2009.pdf).)
2. Greibel CP, Halvorsen J, Goleman TB, et al. Management of spontaneous abortion. *American Family Physician* 2005; 72 (7): 1243-1250.
3. Warriner IK, Shah IH, eds. Preventing unsafe abortion and its consequences: Priorities for research and action. New York: Guttmacher Institute, 2006.
4. World Health Organization. Definition of unsafe abortion, 2009. (Accessed May 2009 at [http://www.who.int/reproductive-health/unsafe\\_abortion/index.html](http://www.who.int/reproductive-health/unsafe_abortion/index.html).)
5. Singh, S. Hospital admissions resulting from unsafe abortion: Estimates from 13 developing countries. *Lancet* 2006; 368: 1887-1892.
6. Clark W, Shannon C, Winikoff B. Misoprostol for uterine evacuation in induced abortion and pregnancy failure. *Expert Review of Obstetrics & Gynecology* 2007; 2(1): 67-108.
7. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 427: Misoprostol for postabortion care. *Obstetrics & Gynecology* 2009; 113 (2 Pt 1): 465-468.
8. Sahin HG, Sahin HA, Kocer M. Randomized outpatient clinical trial of medical evacuation and surgical curettage in incomplete miscarriage. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 2001; 6(3): 141-144.
9. Shannon CS, Winikoff B, eds. Misoprostol: An emerging technology for women's health. Report of a Seminar: May 7-8, 2001. New York: Population Council, 2004.
10. Goldberg AB, Greenberg M, Darney PD. Misoprostol and pregnancy. *New England Journal of Medicine* 2001; 344 (1): 38-47.
11. Shannon C. Misoprostol: Investigator's brochure. New York: Gynuity Health Projects, 2006.

12. Blum J, Winikoff B, Gemzell-Danielsson K, et al. Treatment of incomplete abortion and miscarriage with misoprostol. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2007; 99: S186–S189.
13. Shwekerela B, Kalumuna R, Kipingili R, et al. Misoprostol for treatment of incomplete abortion at the regional hospital level: Results from Tanzania. *British Journal of Obstetrics & Gynecology* 2007; 114(11): 1363-1367.
14. Diop A, Rakotovao J, Raghavan S, et al. Comparison of two routes of administration for misoprostol in the treatment of incomplete abortion: A randomized clinical trial. *Contraception* 2009; 79: 456-462.
15. Bique C, Usta M, Debora B, et al. Comparison of misoprostol and manual vacuum aspiration for the treatment of incomplete abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2007; 98(3): 222-226.
16. Dao B, Blum J, Thieba B, et al. Is misoprostol a safe, effective, acceptable alternative to manual vacuum aspiration for post abortion care? Results from a randomized trial in Burkina Faso, West Africa. *British Journal of Obstetrics and Gynecology* 2007; 114(11): 1368-1375.
17. Ngoc NTN, Blum J, Durocher J, et al. A randomized controlled study comparing 600 versus 1200 mcg oral misoprostol for medical management of incomplete abortion. *Contraception* 2005; 72(6): 438-442.
18. Weeks A, Alia G, Blum J, et al. A randomised trial of oral misoprostol versus manual vacuum aspiration for the treatment of incomplete abortion in Kampala, Uganda. *Obstetrics & Gynecology* 2005; 106(3): 540-547.
19. Sotiriadis A, Makrydimas G, Papatheodorou S, et al. Expectant, medical or surgical management of first-trimester miscarriage: A meta-analysis. *Obstetrics & Gynecology* 2005; 105(5): 1104-1113.
20. Trinder J, Brocklehurst P, Porter R, et al. Management of miscarriage: expectant, medical, or surgical? Results of a randomised controlled trials (miscarriage treatment (MIST) trial). *British Medical Journal* 2006; 332: 1235-1240.
21. Postabortion Care Consortium Community Task Force. Essential Elements of Postabortion Care: An Expanded and Updated Model. Postabortion Care Consortium. July, 2002. (Accessed May 2009 at [http://www.pac-consortium.org/site/PageServer?pagename=PAC\\_Model](http://www.pac-consortium.org/site/PageServer?pagename=PAC_Model).)

22. Tang OS, Schweer H, Seyberth HW, et al. Pharmacokinetics of different routes of administration of misoprostol. *Human Reproduction* 2002; 17(2): 332-336.
23. Zieman M, Fong SK, Benowitz NL, et al. Absorption kinetics of misoprostol with oral or vaginal administration. *Obstetrics & Gynecology* 1997; 90(1): 88-92.
24. Derman RJ, Kodkany BS, Goudar SS, et al. Oral misoprostol in preventing postpartum haemorrhage in resource-poor communities: A randomised controlled trial. *Lancet* 2006; 368: 1248-1253.
25. Blanchard K, Taneepanichskul S, Kiriwat O, et al. Two regimens of misoprostol for treatment of incomplete abortion. *Obstetrics & Gynecology* 2004; 103: 860-865.
26. Creinin MD, Huang X, Westhoff C, et al. Factors related to successful misoprostol treatment for early pregnancy failure. *Obstetrics & Gynecology* 2006; 107(4): 901-907.
27. Consensus Statement: Instructions for use – misoprostol for treatment of incomplete abortion. Expert Meeting on Misoprostol sponsored by Reproductive Health Technologies Project and Gynuity Health Projects. June 9, 2004. New York, NY.
28. Moodliar S, Bagratee JS, Moodley J. Medical v. surgical evacuation of first-trimester spontaneous abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2005; 91: 21-26.
29. Pandian Z, Ashok P, Templeton A. The treatment of incomplete miscarriage with oral misoprostol. *British Journal of Obstetrics & Gynecology* 2001; 108: 213-214.
30. Pang MW, Lee TS, Chung TKH. Incomplete miscarriage: a randomized controlled trial comparing oral with vaginal misoprostol for medical evacuation. *Human Reproduction* 2001; 16(11): 2283-2287.
31. Davis AR, Hendlish SK, Westhoff C, et al. Bleeding patterns after misoprostol vs surgical treatment of early pregnancy failure: results from a randomized trial. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2007 Jan; 196(1):31.e1-7.
32. Dabash R, Cherine M, Darwish E, et al. Misoprostol (400 mcg) sublingual vs. MVA for the treatment of incomplete abortion in Egypt. 2009. In submission.

33. Robledo C, Zhang J, Troendle J, et al. Clinical indicators for success of misoprostol treatment after early pregnancy failure. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2007; 99(1):46-51.
34. Reeves MF, Fox MC, Lohr PA, et al. Endometrial thickness following medical abortion is not predictive of subsequent surgical intervention. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology* 2009; 34(1): 104-9.
35. Gemzell-Danielsson K, Fiala C, Weeks A. Misoprostol: first-line therapy for incomplete miscarriage in the developing world. *British Journal of Obstetrics & Gynecology* 2007; 114(11):1337-1339.
36. Shelley JM, Healy D, Grover S. A randomised trial of surgical, medical and expectant management of first trimester spontaneous miscarriage. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2005; 45(2): 122-127.
37. Coughlin LB, Roberts D, Haddad NG, et al. Medical management of first trimester incomplete miscarriage using misoprostol. *Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2004; 24(1): 67-68.
38. Graziosi GCM, Mol BW, Ankum WM, et al. Management of early pregnancy loss. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2004; 86: 337-346.
39. Gemzell-Danielsson K, Ho PC, Gómez Ponce de León R, et al. Misoprostol to treat missed abortion in the first trimester. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2007; 99 Suppl 2: S182-185.
40. Shankar M, Economides DL, Sabin CA, et al. Outpatient medical management of missed miscarriage using misoprostol. *Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2007; 27(3): 283-286.
41. Sharma D, Singhal SR, Rani XX. Sublingual misoprostol in management of missed abortion in India. *Tropical Doctor* 2007; 37(1): 39-40.
42. Tang OS, Ong CY, Tse KY, et al. A randomized trial to compare the use of sublingual misoprostol with or without an additional 1 week course for the management of first trimester silent miscarriage. *Human Reproduction* 2006; 21(1):189-192.
43. Vejborg TS, Rorbye C, Nilas L. Management of first trimester spontaneous abortion with 800 or 400 ug vaginal misoprostol. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2006; 92: 268-269.

44. Agostini A, Ronda I, Capelle M, et al. Influence of clinical and ultrasound factors on the efficacy of misoprostol in first trimester pregnancy failure. *Fertility & Sterility* 2005; 84(4):1030-1032.
45. Blohm F, Friden BE, Milsom I, et al. A randomised double blind trial comparing misoprostol or placebo in the management of early miscarriage. *British Journal of Obstetrics & Gynecology* 2005; 112: 1090-1095.
46. Kovavisarach E, Jamnansiri C. Intravaginal misoprostol 600 mcg and 800 mcg for the treatment of early pregnancy failure. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2005; 90: 208-212.
47. Lister MS, Shaffer LE, Bell JG, et al. Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of vaginal misoprostol for management of early pregnancy failures. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2005; 193(4): 1338-1343.
48. Sifakis S, Angelakis E, Vardaki E, et al. High dose misoprostol used in outpatient management of first trimester spontaneous abortion. *Archives of Gynecology & Obstetrics* 2005; 272: 183-186.
49. Zhang J, Gilles JM, Barnhart K, et al for the National Institute of Child Health Human Development (NICHD) Management of Early Pregnancy Failure Trial. A comparison of medical management with misoprostol and surgical management for early pregnancy failure. *New England Journal of Medicine* 2005; 353(8): 761-769.
50. Bagratee JS, Khullar V, Regan L, et al. A randomized controlled trial comparing medical and expectant management of first trimester miscarriage. *Human Reproduction* 2004; 19(2): 266-271.
51. Davis AR, Robilotto CM, Westhoff CL, et al. Bleeding patterns after vaginal misoprostol for treatment of early pregnancy failure. *Human Reproduction* 2004; 19(7): 1655-1658.
52. Gilles JM, Creinin MD, Barnhardt K, et al for the National Institute of Child Health and Human Development Management of Early Pregnancy Failure Trial. A randomized trial of saline solution-moistened misoprostol versus dry misoprostol for first-trimester pregnancy failure. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2004; 190(2): 389-394.



53. Graziosi GC, Mol BW, Reuwer PJ, et al. Misoprostol versus curettage in women with early pregnancy failure after initial expectant management: A randomized trial. *Human Reproduction* 2004; 19(8): 1894-1899.
54. Murchison A, Duff P. Misoprostol for uterine evacuation in patients with early pregnancy failures. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2004; 190: 1445-1446.
55. Ngoc NTN, Blum J, Westheimer E, et al. Medical treatment of missed abortion using misoprostol. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2004; 87: 138-142.
56. Taner CE, Nayki U, Pirci A. Misoprostol for medical management of first-trimester pregnancy failure. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2004; 86: 407-408.
57. Al Inizi SA, Ezimokhai M. Vaginal misoprostol versus dinoprostone for the management of missed abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2003; 83(1): 73-74.
58. Tang OS, Lau WN, Ng EH, et al. A prospective randomized study to compare the use of repeated doses of vaginal and sublingual misoprostol in the management of first trimester silent miscarriages. *Human Reproduction* 2003; 18: 176-181.
59. Kovavisarach E, Sathapanachai U. Intravaginal 400ug misoprostol for pregnancy termination in cases of blighted ovum: A randomized controlled trial. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2002; 42(2): 161-163.
60. Muffley PE, Stitely ML, Gherman RB. Early intrauterine pregnancy failure: A randomized trial of medical versus surgical treatment. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2002; 187: 321-326.
61. Wood SL, Brain PH. Medical management of missed abortion: A randomized clinical trial. *Obstetrics & Gynecology* 2002; 99: 563-566.
62. Demetroulis C, Saridogan E, Kunde D, et al. A prospective randomized control trial comparing medical and surgical treatment for early pregnancy failure. *Human Reproduction* 2001; 16(2): 365-369.

63. Ngai SW, Chan YM, Tang OS, et al. Vaginal misoprostol as medical treatment for first trimester spontaneous miscarriage. *Human Reproduction* 2001; 16(7):1493-1496.
64. Ayres-de-Campos, Teixeira-da-Silva J, Campos I, et al. Vaginal misoprostol in the management of first-trimester missed abortions. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2000; 71: 53-57.
65. Autry A, Jacobsen G, Sandhu R, et al. Medical management of non-viable early first trimester pregnancy. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 1999; 67: 9-13.
66. Chung TK, Lee DT, Cheung LP, et al. Spontaneous abortion: a randomized, controlled trial comparing surgical evacuation with conservative management using misoprostol. *Fertility & Sterility* 1999; 71(6):1054-1059.
67. Zalanyi S. Vaginal misoprostol alone is effective in the treatment of missed abortion. *British Journal of Obstetrics & Gynecology* 1998; 105: 1026-1035.
68. Creinin MD, Moyer R, Guido R. Misoprostol for medical evacuation of early pregnancy failure. *Obstetrics & Gynecology* 1997; 89: 768-772.
69. Herabutya Y, O-Prasertsawat P. Misoprostol in the management of missed abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 1997; 56: 263-266.



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](http://www.gynuity.org)

البريد الإلكتروني: [pubinfo@gynuity.org](mailto:pubinfo@gynuity.org)

# Gynuity

HEALTH PROJECTS