

成人敗血症與敗血性休克之處置新知： 解析 2026 年國際戰勝敗血症指引急性期處置變動之處

黃彥達

國立成功大學醫學院附設醫院外科部外科加護病房

摘要

重症醫學領域中，成人敗血症/敗血性休克之最新實證處置，全球皆依據國際戰勝敗血症指引 (Surviving Sepsis Campaign)；相較 2021 年版本，近期公布的 2026 年版作了多項更新。本文整理急性期處置之四大主軸變動：(一) 早期辨識：強烈建議以早期預警評分 (NEWS/MEWS) 取代 qSOFA，並以結構化確定性分級規範抗生素時機；(二) 抗感染： β -內醯胺類延長輸注與抗生素降階皆升級為強烈建議，並首度納入選擇性消化道去汙染之條件建議；(三) 血動力學：65 歲以上病人平均動脈壓可下調為 60-65 mmHg，平衡晶體液獲更強證據支撐，限制性與自由性後續補液策略等效；(四) 輔助治療：血液淨化採有條件反對，新增的亞甲藍於頑固性休克列為證據不足，亦新增對退燒、靜脈短效乙型阻斷劑、維生素 D 之條件反對建議。掌握上述更新變動，有助臨床醫師依最佳實證調整實務決策。

關鍵詞：敗血症 (sepsis)
敗血性休克 (septic shock)
戰勝敗血症運動 (Surviving Sepsis Campaign)
急性期處置 (acute-phase management)

引言

敗血症定義為感染所誘發之急性器官失能 (dysfunction)，全球每年約 4,900 萬病例，1,100 萬相關死亡¹。敗血性休克為其最嚴重亞型，定義為在給予充足液體復甦下仍需升壓劑維持平均動脈壓 (mean arterial pressure, MAP) \geq 65 mmHg，且血清乳酸 (lactate) $>$ 2 mmol/L，28 天院內死亡率達 30-50%²。早期辨識、適時給予抗生素與血行動力學支持，是改善預後的核心。

國際戰勝敗血症 (Surviving Sepsis

Campaign, SSC) 指引自 2004 年起每四至五年更新一次，至 2026 年已歷第六版。本次成人版本由 69 位來自 23 個國家的專家組成委員會，文獻回顧截至 2025 年 6 月，依據現今標準的實證醫學 GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluations) 方法學，整合系統性回顧暨統合分析 (systematic review and meta-analysis, SRMA) 數據及證據到決策 (Evidence to Decision, EtD) 框架，形成共 129 條建議³。

相較 2021 年版本，2026 年指引有多處變

動，包括推薦強度升級、新增建議，以及首度條件反對若干過往常見治療措施。本文聚焦於對敗血性休克臨床處置影響最直接的早期辨識與初始處置、抗感染策略血動力學管理、與重要輔助治療這四大部分的更新，以協助臨床醫師掌握變動精神，於急性處置上做出符合現有最佳證據的臨床決策。

一、早期辨識

(一) 篩檢工具：NEWS/MEWS 取代 qSOFA

2026 年版本在大型系統性回顧支撐下，「強烈建議」指出應使用早期預警評分 (NEWS, NEWS2, MEWS) 或 SIRS 優於 qSOFA 作為院內敗血症篩檢工具，乃因 qSOFA 之敏感度遠低於 NEWS/NEWS2，在資源充足的院內環境下，以低敏感度工具篩檢敗血症恐導致大量假陰性、延誤治療時機⁴。

至於敗血症生物標記與快速診斷檢測，例如單核球分布寬度 (monocyte distribution width, MDW) 值升高雖然可提示臨床人員重新評估非典型敗血症表現的可能性病患，但不提供「陽性」或「陰性」結果，而是將檢測後的敗血症風險分類為不同等級。鑑於成本，以及缺乏改善以病患為中心預後的證據，專家小組提出「良好實踐聲明」(good practice statement)，不應單憑單一生物標記或診斷檢測來確診或排除敗血症。

二、抗感染策略之改變

(一) 抗生素時機框架

SSC 2026 一大創新是引入結構化的敗血症確定性語言，根據病史、臨床檢查和診斷測試將臨床情境分為確定 (definite)、可能 (probable)、疑似 (possible) 及不太可能 (unlikely) 四級，並據此規範抗生素使用時機，以在緊急給藥與避免抗生素過度使用之間取得平衡。針對確定或可能敗血症合併休克，維持強烈建議，理想上在辨識後 60 分鐘內應立即給予抗生素。針對疑似敗血症但無休克，則為條件建議於 3 小時內完成感染與非感染病因之快速評估，若懷疑仍高

則給藥；若評估後感染可能性低，可條件建議暫緩抗生素同時密切觀察。此分層框架反映了當前對過度抗生素治療的重視——約 10-30% 初始以敗血症治療的患者最終確認為非感染性病因，不必要的抗生素使用與抗藥性、菌群失調及藥物不良事件息息相關⁵。

(二) β -內醯胺類 (β -lactam) 抗生素延長輸注之等級升級

β -內醯胺類抗生素為時間依賴性抗菌藥物，其殺菌效果取決於血中濃度超過最低抑菌濃度 (minimum inhibitory concentration, MIC) 的時間比例。敗血症患者常因分佈容積增大、腎清除率改變等藥動力學變異，導致傳統間歇輸注難以維持足夠血中濃度。延長輸注 (extended or continuous infusion, 在給予初始負荷劑量後) 可維持更穩定的血中濃度，理論上最大化時間依賴性殺菌效果。

2026 年版本依據最新 SRMA，短期死亡率相對風險 (relative risk [RR]) 為 0.91 (95% 信賴區間 [confidence interval, CI] 0.85-0.97) 且屬於高確定性 (high certainty) 證據⁶。EtD 框架所有向度均傾向正面，共同促成從有條件 (conditional) 建議升級為「強烈建議」。臨床操作要點：務必先給予負荷劑量再改延長輸注；需注意藥物穩定性與相容性，以及輸液管路之占用問題。

(三) 抗生素降階 (de-escalation) 之等級升級

抗生素降階 (de-escalation) 係指在取得微生物診斷與敏感試驗結果後，停止不必要之廣效抗生素或縮窄抗菌涵蓋範圍。此策略有助降低抗藥性風險、減少藥物毒性及延長住院。SSC 2021 版以「良好實踐聲明」呈現，2026 年版本依據 26 項研究 (含 2 項隨機對照試驗) 之 SRMA：死亡率 RR 0.77 (95% CI 0.64-0.92)，極低確定性 (因主要為觀察性研究，存在指徵性混淆)，正式升級為「強烈建議」。此係 SSC 2026 少數在極低確定性下仍出具強烈建議之案例，反映益害天平高度傾向有利、且安全性疑慮極少³。

(四) 選擇性消化道去汙染

選擇性消化道去汙染 (selective decontamination of the digestive tract, SDD) 係一預防性感染控制策略，透過口咽部及上消化道外用非吸收性抗菌劑 (通常含 polymyxin、tobramycin 及 amphotericin B)，搭配短期全身性靜脈抗生素，以清除致病性革蘭氏陰性需氧菌及黴菌，同時保留厭氧菌群。此建議在 SSC 2026 首度納入，依據包含 32 項隨機對照試驗 (24,389 名受試者) 之 SRMA：短期死亡率 RR 0.91 (95% CI 0.82-0.99，中確定性)，抗藥性菌減少 (RR 0.64，低確定性)⁷。

SSC 2026 對此發出「條件建議」(中確定性)：在抗藥性盛行率低之加護病房中，使用 SDD 於接受機械通氣之敗血症患者。此限定條件十分重要，在抗藥性盛行率高的環境 (如許多台灣加護病房)，SDD 對個別病患的潛在效益必須與廣泛使用抗菌劑對整體抗藥性生態的衝擊審慎權衡，宜逐 ICU 評估可行性。

三、初始處置

初始處置的通則，於 SSC 2026 年版並無變動，例如盡快採集血液培養，建議考慮測定血液乳酸濃度，建議考慮在前 3 小時內靜脈給予至少 30 mL/kg 的晶體液 (crystalloids)，建議考慮若低血壓持續則再加用升壓藥 (vasopressor) 支持。啟動升壓藥的途徑，建議考慮可先經周邊靜脈，而非延遲至建立中央靜脈通路後再給予。一些變動的部分如下：

(一) 老年病人平均動脈壓目標下調

SSC 2026 在對所有成人敗血性休克病人維持強烈建議初始平均動脈壓 (MAP) 目標 65 mmHg 之基礎上，新增針對 65 歲及以上病人之條件建議：初始 MAP 目標範圍 60-65 mmHg 優於更高目標。此建議主要依據個人病人資料統合分析 (individual patient data meta-analysis) 之老年次族群：RR 0.89 (95% CI 0.81-0.98)，高確定性；且降低 MAP 目標明顯減少升壓劑暴露量，降低相關不良事件風險⁸。儘管數據達高確

定性，仍出具「條件建議」，原因在於病人異質性高，部分老年患者 (如慢性高血壓、腦血管疾病) 可能需要較高 MAP 維持器官灌流，需依個別血動力學反應靈活調整。

(二) 平衡晶體液優於 0.9% 食鹽水

傳統 0.9% 生理食鹽水因高氯含量 (154 mEq/L)，大量輸注可導致高氯性代謝性酸中毒 (hyperchloremic metabolic acidosis) 及急性腎損傷 (acute kidney injury, AKI)。平衡晶體液 (balanced crystalloids，如乳酸林格液) 氯離子含量較低，理論上更符合生理需求。2026 年版本依據 11 篇研究 (35,884 名患者) 的 SRMA⁹：平衡晶體液傾向較低死亡率之勝算比 (odds ratio, OR) 0.94 (95% CI 0.85-1.04，中確定性)，且新增腎臟替代治療需求顯著減少 (OR 0.86，95% CI 0.74-0.99，高確定性)。

原 2021 年版此建議已為條件建議，但彼時確定性相對較弱；2026 年因腎臟替代治療獲益達高確定性，整體推薦語氣更為明確。臨床注意事項：對合併外傷性腦損傷 (traumatic brain injury, TBI) 的患者，建議仍使用 0.9% 食鹽水而非平衡晶體液，避免平衡晶體液乃屬相對低張溶液，可能誘發腦水腫。

(三) 限制性 vs. 自由性後續補液——兩者等效

初始 30 mL/kg 晶體液復甦後，若低灌流仍持續，應給予多少液體始終是臨床爭論焦點。過多輸液會造成組織間質水腫，反而引起組織灌流不足；雖然限制輸液可以改善上述狀況，但過於嚴謹的限制亦可能造成有效循環血量不足，同樣導致組織灌流不良。2021 年版本因證據不足，對此未能給出明確建議。2026 年版本由專家們執行納入 4 項隨機對照試驗 (3,320 名敗血症患者) 之 SRMA：限制性 vs. 自由性策略在死亡率 (RR 1.00，95% CI 0.91-1.10，中確定性)、機械通氣天數、腎臟替代治療使用及升壓劑需求上均無顯著差異。

SSC 2026 因此改以「條件建議」呈現 (either/or，兩者等效)，建議依個別患者特徵

及醫療系統因素選擇策略。此一轉變意義深遠——它承認在充分復甦後，補液策略的選擇需高度個人化，且應以動態指標 (dynamic measures，如被動抬腿試驗等) 而非固定容積規則來引導後續補液 (條件建議)。

(四) 升壓素 (vasopressin) 降級

2021 年版本對升壓素 (vasopressin) 作為第一線升壓劑之推薦為強烈建議。2026 年版本重新評估兩項比較 vasopressin 與 norepinephrine 作為第一線升壓劑之隨機對照試驗 (共 658 名患者)：死亡率 RR 1.07 (95% CI 0.90-1.28，低確定性)，兩者無顯著差異；腎臟替代治療需求 RR 0.70 (95% CI 0.53-0.92，中確定性)，vasopressin 可能有保腎優勢。

然而，EtD 框架中的資源向度評為「不確定」，乃因 vasopressin 在許多中低收入國家及部分醫療體系取得不易且成本較高，因此 EtD 框架中的健康公平性 (equity) 也被判斷為「可能降低」。基於上述，建議等級由「強烈建議」降級為「有條件建議」(低至很低確定性)：在需要升壓劑的敗血性休克中，建議首選 norepinephrine 而非 vasopressin 或 angiotensin II。若 norepinephrine 劑量持續上升，則條件建議加入 vasopressin；若血壓仍難維持，再序貫加入 epinephrine。

四、輔助治療的新方向

(一) 靜脈類固醇適應症調整

2021 年版本建議靜脈類固醇 (corticosteroids) 用於持續需要升壓劑治療之敗血性休克患者。2026 年版本依據最新的 SRMA¹⁰ (45 項隨機對照試驗，9,543 名患者)，28 天死亡率 RR 0.92 (95% CI 0.83-1.01，低確定性)——信賴區間跨越無效線。然而，休克逆轉 (shock reversal at day 7) 達高確定性獲益 (RR 1.29，95% CI 1.13-1.46，每 1,000 名患者增加 153 例休克逆轉)。因此 2026 年版本調整適應症，改為對敗血性休克患者廣泛出具條件建議，不再限定於持續需升壓劑，且明確的劑量建議為每日 200 mg 氫化可體松 (hydrocortisone) 等效劑量。

此調整反映委員會認為大多數敗血性休克患者均可從休克逆轉的高確定性獲益中受惠，而藥物成本低廉並全球可及使 EtD 框架內之益害天平傾向有利。88.4% 的委員於臨床實踐中使用類固醇，亦印證此建議之廣泛認可。

(二) 血液淨化：短期獲益信號被長期數據推翻

血液淨化療法 (blood purification)，包含血液灌流 (hemoperfusion)、高劑量血液過濾術 (hemofiltration) 及血漿置換 (plasma exchange)，以移除過多炎症介質為理論基礎。SSC 2021 已建議反對使用，2026 年版本在納入更多長期追蹤數據後，揭示了一個方法學上的時序性矛盾：28-30 天死亡率 RR 0.83 (95% CI 0.71-0.98，低確定性，38 項隨機對照試驗)，顯示短期達到統計學上顯著有益；然 90 天死亡率 RR 1.11 (95% CI 0.94-1.30，低確定性，4 項試驗) 轉為可能有害；1 年死亡率 RR 1.19 (95% CI 0.97-1.45，低確定性，1 項試驗) 更進一步偏向害處；當然，90 天與 1 年死亡率未達到統計學差異。EtD 框架中整體益害天平因此評為「不確定」，加上資源向度判定為「中等成本」，指向資源投入與不確定預後之間的取捨困難。2026 年版本因此最後呈現「條件反對建議」，在正式大型高品質隨機對照試驗完成之前，不建議常規使用，可視個別病人的狀況，進行醫病共享決策 (shared decision making)。

(三) 亞甲藍 (methylene blue) 於頑固性敗血性休克的角色

2026 年指引新增一條對亞甲藍的陳述，對於需升高血管收縮劑劑量的頑固性敗血性休克成人病人，工作小組認為現有證據不足以提出建議，但保留臨床醫師在個別情境下嘗試的空間。亞甲藍的作用機轉在於抑制一氧化氮合成酶 (nitric oxide synthase)，藉此逆轉敗血症中過度活化的一氧化氮-環磷酸鳥苷 (NO-cGMP) 路徑所導致的血管麻痺 (vasoplegia)，理論上可恢復血管收縮劑反應性。然而其臨床效益的證據，品質仍偏弱。Ng 等人 2024 年的 SRMA¹¹ (5 項 RCT，n=257) 顯示亞甲藍輕微提升平

均動脈壓，證據確定性被評為「非常低」。工作小組另揭露其成員的實務現況：69% 從不或幾乎不使用亞甲藍作為救援治療、23% 偶爾使用、僅 7.5% 經常或幾乎總是使用，顯示在缺乏死亡率獲益證據前，國際專家普遍對其常規應用持保留態度。建議若於臨床選擇性使用，宜限定於對 norepinephrine 與 vasopressin 反應不佳、且已排除可逆病因的病人，並注意其禁忌（G6PD 缺乏、合併使用血清素類藥物導致 serotonin syndrome 之風險）與藥物配製細節（不可以生理食鹽水稀釋，應使用 5% dextrose 或無菌水）¹²。

(四) 新增有條件反對建議：

2026 年版本新增多項有條件否定建議：

1. 退燒藥或體表降溫：SSC 2026 進行之 13 項隨機對照試驗（3,333 名有感染的成人患者）SRMA 顯示退燒措施對死亡率無顯著影響（RR 1.02, 95% CI 0.86-1.21, 極低確定性）。委員會判斷發燒可能是宿主免疫反應的一部分，常規退燒不但耗費醫護資源，更可能掩蓋臨床惡化信號。有條件建議反對以改善臨床預後為目的之退燒，但若用於症狀緩解仍屬可接受³。
2. 靜脈短效乙型阻斷劑 (short-acting beta-blocker)：12 項隨機對照試驗（1,170 名患者）SRMA¹³：死亡率 RR 0.76 (95% CI 0.62-0.93, 極低確定性)，雖點估計值呈現具統計差異之獲益，但極低確定性加上心率先降低所致的升壓劑需求延長 (MD 1.04 days, 中確定性)，以及 esmolol 與 landiolol 這兩個藥的昂貴成本，使委員會認為不宜常規使用，而給予有條件反對的建議。
3. 維生素 D：11 項隨機對照試驗之 SRMA¹⁴ 顯示死亡率具效益傾向但未達到統計差異 (RR 0.84, 95% CI 0.68-1.04, 極低確定性)，且 VIOLET 試驗中敗血症次族群分析出現可能害處的信號 (絕對死亡率增加 12.4%)，促使委員會新增條件反對建議³。此建議不影響因其他適應症 (如維生素 D 缺乏症) 常規補充維生素 D 之患者。

五、指引落實之外部視角：ACEP 未予背書

值得一提的是，2026 年 2 月美國急診醫師學會 (American College of Emergency Physicians, ACEP) 經其專家小組審議後，正式宣布不予背書本次 SSC 成人指引¹⁵。ACEP 的核心關切並非否定敗血症早期辨識 (early recognition) 與早期治療 (early treatment) 之精神，而是質疑由重症醫學主導之指引能否直接轉化為急診前端之時間導向處置組合 (time-driven bundle)，而不衍生過度分類 (over-triage)、過度抗生素使用 (over-antibiotics)、過度液體復甦 (over-resuscitation)，以及急診作業負擔 (ED operational burden) 等非預期後果。其疑慮亦延伸至治理層面——指引委員會缺乏急診醫學專科組織之代表，難以充分反映急診端壅塞、住院候床 (boarding) 與人力短缺等實務情境，且文件較少著墨於將以加護病房為標的之組合式照護 (bundle) 強加於廣泛急診族群所可能引致之傷害。

此一外部視角對本國臨床落實亦具參考意義。本國急診仍承擔大量敗血症前端辨識與初始處置工作，於應用 SSC 2026 之「確定性語言框架」(疑似敗血症 3 小時評估窗口) 與初始 30 mL/kg 補液策略時，宜將相關時限與閾值視為臨床決策之輔助而非機械式合規指標，並依個別病人臨床表現、共病條件、非感染性鑑別診斷之可能性靈活運用，避免於追求合規率 (compliance rate) 之同時，於非敗血症族群衍生上述過度處置之風險。

結論

SSC 2026 年指引在早期辨識、抗感染策略、血動力學管理及輔助治療四大面向均有實質性更新，重要變動整理於表一。本次更新方向呈現兩大主軸：一是基於高品質證據而升級之強烈建議 (如 β -內醯胺類延長輸注、抗生素降階)；二是對過往臨床慣用處置之審慎反思——包括 qSOFA、第一線 vasopressin、常規退燒、靜脈短效乙型阻斷劑及維生素 D 等，分別被取代、降級或新增反對建議。臨床醫師於照護敗血性休克病人時，宜掌握上述變動精神，

表一：2021 至 2026 年 SSC 指引敗血性休克急性期處置變動摘要

建議編號	主題	2021 年版	2026 年版
4	院內篩檢工具	不建議單獨使用 qSOFA	強烈建議 NEWS/MEWS 優於 qSOFA (強化)
14	老年 MAP 目標	未特別規範	條件建議 60-65 mmHg (≥65 歲) 【全新】
16-20	抗生素時機	依休克 / 敗血症分層	新增 de finite/probable/possible 分級語言框架
33	β -內醯胺延長輸注	條件建議 (中確定性)	強烈建議 (高確定性) ↑升級
36	抗生素降階	Best practice statement	強烈建議 (極低確定性) ↑升級
41	選擇性消化道去汙染 (SDD)	未納入	條件建議 (中確定性) 【全新】
44	平衡晶體液 vs. 生理食鹽水	條件建議	條件建議 (確定性強化, 腎替代獲益達高確定性)
48	限制性 vs. 自由性補液	Insufficient evidence	條件建議 (either/or, 兩者等效) ↑調整
55	Vasopressin 作為第一線	強烈建議	條件建議 ↓降級 (資源公平性疑慮)
59	亞甲藍 (methylene blue)	未納入	無建議 (證據不足) 【全新】
64	靜脈短效乙型阻斷劑	未特別規範	條件反對 【全新】
79	靜脈類固醇	條件建議 (持續需升壓劑者)	條件建議 (敗血性休克, 適應症語言擴大)
80	退燒藥 / 體表降溫	未特別規範	條件反對 【全新】
83	血液淨化	條件反對	條件反對 (維持, 但納入長期死亡率惡化數據)
85	維生素 D	未特別規範	條件反對 【全新】

並結合個別病人臨床情境與在地醫療資源，做出符合最佳證據之決策。此外，本次指引未獲 ACEP 背書一事亦提醒臨床端，於套用以重症醫學為主軸之時限性處置框架時，宜兼顧急診實務情境，避免於非敗血症族群衍生過度處置。

參考文獻

- Rudd KE, Johnson SC, Agesa KM, et al. Global, regional, and national sepsis incidence and mortality, 1990-2017: analysis for the global burden of disease study. *Lancet* 2020;395(10219):200-11.
- Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA* 2016;315(8):801-10.
- Prescott HC, Antonelli M, Alhazzani W, et al. Surviving Sepsis Campaign: International guidelines for management of sepsis and septic shock 2026. *Crit Care* 2026;54(4):725-812.
- Chua WL, Rusli KDB, Aitken LM. Early warning scores for sepsis identification and prediction of in-hospital mortality in adults with sepsis: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Nurs* 2024;33(6):2005-18.
- Shappell CN, Yu T, Klompas M, et al. Frequency of antibiotic overtreatment and associated harms in patients presenting with suspected sepsis to the emergency department. *Clin Infect Dis* 2025;80(6):1197-207.
- Abdul-Aziz MH, Hammond NE, Brett SJ, et al. Prolonged vs intermittent infusions of beta-lactam antibiotics in adults with sepsis or septic shock: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2024;332(8):638-48.
- Hammond NE, Myburgh J, Seppelt I, et al. Association between selective decontamination of the digestive tract and in-hospital mortality in intensive care unit patients receiving mechanical ventilation: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2022;328(19):1922-34.
- Angriman F, Momenzade N, Adhikari NKJ, et al. Blood pressure targets for adults with vasodilatory shock—an individual patient data meta-analysis. *NEJM Evid* 2025;4(1):EVIDoA2400359.
- Hammond NE, Zampieri FG, Di Tanna GL, et al. Balanced

- crystalloids versus saline in critically ill adults: a systematic review with meta-analysis. *NEJM Evid* 2022;1(2):EVI-Doa2100010.
10. Pitre T, Drover K, Chaudhuri D, et al. Corticosteroids in sepsis and septic shock: a systematic review, pairwise, and dose-response meta-analysis. *Crit Care Explor* 2024;6(1):e1000.
 11. Ng KT, Kwok PE, Lim WE, Teoh WY, Hasan MS, Zainal Abidin MF. The use of methylene blue in adult patients with septic shock: a systematic review and meta-analysis. *Braz J Anesthesiol* 2024;75(1):844580.
 12. Dubey D, Ray P, Imran A. Methylene blue as adjunctive therapy in septic shock: correct drug diluent derives optimal efficacy. *Crit Care* 2023;27(1):337.
 13. McChesney C, Orozco N, Fiorini K, et al. Impact of short-acting beta-blockers on the outcomes of patients with septic shock: a systematic review and meta-analysis. *Crit Care Med* 2025;53(5):e1125-39.
 14. Kaur M, Soni KD, Trikha A. Does vitamin D improve all-cause mortality in critically ill adults? An updated systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Indian J Crit Care Med* 2022;26(7):853-62.
 15. American College of Emergency Physicians. ACEP will not endorse new sepsis guidelines from the Surviving Sepsis Campaign. Irving, TX: ACEP; February 2, 2026. <https://www.acep.org/news/acep-newsroom-articles/2-2-26-acep-will-not-endorse-new-sepsis-guidelines-from-the-surviving-sepsis-campaign>

New Insights in Adult Sepsis and Septic Shock Management: Key Changes in Acute-Phase Care in the 2026 International Surviving Sepsis Campaign Guidelines

Yen-Ta Huang

*Surgical Intensive Care Unit, Department of Surgery,
National Cheng Kung University Hospital, College of Medicine,
National Cheng Kung University, Tainan, Taiwan*

In critical care, the international standard for evidence-based management of adult sepsis and septic shock is set by the Surviving Sepsis Campaign (SSC) guidelines; the recently published 2026 edition introduces multiple substantive updates compared with the 2021 version. This article summarizes four major domains of change in acute management. (1) Early recognition: early warning scores (NEWS/MEWS) are now strongly recommended over qSOFA, and a structured certainty-based framework (definite/ probable/ possible/ unlikely) guides the timing of empirical antibiotics. (2) Anti-infective strategy: prolonged infusion of β -lactams and antibiotic de-escalation are both upgraded to strong recommendations, and selective digestive decontamination is newly introduced as a conditional recommendation. (3) Hemodynamics: for patients aged ≥ 65 years, a lower initial mean arterial pressure target of 60–65 mmHg is suggested; balanced crystalloids are supported by stronger evidence over normal saline; and restrictive versus liberal post-resuscitation fluid strategies are considered equivalent. (4) Adjunctive therapy: blood purification carries a conditional recommendation against; methylene blue for refractory septic shock is newly addressed with an “insufficient evidence” statement; and new conditional recommendations against antipyretics, intravenous short-acting beta-blockers, and vitamin D are issued. Familiarity with these updates will help clinicians align practice with the most current evidence.