

腱鞘巨细胞瘤（手指或拇指上的肿块）

腱鞘巨细胞瘤是一种良性的坚硬肿块，通常位于手指的侧面或掌侧。

Kieran Hirpara © ① ② ③ 4.0



本页面由机器翻译，尚未经临床医生审核。**英文版本**为权威版本。

您的感受

大多数人会注意到手指或拇指上有一个不痛的肿块。它通常质地坚硬，并且生长缓慢。有些肿块紧挨着关节，常常是最靠近指尖的那个关节，它们可以出现在手指的背侧、侧面或掌侧。食指是最常见的部位。

几乎在所有情况下，肿块本身都不痛。如果有不适，往往是因为肿块在生长过程中压迫了附近的结构。如果肿块压迫到神经，少数人会感到手指刺痛或麻木。有些人发现手指活动时可能会卡住或发出咔嗒声，有点像扳机指，即手指短暂卡住后又突然弹开。如果肿块靠近关节，由于肿块碍事，该手指可能难以完全弯曲。

需要用到该手指的日常活动可能会变得不便。如果肿块恰好位于您抓握时受力的位置，捡起小硬币、扣扣子、握笔或拧瓶盖都可能感觉笨拙。肿块也可能被手套或口袋挂住。

在肿块困扰到您、让您想去咨询之前，它往往已经存在很长时间了。许多人会等上数月或数年，看着它慢慢变化。

关于这种疾病，有几点值得了解。它是良性的，这意味着它不会扩散到身体其他部位。它在女性中略多于男性，通常在32岁至51岁之间出现。大多数人只有一个肿块，不过有些人会在不同部位长出不止一个。

请留意手指或手部是否变得发热、发红、肿胀和疼痛，尤其是伴有发烧时。如果出现这种情况，请当天前往急诊科。如果肿块持续增大、开始疼痛，或手指无法正常活动，请去看您的全科医生或要求专科医生评估。

实际发生了什么

肌腱是连接肌肉与骨骼、使手指能够弯曲的坚韧索状结构。每条肌腱都在一层称为腱鞘的薄鞘管内穿行，它的作用有点像套在绳子外面的密封圈，让绳索保持光滑，以便在手指活动时自如滑动。

在这种疾病中，这层鞘管里的细胞开始过度生长。结果就形成一个软组织肿块，位于肌腱上或肌腱旁，常常靠近关节。它是良性的，意味着它不会扩散，而且生长缓慢。大多数肿块较小，平均约1.35厘米，不过有些会长得更大。

肿块由几种成分聚集而成：炎症细胞、巨细胞（就是带有多个细胞核的细胞），以及一种称为含铁血黄素的深色色素，也就是让陈旧淤青变色的那种物质。正是因为这种色素，这些肿块如果在手术中被看到，可能呈褐色。

您在上一节中注意到的症状，来自肿块占据了空间、造成妨碍。随着它长大，它可能压迫肌腱、关节或神经，这就解释了卡顿、僵硬以及偶尔出现的刺痛。大多数时候它根本不痛，每100人中只有约16人报告有疼痛。

有几点值得了解。大多数人只有一个肿块，但每100人中约有21人有两个或更多彼此独立的肿块。肿块通常位于关节旁，在发生于手指的病例中，约三分之一位于最靠近指尖的关节。在极少数情况下，肿块可能压入骨骼本身，这会在X光片上显示出来。

这种疾病还有一种较罕见、更弥漫的形式，它以细小的指状突起沿肌腱蔓延，而不是形成一个边界清楚的肿块。这种形式在手指上少见得多，表现也往往不同，因此您的外科医生在制定任何方案之前，都会希望准确弄清楚这是哪一种肿块。

我们如何处理

Mater Private Hospital Rockhampton 的上肢外科医生 Kieran Hirpara 医生会从适合您病情的最微创方案入手。患者通常由全科医生（GP）转诊至我们的诊所；如果理疗师建议您就诊，您仍需获得全科医生的转诊才能符合 Medicare 报销资格。在门诊就诊时，我们会采集病史，检查您的手部，并在需要时安排影像学检查，以准确判断这是哪一种肿块。

由于这种肿块是良性的且生长缓慢，不予处理是一个切实可行的选择。对于一个小而无痛的肿块，单纯观察可能就是正确的选择。如果肿块造成妨碍，手部治疗可以帮助改善僵硬和卡顿。治疗的目的是让手指保持活动，使日常活动更容易。我们通常建议先充分尝试这种方法，再考虑手术。

目前没有能让这种肿块缩小的药物，因此止痛药和消炎药只能缓解肿块压迫附近组织引起的不适。它们不会使肿块变小。

当肿块较大、疼痛或妨碍手指正常活动时，手术是常用的治疗方法。目的是将整个肿块连同它在腱鞘上的附着部位一并切除，因为留下这个附着部位正是肿块得以复发的原因。我们会在手术前仔细计划，在手术中使用放大设备，并将肿块完整切除。复发是这种疾病的主要风险，通常发生在切除后的36个月内。在一组605名切除了手指肿块的患者中，14.8%出现了复发。换一种说法：大多数人，即每100人中约85人，不会复发。如果确实复发了，再次切除并采取额外措施防止其再生长，仍然可以解决问题。

预期情况

这种肿块的预后稳定而非剧烈变化。它是良性的，因此不会扩散到您身体的其他部位。如果不予处理，一个无痛的小肿块通常会继续缓慢生长，或者就保持原样。它很少会自行消退，也不会变成任何危险的东西。

随着时间推移，这种疾病主要的问题是切除后复发。复发是这种肿块的主要风险，通常发生在切除后的36个月内。有些肿块比其他肿块更容易复发：由两个或更多彼此不相连的独立部分组成的肿块，以及已长入肌腱本身或关节内衬的肿块。当整个肿块连同其附着部位一并切除时，这种风险会大大降低。

治疗后的功能往往良好。在一项衡量肢体功能的标准评估中，从手指上切除过此类肿块的人平均得分为正常肢体功能的92%。在已报道的病例中，患者的手指保持了完全的活动度，到两年复查时，X光片上手指骨骼的形态也已恢复正常。

如果肿块是较罕见、更具蔓延性的类型，以指状突起包绕肌腱，那么它更难被完全切除，也更容易复发。在这些情况下，针对该部位的放射治疗可以帮助控制肿块，同时保持您的手部功能。

如果您选择只观察一个小而无痛的肿块，实际情况是：肿块会缓慢生长或保持不变，并可能逐渐使弯曲手指或用它完成细小动作变得更加不便。如果它开始疼痛、持续增大，或手指无法正常活动，那时通常就值得接受治疗了。

何时就医

大多数这类肿块并不紧急，治疗从来不需要争分夺秒。如果肿块没有消退、在数周内不断增大、开始疼痛，或使您无法正常使用手指或手，请去看您的全科医生。如果手指活动时卡住或发出咔嗒声，如果您注意到刺痛或麻木，或者由于肿块碍事而难以完全弯曲手指，请要求专科医生评估。这些情况值得尽早检查，因为已长入肌腱或关节内衬的肿块更难被完全切除，也更容易复发。

有一组症状确实需要当天就医。如果您的手指或手部变得发热、发红、肿胀和疼痛，尤其是伴有发烧时，请前往急诊科。您不需要先获得全科医生的转诊。如果在非工作时间或周末无法联系到诊所，请前往离您最近的急诊科。

深入探讨

本节内容超出了您自身治疗决策所需的范围。腱鞘巨细胞瘤值得额外阅读，因为其核心问题在于复发，且证据表明，复发更多由单个肿瘤的生物学特性驱动，而非由切除方式决定。

复发是肿瘤的特性，而不仅仅是手术的问题

对于肿块复发的直觉性解释是手术中残留了部分肿瘤。一项针对605例指部病例的系统性综述得出了相反的结论：**肿瘤的内在生物学特性在复发中似乎比肿瘤位置或局部侵袭性起着更根本的作用**，作者呼吁开展更大规模的前瞻性研究，以识别哪些肿瘤易于复发 [1]。

在手术前告知患者这一点确实非常有用。在规范执行的切除术后发生复发，是这种肿瘤的已知行为表现，而非手术失误的证据。

治疗为择期进行，不采取任何措施也是一个切实可行的选择

一旦开始计划手术，人们很容易忽视这一点。一线治疗的原则是完整切除，但治疗**绝非紧急**，且手术指征应与症状、进展、部位及患者自身情况相权衡 [4]。

对于体积小、无痛且缓慢生长的结节，观察等待是一个合理的选择。该肿瘤为良性且不会扩散，因此支持手术的理由在于功能、大小及不适感——而非危险性。

但有两个手术因素确实重要

生物学并非全部。在一项针对**941**例局限性腱鞘巨细胞瘤患者的研究中，与切除术后复发相关的因素是**较大的肿瘤体积和初始采用关节镜治疗**。鉴于并发症发生率相对较低且功能预后良好，作者建议，在可能的情况下，对高风险病例采用**开放入路并完整切除**，以降低复发率 [2]。

相反的观点是，一项针对**1,448**例患者的综述显示，关节镜切除在四个关节的局限性型病变中均被证明有效；而在弥漫型病变中，关节镜滑膜切除术仅在膝关节中显示出疗效 [3]。

调和这两者：对于小型、局限性且边界清晰的病变，两种入路均可行。随着体积增大，以及对于弥漫型病变，完整开放切除的支持证据更为充分。其原因是机械性的：该肿瘤以指状突起围绕肌腱、神经和关节延伸，而最容易被遗漏的部分是那些藏在必须被抬起并直接检查的结构后方的部分。

命名为何重要

该疾病目前归类于**腱鞘巨细胞瘤**，涵盖手部局限性型以及既往被称为色素性绒毛结节性滑膜炎的弥漫性关节内型 [4]。它们是同一疾病在不同部位和生长模式下的表现。

如果您查阅相关主题，了解这一点很有价值，因为搜索会返回关于膝部和髌部的资料，这些资料描述的是该疾病的弥漫性形式，而弥漫性疾病的复发率远高于局限性指部病变。将膝关节的数据应用于手指肿块会夸大风险。

放射治疗在其中的定位

对于复发或无法完全切除的弥漫性疾病，有时会考虑辅助放射治疗。一项荟萃分析发现，开放滑膜切除术，或滑膜切除术联合围手术期放射治疗，与弥漫性色素性绒毛结节性滑膜炎的**复发率降低**相关，同时呼吁开展大型长期前瞻性研究以证实这一结论 [5]。

对于局限性指部肿瘤（这是手部病例的绝大多数），此问题并不存在。它属于弥漫性、复发性、关节源性谱系的另一端，此处提及它仅因搜索该疾病名称时会检索到相关内容。

它不是什么

尽管名称如此，这是一种**良性**肿瘤。它不会扩散到身体其他部位。“肿瘤”一词在此处承载了不应有的沉重含义，且关于复发的担忧在于反复的局部手术、僵硬以及神经邻近性，而非癌症。

参考文献

- [1] Fotiadis E, Papadopoulos A, Svarnas T, Akritopoulos P, Sachinis NP, Chalidis BE. 指部腱鞘巨细胞瘤。系统综述。Hand (N Y). 2011;6(3):244-9. <https://doi.org/10.1007/s11552-011-9341-9>
- [2] Mastboom M, Staals E, Verspoor F, Rueten-Budde A, Stacchiotti S, Palmerini E, et al. 大关节局限性腱鞘巨细胞瘤的手术治疗：基于31个国际肉瘤中心多中心汇总数据库的研究。J Bone Joint Surg Am. 2019;101(14):1309-18. <https://doi.org/10.2106/JBJS.18.01147>
- [3] Noailles T, Brulefert K, Briand S, Longis P, Andrieu K, Chalopin A, et al. 腱鞘巨细胞瘤：开放手术还是关节镜滑膜切除术？文献系统综述。Orthop Traumatol Surg Res. 2017;103(5):809-14. <https://doi.org/10.1016/j.otsr.2017.03.016>
- [4] Gouin F, Noailles T. 腱鞘巨细胞瘤的局限性和弥漫性形式（原称腱鞘巨细胞瘤和色素性绒毛结节性滑膜炎）。Orthop Traumatol Surg Res. 2017;103(1):S91-S97. <https://doi.org/10.1016/j.otsr.2016.11.002>
- [5] Mollon B, Lee A, Busse JW, Griffin AM, Ferguson PC, Wunder JS, et al. 手术滑膜切除术和放射治疗对膝关节色素性绒毛结节性滑膜炎复发率的影响。Bone Joint J. 2015;97-B(4):550-7. <https://doi.org/10.1302/0301-620X.97B4.34907>