

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，快捷简

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 天内在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: $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \times [760/\text{大气压 (mmHg)}]$ ($1\text{mmHg}=0.133\text{kPa}$);

(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 upper arm 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。