

丁苯酞序贯联合双联抗血小板方案治疗老年急性分水岭脑梗死神经功能缺损的临床疗效研究

何利林

广州新海医院神经内科 广东 广州 510220

【摘要】目的：研究丁苯酞序贯联合双联抗血小板方案治疗死（AWCI）神经功能缺损的临床疗效。方法：选取 2023 年 1 月至 2026 年 1 月广州新海医院神经内科神经内科收治的老年急性分水岭脑梗死患者合计 60 例，借助随机数字表法分为对照组 30 例与治疗组 30 例，对照组予以常规基础治疗联合双联抗血小板方案，治疗组在对照组基础上辅助丁苯酞序贯治疗，比较两组观察指标：临床疗效、NIHSS 量表评分、改良 Barthel 指数（MBI）及大脑中动脉血流动力学指标（PSV、Vm）与不良反应发生率。结果：治疗 30 d 后，治疗组患者的 NIHSS 评分降低，MBI 评分提高（ $P<0.05$ ），治疗组患者的大脑中动脉血流动力学指标 PSV、Vm、临床疗效均明显高于对照组（ $P<0.05$ ）；较之对照组 23.33%，治疗组患者的不良反应发生率下降 3.33%（ $P<0.05$ ）。结论：丁苯酞序贯+双联抗血小板联合治疗方法应用于老年急性分水岭脑梗死患者中，可积极改善神经功能缺损情况，综合提高日常生活能力与临床疗效，及时改善脑血流灌注，临床药物安全性较高，具有积极的临床借鉴价值。

【关键词】丁苯酞；序贯治疗；双联抗血小板；分水岭脑梗死；NIHSS；脑血流动力学

DOI:10.12417/2705-098X.26.16.024

急性分水岭脑梗死是一种老年人比较常见的缺血性脑卒中亚型，集中发生于脑动脉交界区域，发病机制与脑灌注不足、动脉粥样硬化及微栓子栓塞等相关^[1]。由于老年患者普遍伴有高血压、糖尿病、血脂异常等基础疾病，脑血管代偿能力下降，神经功能缺损较重，临床致残率和复发率较高^[2]。双联抗血小板治疗可有效抑制血小板聚集减少血栓形成，已作为急性轻型缺血性脑卒中及高危短暂性脑缺血发作的主要治疗策略，但是对改善脑组织缺血、促进神经功能恢复仍具有一定局限性。丁苯酞可及时改善患者的脑微循环，明显增加缺血区脑血流灌注，及时保护线粒体功能，缓解氧化应激和炎症反应等，可积极促进神经功能恢复^[3]。近年来，丁苯酞序贯治疗联合抗血小板方案应用于缺血性脑卒中的应用逐渐备受关注，但是针对老年急性分水岭脑梗死患者的临床研究缺乏^[4]。因此，本研究选定 2023 年 1 月至 2026 年 1 月期间广州新海医院神经内科收治 60 例老年急性分水岭脑梗死患者展开对比研究，陈述主要内容如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究选定 2023 年 1 月至 2026 年 1 月广州新海医院神经内科收治的老年急性分水岭脑梗死患者合计 60 例视为研究对象，借助随机数字表法分为对照组 30 例与治疗组 30 例。对照组中：男女对应是 16 例、14 例，年龄范围为 62~79 岁，平均值（ 70.45 ± 7.56 ）岁。研究组中：男女对应是 15 例、15 例，年龄介于 62~80 岁之间，平均值为（ 70.48 ± 7.58 ）岁。两组一

般资料比较数据显示 $P>0.05$ 。

纳入标准：（1）通过头颅 CT 检查，患者符合急性分水岭脑梗死的诊断标准；（2）年龄大于等于 60 岁；（3）发病时间低于 72 h。（4）伴有不同程度神经功能缺损。（5）稳定的生命体征。

排除标准：（1）合并脑出血或其他非缺血性脑卒中者。（2）针对丁苯酞或抗血小板药物过敏者。（3）合并严重肝、肾、心功能不全者。（4）具有活动性出血或明显出血倾向患者；（5）中途因为自身原因自愿退出本研究者。

1.2 方法

对照组患者予以双联抗血小板治疗：口服阿司匹林肠溶片，100 mg/d，口服氯吡格雷，75 mg/d。

治疗组在对照组基础上辅助丁苯酞序贯治疗：发病 1~14 d 予以患者静脉滴注 100ml 丁苯酞氯化钠注射液，2 次/d，持续治疗 15~30 d 后可将药物改为丁苯酞软胶囊口服，每次 0.2g，3 次/d，共计治疗 30 d。

1.3 观察指标

（1）NIHSS 评分、MBI 评分：神经功能缺损情况应用美国国立卫生研究院卒中量表（NIHSS）评价，分值区间是 0~42 分，得分越高即患者的神经功能缺损情况越重。日常生活能力应用改良 Barthel 指数评价，分值区间是 0~100 分，得分越高即患者的生活自理能力越理想。

（2）大脑中动脉血流动力学指标：应用经颅多普勒超声

(TCD)进行检测定,通过颞窗对患者的双侧大脑中动脉进行探测,随后调整探头角度获得清晰血流频谱,详细记录收缩期峰值流速(PSV)及平均血流速度(Vm)。

(3) 不良反应发生率: 主要涉及出血事件、胃肠道反应、肝功能异常等不良反应,计算总发生率。

(4) 临床疗效: 显效: 治疗 30 d 后, 患者的 NIHSS 评分改善幅度在 46%以上; 有效: 治疗 30 d 后, 患者的 NIHSS 评分改善幅度在 18% - 45%, 症状逐渐改善; 无效: 治疗 30 d 后, 患者的 NIHSS 评分改善幅度在 18%之内。

1.4 统计学方法

以 SPSS 28.0 软件展开数据检验, 其中计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, t 检验; 计数资料应用[n (%)]表示, χ^2 检验。判定标准: 两组数据具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

2 结果

2.1 NIHSS 评分、MBI 评分比较

治疗后患者的 NIHSS 评分、MBI 评分明显改善, 且观察组改善幅度显著优于对照组与治疗前 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 NIHSS 评分、MBI 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别		治疗组	对照组	t	P
例数		30	30	--	--
IHSS 评分	治疗前	6.11±2.24	6.12±2.25	0.017	0.986
	治疗后	3.06±0.76	5.34±1.19	8.844	0.000
MBI 评分	治疗前	65.71±5.43	65.69±5.41	0.014	0.989
	治疗后	83.13±5.97	68.42±6.34	9.252	0.000

2.2 评定两组患者的大脑中动脉血流动力学指标

治疗前两组患者大脑中动脉血流动力学指标比较无差别 $P > 0.05$; 治疗后与对照组比较, 治疗组患者的 N 大脑中动脉血流动力学指标 PSV、Vm 明显较高 $P < 0.05$, 见表 2。

表 2 评定两组患者的大脑中动脉血流动力学指标 ($\bar{x} \pm s$)

组别		治疗组	对照组	t	P
例数		30	30	--	--
PSV(cm/s)	治疗前	70.65±5.47	70.69±5.42	0.028	0.977
	治疗后	87.64±7.26	74.87±6.97	6.953	0.000
Vm(cm/s)	治疗前	45.78±6.49	45.77±6.62	0.006	0.995
	治疗后	53.90±5.12	45.30±4.88	6.659	0.000

2.3 评定两组患者的不良反应发生率

治疗后与对照组比较, 治疗组患者的不良反应发生率下降 $P < 0.05$, 见表 3。

表 3 评定两组患者的不良反应发生率 n (%)

组别	治疗组	对照组	χ^2	P
例数	30	30	--	--
出血事件	1	3	--	--
胃肠道反应	0	2	--	--
肝功能异常	0	2	--	--
总发生率	1(3.33)	7(23.33)	6.429	0.011

2.4 评定两组患者的临床疗效

治疗后与对照组 80.00%比较, 治疗组患者的临床疗效 96.67%明显提高 $P < 0.05$, 见表 4。

表 4 评定两组患者的临床疗效 n (%)

组别	治疗组	对照组	χ^2	P
例数	30	30	--	--
显效	15	11	--	--
有效	14	13	--	--
无效	1	6	--	--
总有效率	29(96.67)	24(80.00)	4.983	0.026

3 讨论

急性分水岭脑梗死作为老年缺血性脑卒中的特殊类型之一, 其发病机制主要与脑灌注不足及微栓子栓塞相关, 因为病变位置是脑动脉供血交界区, 针对脑血流变化极为敏感, 老年患者多伴有动脉粥样硬化、高血压、糖尿病等疾病, 使得脑血管储备能力下降, 若发生脑灌注不足, 极易发生不同程度的神经功能缺损, 严重威胁患者的日常生活能力。因此, 在常规抗血小板治疗的背景下, 如何及时改善脑组织灌注、加速神经功能恢复、提升临床疗效, 已作为临床研究的发展方向^[5]。

上文数据中; 治疗后与对照组比较, 治疗组患者的 NIHSS 评分降低、MBI 评分提高 $P < 0.05$, 与对照组比较, 治疗组患者的 N 大脑中动脉血流动力学指标 PSV、Vm 明显较高 $P < 0.05$, 与对照组比较, 治疗组患者的不良反应发生率下降 $P < 0.05$, 与对照组 80.00%比较, 治疗组患者的临床疗效 96.67%明显提高 $P < 0.05$, 分析具体原因: 丁苯酞序贯联合双联抗血小板方案可及时改善患者的神经功能缺损, 综合提升日常生活活动能力, 双联抗血小板治疗可经不同作用机制有效抑制患者的血小板聚

集,积极减少血栓形成,明显降低缺血灶扩大及脑卒中复发风险,进而为缺血脑组织恢复创造良好的条件^[6]。丁苯酞具有良好的多靶点脑保护作用,可及时改善脑组织能量代谢,积极保护线粒体功能,游侠减轻氧化应激损伤及炎症反应,加速神经细胞功能恢复,及时改善缺血半暗带微循环灌注,使得受损神经组织获得更多氧与营养供应。因此,两者联合可全面发挥抗血栓及脑保护作用,相较于单纯双联抗血小板治疗更有益于促进神经功能恢复,降低NIHSS评分,综合提升MBI评分^[7]。同时联合治疗可及时改善患者的脑血流灌注状态,分水岭脑梗死的发生与脑低灌注具有密切的相关性,恢复脑组织的及时灌注作为改善预后的关键措施。双联抗血小板治疗可积极减少血小板聚集及微栓形成,明显降低血流阻力,而丁苯酞可及时改善脑微循环,加速侧支循环建立,综合提升脑血流灌注效率,综合改善脑血管内皮功能,使得缺血区域获得更加具有充足的血液供应。因此两种治疗方式可发挥积极的协同作用,显著提升脑血流速度,及时改善脑组织供氧供血,进而为神经功能恢复提供积极的血流动力学基础^[8]。此外,及时双联抗血小板治疗可明显降低血栓形成风险,但依旧会增加出血及胃肠道不适

等不良反应,丁苯酞是一种脑保护药物,会间接增强抗凝或抗血小板作用,针对凝血功能影响小,且序贯治疗可在改善脑组织缺血状态的同时积极减少组织损伤,加速整体恢复,耐受性良好^[9]。另外,丁苯酞序贯联合双联抗血小板方案可显著提升患者的治疗效果,一方面双联抗血小板治疗可游侠抑制血栓形成,明显降低脑缺血进一步进展风险,另一方面丁苯酞可持续发挥良好的改善脑灌注、保护神经细胞及促进神经功能恢复等功效,两者从不同环节共同阻碍疾病进展,最大程度上实现优势互补,因此可得到更高的治疗疗效^[10]。

综上所述,丁苯酞序贯+双联抗血小板联合方案应用于老年急性分水岭脑梗死患者中,可综合改善神经功能情况,显著增强日常生活能力,促进脑血流动力学指标恢复,明显降低不良反应发生率,并提升临床总有效率,具有良好的疗效与安全性。但是本研究例数较少,临床随访时间均短,针对患者的远期神经功能恢复及卒中复发情况与长期随访缺乏,后续依旧需要开展大样本、多中心与长期随访研究,进而验证患者的长期临床价值。

参考文献:

- [1] 李义青,熊富先,唐斌,等.丁苯酞氯化钠注射液联合尤瑞克林治疗老年急性脑梗死的作用分析[J].中国医药指南,2026,24(14):75-77.
- [2] 杨宇,李鹏阳,梁华峰,等.丁苯酞联合平衡功能训练对老年急性脑梗死患者神经功能的影响[J].大医生,2026,11(9):49-51.
- [3] 张锋,秦晶晶,郭潇潇,等.龙心素胶囊联合丁苯酞对老年脑梗死恢复期患者神经功能及大脑中动脉血流的影响[J].福建中医药,2026,57(4):63-66+71.
- [4] 任增怀,宋慧婕,宋玉亨,等.丁苯酞与多奈哌齐联用对老年脑梗死后血管性痴呆患者认知功能改善的疗效观察[J].深圳中西医结合杂志,2026,36(7):65-67+72.
- [5] 沙飞.胞磷胆碱钠胶囊联合依达拉奉右莰醇、丁苯酞治疗老年急性进展性脑梗死患者的疗效[J].医学临床研究,2026,43(3):442-445.
- [6] 陈娜,吴慧,胡丽,等.艾地苯醌联合丁苯酞治疗对老年脑梗死后抑郁患者认知功能和炎性因子的影响[J].江西医药,2026,61(3):230-234.
- [7] 么蕊,张敏,王鑫,等.丁苯酞联合依达拉奉右莰醇治疗老年急性脑梗死患者临床研究[J].转化医学杂志,2026,15(3):511-515.
- [8] 林晓霖.尤瑞克林联合丁苯酞对老年脑梗死患者的影响[J].基层医学论坛,2026,30(2):87-90.
- [9] 王丽萍,魏雅丽,常顺,等.逐瘀活血汤联合丁苯酞治疗老年脑梗死恢复期的临床研究[J].中国医药,2025,20(12):1862-1867.
- [10] 李俊龙,侯文明.超早期静脉溶栓结合丁苯酞在老年急性脑梗死患者中的应用及对凝血功能的影响[J].中国老年学杂志,2025,45(24):5916-5919.