

· 专家共识 ·

老年人胆囊结石诊断和治疗专家共识 (2026 版)

中国研究型医院学会老年外科专业委员会 中国医师协会外科医师分会胆道外科专家工作组

通信作者:李非,首都医科大学宣武医院普通外科,北京 100052,Email: feili36@ccmu.edu.cn;全志伟,上海交通大学医学院附属新华医院普通外科,上海 200092,Email: zhiwquan@163.com;郑亚民,雄安宣武医院普通外科,雄安 071702,Email: cpuzym@sina.com

【摘要】 老年人在我国胆囊结石患者中的占比越来越大,其诊断和治疗存在着特殊性和复杂性。为了更好地规范和指导临床实践,中国研究型医院学会老年外科专业委员会和中国医师协会外科医师分会胆道外科专家工作组组织相关学者,制订了《老年人胆囊结石诊断和治疗专家共识(2026 版)》。本共识分析了老年胆囊结石患者的发病特点和诊治难点,并针对诊治原则、术前评估、手术治疗、术后并发症管理及继发病变处理等方面给出了推荐建议,希望为该领域基础研究和临床工作提供指导性意见,以延长老年胆囊结石患者的生存时间,并改善生活质量。

【关键词】 胆囊结石; 老年人; 诊断; 治疗; 共识

实践指南注册:国际实践指南注册与透明化平台(PREPARE-2025CN696)

Expert consensus on the diagnosis and treatment of gallstones in elderly population (2026 edition)

Geriatric Surgery Committee of the Chinese Research Hospital Association, Biliary Surgery Expert Working Group of Surgical Branch, Chinese Medical Doctor Association

Corresponding authors: Li Fei, Department of General Surgery, Xuanwu Hospital Capital Medical University, Beijing 100052, China, Email: feili36@ccmu.edu.cn; Quan Zhiwei, Department of General Surgery, Xinhua Hospital Affiliated to Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, Shanghai 200092, China, Email: zhiwquan@163.com; Zheng Yamin, Department of General Surgery, Xiong'an Xuanwu Hospital, Xiong'an 071702, Email: cpuzym@sina.com

【Abstract】 The proportion of elderly patients with gallstones in China is increasing, and their diagnosis and treatment present unique challenges and complexities. To better standardize and guide clinical practice, the Geriatric Surgery Committee of the Chinese Research Hospital Association and the Biliary Surgery Expert Working Group of Surgical Branch, Chinese Medical Doctor Association convened relevant experts to develop the "Expert consensus on the diagnosis and treatment of gallstones in elderly population (2026 edition)". This consensus analyzes the epidemiological characteristics and clinical difficulties specific to elderly patients with gallstones, and provides evidence-based recommendations regarding diagnostic and treatment principles, preoperative assessment, surgical management, postoperative complication management, and the management of secondary lesions. It is intended to offer guidance for both basic research and

DOI: 10.3760/cma.j.cn112139-20251124-00542

收稿日期 2025-11-24 本文编辑 李静

引用本文:中国研究型医院学会老年外科专业委员会,中国医师协会外科医师分会胆道外科专家工作组.老年人胆囊结石诊断和治疗专家共识(2026 版)[J].中华外科杂志,2026,64(2):111-117. DOI: 10.3760/cma.j.cn112139-20251124-00542.



clinical practice in this field, with the goal of prolonging survival and improving quality of life in elderly patients with gallstones.

【Key words】 Gallstones; Elderly; Diagnosis; Treatment; Consensus

Practice guideline registration: Practice Guideline Registration for Transparency (PREPARE-2025CN696)

胆囊结石是我国的常见病、多发病,年龄是胆囊结石形成的独立影响因素^[1]。随着年龄的增长,胆囊结石的发病风险越来越高。我国已进入老龄化社会,老年人在胆囊结石人群中的占比越来越大^[2]。有研究表明,老年人的胆囊结石发病率较中青年高,且有未经胆囊切除治疗的中青年患者进入老年阶段^[3]。

虽然目前已经有了相对明确的胆囊结石诊治规范^[4],但由于老年人的生理、心理、认知和社会家庭结构具有特殊性,其临床特点、病情进展、手术耐受性和预后与普通人群存在一定差异,诊治相对复杂,更需要个体化处理。临床实践中迫切需要针对老年人胆囊结石制订规范化诊治建议,减少漏诊漏治和误诊误治,预防继发病变,提高手术的安全性,减少术后相关并发症,同时避免过度治疗^[5]。

中国研究型医院学会老年外科专业委员会和中国医师协会外科医师分会胆道外科专家工作组组织国内相关领域学者,围绕老年人胆囊结石临床诊治中的关键问题,撰写本专家共识。本共识的目标人群是老年胆囊结石患者,使用人群是各级医疗机构中从事老年医学、普通外科、肝胆外科的临床医师、医技和护理人员及从事相关教学、科研等工作的人员。

本共识针对老年人胆囊结石相关的预防、诊治和康复等临床问题进行文献检索,以胆囊结石(gallstone)、胆囊炎(cholecystitis)、胆管炎(cholangitis)、胆总管结石(choledocholithiasis)、急性胰腺炎(acute pancreatitis)、胆囊癌(gallbladder cancer)、胆肠瘘(biliary fistula)、肠结石(intestinal stones)、肠梗阻(intestinal obstruction)、合并症(complication)、预防(prevent)、康复

(rehabilitation)、老年患者(elderly/old/geriatric patients)等为检索关键词,检索了PubMed、Web of Science、Springer、Cochrane library、Embase、Scopus数据库等外文数据库,以及中华医学库、中国生物医学文献数据库、万方数据库、维普、中国知网等中文数据库发表的相关文献,检索时间截至2025年10月。共识专家组对检索数据进行审阅分析,结合胆囊结石相关的指南或共识及临床研究与综述,追溯重要参考文献,经过多次讨论和修改,最终完成本共识,并得出推荐意见。

本共识的制订和撰写依据《中国制订/修订临床诊治指南的指导原则(2022版)》^[6]、中国临床指南评价体系(AGREE-China)^[7]、世界卫生组织指南制订手册^[8]和卫生保健实践指南报告条目(Reporting Items for Practice Guidelines in Health Care, RIGHT)^[9]。并依据推荐与评价分级系统(the grading of recommendations, assessment, development, evaluation, GRADE)进行证据质量和推荐强度评价(表1)^[10],将证据质量分为“高级”“中级”“低级”和“极低级”4个等级,推荐程度分为“强”和“弱”2个等级。本共识提供的推荐意见不仅基于证据质量,还采用Delphi法进行专家调研和投票,投票设“同意”“基本同意”“不同意”和“不明确意见,有建议”4个选项,每项推荐意见获得>70%专家同意(包括同意和基本同意)方达成共识。

一、老年人胆囊结石诊治的特殊性和复杂性

老年人常合并多种慢性疾病或存在不同程度的器官功能衰退^[11],且老年人的胆囊结石发病隐匿,一旦发作往往进展迅速、危急重症多、预后不良,使其诊治具有特殊性和复杂性。另外,由于部分老年人存在心理认知不足或障碍,易受到家庭和

表1 本共识中证据级别和推荐强度的分级和定义

证据级别	定义	推荐强度	定义
高	非常确信真实的效应值基本等同效应估计值	强	明显显示干预措施利大于弊或弊大于利
中	中等确信效应估计值:真实值可能接近效应估计值,但存在二者不同的可能性	弱	利弊不确定或无论质量高低的证据均显示利弊相当
低	对效应估计值的确信程度有限:真实值与效应估计值可能大不相同		
极低	对效应估计值几乎没有信心:真实值很可能与效应估计值不大相同		



社会环境因素影响,常使其错失最佳治疗时机。老年人对全身麻醉手术耐受性下降、易出现术后并发症、免疫应激能力不足,因此,需要全面评估全身状况和局部病情,平衡疗效与风险,制订个体化治疗方案。

(一)器官功能衰退导致对麻醉和手术耐受性差

老年人因器官功能衰退,导致麻醉耐受性差,手术风险增高,术后易发生局部和全身并发症,需要术前全面评估,选择个体化治疗方法和手术方式。老年患者术后应激反应能力不足,发生并发症更易导致严重不良后果,这就要求严格围手术期管理,积极预防、及时发现和处理并发症^[12]。

(二)合并全身疾病导致系统性并发症高发

老年人常合并伴糖尿病、冠心病、肺功能不全、营养不良等疾病,在胆囊结石继发急性胆囊炎、胆管炎和胰腺炎时,常诱发全身性系统功能障碍,病情迅速进展为危重症,病死率高,预后不良^[13-14]。老年人全身疾病造成的器官功能损害和治疗用药会影响胆囊结石手术方法的选择,延误最佳手术时机或过度治疗,增加术后全身并发症,延缓康复。

(三)认知和家庭因素影响诊治决策实施

老年人常因认知能力下降,忽视自身异常症状,难于全面顺畅地进行医患交流,无法完成MRI等必要检查,影响诊断的准确性,易造成漏诊误诊。认知障碍患者常恐惧和抵触住院、抢救、药物和手术,不利于有效治疗的实施,造成严重不良后果。随年龄增长,老年人自理能力、家庭经济收入和社会价值下降,也会影响最佳诊治决策的选择和调整^[15]。

共识 1:应重视老年人胆囊结石诊治的特殊性和复杂性,综合评估全身状况和局部病情,制订合理的治疗策略,防止漏诊误诊,避免过度治疗(证据级别:高;推荐强度:强)。

二、老年人胆囊结石的诊治原则

老年人胆囊结石的诊治应在符合胆囊结石诊治总体原则的基础上,根据老年人的身体状况、器官功能、认知能力、患者意愿和家庭因素做出相应调整。

(一)重视老年人胆囊结石的筛查

随年龄增长,老年人胆囊结石的形成风险增高^[16],且症状不明显易被忽视,难于早诊早治,多在继发病变时急诊就医,使诊治难度增加。建议老年人定期做上腹部超声检查,筛查胆囊结石。在患者

出现相关不适表现,或就诊其他疾病发现相关症状体征时,应增加超声检查鉴别胆囊结石。尽早明确胆囊结石,既有利于治疗,又有助于继发病变急性发作时迅速做出诊断和评估,给予及时精准的救治^[17]。

共识 2:老年人胆囊结石发病率高,建议每年定期行上腹部超声检查,筛查是否存在胆囊结石(证据级别:中;推荐强度:弱)。

(二)重视老年人胆囊结石的全面诊断

老年胆囊结石患者易合并胆总管结石、胆囊癌等继发病变^[18-19],除常规上腹部超声检查外,应结合病史,增加上腹增强CT或MRI、磁共振胰胆管成像、肿瘤标志物等检查,了解胆囊形态、结构、功能和继发疾病,同时亦能发现肝脏、胆管、胃肠和胰腺等周围器官病变,为制订合理的手术方案提供全面信息。

共识 3:对于老年胆囊结石患者,建议行全面的相关检查,明确和排除胆总管结石、胆囊癌等继发病变(证据级别:中;推荐强度:强)。

(三)重视老年人胆囊结石的个体化治疗

老年胆囊结石患者的外科治疗应遵循胆囊结石常规手术指征,推荐接受胆囊切除^[5]。鉴于老年人特殊的生理病理状况、认知能力和家庭影响,应在普适原则的指导下,依据患者胆囊病变严重程度和收缩功能、全身状况、重要器官功能、是否合并其他疾病,结合患者意愿,综合评判手术获益与风险比,制订个体化的治疗方案,选择恰当的手术时机。

对于符合手术指征、全身条件允许和麻醉耐受性好的老年患者,建议给予更加积极的胆囊切除手术,以去除病灶,预防胆管炎、胰腺炎和胆囊癌等继发病变。如因慢性疾病和器官功能异常导致麻醉耐受性不足,建议给予康复治疗^[20],提高胆囊切除的可行性和安全性。

年龄并不是手术的禁忌证,但对于器官功能差、麻醉风险过高、手术预后不良的高龄患者,要防止过度治疗。目前尚无药物可治愈胆囊结石,对于有腹痛等消化不良症状但未手术的患者,使用解痉镇痛、消炎利胆类药物可在一定程度上提高患者的生活质量^[21]。

共识 4:老年胆囊结石患者的手术原则应遵循胆囊结石的手术指征,兼顾全身情况、麻醉和手术耐受性、患者意愿做出综合评判,制订个体化治疗方案(证据级别:高;推荐强度:强)。



三、术前评估和术前准备

腹腔镜胆囊切除术是治疗胆囊结石的主要术式,操作并不复杂,但鉴于老年患者的特殊性,术前全面地评估和针对性地准备非常重要。老年患者因全身器官功能和免疫能力下降,过长手术时间、过大手术创伤、遗漏病变、二次手术和并发症的打击均可能造成致命性的后果。因此,术前需行全面系统地评估、针对性准备,选择合适的术式、方法和时机,最大程度地降低麻醉风险,减少局部和全身并发症,避免遗漏胆管结石和癌变,保证手术安全。

(一) 胆囊病变与继发病变评估和准备

对于老年患者,除肝胆超声检查外,建议增加上腹部增强 CT 和磁共振胰胆管成像检查^[22],明确胆囊炎症水肿渗出、萎缩扩张和变形状态,胆囊结石大小、数量和嵌顿情况,胆囊胆管毗邻关系,胆管血管走行和解剖变异,是否有胆总管结石、胆囊癌等继发病和邻近肝脏、胰腺腺、胃肠病变。如有胆囊萎缩、胆囊管结石嵌顿、急性胆囊炎发作和上腹部手术病史等情况,可参考 Gupta 量表^[23]评估腹腔镜胆囊切除术的操作难度。预期手术操作复杂时,可准备术中超声或吲哚菁绿荧光检查,辅助分辨解剖关系,并做好中转开腹预案。影像学检查发现胆总管异物、梗阻性黄疸、胆囊占位或有肿瘤标志物异常等,尽量明确诊断,相应处理。如高度怀疑有上述情况,需做好术中造影、胆道镜探查和标本冰冻病理学检查准备,及时调整手术预案,避免漏诊,减少术中“意外”^[24-25]。

(二) 麻醉、手术风险评估和对策

对于老年胆囊结石患者,术前推荐通过 ASA 分级评分评估对全身麻醉的耐受性。对于高龄、急诊和危重症患者,麻醉和手术风险进一步增加,推荐使用 P-Poosum 评分^[26]评估手术风险,使用急性生理与慢性健康学评分 II^[27]预测预后,权衡利弊,选择合适的手术方法和手术时机。

(三) 全身状态评估和康复训练

个体的衰老速度存在差异,建议全面评估患者的全身状态,包括认知、衰弱、营养状况等,作为制订手术方案的依据。既往研究认为,认知障碍、衰弱会增加老年患者术后病死率和并发症发生率,延长住院时间。老年人营养风险比例增加,营养不良与术后并发症风险成正比。推荐使用 Coma 认知功能评分、Fried 衰弱综合评分和 NRS 2002 营养风险筛查评分评估患者的全身状态^[28-30]。对手术条件不足的患者,给予针对性的康复训练有助于降低手

术风险,提高麻醉耐受性。

(四) 重要器官功能评估和改善

老年人均有不同程度器官功能下降,特别在伴慢性疾病时会造成进一步损伤,应重视心、肺、脑、肝、肾等主要器官功能的评估。心脑血管疾病患者术前应该评估心血管意外和卒中风险,管控高风险人群^[31-32]。慢性阻塞性肺病患者,术前使用支气管扩张、化痰排痰、呼吸训练等方法可有效改善肺功能,减少术后呼吸系统并发症^[33]。对于急性呼吸系统感染患者,应行择期手术;若需行急诊手术,需同时积极治疗肺部感染^[34]。对于慢性肾功能不全患者,围手术期应最大限度地改善肾功能,如需透析应在计划手术 24 h 以内进行^[28]。

(五) 伴随疾病的治疗和药物管理

老年人多伴多种慢性疾病,术前治疗和药物管理,参照相关指南共识进行调整,要既能控制疾病,又能保证麻醉手术安全。高血压患者术前需服用有效降压药物,但需停用和调整卡托普利等血管紧张素转换酶抑制剂、氯沙坦等血管紧张素 II 受体拮抗剂、利血平等交感神经末梢抑制剂等麻醉高风险药物^[35]。对于糖尿病患者,术前需将血糖尽可能控制至正常范围,停用或调整达格列净等 SGLT-2 抑制剂和司美格鲁肽等 GLP-1 受体激动剂,减少围手术期低血糖、酮症酸中毒和胃排空延迟风险,必要时术前使用胰岛素替代^[36]。对于冠心病患者,需使用阿司匹林、华法令等抗凝药物,权衡手术必要性和围手术期出血、血栓形成风险,管理停药时间,检测凝血功能^[37]。对于治疗精神类疾病的药物,如苯乙肼等单胺氧化酶抑制剂和锂盐等,建议术前停药或替代。

共识 5: 对于老年胆囊结石患者,建议术前全面评估胆囊病变、解剖变异、继发病变、全身状态、重要器官功能、麻醉耐受性、手术风险和预后,做好术前准备,给予针对性处理,管控慢性疾病和药物,提高麻醉和手术安全性,降低术后并发症风险(证据级别:高;推荐强度:强)。

四、外科手术治疗

胆囊结石的外科治疗首选腹腔镜胆囊切除术。老年胆囊结石患者的手术时间不易过长^[38],术中注意保护胆道血管,减少相关器官损伤,操作困难及时中转开腹,最大限度保证手术安全,切勿遗漏继发病变。

老年患者对腹内高压和灌注不足更加敏感。建议手术过程中保持气腹压 ≤ 12 mmHg(1 mmHg=



0.133 kPa),以减轻对心肺功能的抑制,降低高碳酸血症和静脉回流受阻的风险^[39]。术中建议维持平均动脉压 ≥ 65 mmHg,以保证心、脑、肾等重要器官的灌注血流^[40]。

老年人对手术时间的耐受性差,尽量缩短手术时间,减少并发症风险。如腹腔镜手术操作困难时,应及时中转开腹^[38]。手术操作应精准细致,如胆囊炎症重、周围粘连致密、胆囊三角解剖困难,可使用吲哚菁绿荧光成像或超声辅助,尽量减少医源性胆管和血管损伤^[41]。如胆囊管结石嵌顿、胆囊管肝总管粘连致密,可切开壶腹和胆囊管壁清除结石,尽量减少结石残留,提高手术安全性,并缩短手术时间。

老年胆囊结石患者常有继发病变,腹腔镜胆囊切除术中注意鉴别胆总管结石和胆囊癌变。术前怀疑胆总管结石或术中发现肝外胆管扩张时,通过术中超声、胆管造影或胆道镜探查可确认胆管病变。认真检查切除的标本,必要时行冰冻病理学检查,以减少胆囊癌的漏诊^[42]。

共识 6: 胆囊结石的治疗首选腹腔镜胆囊切除。术中建议维持低气腹压和适宜平均动脉压,减少全身器官功能损害。手术时间不宜过长,操作困难时及时中转开腹,术中操作应精准细致,避免胆管和血管损伤。降低并发症风险,不要遗漏结石和继发病变(证据级别:中;推荐强度:强)。

五、术后恢复和并发症处理

老年患者胆囊切除术后恢复较慢,住院时间较长,应做好疼痛控制,液体管理,鼓励早期进食,尽早拔除引流管,促进加速康复^[43]。老年患者建议给予多模式镇痛,包括手术切口长效局部麻醉药物浸润或腹横肌平面阻滞,术后使用非甾体类抗炎药物,有效控制疼痛,减少阿片类药物用量,降低术后谵妄发生率^[44]。

老年胆囊切除患者术后需要密切观察病情,用预判性思维管控并发症。60岁以上患者腹腔镜胆囊切除术后肺炎、心力衰竭和血栓形成等全身并发症的发生率会增加3~6倍^[45],高龄患者术后局部和全身的总并发症明显增加^[46]。老年人对手术并发症的应激耐受性差,处置不当易诱发多器官功能障碍,需重视并发症的预防、及时发现和治疗。

(一)局部并发症

1. 胆瘘:术后引流管出现胆汁或发现腹水应考虑胆瘘可能,需明确胆管损伤情况。胆瘘的处理首先应充分有效的引流,包括穿刺引流胆汁和通过

内镜介入行肝内外胆管减压,防止感染扩散^[47]。胆囊床毛细管漏多可经有效引流治愈。如发现胆管损伤,特别是胆管断裂、狭窄和梗阻,根据损伤部位、程度和患者状况,按照胆管损伤治疗原则处理。

2. 腹腔出血:术后引流管中出现新鲜血液或发现腹水、血红蛋白下降时,应考虑出血可能。如出血严重,应及时给予输血和抗休克治疗,必要时行二次手术查找原因并行止血处理。

3. 继发胆总管结石:腹腔镜胆囊切除术中结石掉入胆总管,术后如出现梗阻和黄疸,建议通过内镜下胰胆管造影取石。如无症状可暂缓处理,待局部和全身情况恢复后再根据评估情况行二期胆管结石清除。

(二)全身并发症

1. 肺部感染:老年患者术后易发生肺部感染,若存在呼吸功能下降、肺部慢性病变、呼吸机损伤、长时卧床和活动不足等情况,需加强监护,及时发现并处理^[48]。给予患者吞咽训练、口腔护理、呼吸锻炼、雾化治疗和化痰排痰药物,可降低肺部感染发生率。

2. 心脑血管意外:对于高龄、有心脑血管基础疾病的老年患者,术后心脑血管并发症明显增加,需密切监控,及时发现和抢救。管理输液的速度和剂量、控制血压,合理使用血管活性药物,可减少心肌缺血、心律失常、心力衰竭和卒中的发生^[31-32]。

3. 血栓形成和肺栓塞:对于高龄、血液黏稠度高、有支架病史、手术时间较长的老年患者,需关注症状体征,行二聚体和血管内超声检查,及时发现和处理下肢静脉血栓和肺栓塞。对于高危患者,建议合理使用低分子肝素等抗凝药物预防血栓形成^[49]。

出院后建议定期随访复查,发现和处理长期并发症^[50]。如有腹痛、腹胀、腹泻、便秘等消化不良症状,可行心理行为调整和药物治疗,给予解痉镇痛、调整胃肠动力、消化酶、熊去氧胆酸和胆宁片等消炎利胆类药物,提高生活质量^[51]。

共识 7: 老年特别是高龄胆囊结石患者,术后恢复慢,更易出现并发症。建议术后密切观察患者病情,控制疼痛、行营养支持、管理补液,鼓励早期活动和进食,更要重视术后并发症的预防,一旦发生并发症,及时发现和治疗(证据级别:高;推荐强度:强)。

六、老年胆囊结石患者继发病变的诊治原则

(一)急性结石性胆囊炎的治疗



对于胆囊结石继发急性胆囊炎,参考《胆囊良性疾病外科治疗的专家共识(2021 版)》,根据急性胆囊炎严重程度分级和患者全身状况,制订合理的治疗方案^[4]。老年患者抵抗力差,炎症感染易扩散,病情恶化迅速,一旦确诊应及时使用有效抗菌药物控制感染。对于全身麻醉耐受性差、手术风险高、抗菌治疗效果不佳的老年患者,应及时给予胆囊穿刺引流,降低胆囊内压和细菌负荷,防止胆囊穿孔和感染扩散^[24, 52]。有研究结果显示,老年急性胆囊炎患者行胆囊穿刺引流术后,二期胆囊切除手术的并发症和中转开腹比例与择期手术无差异^[20]。对于 80 岁以上的老年人,早期行胆囊引流,康复后再行二期胆囊切除,较急诊胆囊切除术后的并发症发生率和病死率低^[11]。

共识 8:老年胆囊结石患者发作急性胆囊炎时,需及时使用有效抗菌药物控制感染。根据疾病严重程度、抗感染治疗效果和全面情况评估胆囊切除时机。对于老年患者,建议先行胆囊穿刺引流,待病情稳定后再行胆囊切除(证据级别:高;推荐强度:强)。

(二)胆总管结石和急性胆管炎的治疗

老年胆囊结石患者易继发胆总管结石,70 岁以上胆囊切除患者中胆总管结石占比达 48%^[18]。老年胆管结石患者如未发生梗阻,可根据全身情况、对麻醉耐受性、手术风险评估情况选择治疗方法,首选腹腔镜胆囊切除术+腹腔镜胆总管探查^[53]。如因胆管结石梗阻诱发急性胆管炎,诊治方法参照《急性胆管炎诊治东京指南 2018 版》,根据胆管炎严重程度行同期或分期胆囊切除^[54]。对于急诊手术风险高,对全身麻醉耐受性差的老年患者,建议采用分阶段治疗策略,在积极抗感染的基础上及时行胆管引流,待病情平稳后,再行胆囊切除和胆道取石。

共识 9:老年胆囊结石患者易继发胆总管结石。对于无梗阻且全身条件允许的患者,首选胆囊切除胆总管探查手术。对于发作急性梗阻性胆管炎的老年患者,如对全身麻醉耐受性差,应在积极抗感染的基础上及时解除胆道梗阻,病情稳定后再行胆囊切除(证据级别:中;推荐强度:强)。

(三)急性胆源性胰腺炎的治疗

胆源性胰腺炎占急性胰腺炎的 50% 以上^[55],诊治方法参考《中国急性胰腺炎诊治指南 2021 版》^[56]。老年急性胆源性胰腺炎患者的主要病因是胆囊结石,如有明确的结石性胆道梗阻和胆

道感染,应及时行胆道引流,解除梗阻,控制病情进展^[55]。待胰腺炎病情缓解,局部和全身并发症得到控制后,对于条件允许的老年患者建议尽早行胆囊切除,去除病因,预防胰腺炎复发^[57]。

共识 10:老年胆囊结石患者继发急性胆源性胰腺炎时,如明确有结石梗阻和胆道感染,应及时行通畅引流、解除梗阻;胰腺炎病情稳定后尽早行胆囊切除去除病因(证据级别:中;推荐强度:强)。

(四)继发胆囊癌的治疗

胆囊结石是胆囊癌的独立风险因素,年龄 >65 岁是胆囊切除术中和术后发现胆囊癌的主要相关因素^[58]。胆囊结石明确继发胆囊癌时,诊治方法参考《胆囊癌诊断和治疗指南(2019 版)》^[59]和《胆道恶性肿瘤全程规范化管理中国专家共识(2023)》^[60]。老年人对全身麻醉手术和化疗的耐受性差,需全面评估病情,并结合个人意愿和家庭因素,制订个体化治疗方案^[61]。对于腹腔镜胆囊切除术中冰冻病理学检查报告为胆囊癌的患者,应根据术前检查、术中探查、预期手术复杂性、损伤风险和收益综合评估及患者家属意见,决定手术方式。经术后病理学检查诊断的胆囊癌,应根据肿瘤分期分型、患者全身条件和意愿综合考虑,决定是否行二次手术,制订综合治疗策略^[59]。

共识 11:老年胆囊结石患者继发胆囊癌时,需全面评估病情、全身状态,以及麻醉、手术和化疗的风险,制订个体化治疗方案。术中发现的胆囊癌,应结合术前检查和术中探查结果,并征询家属意见,选择手术方式。术后发现的胆囊癌,应综合评估肿瘤分期分型、患者全身条件和意愿,决定是否行二次手术和制订综合治疗方案(证据级别:中;推荐强度:强)。

老年人是胆囊结石的高发群体,本共识针对其诊治特殊性和复杂性,给予了规范化和个体化诊治建议,希望能够推动该领域的基础研究和临床实践,提高医疗水平,延长患者生存时间,助力实现未来老年健康的中国愿景。

《老年人胆囊结石诊断和治疗专家共识(2026 版)》

编写委员会成员

编写组组长:李非(首都医科大学宣武医院)、全志伟(上海交通大学医学院附属新华医院)

编写组成员(以姓氏汉语拼音排序):程石(首都医科大学附属北京天坛医院)、程张军(东南大学附属中大医院)、耿智敏(西安交通大学第一附属医院)、龚伟(上海交通大学医学院附属新华医院)、郭伟(首都医科大学附属北京友谊

医院)、姜聃弋(复旦大学附属华东医院)、李秉璐(北京协和医院)、李富宇(四川大学华西医院)、李刚(海军军医大学附属长海医院)、李敬东(川北医学院附属医院)、李相成(江苏省人民医院)、刘东斌(首都医科大学宣武医院 雄安宣武医院)、刘厚宝(复旦大学附属中山医院)、楼健颖(浙江大学医学院附属第二医院)、仇毓东(南京大学医学院附属鼓楼医院)、邵成浩(海军军医大学附属长征医院)、王坚(上海市第六人民医院)、王剑明(华中科技大学同济医学院附属同济医院)、王伟(上海市第六人民医院)、魏云巍(宁波市

第二医院)、殷保兵(复旦大学附属华山医院)、曾永毅(福建医科大学孟超肝胆医院)、张永杰(海军军医大学东方肝胆外科医院)、郑亚民(首都医科大学宣武医院 雄安宣武医院)

执笔专家: 郑亚民、王坚、龚伟、李秉璐、李富宇、李相成、曾永毅、耿智敏、程石

利益冲突 所有编者声明不存在利益冲突

扫描本文首页二维码可查看参考文献

·读者·作者·编者·

《中华外科杂志》对英文缩略语的使用要求

本刊编辑部

文题原则上不能使用缩略语,文中应尽量少用缩略语。公认的缩略语(表1)在文中可以直接使用。未公布的名词术语,请按照如下规则进行缩写:原词过长且在文内多次出现者,可于第一次出现时写出中文全称,在括号内写出外文全称及其缩略语,如冠状动脉旁路移植术(coronary artery bypass grafting, CABG)。不超过4个汉字的名词不宜使用缩略语,以免影响文章的可读性。

表1 《中华外科杂志》可以直接使用的英文缩略语

缩略语	中文名称	缩略语	中文名称
5G	第五代移动通信技术	MRI	磁共振成像
AIDS	获得性免疫缺陷综合征	mRNA	信使 RNA
AJCC	美国癌症联合委员会	MtDNA	线粒体 DNA
ALT	丙氨酸氨基转移酶	NCCN	美国国立综合癌症网络
AST	天冬氨酸氨基转移酶	PCR	聚合酶链反应
ATP	三磷酸腺苷	PD-1	程序性死亡受体
CT	电子计算机体层扫描	PD-L1	程序性死亡受体配体 1
DIC	弥漫性血管内凝血	PET	正电子发射体层摄影术
ELISA	酶联免疫吸附试验	real-time PCR	实时定量聚合酶链反应
ERAS	加速康复外科	RT-PCR	反转录聚合酶链反应
GRADE	建议、评估、发展和评价的分级系统	SPECT	单光子发射计算机体层扫描
HBV	乙型肝炎病毒	T1WI	T1 加权成像
HE	苏木素-伊红	T2WI	T2 加权成像
HIV	人类免疫缺陷病毒	TNM	原发肿瘤-区域淋巴结-远处转移
ICU	重症监护治疗病房	UICC	国际抗癌联盟
MDT	多学科协作诊疗	WHO	世界卫生组织