



12-31-2016

Development of a Clinical Guideline for Preventing Lower Limb Lymphedema in Patients with Gynecologic Cancer

ShinChan Lee

ChengFeng Lin

Keng Fu Hsu

YuYun Hsu

Follow this and additional works at: <https://rps.researchcommons.org/journal>



Part of the [Rehabilitation and Therapy Commons](#)

Recommended Citation

Lee, ShinChan; Lin, ChengFeng; Hsu, Keng Fu; and Hsu, YuYun (2016) "Development of a Clinical Guideline for Preventing Lower Limb Lymphedema in Patients with Gynecologic Cancer," *Rehabilitation Practice and Science*: Vol. 44: Iss. 1, Article 4.

DOI: [https://doi.org/10.6315/2016.44\(1\)04](https://doi.org/10.6315/2016.44(1)04)

Available at: <https://rps.researchcommons.org/journal/vol44/iss1/4>

This Original Article is brought to you for free and open access by Rehabilitation Practice and Science. It has been accepted for inclusion in Rehabilitation Practice and Science by an authorized editor of Rehabilitation Practice and Science. For more information, please contact twpmrscore@gmail.com.

原著

婦癌婦女預防下肢淋巴水腫臨床照護指引

李星嫻¹ 林呈鳳² 許耿福³ 許玉雲⁴

衛生福利部台南醫院¹ 國立成功大學醫學院物理治療學系 健康照護所²
國立成功大學醫學院成大附設醫院婦產科³ 國立成功大學醫學院護理學系 健康照護所⁴

背景：婦癌患者接受腫瘤併淋巴結手術切除後，易出現下肢淋巴水腫，而淋巴水腫會進一步導致生理不適及影響婦女生活品質。

目的：本文為發展婦癌（排除乳癌）患者術後預防下肢淋巴水腫臨床照護指引，及評值執行此指引後之成效。

方法：「婦癌婦女預防下肢淋巴水腫臨床照護指引」(CGP-3L- in- GC)之發展流程包括：選定指引主題並建構臨床問題、系統性文獻查證與證據評讀、擬訂照護指引草案、兩回合德菲法共識決策、執行臨床試作並評價，最後以 AGREE(Appraisal of Guidelines Research and Evaluation)進行指引外部評估。

結果：根據 12 篇實證文獻和一篇已發表的淋巴水腫照護指引擬定「婦癌婦女預防下肢淋巴水腫臨床照護指引」，並經由德菲法共識確認指引後，此指引以實驗法進行臨床試作，15 位實驗組術後婦女採用此臨床照護指引；14 位對照組婦女則採病房一般性照護。臨床試作結果顯示，實驗組婦女比對照組婦女出現中重度下肢淋巴水腫比例顯著較少($p=.049$)。實驗組婦女自我執行此照護指引後一個月，在生活品質的自覺健康狀態($Z=-2.33, p=.02$)及生理方面($Z=-2.0, p=.047$)比執行此指引前有顯著提升，但對照組婦女在後測一個月之生活品質無顯著提升。將此臨床試作結果作為指引修正依據，隨後以 AGREE 進行本指引之外部評估，結果為「強烈建議」使用。

結論：「婦癌婦女預防下肢淋巴水腫臨床照護指引」在時間太短和個案數少因素下，無法證實可顯著減少下肢淋巴水腫發生率。但醫護人員可依循此指引，提供婦癌婦女於術後預防下肢淋巴水腫更適切且有效的照護。（台灣復健醫誌 2016；44(1)：29 - 42）

關鍵詞：婦癌婦女(gynecologic cancer)、臨床照護指引(clinical guideline)、下肢淋巴水腫(lower limb lymphedema)

前 言

罹患婦科腫瘤的婦女如果需要接受癌症手術治療，會依其腫瘤大小和癌症分期，將受侵犯之器官或組織摘除，並合併骨盆腔淋巴結或主動脈旁淋巴結切除，或接受放射線治療；雖然手術和放射線治療可提高婦癌婦女存活率，但約有 10-46%婦女易發生下肢淋

巴水腫(lower limb lymphedema)合併症。^[1,2]淋巴水腫發生時間由術後數天開始出現，持續到 10 年之久，甚至終生，^[3,4]婦女出現下肢淋巴水腫常造成其他生理不適及降低婦女生活品質。^[4,5]所以罹患婦癌婦女於手術後初期尚未發生下肢淋巴水腫前，提供淋巴照護，定期追蹤其肢體腫脹情形及居家執行淋巴照護狀況，可預防下肢淋巴水腫發生，並達到早期發現、早期治療。^[6,7]

目前淋巴水腫的照護仍以減腫脹物理治療法

投稿日期：105 年 6 月 27 日 修改日期：105 年 9 月 1 日 接受日期：105 年 10 月 6 日

通訊作者：許玉雲，國立成功大學護理學系副教授，台南市 701 東區大學路一號

電話：(06) 2353535 轉 5036 E-mail：yuht12@mail.ncku.edu.tw

doi: 10.6315/2016.44(1)04

(complete decongestive physiotherapy; CDP)爲主。^[8]許多研究探討減腫脹物理治療中徒手淋巴按摩對於婦癌和乳癌術後肢體淋巴水腫之成效，^[9-12]雖然研究顯示徒手淋巴按摩對於術後肢體淋巴水腫的成效研究尙未有一致發現，但是術後預防下肢淋巴水腫是婦癌婦女重要術後照護項目之一。然而，臨床目前仍缺少相關預防下肢淋巴水腫的臨床指引，以供醫護人員參考使用。故本研究目的爲以實證方法發展婦癌（排除乳癌）腫瘤併淋巴結切除患者於術後預防下肢淋巴水腫的臨床照護指引，及評值此指引執行之可行性與執行後成效，以提供醫護人員於照護婦癌病人術後之參考。

文獻查證

1. 下肢淋巴水腫成因

下肢淋巴水腫是下肢淋巴管道受到壓迫或阻塞，使富含蛋白質的組織液堆積而出現局部腫脹。^[13,14]淋巴水腫可分原發性淋巴水腫，係指先天性淋巴管生長不良，好發於下肢；續發性淋巴水腫，係大部分因外在因素導致淋巴管或淋巴結受損，例如感染、癌症手術併淋巴結切除或放射線治療，^[14]導致淋巴系統傳輸功能不足。^[7,15]

2. 淋巴水腫症狀及評估方法

根據國際淋巴水腫學會(International Society of Lymphology)標準，下肢淋巴水腫程度可分爲四等級，(1)零級：又稱爲潛伏期，尙未出現淋巴水腫，病人未感到症狀或是稍感到下肢沉重感，(2)一級：又稱爲可逆期(reversible lymphedema)，出現軟而凹陷性水腫，但水腫可藉抬高下肢而緩解，(3)二級：又稱自發性不可逆期(spontaneously irreversible lymphedema)，此期出現的凹陷性水腫無法藉由抬高下肢而緩解，Stemmer's test呈陽性。Stemmer's 檢測呈陽性是指第二和三腳指間的皮膚不能被捏起。此期皮膚變硬且厚，易有蜂窩性組織炎的發生，(4)三級：出現象皮病(elephantiasis)徵象，即表皮硬化，皮膚皺摺變厚，特別是踝和膝關節；易出現皮膚反覆性感染，Stemmer's test 陽性徵象更加明顯，凹陷性水腫反而消失。^[14]

目前下肢淋巴水腫之評估方法尙未標準化，常見評估方法包括肢體腫脹程度、淋巴水腫相關症狀、3D攝影、超音波等。^[7,16]淋巴水腫相關症狀評估以觀察個案是否出現肢體麻木、腫脹、硬度、疼痛、沉重感、發紅、肢體力量減弱、活動受限、感染等症狀，以及相關病史，例如：疾病診斷、手術方法、放射線治療、治療時間。^[6,17]周長測量法是從腳掌中間開始量足圍及腿圍，依序量測，測量至大腿爲止，

腫脹的肢體和健側相比，相差兩公分以上，即表示有水腫情形。^[16,17]

3. 婦癌婦女合併下肢淋巴水腫之照護

下肢淋巴水腫處置以支持療法爲主，減腫脹物理治療法已證實能改善下肢淋巴水腫，此治療項目包括：徒手淋巴按摩、壓縮處置、日常生活注意事項、減體積運動等。^[9,13,18]其禁忌症包括，顯著的心衰竭、急性深層靜脈栓塞、急性或未治療的感染或發炎、腫瘤復發。^[19,20]減腫脹物理治療法，分述如下：

- (1) 徒手淋巴按摩(manual lymphatic drainage; MLD)：主要目標是將淋巴液導入淋巴管，藉由按摩刺激皮下的微淋巴管和淋巴導管，增加淋巴管運動性，破壞纖維組織。^[21]執行時應先由身體中心區域開始，之後再引流四肢。先排空身體中心區域主要目的是產生足夠空間，讓肢體之淋巴液能引流回到中心軀幹；隨後，淋巴液回流至兩大收集管：胸管與右淋巴管。^[13,22]
- (2) 壓縮處置(compression therapy)：徒手淋巴按摩後須進行壓縮處置，目的爲代償因水腫而被破壞的皮膚彈性纖維，以及增進運動時肌肉幫浦力量，促進淋巴回流。^[21,23]穿著彈性襪是常見的壓縮處置策略。
- (3) 下肢減體積運動(decongestive exercise)：利用肢體運動幫助淋巴液回流，但運動過程應避免勞累造成肌肉疲乏，因肌肉疲乏會造成淋巴液堆積在組織間；另外，必須依照患者體力安排運動頻率、型式及強度。^[13,16,22]
- (4) 日常生活注意事項：包括皮膚照護、認識淋巴水腫的危險因子及相關早期症狀。^[22,24]

材料與方法

本照護指引依據郭等人(2009)提出的方式而發展，^[25]並試行於臨床上。

一、建構臨床問題

首先選定指引主題並建構臨床問題。本臨床研究問題依循“PICO”設定：P爲「婦癌」，I爲「下肢淋巴水腫照護」，O爲「下肢腫脹」。臨床問題爲：「婦癌患者下肢淋巴水腫照護是否能改善肢體腫脹？」

二、系統性文獻查證和證據評估

以PubMed、CINAHL、Medline、Cochrane Library、Airiti Library（華藝中文期刊）等資料庫搜尋相關文

獻。文獻資料年代設定 1990-2013 年間，語言設定為繁體中文或英文。英文關鍵字包括 gynecologic cancer、pelvic cancer、lower limb lymphedema、lymph node dissection、complete decongestive physiotherapy、CDP、compression bandaging、manual lymphatic drainage。中文關鍵字為骨盆腔癌症、婦癌、下肢淋巴水腫、減腫脹療法、淋巴引流、淋巴按摩、彈性加壓。將符合條件的文獻進行摘錄與評讀。文獻評讀依據 Law 等人於 1998 的 critical review form-quantitative studies 的內容進行。^[26]而證據評估以 Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)在 2011 年設計的證據等級及建議分級評估，^[27]由第一作者與通訊作者分別評讀，如有不一致性加以討論，取得共識。

三、擬訂臨床指引草案

依據系統性文獻查證所蒐集到 12 篇文獻，及參考 National Breast and Ovarian Cancer Centre 發展的「次級淋巴水腫照護指引(The management of secondary lymphoedema-a guide for health professionals)」^[8]擬定「婦癌婦女預防下肢淋巴水腫臨床照護指引照護指引」草案。

四、德菲法共識決策程序

當「婦癌婦女預防下肢淋巴水腫臨床照護指引照護指引」草案完成後，以德菲法(Delphi)共識決策程序進行兩回合專家審議。德菲法是一種針對特定議題，邀請專家審議提供意見，利用多回合團體溝通討論方式，有系統收集專家意見，以達成共識的方法，^[28,29]在臨床指引指發展過程中，德菲法是一個重要策略。^[30]因專家意見之聚合，在第二回合後開始出現，所以本研究採用兩回合共識。^[28,30]原邀請 9 位專家參與德菲法共識調查，包括物理治療學系副教授及婦產科醫師、婦癌專科護理師、婦產科病房資深護理師、曾接受子宮頸腫瘤合併淋巴結切除手術之病患及其主要照顧者。但此主要照顧者，主訴不懂醫學術語，在第一回合共識調查過程中退出，故共八位專家參與此德菲法共識調查。

本研究第一回合的德菲法將此指引草案，並提供問卷，請專家針對此指引進行評分並提供意見，問卷以 Likert 七級量表(1-7 分)進行對於照護指引內容之同意度，分數越高，表示對於指引內容同意度越高。研究者將第一次德菲法問卷結果及意見進行整理和分析；在第二回合德菲法將結果寄給專家，使專家們知道彼此的看法，並再給予問卷進行指引內容同意度調查。指引的共識度參考 Faherty 的研究，本指引各項目

的四分位差，如果小於 1.0 以下，此指引內容才被接受。^[31]

五、擬訂照護指引及進行臨床試作

本臨床試作經過收案場所之人體試驗倫理委員會審查後(IRB 編號:--/B-ER-102-169)採實驗設計法(experimental design)進行，以隨機分派方式將婦女分為實驗組及對照組，每組各 15 位，共 30 位婦女參與。本臨床試作主要目的為測試「婦癌婦女預防下肢淋巴水腫臨床照護指引照護指引」之可行性和有效性。研究對象以方便取樣(convenience sampling)選取符合收案條件婦女，收案條件為診斷婦癌(排除乳癌)之婦女，接受淋巴結切除或放射線治療後，且能使用國台語溝通。排除條件為已出現下肢淋巴水腫、無法用國台語溝通、意識不清。收案場所為南部某醫學中心婦科病房，病房護理師引薦可能符合條件的婦女給研究者，研究者進行符合條件個案篩選；隨後，研究者向符合收案條件的婦女介紹研究目的及方法，取得研究對象書面同意後，方開始收集資料。收案時間為 2013 年 10 月至 2014 年 2 月。

兩組婦女均於術後第二天開始執行淋巴水腫照護，住院期間由研究者根據指引內容教導婦女淋巴按摩與下肢運動，隨後進行二次回覆示教和評值(術後第四天以及出院前一天)，過程中，婦女有任何疑問皆予以解答。實驗組婦女接受「婦癌婦女預防下肢淋巴水腫臨床照護指引」之照護，研究者根據指引內容進行身體評估、淋巴按摩(lymphatic massage)、彈性襪穿著指導、減體積運動、衛教日常生活注意事項。因為術後患者傷口疼痛，穿著彈性襪有困難，所以只給予衛教，並告知患者等傷口疼痛較舒緩後，再穿著彈性襪；對照組婦女由病房護理師以「下肢淋巴水腫照護病房常規」進行照護指導，此常規照護內容並未根據實證過程而設立，包括皮膚照護指導、示範淋巴按摩(按摩方向由遠心端到近心端，沒有先排空中心區域)、壓縮襪穿著。兩組個案出院後，可由個案或家屬根據所指導內容執行照護，研究者於一個月後進行成效追蹤(圖 1)。

成效之測量工具包括：(1)下肢周長測量，以皮尺測量兩側下肢六個部位之周長，包括：腳掌中間、腳踝、小腿、膝蓋及膝蓋上大腿三分之一處及三分之二處。^[6]根據肢體周長測量結果進行水腫程度分類。一個月與一個月後的肢體周長測量結果相比，如相差 2 公分內為輕度淋巴水腫，2-5 公分為中度淋巴水腫，≥5 公分為嚴重淋巴水腫。^[32]住院期間，研究者指導患者或主要照顧者執行腿圍測量，研究者與患者或主要照

願者之間腿圍測量誤差為正負 0.5cm 內為可接受範圍，(2)視覺類比量表(Visual Analogue Scale; VAS)用來評估下肢疼痛情形，VAS 為一 10cm 的直線，0cm 表示沒有疼痛，10cm 表示極度疼痛，^[33](3)「下肢淋巴水腫自我照護日誌」，此日誌由個案記錄每日執行淋巴按摩引流次數和時間、下肢減體積運動，(4)世界衛生組織生活品質問卷(WHOQOL-BREF)，此自填問卷評估婦女的生活品質。世界衛生組織生活品質問卷包含四大範疇，分別為生理健康、心理、社會關係以及環境，共 28 題，分數越高，表示生活品質越佳，此量表的內部一致性達 0.97，再測信度為 0.86，內容效度為 0.64-0.85。^[34]

婦女住院術後第二天研究者測量其之腿圍及以 VAS 評估其下肢疼痛、並請婦女自填生活品質問卷，做為成效的基準線測量(baseline)；婦女返家後每天紀錄「下肢淋巴水腫自我照護日誌」；研究者每週電訪婦女了解其執行下肢淋巴水腫照護執行情況，包括執行淋巴按摩步驟及時間、自己執行或他人協助、並提醒自我測量腿圍和紀錄測量結果。出院一個月後的成效測量結果當作後測，包括自我測量腿圍、填寫生活品質和下肢疼痛指數(VAS) 問卷。

六、外部評估

此照護指引以臨床指引評估工具(Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation; AGREE)繁體中文版進行外部評估。^[35]AGREE 工具主要目的是提供評估臨床指引品質的架構，共有六個領域及 23 個項目，此六個領域分別為：指引的範圍及目的(項目 1-3)、權益關係人的參與情形(項目 4-7)、指引發展的嚴謹度(項目 8-14)、指引的明確性與表現方式(項目 15-18)、指引的可應用性(項目 19-21)、與編制的公正客觀及獨立性(項目 22-23)。每個評估項目以四個等級進行評價，4 代表「完全同意」，1 代表「完全不同意」；此六個領域的分數為獨立的加總。此外，AGREE 還包括一項整體綜合評價，分別為「強烈建議」、「建議(有但書或需修改)」、「不建議」和「不確定」。^[25,35]本臨床指引邀請四位具淋巴水腫照護或實證照護專家以 AGREE 進行外部評估。

七、完成指引擬訂

將專家們填寫 AGREE 的意見蒐集後，再度修訂此指引，完成適合醫護人員使用的「婦癌婦女術後預防下肢淋巴水腫臨床照護指引」(CGP-3L- in- GC)。

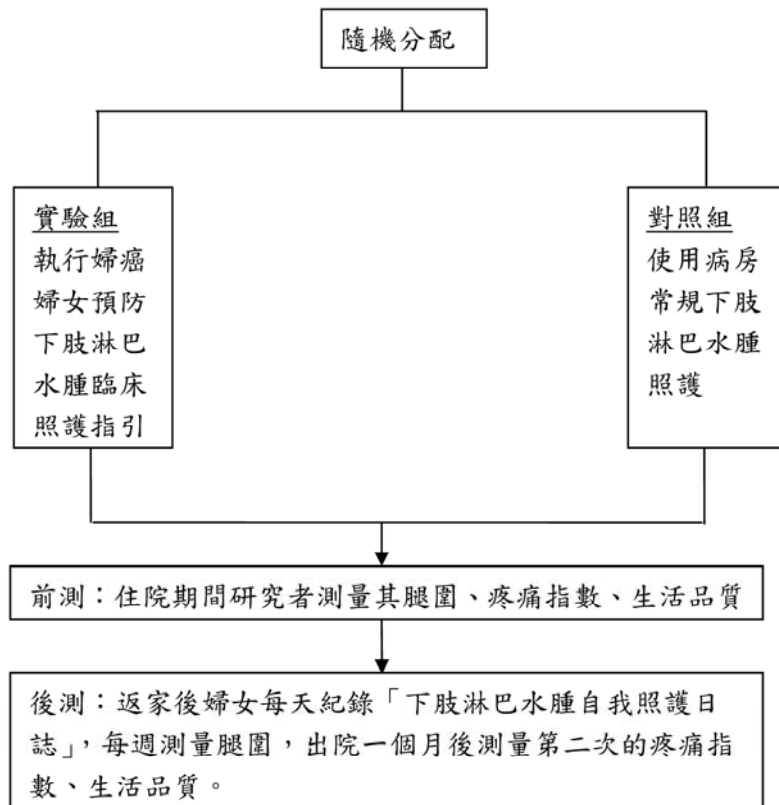


圖1. 臨床試作流程

表1. 實驗組和對照組婦女之比較人口學變項 (N=29)

變項	整體 (N=29)	實驗組 (n=15)	對照組 (n=14)	Z/ χ^2	p
	n(%)	n(%)	n(%)		
年齡(歲)M±SD	49.3±11.4	45.4±9.4	53.6±12.2	-1.79	.07
職業				.018	.89
無	19(65.5)	10(66.7)	9(64.3)		
有	10(34.5)	5(33.3)	5(35.7)		
教育程度				.83	.36
國小/國中	12(41.4)	5(33.3)	7(50)		
高中以上	17(58.6)	10(66.7)	7(50)		
宗教信仰				3.18	.36
無	4(13.8)	3(20)	1(7.1)		
有	25(86.2)	12(80)	13(92.9)		
婚姻狀態				.55	.76
未婚/離婚/喪偶	8(27.6)	5(33.3)	3(21.4)		
已婚/同居	21(72.4)	10(66.7)	11(78.6)		
抽菸					—
是	0(0)	0(0)	0(0)		
否	29(100)	15(100)	14(100)		
喝酒				.003	.96
是	2(6.9)	1(6.7)	1(7.1)		
否	27(93.1)	14(93.3)	13(92.9)		
診斷					—
子宮頸癌	6(20.7)	3(20)	3(21.4)		
子宮內膜癌	16(55.2)	9(60)	7(50)		
腹膜癌	1(3.4)	1(6.7)	0(0)		
卵巢癌	5(17.2)	1(6.7)	4(28.6)		
子宮癌	1(3.4)	1(6.7)	0(0)		
治療方法					—
雙側淋巴結切除	29(100)	15(100)	14(100)		
放射線治療	0(0)	0(0)	0(0)		

註：連續變項以平均值和標準差呈現，類別變項以百分比呈現，使用Wilcoxon等級和檢定兩組婦女之連續變項差異，使用費雪精確檢定兩組婦女類別變項差異。

表2. 實驗組和對照組在介入措施前後的生活品質和疼痛指數

變項	實驗組(n=15)			對照組(n=13)			U
	前測 M±SD (median)	後測 M±SD (median)	Z ^a	前測 M±SD (median)	後測 M±SD (median)	Z ^a	
疼痛指數							
視覺類比量表(cm)	0.2±0.4 (0)	0.07±0.3 (0)	-1.41	0.07±0.3 (0)	0.5±0.9 (0)	-1.51	81
生活品質							
自覺健康	2.3±1.0 (2)	2.9±0.6 (3)	-2.33*	2.9±1.3 (3)	3.5±1.1 (4)	-1.38	56.5*
生理健康	12.8±2.3 (13)	14.1±2.1 (15)	-2.0*	13.9±2.7 (14.5)	14.0±2.7 (15)	-.31	96.5
心理	11.7±3.7 (12)	13.1±2.3 (13)	-1.87	13.4±2.8 (13.5)	13.6±1.9 (15)	-.21	85.5
社會關係	13.1±2.6 (14)	13.7±1.9 (14)	-1.27	14.0±2.6 (14)	14.9±1.3 (15)	-1.15	63
環境	12.9±2.4 (12)	13.7±2.0 (13)	-1.71	13.9±2.0 (14)	14.6±1.2 (15)	-1.10	62.5

註：Wilcoxon等級檢定統計值為Z，Z^a = Z value within group。Mann-Whitney U檢定統計其統計值為U，U=U value between groups for post test；() 內數字表示中位數；* p<.05。對照組有一位婦女出院後失去連絡及有一位拒絕接受生活品質後測。

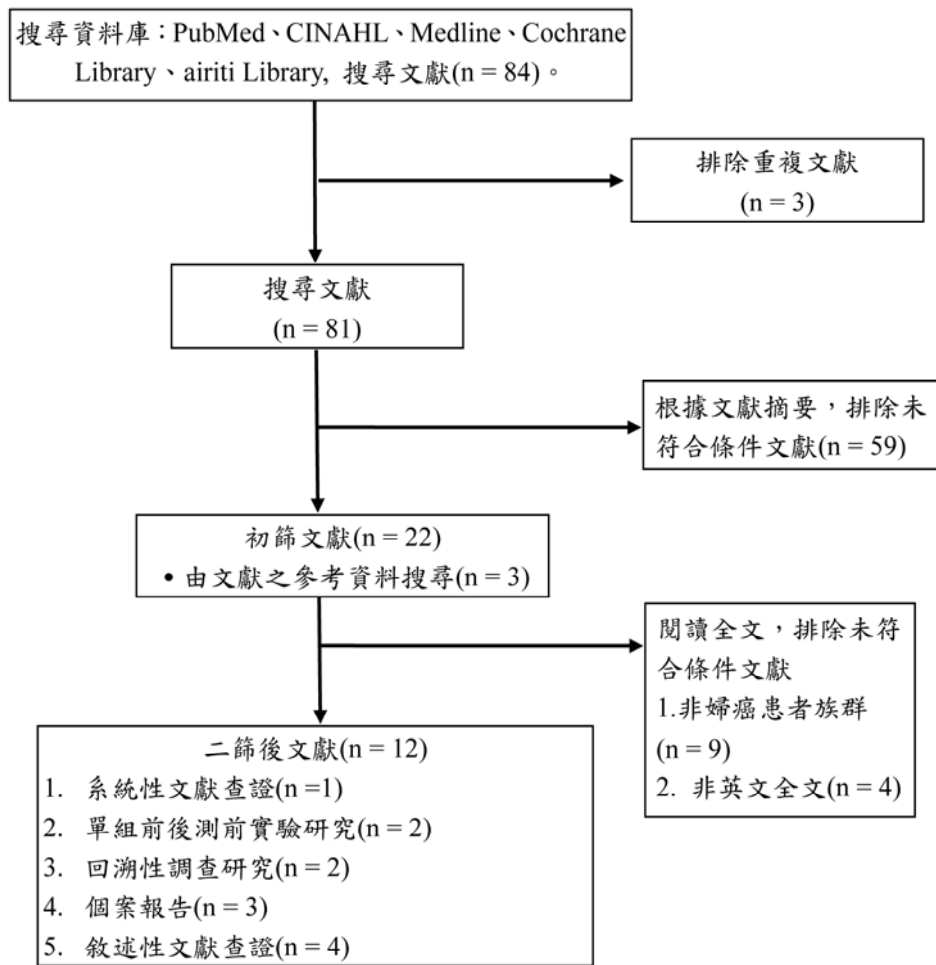


圖2. 系統性文獻查證搜尋流程圖

表3. 實驗組和對照組婦女下肢腿圍組內前後測與組間比較

測量 部位	實驗組(n = 13) ^a			對照組(n = 12) ^a			t ^c	t ^d
	前測 M±SD	後測 M±SD	t ^b	前測 M±SD	後測 M±SD	t ^b		
左大腿2	49.0±4.8	49.0±6.1	.04	46.1±4.3	46.5±4.7	-.98	-1.56	-1.15
右大腿2	48.9±4.8	49.2±5.2	-.62	46.7±5.0	46.8±4.5	-.23	-1.11	-1.20
左大腿1	40.7±3.9	41.1±5.2	-.63	39.0±3.7	38.9±4.5	.17	-1.16	-1.14
右大腿1	40.8±3.9	40.9±4.0	-.14	39.1±3.7	39.8±5.0	-1.02	-1.12	-.62
左膝蓋	34.8±2.4	34.4±2.3	1.19	34.3±2.9	33.8±2.8	1.71	-.44	-.60
右膝蓋	34.6±2.6	34.4±2.9	.36	33.9±3.0	34.2±3.0	-.91	-.61	-.20
左小腿	29.5±2.1	30.2±2.9	-.92	28.6±3.1	29.4±3.1	-1.56	-.87	-.67
右小腿	29.7±2.5	30.3±2.9	-.71	29.0±2.7	29.8±3.8	-1.03	-.59	-.35
左足踝	20.3±1.5	20.3±1.7	-.40	19.9±1.4	19.9±1.8	.12	-.61	-.67
右足踝	20.3±1.7	20.2±1.9	.50	19.5±1.5	20.2±2.2	-1.77	-1.25	-.02
左足背	21.1±1.0	21.0±1.0	1.51	20.9±1.1	21.1±1.0	-1.30	-.50	.34
右足背	20.9±1.2	21.0±1.1	-.56	21±1.3	21.0±1.2	.13	.03	-.14

註：t檢定統計值為t，t^b=組內t值，t^c=組間前測t值，t^d=組間後測t值； * p < .05。a：兩位實驗組婦女及兩位對照組婦女未紀錄下肢腿圍。

表4. 實驗組和對照組組間術後一個月下肢淋巴水腫情形

測量部位	實驗組(n=13) ^a			對照組(n=12) ^a			p
	無 n(%)	輕度 n(%)	中度-重度 n(%)	無 n(%)	輕度 n(%)	中度-重度 n(%)	
左大腿2	10(76.9)	1(7.7)	2(15.4)	11(91.7)	0(0)	1(8.3)	.51
右大腿2	9(69.2)	4(30.8)	0(0)	10(83.3)	0(0)	2(16.7)	.049*
左大腿1	11(84.6)	0(0)	2(15.4)	10(83.3)	2(16.7)	0(0)	.13
右大腿1	10(76.9)	1(7.7)	2(15.4)	9(75)	2(16.7)	1(8.3)	.71
左膝蓋	12(92.3)	0(0)	1(7.7)	12(100)	0(0)	0(0)	1.0
右膝蓋	12(92.3)	0(0)	1(7.7)	11(91.7)	1(8.3)	0(0)	.37
左小腿	11(84.6)	0(0)	2(15.4)	8(66.7)	1(8.3)	3(25)	.41
右小腿	12(92.3)	0(0)	1(7.7)	7(58.3)	2(16.7)	3(25)	.12
左足踝	12(92.3)	1(7.7)	0(0)	11(91.7)	1(8.3)	0(0)	1.0
右足踝	13(100)	0(0)	0(0)	10(83.3)	0(0)	2(16.7)	.22
左足背	13(100)	0(0)	0(0)	12(100)	0(0)	0(0)	—
右足背	13(100)	0(0)	0(0)	12(100)	0(0)	0(0)	—

* p < .05。 a：兩位實驗組婦女及兩位對照組婦女未紀錄下肢腿圍。

表5. 以AGREE進行外部評估結果

領域	專家一	專家二	專家三	專家四	標準化分數(%)
範圍與目的	12	9	9	12	83
權益相關人參與情形	15	11	13	14	77
發展的嚴謹度	26	19	28	23	81
明確性與代表性	14	14	12	14	79
應用性	9	7	9	12	69
編撰的獨立性	8	8	7	8	96
整體評估	強烈建議	建議	建議	建議	

結 果

一、系統性文獻查證結果

藉由系統性文獻搜尋，共搜尋到 84 篇文章，刪除重複 3 篇和摘要不符合搜尋條件的 59 篇，初篩得到 22 篇；另外，再加上由文獻之參考資料搜尋的 3 篇，共 25 篇文獻。經過文獻閱讀後，排除非「婦癌」群族文獻 9 篇，以及非英文之文獻 4 篇，最後得到 12 篇相關文獻(圖 2)。這 12 篇文獻中，其中 1 篇為系統性文獻查證，2 篇為單組、前後測類實驗研究，2 篇為回溯性調查研究，3 篇個案報告，以及 4 篇為敘述性文獻查證。12 篇文獻經由第一作者和通訊作者進行文獻評讀後，依據 SIGN (2011) 將文獻的證據和建議等級進行分類，1 篇為「證據等級 1+」(建議分級：B)，2 篇為「證

據等級 2+」(建議分級：C)，2 篇為「證據等級 2-」(建議分級：C)，7 篇為「證據等級 3」(建議分級：D)。

二、擬訂指引草案結果

依據上述所搜尋的 12 篇文獻及外加一篇專家建議之 National breast and ovarian cancer centre 的次級淋巴水腫照護指引，以及 1 本淋巴按摩專書，^[8,22] 擬定護理人員適用的「婦癌婦女術後預防下肢淋巴水腫照護指引」草案，草案內容包括：(1) 身體評估、(2) 日常生活注意事項、(3) 淋巴按摩、(4) 減體積運動等四大部分。

三、德菲法專家共識結果

第一回合德菲法共識調查結果，因某專家認為婦癌手術部位在骨盆腔，故建議頸部、鎖骨上凹窩和腋下的淋巴按摩應排除，包括第 15 (1) 項：兩側頸部及

鎖骨上凹窩做環狀按摩(standing circles),第 15(2)項:採旋轉式按摩,由腹部外側往中央乳糜池方向(turn strokes),和第 15(4)項:環狀按摩(standing circles)右側腋下,因而導致這三項的平均數、中位數、眾數未達到 4.0 以上,以及四分位差大於 1.0,共識度低,原需予以排除。但經本研究者間和與物理治療專家討論及文獻查證結果,最後決定仍保留鎖骨上凹窩、腋下兩處淋巴引流按摩,因這些部位淋巴引流按摩有助於淋巴之排空;^[22,36]相反地,如自行按摩兩側頸部淋巴,因為此部分靠近迷走神經,按摩相對危險性較高,故不建議。

四、指引內容臨床試作的結果分析

於受試者住院期間共收 30 位婦女(實驗組 15 人,對照組 15 人);一個月後追蹤實驗組仍為 15 人,但對照組則為 14 人(其中一人失去聯絡)。整體婦女平均年齡為 49.3 歲(SD=11.4),疾病診斷以子宮內膜癌居多,所有婦女均接受雙側淋巴結切除手術,婦女人口學與疾病特性如表 1。以無母數統計分析假設性研究問題,組內前後測差異採 Wilcoxon 等級檢定、組間差異採 Mann-Whitney U 檢定。

表 2 為實驗組和對照組婦女於接受不同照護指引前後的生活品質和疼痛指數之比較。兩組婦女在介入措施前的疼痛指數、生活品質皆無顯著差異。以 Wilcoxon 等級檢定分別比較兩組婦女指引實施前後測組內下肢疼痛指數(VAS),結果顯示不論是實驗組或控制組婦女,疼痛指數在組內前後測分數無顯著差異。同時,以 Mann-Whitney U 檢定分析兩組婦女在一個月後的疼痛指數未有顯著組間差異。

以 Wilcoxon 等級檢定分別分析兩組婦女指引實施前後測組內的生活品質,結果顯示,實驗組婦女接受下肢淋巴照護指引,於術後一個月在自覺健康狀態($Z=-2.33, p=.02$)及生理方面($Z=-2.0, p=.047$)比前測有顯著改善;但對照組婦女之生活品質組內前後測未有顯著改善。以 Mann-Whitney U 檢定分析比較兩組婦女術後一個月(後測)的生活品質,結果顯示對照組婦女比實驗組婦女的自覺健康狀態顯著較佳($U=56.5, p=.042$)。

表 3 為實驗組和對照組婦女分別接受「照護指引」和「一般照護」前後的下肢腿圍比較。比較術後一週和術後一個月下肢六個部位腿圍,以成對樣本 t 檢定(paired t-test)分析結果發現不論是接受「照護指引」或是「一般照護」,婦女下肢腿圍在組內前測(術後一週)和後測(術後一個月)皆無顯著差異。以獨立性 t 檢定發現兩組婦女在術後一週和術後一個月下肢六個部位腿

圍皆無顯著組間差異(表 3)。

將術後一個月所測量腿圍以淋巴水腫分類為:無、輕度、和中-重度三個等級,以 Fisher's exact 檢定法比較下肢六個部位淋巴水腫程度。結果發現兩組婦女於術後一個月的下肢僅右大腿的淋巴水腫程度有顯著差異($p = .049$);16.7% ($n = 2$)對照組婦女出現中度-重度水腫,但是實驗組婦女無人出現中度-重度水腫。雖然對照組有 2 位婦女出現中重度淋巴水腫,但實驗組有 4 位婦女出現輕度淋巴水腫,無法顯示執行此指引可以顯著減少下肢淋巴水腫發生機率(表 4)。

此外,根據臨床試作結果和婦女意見修正「婦癌婦女術後預防下肢淋巴水腫臨床照護指引」。臨床試作期間,婦女有以下建議,例如:術後早期因傷口疼痛,不敢執行腹部淋巴按摩;淋巴按摩所需時間長;反覆多次執行淋巴按摩在腿部不同部位。故參考這些婦女建議,並再進一步與專家討論後,修正部分指引內容,例如:「淋巴按摩術後第二天即可開始執行,但仍需視病人傷口疼痛忍受」、「可改為兩手包覆大腿,由膝蓋往腸骨堆推按,但須多次執行大腿內側按摩」,所完成「婦癌婦女預防下肢淋巴水腫照護指引」如附錄一。

五、外部評估結果

最後,此指引由四位專家以 AGREE 進行外部評估,六個領域評估結果如表 5,六個領域的標準化分數,以「編撰的獨立性」分數最高,為 96%;最低項目得分為「應用性」,為 69%。在應用性,專家提出以下意見,包括:「指引在實際應用上需有完整的配套工具」、「須具體描述組織障礙及評估指標,例如:腿圍相差 2 公分以上表示有淋巴水腫」。在整體評估部分,三位專家給予「建議(但書或需修改)」,一位專家給予「強烈建議」。因六個領域的標準化分數皆超過 60%,表示此指引是屬於「強烈建議」。故整體來說,此指引可被使用,但需稍做修改。

討 論

本研究透過系統性文獻查證、二回合的德非法專家共識和臨床試作的實證方式發展「婦癌婦女預防下肢淋巴水腫臨床照護指引」,以提供醫護人員在照護婦癌婦女術後預防下肢淋巴水腫之參考。本指引於進行臨床試作後,考量病患因素,例如:因家務繁忙或下班後勞累、或風俗民情不同,針對淋巴引流方式做修正。進行實證研究時,雖然隨機實驗性研究和統合分析可提供良好的臨床證據,但「病患個人的喜好及經驗」也是應考量,才能提供給患者高品質的照護。^[37]

本臨床指引只試作一個月，術後的淋巴水腫尚未出現，所以預防水腫執行具體成效較不易看出。Ryan 等人研究發現 85% 婦癌病患術後下肢淋巴水腫發生於術後一年內，其中 53% 在術後三個月內發生；^[38] 另一研究發現婦癌術後下肢淋巴水腫平均發生時間為術後 7 個月。^[39] Kim 等人研究發現執行減腫脹物理治療法 3 個月後，婦女下肢肢體腫脹情形改善最明顯。^[20] 相關研究建議術後肢體淋巴按摩執行一年才能看出具體顯著效果^[12]。此外，因手術過程因切除淋巴管，手術初期的炎症反應，可能導致雙側下肢水腫；而單側下肢淋巴水腫，於術後三個月才會逐漸出現，故未來研究可延長此指引執行期由三個月至一年，以確認本淋巴照護指引之長期成效。

臨床試作發現僅實驗組婦女接受本照護指引後其自覺健康狀態和生理有顯著改善，但是疼痛指數無顯著成效，此研究結果與先前文獻不同。先前研究發現經過減腫脹物理治療法後可明顯改善下肢淋巴水腫患者的疼痛以及生活品質之生理、心理及整體健康。^[18,21,33] Kim 和 Park 研究顯示出現下肢淋巴水腫患者，經由執行減腫脹物理治療後，確實可改善其生活品質。^[6] 患者如果肢體腫脹改善越多，其關節活動度增加，增加其執行日常生活活動之獨立性，例如：獨自散步或穿脫褲子。^[33] 然而，本研究結果顯示執行此照護指引的實驗組婦女比對照組婦女在後測生活品質之自覺健康狀態反顯著較差。這有可能是因本研究婦女僅追蹤一個月，而實驗組婦女在術後被教導返家需執行下肢淋巴水腫預防措施，有可能返家初期執行淋巴引流自我管理之壓力和負荷較大，降低其自覺生活品質，故未來研究可評值此指引對於婦女術後長期之自我管理和生活品質之影響趨勢。此外，影響婦癌婦女生活品質的因素很多，值得再進一步研究。本研究另一個限制則是術後一個月的下肢腿圍測量，是由婦女本人或家屬進行測量，雖然有教導量測的解剖位置和量測方式，但仍有可能產生測量上的個別誤差。

結 論

本「婦癌婦女預防下肢淋巴水腫臨床照護指引」透過系統性文獻查證，擬訂臨床指引草案，使用德菲法共識決策程序，並進行臨床試作，接著由專家以 AGREE 進行外部評估後完成此指引。因介入時間太短且個案數太少，「婦癌婦女預防下肢淋巴水腫臨床照護指引」無法證實可減少下肢淋巴水腫發生機率。期望藉由嚴謹過程發展的照護指引，讓醫護人員可以依循此指引，提供婦癌婦女於術後預防下肢淋巴水腫更適

切且有效的照護。

致 謝

本研究能夠順利完成，在此感謝成大醫院 4A 病房全體醫護同仁協助，以及參與本研究的病人。

參考文獻

1. Beesley V, Janda M, Eakin B, et al. Lymphedema after gynecological cancer treatment-prevalence, correlates, and supportive care needs. *Cancer* 2007;109:2607-14.
2. Dunberger G, Lindquist H, Waldenström A-C, et al. Lower limb lymphedema in gynecological cancer survivors-effect on daily life functioning. *Support Care Cancer* 2013;21:3063-70.
3. Ohba Y, Todo Y, Kobayashi N, et al. Risk factors for lower-limb lymphedema after surgery for cervical cancer. *Int J Clin Oncol* 2011;16:238-43.
4. Todo Y, Yamamoto R, Minobe S, et al. Risk factors for postoperative lower-extremity lymphedema in endometrial cancer survivors who had treatment including lymphadenectomy. *Gynecol Oncol* 2010;119:60-4.
5. Yost KJ, Cheville AL, Al-Hilli MM, et al. Lymphedema after surgery for endometrial cancer: prevalence, risk factors, and quality of life. *Obstet Gynecol* 2014;124:307-15.
6. Kim SJ, Park YD. Effects of complex decongestive physiotherapy on the oedema and the quality of life of lower unilateral lymphoedema following treatment for gynecological cancer. *Eur J Cancer Care* 2008;17:463-8.
7. Lockwood-Rayermann S. Lymphedema in gynecologic cancer survivors: an area for exploration? *Cancer Nurs* 2007;30:E11-18.
8. National breast and ovarian cancer centre. The management of secondary lymphoedema-a guide for health professionals; 2008. Available from: <http://canceraustralia.gov.au/publications-resources/cancer-australia-publications/management-secondary-lymphoedema-guide-health>
9. Liao SF, Li SH, Huang HY. The efficacy of complex decongestive physiotherapy (CDP) and predictive factors of response to CDP in lower limb lymphedema

- (LLL) after pelvic cancer treatment. *Gynecol Oncol* 2012;125:712-5.
10. Stuijver MM, ten Tusscher MR, Agasi-Idenburg CS, et al. Conservative interventions for preventing clinically detectable upper-limb lymphoedema in patients who are at risk of developing lymphoedema after breast cancer therapy. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;2:CD009765.
 11. Devoogdt N, Christiaens MR, Geraerts I, et al. Effect of manual lymph drainage in addition to guidelines and exercise therapy on arm lymphoedema related to breast cancer: randomized controlled trial. *BMJ* 2011;343:d5326.
 12. Torres Lacomba M, Yuste Sanchez MJ, Zapico Goni A, et al. Effectiveness of early physiotherapy to prevent lymphoedema after surgery for breast cancer: randomized, single blinded, clinical trial. *BMJ* 2010;340:b5396.
 13. 楊靜蘭、吳英黛：淋巴水腫的物理治療。物理治療 2003；28：157-165。
 14. Kerchner K, Fleischer A, Yosipovitch G. Lower extremity lymphedema update: pathophysiology, diagnosis, and treatment guidelines. *J Am Acad Dermatol* 2008;59:324-31.
 15. Paskett ED, Dean JA, Oliveri JM, et al. Cancer-related lymphedema risk factors, diagnosis, treatment, and impact: a review. *J Clin Oncol* 2012;30:3726-33.
 16. Chen IR, Liao SF, Li SH, et al. Complex decongestive physiotherapy for severe lower limb lymphedema following pelvic cancer treatment: report of two cases. *Changhua J Med* 2004;9:43-8.
 17. Lawenda BD, Mondry TE, Johnstone PA. Lymphedema: a primer on the identification and management of a chronic condition in oncologic treatment. *CA Cancer J Clin* 2009;59:8-24.
 18. Kim SJ. The long-term effects of complex decongestive physical therapy on lower extremity secondary lymphedema and quality of life. *J Phys Ther Sci* 2011;23:155-9.
 19. Cohen SR, Payne DK, Tunkel RS. Lymphedema: strategies for management. *Cancer* 2001;92:980-7.
 20. Kim JH, Choi JH, Ki EY, et al. Incidence and risk factors of lower-extremity lymphedema after radical surgery with or without adjuvant radiotherapy in patients with FIGO stage I to stage IIA cervical cancer. *Int J Gynecol Cancer* 2012;22:686-91.
 21. Hardy D. Management of a patient with secondary lymphoedema. *Cancer Nursing Pract* 2012;11:21-6.
 22. Rachea FL. Decongestive therapy for the treatment of lymphedema. In Domenico GD, editor. *Beard's massage: principles and practice of soft tissue manipulation*. 5th ed. Philadelphia: Saunders; 2007. p.245-65.
 23. Doherty DC, Morgan PA, Moffatt CJ. Role of hosiery in lower limb lymphoedema. London: *Lymphoedema Framework*; 2006. p.10-21.
 24. Hardy D. Reducing the risk of lower limb lymphoedema. *Prim Health Care* 2012;22:16-21.
 25. 郭耿南、林菁華、蔡伶觀：如何撰寫臨床指引：從開始到完成。初版。台北：台灣愛思唯爾；2009。
 26. Law M, Stewart D, Pollock N, et al. Evidence-based practice research group; 1998. Available from: <http://srs-mcmaster.ca/research/evidence-based-practice-research-group/>
 27. SIGN. SIGN (50) A guideline developer's handbook; 2011. Available from: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/annexoldb.html>
 28. Hsu CC, Sandford, BA. The Delphi technique: making sense of consensus. *Pract Assess Res & Eval* 2007;12. Available from: <http://pareonline.net/getvn.asp?v=12&n=10>
 29. 邱淑芬、蔡欣玲：德菲爾預測術—一種專家預測的護理研究方法。護理研究 1996；4：92-8。
 30. van der Linde H, Hofstad CJ, van Limbeek J, et al. Use of the Delphi Technique for developing national clinical guidelines for prescription of lower-limb prostheses. *J Rehabil Res Dev* 2005;42:693-704.
 31. Faherty V. Continuing social work education: Results of a Delphi survey. *J Educ Soc Work* 1979;15:12-9.
 32. Norman SA, Miller LT, Erikson HB, et al. Development and validation of a telephone questionnaire to characterize lymphedema in women treated for breast cancer. *Phys Ther* 2001;81:1192-205.
 33. Holtgreffe KM. Twice-weekly complete decongestive physical therapy in the management of secondary lymphedema of the lower extremities. *Phys Ther* 2006;86:1128-36.
 34. 姚開屏：台灣版世界衛生組織生活品質問卷之發展簡介。中華衛誌 2000；19：315-24。
 35. 陳杰峰、邱文達：AGREE 臨床指引之評估工具。

- 台灣醫學 2008;12:584-90.
36. Zuther JE. Lymphedema management- the comprehensive guide for practitioners. New York: Thieme; 2005. p.134-5.
 37. 胡文郁：實證護理之系統性文獻查證。護理雜誌 2003；50：34-43。
 38. Ryan M, Stainton MC, Jaconelli C, et al. The experience of lower limb lymphedema for women after treatment for gynecologic cancer. *Oncol Nurs Forum* 2003;30:417-23.
 39. Achouri A, Huchon C, Bats AS, et al. Complications of lymphadenectomy for gynecologic cancer. *Eur J Surg Oncol* 2013;39:81-6.
 40. Lazzaro KE. Lymphedema and gynecologic cancers. *Society of Gynecologic Nurse Oncologists* 2009;19:6-11.
 41. Badger C, Preston N, Seers K, Mortimer P. Physical therapies for reducing and controlling lymphoedema of the limbs. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;4: CD003141.

附錄一 婦癌婦女預防下肢淋巴水腫臨床照護指引

臨床照護議題	建議內容	建議分級(證據等級)
1. 身體評估	<ul style="list-style-type: none"> - 評估淋巴按摩執行禁忌，病人有下列疾病不能執行下肢淋巴照護方法，包括①心衰竭、②深層靜脈栓塞（由醫師確診為深層靜脈栓塞）、③急性感染或發炎、④腫瘤復發。 - 每天評估觀察病人，是否出現下肢肢體麻木、腫脹、硬度、疼痛、沉重感、發紅、肢體力量減弱、活動受限、感染等症狀。 - 觀察下肢是否出現 Stemmer’s sign 症狀〔Stemmer’s test 是指捏起第二和三腳指間的皮膚，無法被捏起表示呈陽性，有淋巴水腫〕。 	<p>C(Level 2+)^[20]; D(Level 3)^[19]</p> <p>D(Level 3)^[7,21]</p> <p>Guideline^[8]</p>
2. 護理 (1) 日常生活 注意事項	<ul style="list-style-type: none"> - 身體清潔後，使用弱酸性(pH=5.0)的乳液擦拭身體，避免皮膚乾裂。 - 維持皮膚完整性，避免皮膚有傷口或感染情形。 - 患側要避免量血壓、接觸溫度過熱或過冷的物體超過15分鐘、針灸、抽血及打針。 - 指甲護理，避免指甲長度修剪的過短，短於指尖或修剪到角質層。 - 保護暴露的皮膚，可使用防曬乳及防蚊劑。 - 避免穿過緊的衣物、鞋子或飾品，以及長時間久坐久站、翹二郎腿。 - 身體之傷口出現感染跡象時，例如皮膚出現紅、腫、熱、痛，應告知醫師，必要時使用抗生素治療。 - 體重控制在理想範圍內。 	<p>C(Level 2-)^[6] Book^[22]; D(Level 3)^[24,40] Book^[22]; D(Level 3)^[24,40] Book^[22]; D(Level 3)^[24,40] Book^[22]; D(Level 3)^[24,40] Book^[22]; C(Level 2+)^[9]; D(Level 3)^[24] C(Level 2+)^[9] D(Level 3)^[40] C(Level 2+)^[9]</p>
(2) 淋巴按摩	<ul style="list-style-type: none"> - 淋巴按摩 - 術後第二天即可開始執行，但仍需視病人傷口疼痛忍受度。淋巴按摩先從近端區域（腹股溝）開始，接著從肢體遠端往近端引流。 - 患者平躺，以下每個動作重複5-7次，勿太用力牽扯皮膚，每天至少一次，至少每天執行15分鐘。以下為執行步驟 (1) 首先兩側的鎖骨上凹窩由外往內作推按。 (2) 重複執行五次腹式呼吸。 (3) 右側肢體開始執行淋巴按摩。 (4) 環狀按摩(standing circles)右側腋下。 (5) 平躺，環狀按摩(standing circles)右側腹股溝。 (6) 平躺，沿著右側軀體側邊推按(pump)：從腹股溝和腸骨嵴往腋下方向推按（因為術後腹部有傷口，建議等傷口癒合且未有疼痛情形再開始執行）。 (7) 此步驟需俯臥：採旋轉式按摩(turn strokes)，由右側背部 往右側腋下方向按摩，接著由臀部往同側腸骨嵴推按(pump)（獨居或無家屬可幫忙者可省略）。 (8) 平躺，沿著右大腿將淋巴液往軀幹方向推按(pump)。 (8)-1 從右肢膝蓋外側往腸骨嵴方向推按(pump)。 (8)-2 從右肢膝蓋前面往腸骨嵴方向推按(pump)。 (8)-3 從右肢膝蓋內側往腸骨嵴方向推按(pump)。 （動作(8)-1到 (8)-3也可改為兩手包覆大腿，由膝蓋往腸骨嵴推按，但須多做幾次大腿內側按摩） (9) 平躺，在右肢膝後窩使用雙手手指做環狀按摩(standing circles)。 (10) 平躺，以拇指交替環狀按摩(alternating thumb circles)右肢膝蓋外側，由膝蓋後面往膝蓋前面的方向。 (11) 平躺，再繼續使用拇指交替環狀按摩(alternating thumb circles)右肢膝蓋內側，由膝蓋後面往膝蓋前面的方向。 (12) 平躺，推按(pump)右肢小腿的前方，由腳踝往膝蓋的方向。 (13) 平躺，同樣用推按(pump)方式，推按右肢小腿後方，由腳踝往膝後窩的方向。（動作12-13也可改為兩手包覆小腿，由腳踝往膝蓋推按） (14) 平躺，環狀按摩(standing circles)右肢腳踝的外側及內側。 (15) 平躺，使用拇指交替環狀按摩(alternating thumb circles)右肢足背，由腳趾往腳踝方向。 (16) 平躺，最後輕撫整條腿，由遠端往近端。 (17) 同樣方法重複執行上述步驟(2)-(13)於左側肢體。 	<p>D(Level 3)^[21,24]</p> <p>Book^[22]</p>

(3) 壓縮處置	<p>- 壓縮處置-彈性襪穿著</p> <p>(1) 配合淋巴水腫程度穿著壓縮襪，0至1級水腫，穿著15-20mmHg；2級水腫，25-30mmHg；3級水腫，35-45mmHg以上；非常嚴重的水腫，50-70mmHg。</p> <p>(2) 壓縮襪除洗澡、睡覺外，其餘時間均穿著壓縮襪。</p> <p>(3) 至少每6個月更換一次壓縮襪。</p> <p>(4) 須準備至少兩雙壓縮襪，方便清洗替換。</p> <p>(5) 飛行或長途旅行超過4小時，建議穿著壓縮襪、抬高肢體、增加活動量和盡可能讓肢體有活動機會。</p>	<p>D(Level 3)^[23]</p> <p>C(Level 2+)^[20]; C(Level 2-)^[6,18]; D(Level 3)^[16] D(Level 3)^[23] D(Level 3)^[23] C(Level 2+)^[9]</p>
(4) 下肢減體積運動	<p>- 須穿著壓縮襪執行減體積運動，在體力許可下，每天至少一次，每次10-15分鐘。</p> <p>- 減體積運動的運動內容包括：身體轉動、踏步（或散步）、後腳跟滑動、髖部外展、直膝抬腿、下肢畫四分之一弧、腳踝幫浦、腳踝作畫圈的動作，須避免過度勞累，並依照個人體力不同，設計運動方式</p> <p>(1) 站立執行的運動：身體轉動、踏步（或散步）。</p> <p>(2) 坐著執行的運動：下肢畫四分之一弧（患者坐在較高的椅子上，雙腳懸空，小腿往前踢）、腳踝作畫圈的動作（患者坐著，筆直抬高小腿45度，腳踝緩慢向外畫圈，接著緩慢向內畫圈）。</p> <p>(3) 平躺執行的運動：後腳跟滑動（後腳跟滑動是指患者平躺，彎屈膝蓋，後腳跟在床鋪上做前後滑動的動作）、髖部外展（患者先採左側臥，彎曲左膝蓋，右腳伸直，慢慢抬起及放下右腿，臀部保持不動，重複五次後，換另一側重複執行上述動作）、直膝抬腿（患者平躺，右腳踝呈90度，接著右髖部外旋，將右腿筆直的向上抬高5秒後放下，換另一側重複執行上述動作）、腳踝幫浦（平躺，腳踝做屈曲及跖屈曲的動作）。</p>	<p>B(Level 1+)^[41]; C(Level 2-)^[6]; Book^[22]</p> <p>C(Level 2-)^[6]; Book^[22]</p>

Development of a Clinical Guideline for Preventing Lower Limb Lymphedema in Patients with Gynecologic Cancer

Shin-Chan Lee¹, Cheng-Feng Lin,² Keng - Fu Hsu,³ Yu-Yun Hsu⁴

¹Ministry of Health and Welfare Tainan Hospital

²Department of Physical Therapy & Institute of Allied Health Sciences, College of Medicine, National Cheng Kung University

³Department of Obstetrics and Gynecology, National Cheng Kung University Hospital, College of Medicine, National Cheng Kung University

⁴Department of Nursing & Institute of Allied Health Sciences, College of Medicine, National Cheng Kung University

Background: Women receiving gynecological cancer surgery with lymph node dissection may experience lower limb lymphedema, resulting in physical discomfort and poor quality of life (QOL).

Purpose: This study developed and assessed the effectiveness of a clinical guideline for preventing lower limb lymphedema in women with gynecological cancer following surgery.

Methods: The guideline was created through the following processes: defining the topic and generating clinical questions by using the PICO process, conducting a systematic literature review and evidence appraisal, drafting the clinical guideline for Preventing Lower Limb Lymphedema in Patients with Gynecological Cancer (CGP-3L-in-GC), performing two rounds of Delphi consensus, and evaluating the clinical guidelines in practice. Subsequently, the guideline was assessed using the Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE).

Results: A total of 12 evidence-based papers and one published guideline were retrieved to draft the CGP-3L- in- GC, which was then approved through two rounds of Delphi consensus. Finally, an experiment was performed to test the effectiveness of the CGP-3L- in- GC in practice. The CGP-3L- in- GC was applied to 15 women experimental group, and regular care was applied to 14 women control group. The experimental group had a lower number of mild to severe limb edema cases than did the control group ($p = .049$). Additionally, the QOL of women in the experimental group significantly improved after implementation of the CGP-3L- in- GC, especially in subjective health ($Z = -2.33, p = .02$) and physiological domains ($Z = -2.0, p = .047$). An external evaluation using the AGREE indicated that the GCP-3L-in-GC can be recommended to health care providers who care for women with gynecological cancer following lymph node dissection surgery.

Conclusions: Because of the limitations of study time and the numbers of subjects, the CGP-3L-in-GC cannot be proved to significantly decrease the prevalence of lower limb lymphedema. However, health care practitioners can apply the guideline to clinical practice when they treat women with gynecological cancer after surgery. (Tw J Phys Med Rehabil 2016; 44(1): 29 - 42)

Key Words: gynecologic cancer, clinical guideline, lower limb lymphedema.