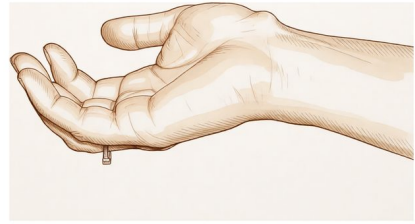


腕部腱鞘囊肿

腕部腱鞘囊肿：一种光滑的、穹顶状的充满液体的囊袋，从腕部背侧由下方的关节向上顶出。

GEMalone / Wikimedia Commons, CC BY 3.0



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

腕部腱鞘囊肿是一种从腕关节或腱鞘长出的充满液体的肿块。它不会演变成任何有害病变的肿物。许多人最先注意到的是手腕背侧的一个光滑隆起，不过它也可能出现在手掌一侧。它摸起来可能较硬，大小也可能随时间变化。

肿块本身通常不痛。如果有疼痛，往往位于手腕深处、肿块附近，并且常在活动时加重。使手腕弯曲或受力的活动，例如从椅子上撑起身体、提购物袋或握住沉重的平底锅，都可能引起酸痛。有些人会觉得手腕比平时更无力或更僵硬，这会使打字、写字或打开罐子变得更困难。

由于肿块靠近手腕中的神经，腱鞘囊肿有时会压迫这些神经。这可能导致手部刺痛、麻木或无力。如果您注意到任何这些神经症状，最好尽早让医生检查手腕，因为需要解除神经所受的压迫。

如果肿块或疼痛没有缓解、在数周内逐渐加重，或使您无法使用手部或工作，请去看您的全科医生（GP）或要求专科评估。

实际发生了什么

腱鞘囊肿起源于您腕关节内衬中的一个小小的单向阀门。平时润滑关节的液体被挤出这个阀门，却无法回流。液体积聚在皮肤下方的一个囊袋中，这个囊袋就是您能看到和摸到的肿块。肿块通过一根细蒂与关节相连，这就是为什么随着关节产生的液体增多或减少，肿块的大小也会变化。

大多数腱鞘囊肿起源于舟月韧带，这是一条把两块腕部小骨连接在一起的短小带状组织。它的作用有点像两块骨之间的密封垫。这条韧带周围的内衬受到刺激（通常发生在轻微扭伤或反复劳损之后），液体就从那里渗出。这也解释了为什么酸痛位于手腕深处而不是皮肤表面：问题出在关节本身，而不在肿块。

肿块的位置解释了您其余的症状。在手腕背侧，它通常正好位于这条韧带上方，靠近伸直手指的肌腱。在手掌一侧，它常长在主要动脉以及通往手部的神经附近，这就是为什么囊肿压迫它们时可能出现刺痛或麻木。有些肿块很小且隐藏不见，只有在手腕向前弯曲时才会显现，但它们仍可能引起深部疼痛。

值得了解的是，腱鞘囊肿很常见。许多人有腱鞘囊肿却没有任何症状，而且在无痛手腕的扫描中发现它们的频率比您想象的要高。有腱鞘囊肿并不意味着您的腕关节本身的结构有任何问题。

我们能做什么

Mater Private Hospital Rockhampton 的上肢外科医生 Kieran Hirpara 博士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。在诊所进行的评估，包括采集病史、体格检查以及必要时的影像学检查，可以明确诊断。

由于腱鞘囊肿是无害的，不做任何处理是合理的第一步。许多腱鞘囊肿会自行消失。28% 至 58% 的腕部腱鞘囊肿无需任何治疗即可消退。在 10 岁以下的儿童中，腱鞘囊肿通常位于手腕掌侧，其中 69% 至 79% 会在 12 至 18 个月内自行缩小消失。观察等待（有时配合佩戴支具以减轻不适）适合大多数患有手部或腕部腱鞘囊肿的儿童。

如果肿块让您困扰，我们可以用针将其抽空。这称为穿刺抽液。进行一次、两次或三次抽液，最多可以消除 85% 的腱鞘囊肿。之后常会有一些液体重新积聚，因为抽液排空了肿块，却留下了形成它的那个阀门。即便如此，在接受穿刺抽液并获得有关肿块的简单建议后，74% 的人感到满意。先进行抽液，也能把手术留作日后的选择，而不是第一步。隐藏在手腕背侧的腱鞘囊肿（会引起深部疼痛但看不见）通常先采用非手术方式处理，即固定手腕，并向关节内衬注射类固醇。

当这些措施未能带来足够的缓解时，可以通过手术切除腱鞘囊肿。手术会切除肿块及其蒂（即与腕关节相连的那根细小连接），因为如果留下蒂，肿块更容易复发。手术可以采用开放方式，也可以通过小切口入路进行关节镜微创手术。我们会与您讨论哪种方式适合您的手腕，并由您与我们共同决定手术对您是否值得。

预期情况

许多腕部腱鞘囊肿会随时间变化，而不是一成不变。它们可能缩小、肿大，或时有时无。有些会自行消退：约 40% 的腕部腱鞘囊肿在首次评估后的前 6 年内会变小，而手腕背侧的腱鞘囊肿中有 39% 至 42% 完全不需要任何治疗就会消失。在幼儿中，大多数手部和腕部囊肿会自行消退，通常在一年之内。如果您的囊肿没有造成太多困扰，等待是一个合理的选择；即使您不去处理，肿块也不会演变成任何有害的病变。

治疗会改变这些几率。用针抽液可以排空肿块，但大多数腱鞘囊肿在穿刺抽液后会复发，因为形成肿块的阀门仍然存在。切除肿块及其蒂的手术复发几率要低得多：约 10% 的腕部腱鞘囊肿在术后复发，而手腕背侧腱鞘囊肿开放切除后的复发率为 3% 至 12%。大多数接受手术的人症状会缓解。不过，术后可能仍有一些疼痛持续存在，尤其是当您的工作或运动需要手腕用力向后弯曲时。

如果您选择手术，恢复过程通常较为顺利。起初，您的手会用厚实的绷带包扎并抬高，以保持舒适；手腕活动会尽早开始，掌侧腱鞘囊肿术后 2 周内即开始。尽早活动手腕很重要：僵硬并不常见，但如果不鼓

励早期活动，就可能发生。术后的手部治疗由 Extend Rehabilitation 的 Ruby Doolan 负责，她会指导您的锻炼，并为您制作所需的任何支具。掌侧关节镜微创手术后，原肿块处的发硬或压痛点可能持续长达 3 周，按指导按摩该部位有助于其消退。任何手术都会留下疤痕，靠近手腕褶皱的弧形切口愈合后疤痕往往更美观。

如果经过治疗的肿块或您的症状没有缓解，或在数周内逐渐加重，请去看您的全科医生（GP）或要求专科评估。

何时就医

大多数腕部腱鞘囊肿是无害的，许多会自行消退，因此单纯的肿块并不属于紧急情况。如果肿块或疼痛在数周内没有缓解、逐渐加重，或使您无法工作或使用手部，请去看您的全科医生（GP）或要求专科评估。如果您的手部出现刺痛、麻木或无力，请尽早就诊，因为这提示囊肿正在压迫神经。如果您的手或手指变得苍白、发凉、发白或发青，或者在受伤后手部突然失去感觉或无法活动，请前往急诊科。这些情况在腱鞘囊肿中很少见，但需要当天就医。

深入探讨

本节内容超出了您做出自身治疗决策所需的深度。腕部腱鞘囊肿值得额外阅读，因为选择实际上是在接受复发风险与接受手术之间进行权衡，而支撑这一权衡的数据足够清晰，足以据此做出决定。

抽吸后易复发，而切除后通常不复发

两种积极的治疗方式是：用针将囊肿抽出，以及连同其蒂部进行手术切除。汇总 **2,239** 名患者，**开放手术切除的复发率显著低于抽吸术**。关节镜切除已显示出令人鼓舞的效果，但比较性试验数据有限，且**未证明其具有优越性** [1]。

其机制解释了这种差异。腱鞘囊肿并非自由漂浮的液囊；它通过一个蒂部与下方的关节囊相连，且关节会持续产生液体。抽吸术排空了储液囊但留下了源头，因此重新充盈是常见结果，而非治疗失败。切除术旨在追踪并切除蒂部的起源处。

微创与开放切除术疗效相当

若选择切除术，不同入路已得到直接比较。在 **910** 例患者中，**关节镜与开放入路在复发率和并发症方面的结局谱相似**，作者呼吁开展标准化且样本量充足的临床研究 [2]。

因此，决策依据在于次要因素，如瘢痕、术者熟悉程度以及是否需同时探查其他关节内病变，而非复发风险。

术后处理方案尚无共识，且其影响可能并不显著

一项小型且客观的研究发现。一项针对手外科医生的系统综述及问卷调查显示，医生们在**腕背侧腱鞘囊肿切除术后是否应对腕关节进行制动**这一问题上**意见分歧**，且在功能预后方面，**并无有力数据表明某一种策略更优** [3]。

值得注意的是，不同外科医生在此处给出的医嘱差异，反映的是真正的临床均衡（equipoise），而非其中一方存在错误。

最有力的论据往往是不采取任何行动

上述内容均未确立必须治疗腱鞘囊肿的必要性。这些是良性囊肿。它们的大小常会波动，且有一部分会在无任何干预的情况下自行消退。它们不会转变为其他病变。

这重新界定了决策框架。治疗的指征是疼痛、对手腕活动或抓握功能的干扰、对邻近神经的压迫，或确实令患者困扰的囊肿大小，而非肿块本身的存在。鉴于穿刺抽吸术存在有意义的复发率，而切除术则带有针对关节囊手术的风险，观察等待是一个合理的首选立场，值得明确陈述，而非将其视为未采取行动的失败。

例外情况是引起神经症状的腱鞘囊肿，如麻木、无力或放射至手部的疼痛，此时囊肿正在压迫一个无法长期耐受的结构，观察等待不再是低风险的选择。

参考文献

- [1] Head L, Gencarelli JR, Allen M, Boyd KU. 腕部腱鞘囊肿的治疗：系统评价与荟萃分析. J Hand Surg Am. 2015;40(3):546-553.e8. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2014.12.014>
- [2] Crawford C, Keswani A, Lovy AJ, Levy I, Lutz K, Kim J, et al. 关节镜与开放切除背侧腱鞘囊肿：系统评价与荟萃分析. J Hand Surg Eur Vol. 2017;43(6):659-64. <https://doi.org/10.1177/1753193417734428>
- [3] Wong CR, Karpinski M, Hatchell AC, McRae MH, Murphy J, McRae MC. 腕背侧腱鞘囊肿切除后的腕部固定：系统评价与调查. Hand (N Y). 2021;18(2):254-63. <https://doi.org/10.1177/15589447211014631>