Royal College of Obstetricians & Gynaecologists

Making Abortion Safe

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

أفضل ممارسات رعاية ما بعد 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 للعاملين في مجال الصحة الذين يقدمون رعاية ما بعد الإجهاض 1
الفحص 1
التعامل مع الإجهاض غير التام 2
الوقاية من الإصابة بعدوى ما بعد العلاج 3
الفحص لاكتشاف العدوى المنقولة جنسيًا 4
اختبارات الدم 4
موانع الحمل 4
المضاد دي 4
معلومات لتقديم رعاية ما بعد الإجهاض 5
الإجهاض الموصى به طبيًا 5
معلومات للسيدات الموصى بإجهاضهن لأسباب طبية 5
معلومات للعاملين في مجال الصحة الذين يقومون بفحص السيدات قبل الإجهاض الموصى به طبيًا 7
تقدير مدة الحمل 8
موانع الاستخدام والاعتبارات الأخرى 9
معلومات للعاملين في مجال الصحة الذين يقدمون خدمات الإجهاض الموصى به طبيًا 10
الإجهاض الدوائي 10
الإجهاض الجراحي 11
المتابعة 12
تقديم الخدمات 12
الوصول إلى الخدمات 12
توفير المعلومات 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 لما بعد الإجهاض* والخاصة بالكلية الملكية لطب أمراض النساء والتوليد بواسطة آنا جلاسيير 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 وبيتروس ستاين. وخضعت لمراجعة من الزملاء من دانييل جروسمان وبيفرلي وينيكوف.

وجرى تحديث هذه الورقة في عام 2022 بواسطة شارون كاميرون وجين كافانا وباتريشيا أ. لوهر، وخضعت لمراجعة من الزملاء من نصر عبد الله وبريان دي أدينما ورؤى أحمد وإبراهيم أوولي وسكينة بولا أويباميجي وكريستينا جمزيل دانيلسون وسلمى أ/سلام جيرايس وآنا جلاسير وجوناثان لورد 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

بشكل عام، تُجرى معظم عمليات الإجهاض للسيدات؛ ومع ذلك، فإن الرجال المتحولين جنسيًا والأشخاص الجندريين 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. وتكون معظمها في أماكن يكون فيها الإجهاض غير قانوني أو يخضع لقيود شديدة بموجب القانون. في بعض البلدان، يُسمح بالإجهاض المحرض فقط بموجب القانون لمنع حدوث ضرر كبير أو لإنقاذ حياة الحامل (الإجهاض الموصى به طبيًا).

ويمكن الحد من الوفيات وانتشار الأمراض المتعلقة بالإجهاض من خلال تقديم رعاية آمنة لما بعد الإجهاض (التي يتم إجراؤها بما يتماشى مع أفضل الممارسات السريرية). وتهدف رعاية ما بعد الإجهاض إلى تقليل الوفيات والإصابات الناتجة عن الإجهاض غير التام أو غير الآمن من خلال ما يلي:

- تفريغ الرحم
- علاج العدوى
- تلبية الاحتياجات الجسدية والنفسية والمتعلقة بمنع الحمل
- الإحالة إلى خدمات الصحة الجنسية الأخرى حسب الضرورة.

ينبغي أن تكون الرعاية الآمنة لما بعد الإجهاض متاحة وميسورة الوصول لكل من تحتاج إليها.

قد يؤدي رفض الحصول على الرعاية الآمنة لما بعد الإجهاض وعمليات الإجهاض الموصى بها طبيًا 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.

وكما هو الحال في العديد من الإجراءات الطبية الأخرى، سيضمن الالتزام بمعايير أفضل الممارسات تقديم الخدمات الأكثر فعالية وأمانًا. أُعِدَّت *ورقة أفضل الممارسات* هذه حتى يستخدمها العاملون في مجال الصحة الذين يقدمون خدمات الرعاية لما بعد الإجهاض و/أو إجراء عمليات الإجهاض الموصى بها طبيًا.

الطرق المتبعة لعلاج الإجهاض غير التام والإجهاض الموصى به طبيًا هي:

- **الإجهاض الدوائي:** استخدام أدوية لإنهاء الحمل؛ تتمثل الأدوية الأكثر استخدامًا في 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 رعاية ما بعد الإجهاض والإجهاض الموصى به طبيًا بطريقة محترمة وحساسة تركز على الشخص وتُقر بأن السيدات والحوامل هُنَّ أصحاب القرار.

معلومات للعاملين في مجال الصحة الذين يقدمون رعاية ما بعد الإجهاض

يمكن أن تقلل رعاية ما بعد الإجهاض من معدلات انتشار الأمراض والوفيات المرتبطة بالإجهاض الذي تم إجراؤه بشكل غير آمن والإجهاض غير التام والإجهاض التلقائي (إسقاط الجنين). تشمل خيارات علاج 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 إيلام أو نزيف مهبلي.

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.

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.

التعامل مع الإجهاض غير التام

يعتمد ذلك على حالة المريضة وما إذا كانت هناك عدوى أم لا ومدة الحمل وكذلك على المهارات التي يمتلكها الاختصاصيون المتاحون والمرافق والمعدات المتاحة. عندما يكون تفريغ الرحم حالة طبية طارئة (المريضة مصابة بصدمة أو تعاني من نزيف حاد أو عدوى شديدة)، إذا توفر اختصاصيون يتمتعون بالمهارات اللازمة لإجراء شفط تفريغي (شفط تفريغي يدوي أو شفط تفريغي كهربائي)، وكانت المعدات المناسبة متوفرة، فعندئذ قد يكون الشفط خيارًا أفضل من إعطاء ميزوبروستول لأن الرحم سيتم إفراغه بسرعة أكبر. وإذا لم يكن هناك مقدم خدمة ماهر في الشفط التفريغي، فسيكون إعطاء ميزوبروستول لتفريغ الرحم أكثر أمانًا. تعتمد جرعة ميزبروستول على مدة الحمل وطريقة الإعطاء (عن طريق الفم أو تحت اللسان أو بالطريق الشدقي أو عن طريق المهبل). إذا كانت المريضة تعاني من نزيف حاد، فقد يكون امتصاص ميزوبروستول أقل إذا تم إعطاؤه عن طريق المهبل مما لو تم إعطاؤه عن طريق الفم أو تحت اللسان أو بالطريق الشدقي.

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 أدناه).

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

- العلاج الدوائي بالميزوبروستول:
  - 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 المضادات الحيوية الوقائية (انظر أدناه):
  - 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.

الوقاية من الإصابة بعدوى ما بعد العلاج

ينبغي استخدام المضادات الحيوية الاتقائية قبل التفريغ الجراحي حيث ثبت أنها تقلل من خطر الإصابة بالعدوى. ومع ذلك، ينبغي عدم تأخير الإجراء 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.

يمكن التفكير في اتباع نظام المعالجة التالي قبل التفريغ الجراحي:

- 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).

الفحص لاكتشاف العدوى المنقولة جنسيًا

من أفضل الممارسات إجراء تقييم مخاطر عدوى منقولة جنسيًا للجميع وإجراء فحص 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. ينبغي أن يتم ذلك دون تأخير تقديم رعاية ما بعد الإجهاض.

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.

اختبارات الدم

لا يتطلب تقييم الرعاية الأولية فحوصات الدم الروتينية تلقائيًا. ولا يلزم قياس تركيز الهيموجلوبين أو اختبارات الدم الأخرى ما لم تكن هناك مؤشرات سريرية واضحة للقيام بذلك، مثل السيدات المصابات بنزيف حاد أو نزيف شديد مستمر و/أو فقر الدم المصحوب بأعراض.

ويمكن التفكير في تحديد حالة الدم للعامل الريسوسي إذا كانت مدة الحمل تزيد عن 12 أسبوعًا وكان المضاد دي متاحًا.

موانع الحمل

ينبغي أن تبدأ المناقشات حول موانع الحمل بحرص. لن ترغب جميع السيدات في مناقشة موانع الحمل في فترة رعاية ما بعد الإجهاض. 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 العملاء لقبول هذه الأساليب.

يمكن بدء استخدام جميع وسائل منع الحمل في وقت التفريغ الجراحي، ما لم يكن هناك إنتان، وفي هذه الحالة ينبغي عدم إدخال اللولب (انظر الملحق الخاص بوسائل منع الحمل بعد الإجهاض).

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

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

وإذا طُلِبَ التعقيم، فيجب أن يتم في أفضل الأحوال بعد مرور بعض الوقت على رعاية ما بعد الإجهاض. وينبغي إبلاغ السيدات اللائي يطلبن إجراء ربط البوق في وقت الإجهاض بمعدل الفشل المتزايد الممكن والشعور 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.

المضاد دي

في حالة توافره، ينبغي تقديم المضاد دي للسيدات ذوات العامل الريصي السالب اللاتي ليست لديهن حساسية بداية من الأسبوع الثاني عشر من الحمل ويتم إعطاؤه خلال 72 ساعة من التفريغ الجراحي.

معلومات لتقديم رعاية ما 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.

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).

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.

الإجهاض الموصى به طبيًا

عادةً ما يتخذ طبيب التوليد واختصاصي أمراض النساء قرار إجراء الإجهاض الموصى به طبيًا، ولكن ينبغي أن يكون جميع العاملين في مجال الصحة ممن يقدمون الرعاية السابقة للولادة على دراية بالظروف التي يمكن فيها التوصية بالإجهاض طبيًا من أجل منع حدوث ضرر أكبر و/أو لإنقاذ حياة مريضة. ينبغي أن يعرف العاملون في مجال الصحة على جميع المستويات مكان إحالة السيدات والحوامل الذين قد يوصى بإجهاضهن لأسباب طبية، وينبغي أن يكونوا على دراية بضرورة الإحالة بسرعة.

وإذا كان الإجهاض موصى به طبيًا، فيجب إجراؤه بأمان. وكما هو الحال في العديد من الإجراءات الطبية الأخرى، ينبغي أن يضمن الالتزام بمعايير أفضل الممارسات تقديم الخدمات الأكثر فعالية وأمانًا. ينبغي تقديم المعلومات والدعم للأشخاص بطريقة ملائمة.

معلومات للسيدات الموصى بإجهاضهن لأسباب طبية

ينبغي إخطار جميع النساء والحوامل اللائي يتم التوصية بإجهاضهن لأسباب طبية بالخيارات المتاحة أمامهن حتى يتمكنّ من اتخاذ قرار مبني على المعلومات بشأن برنامج العلاج المفضل لديهن. وينبغي احترام قرارهن دون أي تأخير لا مبرر له، لأنه كلما تم إجراء الإجهاض في وقت مبكر من الحمل كان أكثر أمانًا.

ينبغي تقديم المعلومات التالية بطريقة واضحة ومفهومة ومحايدة ومحترمة:

- 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 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.
- أي رعاية مطلوبة لأي حالة طبية مرتبطة بالحمل استدعت 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 فحص الحوض 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**	–	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 المفتوح 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 المتقدمة 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 الموصى به طبيًا

إذا تمت التوصية بالإجهاض طبيًا لإنقاذ حياة الحامل، فقد تكون حالة طبية طارئة حيث من المحتمل أن تزداد حالتها سوءًا إذا استمر الحمل.

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

وحيثما كان ذلك مناسبًا، ينبغي أن يُترك للسيدات اختيار طريقة إجهاض.

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.

وينبغي للعاملين في مجال الصحة 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 والتواصل البصري والابتسامة
- تقديم أنفسهم وشرح ما ستنطوي عليه الاستشارة
- تقديم 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 خارج الرحم.

وفي 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 يكون 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 المعروف 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 لوجود خطر نظري بتفاقم 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
- 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 التخلص من 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.

راجع قسم رعاية ما بعد الإجهاض أعلاه للوقاية من حدوث عدوى ما بعد الإجهاض وفحص الأمراض المنقولة جنسيًا وفحوصات الدم ووسائل منع الحمل والمضاد دي والمعلومات التي يجب تقديمها بعد الإجهاض.

† تشوه الأعضاء التناسلية للأنثى من النوع الثالث هو استئصال للأعضاء التناسلية الظاهرة وتضييق فتحة المهبل من خلال وضع سداد غطائي، ويُعرف أيضًا باسم الختان التخييطي و/أو تضييق المهبل.

معلومات للعاملين في مجال الصحة الذين يقدمون خدمات الإجهاض الموصى به طبيًا

الإجهاض الدوائي

قبل مرور 12 أسبوعًا من 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 أربع ساعات، فينبغي إعطاء 400 ميكروجرام 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 يليه ميزوبروستول 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.

* تجنب إعطاء ميزوبروستول عن طريق المهبل إذا كان هناك نزيف شديد نظرًا لإمكانية عدم امتصاصه بشكل فعال.
† إعطاء ميزوبروستول عن طريق الفم أقل فعالية من إعطائه عن طريق المهبل أو بالطريق الشدقي أو تحت اللسان.

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 أنبوب 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 أنابيب. 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 بالتخدير العام للاستخدام الروتيني في علاج الألم الناتج عن إجراءات الإجهاض، حيث 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.

راجع قسم رعاية ما بعد الإجهاض أعلاه للوقاية من حدوث عدوى ما بعد الإجهاض وفحص الأمراض المنقولة جنسيًا وفحوصات الدم ووسائل منع الحمل والمضاد دي والمعلومات التي يجب تقديمها بعد الإجهاض.

المتابعة

لا توجد حاجة للمتابعة الروتينية بعد إجراء الإجهاض الموصى به طبيًا الذي لا تصاحبه مضاعفات. وبدلاً من ذلك، ينبغي تزويد السيدات بمعلومات واضحة حول موعد التماس المساعدة الطبية، على النحو المبين أعلاه.

تقديم الخدمات

يعتمد تقديم خدمات رعاية للإجهاض الآمن والفعال والرعاية المصاحبة للإجهاض الآمن عند ضرورة ذلك طبيًا على حرص كل شخص مشارك في تقديم الخدمات على تقديم كل ما يلزم لتحقيق الهدف المطلوب. ولا يكفي أن يمتلك الأطباء والممرضات والقابلات المهارات السريرية لرعاية ما بعد الإجهاض إذا كانت المرافق والأدوات التي يحتاجون إليها غير متوفرة بشكل يُعتمد عليه وإذا لم يتم تنظيم الخدمات بطريقة تضمن رعاية آمنة وفعالة لما بعد الإجهاض. 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. ينبغي أن يعرف العاملون في مجال الصحة الإجراءات المطلوبة للوفاء بالمعايير القانونية للإجهاض. ينبغي ألا تكون هناك قيود إضافية على الوصول إلى الخدمات لأسباب مثل العمر أو الحالة الاجتماعية أو عدد مرات الإجهاض السابقة.

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

3. كلما كان الإجهاض مبكرًا، كان ذلك أكثر أمانًا. ينبغي أن تُجري الخدمات عمليات الإجهاض في أقرب وقت ممكن وبالقرب من المنزل قدر الإمكان.
4. ينبغي أن يكون جميع مقدمي الرعاية الصحية مدربين على تقديم رعاية شاملة لما بعد الإجهاض 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.
5. إن دمج خدمات رعاية ما بعد الإجهاض وعمليات الإجهاض الموصى بها طبيًا ضمن الخدمات الصحية السائدة في مجال رعاية الأمومة والمرأة يقلل من وصمة العار المرتبطة برعاية الإجهاض لكل من المرضى ومقدمي الخدمات.
6. في الظروف التي يحتمل أن توجد فيها السيدات اللاتي تعرضن لإجهاض غير تام 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 رعاية ما بعد الإجهاض وعمليات الإجهاض الموصى بها طبيًا.
2. ينبغي أن تضمن الخدمات أن المعلومات الموضوعية القائمة على البراهين المكتوبة متاحة بطريقة مفهومة لجميع السيدات اللاتي تحتجن إلى رعاية ما بعد الإجهاض أو عمليات الإجهاض الموصى بها طبيًا. وينبغي أن تكون المعلومات متاحة بعدة لغات وتنسيقات.
3. ينبغي أن يتاح للسيدات والحوامل اللائي يتم التوصية بإجهاضهن لأسباب طبية الوصول إلى المعلومات الموضوعية والمشورة ودعم اتخاذ القرار بشأن خيارات الحمل المتاحة لهن إذا لزم الأمر. ومع ذلك، ينبغي ألا تكون المشورة الطبية إلزامية.
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 تقديم رعاية ما بعد الإجهاض وعمليات الإجهاض الموصى بها طبيًا في أسرع وقت ممكن، ومن الناحية المثالية، يكون في نفس يوم الفحص.
2. ينبغي أن يراعي المكان المخصص لرعاية ما بعد الإجهاض وعمليات الإجهاض الموصى بها طبيًا (غرف الاستشارة وغرف الإجراءات وغرف الإنعاش) الحاجة إلى خصوصية العملاء وكرامتهم.

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 للعميلات بشأن المخاطر حتى تتمكنَّ من الاختيار الواعي للطريقة.

Making Abortion Safe

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

Royal College of
Obstetricians &
Gynaecologists