Symposium 17
休克新視野：證據更新、鑑別診斷與處置
New Perspectives in Shock: Evidence Updates, Differential Diagnosis, and Management

時間：2026 年 6 月 27 日(六) 13:30~15:00
會議室：301 會議廳
座長：李智晃醫師(林口長庚醫院)、施宏謀醫師(台中市立老人復健綜合醫院)

13:30~13:55 心因性休克處置：最新證據回顧與臨床決策
Cardiogenic Shock Management: Latest Evidence Review and Clinical Decision-Making
主講人：黃昱彰醫師(林口長庚心臟內科加護病房)

13:55~14:20 心因性與敗血症休克鑑別診斷重點與治療策略差異
Key points and differences in treatment strategies for differential diagnosis between psychogenic and septic shock
主講人：劉彥宏醫師(中國附醫)

14:20~14:45 混合型休克處置：血流動力監測與器官支持策略
Management of Mixed Shock: Hemodynamic Monitoring and Organ Support Strategies
主講人：黃彥達醫師(成大醫院)

14:45~15:00 綜合討論

講師簡介

黃昱彰醫師
現職：林口長庚紀念醫院 心臟血管內科 主治醫師
學歷：國立成功大學 醫學系 學士
經歷：成大醫院內科系 住院醫師
林口長庚紀念醫院內科系 住院醫師

劉彥宏醫師
現職：中國醫藥大學附設醫院急診部 臨床助理教授
學歷：台灣大學 醫學教育暨生醫倫理研究所 碩士
經歷：中國醫藥大學附設醫院急診部 主治醫師
中國醫藥大學附設醫院急診部 代理副部主任

黃彥達醫師
現職：成大醫院外科部 SICU 副教授
學歷：慈濟大學 藥理暨毒理學研究所 博士
經歷：花蓮慈濟醫院急診部 主治醫師
慈濟大學藥理學科 助理教授&副教授
台灣急救加護醫學會 理事

課程簡介

- **心因性休克處置：最新證據回顧與臨床決策**

  Despite advances in cardiac intensive care, cardiogenic shock(CS) remains a high-mortality syndrome, with short-term mortality rates between 30% and 40%. The presentation emphasizes a shift toward phenotyping shock into acute myocardial infarction (AMI)-CS and heart failure (HF)-CS, utilizing SCAI staging to guide risk stratification and clinical decision-making.

  A central focus is the "SUSPECT CS" clinical roadmap, which prioritizes rapid identification of hypoperfusion within the first 60 minutes and early activation of a multidisciplinary Shock Team. The management strategy highlights the importance of invasive hemodynamic monitoring via Pulmonary Artery Catheter (PAC) to calculate critical metrics like Cardiac Power Output (CPO) and Pulmonary Artery Pulsatility Index (PAPi) to tailor therapy.

  Regarding interventions, early revascularization remains the cornerstone for AMI-CS. The presentation discusses the evolving role of temporary Mechanical Circulatory Support (tMCS), citing the DanGer Shock trial as the first RCT to show a survival benefit for microaxial flow pumps in select STEMI patients. Finally, the content outlines structured protocols for stabilization, managing multisystem complications, and determining "exit strategies," ranging from myocardial recovery to durable VAD or palliative care.

- **心因性與敗血症休克鑑別診斷重點與治療策略差異**

  本演講聚焦於敗血性休克與心因性休克在臨床表現上的灰色地帶，特別是「敗血症誘發之心肌症(SCM)」與其進階形式「敗血症相關心因性休克(SeRCS)」的辨識。臨床上，敗血症患者常伴隨 Troponin I 升高，需精確區分其病理機制為 Type 1 MI(斑塊破裂)或 Type 2 MI(發炎風暴導致的供需失衡)。診斷核心應由傳統的 LVEF 轉向動態血流動力學表型評估，利用 GLS(<20%)、TAPSE(<16mm)及右心室擴張指標來定義心肌受損程度。治療策略上，參考 2026 年 SSC/ESICM 指引，將管理細分為 Salvage、Optimization、Stabilization 到 De-escalation 四個階段，強調個人化 MAP 目標(高齡者維持在 60–65 mmHg)與嚴謹的流體管理(Fluid Stewardship)。在藥物抉擇上，雖然 LeoPARDS 試驗顯示 Levosimendan 並未降低整體死亡率，但對於具備低心輸出量特徵的亞群患者，其不增加心肌耗氧的機轉仍具臨床價值。針對難治型 SeRCS，2026 年最新系統性回顧指出 VA-ECMO 作為挽救療法在精選病例中可達到 42%的存活率。總結而言，重症醫師應具備從「單一診斷」轉向「血流動力學四象限表型」的思維，透過精準篩選，為這群最具挑戰性的混合型休克患者爭取心臟功能的「可逆性」康復。

- **混合型休克處置：血流動力監測與器官支持策略**

  混合性休克整合了分布性、心源性與低容量性休克的病理生理特徵，單一血流動力目標無法反映其複雜本質。本演講以 Rate - Volume - Resistance - Pump(RVRP)為核心框架，系統性介紹床邊血流動力監測與器官支持策略的整合應用。

  Rate 方面，心搏過速在混合性休克中既是代償機轉亦是惡化因子。超選擇性β1 阻斷劑 landiolol 與 esmolol 可在不顯著影響血壓的前提下控制心率、改善舒張期充填與心肌氧耗，為當代心率導引治療的核心藥物。

  Volume 方面，被動抬腿試驗(passive leg raising test)結合每搏輸出量即時監測，提供動態 fluid responsiveness 評估；每搏輸出量變異度(SVV)則可進一步區分容量反應性與容量無反應狀態，避免過量輸液加重肺水腫與器官損傷。

  Resistance 方面，動態動脈彈性(dynamic arterial elastance, Eadyn)整合動脈張力與心臟 - 血管耦聯資訊，可預測 vasopressor 反應性，指引 norepinephrine 的起始時機與劑量調整。

  Pump 方面，心肌收縮力不足時，levosimendan 以鈣離子增敏機轉提升心輸出量而不增加氧耗，milrinone 則透過 PDE3 抑制兼顧強心與血管擴張；上述藥物無效時，VA-ECMO 提供機械性循環橋接作為最終支持。

  RVRP 框架將複雜的混合性休克分解為可操作的臨床決策邏輯，有助於實現個體化、動態的血流動力導引復甦。