



葡萄膜炎： 并非“葡萄”引发的眼病

文 / 温州医科大学附属眼视光医院 廖颖艺



廖颖艺 药师，青光眼临床药师；温州医科大学医学硕士。发表学术论文及科普文章多篇，多次参与科普视频制作并获奖。致力于科普眼科合理用药知识，并为患者提供个体化的用药指导。

葡萄膜炎得名于眼球的解剖结构“葡萄膜”，与我们食用的水果无关。葡萄膜位于眼球壁中层，包含虹膜、睫状体和脉络膜，而葡萄膜炎正是发生在此部位的炎症性疾病。

一、葡萄膜炎发生的原因

葡萄膜炎的病因较为复杂，通常可分为感染性和非感染性两大类。感染性葡萄膜炎由细菌、病毒、真菌或寄生虫等病原体引发。非感染性葡萄膜炎与自身免疫性疾病（如类风湿性关节炎、强直性脊柱炎）、遗传因素、环境因素等密切相关。

二、葡萄膜炎如何用药

葡萄膜炎的症状表现很复杂，对眼睛的破坏性也

很强，因此一旦疑似发病，必须及时就医。

1. 感染性葡萄膜炎的分类与治疗

感染性葡萄膜炎治疗的核心是准确识别病原体，并使用精准、足量的抗微生物药物。

(1) 病毒性葡萄膜炎

病毒是引发感染性葡萄膜炎的常见病因。其中，对巨细胞病毒的相关研究较为深入，治疗药物可选用更昔洛韦或缬更昔洛韦。对于无法耐受全身用药或需要强化治疗的患者，玻璃体内注射更昔洛韦是有效的辅助或替代方案。在用药期间，医生和药师需叮嘱患者足量、按时服药，并密切监测肝肾功能与血常规等各项指标。

(2) 寄生虫性葡萄膜炎

眼弓形虫病和眼弓蛔虫病可能引起葡萄膜炎。

眼弓形虫病的主要传播途径包括直接接触感染猫的粪便，或食用未煮熟、含有弓形虫组织包囊的猪肉和羊肉等。治疗仍以经典三联疗法（乙胺嘧啶、磺胺嘧啶及糖皮质激素）为金标准。口服乙胺嘧啶时，需密切关注其可能引发的骨髓抑制毒性，同时也要留意磺胺类药物可能导致的过敏反应与结晶尿问题。

眼弓蛔虫病的主要传播途径包括直接接触感染狗的粪便，或接触身上沾有虫卵的狗。治疗首选阿苯达唑，使用糖皮质激素控制炎症也至关重要。



(3) 细菌性葡萄膜炎

一旦确诊细菌性葡萄膜炎, 必须立即、足量使用敏感抗菌药物治疗, 且常采用全身给药联合玻璃体内注射的强化方案。

(4) 真菌性葡萄膜炎

真菌性葡萄膜炎是一种严重的致盲性眼病, 需采用全身与局部(玻璃体内注射)联合治疗的方式。需要注意的是, 此类疾病治疗周期较长, 至少需要4~6周, 具体疗程需根据病情而定。

2. 非感染性葡萄膜炎的药物疗法

非感染性葡萄膜炎的治疗目标是控制炎症、预防视力损伤, 并通过阶梯式治疗最大限度减少药物的长期不良反应。

(1) 糖皮质激素

糖皮质激素能快速、有效抑制炎症, 是治疗非感染性葡萄膜炎的一线药物。根据炎症的部位与严重程度, 可选择局部使用滴眼液、眼周注射、玻璃体内植入剂或全身给药等多种方式。但需要注意, 长期使用糖皮质激素可能引发不良反应(如高眼压、白内障、血糖升高等)。

(2) 糖皮质激素联合免疫抑制剂

当患者需要长期依赖糖皮质激素时, 应启动节约策略, 引入传统免疫抑制剂作为维持治疗的“主力军”。

①一线选择: 甲氨蝶呤、硫唑嘌呤和环孢素是常用的药物, 应用时需采用阶梯治疗与减量方案, 即炎症得到控制后, 再逐步减少糖皮质激素用量。

②用药监测: 患者使用免疫抑制剂期间, 医生和药师需密切关注其肝肾功能、内分泌系统(如血糖、血脂)及血压等指标。

(3) 生物制剂

生物制剂可通过靶向炎症因子发挥作用, 对于传统免疫抑制剂治疗无效或不耐受的难治性患者, 生物制剂带来了革命性变化。它的优势在于能快速缓解炎症、减少糖皮质激素用量, 但长期使用可能增加感染与肿瘤风险, 需定期监测。常用药物包括抗肿瘤坏死因子(TNF- α)类的阿达木单抗、白介素-6(IL-6)拮抗剂托珠单抗等。

三、药物治疗的注意事项

● 不可自行购买和使用处方药, 尤其是糖皮质激素、免疫抑制剂等, 更应严格在医生指导下使用。

● 严格遵医嘱用药, 按时按量, 不随意增减剂量或停药, 特别是长期使用糖皮质激素时, 突然停药可能引发病情反弹。

● 用药期间需关注药物不良反应, 遵医嘱定期复查血常规、肝肾功能等指标。

● 用药期间若出现眼部不适加重、视力骤降, 或者全身出现皮疹、恶心等异常反应, 需立即停药并就医。

对于葡萄膜炎, 药物治疗非常关键, 规范用药是控制病情、保护视力的核心。建议患者在医生和药师指导下科学用药并定期复查, 切勿因用药不当延误治疗。

药物与人