

黏液囊肿切除术（伴局部皮瓣）

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 医生会从适合您病情的微创方案开始。患者通常由其全科医生（GP）转诊至我们的诊所；如果物理治疗师建议您就诊，您仍需获得全科医生的转诊，才有资格享受 Medicare 报销。诊所评估包括病史采集、体格检查以及在必要时进行的影像学检查，以确立诊断。

黏液囊肿是一种形成于手指末端关节附近的小型充满液体的肿块，通常位于因该关节磨损性关节炎而受损的皮肤处。此手术旨在切除囊肿，并用邻近皮肤的小皮瓣覆盖该区域。我们通常首先尝试非手术治疗，如改变活动方式、手部治疗或支具固定，并在这些方法未能带来足够改善时考虑手术。对于某些患者，可能直接建议手术。

该手术旨在永久切除囊肿。此类手术后的复发率较低，为 1.4%，大多数患者对疤痕的外观感到满意，并会选择再次进行该手术。我们将讨论该手术是否适合您，并共同做出决定。

术前

您的外科医生将使用X光、磁共振成像（MRI）或超声等影像学检查来规划手术。大多数人无需进行其他检查。如果您有其他健康状况，可能需要进行血液检查或与麻醉师进行会诊。手术前7小时停止进食和饮水；我们要求比通常时间稍长，以便如果手术室手术列表提前完成，可以提前您的手术时间。您的外科医生会告诉您需要停用哪些药物以及何时停用。请携带您服用的所有药物清单，安排回家的接送，并穿着舒适、袖口宽松的衣服。

手术当天

您将抵达医院的手术入院病区，在那里办理入院手续并进行术前准备。您将在该处见到麻醉师。本手术可在全身麻醉（完全入睡）下进行，也可在局部麻醉（仅麻醉手指的注射，您保持清醒）下进行。我们会在手术前与您讨论哪种方式适合您。

随后，您将被送入手术室进行手术。术后，您将被送往复苏区，护士会在此监测您的状况（如果您接受的是全身麻醉，则直至麻醉消退）。待您的生命体征平稳后，将根据手术类型及您的恢复情况，决定您是转入病房还是直接回家。

手术内容

您的外科医生会在肿块上方、靠近手指末端关节处做一个小切口。通过这个切口，医生会切除囊肿，并清除通常位于囊肿旁的小骨赘。该骨赘源于关节的磨损性关节炎，是导致这些囊肿复发的常见原因，因此清除它是手术的关键部分。

在囊肿和骨赘被移除后，您的外科医生会用邻近皮肤的小皮瓣覆盖该区域。皮瓣被掀起，跨过囊肿留下的间隙，并缝合固定。这为关节带来了新鲜的皮肤，有助于该区域一次性愈合。缝线可能是可吸收的或可拆除的，您的外科医生会告知您使用的是哪种类型。

整个手术仅通过手指末端的这个小区域完成。除非术中情况需要，否则不会对更深层的关节或肌腱进行任何操作。

术后

您将被送往恢复区，护士会在此持续观察您的状况（如果您接受的是全身麻醉，则在麻醉消退期间）。您的手指将包扎敷料，可能会暂时感到麻木。我们计划在您麻木感消退前为您安排镇痛；如果您感到不适，请告知护士，他们可以为您调整。一旦您感觉平稳，即可下床活动，手部无需保持静止。术后最初24小时内，应有人陪伴在您身边。您的医疗团队会告知您是当天出院还是在医院留观一晚。我们会保留敷料约10天；除非我们告知您，否则请勿在此之前拆除。我们将在复诊时为您更换或拆除敷料。

恢复

最初几天，您的手指会感到疼痛并伴有轻微肿胀。这种情况会稳定地逐渐缓解。将手垫在枕头上抬高，尤其是在夜间，可以减轻搏动性疼痛。按照医疗团队指导使用简单的止痛药通常就足够了。

您出院时伤口上会保留敷料，敷料需保持原位约10天，直到我们为您复查并更换敷料。您的手部无需保持静止，因此一旦您感觉稳定，即可立即用于家中轻度的日常活动。请避免用力抓握，并保持敷料干燥。

敷料拆除后，覆盖在关节上的皮瓣通常愈合良好。疤痕会随时间推移变软并淡化，大多数患者对其外观感到满意。随着肿胀消退，手指远端关节的活动度会逐渐恢复。术后手部康复治疗由Extend康复机构的Ruby Doolan负责；她将指导您的锻炼，并在必要时为您制作支具。

每个人的恢复情况各不相同，您的恢复时间线也可能有所不同。您的外科医生和手部治疗师将在每次复查时为您提供指导。随着肿胀消退、伤口闭合，且您能够无痛地抓握和弯曲手指，您就会知道恢复进展顺利。

可能出现的并发症

大多数患者恢复良好，但偶尔可能出现一些问题。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。

有时囊肿会在同一位置复发。您可能会再次注意到指端关节附近出现一个小而硬的肿块，与您之前的情况非常相似。如果您发现肿块正在形成，请在下次复诊时告知医生。切除关节旁的小骨刺旨在防止这种情况发生。

用于覆盖该区域的皮瓣需要良好愈合。如果愈合不良，您可能会看到伤口边缘裂开、皮瓣颜色苍白或发黑，或者该区域持续裸露和渗液而无法闭合。愈合过程也可能比预期更慢。如果您注意到这些迹象，请联系诊所，以便我们检查伤口并调整您的护理方案。

伤口感染是另一个需要警惕的问题。这通常表现为从伤口向外扩散的红肿，伴有发热、肿胀或压痛，且症状逐渐加重而非好转。您可能会看到伤口有液体或脓液渗出，或感到一种简单的止痛药无法缓解的深层搏动性疼痛。您可能会感到发热和全身不适。如果您注意到这些迹象，请立即致电诊所。如果您无法联系我们且感到不适，请前往最近的急诊部门。

好消息是，当该手术采用皮瓣技术时，在已报道的手部病例中，此类伤口问题并不常见，且囊肿很少复发[2, 3]。

如果在两次复诊之间，您发现手指有任何让您担忧的情况，请不要等待。致电我们并描述您看到和感觉到的情况。早期关注通常能更轻松地解决大多数问题。

本页上的并发症表列出了典型发生率，如果您想了解具体细节，可以参考该表。

何时联系我们

如果您感到发热，注意到伤口周围发红扩散，或看到有液体或脓液从伤口渗出，请致电我们。如果疼痛突然加剧且普通止痛药无效，如果手指感觉麻木，或者您无法弯曲或伸直手指，请致电我们。如果您出现小腿肿胀或呼吸困难，或者感觉发热且整体不适且无法联系到我们，请前往最近的急诊科。如果在复查之间，手指的任何情况让您担忧，请不要等待。

深入探讨

本节内容超出了您自身治疗决策所需的信息。滑液囊肿手术值得额外阅读，因为该手术的核心其实并非囊肿本身；一旦您理解了其中的原因，手术的具体操作方式便显得顺理成章。

囊肿是症状。骨赘是疾病。

黏液囊肿是指紧邻指甲的关节处的小型腱鞘囊肿，它几乎总是位于该关节的退行性骨关节炎之上。磨损的关节会长出微小的额外骨质突起（骨赘），关节液找到途径绕过这些骨赘流出，而囊肿就是其在薄弱的背侧皮肤下积聚之处。

这正是单纯切除囊肿效果不佳的原因：若保留骨赘，泄漏的关节液会再次积聚。最清晰的证据来自一项系列研究，该研究采取了相反的做法，**仅切除骨赘而保留囊肿**，大多数病例均获得完全缓解 [1]。该手术最好被理解为关节清创术，囊肿在术中一并处理，而非以切除囊肿为主、将骨质处理视为事后补充。

为何选择皮瓣，以及具体选择哪种皮瓣并不重要

长期存在的囊肿表面的皮肤通常被拉伸得薄如纸，一旦切除囊肿及变薄的皮肤，往往缺乏足够的健康皮肤进行直接闭合。这正是**局部皮瓣**的作用：将邻近的一小块皮肤旋转覆盖到缺损处，并保留其自身的血液供应。

Hirpara 医生最常采用的技术遵循 Johnson 及其同事 [2] 描述的方法：在局部麻醉环形阻滞下进行日间手术，完整切除囊肿（包括变薄的皮肤），沿囊肿颈部向下追踪至关节并连同附着的关节囊一并切除，在保护伸肌腱的同时切除可触及的背侧骨赘，并使用从手指同侧切取的**全厚局部推进皮瓣**无张力地闭合缺损。缝线通常在约两周后拆除。

在该技术的已发表系列研究中，十年内 69 例患者的复发率为 **1.4%**，患者对瘢痕的满意度高，并表示愿意再次接受该手术 [2]。

皮瓣设计并非决定性因素。Zitelli 双叶皮瓣能提供高质量的覆盖，且**不会增加对甲母质的风险** [3]，这一点至关重要，因为指甲的生长区紧邻囊肿，而近期对另外两种皮瓣设计的比较发现，两者在**美学满意度或并发症方面无差异** [4]。其他中心报告使用全厚皮肤移植术，复发率可接受 [5]，另有小样本系列研究显示完全切除背侧关节囊后无复发 [6]。所有情况的共同点是一致的：处理关节，并获得可靠的皮肤覆盖。

当关节本身是问题所在

有时囊肿是较小的问题，而其下方的关节炎才是真正引起疼痛的原因。如果关节本身就有疼痛，而不仅仅是出现肿块，那么切除囊肿只是处理了“信使”，却留下了“信息”。在这种情况下，确定性的解决方案可能是**关节融合术**（arthrodesis），该手术可在一次操作中消除关节炎、疼痛以及囊肿的来源。该选项、其利弊及恢复过程详见 **DIP 关节融合术** 页面。

可能出现的问题

具体风险源于解剖结构：**甲母质**仅相距数毫米，因此可能出现指甲沟或指甲脊（反之，压迫甲母质的囊肿可能已导致此类情况，而手术可予以改善）；皮肤较薄意味着愈合偶尔需要更长时间；且复发——尽管在规范的关节清创术后并不常见，如上表数据所示，但绝非零风险，因为导致囊肿的关节炎所涉及的关节本身仍为退行性关节。

参考文献

- [1] Lee HJ, Kim PT, Jeon IH, et al. Osteophyte excision without cyst excision for a mucous cyst of the finger. J Hand Surg Eur Vol. 2013;39(3):258-261. <https://doi.org/10.1177/1753193413478549>
- [2] Johnson SM, Treon K, Thomas S, Cox QG. A reliable surgical treatment for digital mucous cysts. J Hand Surg Eur Vol. 2013;39(8):856-860. <https://doi.org/10.1177/1753193413508540>
- [3] Jiménez I, Delgado PJ, Kaempf de Oliveira R. The Zitelli bilobed flap on skin coverage after mucous cyst excision: a retrospective cohort of 33 cases. J Hand Surg Am. 2017;42(7):506-510. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2017.03.013>

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] Orieux A, Maximen J, Yvonnet T, et al. Aesthetic outcome of biquadrangular and Hueston dorsal flaps in digital mucous cyst surgery. J Hand Surg Eur Vol. 2026;. <https://doi.org/10.1177/17531934261433822>
- [5] Jamnadas-Khoda B, Agarwal R, Harper R, Page RE. Use of Wolfe graft for the treatment of mucous cysts. J Hand Surg Eur Vol. 2009;34(4):519-521. <https://doi.org/10.1177/1753193408103498>
- [6] Kanaya K, Wada T, Iba K, Yamashita T. Total dorsal capsulectomy for the treatment of mucous cysts. J Hand Surg Am. 2014;39(6):1063-1067. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2014.03.004>