



据央视新闻 2026 年 1 月 26 日报道,印度东部的西孟加拉邦出现尼帕病毒(Niv)感染病例,已有 5 例确诊病例,其中包括医护人员,近百名密切接触者已被要求居家隔离。其中,加尔各答附近一家私立医院的 2 名医护人员是本次疫情中最早被确诊的患者。

目前,多方消息源证实,有大量印度游客入境的泰国多个机场紧急启动尼帕病毒防疫措施。尼泊尔加

强机场及边境口岸检查站的检疫监测。

1月27日,央视记者从国家疾控局了解到,本次印度暴发的尼帕病毒病(NIV)疫情主要发生在西孟加拉邦,该地区与我国没有领土接壤。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

核心阅读:

1. 尼帕病毒是一种人畜共患病毒,可以从动物传播给人类,还可通过受污染食物传播或直接在人际传播。

2. 病毒的天然宿主是蝙蝠科的果蝠。

3. 尼帕病毒攻击人的肺部和大脑,感染者死亡率可达 40% 以上。

4. 全球尚无专门针对尼帕病毒的疫苗和有效疗法。

5. 国家疾控局表示,我国尚未发现尼帕病

毒病病例。

6. 世界卫生组织表示,尼帕病毒在印度传播风险“较低”。

一、尼帕病毒从何而来?

故事要从 28 年前说起。

1998 年 9 月的一个傍晚,马来西亚森美兰州双溪尼帕村的养猪场里弥漫着不祥的气息。几十头猪开始剧烈咳嗽,口吐白沫,然后倒地抽搐。随即,该猪场的部分工人接连出现发烧、头痛等症状,更有严重者陷入了昏迷。他们被送入当地医院后诊断为不明原因脑炎,但并未引起政府相关部门的重视。

同年 12 月,马来西亚的内格里州、武吉又接连暴发大规

模的不明原因脑炎。

起初,当地医疗机构认为这就是日本脑炎(乙型脑炎),但采取相应的医疗措施后,患者的情况并未改观。

这引起了包括当地临床医生在内的科学家的警觉。绝大多数患者是直接与猪接触的工人、男性患者居多,猪被感染后可致死,即便接种过日本脑炎疫苗的人仍会感染……围绕着上述不明原因脑炎的流行病学特征,研究人员开展了一系列

的科研工作。

最终,1999 年 3 月,马来西亚加拉国,自 2001 年 4 月,在该国梅黑尔布尔地区的一个村庄首次暴发尼帕病毒病后,几乎每年该国都有一些地区多次暴发尼帕病毒病,这些地区被认为是“尼帕病毒流行地带”。

为了阻止尼帕病毒的蔓延,马来西亚政府不得不扑杀超过 100 万头猪——这是该国当时养猪业的一半数量,同时还采取了禁止生猪运输、疾病监测及公众教育等措施,疫情才得以控制。

此后,新加坡、印度、孟加拉国、菲律宾等国家陆续报道

二、病毒如何传播?

那么,这一“不速之客”——尼帕病毒从何而来呢?

经过不懈努力,科学家最终发现果蝠是尼帕病毒的天然宿主,在全球不同地区记录的各种尼帕病毒病疫情中,蝙蝠均与尼帕病毒传播和相关感染有关联。

《尼帕病毒病预防控制技术指南》指出,果蝠主要分布在南亚、东南亚和澳大利亚。我国云南、广西、广东和海南等地区也有果蝠分布。

中国食品药品检定研究院虫媒病毒疫苗室研究员李玉华曾撰文指出,尼帕病毒通

过特定食物、动物或人体的体液传播。尼帕病毒向人类的传播主要发生在有蝙蝠活动且与人、猪非常接近的地方。

“尼帕病毒不是一个新敌人,而是一个不断进化、寻找机会突破防线的‘老对手’。”复旦大学附属华山医院感染科副主任王新宇表示,根据基因测序,目前的尼帕病毒主要分为“马来西亚株”(Niv-M) 和“孟加拉株”(Niv-B),后者在印度和孟加拉国的暴发中更为常见,且致死率更高。

据 WHO 报告,尼帕病毒感染的潜伏期(从感染到出现症状的时间间隔)为 4~14 天,但也曾有过潜伏期长达 45 天

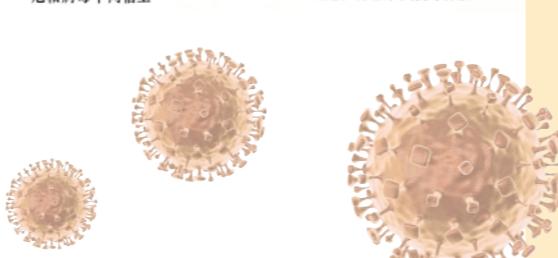
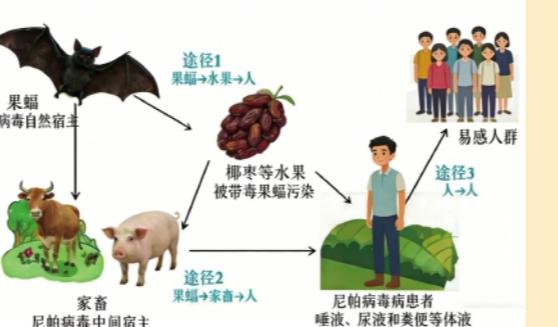
的报告。

中国疾控中心病毒病研究所研究员王环宇接受新华社记者采访时表示,人感染尼帕病毒后主要出现神经系统和呼吸系统症状,潜伏期一般为 4 至 14 天,通常引起发热、咳嗽、呼吸困难等急性呼吸道症状,或头痛、头晕、意识改变、癫痫等神经系统症状,甚至导致死亡。

王新宇指出,全人群均为尼帕病毒的易感人群,在疫情中人感染尼帕病毒后病死率为 40%~75%,某些局部疫情甚至能达到 100%。

我们距尼帕病毒是近,还是远

本报记者 张思玮



三、为何人感染后致死率高?

为什么尼帕病毒下手如此之狠?

王新宇认为主要有四个原因。第一,病毒有双重打击本领。尼帕病毒主要攻击人体的两个关键系统——大脑和肺部。它可以引起严重的呼吸道疾病(如非典型肺炎),导致急性呼吸窘迫综合征(ARDS);同时,它能穿透血脑屏障,引起致死性的脑炎。患者可能在出现症状后的 24 至 48 小时内迅速陷入昏迷。

第二,病毒具有广泛的细胞受体。该病毒表面的糖蛋白(G 蛋白)能与人体细胞上的 Ephrin-B2 和 Ephrin-B3 受体结合。这些受体广泛分布在血管内皮细胞和神经元上。这意味着病毒不仅能感染神经系统,还能引发全身性的血管炎,导致多器官衰竭。

第三,病毒有一套免疫逃逸机制。病毒能够对抗人体的先

天免疫反应,特别是干扰素信号通路,让人体在感染初期难以组织有效的防御。

第四,缺乏针对病毒的特效药和疫苗。截至 2024 年,全球尚未获批上市的特效抗尼帕病毒药物或疫苗。临床治疗主要依赖支持性护理(如呼吸机、补液),这在医疗资源匮乏的地区往往难以维持。

那么,该如何诊断患者是否感染尼帕病毒?

《尼帕病毒病预防与控制研究进展》一文指出,尼帕病毒感染的急性发作期以及恢复期,可采用不同的检测方法进行诊断。疾病早期阶段,可采集咽拭子、鼻拭子、脑脊液、尿液和血液,利用 RT-PCR 进行检测;在疾病后期和恢复期,可用酶联免疫吸附试验(ELISA)进行抗体检测。

目前,尼帕病毒感染实验

室诊断主要有病毒分离、分子生物学诊断方法、抗原检测、抗体检测等。

病毒病要与流行性乙型脑炎(乙脑)、化脓性脑膜炎以及其他病毒(如肠道病毒、流行性腮腺炎病毒等)导致的神经系统病变等鉴别。

在治疗与预后方面,国内外相关指南或研究一致认为,

症状控制最为重要。除了要求病人卧床休息、提供足够的营养和维生素等一般治疗,医疗工作者还需要针对患者不同病症采取降温、控制惊厥或抽搐、改善呼吸衰竭等措施。此外,利巴韦林等抗病毒药物对治疗尼帕病毒脑炎可能有效。

《尼帕病毒病预防控制技术指南》还明确提到,约 20% 的尼帕病毒病例会出现持续性神经系统后遗症和认知功能障碍,以及抑郁、人格改变等精神障碍。

四、公众如何防范?

目前,我国尚未发现尼帕病毒病例。但王新宇表示,这并不意味着可以高枕无忧。他给出的理由是,尼帕病毒的天然宿主果蝠分布在我国海南、福建、广东、广西、云南、西藏等南部和西南部省份,且果蝠标本中检测出尼帕病毒或抗体。

国家疾控局近期也发出提醒,近期,前往发生尼帕病毒疫情国家的人员,要增强防病意识,保持良好的个人卫生习惯,注意饮食卫生安全,避免接触蝙

蝠、家畜等动物,避免接触病人或感染动物的分泌物、排泄物等,避免食用不明来源的水果蔬菜及制品,严禁生食或饮用未经处理的生鲜食品和饮品。如在疫区旅居或有可疑接触后出现发热、头痛等症状,应立即就医,并告知旅行史和可疑接触史,以便及时诊断和治疗。

王新宇特别指出,尼帕病毒的溢出往往是生态环境被破坏的结果。森林砍伐迫使蝙蝠飞

入人类果园和村庄。因此人们必须意识到,保护野生动物栖息地,就是保护我们自己。

“尼帕病毒不是远在天边的传说,它是人与自然边界摩擦出的火花。印度的疫情提醒我们在病毒的世界里,没有绝对的孤岛。作为普通大众,我们无需恐慌,但应保持敬畏——敬畏自然,保持良好的卫生习惯,并相信科学监测与防控的力量。”王新宇说。

