CQ HAND + UPPER LIMB
SPECIALIST ORTHOPAEDIC SURGEON

PATIENT INFORMATION — IN DEPTH

血管球瘤切除术

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。

为何建议进行此手术

Mater Private Hospital Rockhampton 的上肢外科医生 Kieran Hirpara 医生在确诊后会通过完整切除来治疗血管球瘤。患者通常由其全科医生（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，才有资格享受 Medicare 报销。血管球瘤是指尖软组织中一种小而罕见的肿物，通常位于指甲下方或指甲旁边。它不是癌症。它是可能影响手部的最疼痛的疾病之一，引起的困扰远远超出其大小。大多数人会出现时有时无的剧烈疼痛，以及按压该部位时疼痛。寒冷也可能诱发疼痛。

一旦通过体格检查、X 光和 MRI 确诊，切除就是治疗方法。没有任何非手术治疗能够去除血管球瘤，因此我们不会要求您先尝试其他方案。仔细切除整个肿瘤几乎总能带来永久性的缓解，疼痛通常会立即消失。正常功能会在几周内恢复。我们会与您讨论扫描结果，并共同决定此手术是否适合您。

术前

一旦您的体格检查、X 光和 MRI 确诊，您将被安排在全身麻醉下进行日间手术，因此您可以当天回家。您需要在手术前七小时停止进食和饮水。我们要求七小时而非六小时，以便在手术排程提前时可以将您的手术提前。您的外科医生会告诉您手术当天需要停用哪些常规药物。请携带一份您正在服用的所有药物的清单，并安排他人驾车送您回家。请穿着宽松舒适的衣物。如果您有其他基础疾病，可能需要进行血液检查或由麻醉医生进行评估，但大多数人两者都不需要。

手术当天

手术当天，您需前往医院的手术入院单元。您将在那里办理入院手续并做术前准备。您将见到麻醉医生，麻醉医生会在手术期间照护您。本手术在全身麻醉下进行。手术期间您将完全处于睡眠状态。有些患者可能还会接受区域神经阻滞以缓解术后疼痛；麻醉医生会在手术当天根据您的个人情况决定。

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 • office@cqupperlimb.com.au • cqupperlimb.com.au

随后，您将被带入手术室，由您的外科医生切除肿瘤。手术结束后，您将在复苏区苏醒。护士会在那里监测您的状况，直至麻醉药效消退。待您的状况稳定后，根据手术类型及恢复情况，您将被转入病房或直接回家。

手术内容

手术通过指尖处的一个小切口切除肿瘤。切口的位置取决于您的 MRI 结果。如果肿瘤位于甲床中央，您的外科医生会掀起指甲，在肿瘤上方切开甲床，并用缝线修复甲床。然后将指甲放回原位，在愈合期间起到夹板的作用。如果肿瘤偏向指甲的一侧，您的外科医生会沿指尖侧面做切口，从甲床下方到达肿瘤，而不切开甲床本身。

您的外科医生会仔细地将整个肿瘤切除。切除的组织会被送到实验室进行检查，以确认诊断。随后用缝线闭合伤口。

术后，您的手指会覆盖一层轻薄的敷料。您不需要夹板。

术后

您将在复苏区苏醒，护士会在麻醉药效消退期间照看您。这是日间手术，因此您将在当天回家。肿瘤引起的疼痛通常会立即消失；伤口本身会疼痛一两周，服用普通止痛药通常就足够了。您的手指上会有一层轻薄的敷料，不需要夹板。我们通常保留敷料约10天；除非我们告知您，否则请勿在此之前拆除。复诊时，我们会更换或拆除敷料。您可以立即用这只手完成轻度事务。请安排他人在最初的24小时内陪伴您。如果您出现发烧、伤口周围红肿扩散、伤口渗出液体或脓液，或尽管服用了止痛药，疼痛仍持续加重，请在当天致电诊所。

恢复

肿瘤引起的深部剧烈疼痛通常会立即消失。之后您感受到的是伤口本身：会疼痛一两周，指尖周围会有一些肿胀和触痛。普通止痛药通常就足以让您保持舒适。休息时将手垫高放在靠垫上，有助于消肿。

您可以立即用这只手完成轻度事务，而且不需要佩戴夹板。您的手指上有一层轻薄的敷料，会一直保留到我们为您复诊。敷料拆除后，轻柔地活动手指可以防止僵硬。术后手部治疗由 Extend Rehabilitation 的 Ruby Doolan 负责。Ruby 是一名手部治疗师：她会指导您的练习，并制作您需要的任何夹板，不过大多数人只需在家中轻柔地使用手部即可。

一旦伤口不再不适，伏案工作和轻度工作通常就可以重新融入您的生活。驾驶大约在同一时间恢复，前提是您无需护着这只手也能握住并转动方向盘。更多详情请参阅我们关于上肢手术后驾驶的页面。随着指尖不再有触痛，抓握、较重的工作和运动会逐步恢复，大多数人在几周内恢复正常功能。

如果手术中掀起了指甲，新的指甲会在几个月内长出来。恢复情况因人而异，您的时间进度可能有所不同。我们会在整个过程中为您复诊，并在每个阶段为您提供指导。

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 • office@cqupperlimb.com.au • cqupperlimb.com.au

可能出现的问题

大多数患者恢复良好，但偶尔也会出现问题。您的外科医生和医疗团队会密切监测您的状况，以便尽早发现任何问题。

此手术需要留意的两个问题是肿瘤复发，以及新指甲生长方式的改变。

如果肿瘤复发，您会注意到原来的疼痛又回来了：同一部位的深部剧烈疼痛，由按压或寒冷诱发。这通常是因为残留了一小块肿瘤，或者原本就存在第二个微小的肿瘤。如果术前的疼痛再次出现，请致电诊所。我们会进行检查，必要时安排扫描以查明原因。

如果手术中切开了甲床，新的指甲在生长时可能会出现嵴或裂缝。随着指甲在术后几个月内长出来，您会在指甲表面看到一条线、一道嵴或一条裂纹。如果您注意到这种情况，请在下次复诊时提出。这会影响指甲的外观，如果它让您困扰，我们有办法帮助您。

如果您想了解具体数据，本页的并发症表格列出了典型的并发症发生率。

何时联系我们

大多数问题如果及早发现，都很容易处理。以下是需要留意的情况。

如果您的小腿出现肿胀或疼痛、呼吸急促或胸痛，请前往急诊科。这些可能是血栓的迹象。如果您的手指、手或拇指变得苍白、冰冷、发白、发青或发黑，请前往急诊科，因为这可能意味着血流出现问题。

如果您出现发烧、伤口周围红肿扩散，或伤口渗出液体或脓液，请在当天致电诊所。如果尽管服用了止痛药，疼痛仍持续加重，请在当天致电诊所。

如果您接受了神经阻滞，最初24小时内出现麻木和无力是预料之中的。如果约24小时后仍未消退，请致电诊所。如果您无法活动手臂、手或手指，请致电诊所。

如果您在非工作时间或周末无法联系到诊所，请前往最近的急诊科。

深入探讨

本节内容超出了您自身治疗决策所需的范围。这项手术值得额外阅读，因为它的两个重要结果，即肿瘤不再复发和指甲正常生长，会把外科医生拉向相反的方向，而已发表的病例系列清楚地展示了这种权衡。

两种入路，以及两者之间的权衡

指甲下方的肿瘤大致可以通过两种方式到达 [1]：

- **经指甲（经甲入路）。** 掀起指甲，在肿瘤正上方切开甲床，在直视下切除肿瘤，然后修复甲床。视野是最好的，但甲床被切开了。
- **从侧面（保留指甲）。** 沿指尖侧面做切口，将甲床作为一个皮瓣从骨面上掀起，从下方切除肿瘤。甲床没有被切开，但对于指甲中央的肿瘤，视野较为有限。

各病例系列分别处于这一权衡的两侧。在 **29** 年间经侧面入路治疗的 **19** 名患者中，术后没有出现指甲畸形，但复发率为 **15.7%** [2]。在 **53** 名患者中，靠近边缘的肿瘤采用侧面入路、中央的肿瘤采用经甲入路，结果没有复发；**10** 人（**18.9%**）的新指甲出现了细小的纵向纹路，全部发生在经甲入路之后，且在外观上都很轻微 [3]。在一项包含 **72** 名患者的多中心研究中，保留指甲的入路 **并未** 降低指甲改变的发生率，也没有任何因素能可靠地预测复发 [4]。

这就是按部位选择入路的依据，也正是本页所描述的手术方法：MRI 显示肿瘤的位置，周边的肿瘤从侧面到达，中央的肿瘤经指甲到达。

肿瘤为何复发

在较大规模的现代病例系列中，切除后的复发率约为 **3 到 7%**：多中心研究中为 **72 例中 5 例**（**6.9%**）[4]，英国一项病例系列中为 **73 例中 2 例**（**2.7%**）[5]。被称为复发的其实是两种不同的情况。

- **残留肿瘤。** 在英国的病例系列中，实验室报告 **73 例中有 11 例**（**15%**）标本边缘有肿瘤，但只有 **2** 人随后出现复发 [5]。在新加坡的一项病例系列中，**3** 个切缘受累的肿瘤完全没有复发 [6]。因此，切除不完全的报告并不等同于肿瘤会复发。
- **第二个肿瘤。** 在一项包含 **12** 名患者的病例系列中，全部 **5** 例复发都出现在新的、不同的位置，而不是原来的部位，这表明是首次手术时漏掉了小的第二个肿瘤，而不是原肿瘤再生 [7]。

因此，在进行任何第二次手术之前，复发的疼痛都值得再做一次 MRI，既要寻找新的肿瘤，也要寻找旧肿瘤的残留部分。

保护指甲

指甲从指甲根部皮肤褶皱下方的甲母质长出，甲床引导它向前生长。甲床上的切口如果愈合后留下台阶或瘢痕，就可能表现为新指甲上的嵴或裂缝。将甲板放回到仔细修复的甲床上方，可以在愈合期间起到夹板的作用。在早期的一项病例系列中，**2** 名术后未放回指甲的患者出现了指甲裂开，而 **4** 名放回指甲的患者中无一出现 [8]。新指甲需要数月才能完全长出：在一项病例系列中长达约 **10 个月** [9]。

其他风险是什么样的

- **指尖麻木或敏感。** **72 例中 2 例**手术后（**2.8%**）出现了指尖麻木 [4]。在侧方皮瓣术后，**24 人中有 11 人**在触摸瘢痕本身时注意到瘢痕处有轻微麻木，没有其他问题 [10]。**73 人中有 1 人**出现了痛性神经末梢（神经瘤）[5]。
- **无复发的持续疼痛。** **53 人中有 3 人**仍有一些疼痛，但没有肿瘤复发的迹象 [3]。
- **感染。** **53 例中 2 例**手术后出现了浅表感染 [3]。

这对您的决定意味着什么

- 切除就是治疗方法，而且通常能立即缓解疼痛。
- 入路根据扫描结果选择，以在完整切除与保护指甲之间取得平衡。两种入路都不能完全消除指甲改变或疼痛复发的风险。
- 实验室报告边缘有肿瘤，并不意味着肿瘤会复发。
- 如果疼痛再次出现，常见原因是第二个小肿瘤，而它通常可以被找到并切除。

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 • office@cqupperlimb.com.au • cqupperlimb.com.au

参考文献

[1] Falcone MO, Asmar G, Chassat R. Subungual glomus tumor. Hand Surg Rehabil. 2024;43S:101607. https://doi.org/10.1016/j.hansur.2023.10.001

[2] Vasisht B, Watson HK, Joseph E, Lionelli GT. Digital glomus tumors: a 29-year experience with a lateral subperiosteal approach. Plast Reconstr Surg. 2004;114(6):1486-9. https://doi.org/10.1097/01.prs.0000138752.36175.d5

[3] Madhar M, Bouslous J, Saidi H, Fikry T, Schuind F. Which approach is best for subungual glomus tumors? Transungual with microsurgical dissection of the nail bed or periungual? Chir Main. 2015;34(1):39-43. https://doi.org/10.1016/j.main.2014.09.006

[4] Kim YJ, Kim DH, Park JS, Baek JH, Kim KJ, Lee JH. Factors affecting surgical outcomes of digital glomus tumour: a multicentre study. J Hand Surg Eur Vol. 2018;43(6):652-8. https://doi.org/10.1177/1753193418774176

[5] Jabir S, Rodrigo T, Petkar M, Iwuagwu F. Glomus tumours of the upper limb and hand. A clinicopathological review of cases over two decades. J Hand Surg Eur Vol. 2021;47(4):419-20. https://doi.org/10.1177/17531934211049632

[6] Lee WQ, Li Y, Yeo NEM. Glomus tumour: an institutional experience of 31 cases. J Orthop Surg Res. 2023;18(1):741. https://doi.org/10.1186/s13018-023-04234-1

[7] Gandhi J, Yang SS, Hurd J. The Anatomic Location of Digital Glomus Tumor Recurrences. J Hand Surg Am. 2010;35(6):986-9. https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2010.02.019

[8] Tada H, Hirayma T, Takemitsu Y. Prevention of postoperative nail deformity after subungual glomus resection. J Hand Surg Am. 1994;19(3):500-3. https://doi.org/10.1016/0363-5023(94)90070-1

[9] Dhingra M, Niraula BB, Regmi A, Bansal S, Singh V, Phulware RH. Glomus Tumour of Hand–A Commonly Misdiagnosed Pathology: A Case Series. J West Afr Coll Surg. 2022;12(4):39-45. https://doi.org/10.4103/jwas.jwas_171_22

[10] Asmar G, Mati T, Pop IA, Falcone M. The ‘shark mouth’ flap approach for digital glomus tumours in 24 patients: technique and clinical outcomes. J Hand Surg Eur Vol. 2019;45(2):153-9. https://doi.org/10.1177/1753193419867049

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 • office@cqupperlimb.com.au • cqupperlimb.com.au