CQ HAND + UPPER LIMB
SPECIALIST ORTHOPAEDIC SURGEON

PATIENT INFORMATION — IN DEPTH

血管球瘤

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

血管球瘤引起的疼痛通常集中在一个针尖大小的点上，最常见于手指的指甲下方或指腹处。这种疼痛可能非常剧烈，与这个点的微小程度完全不成比例。触碰那个确切的位置会引发疼痛，寒冷也会：把手伸进冰箱或冷冻柜、用凉水洗手，或在寒冷的早晨走到户外，都可能引发一阵剧烈的疼痛发作。有些人还会感到疼痛向上传导至肩部。

疼痛往往以突然发作的形式出现，而不是持续的隐痛。夜间是常见的发作时间，疼痛可能会让您醒来。由于您做的几乎每件事都要用到指尖，日常事务会变得困难：握笔、打字、扣衬衫纽扣、转动钥匙或拿起平底锅，都可能压到触痛点。您可能会发现自己完全避免使用那根手指。

您可能还会注意到指甲下方有一个蓝色或粉红色的小点，或指甲本身出现一道嵴。肿瘤非常小，往往只有几毫米大，有时根本看不见。这在很大程度上解释了为什么诊断常常被延误数年，以及为什么有些人起初被告知患有其他疾病。

血管球瘤是良性的，也就是说它不是癌症。它不会扩散。但它引起的疼痛是真实的，并且可能使人非常痛苦，长期忍受这种疼痛会对人造成损耗。

如果您的症状没有缓解、在数周内不断加重、让您在夜间醒来，或使您无法工作或使用手，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

在您的皮肤深处，主要是在指尖和甲床中，有一些称为血管球体的微小结构。每一个都是一小段盘绕的血管，外面包裹着特殊的肌肉细胞和细小的神经末梢。它们的作用是开放和关闭流向皮肤的血流，以帮助控制体温。这就是为什么它们在血管和神经都很丰富的指尖中数量如此之多。

血管球瘤是这些细胞的良性过度生长。它不是癌症，也不会扩散。它生长缓慢，通常位于指甲下方或指尖的指腹中，并且一直很小：大多数直径不到 1 厘米。问题不在于大小，而在于位置。由于肿瘤位于神经末梢密集的部位，它会压迫这些神经末梢并发出疼痛信号。肿瘤周围的神经纤维还携带一种致痛的化学物质，这被认为会加重疼痛发作。这就是为什么一个直径只有几毫米的肿块引起的疼痛会远远超出其大小，也是为什么寒冷（会改变流经肿瘤的血流）会诱发疼痛。

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

大多数血管球瘤出现在手指上，最常见于指甲下方，在女性中更常见，通常在中年出现。它们也可能长在手部或手臂的其他部位，最常见于前臂皮肤正下方。少数人同时有不止一个肿瘤，而在 1 型神经纤维瘤病（一种会沿着神经长出肿物的疾病）患者中要常见得多。

除了疼痛之外，肿瘤本身是无害的。它带来的麻烦在于它太小、太难看到，以至于常常多年得不到明确诊断，而疼痛却不断加剧。切除整个肿瘤可以解除对神经的压迫，典型的疼痛通常会立即消失。

我们能做什么

Mater Private Hospital Rockhampton 的上肢外科医生 Kieran Hirpara 医生通过手术切除来治疗血管球瘤，因为没有任何药片、药膏或注射能让肿瘤消失。患者通常由全科医生转诊至我们的诊所；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。门诊就诊时会采集病史、进行体格检查，并在需要时进行影像学检查，以此确认诊断。

由于肿瘤本身就是疼痛的原因，因此没有可以先尝试的非手术治疗。止痛药和消炎药可以让疼痛减轻几个小时，但它们无法去除肿瘤，药效一过疼痛就会回来。保护手指免受寒冷也是如此：这可能会减少疼痛发作，但无法治疗病因。

手术就是治疗方法。切除整个肿瘤可以解除对指尖神经末梢的压迫，典型的疼痛通常会立即消失。手术通过指甲内或指甲旁的一个小切口进行，肿瘤被完整地一次性取出。该手术另有专页，详细介绍手术的做法以及恢复过程。

切除肿瘤可以缓解大多数患者的症状，对疼痛和过敏感的效果是立竿见影的。局部复发很少见，即使疼痛再次出现，往往也是在新的位置长出了第二个小肿瘤，而不是原来的肿瘤再次长出。偶尔从一开始就存在不止一个肿瘤，我们会在手术时对此进行检查。

如果手指变得发热、发红、肿胀和疼痛，尤其是伴有发烧时，请当天前往急诊科；无需全科医生转诊。如果您的症状没有缓解、在数周内不断加重、让您在夜间醒来，或使您无法工作或使用手，请去看您的全科医生或要求专科医生评估。

预期情况

如果不处理，血管球瘤不会自行缓解。疼痛往往反复出现，常常持续数年。许多人在得到明确诊断之前与之共处了很长时间，因为肿瘤非常小，而且往往看不见。在此期间，疼痛可能会把您拖垮，让工作变得困难，并使您无法按自己的意愿使用手。

一旦肿瘤被完整切除，前景就不同了。典型的疼痛通常会立即消失，因为对神经末梢的压迫已经解除。复发并不常见，即使疼痛再次出现，往往也是在新的位置长出了第二个小肿瘤，而不是原来的肿瘤再次长出。偶尔从一开始就存在不止一个肿瘤，您的外科医生会在手术时对此进行检查。

日常功能的恢复比疼痛的缓解需要更长时间。指尖在愈合期间会有触痛，而且在经过数月或数年的保护之后，需要时间才能重新信任它。术后手部治疗由 Extend Rehabilitation 的 Ruby Doolan 负责。Ruby 是一名手部治疗师：她会指导您的康复锻炼，并制作您需要的任何夹板。大多数人发现，术前主宰他们生活的疼痛消失了，抓握、打字和扣纽扣等日常事务又可以完成了，无需再顾虑那个点。

何时就医

血管球瘤值得尽早明确诊断，因为诊断延误正是这种疾病的典型特征。许多人在得到明确诊断之前忍受了数年的疼痛，起初常常被告知患有其他疾病。有些人甚至在此过程中被诊断为精神疾病。

如果您手指上一个针尖大小的点出现剧烈疼痛、用铅笔尖就能找到触痛点，或疼痛由寒冷诱发，请要求专科医生评估。指甲下方有蓝色或粉红色小点，或指甲出现一道嵴，也属于这种情况。即使扫描结果正常也是如此：当病史相符时，正常的扫描结果并不能排除小肿瘤。

肿瘤是良性的，因此肿瘤本身并不构成紧急情况。但如果手指变得发热、发红、肿胀和疼痛，尤其是伴有发烧时，请当天前往急诊科；无需全科医生转诊。

深入探讨

本节内容超出了您自身治疗决策所需的范围。血管球瘤值得额外阅读，因为它是手外科中少数几种通常的问题不在于治疗、而在于识别的疾病之一：肿瘤非常小，往往看不见，切除即可治愈，但人们常常要与之共处数年才有人明确诊断。

几毫米大小的东西带来数年的疼痛

血管球体是一小段盘绕的血管，外面包裹着特化的肌肉细胞，帮助控制流向皮肤的血流，而指尖和甲床中密布着这种结构。血管球瘤是这些细胞的良性过度生长，通常位于指甲下方或指尖的指腹中。由于这些细胞位于血管和神经末梢周围，一个直径只有几毫米的肿块就可能产生与其大小完全不相称的疼痛。

诊断延误是这种疾病的标志性特征。在英国一项包含 **73** 个肿瘤的病例系列中，超过 **90%** 的患者有典型症状，但 **31%** 的患者起初被给出了其他诊断，从首次出现症状到确诊的平均时间为 **6 年** [1]。在新加坡一项包含 **31** 例的病例系列中，平均时间为 **44 个月**；几乎所有人都有疼痛（**96.8%**），但有可见肿块的不到一半（**48.4%**）[2]。在美国一家大型中心对 **138** 例病例的回顾中，临床诊断与实验室诊断仅在 **45.4%** 的病例中一致；最常见的其他诊断是脂肪瘤、囊肿或血管性肿块 [3]。

三项床旁检查，以及为什么要结合使用

典型的三联征是某一点的剧烈疼痛、该点的极度压痛，以及遇冷诱发的疼痛。三项简单的检查即以此为基础。

- **针头试验（Love 试验）：** 用针头按压，找出唯一的压痛点并标出其位置。
- **冷试验：** 让手指受冷可再现疼痛。
- **Hildreth 试验：** 在上臂绑上袖带短暂阻断血流；袖带充气期间压痛减轻，放气后压痛恢复。

在一项包含 **24** 名患者的研究中，Hildreth 试验的敏感性为 **92%**，特异性为 **91%** [4]。在一项包含 **18** 名指尖疼痛患者的病例系列中，冷试验正确识别出了每一个肿瘤，而针头试验和 Hildreth 试验的准确率各为 **78%** [5]。这些数据来自小型病例系列，彼此并不完全一致，这就是为什么这些检查要结合使用，而不是单独依赖其中某一项。

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

MRI 能做什么、不能做什么

MRI 扫描非常善于确认确实存在的肿瘤。在一项包含 **42** 只手的研究中，其敏感性为 **90%**，阳性预测值为 **97%**，但阴性预测值仅为 **20%**：它漏掉的四个肿瘤全部在手术中得到证实，每个仅有 **2 到 3 mm** [6]。在另一项包含 **36** 次 MRI 扫描的病例系列中，约 **三分之一** 未能作出诊断，在肿瘤较小、显微镜下表现不典型、位置不寻常，或申请检查的人没有怀疑血管球瘤时更为常见 [7]。X 光能提供少许帮助：长期存在的甲下肿瘤可能在骨头上留下一个小凹陷，而没有凹陷的肿瘤更容易在 MRI 上被漏诊 [7]。因此，当病史和体格检查相符时，扫描结果正常并不能排除血管球瘤；临床表现才是首要的。

不止一个肿瘤，以及神经纤维瘤病

血管球瘤并不总是单发的。在早期一项包含 **28** 名患者的病例系列中，有 **7** 人（**25%**）不止一个肿瘤，**15%** 的人术后症状复发，作者将其归因于首次手术时漏掉的第二个肿瘤 [8]。在后来的一项病例系列中，**12** 名患者中的全部 **5** 例复发都出现在新的、不同的位置，而不是在第一个肿瘤被切除的地方 [9]。因此，成功手术后数月或数年再次出现的疼痛，往往是第二个肿瘤，而不是原肿瘤再生。

1 型神经纤维瘤病（一种会沿着神经长出肿物的遗传性疾病）患者的风险要高得多。在一项研究中，**21** 名手部血管球瘤患者中有 **6** 人（**29%**）患有神经纤维瘤病，而 **200** 名腕部腱鞘囊肿患者中 **无一** 患有该病；比值比为 **168** [10]。神经纤维瘤病患者出现指尖疼痛时，应仔细检查是否有血管球瘤。

切除能达到什么效果

完整切除可以治愈典型的疼痛，通常立竿见影。在一项包含 **53** 人的病例系列中，每个人在术后第二天都得到了缓解 [11]。在一项随访时间超过 **10 年** 的较小规模法国研究中，**91%** 的人疼痛已经消失 [12]。切除后复发并不常见，在较大规模的现代病例系列中约为 **3 到 7%** [1] [13]，手术页面对此有更详细的介绍。

这对您意味着什么

- 指尖上一个非常敏感、遇冷就痛的小点值得尽早明确诊断。这种诊断常常被漏掉多年。
- 体格检查与扫描同样重要。当病史相符时，MRI 正常并不能排除小肿瘤。
- 切除是唯一能治愈它的治疗方法，而且通常能立即缓解。
- 如果日后疼痛再次出现，往往是第二个小肿瘤，值得再做一次 MRI。

参考文献

[1] 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

[2] 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

[3] Mravic M, LaChaud G, Nguyen A, Scott MA, Dry SM, James AW. Clinical and histopathological diagnosis of glomus tumor: an institutional experience of 138 cases. Int J Surg Pathol. 2015;23(3):181-8. https://doi.org/10.1177/1066896914567330

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

[4] Giele H. Hildreth’ s Test is a Reliable Clinical Sign for the Diagnosis of Glomus Tumours. J Hand Surg Br. 2002;27(2):157-8. https://doi.org/10.1054/jhsb.2001.0724

[5] Bhaskaranand K, Navadgi BC. Glomus Tumour of the Hand. J Hand Surg Br. 2002;27(3):229-31. https://doi.org/10.1054/jhsb.2001.0746

[6] Al-Qattan MM, Al-Namla A, Al-Thunayan A, Al-Subhi F, El-Shayeb AF. Magnetic Resonance Imaging in the Diagnosis of Glomus Tumours of the Hand. J Hand Surg Br. 2005;30(5):535-40. https://doi.org/10.1016/j.jhsb.2005.06.009

[7] Trehan SK, Athanasian EA, DiCarlo EF, Mintz DN, Daluiski A. Characteristics of Glomus Tumors in the Hand Not Diagnosed on Magnetic Resonance Imaging. J Hand Surg Am. 2015;40(3):542-5. https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2014.12.002

[8] Maxwell GP, Curtis RM, Wilgis ES. Multiple digital glomus tumors. J Hand Surg Am. 1979;4(4):363-7. https://doi.org/10.1016/s0363-5023(79)80076-3

[9] 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

[10] Harrison B, Moore AM, Calfee R, Sammer DM. The Association Between Glomus Tumors and Neurofibromatosis. J Hand Surg Am. 2013;38(8):1571-4. https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2013.05.025

[11] 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

[12] Faisan Smilevitch D, Chaput B, Grolleau J, Rongieres M, Mansat P. Improvement in quality of life after surgery for glomus tumors of the fingers. Chir Main. 2014;33(5):330-5. https://doi.org/10.1016/j.main.2014.07.001

[13] 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

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