Royal College of Obstetricians & Gynaecologists

Making Abortion Safe

RCOG's global initiative to advocate for women's health

أفضل ممارسات الرعاية في حالات الإجهاض

مارس 2022

نشرته الكلية الملكية لطب أمراض النساء والتوليد، وعنوانها Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 10–18 Union Street, London, SE1 1SZ, UK.

www.rcog.org.uk/mas

مؤسسة خيرية مسجلة تحت رقم 213280

نُشرَ لأول مرة عام 2015، مُحَدَّث في عام 2022

حقوق الطبع والنشر © لعام 2015 محفوظة لصالح الكلية الملكية لطب أمراض النساء والتوليد

لا يجوز إعادة إنتاج أي جزء من هذا المنشور أو تخزينه أو نقله بأي شكل أو وسيلة دون الحصول على إذن خطي مسبق من الناشر أو، في حالة النسخ بالتصوير، وفقًا لشروط التراخيص الصادرة عن وكالة منح تراخيص الطبع والنشر في المملكة المتحدة [www.cla.co.uk]. ينبغي إرسال الاستفسارات المتعلقة بالنسخ خارج نطاق الشروط المذكورة هنا إلى الناشر على عنوان المملكة المتحدة المكتوب في هذه الصفحة.

المراجعة اللغوية والتنضيد: أندرو ويلش (www.andrew-welsh.com)

المحتويات

مقدمة عن أوراق أفضل الممارسات الصادرة عن الكلية الملكية لطب أمراض النساء والتوليد ii
خلفية 1
معلومات مُقدمة للسيدات الراغبات في الإجهاض 1
معلومات للعاملين في مجال الصحة الذين يقومون بفحص السيدات قبل الإجهاض 3
تقدير مدة الحمل 4
موانع الاستخدام والاعتبارات الأخرى 5
الفحص لاكتشاف العدوى المنقولة جنسيًا 5
الوقاية من عدوى ما بعد الإجهاض 6
اختبارات الدم 6
موانع الحمل 6
التطبيب عن بُعد 7
معلومات للعاملين في مجال الصحة ممن يقدمون خدمات الإجهاض 7
الإجهاض الدوائي 7
الإجهاض الجراحي 8
معلومات للعاملين في مجال الصحة الذين يقدمون الرعاية بعد الإجهاض 9
المعلومات التي يتعين تقديمها بعد الإجهاض 9
موانع الحمل 10
المضاد دي 10
المتابعة 10
التعامل مع الإجهاض غير التام 10
الفحص 10
العلاج 11
المعلومات التي يتعين تقديمها بعد الإجهاض 12
موانع الحمل 12
المضاد دي 12
تقديم الخدمات 12
الوصول إلى الخدمات 12
توفير المعلومات 13
الفحص الأولي 13
الترتيبات الخاصة بالإجراء 13
المصادر 14
مراجع إضافية 14
الملحق: وسائل منع الحمل بعد الإجهاض 15

مقدمة عن أوراق أفضل الممارسات الصادرة عن الكلية الملكية لطب أمراض النساء والتوليد

أوراق أفضل الممارسات الصادرة عن الكلية الملكية لطب أمراض النساء والتوليد هي وثائق سهلة الاستخدام قابلة للنقل منها بتصرف جرى مراجعتها من الزملاء تحدد العناصر الأساسية للممارسات السريرية القائمة على الأدلة.

تُستمد أفضل الممارسات الموضحة من الإرشادات الحالية القائمة على الأدلة التي أصدرتها منظمات مثل منظمة الصحة العالمية والكلية الملكية لطب أمراض النساء والتوليد والمعهد الوطني للتميز في الصحة والرعاية.

ولتسهيل قراءتها وإفادتها لمقدمي الرعاية الصحية على أساس يومي، فقد تم اختصار الأوراق وإيجازها بتأني. ولذلك، حُذِفَت الأدلة الأولية للتوصيات وقوة هذه الأدلة، ولكن يمكن العثور عليها في المستندات المصدرية الأصلية. وقُيِّمت الأدلة المنشورة حديثًا لتحديد ما إذا كان ينبغي تعديل أي توصيات من المبادئ التوجيهية الحالية أم لا.

ويمكن أيضًا استخدام "أوراق أفضل الممارسات" كأداة لمساعدة صانعي السياسات في تحسين الخدمات.

وفي حين يمكن استخدام "أوراق أفضل السياسات" للأغراض المرجعية في أي بلد، قد تتطلب السياقات القانونية والتنظيمية والسياسية وسياقات تقديم الخدمات المحلية تعديل بعض التوصيات بغرض المواءمة؛ مع ذلك، من المهم ضمان الحفاظ على الممارسات المستندة إلى الأدلة.

للحصول على دعم بشأن مواءمة الوثيقة مع مواصلة الاحتفاظ بالممارسات الجيدة، يُرجى التواصل عبر cfwgh@rcog.org.uk.

شكر وتقدير

أُعدت *الورقة الأصلية لأفضل الممارسات حول الرعاية الشاملة في حالات الإجهاض* والخاصة بالكلية الملكية لطب أمراض النساء والتوليد بواسطة آنا جلاسير بالتشاور الوثيق مع ديفيد بيرد وبول بلومنثال وشارون كاميرون وأليسون فيناندر وأيلسا جيبي وستيفان جيبهارت وناتالي كاب وهوا كاواوا وجودي كلوج وباتريشيا أ. لوهر وجريس ماجيمبي وجيليارد ماسينجا وبروجستين موغانييزي وماليكا باتيل وجريجوري بترو وليزلي ريغان وسام رولاندز وبيتروس ستاين وزيفني فان دير سبوي. وخضعت لمراجعة من الزملاء من كيلي كولويل وكريستينا جمزيل دانيلسون وأنجيلا هايد.

جرى تحديث هذه الورقة في عام 2022 بواسطة شارون كاميرون وجين كافانا وباتريشيا أ. لوهر، وخضعت لمراجعة من الزملاء من رؤى أحمد وأكينولا ب. أجايي وسيبونجيل تشيكومبور وإيفانجلين دشيميسو وكريستينا جمزيل دانيلسون وسلمى أ/سلام جيرايس وآنا جلاسير وعباس لاوال إبراهيم وجوناثان لورد وجيروم مفيتوموكيزا وجون رينولدز رايت.

تم تحديث هذه الورقة كجزء من برنامج إتاحة الإجهاض الآمن التابع للكلية الملكية لطب النساء والتوليد، وهو برنامج مدته ثلاث سنوات يعمل على زيادة قدرة مقدمي الرعاية الصحية على تجاوز العقبات التي تحول دون رعاية الإجهاض الآمن و/أو رعاية ما بعد الإجهاض على مستوى العالم. لمزيد من المعلومات، قم بزيارة www.rcog.org.uk/en/global-network/centre-womens-global-health/our-work/making-abortion-safe.

ملحوظة حول اللغة

يتم إجراء الكثير من عمليات الإجهاض للسيدات على الصعيد العالمي؛ ومع ذلك، فإن الرجال المتحولين والأشخاص غير الثنائيين يمرون أيضًا بتجربة الحمل والإجهاض. ولذلك، تشير هذه الورقة إلى "السيدات" و"الحوامل" لتجسد مجموعة من الهويات.

إخلاء المسؤولية الخاص بإرشادات الكلية الملكية لطب أمراض النساء والتوليد

تصدر الكلية الملكية لطب أمراض النساء والتوليد إرشادات كمساعدة تعليمية للممارسات السريرية الجيدة. وتُقدِّم وسائل وتقنيات معترف بها للممارسة السريرية، وذلك بناءً على الأدلة المنشورة لدراستها من أطباء التوليد وأطباء أمراض النساء وغيرهم من العاملين في مجال الصحة.

يجب أن يصدر الطبيب أو معاون آخر القرار النهائي بشأن إجراء سريري معين أو خطة علاجية في ضوء البيانات السريرية التي تقدمها المريضة وخيارات التشخيص والعلاج المتاحة. ويعني ذلك أن إرشادات الكلية الملكية لطب أمراض النساء والتوليد تختلف عن البروتوكولات أو الإرشادات الصادرة عن أصحاب العمل، حيث لا يُقصد منها أن تكون توجيهات إلزامية تحدد مسارًا واحدًا للتعامل.

وينبغي توثيق الانحراف عن البروتوكولات أو الإرشادات التوجيهية المحلية بشكل كامل في الملاحظات عن حالة المريض وقت اتخاذ القرار المعني.

خلفية

تشير التقديرات إلى إجراء ما يقرب من 25 مليون عملية إجهاض غير آمن كل عام، مما يجعله أحد الأسباب الرئيسية المؤدية للوفيات وانتشار الأمراض بين الأمهات في جميع أنحاء العالم. يمكن الوقاية من الوفيات وانتشار الأمراض المرتبطة بالإجهاض إلى حد كبير من خلال رعاية الإجهاض الآمن (التي تُقدَّم وفقًا لأفضل الممارسات السريرية) والرعاية في الوقت المناسب بعد الإجهاض وكذلك من خلال توفير الوصول إلى وسائل منع الحمل والتثقيف الجنسي الشامل. قد يؤدي رفض الحصول على رعاية الإجهاض الآمن أو تأخيرها أو تقييدها إلى انتهاكات للحق في الحياة والحق في الصحة والحق في الخصوصية، ويمكن أن يصل في بعض الحالات إلى المعاملة القاسية أو غير الإنسانية أو المهينة.

يجب ألا يمثل الإجهاض خطرًا. تقل معدلات انتشار الأمراض والوفيات عقب الإجهاض الذي يتم باستخدام أفضل الممارسات عن المعدلات التي تحدث أثناء الحمل المستمر وأثناء الولادة. وتعد عمليات الإجهاض الجراحي التي تتم وفقًا للإرشادات القائمة على البراهين إجراءات جراحية بسيطة بشكل عام ويمكن أن يجريها مجموعة كبيرة من الأطباء السريريين في بيئات متنوعة. بالإضافة إلى ذلك، ومع تلقي الدعم الملائم، يمكن للسيدات "للأفراد" تدبير الإجهاض الدوائي الذي يتم قبل مرور 12 أسبوعًا من الحمل بشكل آمن في المنزل. وكما هو الحال في العديد من الإجراءات الطبية الأخرى، سيضمن الالتزام بمعايير أفضل الممارسات تقديم الخدمات الأكثر فعالية وأمانًا. أُعِدَّت "ورقة أفضل الممارسات" هذه ليستخدمها العاملون في مجال الصحة ممن يقدمون خدمات الرعاية في حالات الإجهاض وما بعد الإجهاض.

هناك طريقتان للإجهاض هما:

- **الإجهاض الدوائي:** استخدام الأدوية لإنهاء الحمل؛ الأدوية الأكثر استخدامًا هي ميزوبروستول وحده أو ميزوبروستول بالاقتران مع ميفيبريستون.
- **الإجهاض الجراحي:** استخدام الإجراءات الجراحية عبر عنق الرحم لإنهاء الحمل، بما في ذلك الشفط التفريغي اليدوي والشفط التفريغي الكهربائي والتوسيع والتفريغ.

> ينبغي تقديم جميع جوانب الرعاية في حالة الإجهاض بطريقة محترمة وحساسة تركز على الشخص وتُقر بأن السيدات والحوامل هُنَّ أصحاب القرار.

معلومات مُقدمة للسيدات الراغبات في الإجهاض

ينبغي إخطار السيدات والحوامل بالخيارات المتاحة أمامهن حتى يتمكنَّ من اتخاذ قرار مبني على المعلومات بشأن المسار العلاجي المفضل لهن. وينبغي احترام قرارهن دون أي تأخير لا مبرر له، لأنه كلما تم إجراء الإجهاض في وقت مبكر من الحمل كان أكثر أمانًا.

> وإذا أُجري الإجهاض وفقًا لأفضل الممارسات، فسيكون أكثر أمانًا من استمرار الحمل والولادة.

وكلما تسنى ذلك، يجب عرض خيارات بطرق الإجهاض على السيدات. سيعتمد اختيارهن على ظروفهن الخاصة والشعور الذي ينتابهن تجاه الخيارات المختلفة.

ينبغي تقديم المعلومات التالية للسيدات الراغبات في الإجهاض بطريقة واضحة ومفهومة ومحايدة ومحترمة:

- يعد الإجهاض إجراءً آمنًا ومن النادر أن يؤدي إلى حدوث مضاعفات خطيرة في جميع فترات الحمل.
- خيارات طرق الإجهاض المتاحة.
- ما سيحدث أثناء الإجهاض وبعده (الجدول 1).
- ما خيارات علاج الألم المتاحة.
- الآثار الجانبية المترتبة على طرق الإجهاض ومخاطرها ومضاعفاتها (الجدول 2).

- كيفية التأكد من إنهاء الحمل لمن يخضعن للإجهاض الدوائي في المنزل.
- كيفية تحديد الحاجة إلى الحصول على رعاية طبية عاجلة أثناء الإجهاض أو بعده.
- مجموعة المشاعر المحتملة التي يمكن التعرض لها بعد الإجهاض.
- الخدمات الأخرى المتاحة، مثل الفحص لاكتشاف العدوى المنقولة جنسيًا وتقديم المشورة لمن تحتاج إليها وتقديم الدعم لمن تتعرض، على سبيل المثال، للإكراه الجنسي أو العنف والإيذاء الأسري.
- ما خيارات منع الحمل المتاحة وكيف يمكن الحصول عليها.

ينبغي تقديم المشورة والدعم في إطار اتخاذ القرار للسيدات غير المتأكدات من الاستمرار في الحمل أو إجراء الإجهاض.

الجدول 1 ما الذي يترتب على طرق الإجهاض؛ منقول بتصرف من *Clinical Practice Handbook for Safe Abortion* (*دليل الممارسات السريرية بشأن الإجهاض الآمن*) الصادر عن منظمة الصحة العالمية (2014) والأدوات المساعدة على اتخاذ القرار للمريض الصادرة عن المعهد الوطني للصحة وجودة الرعاية (2019) والمنشورة إلى جانب إرشادات *الرعاية في حالة الإجهاض*

الإجهاض الدوائي	الإجهاض الجراحي
• يتجنب الجراحة. • يماثل الإجهاض التلقائي. • قد يتم في المنزل (حسب مرحلة الحمل). • يستغرق وقتًا (من ساعات إلى أيام) لإتمامه وقد لا يمكن التنبؤ بالتوقيت. • يمكن أن تتسبب الأدوية في الشعور بالغثيان والقيء والإسهال والقشعريرة والحمى (حالة من كل 10 حالات). • ستحدث تقلصات في البطن ونزيف أثناء تفريغ الحمل (أشدّ مما يحدث أثناء الحيض). • يمكن أن تستمر تقلصات البطن على نحو متقطع لمدة أسبوع ويستمر النزيف من أسبوعين إلى ثلاثة. • يمكن رؤية الحمل أثناء تفريغه. • المضاعفات الخطيرة غير شائعة (الجدول 2). • يمكن بدء استخدام جميع وسائل منع الحمل في وقت الإجهاض الدوائي، باستثناء اللولب الرحمي، الذي يمكن إدخاله مباشرة بعد طرد الحمل.	• يُجرى في منشأة رعاية صحية. • سيحدث بعض الانزعاج أثناء الإجراءات التي تتم تحت تأثير مسكنات و/أو تخدير موضعي. • لن يحدث أي انزعاج أثناء الإجراءات التي تتم تحت التخدير الكلي. • تسبب الأدوية المستخدمة لتجهيز عنق الرحم تقلصات ونزيف ويمكن أن تسبب الغثيان والقيء والإسهال والقشعريرة والحمى (حالة من كل 10 حالات). • ستعانين من بعض الآلام ونزيف يستمر من أسبوع إلى أسبوعين بعد العملية. • لن ترين الحمل عادةً إلا إذا رغبت في ذلك. • يتطلب فحصًا للحوض وإدخال أدوات جراحية في الرحم. • المضاعفات الخطيرة غير شائعة (الجدول 2). • يمكن بدء استخدام جميع وسائل منع الحمل أثناء الإجراء، بما في ذلك اللولب الرحمي.

الجدول 2 مضاعفات الإجهاض ومخاطره؛ مقتبس من إرشادات الرعاية في حالة الإجهاض *الصادرة عن المعهد الوطني للصحة وجودة الرعاية* (2019) و إرشادات الكلية الملكية لطب أمراض النساء والتوليد (2011) *بشأن رعاية النساء اللواتي يطلبن الخضوع للإجهاض المُحرَّض*

المضاعفة/الخطر	الإجهاض الدوائي	الإجهاض الجراحي
مواصلة الحمل	1-2 من كل 100	1 من كل 1000 بنسبة أكبر في حالات الحمل الأقل من 7 أسابيع
يحتاج إلى تدخل إضافي لإتمام الإجراء	أقل من 14 أسبوعًا: 70 من كل 1000 أكثر من 14 أسبوعًا: 13 من كل 100	أقل من 14 أسبوعًا: 35 من كل 1000 أكثر من 14 أسبوعًا: 3 من كل 100
العدوى*	أقل من 1 من كل 100	أقل من 1 من كل 100
نزيف حاد يتطلب نقل دم	أقل من 20 أسبوعًا: أقل من 1 من كل 1000 أكثر من 20 أسبوعًا: 4 من كل 1000	أقل من 20 أسبوعًا: أقل من 1 من كل 1000 أكثر من 20 أسبوعًا: 4 من كل 1000
إصابة عنق الرحم نتيجة التوسيع والعلاج باليد "التدخل اليدوي"**	–	1 من كل 100
انثقاب الرحم	–	1-4 من كل 1000
تمزق الرحم	أقل من 1 من كل 1000 لعمليات الإجهاض الدوائي في الثلث الثاني من الحمل***	–

* تعد عدوى القناة التناسلية العلوية بدرجات متفاوتة من الشدة بعيدة الاحتمال ولكنها قد تحدث بعد الإجهاض وترتبط عادةً بعدوى موجودة مسبقًا. يتم تقليل احتمالات العدوى بعد الإجهاض الجراحي باستخدام مضادات حيوية وقائية.

** تقل احتمالية إصابة عنق الرحم إذا تم تجهيز عنق الرحم وفقًا لأفضل الممارسات.

*** يشكل وجود ندبة في الرحم (على سبيل المثال عقب ولادة قيصرية سابقة) عامل خطورة.

قد يتطلب الوضع علاجًا إضافيًا (مثل نقل الدم أو المنظار البطني أو جراحة البطن المفتوحة وبضعُ البطن أو استئصال الرحم)، في حالة حدوث أي مضاعفات خطيرة.

توجد العديد من الأفكار الخاطئة حول عواقب الإجهاض. يمكن طمأنة السيدات اللائي يُعبِّرن عن مخاوفهن بأنه لا توجد علاقات مثبتة بين الإجهاض والحمل التالي خارج الرحم أو المشيمة المتقدم أو العقم أو سرطان الثدي أو المشكلات الصحية النفسية.

من أفضل الممارسات المتبعة الدعوة إلى مناقشة حول وسائل منع الحمل عند طلب الاستشارة الأولية. وفي حال اختيار وسيلة منع حمل، ينبغي توفيرها، حيثما أمكن، في وقت إجراء الإجهاض.

الشابات

تستحق المراهقات نفس القدر من الاحترام مثل أي سيدة أخرى تحصل على الرعاية في حالة الإجهاض. ومن الأهمية بمكان تذكر مدى الضعف الذي قد تشعر به الفتاة الشابة عند طلب إجراء إجهاض، وخاصة إذا كانت المرة الأولى التي تلتمس فيها رعاية صحية. إذا كان القانون يشترط موافقة شخص بالغ على هذه العملية، فيجب شرح ذلك بوضوح للفتاة الشابة في بداية الاستشارة. وفي حين ينبغي تشجيع جميع المراهقات على إشراك شخص بالغ موثوق به في قرارهن، **فلا** يجب الإصرار ما أمكن على الحصول على إذن الوالدين ما لم يكن ذلك شرطًا قانونيًا.

معلومات للعاملين في مجال الصحة الذين يقومون بفحص السيدات قبل الإجهاض

يجب توصيل المعلومات على نحو واضح ومفهوم. وينبغي ألا يفرض مقدمو الخدمات قيمهم أو معتقداتهم الشخصية على العميلات بل عليهم التركيز على احتياجاتهن وإظهار التعاطف والاحترام لقراراتهم المتعلقة بالصحة الإنجابية.

وما لم يكن هناك مانع، ينبغي أن يُترك للسيدات والحوامل اختيار طريقة الإجهاض.

ينبغي أن يحدد التاريخ المرضي أي حالات صحية قد تؤثر على أهلية استخدام طريقة إجهاض معينة وأي اعتبارات إضافية قد تؤثر على مكان الحصول على الرعاية و/أو التخطيط لما قبل العلاج، بما في ذلك السيدات اللاتي تعانين من حالات طبية خطيرة يلزم إحالتها إلى رعاية متخصصة.

ينبغي على العاملين في مجال الصحة التأكد من أن السيدة التي تطلب إجراء الإجهاض تقوم بذلك بمحض إرادتها ولا يتم إجبارها على إنهاء الحمل. وينبغي عليهم أيضًا أن يطرحوا أسئلة حول العنف والاعتداء الجنسي والأسري (الجسدي والنفسي) وأن يتسنى لهم إحالة الشخص إلى خدمات الدعم المناسبة. في حالة إجراء التقييم عن طريق الهاتف أو مكالمة فيديو أو عبر الإنترنت، فينبغي أن يكون مقدم الخدمات واثقًا من أن السيدة قادرة على التحدث على انفراد دون أن يسمعها أحد.

ينبغي أن يكون العاملون في مجال الصحة على دراية بالقلق الذي قد يكون لدى العميلات بشأن المواقف السلبية والمتحيزة المتوقعة من مقدمي الرعاية الصحية.

يمكن أن يساعد العاملون في مجال الصحة في تخفيف حدة القلق وخلق بيئة آمنة تتسم بالاحترام ومناهضة وصمة العار المتعلقة بالإجهاض عن طريق:

- استخدام كلمات ترحيبية عند اللقاء الأول مع المريضة (التواصل البصري والابتسامة في اللقاءات وجهًا لوجه)
- تقديم أنفسهم وشرح ما ستنطوي عليه الاستشارة
- تنظيم الاستشارة بحيث يكون هناك وقت لإقامة رابطة قبل استجلاء المشاعر حول الحمل
- طرح معلومات واضحة وموجزة ودقيقة وأسئلة مشجعة.
- محاولة عدم وضع افتراضات واستخدام لغة محايدة وغير متحيزة
- الحديث عن مدى شيوع الإجهاض.

من المهم أن يتم تحديد الأهلية للإجهاض حسب مدة الحمل، وتحديد أي موانع تتعارض مع طرق الإجهاض وتوفير وسائل منع الحمل بعد الإجهاض.

تقدير مدة الحمل

ستؤثر مدة الحمل على الطريقة المستخدمة في الإجهاض وما إذا كان من الممكن أن يُجرى الإجهاض في المنزل أو ينبغي أن يُجرى في منشأة طبية. يمكن تقدير مدة الحمل من اليوم الأول لانتهاء آخر دورة شهرية. ويمكن لمعظم السيدات تقدير مدة حملهن بدقة معقولة من خلال آخر دورة شهرية فقط.

الفحص الروتيني بالموجات فوق الصوتية قبل الإجهاض غير ضروري ولكن ينبغي استخدامه، عندما يكون متاحًا، إذا كان هناك عدم تيقن من الناحية السريرية فيما يتعلق بمدة الحمل أو إذا تم الاشتباه في حدوث حمل مُنتبذ.

في الظروف التي لا يُمكن فيها تقدير مدة الحمل من خلال آخر دورة شهرية موثوق بها ومتى كان الفحص بالموجات فوق الصوتية غير متاح، يمكن أن يساعد فحص البطن في تقدير مدة الحمل عندما تكون أكثر من 12 أسبوعًا. ويمكن إجراء فحص باليدين إذا كان الطبيب الممارس لا يزال غير متأكد من مدة الحمل بعد فحص البطن وكانت المعلومات المستمدة ستؤدي إلى تغيير في المعالجة السريرية.

موانع الاستخدام والاعتبارات الأخرى

الإجهاض الدوائي

توجد بعض **موانع الاستخدام** للإجهاض الدوائي، وهي:

- الحمل خارج الرحم المشخص أو المشتبه فيه
- رد فعل تحسسي سابق تجاه ميفيبريستون أو ميزوبروستول
- الربو الشديد الذي يصعب التحكم فيه*
- قصور الغدة الكظرية المزمن*
- البُرفيرية الوراثية.*

* ينبغي عدم استخدام ميفيبريستون لأن هناك خطر نظري لتفاقم حدة الحالة المرضية الكامنة، ولكن يمكن التفكير في استخدام ميزوبروستول وحده.

قد يكون من الضروري إيلاء المزيد من الاعتبارات والتخطيط للرعاية إضافية للسيدات:

- اللاتي تخضعن **للعلاج بالستيرويدات طويلة الأجل** - من الناحية النظرية، لأن ميفيبريستون مضاد لمستقبلات الجلوكوكورتيكويد، فقد يثبط عمل العلاج بالستيرويدات ويؤدي إلى تفاقم حدة الحالة الصحية الكامنة؛ يجب التماس المساعدة المتخصصة حول ما إذا كانت هناك حاجة لإجراء تعديلات على الجرعة لنظام كورتيكوستيرويد
- اللاتي تتناولن **الأدوية المضادة للتخثر** – قد تكون هناك حاجة إلى وقف مضادات التخثر قبل إعطاء أدوية الإجهاض وتناولها مرة أخرى بعد الإجهاض
- اللاتي تعانين من **اضطراب نزفي**، وبحاجة إلى الرعاية في بيئة سريرية بدلاً من المنزل
- المصابات **بفقر الدم المصحوب بأعراض**، حيث ينبغي قياس تركيز الهيموجلوبين ومن قد تحتجن إلى رعاية إضافية في المستشفى.
- اللاتي تستخدمن **لولبًا رحميًا** - الأفضل هو إزالة اللولب قبل العلاج؛ من المهم في حالة تعذر استرجاع اللولب التأكد من طرده أثناء الإجراء الطبي، باستخدام التصوير الشعاعي مثل أشعة سينية على البطن بعد الإجهاض.

الإجهاض الجراحي

يُمنع استخدام الطرق الجراحية للإجهاض إذا كان لا يمكن طرح الحمل عن طريق عنق الرحم، على سبيل المثال بسبب ورم يعيق ذلك.

يمكن في الحالات النادرة جدًا التي لا يكون فيها الإجهاض الدوائي مناسبًا إجراء شق الرحم أو استئصال الرحم أثناء الحمل.

يمكن أن تؤثر الحالات والاعتبارات الطبية (أو الاعتبارات الأخرى) على اختيار نوع التخدير، أو تشير إلى الحاجة إلى إجراء الإجهاض في المستشفى، أو أنها تتطلب معدات إضافية أو متخصصة. ويشمل ذلك الاضطرابات النزفية والوضع المشيمي غير الطبيعي، واستخدام الأدوية المضادة للتخثر ومرض القلب الرئوي الحاد. يمكن أن يتسبب مؤشر كتلة الجسم المرتفع للغاية أو تشوه تجويف الرحم بسبب أورام ليفية أو أي شذوذ آخر أو أي جراحة سابقة لعنق الرحم أو تشوه الأعضاء التناسلية الأنثوية من الدرجة الثالثة أيضًا في صعوبة الوصول إلى عنق الرحم أو إنهاء الحمل. ويمكن أن يتضمن التخطيط للإجراء فروقًا في وضعية المريضة واستخدام أدوات أطول لتفريغ الرحم والتوجيه بالموجات فوق الصوتية وتجهيز عنق الرحم.

الفحص لاكتشاف العدوى المنقولة جنسيًا

من أفضل الممارسات إجراء تقييم مخاطر وجود عدوى منقولة جنسيًا للجميع وإجراء فحص (تحليل طبي) إذا اقتضى الأمر، على سبيل المثال، لاكتشاف المتدثرة (الكلاميديا) والسيلان اللذين قد يتسببا في الإصابة بالعدوى بعد الإجهاض وكذلك الفيروسات المحمولة بالدم مثل فيروس نقص المناعة البشرية والزُهري إذا كان هذا الفحص متاحًا. وينبغي أن يتم ذلك دون تأخير للإجهاض.

إعطاء جرعات العلاج بالمضادات الحيوية لمن تظهر عليهن علامات أو أعراض الإصابة بعدوى منقولة جنسيًا. يجب أيضًا علاج أزواج السيدات المصابات بعدوى منقولة جنسيًا؛ في الظروف المثالية سيستخدم نظام إخطار الشريك والمتابعة أو الإحالة.

الوقاية من عدوى ما بعد الإجهاض

لا يلزم استخدام المضادات الحيوية الاتقائية في حالة الإجهاض الدوائي ولكن ينبغي استخدامها في حالة الإجهاض الجراحي حيث ثبت أنها تقلل من خطر الإصابة بالعدوى التالية للإجهاض. ومع ذلك، ينبغي عدم تأخير الإجهاض الجراحي بسبب عدم توفر المضادات الحيوية.

يعد النظام العلاجي الأمثل غير معروف ولكن ثبتت فعالية المضادات الحيوية من فئة نيتروإيميدازول (مثل مترونيدازول) وفئة تيتراسايكلن (مثل دوكسيسيكلين) والبنسلينات.

ويمكن دراسة استعمال النظام العلاجي الوقائي التالي بالمضادات الحيوية للإجهاض الجراحي (أو غير التام):

- 100 مجم دوكسيسيكلين عن طريق الفم مرتين يوميًا من 3 إلى 7 أيام، يبدأ تناوله خلال ساعتين من العملية (هناك أدلة تشير إلى أن دورة العلاج لمدة 3 أيام لها نفس فعالية دورة العلاج لمدة 7 أيام).

اختبارات الدم

لا يتطلب فحص ما قبل الإجهاض اختبارات الدم الروتينية. ويمكن التفكير في تحديد حالة الدم للعامل الريسوسي إذا كانت مدة الحمل تزيد عن 12 أسبوعًا وكان المضاد دي متاحًا. ولا يلزم قياس تركيز الهيموجلوبين أو اختبارات الدم الأخرى ما لم تكن هناك مؤشرات سريرية واضحة للقيام بذلك، مثلما هو الحال مع السيدات المصابات بفقر الدم المصحوب بأعراض.

موانع الحمل

ينبغي أن تبدأ المناقشات حول موانع الحمل بحرص. لن ترغب جميع السيدات في مناقشة موانع الحمل في فترة إجراء الإجهاض لهن. وينبغي أن يتم تزويد السيدات اللائي يخضعن للإجهاض بمعلومات حول خيارات منع الحمل دون أي ضغط لاختيار طريقة معينة.

ويمكن تقديم المشورة حول الفعالية الأكبر ومدة استخدام وسائل منع الحمل ذات المفعول الطويل الأجل مع إمكانية الرجوع عنها (الغرسات واللولب الرحمي) وعن مدى سلامتها، ولكن ينبغي عدم الضغط على العميلات لقبول هذه الأساليب.

يمكن بدء استخدام جميع وسائل منع الحمل في وقت الإجهاض الجراحي.

ويمكن بدء استخدام جميع وسائل منع الحمل باستثناء اللولب الرحمي في الوقت الذي يتم فيه تناول دواء ميفيبريستون و/أو ميزوبروستول لغرض الإجهاض الطبي. يمكن إدخال اللولب الرحمي عقب طرح الحمل بعد الإجهاض الدوائي.

ولا يلزم اتخاذ احتياطات إضافية لمنع الحمل إذا تم البدء في استخدام وسائل منع الحمل في الحال أو خلال 5 أيام من إجراء الإجهاض.

إذا وجب التعقيم، فيجب أن يتم في أفضل الأحوال بعد مرور بعض الوقت على الإجهاض. وينبغي إبلاغ السيدات اللاتي تطلبن إجراء ربط البوق "الأنابيب" في وقت الإجهاض بمعدل الفشل المتزايد الممكن واحتمالية الشعور بالندم.

إذا كانت الوسيلة التي اختارتها العميلة غير متاحة، فينبغي تقديم وسيلة مؤقتة تستطيع البدء في استخدامها في الحال وينبغي إحالتها إلى خدمة تستطيع توفير الطريقة المفضلة لها.

التطبيب عن بُعد

يمكن استخدام التطبيب عن بُعد (عبر الهاتف أو مكالمات الفيديو أو عبر الإنترنت) للاستشارات المتعلقة بأي نوع من الإجهاض. وتسمح الاستشارة من خلال التطبيب عن بُعد للسيدات بإجراء الإجهاض الدوائي (حسب مرحلة الحمل) في منازلهن مع تقديم الدعم عن بُعد من مقدم خدمات الإجهاض. ولا تحتجن إلى زيارة مقدم الرعاية الصحية شخصيًا أو زيارة عيادة خدمات إجهاض، ما لم يكن هناك سبب لذلك (على سبيل المثال، عدم التأكد من موعد آخر دورة حيضية ومخاطر الحمل خارج الرحم والحالات الطبية المعقدة) أو تفضيلهن زيارة وجهًا لوجه. لقد ثبت أن هذا النموذج من الرعاية لحالات الإجهاض الدوائي في المنزل آمن وفعال ومقبول للعميلات، كما أنه يُحسن الوصول إلى خدمات الرعاية المصاحبة للإجهاض، بما يتيح العلاج في وقت مبكر من الحمل. وينبغي منح السيدات، في حالة أهليتهن، دائمًا خيار تحديد هذا النموذج من الرعاية.

معلومات للعاملين في مجال الصحة ممن يقدمون خدمات الإجهاض

الإجهاض الدوائي

قبل مرور 12 أسبوعًا على الحمل

في حال توفر ميفيبريستون، فمن الأفضل استخدامه بالاشتراك مع ميزوبروستول حيث ثبتت فعاليته بشكل أكبر بخلاف استخدام ميزوبروستول منفردًا، ويقلل من الوقت المستغرق لإتمام الإجهاض (فترة تحريض الإجهاض) كما يحد من الآثار الجانبية ويقلل من معدل الحمل الجاري. لا يوجد حد أدنى لمدة الحمل التي يمكن عندها إجراء الإجهاض الدوائي. تستطيع معظم السيدات تدبير الإجهاض الدوائي بأمان في المنزل خلال الأسابيع الـ 12 الأولى من الحمل، كما أنه آمن وفعال كالعلاج في منشأة صحية ويمكن أن يكون أكثر مواءمة وخصوصية لهن.

يتمثل النظام العلاجي الأكثر فعالية في تناول 200 مجم من ميفيبريستون عن طريق الفم، يليه بعد مرور 24 إلى 48 ساعة 800 ميكروغرام ميزوبروستول يعطى عن طريق المهبل أو بالطريق الشدقي أو تحت اللسان.

- وإذا لم يتم إسقاط الحمل خلال 4 ساعات، فينبغي إعطاء 400 ميكروجرام من ميزوبروستول عن طريق المهبل أو بالطريق الشدقي أو تحت اللسان.
- في حالة تقديم ميزوبروستول للاستخدام في المنزل، فينبغي إعطاء جرعات إضافية في حالة الحاجة إليها. ومن المهم بشكل خاص النظر في مدة الحمل التي تزيد عن 9 أسابيع حيث تبدأ فعالية جرعة واحدة تركيزها 800 ميكروجرام من ميزوبروستول في التراجع.

في حالة عدم توفر ميفيبريستون، يُستخدم ميزوبروستول بجرعة 800 ميكروجرام عن طريق المهبل أو بالطريق الشدقي أو تحت اللسان، متبوعًا بميزوبروستول بجرعة 400 ميكروجرام كل 3 ساعات حتى يتم طرح الحمل.

من 12 إلى 24 أسبوعًا من الحمل

عند مرور 12 أسبوعًا أو أكثر، يُجرى الإجهاض الدوائي عادةً في منشأة طبية. ولكن ليس هناك ما يدل على أن الإجهاض الدوائي خارج المنشآت الطبية غير آمن.

في حال توفر ميفيبريستون، فينبغي استخدامه بالاشتراك مع ميزوبروستول حيث يقلل من فترة تحريض الإجهاض كما يحد من الآثار الجانبية ويقلل من معدل الحمل الجاري.

يعتبر النظام العلاجي الأكثر فعالية هو ميفيبريستون بجرعة 200 مجم تؤخذ عن طريق الفم، متبوعًا بميزوبروستول، بعد مرور 24 إلى 48 ساعة بجرعة 800 ميكروجرام عن طريق المهبل أو بالطريق الشدقي أو تحت اللسان، متبوعًا بميزوبروستول بجرعة 400 ميكروجرام عن طريق المهبل أو بالطريق الشدقي أو تحت اللسان كل 3 ساعات حتى يتم الإجهاض.

عند عدم توفر ميفيبريستون، يُستخدم ميزوبروستول بجرعة 800 ميكروجرام متبوعًا بميزوبروستول بجرعة 400 ميكروجرام كل 3 ساعات حتى يتم الإجهاض.

يصبح الرحم أكثر حساسية للميزوبروستول كلما تقدم الحمل، وبالتالي، في حالات الحمل التي تتجاوز 24 أسبوعًا، ينبغي إعطاء جرعات أقل من ميزوبروستول والتفكير في زيادة الفترات الفاصلة بين جرعات ميزوبروستول خاصة للسيدات اللواتي تعانين من ندبات في الرحم.

علاج الألم الناتج عن الإجهاض الدوائي

ينبغي **دائمًا** تقديم خيارات المسكنات (تسكين الآلام).

- يوصى باستخدام مضادات الالتهاب اللاستيرويدية إما بشكل وقائي أو عند بدء الشعور بالتقلصات.
- قد تكون التدابير غير الدوائية لعلاج الألم (مثل زجاجة مياه ساخنة/كمادات ساخنة) مفيدة.
- يزداد الألم مع زيادة مدة الحمل، لهذا قد يتطلب الأمر استخدام مسكنات مخدرة عندما تكون تدابير علاج الألم الأخرى غير كافية. ويمكن أيضًا استخدام التخدير فوق الجافية، حال توفره.

الإجهاض الجراحي

قبل مرور 14 أسبوعًا من الحمل

يمكن إجراء الإجهاض الجراحي قبل مرور 14 أسبوعًا من الحمل باستخدام **الشفط التفريغي** (الكهربائي أو اليدوي).

يتضمن الشفط التفريغي تفريغ محتويات الرحم باستخدام قُنية (كانيولا) بلاستيكية أو معدنية، مرتبطة بمصدر تفريغ. يستخدم الشفط التفريغي الكهربائي مضخة تفريغ كهربائية. أثناء الشفط التفريغي اليدوي، يتم التفريغ باستخدام شفاطة بلاستيكية (تسمى أيضًا محقنة) بسعة 60 مل تُحمل باليد وتعمل يدويًا.

- تتسع شفاطات الشفط التفريغي اليدوي لقنيات 4 - 12 مم.
- لا يوجد حد أدنى لمدة الحمل التي يمكن عندها إجراء الإجهاض الجراحي.
- من أفضل الممارسات فحص الأنسجة التي تم شفطها في جميع فترات الحمل للتأكد من التخلص الكامل من الحمل.
- ينبغي إفراغ الرحم أثناء الشفط التفريغي باستخدام قنية شفط فقط (وملاقط إذا لزم الأمر). **لا** ينبغي إتمام الإجراء بشكل روتيني عن طريق الكشط الحاد.

من 14 إلى 24 أسبوعًا من الحمل

يمكن إجراء الإجهاض الجراحي بين الأسبوعين 14 و24 من الحمل عن طريق التوسيع والتفريغ.

تتطلب عملية التوسيع والتفريغ تجهيز عنق الرحم باستخدام الموسعات التناضحية أو المواد الصيدلانية، وتفريغ الرحم باستخدام ملاقط طويلة والشفط التفريغي باستخدام قنيات. هذه هي الطريقة الجراحية الأكثر أمانًا وفعالية بعد مرور 14 أسبوعًا من الحمل، طالما يتوفر مقدمو خدمات ذوو مهارة وخبرة.

يمكن إجراء الشفط التفريغي حتى بعد مرور 15 إلى 16 أسبوعًا من الحمل باستخدام أنبوب شفط بتجويف أكبر حجمًا وقنيات يصل قطرها إلى 16 مم.

تعد عملية التوسيع والكشط الحاد طريقة قديمة للإجهاض الجراحي وينبغي عدم استخدامها.

تجهيز عنق الرحم قبل الإجهاض الجراحي

ينبغي استخدام تجهيز عنق الرحم لجميع المرضى لأنه يقلل من خطر حدوث إجهاض غير تام ويساعد في تسهيل عملية التوسيع. قد يتسبب التجهيز في بعض النزيف والألم قبل الإجراء. في حالة استخدام الموسعات التناضحية، فينبغي إدخالها في اليوم السابق للإجهاض، خاصة إذا كانت مدة الحمل 19 أسبوعًا أو أكثر.

قبل مرور 12 أسبوعًا من الحمل:

- ميفيبريستون بجرعة 200 مجم عن طريق الفم، خلال 24 إلى 48 ساعة قبل الإجراء أو
- ميزوبروستول بجرعة 400 مجم تحت اللسان، خلال ساعة إلى ساعتين قبل الإجراء أو
- ميزوبروستول بجرعة 400 ميكروجرام عن طريق المهبل أو بالطريق الشدقي، خلال ساعتين إلى ثلاث ساعات قبل الإجراء.

12–18+6 أسبوعًا من الحمل:

- الجمع بين ميفيبريستون وميزوبروستول* (باستخدام الأنظمة العلاجية المذكورة أعلاه)، أو
- الموسعات التناضحية بالإضافة إلى أي من ميفيبريستون أو ميزوبروستول، أو مع كل من ميفيبريستون وميزوبروستول (باستخدام الأنظمة العلاجية المذكورة سابقًا في كل الحالات).

19–24 أسبوعًا من الحمل:

- الموسعات التناضحية بالإضافة إلى أي من ميفيبريستون أو ميزوبروستول، أو مع كل من ميفيبريستون وميزوبروستول (باستخدام الأنظمة العلاجية المذكورة سابقًا في كل الحالات).

علاج الألم الناتج عن الإجهاض الجراحي

ينبغي **دائمًا** إتاحة مسكنات الألم.

- في معظم الحالات، تعتبر مسكنات الألم مثل مضادات الالتهاب اللاستيرويدية والتخدير الموضعي و/أو المسكنات المتبوعة بتطمين شفهي كافية.
- لا يوصى بالاستخدام الروتيني للتخدير العام في علاج الألم الناتج عن إجراءات الإجهاض لأن ذلك اقترن بحدوث مضاعفات أكبر وإقامة في المستشفى لفترة أطول، بخلاف التخدير الموضعي.
- يمكن استخدام مخدر موضعي مثل ليدوكايين الذي يُعطى كحاصر حول عنق الرحم للتخفيف من الشعور بعدم الراحة الناتج عن التوسيع الميكانيكي لعنق الرحم والتفريغ الرحمي.
- في حالة توفر المسكنات الواعية، ينبغي إعطائها مع حاصر عنق الرحم.
- في حالة التخدير العام، ينبغي التفكير في إعطاء بروبوفول في الوريد ودواء أفيوني سريع المفعول (مثل فينتانيل) بدلاً من التخدير الاستنشاقي.
- يمكن استخدام مضادات الالتهاب اللاستيرويدية لتخفيف التقلصات في البطن الناتجة عن تناول ميزوبروستول لتجهيز عنق الرحم.

معلومات للعاملين في مجال الصحة الذين يقدمون الرعاية بعد الإجهاض

يمكن أن تنتاب السيدات مجموعة من المشاعر بعد الإجهاض. ينبغي على العاملين في مجال الصحة تقديم المعلومات اللازمة حول كيفية الحصول على دعم عاطفي بعد الإجهاض في حالة الحاجة إليه.

وينبغي على العاملين في مجال الصحة التأكد من معرفة السيدات بما يمكن توقعه بعد الإجراء والأماكن التي يمكنهم الحصول من خلالها على المساعدة عند الضرورة. وينبغي عليهم التأكد أيضًا من أن كل من ترغب في الحصول على وسيلة لمنع الحمل تغادر ومعها الطريقة التي تختارها أو تعرف كيف وأين يمكنها الحصول عليها.

المعلومات التي يتعين تقديمها بعد الإجهاض

ينبغي أن تحصل السيدات على تعليمات تتعلق بالعلامات والأعراض التي قد تشير إلى حدوث مضاعفات تتطلب مساعدة طبية عاجلة، بما في ذلك إذا:

- غمرن فوطتين أو أكثر من الفوط الصحية ذات الحجم الكبير كل ساعة، لمدة ساعتين متتاليتين
- وجود إفرازات مهبلية غير عادية كريهة الرائحة
- الإصابة بالحمى أو أعراض تشبه الأنفلونزا بعد 24 ساعة
- عانين من ألم شديد، بما في ذلك الألم الذي قد يشير إلى وجود حمل خارج الرحم لم يتم تشخيصه (على سبيل المثال، إذا كان ألم أسفل البطن من جانب واحد، أو تحت الضلوع، أو يصل إلى الكتفين).

* قد يتطلب الأمر أحيانًا أكثر من جرعة واحدة من ميزوبروستول للحصول على توسيع كافٍ.

ينبغي أيضًا على العاملين في مجال الصحة توفير معلومات حول العلامات والأعراض التي قد تشير إلى وجود حمل مستمر الأمر الذي يستدعي أن تلتمس السيدة الرعاية الطبية، بما في ذلك إذا كانت:

- لا تعاني من نزيف أو توجد فقط بقعًا أو لطخات دموية على فوطة صحية أو ملابس داخلية خلال 24 ساعة بعد إعطاء ميزوبروستول للإجهاض الدوائي
- لا تزال تشعر بوجود حمل بعد أسبوع من الإجهاض.

موانع الحمل

انظر أعلاه.

المضاد دي

في حالة توافره، ينبغي تقديم المضاد دي للسيدات من فئة سالب RHD اللاتي ليست لديهن حساسية بداية من الأسبوع الثاني عشر من الحمل ويتم إعطاؤه خلال 72 ساعة من الإجهاض.

المتابعة

لا توجد حاجة إلى المتابعة أو الفحص الروتيني بالموجات فوق الصوتية بعد الإجهاض. وبدلاً من ذلك، ينبغي تزويد السيدات بمعلومات واضحة حول موعد التماس المساعدة الطبية، على النحو المبين أعلاه.

بالنسبة للسيدات اللاتي تخضعن للإجهاض الدوائي في المنزل

عادةً ما تتأكد السيدات من انتهاء الحمل إما من خلال رؤية الحمل أثناء خروجه أو من كمية النزيف ومدته واختفاء أعراض الحمل. وإذا كان ذلك متاحًا، يمكن التأكد من نجاح الإجهاض إما عن طريق اختبار الحمل البولي منخفض الحساسية (حد الكشف 1000 وحدة دولية من موجهة الغدد التناسلية المشيمانية البشرية) في غضون أسبوعين بعد العلاج أو باختبار مرتفع الحساسية (كشف 50 وحدة دولية من موجهة الغدد التناسلية المشيمانية البشرية أو أقل) في غضون 4 أسابيع بعد العلاج.

التعامل مع الإجهاض غير التام

يمكن أن تقلل رعاية ما بعد الإجهاض من معدلات انتشار الأمراض والوفيات المرتبطة بمضاعفات الإجهاض التلقائي أو غير التام، بما في ذلك الإجهاض الذي تم إجراؤه بطريقة غير آمنة. تشمل خيارات التعامل مع الإجهاض غير التام الطرق الجراحية والدوائية لتفريغ الرحم.

وبالنسبة للسيدات اللاتي ترغبن في تجنب حدوث حمل آخر، ينبغي إتاحة مناقشة حول وسائل منع الحمل وتوفير الوسيلة المختارة.

الفحص

ينبغي الاشتباه في حدوث إجهاض غير تام عندما تعاني سيدة في سن الإنجاب من نزيف مهبلي أو ألم في البطن بعد انقطاع الطمث لشهر أو أكثر. وينبغي الاشتباه في حدوث حمل خارج الرحم إذا كان الرحم صغيرًا أو كان عنق الرحم مغلقًا أو توجد كتلة في ملحقات الرحم أو رقة.

الإجهاض غير الآمن

يعد الإجهاض غير آمن عندما يتم إجراؤه على يد شخص لا يمتلك المهارات اللازمة أو في بيئة لا تستوفي الحد الأدنى من المعايير الطبية أو كليهما.

ومن المهم في العديد من الظروف التمييز بين الإجهاض الآمن وغير الآمن لأن الإجهاض غير الآمن يُرجَّح أن يكون مرتبطًا بعدوى. تشمل الأدلة على إجراء محاولة إجهاض بطرق غير آمنة وجود:

- تهتك مهبلي

- إصابة بعنق الرحم
- تضخم في حجم الرحم يعادل حملاً لمدة تزيد عن 12 أسبوعًا
- نواتج حمل مرئية في عنق الرحم أو في المهبل
- في المريضات اللاتي تعانين من إصابة رحمية، أي من حمى أو ألم شديد في أسفل البطن أو إيلام أو تمدد بطني
- وجود جسم غريب في المهبل أو عنق الرحم.

العدوى

من الضروري تحديد السيدات اللائي قد يكون لديهن عدوى والتعامل مع ذلك بشكل عاجل. تكون العدوى محتملة بدرجة كبيرة ويُرجح أن تكون شديدة إذا أُجري الإجهاض بطريقة غير آمنة. تتضمن الأعراض السريرية التي توحي بوجود عدوى ما يلي:

- درجة حرارة فوق 37.5 درجة مئوية
- إيلام موضعي أو عام في البطن، ارتدادي أو دفاعي
- رائحة غير معتادة أو كريهة أو صديد موجود في عنق الرحم
- إيلام الرحم.

تشمل العلامات التي توحي بوجود إنتان وتشير إلى ضرورة التدخل العاجل ما يلي:

- انخفاض ضغط الدم
- تسارع ضربات القلب
- زيادة معدل التنفس.

العلاج

إذا لم يكن هناك اشتباه في الإصابة بعدوى وكان حجم الرحم أقل من 14 أسبوعًا

- العلاج الدوائي بميزوبروستول بجرعة 400 ميكروجرام تحت اللسان أو بالطريق الشدقي أو عن طريق المهبل أو 600 ميكروجرام عن طريق الفم:
  - فيما يتعلق بالإجهاض الفائت (جنين غير قابل للحياة محتجز)، يجب إعطاء ميفيبريستون بجرعة 200 مجم عن طريق الفم قبل 24 إلى 48 ساعة من إعطاء ميزوبروستول.

أو

- تفريغ الرحم من خلال الشفط التفريغي والاتقاء بالمضادات الحيوية (انظر أعلاه).

إذا لم يكن هناك اشتباه في الإصابة بعدوى وكان حجم الرحم 14 أسبوعًا أو أكبر

- العلاج الدوائي بميزوبروستول:
  - 14-24 أسبوعًا: ميزوبروستول بجرعة 400 ميكروجرام تعطى تحت اللسان أو بالطريق الشدقي أو عن طريق المهبل كل 3 ساعات
  - يصبح الرحم أكثر حساسية للميزوبروستول كلما تقدم الحمل، وبالتالي، في حالات الحمل التي تتجاوز 24 أسبوعًا، ينبغي إعطاء جرعات أقل من ميزوبروستول والتفكير في زيادة الفترات الفاصلة بين جرعات ميزوبروستول خاصة للسيدات اللواتي تعانين من ندبات في الرحم
  - ومن أجل توحيد البروتوكولات العلاجية، قد تستخدم الخدمات نفس الجرعات والفترات الزمنية على النحو الموصى به في الأنظمة العلاجية للإجهاض المُحَرَّض
  - فيما يتعلق بالإجهاض الفائت (جنين غير قابل للحياة محتجز)، يجب إعطاء ميفيبريستون بجرعة 200 مجم عن طريق الفم قبل 24 إلى 48 ساعة من إعطاء ميزوبروستول.

أو

- العلاج الجراحي عن طريق الاتقاء بالمضادات الحيوية (انظر أعلاه):
  - الشفط التفريغي لاستئصال الأنسجة المحتجزة أثناء لفظ الجنين؛ وقد تكون هناك حاجة أيضًا إلى استخدام الملاقط الكليلة لاستئصال المشيمة المحتجزة
  - إذا كان الجنين محتجزًا، فإن الشفط التفريغي يكون مناسبًا قبل مرور 14 أسبوعًا من الحمل؛ من 14 أسبوعًا وحتى 16 أسبوعًا من الحمل قد يلزم أيضًا إزالة الأجزاء الأكبر من الجنين بالملاقط؛ بعد مرور 16 أسبوعًا من الحمل يمكن إجراء توسيع وتفريغ
  - إذا كان التخلص من الحمل يتطلب استخدام الملاقط، سواء بالاقتران مع الشفط التفريغي أو من أجل التوسيع والتفريغ، فينبغي أن يقوم بذلك مقدم رعاية ماهر؛ وإذا لم يكن ذلك متاحًا، فيوصى بالعلاج الدوائي.

في حالة وجود عدوى، يجب تفريغ الرحم بشكل عاجل

- يتم البدء بالمضادات الحيوية واسعة المجال على الفور عن طريق الوريد في حالة وجود عدوى شديدة.
- تُنقل المريضة إلى وحدة مزودة بالتجهيزات لإجراء التفريغ الجراحي إذا لم يكن من الممكن إجراء ذلك في المنشأة التي توجهت إليها المريضة.
- إذا تعرضت المريضة لصدمة إنتانية، فينبغي نقلها على الفور إلى وحدة متخصصة لتفريغ الرحم جراحيًا – يجب إعطاء المضادات الحيوية واسعة المجال، مثل مزيج من الأمبيسيلين 0·5-1 جم كل 6 ساعات وميترونيدازول بجرعة 500 مجم كل 8 ساعات وجنتاميسين بجرعة 120 مجم يوميًا (مع المتابعة الملائمة)، عن طريق الوريد قبل النقل إذا كان ذلك متاحًا.
- إذا كانت المهارات اللازمة لتفريغ الرحم الجراحي العاجل غير متوفرة، فيمكن إعطاء ميزوبروستول باستخدام نظام الجرعات المذكور أعلاه.

المعلومات التي يتعين تقديمها بعد الإجهاض

انظر أعلاه.

موانع الحمل

انظر أعلاه.

المضاد دي

انظر أعلاه.

تقديم الخدمات

يعتمد تقديم خدمات رعاية للإجهاض الآمن والفعال على حرص كل شخص مشارك في تقديم الخدمات على توفير كل ما يلزم لتطبيق أفضل الممارسات للرعاية المصاحبة للإجهاض الآمن. ولا يكفي أن يؤدي الأطباء والممرضات والقابلات عملهم بفعالية إذا كانت المرافق والأدوات التي يحتاجون إليها غير متوفرة بشكل يُعتمد عليه وإذا لم يتم تنظيم الخدمات بطريقة تضمن الرعاية الآمنة والفعالة. نورد أدناه **أفضل الممارسات الخاصة بتقديم الخدمات**.

الوصول إلى الخدمات

1. ينبغي أن تتاح خدمات الإجهاض إلى أقصى حد يسمح به القانون. ينبغي أن يعرف مقدمو الرعاية الصحية ما يسمح به القانون *بالفعل* في بلدهم وأن يتحلوا بالوضوح بشأن الظروف التي يكون الإجهاض فيها قانونيًا.
2. إذا كانت السيدة التي تطلب الإجهاض تستوفي المعايير القانونية، فينبغي ألا تكون هناك قيود إضافية على الوصول إلى الخدمات لأسباب مثل العمر أو الحالة الاجتماعية أو عدد مرات الإجهاض السابقة.

3. كلما كان الإجهاض مبكرًا، كان ذلك أكثر أمانًا. ينبغي أن تكون الخدمات قادرة على تلبية الطلب المحلي على الإجهاض حتى تتمكن السيدات من تنفيذ الإجهاض في أقرب وقت ممكن وفي أقرب مكان ممكن من المنزل.
4. نظرًا لأن المعدات والمساحة المطلوبة لخدمات الإجهاض الآمن تشبه تلك المطلوبة لخدمات الرعاية الصحية وخدمات منع الحمل الروتينية المقدمة للسيدات، فينبغي بذل الجهود لتوفير خدمات الإجهاض الآمن في مجموعة واسعة من المرافق الصحية وبطريقة متكاملة.
5. ينبغي أن يكون جميع مقدمي الرعاية الصحية مدربين على تقديم الرعاية في حالات الإجهاض الآمن بما يتماشى مع مهاراتهم وتراخيصهم. يمكن أن يساعد ذلك في توزيع عبء العمل وتنمية مهارات جميع مقدمي الرعاية الصحية للسيدات، ومن ثم تعزيز الوصول إلى خدمات الرعاية في حالات الإجهاض وزيادة أمانها.
6. إن دمج خدمات الإجهاض ضمن الخدمات الصحية السائدة في مجال رعاية الأمومة والمرأة يقلل من وصمة العار المرتبطة برعاية الإجهاض لكل من المرضى ومقدمي الخدمات.
7. عندما يتم تقديم خدمات الإجهاض ولكن لا يتم توفير الرعاية الطارئة أو المتخصصة، يجب أن تكون هناك مسارات سليمة وفي الوقت المناسب للإحالة.

توفير المعلومات

1. ينبغي أن تكون هناك ترتيبات محلية معمول بها لتوفير المعلومات للنساء والحوامل ومقدمي الرعاية الصحية حول طرق الوصول إلى خدمات الرعاية المصاحبة للإجهاض الآمن.
2. ينبغي أن تضمن الخدمات أن المعلومات الموضوعية القائمة على الأدلة المكتوبة متاحة بطريقة مفهومة لجميع السيدات اللاتي تفكرن في الإجهاض. وينبغي أن تكون المعلومات متاحة بعدة لغات وتنسيقات.
3. ينبغي أن يتاح للسيدات والحوامل الوصول إلى المعلومات الموضوعية والمشورة ودعم اتخاذ القرار بشأن خيارات الحمل المتاحة لهن إذا لزم الأمر. ومع ذلك، ينبغي عدم اشتراط مشورة طبية إجبارية أو وقت إلزامي للتفكير قبل الإجهاض.

الفحص الأولي

1. ينبغي أن يكون هناك مسار للرعاية الصحية المناسبة للسيدات اللاتي تعانين من حالات طبية خطيرة معروفة (مثل أمراض القلب) تتطلب رعاية إجهاض متخصصة في مستشفى.
2. تحتاج السيدات اللائي يسعين للإجهاض ممن يثبت أن حملهن غير قابل للحياة إلى وسائل منع الحمل والرعاية الصحية الجنسية.
3. تنبغي إحالة السيدات اللاتي تطلبن الإجهاض ولكنهن تقررن فيما بعد مواصلة الحمل إلى رعاية ما قبل الولادة (جنبًا إلى جنب مع جميع البيانات ذات الصلة).
4. ينبغي أن تحدد الخدمات السيدات المهددات بصفة خاصة (على سبيل المثال، بعض المراهقات والسيدات الواقعات في علاقات تعسفية متسلطة، والمدمنات على المخدرات/الكحول والسيدات اللائي يعانين من مشكلات الصحة العقلية المتوسطة/الشديدة) وإحالتهن/توجيههن إلى خدمات الرعاية المناسبة.

الترتيبات الخاصة بالإجراء

1. للتقليل من حالات التأخير، ينبغي أن تتم ترتيبات الخدمة بحيث يمكن إجراء الإجهاض في أسرع وقت ممكن، ومن الناحية المثالية، يكون في نفس يوم الفحص.
2. ينبغي أن يراعي المكان المخصص لخدمات الإجهاض (غرف الاستشارة وغرف الإجراءات وغرف الإنعاش) الحاجة إلى خصوصية العميلات وكرامتهن.

المصادر

المعهد الوطني للتميز في الصحة والرعاية. *Abortion Care*. NICE guideline NG140; 2019 [www.nice.org.uk/guidance/ng140].

الكلية الملكية لطب أمراض النساء والتوليد. *The Care of Women Requesting Induced Abortion*. Evidence-based Guideline No.7. London: RCOG; 2011 [www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/the-care-of-women-requesting-induced-abortion].

منظمة الصحة العالمية. *Abortion Care Guideline*. Geneva: WHO; 2022 [https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483]

منظمة الصحة العالمية. *Clinical Practice Handbook for Safe Abortion*. Geneva: WHO; 2014 [https://www.who.int/publications/i/item/9789241548717/]

مراجع إضافية

Berghella V, Airoldi J, O'Neill A, Einhorn K, Hoffman M. Misoprostol for second trimester pregnancy termination in women with prior caesarean: a systematic review. *BJOG* 2009;116:1151–7.

Conde-Agudelo A, Belizan JM, Breman R, Brockman SC, Rosas-Bermudez A. Effect of the interpregnancy interval after an abortion on maternal and perinatal health in Latin America. *Int J Gynaecol Obstet* 2005;89 Suppl 1:S34–40.

Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. *Contraception After Pregnancy*. FSRH Guideline. London: FSRH; 2017, amended 2020 [www.fsrh.org/documents/contraception-after-pregnancy-guideline-january-2017].

Gómez Ponce de León R, Wing D, Fiala C. Misoprostol for intrauterine fetal death. *Int J Gynaecol Obstet* 2007;99 Suppl 2:S190–3.

Goyal V. Uterine rupture in second-trimester misoprostol-induced abortion after cesarean delivery: a systematic review. *Obstet Gynecol* 2009;113:1117–23.

Ipas. *Clinical Updates in Reproductive Health: Prophylactic antibiotics for vacuum aspiration and dilatation and evacuation*. Chapel Hill, NC: Ipas; 2019 [www.ipas.org/clinical-update/english/general-recommendations/prophylactic-antibiotics-for-vacuum-aspiration-and-dilatation-and-evacuation].

Love ER, Bhattacharya S, Smith NC, Bhattacharya S. Effect of interpregnancy interval on outcomes of pregnancy after miscarriage: retrospective analysis of hospital episode statistics in Scotland. *BMJ* 2010;341:c3967 [www.bmj.com/content/341/bmj.c3967].

Mark AG, Edelman A, Borgatta L. Second-trimester postabortion care for ruptured membranes, fetal demise, and incomplete abortion. *Int J Gynaecol Obstet* 2015;129:98–103.

Passini R Jr, Cecatti JG, Lajos JG, Tedesco RP, Nomura ML, Dias TZ, et al., for the Brazilian Multicentre Study on Preterm Birth study group. Brazilian Multicentre Study on Preterm Birth (EMIP): prevalence and factors associated with spontaneous preterm birth. *PLoS One* 2014;9:e109069 [https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0109069].

منظمة الصحة العالمية. *Report of a WHO Technical Consultation on Birth Spacing*. Geneva: WHO; 2005 [www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-07.1].

الملحق: وسائل منع الحمل بعد الإجهاض

منقول بتصرف من *Clinical Practice Handbook for Safe Abortion* *(دليل الممارسات السريرية بشأن الإجهاض الآمن)* الصادر عن منظمة الصحة العالمية (2014)

وسيلة منع الحمل بعد الإجهاض	فئة معايير الأهلية الطبية		
	الثلث الأول	الثلث الثاني	الإجهاض الفوري التالي للإنتان
وسيلة منع الحمل الهرمونية المركبة	1	1	1
الحبوب المحتوية على البروجيستوجين فقط	1	1	1
الحقن المحتوية على البروجيستوجين فقط	1	1	1
الغرسات المحتوية على البروجيستوجين فقط	1	1	1
اللولب الرحمي النحاسي	1	2	4
اللولب المحتوي على الليفونورجيستريل	1	2	4
العازل الذكري	1	1	1
مُبيد النِّطاف	1	1	1
العازل المهبلي	1	1	1

CHC = وسيلة منع الحمل الهرمونية المركبة (حبوب، لاصقة، حلقة، حقن).
POP = الحبوب المحتوية على البروجيستوجين فقط.
الحقن المحتوية على البروجيستوجين فقط = أسيتات ميدروكسي بروجستيرون أو نوريثيستيرون إينونثات.
الغرسات المحتوية على البروجيستوجين فقط = ليفونورجيستريل أو إيتونوجيستريل.
Cu-IUD = اللولب الرحمي النحاسي.
LNG-IUD = اللولب الرحمي المحتوي على ليفونورجيستريل.
العازل الذكري = العازل الذكري المصنوع من اللاتكس أو العازل الذكري المصنوع من مادة البولي يوريثين أو العازل الأنثوي.
العازل المهبلي = العازل المهبلي (مع مبيد النِّطاف) أو غطاء عنق الرحم.

فئات معايير الأهلية الطبية لاستخدام وسائل منع الحمل	
1	حالة لا توجد فيها قيود على استخدام وسيلة منع الحمل.
2	حالة تزيد فيها فوائد استخدام الوسيلة عمومًا عن المخاطر النظرية أو المثبتة.
3	حالة تزيد فيها المخاطر النظرية أو المثبتة عادةً عن فوائد استخدام الوسيلة.
4	حالة تمثل خطرًا صحيًا غير مقبول إذا تم استخدام وسيلة منع الحمل.

توصيات لاستخدام موانع الحمل بين السيدات المعرضات لخطر عالٍ من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية

- يمكن للسيدات المعرضات لخطر مرتفع من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية استخدام جميع وسائل منع الحمل الهرمونية دون قيود (معايير الأهلية الطبية – الفئة 1)، بما في ذلك موانع الحمل الهرمونية المركبة والحبوب المحتوية على البروجيستوجين فقط والحقن والغرسات المحتوية على البروجيستوجين فقط.
- يمكن للسيدات المعرضات لخطر مرتفع من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية أيضًا استخدام اللولب الرحمي النحاسي ولولب ليفونورجيستريل دون قيود (معايير الأهلية الطبية - الفئة 1).

موانع الحمل لدى السيدات اللاتي تتلقين العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية لفيروس نقص المناعة البشرية

هناك تفاعلات محتملة بين بعض العقاقير المضادة للفيروسات القهقرية وموانع الحمل الهرمونية التي قد تؤثر على فعالية بعض وسائل منع الحمل الهرمونية. وينبغي لمقدمي الخدمات تقديم المشورة للعملاء بشأن المخاطر حتى يتمكنوا من الاختيار الواعي للطريقة.

Making Abortion Safe

RCOG's global initiative to advocate for women's health

Royal College of
Obstetricians &
Gynaecologists