

بسمه تعالی

مصرف دارو در دوره زمانی پیش از انجام اعمال جراحی

مقدمه

حداقل ۵۰ درصد از بیمارانی که تحت عمل جراحی قرار می‌گیرند، بصورت منظم (جهت کنترل بیماری خود) دارو دریافت می‌کنند، بنابراین پزشکان باید در مورد مصرف چنین داروهایی پیش از انجام اعمال جراحی تصمیم بگیرند. متأسفانه اطلاعات اندکی در مورد مصرف اکثریت داروهایی که پیش از انجام اعمال جراحی استفاده می‌شوند وجود دارد. این کمبود مستندات پزشکی، منجر به اختلافات زیادی در توصیه متخصصین بیهوشی در مورد این داروها می‌گردد. توصیه‌هایی که در این متن ارائه شده است به میزان بسیار بالایی نظرات کاربردی و صائب بر پایه دیگر مطالعات، بهره‌گیری از منابع معتبر و تجربه پزشکان متبحر می‌باشد. این متن بر روی داروهایی که دارای استفاده‌های پیش از جراحی بوده و نیز آن دسته از داروهایی که با عوامل بیهوشی تداخل اثر داشته و یا آنهایی که دارای مصرف عمومی هستند متمرکز شده است.

اصول مصرف دارو پیش از انجام اعمال جراحی

اصولی که در ادامه خواهد آمد در مورد مدیریت مصرف داروهایی است که به صورت پیوسته و در دوره پیش از انجام اعمال جراحی استفاده می‌شوند.

نخست باید تاریخچه کاملی از مصرف دارو در فرد کاندیدای عمل جراحی بدست آید، بدین منظور تمام پزشکان درگیر عمل جراحی شامل جراح، متخصص بیهوشی، مشاور پزشکی و... باید این سابقه دارویی را بازنگری نمایند، ضمناً باید صحت داروهای مورد استفاده که توسط خود بیمار گزارش می‌گردد از نظر نوع دارو و مقدار مصرف آن اثبات گردد. این داروها شامل داروهای بدون نسخه، داروهای مکمل و گیاهی و نیز داروهای نسخه شده می‌باشد. به علاوه مصرف موادی چون الکل، نیکوتین و داروهای غیر مجاز نیز باید مشخص گردد.

داروهایی که در صورت قطع ناگهانی موجب بدتر شدن بیماری می‌گردند باید در دوره پیش از انجام عمل جراحی ادامه یابند مگر آنکه قطع تدریجی آنها امکان پذیر باشد. زمانی که امکان نقصان جذب داروها به علت

اختلال عملکرد دستگاه گوارش و یا محدودیت مصرف از راه خوراکی وجود دارد مصرف آنها باید از طریق تزریق وریدی و نیز از طریق پوست و مخاط صورت پذیرد.

داروهایی که مصرف آنها امکان افزایش خطر بیهوشی را در پی داشته واز طرفی مصرف آنها در یک دوره کوتاه مدت چندان ضروری نمی باشد ، باید در دوره پیش از انجام عمل جراحی قطع شوند.

داروهایی که هیچکدام از دو حالت فوق را شامل نمی شوند بر اساس قضاوت پزشک قطع می شوند و یا ادامه مصرف می یابند.

بسیاری از داروهایی که در دوره پیش از انجام اعمال جراحی تجویز می شوند ، در یک دوره نسبتا کوتاه ، امکان تداخلات دارویی را افزایش می دهند . متابولیسم و حذف داروها و نیز متابولیت‌های آنها ممکن است در دوره پیش از عمل جراحی تغییر یابند ، بویژه جذب گوارشی داروهای خوراکی ، ممکن است به علت تغییر در جریان خون احشایی و یا ادم مختل گردد.

داروهای قلبی - عروقی

بتابلوکرها:

بتا بلوکرها زمانی که در دوره پیش از عمل جراحی داده شوند اثرات بالقوه مفیدی خواهند داشت . در دوره پیش از عمل جراحی که بدلیل افزایش آزاد سازی کاتکول آمین ها ، افزایش مصرف اکسیژن توسط قلب و احتمال بروز ایسکمی افزایش می یابد ، بتا بلوکرها اثر سودمندی در کاهش این رخداد داشته و می توانند باعث پیشگیری یا کنترل آریتمی گردند . بیمارانی که بتابلوکرها را در دوره ای طولانی مدت به منظور کنترل آنژین صدری مصرف می کنند در خطر بروز ایسکمی ناشی از قطع ناگهانی این داروها می باشند . قطع ناگهانی بتابلوکرها در دوره پیش از عمل جراحی یا پس از آن می تواند موجب بروز آسیب شدید یا حتی مرگ گردد. قطع این داروها در بیمارانی که این داروها را به منظور تنظیم فشار خون یا پیش گیری از میگرن دریافت می کنند ، تبعات کمتری در پی خواهد داشت . پیش بینی سودمندی شروع مصرف بتابلوکرها به عنوان پیش گیری از بروز ایسکمی ، در دوره پیش از عمل جراحی در بیمارانی که در خطر بیماری های عروق کرونر هستند ، پیچیده می باشد .

قطع یا ادامه مصرف : بدلیل اثرات سودمند بالقوه این داروها در دوره پیش از عمل جراحی ، اثرات جانبی اندک و تبعات ناشی از قطع ناگهانی این دارو ، توصیه به ادامه مصرف بتابلوکرها در دوره پیش از عمل و در زمان بستری در بیمارستان می باشد .

اشکال دارویی / جایگزین ها : اشکالتزریقی بتا بلوکرها مانند متوپرولول ، پروپرانولول و لابتالول باید در بیمارانی که قادر به مصرف خوراکی این داروها نمی باشند ، داده شود . ترجیح اندکی نسبت به بتابلوکرهای کاردیو سلکتیو نسبت به دیگر بتابلوکرها وجود دارد که دلیل این امر کاهش عوارض ریوی و عوارض عروق محیطی این داروها می باشد، با این حال ، بیمارانی که بتا بلوکرهای غیر انتخابی مانند پروپرانولول را دوره ای طولانی مدت مصرف می نمایند نیاز به تغییر دارو به انواع انتخابی آن نمی باشد.

آنتاگونیست های گیرنده کلسیم :

اطلاعات در مورد سود و زیان استفاده از این داروها در دوره پیش از عمل محدود می باشد . آزمون های کوچکی ، پایداری بیشتر در وضعیت همودینامیک ضمن عمل را در بیمارانی که بصورت منظم از دیلتیازم استفاده می کنند را در مقایسه با دارونما در ضمن جراحی بای پس عروق کرونر نشان می دهند ، اگر چه این مطالعات جهت اثبات بهبود نتایج به اندازه کافی بزرگ نیستند . یک متا آنالیز نشان داد که استفاده از این داروها منجر به کاهش بروز ایسکمی و آریتمی دهلیزی در بیمارانی شده است که تحت اعمال جراحی های غیر قلبی قرار گرفته اند . تداخل دارویی جدی میان این داروها و داروهای بیهوشی وجود ندارد . سندرم قطع مصرف با این داروها شایع نمی باشد ، اگرچه قطع ناگهانی این داروها با گزارشاتی از تنگی شدید عروقی در بیمارانی که تحت جراحی عروق کرونر قرار گرفته اند ، همراه بوده است . نگرانی ها از ارتباط بین مصرف این داروها و خطر بروز خونریزی افزایش یافته است . یک آزمون تصادفی در بیمارانی که تحت جراحی عروق قرار گرفته اند نشان داد که بیمارانی که نیمودیپین مصرف می کردند در مقایسه با دارونما ، دچار خونریزی بیشتری شدند . گزارشات علیرغم شیوع بالاتر کم خونی در بیماران دریافت کننده این داروها پس از یک جراحی هیپ ، متناقض می باشد . دو آزمون بزرگ در بیماران جراحی قلبی هیچ ارتباطی بین خطر خونریزی و استفاده از این داروها نشان نداد.

قطع یا ادامه مصرف : علیرغم اطلاعات اندک در مورد مصرف این داروها در دوره پیش از عمل ، این داروها به نظر سالم می رسند . اطلاعات در مورد خطر خونریزی ضد ونقیض می باشد . بنابراین توصیه ، به ادامه مصرف این داروها می باشد .

اشکال دارویی / جایگزین ها : دیلتیازم وریدی جهت بیمارانی که قادر به تحمل اشکال خوراکی نیستند در دسترس می باشد ، اگر چه اثر بتابلوکرهای وریدی در جلوگیری از ایسکمی میوکارد ، در دوره پیش از عمل ،

اثبات شده تر است . بسیاری از این داروها تحت عنوان پیوسته رهش ، فرموله شده اند و نباید در ضمن مصرف از طریق لوله روده ای شکسته شوند . داروهای کوتاه اثر مانند دیلتیازم و وراپامیل در دسترس بوده و می توانند با تنظیم مناسب فواصل مصرف ، جهت مورد فوق جانشین شوند . امروزه آملودیپین با طول اثر بیشتر در دسترس بوده و بهترین انتخاب می باشد .

وآنتاگونیست های گیرنده آنژیو تانسین : ACE مهار کننده های

مدیریت مصرف دارو در بیمارانی که در دوره پیش از عمل جراحی ، مهارکننده های آنزیم مبدل مصرف می کنند مورد مناقشه می باشد . مهار کننده های آنزیم مبدل و آنتاگونیست های گیرنده آنژیوتانسین از نظر تئوری می توانند فعالیت جبرانی سیستم رنین – آنژیوتانسین را در طی جراحی کاهش داده و منجر به بروز افت فشارخون گردند. حداقل دو آزمون بالینی این نظر را تأیید کرده است . در مطالعه نخست ، ۵۱ بیماری که تحت جراحی عروق محیطی قرار گرفتند به منظور ادامه یا قطع مصرف مهار کننده های آنزیم مبدل تعیین شده بودند. بیمارانی که این داروها را تا صبح عمل جراحی دریافت داشتند در مقایسه با گروهی که ۱۲ تا ۲۴ ساعت قبل از عمل جراحی مصرف دارو را قطع نمودند (کاپتوپریل و انالاپریل) بطور مشخصی دوره های افت فشار خون را تجربه کردند به گونه ای که به درمان با عوامل افزایشنده فشار خون نیاز پیدا کردند . همچنین هیچ تفاوتی در وقوع دوره های افزایش فشار خون مشخص نشد.

در مطالعه دوم ۴۰ بیمار (با عملکرد مناسب بطن چپ) که قرار بود تحت جراحی پیوند عروق کرونر قرار بگیرند ، جهت ادامه یا قطع مصرف مهار کننده های آنزیم مبدل بصورت تصادفی انتخاب شدند. بیمارانی که مصرف این داروها را قطع نمودند در طی عمل جراحی به میزان کمتری به داروهای وازوپرسور نیاز پیدا کردند ، اما همین بیماران به منظور کنترل فشار خون بالای خود در زمان های ابتدایی پس از عمل جراحی نیازمند درمان با وازودیلاتورها شدند . مهار کننده های گیرنده آنژیوتانسین نیز اثرات فیزیولوژیک مشابه مهار

کننده های آنزیم مبدل بر روی فشار خون و عملکرد کلیه از خود نشان دادند . این تعجب آور نیست که یک مطالعه در بیماران تحت جراحی عروقی نشان داد که بیماران درمان شده با مهار کننده های آنتاگونیست گیرنده آنژیو تانسین بطور معنا داری شمار افت فشارخون بیشتری را در مقایسه با استفاده

کننده های بتابلوکر ویا مهار کننده های کانال کلسیم از خود نشان دادند. یک مطالعه گذشته نگر بر روی ۲۶۷ بیمار دچار افزایش فشار خون که در یک بیمارستان عمومی تحت عمل جراحی قرار گرفتند نشان داد که بیمارانی که ۱۰ ساعت پیش از انجام عمل جراحی داروهای مهارکننده آنزیم مبدل یا آنتاگونیست گیرنده آنژیوتانسین دریافت می کردند در مقایسه با آنهایی که در این دوره زمانی دارو را قطع نموده بودند یک احتمال افزایش متوسط در افت فشار خون از خود نشان دادند . به هر حال افزایش در میزان افت فشار خون شدید ویا نیاز به درمان با وازوپرسور رخ نداد .

مطالعات غیر تصادفی یک اثر محافظتی احتمالی بر روی میوکارد را برای بیمارانی که داروهای مهارکننده آنزیم مبدل مصرف نموده و تحت عمل جراحی عروق کرونر قرار گرفته بودند را پیشنهاد می نماید . اگرچه یک اثر متناقض از این داروها ،خطر بروز آسیب حاد کلیوی است که از این داروها گزارش گردید.

قطع یا ادامه مصرف : یافته های فوق پیشنهاد می کند که ادامه مصرف مهارکننده های آنزیم مبدل تا زمان انجام عمل جراحی منجر به افزایش شیوع افت فشار خون در دوره پیش از عمل جراحی می گردد اما احتمالاً کاهشی در شیوع افزایش فشار خون در دوره پس از عمل جراحی خواهد داشت . اگرچه اطلاعات فوق منجر به ارائه پیشنهاد شفافی نمی گردد اما می توان پیشنهاد کرد که بیمارانی که داروهای فوق را به منظور کنترل فشار خون افزایش یافته مصرف می کنند آنها را ادامه دهند . جانشین سازی با داروهای کوتاه اثرتر مانند کاپتوپریل (البته در بیمارانی که می توانند این داروها را دریافت کنند) می تواند اجازه انعطاف بیشتر به بیمارانی دهد که فشار خون ناپایداری را در دوره پس از عمل جراحی تجربه می کنند . از سوی دیگر قطع یک دوز از این داروها ، پیش از عمل جراحی در بیمارانی که این داروها را به منظور کنترل نارسایی قلبی دریافت می دارند منطقی به نظر می رسد ، بویژه اگر سطح پایه فشار خون در این بیماران پائین باشد . قطع یک دوز از دارو در این بیماران از افت فشار خون واضح در طی القاء بیهوشی جلوگیری خواهد کرد . قطع مصرف این داروها همچنین در آندسته از جراحی هایی که امکان بروز خونریزی یا شیفیت آشکار مایعات انتظار می رود ، منطقی به نظر می رسد. بر اساس اطلاعات محدود موجود ، ادامه مصرف این داروها در دوره پس از عمل جراحی در بیماران بدون افت فشار خون ودارای عملکرد طبیعی کلیه ها پیشنهاد می گردد.

اشکال دارویی / جایگزین ها : انالاپریلات جهت استفاده بصورت وریدی و در دوره های کوتاه مدت متناوب در دسترس می باشد ، اگرچه این داروبه ندرت مورد استفاده قرار می گیرد .

دیورتیک ها :

دو اثر فیزیولوژیک عمده دیورتیک های لوپ وتیازیدی هایپوکالمی وهاپیو ولمی می باشد ، از نظر تئوری ، هایپوکالمی می تواند خطر بروز آریتمی را در دوره پیش از عمل جراحی افزایش دهد ، اگر چه مطالعات مبتنی بر شواهد در افرادی با بیماری ساختاری قلب نتوانست چنین ارتباطی را نشان دهد . علاوه بر این ، ممکن است هایپوکالمی ، اثرات شل کننده های عضلانی را که در طی بیهوشی استفاده می شوند تشدید نماید ، همانگونه که می تواند فلج ایلئوس را دامن بزند . وازودیلاتاسیون سیستمیک ناشی از داروهای بیهوشی ، همچنین ممکن است موجب بروز افت فشار خون در بیمارانی گردد که داروی دیورتیک از درون عروق آنها خارج شده است .(دارو در محل اثر قرار دارد)

قطع یا ادامه مصرف :هیچ اتفاق نظری بر روی قطع داروی دیورتیک ، پیش از انجام عمل جراحی انتخابی وجود ندارد . از آنجا که دیورتیک ها اگر تا صبح روز عمل جراحی ادامه یابند ، ممکن است خطر بروز افت فشار خون را افزایش دهند ، همچنین از آنجا که یک دیورز سریع می تواند پس از تزریق وریدی این داروها آغاز گردد(بنابراین نیاز به استفاده از آنها در طی عمل جراحی ، باید آشکار گردد) پیشنهاد می گردد ، این داروها ، صبح روز جراحی قطع شده وزمانی که بیمار قادر به مصرف خوراکی مایعات باشد ، ادامه یابد . پزشکان باید برای آندسته از بیمارانی که در طی دوره پیش از عمل جراحی نیاز به استفاده از دیورتیک ها دارند ، یک توجه دقیق نسبت به جایگزینی مایعات وپتاسیم اعمال دارند .

اشکال دارویی / جایگزین ها : فرآورده های وریدی از دیورتیک های لوپ در دسترس بوده وعموما استفاده می شوند (در صورت نیاز) .

داروهای کاهنده چربی غیر استاتینی :

نیاسین ومشتقات اسید فیبریک (جم فیروزیل و فنوفیبرات) می توانند موجب میوپاتی ورابدومبولبز گردند . این خطر زمانی افزونتر می گردد که این ترکیبات همراه با استاتین ها استفاده شوند .همچنین جراحی نیز می تواند خطر بروز رابدومبولیز را افزایش دهد .برخی داروهای کاهنده چربی مانند کلستیرامین و کلستپول (که با ترکیب شدن با اسیدهای صفراوی مانع جذب آنها می شوند) می توانند جذب روده ای بسیاری از داروهایی که ممکن است در دوره پیش از عمل جراحی نیاز باشند را کاهش دهند . سود وزیان داروی آزیتیمایب نیز در دوره پیش از عمل جراحی شناخته شده نمی باشد .

قطع یا ادامه مصرف : قطع موقت تمام داروهای نامبرده در دوره پیش از عمل جراحی پیشنهاد می گردد. این قطع احتمالا بی خطر خواهد بود چرا که این ترکیبات به منظور کاهش طولانی مدت خطر حوادث عروقی تجویز می گردند . فاصله زمانی بهینه قطع مصرف این ترکیبات پیش از عمل جراحی شناخته شده نیست اما پیشنهاد می گردد مصرف این ترکیبات روز قبل از عمل جراحی متوقف گردد تا زمان کافی برای حذف دارووجود داشته باشد .

استاتین ها :

مدارک متقاعد کننده نشان می دهند که استاتین ها از حوادث عروقی با مکانیسمی غیر از پائین آوردن کلسترول خون پیش گیری می نمایند (مکانیسم هایی چون پایدار کردن پلاک ها ، کاهش روند های التهابی و کاهش ترومبوژنز) وبنابراین مصرف آنها می تواند در دوره پیش از عمل جراحی مفید باشد . در آزمونی تحت عنوان کاهش - ۳ ، ۴۹۷ بیمار که بر روی درمان استاتین قرار نداشتند و جهت انجام عمل جراحی انتخابی عروق غیر قلبی در فهرست قرار داشتند ، بصورت تصادفی به دو گروه تقسیم شدند . یک گروه داروی فلوواستاتین پیوسته رهش با مقادیر ۸۰ میلی گرم روزانه ، ۳۰ روز پیش از عمل جراحی و ۳۰ روز پس از آن دریافت داشتند . گروه دیگر در همین بازه زمانی دارونما دریافت داشتند ، در بیماران درمان شده با استاتین ، یک کاهش کاملا واضح در میزان ایسکمی میوکارد وکاهش شیوع مرگ ناشی از حوادث قلبی عروقی یا سکته قلبی دیده شد

. (HR 0.55 ; 95% CI 0.34-0.88)

در مطالعه کاهش - ۴ ، ۱۰۶۶ بیمار با خطر متوسط در وقوع حوادث قلبی بصورت تصادفی جهت دریافت ۸۰ میلی گرم روزانه فلوواستاتین و دارونما پس از عمل جراحی غیر عروقی تعیین شدند . سکتة قلبی و مرگ در طی ۳۰ روز پس از عمل جراحی بین ۳/۲ تا ۴/۹ درصد کاهش نشان داد ، اگرچه این کاهش یک تفاوت آماری آشکار را نشان نداد

. (HR 0.65 ; CI 0.35-1.20)

باید یادآور شد که کاهش نسبی در حوادث قلبی عروقی که در مطالعات کاهش - ۳ (جراحی عروقی) و کاهش - ۴ (جراحی غیر عروقی) نشان داده شد ، مشابه بود.

قطع یا ادامه مصرف : براساس مستندات موجود پیشنهاد می گردد که درمان با داروهای استاتینی خصوصا در بیمارانی که در خطر بالایی از حوادث قلبی عروقی قرار داشته و قرار است تحت عمل جراحی قرار بگیرند ، ادامه یابد . بنابراین پیشنهاد می گردد پزشکان باید استاتین را برای بیمارانی که قرار است تحت جراحی عروق قرار بگیرند شروع نمایند ، هم بدلیل منافع نشان داده شده در آزمون های تصادفی ذکر شده و هم به علت وجود اندیکاسیون جهت استفاده طولانی مدت از استاتین ها .

اشکال دارویی / جایگزینها : هیچ شکل دارویی وریدی از استاتین ها در دسترس نمی باشد . بیماران درمان شده با اشکال طولانی اثر فلوواستاتین ، یک کاهش حوادث عروقی را در مقایسه با بیماران دریافت کننده اشکال کوتاه اثرتر این داروها نشان دادند . خطر بروز میوپاتی با پراواستاتین و شاید فلوواستاتین کمترین مقدار بوده است . ضمنا باید توجه داشت استاتین ها در صورت کاهش جریان خون کبدی (سیمواستاتین و لوواستاتین) و کاهش جریان خون کلیوی (پراواستاتین) تجمع یافته و بنابراین بدلیل امکان بروز میوپاتی نیاز به تعدیل دوز دارند .

داروهای گوارشی :

چندین مزیت بالقوه جهت ادامه مصرف داروهای مهار کننده پمپ پروتون و آنتاگونیست های اچ - ۲ وجود دارد. اضطراب پیش از عمل جراحی و همچنین قرار گرفتن در وضعیت هایی مانند ماندن در واحد مراقبت های ویژه و تهویه مکانیکی می تواند خطر آسیب مخاطی ناشی از استرس را افزایش دهد

که این آسیب مخاطی می تواند با تجویز این داروها کاهش یابد . علاوه بر این آسپیراسیون محتویات دستگاه گوارش در طی بیهوشی می تواند منجر به آسیب شدید ریوی گردد ، هرچند امکان وقوع آن اندک باشد . هر دو این دسته داروها می توانند حجم محتویات گوارشی را کاهش داده و پی اچ مایعات را بالا ببرند ، بنابراین می توانند خطر بروز پنومونی شیمیایی ناشی از آسپیراسیون را کاهش دهند . هیچکدام از این دودسته دارویی تداخل اثری با داروهای مورد استفاده در بیهوشی از خود نشان نمی دهند ، هرچند دارویی مثل سایمتیدین می تواند متابولیسم برخی از این داروها را تغییر (کاهش) دهد .

قطع یا ادامه مصرف : برپایه منافع بالقوه و نبود منع مصرف ، پیشنهاد می گردد ، بیمارانی که این داروها را مصرف می کردند ، در دوره پیش از عمل جراحی بر روی درمان باقی بمانند .
اشکال دارویی / جایگزینها : بیمارانی که قادر به مصرف اشکال خوراکی در طولانی مدت نباشند ، باید بر روی اشکال تزریقی قرار بگیرند . البته آنتاگونیست های اچ - ۲ از نظر قیمت ارزانتر می باشند .

داروهای تنفسی :

داروهای استنشاقی که به منظور کنترل بیماری های انسدادی راههای تنفسی استفاده می شوند ، شامل بتا - ۲ آگونیست هایی چون آلبوترول ، متاپروتروئول ، سالمترول و فورمتروئول و آنتاگونیست های کولینرژیک مانند ایپراتروپیوم و تیو تروپیوم می باشند . دیده شده است که این داروها ، شیوع مشکلات تنفسی را در دوره پیش از عمل جراحی و در بیماران دچار آسم و بیماری مزمن انسداد ریوی کاهش می دهند ، بنابراین در دوره پیش از عمل جراحی باید ادامه یابند .

اشکال دارویی / جایگزینها : بتا - ۲ آگونیست ها و آنتی کولینرژیک های استنشاقی ، بصورت طبیعی تا صبح روز عمل جراحی ادامه می یابند . زمانی که استفاده از اسپری های استنشاقی امکان پذیر نباشد ، این داروها از طریق نبولایزر و یا قرارگیری در مسیر ونتیلاتور استفاده می شوند .

تئوفیلین :

اطلاعاتی مبنی بر کاهش مشکلات ریوی ناشی از مصرف تتوفیلین در دوره پیش از عمل جراحی وجود ندارد ، تتوفیلین پتانسیل ایجاد آریتمی های شدید ونوروتوکسیسیته را در مقادیر تنها اندکی بیش از مقادیر درمانی دارا می باشد . ضمنا متابولیسم این دارو در دوره پیش از عمل جراحی می تواند توسط بسیاری از داروهای دیگر متاثر شود .

قطع یا ادامه مصرف : پیشنهاد می شود تتوفیلین در شب پیش از عمل جراحی قطع شود .

اشکال دارویی / جایگزینها : باید داروهای دیگر مورد استفاده در درمان بیماره های انسدادی ریه ، شروع یا تنظیم گردند . اینها شامل بتا- ۲ آگونیست ها ، گلوکوکورتیکوئیدها و داروهای آنتی کولینرژیک می باشد.

گلوکوکورتیکوئیدها :

افرادی که دچار بیماری ریوی بوده و روی درمان با کورتیکوستروئیدها قرار دارند ، در صورت قطع ناگهانی این داروها در خطر نارسایی غده فوق کلیوی قرار می گیرند ، بویژه در صورتی که استرس وابسته به عمل جراحی افزایش یابد . به علاوه این داروها ممکن است در چنین بیمارانی جهت فعالیت طبیعی ریه ها ضروری باشند .

قطع یا ادامه مصرف : هر دو شکل استنشاقی و سیستمیک این داروها ، باید در دوره پیش از عمل جراحی ادامه یابند . توضیحات بیشتر در قسمت داروهای اندوکراین آمده است .

مهار کننده های لوکوترین :

این داروها مانند زایلپوتون ، زفیرلوکاست و مونته لوکاست به کنترل آسم کمک می کنند اما در درمان حاد جایگاهی ندارند . نیمه عمر حذفی این داروها نسبتا کوتاه بوده اما اثر آنها روی علائم آسم و کارکرد ریه تا ۳ هفته بعد از قطع درمان نیز باقی می ماند . ضمنا هیچ مدرکی دال بر بروز علائم قطع مصرف با قطع ناگهانی این داروها وجود ندارد . همچنین مدرکی دال بر وجود تداخل اثر این داروها با داروهای بیهوشی وجود ندارد .

قطع یا ادامه مصرف : پیشنهاد می گردد مهار کننده های لوکوترین تاصبح روز جراحی داده شده ، آن گاه پس از انجام عمل جراحی واز زمانی که بیمار قادر به مصرف داروی خوراکی باشد ، از سر گرفته شود .

اشکال دارویی / جایگزینها : نه شکل تزریقی این داروها وجود دارد ونه نیازی به دادن مهار کننده های طولانی اثر می باشد .

عوامل اندوکراین :

گلوکوکورتیکوئیدها : عموماً مقدار ودوره مصرفی این داروها ، نحوه برخورد مناسب با مصرف کنندگان این داروها را مشخص می نماید .

بیمارانی که این داروها را به مدت کمتر از ۳ هفته مصرف کرده اند یا آنهایی که بر روی درمان طولانی مدت اما یکروز درمیان این داروها بوده اند ، غیر محتمل است که دچار سرکوب محور آدرنال – هیپوفیز – هیپوتالاموس شده باشند ، بنابراین باید دوزهای معمول را در دوره پیش از عمل جراحی ادامه دهند .

بیمارانی که پرنیزولون را بیشتر از ۲۰ میلی گرم در روز، برای ۳ هفته یا بیشتر دریافت کرده اند ویا آنهایی که ظاهر کوشینگی یافته اند باید سرکوب محور مورد نظر در آنها فرض شده وودوزهای بالاتری را در دوره پیش از عمل جراحی دریافت دارند .

بیمارانی که این داروها را در دوزهای معادل ۵ تا ۲۰ میلی گرم پرنیزولون بصورت روزانه ودر یک دوره بیش از ۳ هفته دریافت کرده اند ، باید احتمال سرکوب محور مورد نظر در آنها داده شود . این افراد باید از این نظر تست شده ویا بصورت درمان تجربی این داروها را دریافت دارند .

داروهای کنتراسپتیو : داروهای ضد بارداری خوراکی ، بدلیل استفاده گسترده ای که یافته اند ، عامل بیشترین موارد ترومبوز در زنان جوان می باشند . خطر بروز ترومبوز پس از چهار ماه از شروع مصرف ، افزایش یافته وسه ماه پس از قطع آن به سطح اولیه بر می گردد. جراحی خود یک عامل خطر ساز برای ترومبوز بوده وبه خطر ناشی از داروهای ضد بارداری خوارکی افزوده می شود . این داروها با مقادیر مساوی یا بیشتر از ۳۵ میکروگرم از استروژن ، خطر بیشتری از ترومبوز را در مقایسه با ترکیباتی که

مقدار استروژن آنها کمتر از ۳۵ میکروگرم می باشد ، در پی خواهند داشت . پیچ های پوستی استروژن - پروژسترون نیز خطر بروز ترومبوز را افزایش می دهند . این خطر با تغییر نوع پروژستین می تواند متغیر گردد .

قطع یا ادامه مصرف : تصمیم در مورد ادامه یا قطع مصرف این داروها ، در دوره پیش از عمل جراحی ، باید با سنجش احتمال بارداری ناخواسته در برابر خطر بروز ترومبومبولیسم صورت گیرد . ادامه مصرف این ترکیبات در بیمارانی که تحت جراحی های کم خطر قرار می گیرند منطقی به نظر می رسد . تعاریف جراحی با خطر بالا ، متوسط و اندک در جای دیگر عنوان شده است . عموماً این داروها باید چهار تا شش هفته قبل از انجام عمل جراحی در بیمارانی که در معرض خطر افزایش یافته ای از ترومبوز هستند ، قطع گردند . استفاده از دیگر اشکال پیش گیری از بارداری ناخواسته باید در این مدت مورد استفاده قرار گیرد . این ترکیبات ممکن است در زنانی که خطر متوسط تا زیاد بروز ترومبوز در آنها وجود دارد اما با پذیرش دیگر اشکال پیش گیری از بارداری ، مشکل دارند ، مورد استفاده قرار گیرند ، اما باید مشخص گردد که این ، می تواند خطر بروز ترومبومبولیسم را در آنها افزایش دهد و بر این اساس ، در این افراد ، پروفیلاکسی ترومبومبولیسم ، باید صورت پذیرد . پیشنهاد می گردد ، یک تست سرمی بارداری ، قبل از انجام عمل جراحی ، در تمام زنانی که در سنین باروری قرار دارند به ویژه آنهایی که پیش از انجام عمل جراحی این داروها را قطع نموده اند ، صورت پذیرد .

هورمون درمانی در زنان یائسه : اگرچه میزان استروژن ترکیباتی که به منظور درمان هورمونی پس از یائسگی استفاده می شوند ، کمتر از قرص های خوراکی ضد بارداری می باشد ، اما به هر حال ، استفاده از درمان هورمونی ، چه با استروژن به تنهایی و چه همراه با پروژسترون ، با افزایش خطر بروز ترومبومبولیسم همراه خواهد بود . اگر چه یک مطالعه کیس - کنترل ، افزایش در میزان بروز ترومبومبولیسم را در زنانی که تحت جراحی آرتروپلاستی قرار گرفته بودند وهمزمان درمان هورمونی نیز دریافت می داشتند ، نشان نداد (OR 0.66 , 95% CI 0.35-1.18)

، اما از آنجا که ، بیشتر ، زنانی تحت درمان هورمونی قرار می گیرند که در خطر پائین تر ترومبومبولیسم قرار دارند ، لذا نتایج مطالعه فوق می تواند گیج کننده باشد . خطر همراه با قطع موقت درمان هورمونی اندک می باشد ، جز آنکه می تواند باعلائم ناراحت کننده ای چون گرگرفتگی و دیگر نشانه های یائسگی همراه گردد .

قطع یا ادامه مصرف : زنانی که تحت جراحی های با خطر متوسط تا شدید ترومبوآمبولیسم وریدی قرار می گیرند ، باید درمان هورمونی را به مدت چهار تا شش هفته پیش از انجام عمل جراحی متوقف کرده و پس از عمل جراحی ، زمانی که دوره خطر برای ترومبوآمبولیسم رفع گردید ، مجدداً از سر گرفته شوند . درمان هورمونی برای جراحی های با خطر پائین ترومبوآمبولیسم ، می تواند ادامه یابد .

داروهایی که هموستاز را تحت تاثیر قرار می دهند : بسیاری از بیمارانی که تحت عمل جراحی قرار می گیرند ، داروهایی استفاده می کنند که عملکرد آنها اختلال در انعقاد خون می باشد (مانند آسپیرین و وارفارین یا دیگر داروهای ضد پلاکت مانند کلوپیدوگرل) و یا داروهایی با موارد مصرف دیگر استفاده می نمایند که بصورت ناخواسته روی کارکرد انعقاد خون تاثیر می گذارند (مانند داروهای ضد درد و ضد التهاب غیر استروئیدی) .

آسپیرین : این دارو می تواند سیکلواکسیژناز پلاکتی را به شکل غیر قابل برگشت مهار نموده و منجر به بروز عوارض خونریزی دهنده و افزایش از دست دادن خون در طی عمل جراحی گردد . از طرف دیگر، چنین اثری (مهار غیر قابل برگشت سیکلواکسیژناز) می تواند منجر به جلوگیری از عوارض عروقی به ویژه در مشکلات قلبی ، در دوره پیش از عمل جراحی گردد . مطالعات مبتنی بر شواهد ، پیشنهاد می کند که قطع آسپیرین در دوره پیش از عمل جراحی ، می تواند منجر به افزایش مرگ و میر بیمارستانی ، در بیمارانی گردد که تحت جراحی بای پس پیوند عروق کرونر قرار می گیرند ، به علاوه متوقف کردن مصرف آسپیرین به مدت ۵ روز یا بیشتر ، در افرادی با بیماری اساسی قلبی - عروقی ، می تواند خطر بروز علائم حاد عروق کرونر و یا سکتته را افزایش دهد . در افرادی که تحت جراحی کاتاراکت قرار گرفته اند ، خطر بروز خونریزی چشمی در بیمارانی که آسپیرین دریافت می کنند پائین بوده و معادل بیمارانی بوده است که این دارو را دریافت نمی کرده اند . آسپیرین همچنین ممکن است از بروز ترومبوآمبولیسم وریدی جلوگیری نماید ، اگر چه در این مورد داروهای موثرتری وجود دارد .

قطع یا ادامه مصرف : مدیریت بهینه بیمارانی که در دوره پیش از عمل جراحی قرار داشته و آسپیرین مصرف می نمایند ، نا مشخص بوده و تفاوت عملی آشکاری در این زمینه وجود دارد . تصمیم به ادامه یا قطع مصرف آسپیرین با سنجش تبعات خونریزی پیش از عمل جراحی در مقایسه با خطر بروز عوارض عروقی در همین دوره زمانی می باشد . بیمارانی که در خطر بالایی از عوارض عروقی در طی دوره پیش از عمل جراحی بوده و خونریزی

در این دوره با حداقل عوارض برای آنها همراه می باشد ، باید داروی خود را ادامه دهند . این موارد شامل بیماری است که روی درمان نگهدارنده با آسپیرین قرار داشته و دارای استنت کرونری می باشند همچنین آنهایی که قرار است تحت جراحی بای پس پیوند عروق کرونر ویا جراحی عروق محیطی قرار گیرند نیز از این دسته اند . بررسی اطلاعات یک مطالعه سال ۲۰۰۴ که در سال ۲۰۰۷ به روز شده است نشان داد که آسپیرین در بیماری که قرار است تحت جراحی انتخابی یا غیر انتخابی بای پس پیوند عروق کرونر قرار گیرند و صعود قطعه اس تی بعد از انفارکتوس میوکارد را نشان می دهند ، نباید قطع گردد . آسپیرین می تواند در اکثر بیماری که تحت جراحی کاتاراکت قرار می گیرند ، بصورت بی خطری ادامه یابد . اگر تصمیم به قطع مصرف آسپیرین گرفته شد ، این عمل باید ۷ تا ۱۰ روز پیش از عمل جراحی انجام گیرد . استفاده از تست زمان خونریزی برای بررسی خطر خونریزی ناشی از آسپیرین و داروهای ضد درد و ضد التهاب غیر استروئیدی پیشنهاد نمی گردد زیرا این مورد پیش بینی کننده ضعیفی ، برای خونریزی ، در دوره پیش از عمل جراحی می باشد . گایدلاین آسی سی پی ۲۰۰۸ در مورد درمان آنتی ترومبوتیک ، پیشنهاد می کند که از سرگیری مصرف آسپیرین ۲۴ ساعت بعد یا صبح روز بعد عمل جراحی ، یعنی زمانی که هموستاز به حد کفایت وجود دارد ، انجام گیرد .

اشکال دارویی / جایگزینها : آسپیرین به شکل تزریقی در دسترس نمی باشد ، اما یک شیاف رکتال برای آن دسته از بیمارانی که درمان مداوم دریافت می دارند اما قادر به دریافت اشکال خوراکی آن نیستند ، در دسترس می باشد .

دیگر داروهای ضد پلاکت : دی پیریدامول هردو اثر اتساع عروقی و ضد پلاکتی را با هم دارا می باشد . با انتشار نتایج آزمون ای اس پی اس ۲ مصرف این دارو در بیمارانی که قبلا دچار سکت شده اند ویا آنهایی که دچار حملات ایسکمیک گذرا شده اند ، افزایش یافته است . نیمه عمر اشکال پیوسته رهش این دارو حدودا ۱۰ ساعت می باشد .

تی انو پیریدین ها شامل کلوپیدوگرل ، پراسوگرل و تیکلوپیدین ، مهارکننده های پلاکتی هستند که در موارد مصرف ذیل ، استفاده می شوند : بیمارانی که قبلا دچار حوادث عروق مغزی شده اند ، بیمارانی که اخیرا علائم حاد کرونری را تجربه کرده اند و آنهایی که مداخله اخیر کرونری از طریق پوست همراه با استنت گذاری داشته اند .

هرچند خطر ترومبوز عروق کرونری استنت گذاری شده ، بدنبال قطع زود هنگام کلوپیدوگرل ، نسبتا اندک می باشد اما این ترومبوز در صورت وقوع می تواند فاجعه آمیز باشد . جراحی های انتخابی باید تا حد ممکن به تعویق افتد تا اینکه حداقل دوره درمان با تی انو پیریدین ها کامل گردد . خطر خونریزی ناشی از ادامه مصرف کلوپیدوگرل ، برای بیمارانی که تحت جراحی کاروتید یا عروق محیطی قرار می گیرند به نظر اندک می رسد و تفاوتی با قطع کنندگان مصرف دارو نشان نمی دهد .

قطع یا ادامه مصرف : اطلاعاتی درمورد بی خطر بودن ادامه مصرف دی پیریدامول در دوره پیش از عمل جراحی وجود ندارد . همانند آسپیرین ، فاکتورهای دخیل در تصمیم به قطع یا ادامه مصرف دی پیریدامول ، سنجش خطر خونریزی در برابرخطر حوادث ایسکمیک می باشد ، در صورت تصمیم به قطع دارو ، این عمل باید حداقل دو روز پیش از عمل جراحی صورت پذیرد . در مورد آگرونکس (فراورده ترکیبی آسپیرین و دی پیریدامول) قطع دارو باید بین ۷ تا ۱۰ روز پیش از عمل جراحی صورت پذیرد .

بسیاری از بیماران آسپیرین و تی انو پیریدین ها را جهت جلوگیری از ترومبوز عروق کرونری استنت گذاری شده ، بصورت همزمان دریافت می دارند ، قطع زود هنگام درمان با تی انو پیریدین ، همراه با افزایش خطر بروز ترومبوز خواهد بود . به جز در مورد جراحی های اورژانس ، پیشنهاد می گردد جراحی به تاخیر بیفتد و درمان با تی انو پیریدین و آسپیرین ، برای حداقل دوره پیشنهادی ادامه یابد (یکماه برای استنت فلزی برهنه و بطور ایده ال تا ۱۲ ماه برای استنت های دارویی) . در صورتی که انجام جراحی ، پیش از این دوره حداقل ، الزامی باشد ، بهتر است با کاردیولوژیست درمان کننده بیمار و جراح مشاوره گردد. اگر خطر بروز خونریزی های بزرگ به نظر فراتر از خطر بروز ترومبوز می رسد ، کلوپیدوگرل ، باید حداقل ۵ روز و پراسوگرل حداقل ۷ روز پیش از جراحی قطع گردند . برخی پزشکان ، حداقل ۱۰ روز پیش از عمل را پیشنهاد می کنند . در این حالت پیشنهاد می گردد که جراحی در مرکزی صورت پذیرد که امکان مداخله ۲۴ ساعته کاردیولوژیست وجود داشته باشد . ضمنا آسپیرین تحت هر شرایطی ، باید ادامه یابد . ادامه مصرف کلوپیدوگرل ، در دوره پیش از عمل جراحی برای جراحی کاروتید و جراحی های عروق محیطی منطقی به نظر می رسد چرا که خطر خونریزی اندک به نظر می رسد .

داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی : اثرات ضد پلاکتی داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی ، ناشی از مهار برگشت پذیر ایزوفرم ۱ سیکلواکسیژناز بوده و بدین ترتیب موجب کاهش تولید ترومبوکسان آ- دو می گردند . ترومبوکسان آ- دو در پاسخ به تعدادی آگونیست از پلاکتها آزاد شده و موجب تجمع پلاکتی می گردد . این

اثرات ضد پلاکتی گرچه خطر بروز خونریزی را در دوره پیش از عمل جراحی افزایش می دهند ، اما همانند آسپیرین ممکن است باعث کاهش خطر حوادث عروقی در این دوره زمانی گردند . مهارکننده های انتخابی ایزوفرم ۲ ، همانند سلکوکسیب ، اثرات اندکی بر روی عملکرد پلاکتی دارند ، اما پتانسیل ایجاد سمیت کلیوی همچنان باقی است . بیشتر مهار کننده های انتخابی ایزوفرم - ۲ سیکلواکسیژناز و داروهای قدیمی تر غیر انتخابی ، دارای اثرات آسیب رسان قلبی می باشند . یک داروی غیر استروئیدی غیر استیله مانند سال سالات اثرات ضد پلاکتی ندارد .

قطع یا ادامه مصرف : درحالت معمول ، پیشنهاد می گردد داروهای ضدالتهاب غیر استروئیدی شامل مهار کننده های انتخابی سیکلواکسیژناز ۲ ، قبل از انجام عمل جراحی قطع گردند . برای بیمارانی که دچار درد بوده و پاسخ چشمگیری به مهارکننده های انتخابی می دهند ، توصیه ممکن است شامل ادامه مصرف این داروها گردد چراکه این داروها اثرات حداقلی بر روی عملکرد پلاکتی دارند . اگرچه برخی از پزشکان زمان قطع این داروها را براساس نیمه عمر حذفی اختصاصی این داروها پیشنهاد می کنند ، اما نیمه عمر حذفی ارتباط اندکی با مهار سیکلواکسیژناز و اثر روی تجمع پلاکتی دارد . در افراد سالمی که ایبوپروفن را برای یک هفته دریافت داشته اند ، عملکرد پلاکتی ، ۲۴ ساعت پس از آخرین دوز به حالت طبیعی برمی گردد . به هر حال ارتباط بین زمان قطع این داروها با خونریزی ضمن وبعد از عمل مشخص نمی باشد . برای اکثر این داروها ، عملکرد پلاکتی در طی سه روز بعد از قطع آنها ، به حالت طبیعی برمی گردد . اگرچه ایبوپروفن می تواند ۲۴ ساعت قبل از انجام عمل جراحی قطع گردد . داروهای غیر استیله می توانند در طی دوره پیش از عمل جراحی ادامه یابند و می توانند جایگزینی برای دیگر داروهای این خانواده در کنترل درد باشند .

وارفارین : بطور مجزا در جای دیگر بحث شده است .

داروهایی که عملکرد کلیه را متاثر می سازند : برخی داروهایی که در دوره پیش از عمل جراحی استفاده می شوند ، می توانند منجر به آسیب حاد کلیوی گردند ، این داروها شامل داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی ، مهارکننده های آنزیم مبدل آنژیوتانسین ، آنتاگونیست های گیرنده - ۲ آنژیوتانسین ، دیورتیک ها ، آنتی بیوتیک ها (مانند آمینوگلیکوزیدها وپنی سیلین ها) و مواد حاجب وریدی می باشند . سود وزیان بر اساس هر دارو متفاوت می باشد .

داروهای ضد اضطراب : قطع ناگهانی بنزودیازپین ها در صورت مصرف طولانی مدت ، می تواند منجر به ایجاد یک حالت تحریکی همراه با علائمی چون فشار خون بالا ، بیقراری ، آشفتگی روانی و تشنج گردد . از آنجایی که

بسیاری از این داروها ، دارای متابولیت های فعال می باشند بنابراین علائم قطع مصرف می تواند چند روز تا چند هفته بعد از قطع دارو رخ دهد . این داروها عموماً در یک دوره کوتاه مدت برای کنترل اضطراب در دوره پیش از عمل جراحی استفاده می شوند و در صورت پایش مناسب دارو در این دوره ، بی خطر می باشند . اطلاعاتی در مورد بی خطر بودن مصرف بوسپیرون در دوره پیش از عمل جراحی وجود ندارد .

قطع یا ادامه مصرف : پیشنهاد می گردد چنانچه بنزودیازپین ها و بوسپیرون ، در دوره ای طولانی مدت به منظور ضد اضطراب یا آرام بخش استفاده شده اند در دوره پیش از عمل جراحی نیز ادامه یابند .

اشکال دارویی / جایگزینها : اشکال تزریقی بنزودیازپین مانند دیازپام در دسترس می باشد اما بوسپیرون فقط به شکل خوراکی موجود می باشد . بنزودیازپین های تزریقی در بیمارانی که اضطراب یک مشکل عمده به شمار رفته و قادر به مصرف خوراکی دارو نیستند ، جایگزین می گردند . تزریق وریدی این داروها می تواند منجر به ناپداری فشار خون گردد .

داروهای محرک مغزی : این داروها که در درمان بیش فعالی استفاده می شوند ممکن است خطر افزایش فشار خون و آریتمی را افزایش داده ، آستانه بروز تشنج را پائین آورده و با داروهایی که ممکن است در دوره پیش از عمل جراحی نیاز باشند (مانند وازوپرسورها) تداخل اثر داشته باشند . خطر بروز فشار خون ناگهانی ، زمانی که بیهوش کننده های هالوژنه در ترکیب با متیل فنیدیت استفاده شود ، افزایش می یابد و بنابراین مصرف این داروها روز عمل جراحی ، باید متوقف گردد . یک سری گزارشات موردی وجود دارد مبنی بر اینکه هشت بیماری که در روز عمل جراحی از آمفتامین استفاده کرده بودند ، دچار عارضه جانبی نشدند . به هر حال هیچ یک از این بیماران به درمان حمایتی وازوپرسور نیاز پیدا نکردند .

این داروها در بیمارانی که از آنها سوء استفاده نکرده اند ، در صورت قطع ، عارضه جانبی به همراه نخواهد داشت . این بیماران نباید نگران هوشیاری خود در روز عمل جراحی باشند .

قطع یا ادامه مصرف : اگر چه اطلاعات محدودی وجود دارد اما به هر حال ، قطع موقت این داروها خطر اندکی در پی خواهد داشت . پیشنهاد می گردد این داروها در روز جراحی قطع شده وزمانی که وضعیت بیمار پایدار گردید ، ادامه یابند .

درمان طولانی مدت با اپیوئیدها : قطع ناگهانی مصرف مزمن اپیوئیدها ، می تواند علائم قطع مصرف این داروها را در پی داشته باشد ، این علائم عبارتند از : کرامپ های شکمی ، تهوع ، استفراغ ، بی خوابی ، اضطراب ، تحریک پذیری ، ناپایداری دمای بدن ، تعریق زیاد و ترشح بزاق

قطع یا ادامه مصرف : بیمارانی که اپیوئیدها را در دوره ای طولانی مدت و برای کنترل دردهای مزمن استفاده نموده اند ، نیاز به ادامه مصرف این داروها قبل و بعد از عمل جراحی دارند . یک توجه ویژه در مورد بیمارانی که جهت درمان اعتیاد به مواد مخدر ، بطور مزمن بر روی درمان با متادون و بوپرونورفین بوده اند ، نیاز می باشد .

اشکال دارویی / جایگزینها : برای بیمارانی که قادر به مصرف خوراکی داروها نیستند ، اشکال دارویی رکتال ، پچ های پوستی ، ترانس موکوسال و تزریقی در دسترس می باشند . عموماً دوز های تزریقی ، باید معادل با دوزهای خوراکی استفاده شوند ، اگرچه گاه بصورت موقت ، دوزهای بالاتری نیز بعلت دردهای همراه با انجام عمل جراحی ، نیاز می باشد.

داروهای نورولوژیک

داروهای ضد صرع : اطلاعات محدودی برای راهنمایی پزشکان در مورد مدیریت درمان دارویی با داروهای ضد صرع در دوره پیش از عمل جراحی وجود دارد . اکثر تشنج هایی که در طی عمل جراحی رخ می دهد ، می تواند عوارضی در پی داشته باشد و یا مرگ و میر را افزایش دهد .

قطع یا ادامه مصرف : عموماً نیاز است داروهای ضد تشنج ، در اکثر بیماران با اختلالات صرعی شناخته شده ، در دوره پیش از عمل جراحی ادامه یابند . نگهداری دارو برای بیماران دچار صرع غایب خالص حیاتی نمی باشد ، چرا که این بیماری از تهدید اندکی در دوره پیش از عمل جراحی برخوردار می باشد . برای بیمارانی که قادر به مصرف خوراکی داروها نمی باشند و یا کسانی که صرع عمومی در آنها به ندرت رخ می دهد ، قطع موقت این داروها فقط برای یک تا دو روز منطقی به نظر می رسد . ادامه مصرف این داروها ، زمانی که مصرف خوراکی آنها امکانپذیر باشد ، باید از سر گرفته شود ، دلیل اقدام فوق نیمه عمر طولانی اکثر داروهای مورد استفاده می باشد .

اشکال دارویی / جایگزینها : چندین گزینه جهت بیمارانی که در دوره پیش از عمل جراحی به این داروها نیاز دارند ، اما قادر به مصرف داروهای خوراکی نیستند ، وجود دارد . فنی توئین ، والپروات ، لوتیراستام و فنوباریتال به شکل تزریقی وجود دارند . داروهای دیگری چون کاربامازپین ، اتوسوکسیماید ، گاباپنتین ، توپیرامات و لاموتریژین اشکال تزریقی ندارند . فنی توئین محدوده درمانی باریکی دارد و سطح سرمی این دارو در

دوره پیش از عمل جراحی باید کنترل گردد . زمانی که تجویز داروی تزریقی مد نظر قرار می گیرد دوز دارو باید بر اساس فرد مشخص گردد و در صورت امکان مشاوره فارماکوکینتیک مفید می باشد . سوسپانسیون کاربامازپین و والپروات می تواند از طریق لوله نازوگاستریک تجویز گردد و شربت والپروات می تواند از طریق مقعد داده شود . توپیرامات می تواند موجب اسیدوز با فاصله آنیونی گردد و کاهش دوز در دوره پیش از عمل جراحی باید مد نظر قرار گیرد .

آلفا دو آگونیست ها ، تنظیم کننده های انتخابی گیرنده استروژن ، داروهای مورد استفاده در بیماریهای تیروئید، داروهای مورد استفاده در استئوپروز و استئوپنی ، داروهای موثر بر روان شامل داروهای ضد افسردگی سه حلقه ای ، مهار کننده های باز جذب سروتونین ، مهارکننده های مونو آمین اکسیداز، داروهای تثبیت کننده خلق و آنتی سایکوتیک ها ، داروهای نورولوژیک شامل داروهای ضد پارکینسون ، داروهای روما تولوژیک ، درمان دارویی بزرگی خوش خیم پروستات و داروهای گیاهی