



## 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

### 課程簡介

#### ● 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 $\beta_1$ 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。