_____ 醫院常規大腸直腸手術 ERAS 臨床共識盤點清單（第　　次）

使用前，請參見表格末「填寫說明」

日期：　　年　　月　　日

參與人員	☐外科醫師：　☐麻醉醫師：　☐其他人員：
ERAS 術式	☐Ileocecal ／ right hemicolectomy　☐Left hemicolectomy　☐Total ／ Subtotal colectomy　☐Sigmoid resection ☐Abdominoperineal resection　☐Reversal of Hartmann's procedure　☐Proctocolectomy ☐Anterior resection ／ low anterior resection　☐Other:
收案病人	☐單線收案（同時間只照顧一位病人）　☐單一醫師收案：　☐多位醫師收案：
療程啟動	☐外科門診　☐麻諮門診　☐住院照會　☐其它：

Items	Status				Details	
Pre-admission	已執行	1st 優先	2nd 優先	3rd 優先	已執行項目（可多選）	
Preadmission information, education and counselling（ERAS）	☐	☐	☐	☐	說明人員： ☐外科醫師　☐麻醉醫師　☐護理師　☐個管師 ☐其它：	
Identification of high-risk patients	☐	☐	☐	☐	☐使用評估工具辨識高風險病人（例如 ASA-PS 或 ACS-NSQIP）	
Management of comorbidities	☐	☐	☐	☐	☐進行共病症評估　☐當有共病症時，住院前進行介入與處置	
					心血管疾病	☐藥物優化 ☐血行動力學監測
					慢性肺阻塞、氣喘、間質性肺病、肺部感染	☐術前戒菸 ≥ 四週 ☐若有肺部感染，則延遲非緊急手術
					腎功能異常	☐避免 NSAIDs 與對腎臟造成損害的物質 ☐謹慎管理液體，以預防急性腎損傷
					慢性肝病	☐避免非必要的手術 ☐管理液體狀態 ☐處理凝血功能障礙 ☐避免對肝臟造成損害的物質
					糖尿病	☐術前篩檢 HbA1c ☐血糖控制
Alcohol cessation	☐	☐	☐	☐	☐戒酒諮詢　☐術前戒酒 ≥ 四週	
Smoking cessation	☐	☐	☐	☐	☐戒酒諮詢　☐術前戒菸 ≥ 四週　☐行為介入治療　☐尼古丁替代療法	
Prehabilitation	☐	☐	☐	☐	☐專責 ERAS 物理治療師　☐住院前復健評估　☐住院前復健介入	
Anemia treatment	☐	☐	☐	☐	☐住院前貧血篩檢與介入　☐靜脈注射補充鐵劑 ☐高劑量紅血球生成素 erythropoietin（EPO）	
Preoperative nutrition	☐	☐	☐	☐	☐專責 ERAS 營養師 ☐使用評估工具進行住院前營養篩檢（MUST、SGA、NRS-2002 等） ☐對營養不良患者，手術前至少 7 至 10 天啟動腸道營養補充或口服免疫營養 ☐設定術前營養目標：熱量 25 kcal/kg/d 與蛋白質 1.2 － 1.5 g/kg/d	

Pre-operative	已執行	1st 優先	2nd 優先	3rd 優先	已執行項目（可 多選）
PONV prophylaxis	☐	☐	☐	☐	☐使用評估工具進行 PONV 術後暈吐風險評估（例如 Apfel Score） ☐避免使用長效型鴉片類藥物　☐高風險者，避免使用麻醉氣體 ☐使用具實證效果的止吐藥（Aprepitant, Ramosetron, Granisetron, Dexamethasone, Ondansetron）
Preanesthetic medication strategy	☐	☐	☐	☐	☐避免常規於術前給予鎮定、抗焦慮用藥 ☐常規於術前開始止痛計畫（例如口服止痛藥物）
Thromboprophylaxis	☐	☐	☐	☐	☐使用評估工具進行 VTE 血管栓塞風險評估（Caprini Score） ☐使用機械性預防（漸進式壓力襪、間歇性氣壓裝置） ☐使用藥物性預防（LMHW、unfractionated heparin、DOACs）
Avoidance of routine mechanical bowel preparation (MBP)	☐	☐	☐	☐	☐不常規進行機械性腸道準備
Carbohydrate loading and avoidance of prolonged preoperative fasting	☐	☐	☐	☐	☐術前兩小時口服清澈液體（clear liquids） ☐術前兩小時口服碳水化合物（oral carbohydrates），糖尿病控制不良除外
Antibiotics and skin preparation	☐	☐	☐	☐	☐預防性抗生素（劃刀前 30 至 60 分鐘內給予） ☐若手術時間 ≥ 4 小時或失血 ≥ 1500 mL，追加抗生素劑量 ☐皮膚消毒使用 Chlorhexidine-Alcohol Based 製劑
Preoperative fluids	☐	☐	☐	☐	☐直至手術前 2 小時，飲用清澈液體以維持水分充足狀態 ☐校正所有體液或電解質的失衡

Intra-operative	已執行	1st 優先	2nd 優先	3rd 優先	已執行項目（可多選）
Standard Anesthetic protocol	☐	☐	☐	☐	☐短效麻醉藥物　☐腦部麻醉深度監測　☐PONV 風險者，使用 TIVA ☐抗發炎策略（使用 Dexamethsone、Lidocaine、Dexmedetomidine） ☐保護性通氣策略　☐避免長時間使用 100% FiO2 ☐避免術中低血壓（MAP ≦ 65 mmHg）　☐使用神經肌肉監測（TOF） ☐在腹腔鏡與機械臂手術中，達到深度神經肌肉阻斷（TOF = 0） ☐甦醒時使用阻斷完全逆轉劑（例如 Sugammadex），拔管條件為 TOF ≥ 0.9
Normothermia	☐	☐	☐	☐	☐主動式體表保溫系統（Forced Air Warming Device） ☐靜脈輸液加溫（IV fluid warming）
Intraoperative fluids	☐	☐	☐	☐	☐手術當天維持略正向的輸液平衡（總輸液量控制在 ≥ 900 mL 至 ≤ 2700 mL 之間） ☐依進階血行動力學偵測儀 Advanced Hemodynamic Monitor 參數，適當使用強心劑、血管升壓劑 ☐高風險病人使用 Goal Directed Fluid Therapy 目標導向輸液平衡
Surgical approach	☐	☐	☐	☐	☐微創手術 Minimally invasive surgery（MIS）
Avoidance of routine abdominal drainage	☐	☐	☐	☐	☐避免常規性放置腹腔內引流管

Post-operative	已執行	1st 優先	2nd 優先	3rd 優先	已執行項目（可多選）
Avoidance of routine postoperative nasogastric tube (NG)	☐	☐	☐	☐	☐若存在預防性鼻胃管，術後離開手術室則移除。
Normoglycemia	☐	☐	☐	☐	☐對術前糖化血色素（HbA1c）升高的患者，應進行嚴密監測 ☐透過血糖控制，在術後病房維持血糖 140 至 180 mg/dL
Postoperative fluids	☐	☐	☐	☐	☐維持術後略正的體液平衡，體重增加限制在 2.5 kg 之內 ☐避免使用含氯離子的溶液（例如 0.9% Normal Saline） ☐使用平衡晶體溶液（Balanced Crystalloid Solutions）
Avoidance of prolonged urinary drainage	☐	☐	☐	☐	☐無併發症的微創結腸手術，在術後 24 小時內移除導尿管 ☐無併發症的微創直腸手術，在術後 48 小時內移除導尿管
Prevention of ileus	☐	☐	☐	☐	**採用多模式策略預防腸阻塞策略，包含：** ☐早期口服進食（術後 24 小時內）　☐5-HT4 促進劑（prucalopride） ☐嚼口香糖 Chewing Gum　☐益生菌 Probiotics　☐刺激性與滲透性瀉劑 ☐選擇性類鴉片拮抗劑　☐避免使用長效型鴉片類藥物 ☐硬脊膜外止痛 Epidural Analgesia　☐NSAIDs ☐低強度經皮耳迷走神經刺激（taVNS）　☐經皮電穴位刺激（TEAS）
Postoperative multimodal analgesia	☐	☐	☐	☐	**無論傳統剖腹或微創手術，皆採用多模式止痛策略，包含：** ☐Acetaminophen　☐Selective NSAIDs　☐Intrathecal morphine ☐Transversus abdominis plane（TAP）block ☐Erector spinae plane（ESP）nerve block ☐Rectus sheath block　☐Wound Infiltration ☐Intraperitoneal local anesthetics　☐IV lidocaine infusion ☐Thoracic Epidural Analgesia（限傳統剖腹手術）
Postoperative nutritional care	☐	☐	☐	☐	☐避免等待排氣，術後 24 小時內啟動腸道進食（口服／管灌）。 ☐每日記錄及監測營養攝取量 ☐運用 I-FEED Score 等消化道功能評估工具，輔助進食決策。 ☐視需要使用口服營養補充品（Oral Nutrition Supplements, ONS） ☐設定漸進式營養目標：熱量 25 kcal/kg/d 與蛋白質 1.5 g/kg/d ☐營養不良或 POD 5 仍攝取不足者，24 小時內啟動專業營養介入 ☐營養不良者，出院後持續每天至少 500 kcal ONS 加上運動
Early Mobilization	☐	☐	☐	☐	☐術後 24 小時內，開始下床活動 ☐從術後第一天（POD 1）到出院，每天至少進行 3 小時的活動

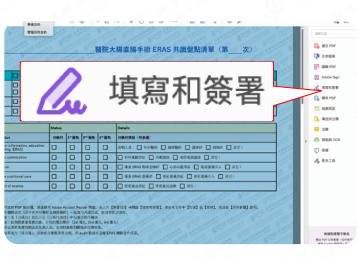
Overall	已執行	1st 優先	2nd 優先	3rd 優先	已執行項目（可多選）
Audit	☐	☐	☐	☐	☐ERAS 要素執行率（ERAS Compliance）　☐術後住院天數（LOS） ☐術後併發症（使用 Clavien-Dindo classification）　☐30 天內再住院率 ☐其它：
Regular team meeting	☐	☐	☐	☐	☐隔週　☐一個月　☐二個月　☐一季　☐其它：

填寫完成請記得另存新檔

回頁首

填寫說明：

- 本文件為可填寫 PDF 數位檔，建議使用 Adobe Acrobat Reader 開啟，由上方【簽署 (S)】➡開啟【填寫和簽署】，直接在文件中【勾選】或【填寫】，完成後【另存新檔】即可。
- 如欲去除「提示螢光標示」:由上方工具列【編輯 (E)】➡開啟【偏好設定】➡開啟【表格】➡在螢光標示色彩欄位中，取消【顯示欄位邊框顏色變化 (B)】➡確認即可。



臨床共識：

- 需由 ERAS 團隊成員（至少有外科醫師及麻醉醫師）一起進行共識形成，依目前狀況填寫。
- ERAS 術式：確認 ERAS 欲收案術式。
- 收案病人：「單線收案」指一次收案一位，出院後再收案一位；「單一醫師收案」指只限一位外科醫師病人收案。
- 確實已執行要素：在「已執行」註記且在「已執行項目」中勾選已執行細項。
- 未執行要素：依預期要素落實先後，分別列優先順序（1st 優先 , 2nd 優先 , 3rd 優先）。
- 每一要素都必須有落實時間表及負責人員，並同時啟動相關臨床指標收集。
- 建議至少每季進行「再共識」，並與前次盤點清單比較，用 audit 數據來追蹤 ERAS 團隊合作成果。

版權說明：

本文件版權屬於 ERAS® Society 及「台灣術後加速康復學會」所有，均受中華民國著作權法和國際著作權條約及其他智慧財產權法規與條約之保護。非經權利單位授權同意，任何人不得以任何形式轉載、修改、傳輸、再製、散布、顯示、出版或傳播。

縮寫說明：

BIS (Bispectral Index), GDFT (Goal-directed Fluid Therapy), LMWH (Low Molecular Weight Heparin), LOS (Length of Stay), MBP (Mechanical Bowel Preparation), MIS (Minimal Invasive Surgery), OAB (Oral Antibiotics), OMT (Optimal Muscle Tension), PONV (Postoperative Nausea & Vomiting), Sug (Sugammadex), TEA (Thoracic Epidural Analgesia), TIVA (Total Intravenous Anesthesia), VAS (Visual Analogue Scale), VTE (Venous Thromboembolism)

意見回饋：

此共識盤點清單由「台灣術後加速康復學會」發行，在使用有任何問題，歡迎來信詢問：taiwaneras@gmail.com

ERAS® 台灣術後加速康復學會 TAIWAN CHAPTER, ERAS® SOCIETY　ERAS® Society　中華民國大腸直腸外科醫學會 SOCIETY OF COLON AND RECTAL SURGEONS, TAIWAN　台灣大腸直腸醫學會 Taiwan Society of Coloproctology

ERAS 指引下載