

• 论 著 •

灵性照护对同期放化疗恶性肿瘤患者负性情绪及创伤后成长的影响

刘艳丽¹, 焦妙蕊¹, 胡艳丽², 方方³, 王艺卓³, 米艳芝⁴, 张琳⁵

摘要:目的 改善同期放化疗恶性肿瘤患者负性情绪,并提升其创伤后成长水平。方法 将入住放疗科行同期放化疗的 140 例恶性肿瘤患者按住院病区分为干预组(73 例)和对照组(67 例)。对照组行常规护理,干预组在常规护理的基础上行灵性照护干预。干预前、干预结束后 1 个月、3 个月分别测评患者焦虑、抑郁及创伤后成长水平。结果 干预组 72 例、对照组 64 例完成研究。干预结束后 3 个月,干预组焦虑、抑郁得分显著低于对照组,创伤后成长评分显著高于对照组(均 $P < 0.05$)。结论 灵性照护可使同期放化疗的恶性肿瘤患者在逆境中寻求超越和成长,改善负性情绪,促进心理健康。

关键词:恶性肿瘤; 放疗; 化疗; 灵性照护; 焦虑; 抑郁; 创伤后成长

中图分类号:R473.73;R749.055 **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2023.01.006

Effects of spiritual care on negative emotions and post-traumatic growth in patients with concurrent chemoradiotherapy for malignant tumors Liu Yanli, Jiao Miaorui, Hu Yanli, Fang Fang, Wang Yizhuo, Mi Yanzhi, Zhang Lin. Department of Chinese and Western Integrative Medicine, Affiliated Tumor Hospital of Zhengzhou University, Zhengzhou 450008, China

Abstract: **Objective** To reduce the negative mood of patients with malignant tumors undergoing concurrent chemoradiotherapy, and increase their post-traumatic growth level. **Methods** A total of 140 patients with malignant tumors admitted to the radiotherapy department for concurrent chemoradiotherapy were divided into intervention group (73 cases) and control group (67 cases) according to the inpatient wards. The control group received routine nursing, while the intervention group received spiritual care interventions on the basis of routine nursing. The effects of the intervention were evaluated by measuring the level of patient's anxiety, depression, and post-traumatic growth before the intervention, one month and three months after the end of the intervention, respectively. **Results** A total of 72 cases in the intervention group and 64 cases in the control group completed this study. Three months after the end of the intervention, the scores of anxiety and depression in the intervention group were significantly lower than those in the control group, and the post-traumatic growth score was significantly higher than that in the control group (all $P < 0.05$). **Conclusion** Spiritual care can enable patients with malignant tumors undergoing concurrent chemoradiotherapy to seek transcendence and growth in adversity, improve negative emotions, and promote mental health.

Key words: malignant tumor; radiation therapy; chemotherapy; spiritual care; anxiety; depression; post-traumatic growth

《中国城镇居民心理健康白皮书》^[1]数据显示,恶性肿瘤患者 67.1% 有不同程度的心理问题,心理问题中单纯抑郁占 27.6%,单纯焦虑占 10.8%,同时存在抑郁及焦虑者占 43.5%。同期放化疗是目前恶性肿瘤患者常见的一种治疗方式^[2],但两种治疗手段的叠加会增加其毒副作用,患者常伴有不同程度的负性情绪与痛苦体验。但有研究表明,肿瘤患者在患病经历中也会在人生观、自我认识、与他人关系等方面发生一些积极改变,即创伤后成长^[3]。创伤后成长指患者在与疾病或创伤性事件的抗争过程中体会个人成长,感受生命的价值与意义^[4]。灵性照护是指医护人员、牧师等通过评估患者灵性需求,挖掘患者的信念、信仰、价值观、希望等灵性价值,整合内在与外在的资

源力量,帮助其寻找人生的意义和方向,促进创伤后的积极改变,以超越困境,战胜负性情绪,重获精神上的舒适与安宁^[5]。有研究发现,与其他疾病相比,肿瘤患者存在更高层次的灵性照护需求^[6]。然而,以往研究较多关注肿瘤患者身体、心理层面的干预,对灵性层面的干预研究相对较少。本研究对同期放化疗恶性肿瘤患者进行灵性照护,以促进患者焦虑、抑郁改善及创伤后成长水平提升,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 便利选取 2021 年 1~12 月在河南省肿瘤医院放疗科住院的同期放化疗患者为研究对象。纳入标准:①年龄 18~70 岁;②首次诊断恶性肿瘤转移或者治疗后复发转移,正在行同期放化疗;③小学及以上文化程度;④自愿参加。排除标准:①住院时间小于 3 周;②伴有功能性和器质性精神疾病、严重心力衰竭、脑卒中等,严重的头部损伤史或颅内病变。患者均签署知情同意书。共纳入符合标准的患者 140 例,以病区为单位采用抛硬币法将放疗科 2

作者单位:郑州大学附属肿瘤医院/河南省肿瘤医院 1. 中医内科 3. 放疗科 4. 胸外科 5. 内科(河南 郑州,450008);2. 暨南大学护理学院

刘艳丽:女,硕士在读,主管护师

通信作者:焦妙蕊, jiaomiaorui@126.com

科研项目:河南省医学科技攻关计划(联合共建)项目(LHGJ20190654)

收稿:2022-08-09;修回:2022-10-03

个病区进行整群随机分组。一病区为干预组,共 73 例;二病区为对照组,共 67 例。干预组因病重退出 1 例,对照组失访 3 例,其中死亡 1 例,主动退出 2 例。

最终干预组 72 例、对照组 64 例完成研究。两组一般资料比较,见表 1。本研究经河南省肿瘤医院伦理委员会批准(2019-KY-0014)。

表 1 两组一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	文化程度(例)				婚姻状况(例)		子女数(例)			
		男	女		小学	初中	高中/中专	大专及以上	在婚/同居	未婚/离婚/丧偶	无	1 个	2 个	3 个及以上
对照组	64	40	24	56.66±13.05	25	18	14	7	56	8	3	8	27	26
干预组	72	35	37	55.25±11.21	37	13	14	8	69	3	1	15	34	22
统计量		$\chi^2=2.642$		$t=0.671$	$Z=0.753$				$\chi^2=3.165$		$Z=1.139$			
P		0.104		0.503	0.451				0.075		0.255			

组别	例数	人均月收入(例)			疾病诊断(例)				确诊时长(例)		癌痛评分(例)		有宗教信仰 (例)
		<1000 元	1000~元	≥3000 元	肺癌	食管癌	直肠癌	乳腺癌	<12 月	≥12 月	<4 分	≥4 分	
对照组	64	34	22	8	22	18	13	11	52	12	39	25	7
干预组	72	31	35	6	27	17	14	14	57	15	46	26	11
统计量		$Z=0.777$			$\chi^2=0.467$				$\chi^2=0.092$		$\chi^2=0.126$		$\chi^2=0.556$
P		0.437			0.926				0.761		0.723		0.456

1.2 方法

1.2.1 干预方法

对照组实施常规护理,包括入院宣教、病情观察、心理护理、饮食指导、用药指导、出院指导、放化疗相关知识宣教等。干预组在常规护理基础上实施灵性照护干预,具体如下。

1.2.1.1 成立灵性照护小组 灵性照护小组共 7 名成员,其中 1 名资深心灵关怀教学督导,为我国香港临床心灵关怀辅导教育学院院长、执行董事,负责对整个干预方案相关技术的监管与督导;干预小组总负责人 1 名,系我院心理护理学组组长,为国家二级心理咨询师,负责构思与设计干预方案的整体架构和实施细则,包括具体干预时机、干预内容、评价指标的确定及干预方案的具体实施;1 名护理学博士研究生,负责协助干预方案的设计、资料收集、数据整理与统计等;4 名工作 10 年以上的临床护士,均取得主管护师及以上职称、具有临床心灵关怀师和国家二级或三级心理咨询师资质,负责干预方案的具体实施。临床心灵关怀师曾接受过医院为期 3 年的系统临床心灵关怀培训,培训内容包括灵性照护的理论知识、案例分享、具体实施步骤及相关注意事项,每阶段培训结束后均进行考核,合格者颁发证书。

1.2.1.2 制订灵性照护方案 基于生物—心理—社会医学模式、认知行为压力管理理论及“以患者为中心”的服务宗旨,查阅恶性肿瘤患者创伤后成长及灵性照护相关文献,根据中文版灵性需求量表^[7]及质性访谈结果,并咨询心理学相关专家意见,结合同期放化疗恶性肿瘤患者治疗时间长、不良反应多及负性情绪严重等问题,由灵性照护小组协助制订干预方案,对于宗教方面的知识,由教学督导协助制订。干预方案围绕建立关系、释放自我、相互宽恕、感恩有你、向死善生、活在当下 6 个主题开展,干预方案见样表 1。

1.2.1.3 实施干预方案 灵性照护以团体干预方式进行,地点固定在安静不受打扰的会议室。根据住院时间将患者分成 6 个小组,每组 12 例,每组固定临床

心灵关怀师 2 名,连续干预 6 周,每周 1 次,每次 90~120 min。每次干预结束前由临床心灵关怀学组组长进行总结反馈(8 min),总结活动的内容、感悟与收获,收集患者反馈意见,并布置作业,要求每天冥想 10 min、阅读《生命喜悦的祈祷》、每天记录正向或积极的思维及行为。

1.2.1.4 实施灵性照护的注意事项 ①适用对象。需针对不同年龄、文化程度的患者随时调整表达方式,注意说话的语气,运用同理心去回应患者的不适与痛苦。②灵性照护内容。根据肿瘤患者的灵性需求特点,运用合适的引导方式,帮助患者学会释放、宽恕、感恩与接纳,循序渐进、由浅入深,引导患者进入心灵照护的状态。③干预形式的选择。大部分患者经过分组干预能完成相应内容,但个别患者进入状态较晚,提出需要延长干预时间或需要单独干预时,要给予帮助,为其提供合适的场所。

1.2.2 评价方法 分别于干预前(干预前 1 d)、干预结束后 1 个月及 3 个月,由 2 名心灵关怀师应用焦虑、抑郁量表及创伤后成长量表对两组患者实施测评。研究者统一发放问卷,指导患者当场填写,确认无误后收回,量表均有效回收。①广泛性焦虑障碍量表(Generalized Anxiety Disorder-7,GAD-7)^[8],用于广泛性焦虑障碍的筛查及症状严重程度的评定。由 7 个条目组成,每个条目采用 4 级(0~3 分)评分方法,总分 0~21 分,分数越高提示焦虑症状越严重。该量表 Cronbach's α 为 0.920。②患者健康问卷抑郁量表(Patient Health Questionnaire-9,PHQ-9)^[9],可以作为抑郁症的筛查工具与临床诊断工具。有 9 个条目,每个条目采用 4 级(0~3 分)评分法,总分 0~27 分,分数越高提示抑郁症状越严重。该量表 Cronbach's α 为 0.810。③创伤后成长评定量表(Posttraumatic Growth Inventory,PTGI)^[10],用于评价个体经创伤激发出积极变化的水平,包括与他人关系(3 条目)、新的可能性(4 条目)、个人力量(3 条目)、自我转变(4 条目)及人生哲学(6 条目)共 5 个维度 20 个

条目,采用 6 级评分法,依次计 0~5 分,总分 0~100 分。总量表 Cronbach's α 系数 0.874,各维度的

样表 1 灵性照护干预方案

时间	主题	目标	干预内容及时间	心灵关怀重点
第 1 次	建立关系	患者彼此相识、建立关系 每个成员写下自己的目标	心灵沉静:冥想训练 10 min;破冰活动 40 min;自我表达:你我相识,珍惜缘分(自我介绍)20 min;签署承诺书和目标书 20 min;领读《生命喜悦的祈祷》中的“健康活力的祈祷”和“我行走在奇迹间”10 min	患病经历;目标和期待 心灵照护重点:与自我的关系、与他人的关系
第 2 次	释放自我	分享彼此的患病体验 释放自己的情绪、舒缓压力 对疾病进行再思考和领悟	心灵沉静:冥想训练 10 min;分享作业(感受)10 min;自我表达:讲述自己的患病经历及康复历程、感受与体验 60 min;领读《生命喜悦的祈祷》中的“突破困境的祈祷”“健康活力的祈祷”和“我行走在奇迹间”10 min	疾病的影响;当下的心情和感受;康复过程中的经验与困惑 心灵照护重点:与自我的关系、与他人的关系
第 3 次	相互宽恕	生命回顾 打开心结 原谅他人 原谅自己 感恩陪伴和帮助自己的人	心灵沉静:冥想训练 10 min;分享作业(感受)10 min;绘制自己的生命曲线图:爱情、事业、家庭、生命长度 20 min;分享生命中难过的人与事,人一生的坎坷、生命的曲折 40 min;领读《生命喜悦的祈祷》中的“宽恕的祈祷”“健康活力的祈祷”和“我行走在奇迹间”10 min	心情释放和表达;对自己的再认识;内心的感受和体验;宽恕与被宽恕 心灵照护重点:与自我的关系、与他人的关系、超越逆境、信仰
第 4 次	感恩有你	重拾可能被忽略掉的亲情友情 重寻生命的意义 感受来自他人的社会支持	心灵沉静:呼吸和冥想放松训练 10 min;分享作业(感受)10 min;绘制生命曲线图 10 min;时光倒流:我最难忘的快乐的人与事、人生路上帮助我的人 30 min;敞开心扉,分享内心的感恩,分享各自感恩的理由、感恩后的感受和体验 30 min;领读《生命喜悦的祈祷》中的“爱与感谢的祈祷”“健康活力的祈祷”和“我行走在奇迹间”10 min	自己与他人的关系;疾病对自己生活和人生的影响;疾病赋予自身和生活的意义 心灵照护重点:与他人的关系、人生意义、信仰
第 5 次	向死善生	正确看待生死 珍惜当下 活出生命的意义	心灵沉静:冥想放松训练 10 min;分享作业(感受)10 min;观看电影《遗愿清单》60 min;分享观影后的体验,进行生死教育 20 min;领读《生命喜悦的祈祷》中的“突破困境的祈祷”“健康活力的祈祷”和“我行走在奇迹间”10 min	内心的感悟;对自己的再肯定;自己创伤后的成长 心灵照护重点:超越逆境、向死善生、生命意义
第 6 次	活在当下	总结、反思阶段性收获和成长 坚定信心、直面未来人生 铭记、依靠团体的力量	心灵沉静:呼吸和冥想放松训练 10 min;分享作业(感受)10 min;自我表达:对照个人签署的目标书,分享参加心灵关怀团体康复训练后自己的认识和心情,成员反思这些日子的改变与成长、自己的期望、自己的康复和人生目标,分享我一路走来的坚强、我难得的品质、我继续坚强与幸福的可能与理由 60 min;临床心灵关怀学组组长寄语,激发成员继续前行的动力 10 min;领读《生命喜悦的祈祷》中的“活在当下的祈祷”“健康活力的祈祷”10 min;终身作业:接纳、感恩、依靠团体的力量 牢记:我们和家人是您永远的支持	患病经历中的获益;积极改变与成长;对未来预期所产生的看法、感受和态度 心灵照护重点:生命意义、灵性健康的持续,关系的延续

1.2.3 统计学方法 数据由双人录入 Excel 软件,核对无误后导入 SPSS25.0 软件。行 t 检验、 χ^2 检验、Wilcoxon 秩和检验、Mann Whitney U 检验、广义估计方程分析。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 干预前后两组焦虑、抑郁得分比较 见表 2、表 3。

表 2 干预前后两组焦虑得分比较

分, $M(P_{25}, P_{75})$				
组别	例数	干预前	干预后 1 个月	干预后 3 个月
对照组	64	12.0(8.2,18.8)	14.0(9.0,18.0)	14.0(9.2,18.8)
干预组	72	14.0(10.0,17.8)	12.0(9.0,14.0)	9.5(8.0,11.8)
Z		-1.040	-1.774	-4.370
P		0.298	0.076	0.000

注:两组比较, Wald χ^2 组间=10.033, $P=0.002$; Wald χ^2 时间=7.096, $P=0.029$; Wald χ^2 交互=17.198, $P=0.000$ 。

表 3 干预前后两组抑郁得分比较

分, $M(P_{25}, P_{75})$				
组别	例数	干预前	干预后 1 个月	干预后 3 个月
对照组	64	18.0(12.0,22.0)	16.5(13.0,22.0)	18.0(13.0,23.0)
干预组	72	16.5(11.0,22.8)	13.5(11.2,17.0)	12.0(10.0,14.8)
Z		-0.453	-3.110	-5.459
P		0.651	0.002	0.000

注:两组比较, Wald χ^2 组间=18.941, $P<0.001$; Wald χ^2 时间=7.275, $P=0.026$; Wald χ^2 交互=17.091, $P<0.001$ 。

Cronbach's α 系数 0.611~0.796。

2.2 干预前后两组创伤后成长得分比较 见表 4。

表 4 干预前后两组创伤后成长得分比较

分, $M(P_{25}, P_{75})$				
组别	例数	干预前	干预后 1 个月	干预后 3 个月
对照组	64	61.0(51.0,71.5)	62.5(51.0,73.0)	60.0(48.5,67.8)
干预组	72	59.0(45.0,71.8)	68.5(58.0,76.0)	76.0(69.0,76.0)
Z		-0.560	-1.426	-7.126
P		0.575	0.154	0.000

注:两组比较, Wald χ^2 组间=11.933, $P=0.001$; Wald χ^2 时间=13.692, $P=0.001$; Wald χ^2 交互=26.648, $P<0.001$ 。

3 讨论

3.1 灵性照护可减轻恶性肿瘤患者焦虑、抑郁情绪

恶性肿瘤患者在放化疗期间不仅要忍受疾病本身及治疗不良反应带来的痛苦与不适,还要面对治疗结局的不确定性 & 肿瘤复发的恐惧,常使他们深陷焦虑、抑郁等负性情绪的困扰之中^[11],对其治疗、预后及家庭造成了严重影响。研究表明,焦虑与抑郁等负性情绪是患者灵性需求的显著预测因子^[12],即焦虑、抑郁程度越高的患者更需要寻求各种形式的精神与心灵寄托,重新定位人生意义等灵性需求。然而,在实际工作中医护人员往往更多地重视肿瘤患者的生理和心理需求,常忽略患者的灵性需求^[13]。本研究

实施灵性照护干预,以促进肿瘤患者的灵性健康。表 3、表 4 显示,两组焦虑、抑郁得分比较,组间效应、时间效应及交互效应均 $P<0.05$,表明灵性照护可以减轻患者的焦虑、抑郁情绪,且随着干预时间的延长,焦虑、抑郁程度显著改善,与相关研究结果^[14-15]一致。本研究从患者的灵性需求出发,结合正念疗法、生命回顾、绘画治疗、自我表达等干预方式,一方面,鼓励患者敞开心扉,宣泄内心的压力与感受,给予同理心的回应,让患者感受到关爱与支持,对疾病进行重新思考和领悟,学会接纳与感恩,获得内心的平和与安宁,改变焦虑、抑郁等负性情绪,使他们有尊严、有意义、有价值地度过余生。另一方面,通过分享感悟与成长、期望与目标,帮助患者重新定位生命的意义与价值,再现人生中的辉煌与成绩,增强自我认同感,肯定自我价值。在疾病面前重新获得心灵的满足与对生命的希望,使他们坚定信心,直面未来,继续积极寻求生命的价值和意义^[16],有助于减轻其焦虑、抑郁情绪。

3.2 灵性照护可以提升恶性肿瘤患者的创伤后成长水平 随着积极心理学的发展,恶性肿瘤患者的创伤后成长已成为研究热点。有研究表明,创伤后成长可有效改善肿瘤患者的负性心理体验,使个体重建积极认知,增强人际关系、提升健康行为,促进身心康复^[17]。创伤后成长也可以通过增强免疫功能与降低机体皮质醇水平来促进个体的身心健康状态^[18]。然而,有调查发现,肿瘤患者的创伤后成长水平处于中等偏下水平^[19]。表 5 显示,两组创伤后成长总分比较,组间效应、时间效应及交互效应均 $P<0.05$,表明灵性照护可以提高肿瘤患者的创伤后成长水平。与刘兆^[20]的研究结果相似,即通过寻求多种形式的心灵关怀与精神寄托,增加肿瘤患者的积极认知,提高其应对逆境的能力,提升其生存质量。本研究在灵性价值观(尊严、自我肯定及接纳他人等)的引导下,鼓励患者分享患病体验,一方面,通过释放情绪与压力,积极的倾听与自我表达,激发内心的希望和爱与被爱的感觉,从而得到支持与心灵慰藉,强化精神和情感寄托,以超越困境,获得成长。另一方面,鼓励患者坦露内心的真实需求与期望,通过信任与接纳,重建人生的目标与方向,增强对疾病和自我的积极认知。同时引导患者正确看待生死,活在当下,通过生命回顾帮助患者强化生命中的积极事件,肯定自我对社会、对家庭做出的贡献,重新定位自己的价值与方向,坚持以积极正向的态度看待问题,以更积极乐观的心态去面对生命,从而获得创伤后的积极改变。

4 小结

本研究基于生物-心理-社会医学模式制订干预方案,从同期放化疗恶性肿瘤患者的灵性需求出发,通过灵性照护引导和规范患者的认知与言行,赋予患者内在的力量,正向引导追求生命的价值,在逆

境中寻求超越和成长,以减轻患者的焦虑、抑郁情绪,提高其创伤后成长水平。但本研究仅测评了干预结束后 1 个月与 3 个月的效果,缺乏远期效果的观察;此外,仍需进一步探索干预形式及最佳干预时机,制订适合不同人群的灵性照护干预方案。

(本研究承蒙香港地区临床牧关教育及教牧辅导协会林锦涛老师的督导与支持,特此致谢!)

参考文献:

[1] 科技部国家人口与健康科学数据共享服务平台. 中国城镇居民心理健康白皮书[R/OL]. (2018-04-09)[2021-01-19]. <http://www.zskx.com.cn/articles/1377.html>.

[2] 吴芳,王仁生,韦波,等. 多西他赛联合奈达铂诱导化疗序贯奈达铂单药同期放化疗治疗局部晚期鼻咽癌[J]. 医药导报, 2013,32(4):459-463.

[3] Heidarzadeh M, Rassouli M, Brant J M, et al. Dimensions of posttraumatic growth in patients with cancer: a mixed method study[J]. Cancer Nurs, 2018, 41(6): 441-449.

[4] Tedeschi R G, Calhoun L G. The Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma[J]. J Traum Stress, 1996, 9(3): 455-471.

[5] 杨玉丽,吴小玉,鲍春燕,等. 肿瘤科护士灵性照护实施的自我评价[J]. 中华护理教育, 2019, 16(6): 453-456.

[6] 王鑫鑫,王霜霜,贾彦楠,等. 癌症患者的灵性需求现状及影响因素分析[J]. 护理学杂志, 2020, 35(3): 74-76.

[7] 成琴琴,刘翔宇,湛永毅,等. 中文版灵性需求量表的信效度研究[J]. 护理学杂志, 2018, 33(3): 16-19.

[8] 何筱衍,李春波,钱洁,等. 广泛性焦虑量表在综合性医院的信度和效度研究[J]. 上海精神医学, 2010, 22(4): 200-203.

[9] 徐勇,吴海苏,徐一峰. 病人健康问卷抑郁量表(PHQ-9)在社区老年人群中的应用——信度与效度分析[J]. 上海精神医学, 2007, 19(5): 257-259.

[10] 汪际,王艳波,刘晓虹. 创伤后成长相关测评工具的研究进展[J]. 中华护理杂志, 2010, 45(8): 758-760.

[11] Caldeira S, Timmins F, de Carvalho E C, et al. Clinical validation of the nursing diagnosis spiritual distress in cancer patients undergoing chemotherapy[J]. Int J Nurs Knowl, 2017, 28(1): 44-52.

[12] Hoecker A, Kruell A, Koch U, et al. Exploring spiritual needs and their associated factors in an urban sample of early and advanced cancer patients[J]. Eur J Cancer Care, 2014, 23(6): 786-794.

[13] Schmidt C A, Patterson M A, Ellis A M, et al. Religious and spiritual assessment: a standardized patient curriculum intervention[J]. Clin Simul Nurs, 2017, 13(7): 314-320.

[14] Chaar E A, Hallit S, Hajj A, et al. Evaluating the impact of spirituality on the quality of life, anxiety, and depression among patients with cancer: an observational transversal study[J]. Support Care Cancer, 2018, 26(8): 2581-2590.

[15] 袁媛,程静娴,丁萍. 灵性照护对膀胱肿瘤行电切术患者