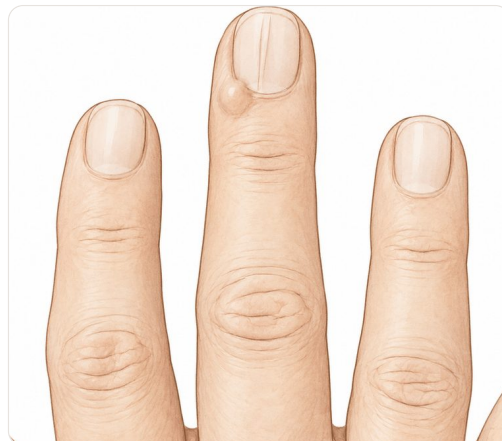


黏液囊肿

拇指上的黏液囊肿：一种由手指或拇指指尖处磨损关节产生的小型充满液体的隆起。

Kieran Hirpara © ⓘ ⓘ 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。

您的症状

黏液囊肿是出现在手指背面、通常正好位于指甲后方的一个小而坚硬的肿块。它内部充满浓稠、透明的液体。肿块本身通常不痛，但它可能会压迫附近的结构并引起不适。

您可能会注意到指甲本身发生变化。囊肿紧邻甲床，因此在增大时可能会压迫指甲。这常常导致指甲上出现一条纵贯全长的凹槽或嵴。囊肿表面的皮肤也可能变薄并变得发亮。在某些情况下，皮肤会破溃，囊肿会通过一个小通道渗出液体。

肿块往往正好位于手指在指甲前最后一个关节弯曲的地方。这会让一些日常事务变得不便。把手伸进紧窄的口袋、拧瓶盖或捡起小硬币时可能会感到不适。打字或写字可能会压到肿块，使其疼痛。

这种囊肿与同一关节的退行性关节炎有关。一个称为骨赘的小骨刺会刺激关节，并产生充满囊肿的液体。因此，在您大量使用手部之后，关节可能会酸痛，此时肿块也可能有更明显的压痛。

如果囊肿表面的皮肤破开并有液体渗出，请保持该部位清洁并及时就医。从皮肤通向手指关节的通道可能让感染进入，而关节感染需要立即治疗。如果您的手指变得发热、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。

不要自行刺破或挤压囊肿。这可能会让感染进入关节。

如果肿块在增大、指甲畸形让您困扰，或症状在数周内没有缓解，请就诊您的全科医生或要求专科医生评估。

实际发生了什么

您手指的最后一个关节就像一个小铰链。与任何关节一样，它内衬一层柔软的套膜，会产生少量液体，使关节面保持顺畅滑动。发生黏液囊肿时，该关节已经出现了退行性关节炎。关节内衬受到刺激，开始产生超过关节所需的液体。

与此同时，关节炎常常在关节边缘形成一个小骨刺。这个骨刺从内部压迫并磨穿关节套膜。液体随后通过磨损处渗出，并积聚在手指背面的皮肤下。您能看到和摸到的肿块就是这些被困住的液体，它位于关节的一侧、正好在指甲后方。

囊肿本身是一个薄壁的囊袋，而不是一种增生物。它的囊壁由支撑组织的纤维构成，没有自己真正的内衬。由于囊壁很薄，而其上方的皮肤往往更薄，轻微的碰撞就可能使其破裂。发生这种情况时，里面透明的胶冻状液体就会渗出。

这解释了您刚刚读到的症状。肿块紧邻甲床，因此在指甲生长时，囊肿的压力可能会在指甲上压出凹槽。关节酸痛是因为关节炎同时存在，而囊肿正是关节炎的一个征象。关节边缘的骨刺使液体不断流出，因此只要骨刺存在，即使囊肿渗漏或被抽吸之后，它也往往会重新充盈。

这也是为什么治疗的重点在于关节，而不仅仅是肿块。去除骨刺可以从源头上阻止渗漏，囊肿在不再得到液体补充后就会消退。

我们能做什么

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。在门诊就诊时，我们会采集病史、检查您的手指，并在必要时安排影像学检查。大多数黏液囊肿与关节的退行性关节炎有关，因此我们通常首先尝试非手术治疗，在非手术治疗未能带来足够改善时再考虑手术。

第一步通常只是观察等待。有些囊肿会一直保持很小，几乎不造成困扰。保护手指会有帮助：避免反复碰撞肿块，并在进行会压迫肿块的活动时多加小心。如果关节在大量使用后酸痛，减少该活动可以让情况缓解。手部治疗可以帮助改善僵硬，并让手指保持舒适地活动。在决定任何进一步措施之前，请先在几周内给予这些简单措施充分的尝试。

止痛方法很简单。按照说明服用药房购买的普通止痛药，可以缓解关节酸痛。抗炎药可以缓解囊肿背后的关节炎。这些药物治疗的是不适，而不是肿块本身。

我们不提供的一种方案是用针抽吸囊肿。这是一种方便的门诊操作，但之后大约有一半的情况囊肿会复发。此外还有将感染带入关节的风险，这也是我们建议您不要在家中自行刺破或挤压囊肿的原因。

当囊肿不断重新充盈、指甲畸形让您困扰，或囊肿表面的皮肤已经变薄或正在破溃时，会考虑手术。手术治疗的是关节，而不仅仅是肿块。关节边缘的骨刺会被切除，从而从源头上阻止液体渗漏，囊肿在不再得到液体补充后就会消退。在某些情况下，囊肿也会与一小块局部皮瓣一起被切除，这适用于已使其表面皮肤变薄的囊肿。将骨刺与囊肿的蒂部一并切除，囊肿复发的几率最低。我们会与您讨论哪种方法适合您的手指，并共同做出决定。

预期情况

若不予处理，黏液囊肿往往会不断复发，而不是消失。只要关节边缘的骨刺存在，它就会持续为囊肿补充液体。有些囊肿会长期保持很小，几乎不造成困扰。另一些则会缓慢增大，使指甲凹槽进一步加深，或使肿块表面的皮肤变薄直至渗漏。

如果不治疗，主要风险就是您已经读到的那些：在囊肿压迫期间指甲会一直有嵴，以及皮肤破溃并形成通向关节的通道。这个通道值得认真对待。如果您的手指变得发热、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。

针对关节进行治疗后，前景很明确。去除骨刺可以从源头上阻止液体渗漏，囊肿在不再得到液体补充后就会消退。骨刺被切除后，囊肿极少复发。如果同时切除囊肿本身，复发率也保持在较低水平：经手术治疗的囊肿中，每 100 个约有 2 个复发；使用局部皮瓣闭合该区域时，每 100 个约有 1.4 个复发。接受这种治疗的人通常对瘢痕的外观感到满意，并且愿意再次接受这种治疗。

恢复过程不算繁重，但也不能完全忽视。手指常常会在几周内感到僵硬和压痛，抓握或捏取等日常动作需要一段时间才能恢复正常。术后的手部治疗由 Extend Rehabilitation 的 Ruby Doolan 负责。Ruby 是一名手部治疗师：她会指导您的锻炼，并为您制作所需的任何支具。大多数人在数周至几个月内即可恢复正常使用手部。

一旦甲床不再受压，指甲凹槽通常也会改善。对此需要耐心：变形的那段指甲必须长出来，这需要几个月时间。

如果症状在数周内没有缓解，或正在加重，请就诊您的全科医生或要求专科医生评估。

何时就医

大多数黏液囊肿并不紧急，许多通过简单护理就能缓解。少数征象确实需要采取行动。

如果您的手指变得发热、发红、肿胀和疼痛，尤其是伴有发烧时，请当天前往急诊科。这提示关节感染，需要立即治疗。如果囊肿表面的皮肤已经破开并有液体渗出，也应如此，因为这个开口可能让感染进入。

如果肿块不断增大、指甲凹槽让您困扰，或囊肿表面的皮肤已经变薄，请就诊您的全科医生或要求专科医生评估。出现这些征象时，值得讨论治疗。如果症状在数周内没有缓解，或正在加重，您的全科医生可以为您安排转诊。

深入探讨

本节内容超出了您自身治疗决策所需的范围。黏液囊肿值得额外阅读，原因在于一个虽小但证据充分的手术见解：囊肿本身并非问题所在，且效果最佳的手术操作未必会将其切除。

骨刺是病因，而非囊肿

黏液囊肿起源于退行性变的指尖关节。骨性突起（骨赘）刺激并穿透关节囊，关节液经此缺损流出并在皮下积聚。囊肿是该过程的可见末端，而非其起源。

这一认识具有直接的手术意义，在一系列研究中，**仅切除骨赘而不切除囊肿**在大多数病例中实现了**完全消退**，并被描述为一种提供微创方法的良好治疗选择 [1]。

切除骨刺即关闭了“水龙头”。囊肿不再被填充，便会消退。这与腕部腱鞘囊肿的规律相同，即决定复发的因素是蒂部而非囊体，这也解释了为何单纯抽吸或穿刺黏液囊肿如此可靠地失败。

在囊肿切除部位，疗效同样良好

另一种方法是在切除囊肿的同时，利用局部皮瓣闭合缺损。该方法同样可靠：在**69**例患者中，采用局部推进皮瓣进行手术切除的**复发率为1.4%**，患者对瘢痕的满意度较高，且愿意再次接受该手术 [2]。

两种方法均有效，且均针对基础关节进行处理。实际差异在于涉及皮肤的范围：长期存在的囊肿会使覆盖皮肤变薄，有时甚至出现渗液，在这种情况下，无论对骨骼采取何种处理，变薄的皮肤都需要切除并替换。

指甲为何变形，以及能否恢复

沿指甲纵向延伸的沟槽或脊状隆起是常见的伴随症状，且往往比肿块本身更令人担忧。其成因是机械性的：囊肿恰好位于甲母质（即甲床中负责生成指甲的部分）正上方，并对其施加压力，导致指甲在生成过程中出现缺陷。

关键在于，这种影响是压迫而非破坏。一旦囊肿压力解除，指甲通常能正常生长，但需要数月时间才能使变形部分从指尖长出。因此，指甲变形是治疗囊肿的理由，而非其永久性后果。

谨慎对待穿刺的原因

黏液囊肿与关节直接相通。无论是有意穿刺，还是因囊肿较大导致其表面皮肤破溃，都会形成一条从外界通向指间关节的通道，而小关节的化脓性关节炎远比囊肿本身更为严重。

这正是反对自行引流看似仅为液体积聚水疱的囊肿的实用理由，也是为何对自发性排液的囊肿需紧急处理而非仅观察的原因。

参考文献

- [1] Lee H, Kim P, Jeon I, Kyung H, Ra I, Kim T. Osteophyte excision without cyst excision for a mucous cyst of the finger. J Hand Surg Eur Vol. 2013;39(3):258-61. <https://doi.org/10.1177/1753193413478549>
- [2] Johnson SM, Treon K, Thomas S, Cox QGN. A reliable surgical treatment for digital mucous cysts. J Hand Surg Eur Vol. 2013;39(8):856-60. <https://doi.org/10.1177/1753193413508540>