·心理护理·
·论　　著·

中青年首发脑卒中患者创伤后应激障碍潜在剖面分析及影响因素研究

张岚[1]，廖诗慧[2]，肖月琴[2]，梁剑英[2]，邓玲[2]，周琴[2]，李玲[2]

摘要：目的 识别中青年首发脑卒中患者创伤后应激障碍的潜在类别及影响因素，为医护人员制订精准化的PTSD症状管理策略提供参考依据。**方法** 采用便利抽样法，选取357例中青年首发脑卒中患者作为调查对象，使用一般资料调查表、创伤后应激障碍平民版量表、领悟社会支持量表、心理弹性量表、艾森克人格问卷简式量表中国版、Barthel指数进行调查。**结果** 357例患者中，176例(49.3%)存在创伤后应激障碍。中青年首发脑卒中患者创伤后应激障碍分为3个潜在剖面：低应激组(43.1%)、中应激－回避麻木组(40.9%)、高应激－高警觉组(16.0%)。logistic回归分析显示，文化程度、家庭人均月收入、发病至就诊时间、Barthel指数、中医辨证分型、人格特质、领悟社会支持和心理弹性是中青年首发脑卒中患者创伤后应激障碍潜在类别的影响因素(均$P<0.05$)。**结论** 中青年首发脑卒中患者创伤后应激障碍阳性检出率较高，存在群体异质性。医护人员应根据中青年首发脑卒中患者不同类别的特征及其影响因素，制订针对性的精准化措施，以降低患者的创伤后应激障碍水平，促进创伤后成长，提高其生活质量。

关键词：中青年；　脑卒中；　创伤后应激障碍；　领悟社会支持；　心理弹性；　潜在剖面分析；　中医辨证；　人格特质
中图分类号：R473.5；B849　**DOI：**10.3870/j.issn.1001-4152.2026.18.086

Latent profile analysis and influencing factors of post-traumatic stress disorder in young and middle-aged patients with first stroke

Zhang Lan, Liao Shihui, Xiao Yueqin, Liang Jianying, Deng Ling, Zhou Qin, Li Ling. Department of Gynecology, Leshan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Affiliated to Chengdu University of Chinese Medicine, Leshan 614000, China

Abstract: Objective To analyze the latent profile of post-traumatic stress disorder(PTSD) in young and middle-aged patients with first stroke and the influencing factors of different profile categories. **Methods** From March 2024 to June 2025, convenience sampling was used to select 357 young and middle-aged patients with first stroke as the participants. The general information questionnaire, the Post Traumatic Stress Disorder Checklist-Civilian Version, the Perceived Social Support Scale, the Connor-Davidson Resilience Scale, the Eysenck Personality Questionnaire-Revised, Short Scale for Chinese and the Barthel Index were used for the survey. **Results** Among the 357 young and middle-aged patients with first stroke, 176 cases(49.30%) had PTSD. The results of latent profile analysis showed that the PTSD of young and middle-aged patients with first stroke could be divided into three latent categories: low stress group (43.1%), moderate stress-avoidance numbness group (40.9%), and high stress-high alertness group (16.0%). Logistic regression analysis revealed that educational level, per capita monthly income, time from onset to medical consultation, Barthel Index, syndrome differentiation of Chinese medicine, personality traits, perceived social support, and psychological resilience were significant predictors of latent profiles of PTSD in young and middle-aged patients with first stroke(all $P<0.05$). **Conclusion** The positive screening rate of PTSD in young and middle-aged patients with first stroke is high, and there is heterogeneity. Medical staff should develop targeted and precise interventions based on the distinct characteristics and the factors that influence these profiles of young and middle-aged patients with first stroke. Such interventions aim to reduce the incidence of PTSD in these patients, promote post-traumatic growth, and improve their quality of life.

Keywords: young and middle age;　stroke;　post-traumatic stress disorder;　perceived social support;　psychological resilience;　latent profile analysis;　syndrome differentiation of Chinese medicine;　personality traits

报告显示，全球脑卒中的发病年龄呈现年轻化趋势[1]，我国脑卒中首次发病年龄40～64岁的占比超过66.6%[2]。脑卒中具有致死、致残率高的特点，相较于老年人，中青年脑卒中多为首发[3]，患者原本的家庭、社会角色责任受到冲击，不仅可能会中断原有的生活轨迹，导致心理创伤或急性应激障碍，还可能

作者单位：成都中医药大学附属乐山医院/乐山市中医医院 1.妇科 2.脑病、血管病中心(四川 乐山，614000)
通信作者：廖诗慧，624843882@qq.com
张岚：女，硕士，主管护师，1197687175@qq.com
科研项目：乐山市科技局2023年重点研究项目(23ZDYJ0049)
收稿：2026－04－01；修回：2026－06－10

对回归社会后的信心、家庭关系产生影响，发生创伤后应激障碍（Post-traumatic Stress Disorder，PTSD）[4]。PTSD 是个体经历创伤事件后出现的精神障碍，表现为反复出现闯入性创伤体验、回避与情感麻木、持续高警觉[5]。研究表明，PTSD 对脑卒中患者的心理健康、生活质量、药物依从性等均具有负面影响，甚至可能会增加卒中复发风险[6]。因此，针对中青年首发脑卒中患者 PTSD 进行症状管理尤为重要。而有效进行症状管理的关键在于通过个体在症状上的不同表现来区分具有异质性的亚组[7]。然而，由于疾病症状存在个体差异性，普适性的症状管理策略难以区分其异质性，而界定其不同类别及特征是实施精准干预的必要前提[8]。潜在剖面分析是以个体为中心的统计方法，能识别不同类别群体的特征，对类别间差异进行最大化区分[9]。鉴此，本研究通过潜在剖面分析方法探索中青年首发脑卒中患者 PTSD 的不同类别，多角度分析不同类别的差异及影响因素，旨在为医护人员制订精准化的 PTSD 症状管理策略提供参考依据。

1 对象与方法

1.1 对象 采用便利抽样法，选取 2024 年 3 月至 2025 年 6 月乐山市中医医院脑病、血管病中心的中青年首发脑卒中患者作为调查对象。纳入标准：①年龄 18～59 岁；②首次发病住院；③符合《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2023》的诊断标准[10]，并经头颅 CT 或 MRI 确诊为缺血性脑卒中；④经常规治疗后生命体征平稳，神志清楚，能够配合完成量表的填写；⑤近半年内未经历其他创伤性事件（如直系亲属死亡、重大自然伤害、交通事故导致重伤等）；⑥对本研究知情，自愿参与本次研究。排除标准：①并存其他重要脏器（心脏、肾脏等）功能严重受损；②失语、意识不清、存在认知及智力障碍。根据 logistic 回归分析样本量计算方法[11]，样本量为自变量的 10～15 倍，本研究涉及 27 个自变量，考虑 20%的无效应答，所需样本量应为 338～507 例，最终共有效调查 357 例。本研究已通过乐山市中医医院伦理委员会批准（审批号：2024-28）。

1.2 调查工具

1.2.1 一般资料调查表 由研究者在查阅相关文献的基础上自行设计，包括 2 个部分内容。①人口社会学资料：年龄、性别、文化程度、婚姻状况、居住地、居住状态、职业类型、医保类型、家庭人均月收入。②疾病相关资料：中医辨证分型、发病至就诊时间、溶栓或取栓、并存慢性病、吞咽障碍、基底节病变、偏瘫。

1.2.2 创伤后应激障碍平民版（Post-traumatic Stress Disorder Checklist-Civilian Version，PCL-C） 该量表由史铁英等[12]翻译并首次应用，是我国筛查 PTSD 的常用临床应用工具。量表包含再体验症状（5 条）、回避麻木症状（7 条）、警觉性增高症状（5 条）3 个维度，共 17 个条目。采用 Likert 5 级评分法，1 分表示“没有反应”，5 分表示“极重度反应”，总分 17～85 分，得分越高说明患者的 PTSD 越严重，≥38 分提示被测者有明显的 PTSD 症状。该量表的 Cronbach′s α 系数为 0.924，本研究为 0.876。

1.2.3 领悟社会支持量表（Perceived Social Support Scale，PSSS） 该量表由黄丽等[13]翻译，用于评估个体所感知到的社会支持水平。该量表分为家庭支持（4 条）、朋友支持（4 条）和其他支持（4 条）3 个维度，共 12 个条目。采用 Likert 7 级评分法，1 分表示“极不同意”，7 分表示“极同意”，总分 12～84 分，得分越高，个人感知到的社会支持越高。该量表的 Cronbach′s α 系数为 0.840，本研究为 0.933。

1.2.4 心理弹性量表（Connor-Davidson Resilience Scale，CD-RISC） 该量表由于肖楠等[14]汉化，分为坚韧（13 条）、乐观（8 条）、力量（4 条）3 个维度，共 25 个条目。采用 Likert 5 级评分法，0 分表示“从不”，4 分表示“几乎总是”，总分 0～100 分，得分越高，心理弹性越好。该量表的 Cronbach′s α 系数为 0.910，本研究中为 0.946。

1.2.5 艾森克人格问卷简式量表中国版（Eysenck Personality Questionnaire-Revised，Short Scale for Chinese，EPQ-RSC） 该量表由钱铭怡等[15]修订而成，包括精神质（P）、外向（E）、神经质（N）和测谎（L）4 个分量表各 12 个条目，共 48 个条目。正向记分项目答“是”得 1 分，答“否”不得分；反向计分项目答“是”不得分，答“否”得 1 分，根据得分划分为 4 种人格：外向情绪稳定型、外向情绪不稳定型、内向情绪稳定型和内向情绪不稳定型。该量表的 P、E、N、L 分量表 Cronbach′s α 系数分别为 0.670、0.880、0.800、0.780，本研究中分别为 0.764、0.812、0.835 和 0.788，总体 Cronbach′s α 系数为 0.845。

1.2.6 Barthel 指数 该量表用于评估日常生活活动能力（Activity of Daily Living，ADL）。包括吃饭、穿衣、修饰、洗澡、如厕、控制大小便、床椅转移、平地行走及上下楼梯 10 个条目，根据患者完成每项内容所需要帮助的程度分别计 10、5、0 分。满分 100 分，100 分为完全独立，61～99 分为轻度依赖，41～60 分为中度依赖，≤40 分为重度依赖[16]。中文版 Barthel 指数量表的 Cronbach′s α 系数为 0.916[17]，本研究中为 0.854。

1.3 资料收集方法 选取课题组中的 6 名成员（均为脑病、血管病中心护士）作为调查员。在正式开展调查前，研究者对调查员进行纳入与排除标准的准确把握、隐私保密、伦理原则、标准化的问卷填写规范等系统化培训。调查时间选择在患者病情稳定后（由主管医生对患者进行评估），经由调查员邀请并详细解释研究的过程、目的和意义，确保患者完全理解以获

得知情同意。由调查员在患者住院期间收集一般资料及艾森克人格问卷，其中医辨证分型根据住院电子病例如实填写。共纳入 380 例患者，无法独立填写者，由调查员提问，根据其回答如实协助填写；在患者出院后的第 1 个月，调查员以电话随访的形式进行 PTSD 量表、领悟社会支持量表、心理弹性量表及 Barthel 指数的数据收集，期间失访、明确拒绝或问卷填写无效（回答呈明显规律性等）均剔除，最终回收有效问卷 357 份，有效回收率为 93.95%。PTSD 总分≥38 分的患者，由研究者再次联系，请其来院由医师给予相应诊疗与干预。待资料收集完毕再次检查，核对无误后双人录入数据，并由第 3 人进行核查，保证数据录入的准确性。

1.4 统计学方法 采用 Mplus8.3 软件建立潜在剖面模型：适配检验指标包括 3 部分：①模型拟合优度通过赤池信息准则（AIC）、贝叶斯信息准则（BIC）及样本量修正贝叶斯信息准则（aBIC）进行评估，三者数值越小表明模型拟合效果越佳；②熵值（Entropy）用于反映分类准确性，其值越接近 1 表示模型分类越清晰（>0.8 代表分类精度超过 90%）；③采用 Lo-Mendell-Rubin 似然比检验（LMRT）及 Bootstrap 似然比检验（BLRT）比较相邻模型的拟合差异，若 $P<0.05$，则 k 类模型显著优于 k-1 类模型。确定最佳类别后，使用 SPSS26.0 软件进行统计分析：计数资料以频数和百分比表示，组间比较采用 χ^2 检验及 Fisher 确切概率法；计量资料采用 Shapiro-Wilk 正态性检验，服从正态分布以（$\bar{x}\pm s$）表示，偏态分布采用 $M(P_{25}, P_{75})$ 描述，组间比较采用 Kruskal-Wallis H 检验；采用无序多元 logistic 回归分析潜在剖面的影响因素。检验水准 $\alpha=0.05$。

2 结果

2.1 调查问卷的共同方法偏差检验 本研究通过 Harman 单因素检验方法共提取 10 个主成分，最大公因子的方差解释率为 24.23%，低于临界值 40%，故本研究不存在严重的共同方法偏差。

2.2 中青年首发脑卒中患者的一般资料 本研究共有效纳入 357 例，男 243 例，女 114 例；年龄 36～59（58.46±8.69）岁；年龄 18～<45 岁 54 例，45～59 岁 303 例；城乡居民医保 220 例，城镇职工医保 121 例，自费 16 例；有吞咽障碍者 48 例。

2.3 中青年首发脑卒中患者的 PTSD、领悟社会支持及心理弹性情况 357 例中青年首发脑卒中患者，176 例（49.3%）PTSD 得分≥38 分。各变量得分情况见表 1。

2.4 中青年首发脑卒中患者 PTSD 的潜在剖面分析 以 PTSD 量表的 3 个维度（再体验症状、回避麻木症状、警觉性增高症状）作为外显指标，依次对 1～5 个剖面的模型进行拟合。结果显示，从模型 1 逐步增加至模型 5，AIC、BIC 和 aBIC 值均呈持续下降趋势，模型拟合度逐步改善。其中，模型 2 的拟合优于模型 1，Entropy 为 0.825，分类准确性较高，LMRT 与 BLRT 检验均显著（$P<0.001$）；模型 3 下降趋势明显变缓，出现下降拐点，同时 Entropy 提升至 0.847，分类精度更佳，LMRT 和 BLRT 均显著（$P<0.001$），且各类别比例分布合理（0.431，0.409，0.160）；模型 4 的 LMRT 检验不再显著（$P>0.05$），且分类比例中出现较小类别（0.101），降低了解释价值。模型 5 虽然在 AIC、BIC 和 aBIC 上略有下降，但 LMRT 检验不显著（$P>0.05$），且存在较小类别 0.056，削弱了模型的稳定性与解释性。综合信息准则、分类精度及显著性检验结果，模型 3 在拟合优度、分类清晰度及类别比例的平衡性上最为理想，故确定为最终潜在剖面模型，具体见表 2。本研究依据 3 个潜在剖面在 PTSD 量表中各维度的条目均分命名：在类别 1 中，PTSD 各维度得分均处于较低水平，分别为 1.64 分（再体验症状）、1.78 分（回避麻木症状）、1.79 分（警觉性增高症状），故命名为低应激组（154 例，43.1%）；在类别 2 中，回避麻木症状得分（2.79 分）高于再体验症状得分（2.50 分）和警觉性增高症状得分（2.60 分），命名为中应激－回避麻木组（146 例，40.9%）；在类别 3 中，PTSD 各维度得分均处于较高水平，警觉性增高症状得分（3.86 分）高于再体验症状得分（3.49 分）与回避麻木症状得分（3.39 分），因此命名为高应激－高警觉组（57 例，16.0%）。中青年首发脑卒中患者 PTSD 3 类别的潜在剖面特征，见图 1。

表 1 患者 PTSD、领悟社会支持及心理弹性得分情况

分，$\bar{x}\pm s$

项目	得分	条目均分
PTSD	37.47±8.35	2.20±0.49
再体验症状	10.94±3.22	2.19±0.65
回避麻木症状	15.07±3.84	2.15±0.55
警觉性增高症状	11.47±2.89	2.29±0.58
领悟社会支持	52.93±12.69	4.41±1.06
家庭支持	18.20±4.73	4.55±1.18
朋友支持	17.21±4.69	4.30±1.17
其他支持	17.51±4.57	4.38±1.14
心理弹性	65.30±15.07	2.61±0.60
乐观	21.25±5.30	2.66±0.66
力量	10.71±2.97	2.68±0.74
坚韧	33.35±7.82	2.57±0.60

2.5 中青年首发脑卒中患者 PTSD 潜在剖面类别的单因素分析 结果显示，性别、年龄、居住状态、医保类型、吞咽障碍的中青年首发脑卒中患者 PTSD 的类别比较，差异无统计学意义（均 $P>0.05$），差异有统计学意义的项目，见表 3。

表 2 中青年首发脑卒中患者 PTSD 潜在剖面模型的拟合指标(n=357)

模型	AIC	BIC	aBIC	P		Entropy	类别概率
				LMRT	BLRT		
1	6 048.216	6 071.482	6 052.448				1.000
2	5 631.814	5 670.591	5 638.866	<0.001	<0.001	0.825	0.605/0.395
3	5 473.721	5 528.010	5 483.595	<0.001	<0.001	0.847	0.431/0.409/0.160
4	5 456.977	5 526.776	5 469.672	0.315	<0.001	0.761	0.342/0.305/0.101/0.252
5	5 438.328	5 523.639	5 453.844	0.077	<0.001	0.769	0.339/0.247/0.056/0.266/0.092

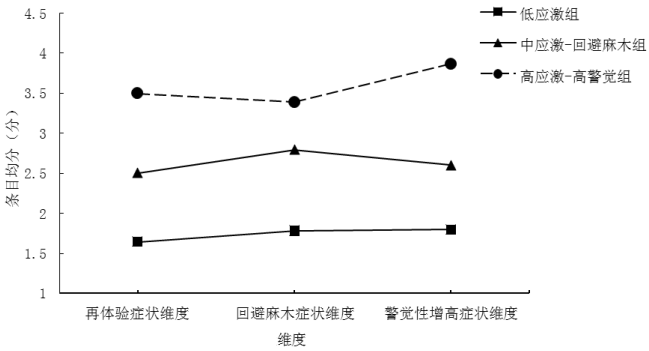


图 1 中青年首发脑卒中患者 PTSD 3 类别的潜在剖面特征

表 3 中青年首发脑卒中患者 PTSD 潜在剖面类别的单因素分析 例

项目	例数	低应激组（n=154）	中应激-回避麻木组（n=146）	高应激-高警觉组（n=57）	χ^2/Hc	P
居住地(例)					15.215	0.004
城市	123	67	45	11		
城镇	90	39	37	14		
农村	144	48	64	32		
婚姻状况(例)						0.013*
未婚	10	2	5	3		
已婚	314	128	133	53		
丧偶	7	5	2	0		
离异	26	19	6	1		
文化程度(例)					18.882	0.004
小学及以下	90	27	40	23		
初中	186	80	78	28		
中专/高中	68	39	24	5		
大专及以上	13	9	3	1		
职业类型(例)					19.681	0.012
工人/农民	215	107	84	24		
个体户	52	22	22	8		
职员	23	8	10	5		
无业	54	14	24	16		
退休	13	3	6	4		
家庭人均月收入(例)					20.090	0.003
<1 000 元	43	10	21	12		
1 000～2 999 元	135	51	58	26		
3 000～4 999 元	136	66	54	16		
≥5 000 元	43	27	13	3		
中医辨证分型(例)					17.657	0.007
风痰瘀阻	129	68	48	13		
气虚血瘀	160	68	67	25		
气滞血瘀	33	10	15	8		
痰瘀阻窍	35	8	16	11		
发病至就诊时间(例)						0.007*
<1.0 h	11	8	2	1		
1.0～<3.0 h	47	31	14	2		
3.0～<4.5 h	11	6	4	1		
4.5～6.0 h	18	9	7	2		
>6.0 h 或不明	270	100	119	51		

续表 3 中青年首发脑卒中患者 PTSD 潜在剖面类别的单因素分析 例

项目	例数	低应激组（n=154）	中应激-回避麻木组（n=146）	高应激-高警觉组（n=57）	χ^2/Hc	P
溶栓或取栓(例)					7.340	0.025
否	322	140	136	46		
是	35	14	10	11		
并存慢性病(例)					11.945	0.003
无	133	70	39	24		
有	224	84	107	33		
Barthel 指数(例)					19.912	0.003
完全独立	60	36	19	5		
轻度依赖	136	65	54	17		
中度依赖	121	44	53	24		
重度依赖	40	9	20	11		
基底节病变(例)					9.588	0.008
否	233	106	100	27		
是	124	48	46	30		
偏瘫(例)					23.323	<0.001
否	313	140	134	39		
是	44	14	12	18		
人格特质(例)					28.560	<0.001
外向情绪稳定型	78	44	33	1		
外向情绪不稳定型	99	49	37	13		
内向情绪稳定型	82	28	31	23		
内向情绪不稳定型	98	33	45	20		
领悟社会支持[分,$M(P_{25}, P_{75})$]	357	54.0 (44.0, 65.0)	54.5 (46.0, 62.0)	44.0 (38.0, 52.0)	27.024	<0.001
心理弹性[分,$M(P_{25}, P_{75})$]	357	66.0 (59.0, 83.0)	64.0 (54.0, 76.0)	58.0 (47.0, 65.0)	26.607	<0.001

注：* Fisher 确切概率法。

2.6 中青年首发脑卒中患者 PTSD 潜在剖面类别的无序多分类 logistic 回归分析 以中青年首发脑卒中患者 PTSD 潜在剖面的 3 个类别为因变量，将“低应激组”设为参照组，以单因素分析中有统计学意义的变量作为自变量，进行无序多分类 logistic 回归分析，结果见表 4。

3 讨论

3.1 中青年首发脑卒中患者 PTSD 的阳性检出率较高 本研究结果显示，中青年首发脑卒中患者 PTSD 总分为(37.47±8.35)分，与付爽等[18]研究得出的结果相近。本研究中 PTSD 阳性检出率为 49.3%，而宗晓佳等[19]对上海市某三级甲等医院的中青年首发脑卒中患者进行调查，结果得出 PTSD 阳性检出率为 38.9%，远低于本研究结果。上海市相比本研究所在的地级市，经济发展水平更高，医疗服务保障更完善，患者接受医疗知识的途径更广阔，应对疾病风险的能

力也更强；本研究中患者的职业多为工人/农民，发病后短时间内缺乏脑卒中知识储备。上述两方面可能是导致研究结果不一致的原因。急性脑卒中对作为家庭和社会主要劳动力的中青年人群而言无疑是重大创伤事件，有研究表明，心理创伤会增加患者社会功能受损、焦虑症、抑郁症、药物滥用和自杀行为的发生可能[20]，因此，关注中青年首发脑卒中患者的心理健康问题刻不容缓，医护人员应重点关注中青年首发脑卒中患者 PTSD 的早期筛查和症状评估。

表 4　中青年首发脑卒中患者 PTSD 潜在剖面类别的 logistic 回归分析

项目	参照	β	SE	Wald χ^2	P	OR	95%CI
中应激-回避麻木组 *vs*. 低应激组							
常数		4.004	1.560	6.586	0.010		
文化程度(中专/高中)	小学及以下	−0.905	0.415	4.762	0.029	0.405	0.180～0.912
发病至就诊时间(1.0～<3.0 h)	>6.0 h 或不明	−1.089	0.403	7.288	0.007	0.337	0.153～0.742
Barthel 指数(中度依赖)	完全独立	0.444	0.156	8.074	0.004	1.560	1.148～2.119
心理弹性		−0.024	0.010	5.772	0.016	0.977	0.958～0.996
高应激-高警觉组 *vs*. 低应激组							
常数		8.587	2.673	13.332	<0.001		
文化程度(中专/高中)	小学及以下	−1.847	0.762	5.879	0.015	0.158	0.035～0.702
家庭人均月收入(3 000～4 999 元)	<1 000 元	−1.462	0.708	4.259	0.039	0.232	0.058～0.929
发病至就诊时间(1.0～<3.0 h)	>6.0 h 或不明	−2.065	0.952	4.704	0.030	0.127	0.023～0.822
Barthel 指数(中度依赖)	完全独立	0.736	0.264	7.757	0.005	2.088	1.244～3.506
中医辨证分型(气虚血瘀型)	痰瘀阻窍型	−2.524	0.778	10.527	0.001	0.080	0.017～0.368
人格特质	内向情绪不稳定型						
外向情绪稳定型		−3.482	1.170	8.865	0.003	0.031	0.003～0.304
外向情绪不稳定型		−1.623	0.648	6.267	0.012	0.197	0.055～0.703
领悟社会支持		−0.073	0.021	12.510	<0.001	0.929	0.892～0.968
心理弹性		−0.044	0.017	7.086	0.008	0.957	0.926～0.988

注：模型似然比 $\chi^2=211.829$，$P<0.001$；Nagelkerke R^2 最大值为 0.514。

3.2　中青年首发脑卒中患者 PTSD 存在群体异质性

本研究通过潜在剖面分析，发现中青年首发脑卒中患者的 PTSD 可分为低应激组、中应激－回避麻木组和高应激－高警觉组 3 个类别。低应激组占比 43.1%，这类患者未发生卒中后 PTSD，情绪较为稳定，进一步分析发现，这类患者在警觉性增高维度的得分相对较高，说明此类患者仍然对类似刺激或触发事件敏感。可能是由于首次发生脑卒中后，无论患者的内在情绪如何稳定，但由于病理生理状态改变，症状体征依然显著，对疾病威胁的感知也会变得敏感。针对这类患者，医护人员应指导患者正确面对创伤，减轻思想压力。中应激－回避麻木组占比 40.9%，这类患者表现出以回避和麻木为主要应对方式的特征，有研究表明，脑卒中患者多采取以消极回避为导向的应对方式[21]。可能是由于本研究中此类患者多居住于农村，且文化程度较低，多为小学和初中学历，缺乏对疾病的正确认知，由于理解障碍、信息接收不足等原因，使其在心理层面形成疾病管理无意义和无价值的消极逃避的情绪。针对这类患者，应重点实施认知行为干预，帮助其构建正确的疾病认知体系。高应激－高警觉组占比 16.0%，由于脑卒中发病突然、病情严重，患者易伴随肢体功能障碍、语言功能受损等症状[22]，同时脑卒中的病死率和发病率较高，易使缺乏应对突发疾病经验的中青年患者面临巨大的心理和情感冲击，加剧惊恐、焦虑、紧张反应。人体若持续存在应激状态，将会加剧氧化应激反应，抑制受损大脑的抗氧化防御系统，增加脑细胞凋亡，阻碍神经功能重塑[23]。因此，医护人员应具体评估患者的疾病需求，实施相应的护理干预措施，必要时请精神专科、康复科等科室联合会诊，通过正向激励、耐心倾听缓解其高应激状态。

3.3　中青年首发脑卒中患者 PTSD 潜在剖面的影响因素

3.3.1　文化程度、家庭人均月收入　本研究结果显示，文化程度为中专/高中相对于小学及以下者归于低应激组的概率偏高，与以往的研究结果[24]类似。较高的文化程度通常与更好的认知能力和知识水平相关，患者能更好地理解疾病和治疗过程，有效地调整对创伤经历的情绪反应[25]。相较于低应激组，家庭人均月收入<1 000 元更易归于高应激－高警觉组。家庭人均月收入是健康行为水平的影响因素[26]，经济压力是许多患者在面对疾病时必须考虑的现实问题，高收入患者能够获得稳定的医疗支持和充足的外部资源，而对于收入较低的患者而言，医疗费用的负担、生活开支的紧张以及未来康复的不确定性都可能成为放弃治疗的源头。因此，医护人员应重点关注文化程

度低的中青年首发脑卒中患者，重视其对卒中康复知识的理解、掌握与应用情况，在制订干预措施时需考虑个体的经济水平，帮助患者选择经济风险低、依从性高的治疗方案，以确保患者获得全面、可负担的医疗服务。

3.3.2 发病至就诊时间、生活自理能力 本研究结果显示，发病至就诊时间＞6 h 或不明者更易归于中应激－回避麻木组和高应激－高警觉组。急性脑卒中发病急、病情进展快，多数患者在发病后短时间内便可发生系列功能障碍。脑卒中的院前急救时间越短，反映出患者或家属在面临危急情况时越能保持头脑清醒，而对于部分就医延迟的脑卒中患者，可能的延迟因素包括症状表现引起的焦虑、怕困扰他人引起的顾虑以及对疾病的认知不清晰等，这类患者更容易出现回避麻木或者高度焦虑的状态。生活自理能力为中度依赖的患者归属于中应激－回避麻木组和高应激－高警觉组的可能性较大。70％～80％的脑卒中患者会遗留不同程度的身体功能障碍，严重影响日常生活自理能力[27]，疾病导致的生理功能障碍将会直接影响中青年脑卒中患者的自我价值感，使其内心感到无助、麻木与恐惧，逐渐产生回避、焦虑的心理。因此，护理人员应重点评估中青年首发脑卒中患者生活自理能力，尤其针对已经出现偏瘫、吞咽功能障碍等功能障碍的患者，可联合康复科、中医科等科室进行多学科协作，及时与患者及家属共同制订个体化的康复计划，促进其身心康复。

3.3.3 中医辨证分型、人格特质 本研究结果显示，相较于痰瘀阻窍型，中医辨证分型为气虚血瘀型的患者更易归于低应激组。气虚血瘀型与痰瘀阻窍型是缺血性脑卒中的主要证候[28]，中医辨证学认为，痰瘀阻窍证表现为痰浊与瘀血互结，“痰火上泛，瘀塞其心与脑相连窍络，以致心脑不通，神明皆乱”[29]，痰瘀扰神易致情绪不稳、烦躁易怒，由此可能会产生一系列卒中后应激反应。气虚血瘀证主要是由于机体正气不足、血液运行困难，导致气血运行不畅[30]。既往已有研究表明，缺血性脑卒中患者以气虚质为主，体质类型以平和质患者居多[31]。随着时间的推移和疾病的发展，中医证型也会有相应的变化[32]。因此，医护人员应动态评估中青年首发脑卒中患者的中医辨证分型，针对不同中医证型的患者构建个体化的干预策略。相较于外向情绪者，人格特质为内向情绪不稳定的患者更易归属于高应激-高警觉组。性格内向者通常不擅于沟通交流，习惯压抑情绪，容易发生急性应激障碍[33]，加之情绪不稳定的人格特质，更易处于卒中后高应激状态。因此，医护人员应评估中青年首发脑卒中患者的人格特质，及时与内向情绪不稳定型的患者沟通交流，使其逐渐敞开心扉，坦然面对疾病。

3.3.4 心理弹性、领悟社会支持 回归分析结果表明，心理弹性及领悟社会支持得分越高的患者更易归入低应激组（均 $P<0.05$）。Connor 等[34]指出心理弹性是个体在面对疾病、逆境等应激事件时维持心理稳态平衡的动态适应过程，心理弹性高的患者通常能够采用积极的应对策略，及时调整自身心理状态，以减轻创伤后的负面影响。既往有研究表明，心理弹性高的患者擅长寻求和接受来自家庭、朋友等社会支持，有助于减轻心理负担，从而减少 PTSD 的风险[19]。领悟社会支持是个体积极的心理状态，具有较高领悟社会支持水平的患者，更有能力缓解因家庭社会角色弱化带来的自责和内疚的负性心理[35]。基于本研究结果，建议医护人员常规评估中青年首发脑卒中患者的心理弹性和领悟社会支持水平，针对评分偏低的患者采取多种心理提升策略，如团体心理辅导、音乐疗法、举办同伴交流会、认知疗法等，帮助患者建立积极的应对方式，正确认识创伤。但本研究并未显示出领悟社会支持与心理弹性的具体联系，今后也可继续分析两者在中青年首发脑卒中患者 PTSD 中的路径效应。

4 结论

本研究发现，中青年首发脑卒中患者的 PTSD 阳性检出率较高，呈现群体异质性，文化程度、家庭人均月收入、发病至就诊时间、Barthel 指数、中医辨证分型、人格特质、领悟社会支持和心理弹性是发生 PTSD 的影响因素。医护人员应根据中青年首发脑卒中患者 PTSD 的类别特征及其影响因素构建 PTSD 症状管理方案，以早期心理健康筛查为指导，识别 PTSD 高危患者，提供相应的情绪支持、认知指导以及社会重新融入策略，促进患者的创伤后成长。本研究存在以下局限性：仅在 1 所三级甲等医院开展研究，样本的代表性和结果可推广性受限；所使用的测量工具均为自评式量表，易受患者或调查人员的主观因素影响，可能导致结果出现偏倚。鉴于此，未来可增加客观指标，例如卒中后的脑电波图或神经细胞机制等，开展大样本、多中心的研究，对本研究结果进行验证与发展。

参考文献：

[1] GBD 2019 Stroke Collaborators. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990－2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019 [J]. Lancet Neurol, 2021, 20(10): 795-820.

[2] 《中国卒中中心报告 2022》编写组.《中国卒中中心报告 2022》概要[J]. 中国脑血管病杂志, 2024, 21(8): 565-576.

[3] Huang X, Luo W, Huang H, et al. Trajectories of post-traumatic growth in young and middle-aged stroke pa-

tients and their predictive effects on mental health[J]. Ann Palliat Med,2021,10(9):9435-9442.

[4] 孙菲阳,张磊,王卓,等.中青年首发脑卒中患者急性应激障碍动态列线图模型的构建[J].护理学杂志,2023,38(21):87-91.

[5] Thakur A, Choudhary D, Kumar B, et al. A review on post-traumatic stress disorder (PTSD): symptoms, therapies and recent case studies[J]. Curr Mol Pharmacol, 2022,15(3):502-516.

[6] Ferro J M, Caeiro L, Figueira M L. Neuropsychiatric sequelae of stroke[J]. Nat Rev Neurol,2016,12(5):269-280.

[7] Miaskowski C, Barsevick A, Berger A, et al. Advancing symptom science through symptom cluster research: expert panel proceedings and recommendations[J]. J Natl Cancer Inst,2017,109(4):djw253.

[8] 郭吉祥,梁爱群,罗小平,等.老年住院患者痴呆恐惧的潜在剖面及影响因素分析[J].护理学杂志,2025,40(20):104-109.

[9] 孙莎莎,李小兵.从以变量为中心到以个体为中心:正念研究路径的转向及启示[J].医学与哲学,2022,43(22):42-45.

[10] 李光硕,赵性泉.《中国急性缺血性卒中诊治指南 2023》解读[J].中国卒中杂志,2024,19(8):956-961.

[11] 方积乾.卫生统计学[M].7 版.北京:人民卫生出版社,2012:399.

[12] 史铁英,姜潮,贾树华,等.严重急性呼吸系统综合征创伤后应激障碍的评价量表[J].中国临床康复,2005,9(40):44-47.

[13] 黄丽,姜乾金,任蔚红.应对方式、社会支持与癌症病人心身症状的相关性研究[J].中国心理卫生杂志,1996,10(4):160-161.

[14] 于肖楠,张建新.自我韧性量表与 Connor-Davidson 韧性量表的应用比较[J].心理科学,2007(5):1169-1171.

[15] 钱铭怡,武国城,朱荣春,等.艾森克人格问卷简式量表中国版(EPQ-RSC)的修订[J].心理学报,2000,32(3):317-323.

[16] 李小寒,尚少梅.基础护理学[M].7 版.北京:人民卫生出版社,2022:186.

[17] 侯东哲,张颖,巫嘉陵,等.中文版 Barthel 指数的信度与效度研究[J].临床荟萃,2012,27(3):219-221.

[18] 付爽,刘祯,崔玉顺.中青年首发脑卒中患者心理一致感在领悟社会支持与创伤后应激障碍的中介效应[J].护理学报,2023,30(20):43-47.

[19] 宗晓佳,张艳蓉,韩佳,等.中青年首发脑卒中患者创伤后应激障碍的发展轨迹[J].中国护理管理,2025,25(7):995-1000.

[20] 许汉芳,吴丽丽,严灿.建立及早干预重大灾难和突发事件后精神心理创伤中西医结合方案思考[J].中国中西医结合杂志,2022,42(12):1504-1508.

[21] 阮自豪,林蓓蕾,张振香,等.脑卒中患者心理弹性在复发恐惧与功能锻炼依从性间的中介效应[J].军事护理,2025,42(2):46-49.

[22] Lekoubou A, Nguyen C, Kwon M, et al. Post-stroke everything[J]. Curr Neurol Neurosci Rep,2023,23(11):785-800.

[23] Pittenger C, Duman R S. Stress, depression, and neuroplasticity: a convergence of mechanisms[J]. Neuropsychopharmacology,2008,33(1):88-109.

[24] 张世晴,徐雪君,邓曼,等.脑卒中患者症状负担潜在剖面及影响因素分析[J].中华护理杂志,2025,60(17):2110-2117.

[25] 高莹,顾鞠,徐娜娜.早期甲状腺癌患者术后的创伤后成长现状及影响因素分析[J].中西医结合护理(中英文),2024,10(2):124-126.

[26] Kim H W, Kang S Y, Kim J. Factors influencing adolescents' healthy pregnancy preparation behavior: a cross-sectional gender comparison applying the health belief model[J]. Reprod Health,2022,19(1):90.

[27] Li H, Jacob M A, Cai M, et al. Meso-cortical pathway damage in cognition, apathy and gait in cerebral small vessel disease[J]. Brain,2024,147(11):3804-3816.

[28] 张利丹,谢雁鸣,高阳,等.2558 例缺血性脑卒中患者中医证候与体质的相关性[J].中医杂志,2021,62(16):1416-1420.

[29] 张锡纯.医学衷中参西录[M].太原:山西科学技术出版社,2009:80.

[30] 张红智,龚帆,唐海燕,等.芪龙祛瘀合剂治疗急性缺血性脑卒中(气虚血瘀型)的疗效评价[J].上海中医药大学学报,2021,35(3):23-27.

[31] 宋丽娟.314 例脑卒中患者证候类型与中医体质的相关性研究[D].太原:山西中医药大学,2020.

[32] 罗菁,崔韶阳,王曙辉,等.中风后吞咽障碍的中医证型分布特点初探[J].中华中医药杂志,2019,34(2):820-823.

[33] 董立焕,王倩,裴荷珠,等.脑卒中患者急性应激障碍及影响因素研究[J].护理学杂志,2019,34(16):80-83.

[34] Connor K M, Davidson J R. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)[J]. Depress Anxiety,2003,18(2):76-82.

[35] Guan X, Zhu Q, Qian H. Relationship between post-traumatic stress disorder and fear of progression in stroke patients: the mediating role of perceived social support and coping styles[J]. Top Stroke Rehabil,2025,32(5):544-552.

(本文编辑　赵梅珍)