

附件

流行性感冒诊疗方案

(2025 年版)

流行性感冒（以下简称流感）是流感病毒引起的一种急性呼吸道传染病，甲型和乙型流感病毒每年呈季节性流行，其中甲型流感病毒可引起全球大流行。流感大多为自限性，少数患者因出现肺炎等并发症或基础疾病加重可发展成重型/危重型病例，可因急性呼吸窘迫综合征（acute respiratory distress syndrome, ARDS）、急性坏死性脑病或多器官功能不全等而死亡。为进一步做好流感诊疗工作，减少重症和死亡，在《流行性感冒诊疗方案（2020 年版）》基础上，结合国内外研究成果及我国既往流感诊疗经验，制订本诊疗方案。

一、病原学

流感病毒属于正黏病毒科，为单股、负链、分节段的 RNA 病毒，分为甲、乙、丙、丁四型。目前在人群中流行的是甲型流感病毒 H1N1、H3N2 亚型及乙型流感病毒 Victoria 系。

流感病毒对乙醇、碘伏、碘酊、次氯酸钠等常用消毒剂敏感；对紫外线和热敏感，56℃条件下 30 分钟可灭活。

二、流行病学

（一）传染源。

患者和隐性感染者是主要传染源。从潜伏期末到急性期都

有传染性，排毒时间多为 3~7 天，儿童、免疫功能受损及危重患者排毒时间可超过 1 周。

（二）传播途径。

流感病毒主要通过打喷嚏、咳嗽和说话等方式经空气传播，在人群密集且密闭或通风不良的房间内更易传播。也可通过接触被病毒污染的物品，经口腔、鼻腔、眼睛等黏膜直接或间接接触而感染。

（三）易感人群。

人群普遍易感。

三、发病机制和病理

流感病毒感染呼吸道上皮细胞，造成呼吸道纤毛上皮细胞呈簇状或弥漫性脱落、固有层黏膜细胞充血、水肿伴单核细胞浸润等。流感病毒也可感染肺泡上皮细胞、巨噬细胞等，造成广泛的肺泡上皮损伤，肺泡腔内充满炎性渗出物，肺间质水肿和大量炎症细胞浸润，出现肺炎表现。严重者可合并弥漫性肺泡损伤，表现为肺泡上皮细胞和肺毛细血管内皮细胞损伤坏死，肺间质和肺泡腔内有富含蛋白质的渗出液及炎症细胞浸润，肺微血管充血、出血、出现微血栓，形成透明膜，伴灶性或大面积肺泡萎陷，气血屏障破坏，导致 ARDS。少数病例免疫反应过度激活，细胞因子大量释放，引起脓毒症/脓毒症休克、多器官损伤。合并心脏损伤时可出现间质出血、淋巴细胞浸润、心肌细胞肿胀和坏死等心肌炎的表现。合并脑病时可出现脑组织弥漫性充血、水肿、坏死，其中急性坏死性脑病表现为丘脑为主

的对称性坏死性病变。偶见急性肾小管坏死、肾小球微血栓形成及肝细胞坏死。

四、临床表现

潜伏期一般为 1~7 天，多为 2~4 天。

(一) 临床表现。

主要以发热、头痛、肌肉关节酸痛起病，体温可达 39~40℃，常有咽喉痛、干咳、鼻塞、流涕等，可有畏寒、寒战、乏力、食欲减退等全身症状，部分患者症状轻微或无症状。流感病毒感染可导致慢性基础疾病加重。

儿童的发热程度通常高于成人，乙型流感患儿恶心、呕吐、腹泻等消化道症状也较成人多见。新生儿可仅表现为嗜睡、拒奶、呼吸暂停等。

老年人的临床表现可能不典型，常无发热或为低热，咳嗽、咳痰、气喘和胸痛明显。也可表现为厌食和精神状态改变。

无并发症者病程呈自限性，多于发病 3~5 天后发热逐渐消退，全身症状好转，但咳嗽、体力恢复常需较长时间。

(二) 并发症。

肺炎是最常见的并发症，其他并发症有神经系统损伤、心脏损伤、肌炎和横纹肌溶解、休克等。儿童流感并发喉炎、中耳炎、支气管炎较成人多见。

1. 流感病毒可侵犯下呼吸道，引起原发性病毒性肺炎。部分流感患者可合并细菌、其他病毒、非典型病原体、真菌等感染。合并金黄色葡萄球菌、肺炎链球菌或侵袭性肺曲霉感染时，病

情重，病死率高。

2.神经系统损伤包括脑炎、脑病、脊髓炎、吉兰-巴雷综合征（Guillain-Barre Syndrome）等，儿童多于成人，急性坏死性脑病更为凶险。

3.心脏损伤主要有心肌炎、心包炎。可见心肌标志物、心电图、心脏超声等异常，严重者可出现心力衰竭。此外，感染流感病毒后，心肌梗死、缺血性心脏病相关住院和死亡的风险明显增加。

4.肌炎和横纹肌溶解主要表现为肌痛、肌无力、血清肌酸激酶、肌红蛋白升高，严重者可导致急性肾损伤等。

五、实验室检查和影像学表现

（一）一般检查。

1.血常规：白细胞计数一般不高或降低，重症病例淋巴细胞计数明显降低。

2.血生化：可有天门冬氨酸氨基转移酶、丙氨酸氨基转移酶、乳酸脱氢酶、肌酐等升高。少数病例肌酸激酶升高；部分病例出现低钾血症等电解质紊乱。休克病例血乳酸可升高。

3.动脉血气分析：重症病例可有氧分压、血氧饱和度、氧合指数下降，酸碱失衡。

4.脑脊液：中枢神经系统受累者细胞数和蛋白可正常或升高；急性坏死性脑病表现为细胞数大致正常，蛋白增高。

（二）病原学检查。

1.抗原检测：采集鼻咽拭子或咽拭子进行抗原检测，快捷筒

便，但敏感性低于核酸检测。抗原检测阳性支持诊断，阴性不能排除流感。

2.核酸检测：采集鼻咽拭子、咽拭子、气管抽取物、痰或肺泡灌洗液进行核酸检测，敏感性和特异性高，且能区分病毒类型和亚型。

3.病毒培养：从呼吸道标本可培养分离出流感病毒。

（三）血清学检查。

恢复期 IgG 抗体阳转或较急性期呈 4 倍及以上升高，有回顾性诊断意义。

（四）影像学表现。

原发性病毒性肺炎者影像学表现为肺内斑片影、磨玻璃影；进展迅速者可发展为双肺弥漫的浸润影或实变影，个别病例可见胸腔积液表现。

急性坏死性脑病 CT 或核磁共振成像（MRI）可见多灶性脑损伤，包括丘脑、脑室周围白质、内囊、壳核、脑干被盖上部（第四脑室、中脑水管腹侧）和小脑髓质等，以双侧丘脑对称性损伤为特征。

六、诊断

主要结合流行病学史、临床表现和病原学检查进行诊断。在流感流行季节，即使临床表现不典型，特别是有流感重症高危因素或住院患者，仍需考虑流感可能，应行病原学检测。在流感散发季节，对疑似病毒性肺炎的住院患者，除检测常见呼吸道病原体外，还需行流感病毒检测。

（一）临床诊断病例。

有流行病学史（发病前7天内有无有效个人防护的情况下与疑似或确诊流感患者有密切接触，或属于流感样病例聚集发病者之一，或有明确传染他人的证据）和上述流感临床表现，且排除其他引起流感样症状的疾病。

（二）确定诊断病例。

有上述流感临床表现，并具有下列一种或以上病原学检查结果阳性：

- 1.流感抗原检测阳性；
- 2.流感病毒核酸检测阳性；
- 3.流感病毒培养分离阳性；
- 4.流感病毒IgG抗体阳转或恢复期较急性期呈4倍及以上升高。

七、临床分型

（一）轻型。

表现为上呼吸道感染。

（二）中型。

发热 >3 天或（和）咳嗽、气促等，但呼吸频率（RR） <30 次/分、静息状态下吸空气时指氧饱和度 $>93\%$ 。影像学可见肺炎表现。

（三）重型。

1.成人符合下列任何一条：

- （1）呼吸急促，RR ≥ 30 次/分；

(2) 静息状态下，吸空气时指氧饱和度 $\leq 93\%$;

(3) 动脉血氧分压 (PaO_2) / 吸氧浓度 (FiO_2) ≤ 300 ，高海拔（海拔超过 1000 米）地区应根据以下公式对 $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ 进行校正： $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \times [760/\text{大气压}(\text{mmHg})]$ ($1\text{mmHg}=0.133\text{kPa}$)；

(4) 临床症状进行性加重，肺部影像学显示 24 ~ 48 小时内病灶明显进展 $> 50\%$ 。

2. 儿童符合下列任何一条：

(1) 超高热或持续高热超过 3 天；

(2) 呼吸急促（ < 2 月龄， $\text{RR} \geq 60$ 次/分； $2 \sim 12$ 月龄， $\text{RR} \geq 50$ 次/分； $1 \sim 5$ 岁， $\text{RR} \geq 40$ 次/分； > 5 岁， $\text{RR} \geq 30$ 次/分），除外发热和哭闹的影响；

(3) 静息状态下，吸空气时指氧饱和度 $\leq 93\%$ ；

(4) 鼻翼扇动、三凹征、喘鸣或喘息；

(5) 意识障碍或惊厥；

(6) 拒食或喂养困难，有脱水征。

(四) 危重型。

符合以下情况之一者：

1. 呼吸衰竭，且需要机械通气；

2. 休克；

3. 急性坏死性脑病；

4. 合并其他器官功能衰竭需 ICU 监护治疗。

八、重型/危重型高危人群。

下列人群感染流感病毒后较易发展为重型/危重型病例，应

当给予高度重视，及时进行流感病毒核酸检测及其他必要检查，尽早给予抗病毒药物治疗。

（一）年龄<5岁的儿童（年龄<2岁更易发生严重并发症）；

（二）年龄≥65岁的老年人；

（三）伴有以下疾病或状况者：慢性呼吸系统疾病、心血管系统疾病（高血压除外）、肾病、肝病、血液系统疾病、神经系统及神经肌肉疾病、代谢及内分泌系统疾病、恶性肿瘤、免疫功能抑制等；

（四）肥胖者；

（五）妊娠及围产期妇女。

九、鉴别诊断

（一）普通感冒。

普通感冒以上呼吸道卡他症状为主要表现，发热、肌肉酸痛等全身症状轻。

（二）新冠病毒感染。

新冠病毒感染与流感临床表现类似，需通过病原学检查相鉴别。

（三）其他下呼吸道感染。

合并肺炎时需要与其他病原体（其他呼吸道病毒、肺炎支原体等）导致的肺炎相鉴别，通过病原学检查鉴别诊断。

十、治疗

（一）基本原则。

1.按呼吸道隔离要求进行治疗。

2.住院治疗标准（满足下列标准任意1条）:

（1）基础疾病明显加重，如：慢性阻塞性肺疾病、糖尿病、慢性心功能不全、慢性肾功能不全、肝硬化等。

（2）符合重型或危重型流感诊断标准。

3.非住院患者居家隔离，保持房间通风，佩戴口罩；充分休息，多饮水，饮食应当易于消化和富有营养；密切观察病情变化，尤其是儿童和老年患者。

4.流感重型/危重型高危人群应尽早抗病毒治疗，可减轻症状，减少并发症，缩短病程，降低病死率。

5.避免盲目或不恰当使用抗菌药物。密切关注病情变化，及时留取标本送检病原学，合理应用抗菌药物。

6.合理选用退热药物，儿童忌用阿司匹林或含阿司匹林及其他水杨酸制剂。

（二）对症治疗。

高热者可进行物理降温、应用解热药物。咳嗽咳痰严重者给予止咳祛痰药物。根据缺氧程度采用适当的方式进行氧疗。

（三）抗病毒治疗。

1.抗流感病毒治疗原则：

（1）流感流行季，有流感重型/危重型高危因素的流感样病例，应尽早进行抗病毒治疗，发病48小时内进行抗病毒治疗获益最大。基于多病原流行的现状，在启动抗病毒治疗前，建议及时行病原学检查，以指导治疗。

（2）发病时间超过48小时有重型/危重型高危因素的患者

和重型/危重型患者，如流感病毒病原学阳性，仍应抗病毒治疗。

(3) 有传播给高危人群风险的流感患者，建议给予抗病毒治疗。

(4) 重型/危重型患者根据病原学结果，疗程可适当延长。

(5) 不建议联合应用相同作用机制的抗病毒药物和增加药物剂量。

2. 抗流感病毒药物：我国目前上市的对流感病毒敏感的药物有神经氨酸酶抑制剂、RNA 聚合酶抑制剂和血凝素抑制剂三种。

(1) 神经氨酸酶抑制剂。

① 奥司他韦：奥司他韦胶囊 / 颗粒剂适用于 1 岁及以上儿童及成人。奥司他韦干混悬剂适用于 2 周龄以上儿童及成人。

成人剂量每次 75mg，每日 2 次。

1 岁以下儿童推荐剂量：2 周 ~ 8 月龄，每次 3.0mg/kg；9 ~ 11 月龄，每次 3.5mg/kg。1 岁及以上年龄儿童推荐剂量：体重 $\leq 15\text{kg}$ ，每次 30mg； $15\text{kg} < \text{体重} \leq 23\text{kg}$ ，每次 45mg； $23\text{kg} < \text{体重} \leq 40\text{kg}$ 者，每次 60mg； $> 40\text{kg}$ 者，每次 75mg。上述均为每日 2 次，疗程 5 天。

肾功能不全者要根据肾功能调整剂量。

② 帕拉米韦：成人：一般用量为 300mg，单次静脉滴注，滴注时间不少于 30 分钟，有严重并发症者，可用 600mg，单次静脉滴注，滴注时间不少于 40 分钟。症状严重者，可每日 1 次，1 ~ 5 天连续重复给药。儿童：每次 10mg/kg 体重，静脉滴注，滴注时间不少于 30 分钟，每日 1 次，也可以根据病情，连日重

复给药，不超过 5 天，单次给药量的上限为 600mg。要根据体温等临床症状判断是否需要持续给药，对于肾功能不全患者，须根据肾功能损伤情况调整给药量。

③扎那米韦（吸入喷雾剂）：适用于成人及 7 岁以上儿童，用法：每次 10mg，12 小时 1 次，疗程 5 天。不推荐哮喘或其他慢性呼吸道疾病患者使用吸入性扎那米韦。不推荐扎那米韦吸入粉剂用雾化器或机械通气装置给药。

（2）RNA 聚合酶抑制剂。

①玛巴洛沙韦：玛巴洛沙韦片剂适用于 ≥ 5 岁儿童及成人，干混悬剂适用于 5~12 岁儿童，均为单剂次口服。剂量为：体重 $\geq 80\text{kg}$ 者 80mg， $20\text{kg} \leq \text{体重} < 80\text{kg}$ 者 40mg，体重 $< 20\text{kg}$ 者按 2mg/kg 给药。

②法维拉韦：适用于成人新型或再次流行的流感的治疗，但仅限于其他抗流感病毒药物治疗无效或效果不佳时使用。孕妇或可能怀孕的妇女禁用，哺乳期妇女使用时应暂停哺乳。用法：口服，第 1 天，每次 1600mg，每日 2 次；第 2~5 天，每次 600mg，每日 2 次。

（3）血凝素抑制剂。

阿比多尔：用量为每次 200mg，每日 3 次，疗程 5 天。

（四）重型/危重型支持治疗。

1.治疗原则：在上述治疗的基础上，积极防治并发症，治疗基础疾病，预防及治疗合并或继发感染；及时进行器官功能支持。

2.呼吸支持:低氧血症或 ARDS 是重型和危重型患者的主要表现,需要密切监护,及时给予相应的治疗。呼吸支持方式包括:(1)常规氧疗: $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 300$ 的重型患者应立即给予鼻导管或面罩吸氧。(2)经鼻高流量氧疗(HFNC)或无创通气(NIV): $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 200$ 应给予 HFNC 或 NIV,无禁忌证的情况下,建议同时实施俯卧位通气,即清醒俯卧位通气,俯卧位治疗时间每天应大于 12 小时。(3)有创机械通气:一般情况下, $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 150$,或吸气努力明显增强的患者(尤其是儿童),应及时气管插管,给予有创机械通气;实施肺保护性机械通气策略;不推荐在 ARDS 患者中常规使用肺复张手法。(4)体外膜肺氧合(ECMO):对难治性呼吸衰竭患者,可考虑 ECMO 支持。

积极进行气道廓清治疗,如振动排痰、高频胸廓振荡、体位引流、必要时使用气管镜吸痰;加强气道湿化,进行有创机械通气的患者建议采用主动加热湿化器;建议使用密闭式吸痰;在氧合及血流动力学稳定的情况下,尽早开展被动及主动活动,促进痰液引流及肺功能康复。

3.循环支持:重型/危重型患者可合并脓毒症及休克,在血流动力学评估的基础上进行液体复苏,合理使用血管活性药物,密切监测患者血压、心率、尿量及动脉血乳酸变化等。流感病毒感染可引起心肌损伤或心肌炎,并可通过多种机制加重充血性心力衰竭和冠状动脉疾病,因此对于重型/危重型患者应监测心肌损伤标记物、心电图变化,完善超声心动图检查。

4.急性肾损伤和肾替代治疗:重型/危重型患者可合并急性

肾损伤，应积极寻找病因，如低灌注和药物等因素。在积极纠正病因的同时，注意维持水、电解质、酸碱平衡。连续性肾替代治疗（CRRT）的指征包括：高钾血症；严重酸中毒；利尿剂无效的肺水肿或水负荷过多。

5.神经系统并发症治疗：流感相关脑炎/脑病无特效治疗，可给予控制脑水肿及癫痫发作等对症处理；急性坏死性脑病治疗参考《儿童急性坏死性脑病诊疗方案（2023年版）》；急性播散性脑脊髓炎、横贯性脊髓炎可给予糖皮质激素和（或）丙种球蛋白治疗；吉兰-巴雷综合征可使用丙种球蛋白和（或）血浆置换。

6.其它治疗：重型/危重型流感患者不建议常规使用糖皮质激素治疗。对于并发难治性脓毒症休克的患者，权衡风险/获益后可考虑使用氢化可的松。此外，还应进行合理营养支持和及时康复治疗。

（五）中医药治疗。

流感属于中医“外感病”的一种，根据感染的流感病毒亚型、流感流行季节、流行地域可进一步细分为伤寒、春温等疾病。大多数为轻症患者，可根据初期临床表现辨证施治，一旦邪毒入里化热转为重症则以热毒为核心病机，恢复期患者往往气阴不足。按照轻重分型辨证论治，形成如下诊疗方案。该诊疗方案适用于所有人群，包含孕妇、儿童及患有各类基础疾病的患者，不同地区皆适用本诊疗方案，但需秉持因时、因地、因人的“三因制宜”原则灵活应用。

1. 轻症辨证治疗方案

(1) 风热犯卫

症见：发病初期，发热或未发热，咽红不适，轻咳少痰，口干。舌质边尖红，苔薄或薄腻，脉浮数。

治法：疏风解表，清热解毒。

基本方药：银翘散加减。银花 15g、连翘 15g、桑叶 10g、菊花 10g、桔梗 10g、牛蒡子 15g、芦根 30g、薄荷（后下）6g、荆芥 10g、生甘草 3g。

煎服法：水煎服，1日2次。

加减：苔厚腻加藿香 10g、佩兰 10g；咳嗽重加杏仁 10g、炙枇杷叶 10g；腹泻加黄连 6g、葛根 15g；咽痛重加锦灯笼 9g、玄参 15g。

(2) 风寒束表

症见：发病初期，恶寒，发热或未发热，无汗，身痛头痛，鼻流清涕。舌质淡红，苔薄而润，脉浮紧。

治法：辛温解表。

基本方药：麻黄汤加味。炙麻黄 6g、炒杏仁 10g、桂枝 10g、葛根 15g、羌活 10g、苏叶 10g、炙甘草 6g。

煎服法：水煎服，1日2次。

加减：咳嗽咳痰加前胡 10g、紫苑 10g、浙贝母 10g。

(3) 表寒里热

症见：恶寒，高热，头痛，身体酸痛，咽痛，鼻塞，流涕，口渴。舌质红，苔薄或黄，脉数。

治法：解表清里。

基本方药：大青龙汤加减。炙麻黄 6g、桂枝 10g、羌活 10g、生石膏（先煎）30g、黄芩 15g、知母 10g、金银花 15g、炙甘草 6g。

煎服法：水煎服，1日2次。

加减：舌苔腻加藿香 10g、苍术 10g；咽喉红肿加连翘 15g、牛蒡子 10g。

（4）热毒袭肺

症见：高热，咳喘，痰粘、痰黄、咯痰不爽，口渴喜饮，咽痛，目赤。舌质红，苔黄或腻，脉滑数。

治法：清热解毒，宣肺化痰。

基本方药：麻杏石甘汤加减。炙麻黄 9g、杏仁 10g、生石膏（先煎）45g、知母 10g、浙贝母 10g、桔梗 10g、黄芩 15g、瓜蒌 30g、生甘草 10g。

煎服法：水煎服，1日2次。

加减：便秘加生大黄（后下）6g、厚朴 6g。

2. 重症辨证治疗方案

（1）毒热壅盛

症见：高热不退，烦躁不安，咳嗽，喘促短气，少痰或无痰，便秘腹胀。舌质红绛，苔黄或腻，脉弦滑数。

治法：解毒清热，通腑泻肺。

基本方药：宣白承气汤加减。炙麻黄 9g、生石膏（先煎）45g、杏仁 10g、瓜蒌 30g、知母 15g、鱼腥草 30g、葶苈子 15g、

黄芩 15g、浙贝母 10g、生大黄(后下)6g、赤芍 15g、丹皮 12g。

煎服法：水煎服，1日2次；必要时可日服2剂，每6小时口服1次。也可鼻饲或结肠给药。

加减：高热神昏加安宫牛黄丸1丸；喘促重伴有汗出乏力者加西洋参 15g、五味子 12g。

(2) 毒热内陷，内闭外脱

症见：神识昏蒙，唇甲紫暗，呼吸浅促，或咯吐血痰，或咯吐粉红色血水，胸腹灼热，四肢厥冷，汗出，尿少。舌红绛或暗淡，脉微细。

治法：益气固脱，泻热开窍。

基本方药：参附汤加减。生晒参 30g、黑顺片(先煎)10g、山萸肉 30g、生大黄(后下)10g、生地 30g、丹皮 12g、炒山栀 10g。

煎服法：水煎汤，1日2次；必要时可日服2剂，每6小时口服1次。也可鼻饲或结肠给药。

3. 恢复期辨证治疗方案

气阴两虚，正气未复

症见：神倦乏力，气短，咳嗽，痰少，纳差。舌质淡，少津，苔薄，脉弦细。

治法：益气养阴。

基本方药：沙参麦门冬汤加减。沙参 15g、麦冬 15g、五味子 10g、浙贝母 10g、杏仁 10g、青蒿 10g、炙枇杷叶 10g、焦三仙各 10g。

煎服法：水煎服，1日2次。

加减：舌苔厚腻加芦根30g、藿香10g、佩兰10g。

可按照辨证施治原则根据药品说明书选用相应中成药。

十一、医院感染控制措施

（一）落实门急诊预检分诊制度，做好患者分流。提供手卫生、呼吸道卫生和咳嗽礼仪指导，有呼吸道症状的患者及陪同人员应当佩戴医用外科口罩。

（二）医疗机构应当分开安置流感疑似和确诊患者，患者外出检查、转科或转院途中应当佩戴医用外科口罩。限制疑似或确诊患者探视或陪护，防止住院患者感染。

（三）加强病房通风，并做好诊室、病房、办公室和值班室等区域物体表面的清洁和消毒。

（四）按照要求处理医疗废物，患者转出或离院后进行终末消毒。

（五）医务人员按照标准预防原则，根据暴露风险进行适当的个人防护。在工作期间佩戴医用外科口罩，并严格执行手卫生。出现发热或流感样症状时，及时进行流感筛查。疑似或确诊流感的医务人员，不建议带病工作。

十二、预防

（一）疫苗接种。

接种流感疫苗是预防流感最有效的手段，可降低接种者罹患流感和发生严重并发症的风险。建议所有≥6月龄且无接种禁忌的人都应接种流感疫苗。优先推荐以下重点和高风险人群及时

接种：医务人员，包括临床救治、公共卫生和卫生检疫人员等；60岁及以上的老年人；罹患一种或多种慢性病人群；养老机构、长期护理机构、福利院等人群聚集场所脆弱人群及员工；孕妇；6~59月龄儿童；6月龄以下婴儿的家庭成员和看护人员；托幼机构、中小学校、监管场所等重点场所人群。

（二）药物预防。

药物预防不能代替疫苗接种。建议对有重型/危重型流感高危因素的密切接触者（且未接种疫苗或接种疫苗后尚未获得免疫力）进行暴露后药物预防，不迟于暴露后48小时用药。

（三）一般预防措施。

保持良好的个人卫生习惯是预防流感等呼吸道传染病的重要手段，主要措施包括：勤洗手、保持环境清洁和通风、在流感流行季节尽量减少到人群密集场所活动、避免接触呼吸道感染患者；保持良好的呼吸道卫生习惯，咳嗽或打喷嚏时，用上臂或纸巾、毛巾等遮住口鼻，咳嗽或打喷嚏后洗手，尽量避免触摸眼睛、鼻或口；出现流感样症状应当注意休息及自我隔离，前往公共场所或就医过程中需戴口罩。