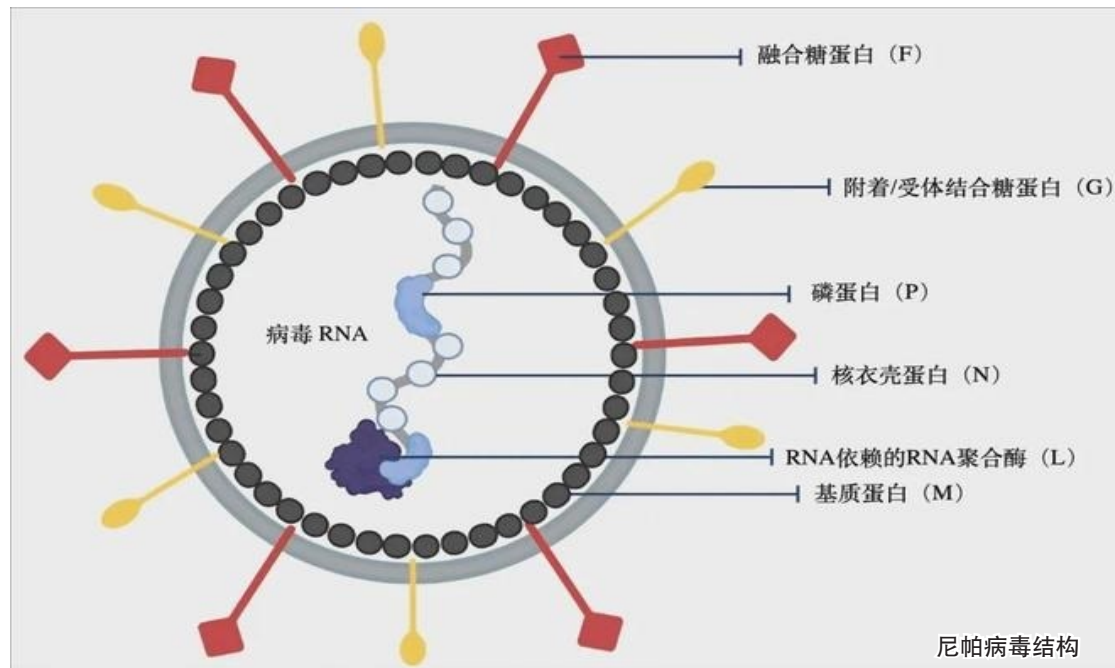
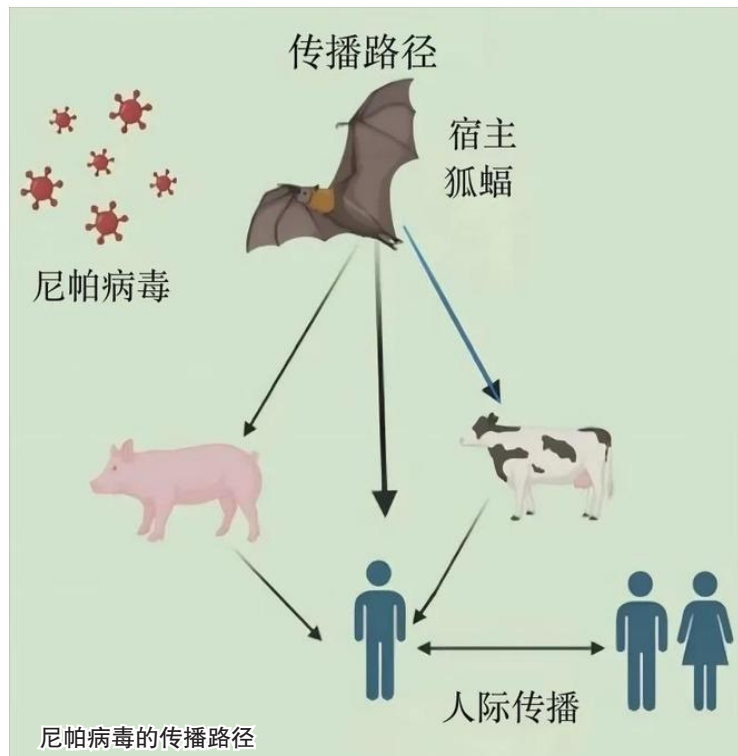


病死率最高75%，蝙蝠是宿主： 深入解读印度出现的尼帕病毒



关。现有证据提示，其传播往往呈现“密接链条+聚集性事件”特征，是否会被放大，很大程度上取决于院感防控与密接管理是否及时到位。

在天然宿主中，被反复提及、且证据最充分的一类是狐蝠属(Pteropus)的蝙蝠。这类蝙蝠吻部细长、外形略似狐狸，因此得名。它们主要分布在南亚—东南亚、澳大利亚及西太平洋岛屿等地区，在我国大陆的分布记录相对有限。

在孟加拉国等地，采集的生椰枣果汁或被狐蝠啃食过的残留水果，极易被其携带的尼帕病毒污染。如果未经加热直接饮用生汁，或误食带有蝙蝠唾液、尿液的果实，都会增加病毒传播风险。因此，防控的抓手往往不是“谈蝙蝠色变”，而是把风险锚定在具体接触点，比如遮盖采集口、改良收集容器、避免生饮、加强食品卫生。

那么，会有朋友好奇：除了狐蝠属之外，我国的蝙蝠有传播尼帕病毒的风险吗？

我国南方确实分布着一些狐蝠科的蝙蝠，例如棕果蝠(Rousettus leschenaultii)、短吻果蝠(Cynopterus sphinx)等，不过它们并不属于尼帕病毒研究中常被提到的狐蝠属。

需要强调的是，我国广泛分布的蝙蝠不属于狐蝠属，并不意味着可以完全忽略病毒传染风险。国内的蝙蝠监测研究中，已有报告在部分样本里发现亨尼帕病毒属相关的血清学交叉反应，或检出与亨尼帕病毒属近缘的病毒序列线索。更合理的解读是——我国蝙蝠生态系统中可能存在亨尼帕病毒相关谱系，需要持续监测。

目前，这类结果多属于“监测信号”，还不足以说明已分离到尼帕病毒本体，也不能据此推断存在稳定的动物间循环或人群传播链。综合现有信息，我国发生大规模尼帕疫情的风险总体不高；不过，常态化的监测与预警，仍是防范未知风险的重要公共卫生举措。

如何干预尼帕病毒传播？

干预尼帕病毒传播的核心在于切断其从动物到人、再到人的两级传播链。针对不同层级的风险点，需采取精准措施。

第一级：阻断病毒从动物(蝙蝠)外溢至人

病毒主要通过被蝙蝠体液(唾液、尿液)污染的食物或环境传播给人。关键干预措施是避免饮用可能被污染的生椰枣汁等；食用水果前彻底清洗；避免接触可能被蝙蝠污染的容器。

第二级：遏制病毒在人间扩散

病毒通过接触感染者的呼吸道分泌物、唾液、尿液等体液传播。

家庭与社区：照护者应严格进行手卫生、避免直接接触患者分泌物、佩戴口罩并保持通风。任何人出现发热伴呼吸道或神经系统症状，应立即就医并告知暴露史。

医疗机构(高风险放大场景)：医院是防止疫情升级的关键。必须对发热伴相关症状且有流行区暴露史的患者保持高度警惕，立即实施隔离；启动预警流程，强化预

检分诊，严格执行接触隔离与飞沫隔离措施，防止在诊疗过程中发生交叉感染。

常见疑问

最后，再说明几个关于尼帕病毒的常见疑问：

Q1: 只要出现过尼帕病毒感染病例的地方，去旅行就很危险吗？

不必过度恐慌。是否出现可持续的人际传播、当地医院感染与接触者管理是否到位。关注权威机构的风险评估与建议更重要。

Q2: 公众如何有效自我保护？

最重要的不是囤药，而是避免在野外接触野生蝙蝠及其排泄物，不食用被蝙蝠咬食过的水果，保持良好的个人卫生习惯。

Q3: 如果感染尼帕病毒，是否就无法治疗了？

不是。大众常说的“无特效药”，更准确的意思是：目前尚无任何针对尼帕病毒、已被监管机构批准并可常规使用的特异性治疗药物或疫苗。临床管理的核心仍是支持治疗与并发症处理：尽早识别与隔离、必要时进入重症监护，强化呼吸支持与循环/水电解质管理，并对脑炎等神经系统并发症进行规范处置。与此同时，单克隆抗体与抗病毒药物等医学对策仍在研发与临床研究推进中。

Q4: 为什么抗体疫苗研发感觉也不少，怎么还没有特效药？

尼帕病毒暴发多为局地、间歇性出现，规模常不大且时间地点难预测，这会让传统Ⅲ期有效性随机对照试验难以在合理时间内“攒够病例数”。

再加上高致死率病原无法进行人体挑战试验，研究还受高等级生物安全、救治条件差异等影响，多中心标准化更难。

现实中更可行的路径往往是“组合证据/替代终点”：动物模型提供保护性证据，早期人体研究检验安全性与免疫反应；在真实暴发场景下通过研究性部署(例如环形接种、适应性研究)补齐关键证据。

Q5: 现在的抗体/疫苗研发到哪一步了？

目前尼帕的医学对策整体已经从概念验证进入临床推进(Ⅰ期/Ⅱ期)阶段，但受限于暴发的间歇性与病例数不足，距离在真实人群中拿到明确的有效性证据、并完成监管审批，还需要时间。

病死率可达40%~75%、可发生人传人、宿主与蝙蝠相关、尚无获批特效药——这几个标签放在一起，很难不让人心里一紧。这正是印度近期报告的尼帕病毒(Nipah virus)病例给外界带来的典型“吓人”印象。目前当地已出现多个确诊病例，并有近百人接受居家隔离。

但从公共卫生的角度判断病毒传播风险，第一要问的不是“病毒有多凶”，而是“它能不能在人群里持续传下去”。尼帕病毒的危险之处，往往不在“会不会全球大流行”，而在“会不会在某个暴露场景外溢、进而被家庭照护或医院传播放大”。

面对疫情消息，恐慌并非良策，科学的认知才是。本文将带您剥离“吓人”的标签，客观审视尼帕病毒的真实面貌、传播机制和疫情发展状况，理清普通人真正该做的防护。

1分钟了解尼帕病毒

尼帕病毒是一种可导致高病死率的人畜共患病毒，属于副黏病毒科(Paramyxoviridae)亨尼帕病毒属(Henipavirus)，为有包膜的单股负链RNA病毒。

尼帕病毒主要有以下几个特点：临床表现重：早期症状多表现为发热、头痛、肌痛、呕吐、咽痛等非特异性症状，极易被误认为普通感冒或流感；部分病例可能迅速发展为肺炎、脑炎，导致抽搐、昏迷甚至死亡。由于早期症状不特异，可能导致识别延迟，从而增加重症风险与院内传播风险。

病死率较高：世界卫生组织(WHO)长期口径估计，不同暴发中报告病例的病死率约为40%~75%(WHO基于历史多次暴发的估计范围，实际病死率受病毒株系、当地医疗条件等因素影响)。

潜伏期相对较长：通常为4~14天，最长可报告到45天；这对密切接触者追踪与随访周期设计提出更高要求。

尚无获批特异性对策：目前尚无获批的尼帕疫苗或特异性治疗药物可常规使用；临床治疗以支持治疗与并发症处理为主。候选疫苗与单克隆抗体等医学对策正在研发与临床研究中。

事实上，尼帕病毒并不是今年新发现的病毒。它最早引发人群关注，源于1998~1999年马来西亚发生的猪—人暴发；病毒随后在1999年被分离鉴定，并以马来西亚受影响地区之一的双溪尼帕(Sungai Nipah)命名。此后，尼帕相关病例在孟加拉国、印度等地反复出现，WHO也记录到马来西亚、

新加坡以及菲律宾等国家的报告。

目前疫情发展情况如何？

公开资料显示，印度东部西孟加拉邦的一所医院自1月中旬以来报告多例尼帕病毒确诊，传播以院内链条为主，主要涉及医护人员；约100名密切接触者已纳入隔离医学观察并检测，目前未见跨境输出信息。

国家疾控局综合研判，此次印度尼帕病毒疫情对我国产生的影响相对较小。目前，我国尚未发现尼帕病毒病例，民众不必过度恐慌。但也存在一定境外输入风险，需加强防范。

宿主又是蝙蝠？

尼帕病毒的传播并非单一路径，而是存在多条“外溢—外扩”通道：

动物到人(外溢)：天然宿主(狐蝠)可通过唾液、尿液或排泄物污染食物或饮品，使人类在接触或摄入后感染；在部分情境下，病毒也可能先感染家畜，再由密切接触家畜的人群感染。在1998~1999年马来西亚—新加坡暴发事件中，猪就是关键的“放大环节”。

人际传播(外扩)：尼帕病毒可“人传人”，但其传染效率远低于流感病毒。传播通常不会在普通人群中造成大规模蔓延，多发生在家庭照护与医疗机构等密切接触场景，通常与患者分泌物/体液暴露相

类别	候选产品	平台/靶点	研究阶段
疫苗	ChAdOx1 NipahB (Oxford/CEPI)	腺病毒载体	已有人体Ⅰ期；孟加拉国已启动Ⅱ期研究
疫苗	HeV-sG-V (Auro/PATH/CEPI)	重组亚单位	Ⅰ期临床结果已发表
疫苗	PHV02 (Public Health Vaccines/CEPI)	rVSV 载体	已完成早期人体研究；后续中期研究在筹备/推进
单抗	m102.4	靶向G蛋白	Ⅰ期临床结果已发表
单抗	MBP1F5 (又称 1F5; ServareGMP/Mapp/CEPI)	靶向F蛋白	处于/衔接早期临床；CEPI支持后续在受影响国家开展试验
抗病毒药	Remdesivir	RdRp 抑制	仓鼠模型研究显示可完全保护；不同模型/给药窗口存在差异
抗病毒药	Favipiravir (T-705)	RdRp 相关	动物证据为主且出现不一致；早期仓鼠模型研究报告“可完全保护”；但后续研究提示在某些设定下仅“部分保护”

目前主要医学对策进展一览