

我学习。②专病管理护士通过与患者交谈收集信息,如患者对预后、专归的关注度;经费及支持系统;核心家庭及原生家庭系统关系;社会适应能力等,建立护患信任关系,采用心情温度计识别其不良情绪风险因素,按评估的轻度、中度、重度等级进行医疗护理及支持系统干预。③充分发挥科室病友志愿者团队的作用,通过同伴教育的力量,予以患者更多的信心与鼓励。本组患者治疗时间长、费用高,不良反应较多,心理负担较重,通过科室的各项系统的管理及干预,患者能以良好的心理状态积极配合治疗护理。

综上所述,CAR-T 治疗过程中不良反应较多且复杂,护理过程中需重视和完善专科护理评估,关注高危因素,并进行个性化追踪管理,提高患者的治疗效果和生活质量。

参考文献:

[1] Maus M V, Grupp S A, Porter D L, et al. Antibody modified T cells: CARs take the front seat for hematologic malignancies[J]. Blood, 2014, 123(17): 2625-2635.
 [2] 阮海涛,万滢,徐丽.嵌合抗原受体 T 细胞治疗恶性血液肿瘤并发重度细胞因子释放综合征患者的护理[J]. 护理学杂志, 2019, 34(23): 29-31.
 [3] 徐丽,唐叶丹,陈琳,等.造血干细胞移植联合 CAR-T 治疗复发难治 B 细胞淋巴瘤患者并发症的护理[J]. 护理学杂志, 2018, 33(17): 32-34.
 [4] 梅恒,吴耀辉,郭涛,等. CAR-T 治疗细胞因子风暴中的

出凝血异常、中枢神经系统改变[J]. 临床血液学杂志, 2016, 29(7): 557-559.
 [5] Wang Z G, Gun Y L, Han W D. Current status and perspectives of chimeric antigen receptor modified T cells for cancer treatment[J]. Protein Cell, 2017, 8: 1-30.
 [6] Wei G, Ding L, Wang J, et al. Advances of CD19-directed chimeric antigen receptor-modified T cells in refractory/relapsed acute lymphoblastic leukemia[J]. Exp Hematol Oncol, 2017, 6: 10.
 [7] 葛永芹,朱霞明,陆茵,等. 急性 B 淋巴细胞白血病靶向治疗致细胞因子释放综合征的护理[J]. 护理学杂志, 2019, 34(12): 38-41.
 [8] 白仲添,王海平,严俊,等. CAR-T 细胞在肿瘤临床试验中的研究进展[J]. 基础医学与临床, 2016(5): 706-710.
 [9] Makita S, Yoshimura K, Tobinai K. Clinical development of anti-CD19 chimeric antigen receptor T-cell therapy for B cell non-Hodgkin lymphoma[J]. Cancer Sci, 2017, 108(6): 1109-1118.
 [10] 刘丽萍,崔景英. CAR-T 细胞特征及在复发/难治性急性 B 淋巴细胞白血病中的应用[J]. 医学综述, 2018, 24(15): 2937-2941.
 [11] Brudno J N, Kochenderfer J N. Toxicities of chimeric antigen receptor T cells: recognition and management[J]. Blood, 2016, 127(26): 3321-3330.

(本文编辑 李春华)

六步综合消肿法在宫颈癌术后下肢淋巴水肿患者的应用

罗庆华,张丽娟,刘凤,李金兰,钟巧玲,张慧珍

Application of six-step comprehensive detumescence therapy in patients with lower extremity lymphedema after cervical cancer surgery

Luo Qinghua, Zhang Lijuan, Liu Feng, Li Jinglan, Zhong Qiaoling, Zhang Huizhen

摘要:目的 探讨六步综合消肿疗法应用于宫颈癌术后下肢淋巴水肿患者的效果。方法 选取宫颈癌行广泛性子官切除术后单侧下肢淋巴水肿患者,其中轻度水肿 25 例,中度 68 例,重度 12 例,均由获得国际淋巴水肿治疗师资格的专科护士给予包括皮肤护理、舒缓瘢痕组织、徒手淋巴引流、空气压力波水肿治疗仪治疗、绷带加压包扎、功能锻炼的六步综合消肿疗法,每天 1 次,20 次为一个疗程。结果 治疗 20 次后,患者患肢最大周径值、节段细胞外水分显著低于治疗前,生物电阻抗值及生活质量显著高于治疗前(均 $P < 0.01$)。结论 六步综合消肿疗法可以改善宫颈癌术后下肢淋巴水肿,提高患者生活质量,促进患者康复。

关键词:宫颈癌; 下肢淋巴水肿; 综合消肿治疗; 节段细胞外水分; 生活质量

中图分类号:R473.73 **文献标识码:**B **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2020.23.027

2018 年全球癌症统计数据显示,宫颈癌的发病率和病死率位于女性恶性肿瘤的第 4 位^[1],手术是治疗宫颈癌的主要手段。下肢淋巴水肿是宫颈癌术后并发症之一,宫颈癌手术时接受盆腔淋巴结清扫和(或)腹股沟淋巴结切除的患者发生率为 12.6%,其中 69.4%的患者淋巴水肿在术后 2 年内被确诊^[2];术后辅助放疗患者发生率为 10%~20%,78.8%在术后 2 年内被诊断出淋巴水肿^[3]。下肢淋巴水肿患

者在肢体功能、日常生活、生存质量和心理健康方面均可产生负面影响^[4]。淋巴水肿综合消肿疗法(Complex Decongestion Therapy, CDT)是下肢淋巴水肿目前安全有效的保守治疗方法,被推荐为标准疗法,其中包括专业化徒手淋巴引流、低弹性绷带加压包扎、个性化皮肤护理和患肢功能锻炼四步^[5]。随着新技术不断发展,越来越多新方法被用于淋巴水肿治疗。我院淋巴水肿门诊在国际四步 CDT 的基础上改良,增加舒缓瘢痕组织、空气压力波水肿治疗仪治疗,形成六步综合消肿疗法,应用于 105 例宫颈癌术后下肢淋巴水肿患者,取得较满意的效果,报告如下。

作者单位:中山大学肿瘤防治中心(广东 广州,510060)

罗庆华:女,本科,护师

通信作者:张丽娟,zhanglij@sysucc.org.cn

收稿:2020-07-14;修回:2020-09-04

1 对象与方法

1.1 对象 获得医院伦理委员会批准后,选取 2019 年 1~6 月在我院淋巴水肿门诊就诊的宫颈癌行广泛子宫切除术下肢淋巴水肿患者为研究对象。纳入标准:①术后引起单侧下肢淋巴水肿;②未接受其他水肿治疗;③小学以上文化程度;④知晓下肢淋巴水肿诊断;⑤自愿接受六步综合消肿疗法;⑥知情,同意参与本研究。排除标准:①双侧下肢淋巴水肿;②合并心肺等重要器官器质性病变;③淋巴结远处转移;④认知障碍;⑤局部有感染、溃疡、渗液、出血倾向、血栓。剔除因各种原因中途放弃治疗者。共 105 例患者纳入并完成研究;年龄 32~76(53.94±10.46)岁;教育水平为初中以下 36 例,高中/中专 49 例,大专以上 20 例;肿瘤分期为 I 期 5 例,II 期 69 例,III 期 31 例。治疗方式:单纯手术 4 例,手术+化疗 18 例,手术+化疗+放疗 83 例。病程 0.5~14(6.39±3.98)年。轻度水肿为患侧周径比健侧增加 3 cm 以下,中度增加 3~6 cm,重度增加 6 cm 以上^[6],本研究纳入轻度水肿 25 例,中度 68 例,重度 12 例。水肿时间:<1 年 9 例,1~5 年 17 例,3~5 年 25 例,>5 年 54 例。

1.2 干预方法

由获得国际淋巴水肿治疗师资格的专科护士对患者的水肿情况进行评估,然后制定详细的治疗计划,均给予 1 个疗程为期 28 d、20 次、1 次/d(周末休息)的六步综合消肿疗法,具体如下。

1.2.1 皮肤护理 严格卫生防护,处理皮肤并发症,做好皮肤清洁和完整性护理是保证 CDT 治疗完成的前提^[7]。①检查皮肤完整性,避免患肢损伤;②做好皮肤清洁(特别是会阴部、腹股沟内侧、趾缝、脚踝、腘窝、皱褶处);③保持皮肤湿润,使用含少量水分或不含水分的中性润肤剂以免皮肤干燥脱屑;④避免受压,穿宽松的内裤及袜子以免循环受阻加重淋巴水肿。

1.2.2 舒缓瘢痕组织 患者取平卧位,治疗师以静止旋转的手法顺着伤口边缘横向和纵向循序渐进轻柔按压腹部伤口周围组织及腹股沟的皮肤瘢痕及皮下瘢痕^[8],力度适中,以患者感受为主。

1.2.3 徒手淋巴引流 首先开通淋巴通路:患者取平卧位,在完全放松的状态下,由治疗师用双手并拢的示指、中指和无名指指腹,通过轻、柔、缓、慢的技巧以静止旋转法刺激浅表淋巴结及淋巴管,激活淋巴通路^[9],开通顺序为:锁骨上、下淋巴结区→颈前、后淋巴结区→耳前、耳后淋巴结区→胸骨两旁淋巴结区→腋窝淋巴结区→腹部淋巴结区→腹股沟淋巴结区→背部→腘窝淋巴结区,之后再徒手淋巴引流,激活淋巴系统,使其吸收淋巴液再重新分布以达到有效治疗淋巴水肿的目的^[10]。治疗师按照淋巴管的走向,采用定圈法、泵送法、旋转法、铲状法进行徒手淋巴引流,将下肢的淋巴液引流至腹部及双侧腋窝。具体操作:①从腹部伤口处开始,腹部纵向伤口两侧淋巴液

引流至同侧腋窝或锁骨上、下淋巴结;②会阴部淋巴液引流至腹部;③身体正面大腿内侧淋巴液引流至大腿外侧直至腋窝淋巴结;④身体背面大腿内侧淋巴液引流向大腿外侧后,经背部到达同侧腋窝或锁骨上、下淋巴结或经臀部引流至对侧腹股沟淋巴结;⑤小腿、足背、足底、踝关节淋巴液引流至腘窝淋巴结,再引流至大腿外侧,最后到腋窝或锁骨上、下淋巴结。徒手淋巴引流时不能操之过急,力度适中(根据患者病情),其最大力度以不造成局部皮肤发红为宜^[11]。

1.2.4 空气波压力水肿治疗仪治疗 采用 POW-ER-Q6000 型空气波压力水肿治疗仪进行治疗。患者取平卧位,以 4~6 节气囊的腿部套筒包裹整个腿部,自远心端开始以适当压力向近心端循环充气加压,对腿部进行 360°全方位按压,根据患者的水肿程度及耐受量设定初始压力,一般为 25~30 mmHg 逐步增加到最大治疗量(不超过 45 mmHg),1 次/d,15 min/次。治疗时密切观察未包裹患肢的皮肤颜色变化及患者主观感受,如不适立即暂停治疗^[12]。

1.2.5 绷带加压包扎 治疗仪治疗结束后再次进行徒手淋巴引流,着重在局部肿硬及纤维化部位并检查皮肤的完整性,分 5 层包扎,由内到外依次为固位绷带层、软棉衬垫绷带层、泡沫块卷状绷带层、低弹性压力绷带层及高弹性压力绷带层。具体流程:患者取坐位或卧位,在患肢下方用结实软垫支撑;固位绷带层以足凹处为起点缠绕两圈后,轻度拉伸后缠绕各个足趾,每个足趾至少绕两圈,足底部留空,每个足趾绷带包扎后都在足凹部缠绕一圈加以固定;软棉衬垫绷带层、泡沫块卷状绷带层、低弹性压力绷带层及高弹性压力绷带层均从趾根部开始向近心端平行缠绕直至大腿根部,需以 50%的重叠率缠绕患肢;脚踝及腘窝处用 8 字法交叉加强包扎。包扎时范围要求软棉衬垫绷带层>泡沫块卷状绷带层>低弹性压力绷带层>高弹性压力绷带层,压力梯度由远心端向近心端逐级递减。以患者感受为主,不宜过松或者过紧,压力 30~40 mmHg^[13]。

1.2.6 功能锻炼 每天其他五步完成后,根据患者耐受力及理解能力指导其个性化功能锻炼,3 次/d,每次 30 min。可以在日常生活和工作的间隙进行,但必须穿戴弹力裤袜或使用压力绷带^[7]。功能锻炼内容包含但不局限于盆底肌锻炼、呼吸功能锻炼、踝关节运动、平躺抬臀运动、卧位髋关节运动、卧位屈膝扭转运动、仰卧抱腿靠胸运动、仰卧踩单车运动、原地高抬腿运动^[14]。锻炼后指导患者在未包扎处进行自我徒手淋巴引流。

1.3 评价方法 ①周径。设 8 个测量点由治疗师分别测量治疗前两侧肢体周径,测量点分别为足背中点、足跟上 10 cm、20 cm、30 cm、40 cm、50 cm、60 cm、70 cm 处(大腿根部),后续每次治疗前测量患侧肢体周径并记录,患肢肿胀最明显处即为最大周径。②50kHz 生物电阻抗及节段水分。淋巴水肿主要是以细胞外液

积聚为主,水肿越严重节段细胞外水分越高。采用人体成分分析仪分别检测健肢和患肢细胞外液含量以判断组织淋巴水肿程度,细胞外液量较高时生物电阻抗值相对较低,反之生物电阻抗值较高^[15]。本研究选取 50kHz 生物电阻抗和节段水分作为评价指标。③生活质量。选用欧洲癌症研究与治疗组织生命质量核心量表(EORTC QLQ-C30)中文版 3.0 测量^[16],共 30 个条目,包括 5 个功能维度,3 个症状维度,6 个单一条目以及 1 个总体健康状况维度,可分为总体健康状况评分、功能评分和症状评分 3 个分量表,各维度标准化得分 0~100 分,本研究选取功能评分量表中 5 个功能维度来评价生活质量,得分越高则生活质量越好。④主观症状体征。采用 Carter 等^[17]设计的妇科恶性肿瘤淋巴水肿问卷(Gynecologic Cancer Lymphedema Questionnaire, GCLQ)评估患者的自感症状,包括沉重感(1 个)、整体肿胀(2 个)、局部肿胀(4 个)、感染相关症状(3 个)、疼痛感(2 个)、麻木感(2 个)、肢体功能障碍(6 个) 7 个症状群,共 20 个条目,“无”计 0 分,“有”计 1 分,每个症状群评分≥1 分即为阳性。

表 2 不同程度水肿患者治疗前后患肢 50KHZ 生物电阻抗及患肢节段水分比较 $\bar{x} \pm s$

时间	轻度水肿(n=25)		中度水肿(n=68)		重度水肿(n=12)	
	50KHZ 电阻抗(Ω)	节段水分(L)	50KHZ 电阻抗(Ω)	节段水分(L)	50KHZ 电阻抗(Ω)	节段水分(L)
治疗前	177.01±28.54	7.05±0.46	118.62±10.11	9.55±1.29	100.55±0.43	13.71±2.78
治疗后	269.09±39.53	5.81±0.78	202.32±23.07	7.56±1.98	187.51±10.15	10.94±3.12
t	10.209	9.001	27.462	12.773	29.800	12.712
P	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

表 3 治疗前后患者生活质量比较 $\bar{x} \pm s$

时间	例数	情绪功能	角色功能	生理功能	社会功能	认知功能
治疗前	105	59.42±18.45	48.30±7.16	62.15±22.37	63.04±19.68	61.28±20.39
治疗后	105	86.13±15.01	65.30±6.83	90.03±17.11	88.56±13.12	83.53±15.42
t		11.513	17.601	10.140	11.062	12.463
P		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

表 4 治疗前后患者主观症状比较 例

时间	例数	沉重感	疼痛感	麻木感	整体肿胀感	局部肿胀	感染	肢体功能障碍
治疗前	105	32	62	20	100	80	20	32
治疗后	105	5	0	0	6	5	0	4
χ ²		23.917	—	—	168.320	111.176	—	24.440
P		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

3.1 六步综合消肿疗法可以有效缓解宫颈癌术后下肢淋巴水肿 淋巴水肿属于慢性进行性发展疾病,易反复急性发作,每发作一次病情就加重一次,越到后期治疗越困难^[18]。如果不治疗,部分患者单侧下肢淋巴水肿的同时有可能会伴随着会阴部、下腹部、双侧下肢的淋巴水肿,经过治疗,随着侧支循环的建立轻中度淋巴水肿可逐步缓解。六步综合消肿疗法中皮肤护理可有效保护皮肤屏障,保持皮肤完整性,可预防感染、减少局部皮肤并发症、减少淋巴系统和静脉血管损伤,是保障治疗连续性的前提;舒缓瘢痕组

1.4 统计学方法 采用 SPSS25.0 软件进行配对 t 检验、χ² 检验及 Fisher 确切概率法,检验水准 α=0.05。

2 结果

2.1 不同程度水肿患者治疗前后患肢最大周径比较 见表 1。

表 1 不同程度水肿患者治疗前后患肢最大周径比较 $\bar{x} \pm s$

时间	轻度水肿(n=25)	中度水肿(n=68)	重度水肿(n=12)
治疗前	36.64±16.79	49.00±15.32	56.98±6.11
治疗后	34.91±16.77	44.42±15.34	47.47±6.19
t	11.705	41.942	10.255
P	0.000	0.000	0.000

2.2 不同程度水肿患者治疗前后患肢 50kHz 生物电阻抗及节段水分比较 见表 2。

2.3 治疗前后患者生活质量比较 见表 3。

2.4 治疗前后患者主观症状比较 见表 4。

织可降低切口部位皮下组织黏连,疏松结缔组织,缓解因瘢痕挛缩导致淋巴管受压、变形引起的淋巴回流受阻;徒手淋巴引流通过手法使手术被破坏后累积到皮下组织浅淋巴管和组织液淤积的淋巴液引流至腹部及双侧腋窝,有效促进淋巴循环及皮肤纤维化的软化^[19];空气波压力水肿治疗仪使用多腔室气囊进行循环式充放气,可产生渐进性、方向性的挤出作用,促进淋巴液回流,加速淋巴水肿消除;绷带加压包扎通过物理加压方式将淤积在患侧下肢的淋巴液引流至正常部位,减少淋巴液的再聚集,改善淋巴管输送功能,使淋巴液重新分布;功能锻炼通过下肢关节配合

呼吸训练及肌肉活动可有节奏地挤压静脉血管和浅表淋巴管,改善血液循环,加强局部和全身淋巴液回流,从减轻淋巴水肿。表 1、2 结果显示,不同程度水肿患者经过 20 次治疗后,患肢最大周径显著低于治疗前,患肢 50KHZ 生物电阻抗显著增加,且节段水分显著低于治疗前(均 $P < 0.01$),说明六步综合消肿疗法可以有效缓解宫颈癌术后下肢淋巴水肿。

3.2 六步综合消肿法有利于缓解宫颈癌术后下肢淋巴水肿患者主观症状,提高生活质量 大多数淋巴水肿患者在患肢尚未出现明显的周径变化前便会出现各种主观感受,易被患者忽视,直至发展至明显肢体肿胀。因为六步综合消肿疗法各步骤均可以有效缓解宫颈癌术后下肢淋巴水肿,故患者主观感受的各种症状也改善。表 4 显示,治疗后患者自我感觉感染、疼痛、麻木、整体肿胀、局部肿胀、关节活动能力等明显改善(均 $P < 0.01$),说明六步综合消肿法有利于缓解宫颈癌术后下肢淋巴水肿患者主观症状。由于宫颈癌术后下肢淋巴水肿致残性高、不可治愈性等特点,最后易形成象皮肿病变、关节活动障碍等,严重影响患者的肢体功能及生活质量^[20]。经过一个疗程六步综合消肿治疗后,患者下肢淋巴水肿程度减轻,主观症状减少或消失,活动度增加,自理能力提升,进一步提升了患者的生活质量。表 3 显示,治疗后患者生活质量 5 个功能维度评分显著高于治疗前(均 $P < 0.01$),表明六步综合消肿疗法有利于提高患者的生活质量。

4 小结

本研究在国际四步消肿疗法的基础上改良形成六步综合消肿疗法,用于宫颈癌术后下肢淋巴水肿患者,结果显示可以有效缓解患者的下肢淋巴水肿,改善其主观症状体征,提高其生活质量。本研究采取自身前后对照,缺乏与常规四步法 CDT 的临床效果对比,仅治疗一个疗程(20 次),缺乏全程监督和定期随访,长期治疗效果有待观察。今后将设计对照试验,加强监督并观察长期治疗效果,提高结论的科学性。

参考文献:

[1] Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2018; GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries[J]. CA Cancer J Clin, 2018, 68: 394-424.

[2] 王霞, 丁焱. 宫颈癌患者术后下肢淋巴水肿发生状况及危险因素分析[J]. 护理学杂志, 2015, 30(10): 21-25.

[3] Kim J H, Choi J H, Ki E Y, 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 II cervical cancer[J]. IJGC, 2012, 22(4): 686-691.

[4] Fukushima T, Tsuji T, Sano Y, et al. Immediate effects of active exercise with compression therapy on lower-limb lymphedema[J]. Support Care Cancer, 2017, 25(8): 2603-2610.

[5] Leal N F, Carrara H H, Vieira K F, et al. Physiotherapy treatments for breast cancer-related lymphedema: a literature review[J]. Rev Lat Am Enfermagem, 2009, 17(5): 730-736.

[6] 张星, 彭昕, 胡洁, 等. 针对乳腺癌患者术后上肢淋巴水肿筛查的效果观察[J]. 中国社会医学杂志, 2019, 36(5): 556-559.

[7] 刘宁飞. 淋巴水肿——诊断与治疗[M]. 北京: 科学出版社, 2014, 18.

[8] 张丽娟, 罗庆华, 张慧珍, 等. 乳腺癌保乳术后患者淋巴水肿的手法引流综合消肿治疗[J]. 护理学杂志, 2018, 33(12): 8-11.

[9] Zhang L, Fan A, Yan J, et al. Combining manual lymph drainage with physical exercise after modified radical mastectomy effectively prevents upper limb lymphedema[J]. Lymphat Res Biol, 2016, 14(2): 104-108.

[10] 时琳. 徒手淋巴引流手法及康复护理改善下肢创伤术后淋巴水肿的体会[J]. 中国现代药物应用, 2017, 11(16): 177-178.

[11] Devoogdt N, Christiaens M R, Geraerts I, et al. Effect of manual lymph drainage in addition to guidelines and exercise therapy on arm lymphoedema related to breast cancer: randomised controlled trial[J]. BMJ, 2011, 343: d5326.

[12] 卜彩菊, 庞永慧, 何英煜, 等. 空气波压力治疗预防乳腺癌根治术后患侧上肢水肿的效果观察[J]. 护理学报, 2015, 22(23): 13-16.

[13] Whitaker J, Williams A, Pope D, et al. Clinical audit of a lymphoedema bandaging system: a foam roll and cohesive short stretch bandages[J]. J Wound Care, 2015, 24(3): 83-94.

[14] 葛永勤, 徐丽丽, 吕亚, 等. 髋关节全范围运动预防宫颈癌患者术后下肢淋巴水肿[J]. 护理学杂志, 2017, 32(18): 30-32.

[15] Godoy J M P D, Valente F M, Azoubel L M, et al. Evaluation of lymph drainage using bioelectrical impedance of the body[J]. Phlebology, 2011, 26(7): 298-300.

[16] 万崇华, 陈明清, 张灿珍, 等. 癌症患者生命质量测定量表 EORTC QLQ-C30 中文版评介[J]. 实用肿瘤杂志, 2005, 20(4): 353-355.

[17] Carter J, Raviv L, Appollo K, et al. A pilot study using the Gynecologic Cancer Lymphedema Questionnaire (GCLQ) as a clinical care tool to identify lower extremity lymphedema in gynecologic cancer survivors[J]. Gynecol Oncol, 2010, 117(2): 317-323.

[18] 陈雷. 综合消肿疗法治疗妇科恶性肿瘤术后下肢淋巴水肿的临床疗效观察[D]. 沈阳: 辽宁中医药大学, 2017.

[19] Ezzo J, Manheimer E, McNeely M L, et al. Manual lymphatic drainage for lymphedema following breast cancer treatment[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2015, 5(5): 1-62.

[20] Douglass J, Graves P, Gordon S. Self-care for management of secondary lymphedema: a systematic review[J]. PLoS Negl Trop Dis, 2016, 10(6): e0004740.