

健康关注

应对今冬流感实用全攻略

●钟艳宇

一图认清流感、感冒、新冠

鉴别要点	甲型H3N2流感	普通感冒	新冠病毒感染
病原体	甲型H3N2流感病毒	鼻病毒、冠状病毒(非新冠)等	新型冠状病毒(如XBB 毒株)
起病速度	急骤,数小时内发病	缓慢,逐渐加重	较快,1天至3天内发病
发热情况	高热(39℃至40℃),持续3天至5天	低热或无热	中高热,持续2天至4天
全身症状	明显,肌肉酸痛、头痛、乏力	轻微,以局部症状为主	较明显,乏力、肌肉痛、嗅觉味觉减退
局部症状	相对较轻,后期出现咳嗽、咽痛	突出,鼻塞、流涕、喷嚏明显	多样,咳嗽、咽痛、鼻塞均可能出现
病程	5天至7天	3天至5天	7天至10天
并发症风险	较高,易并发肺炎、心肌炎	较低,偶发鼻窦炎、中耳炎	中高,重症患者易出现呼吸衰竭

制图/吴千千

形势研判

H3N2是“老熟人”致病性未增强

每年10月至次年3月是我国流感病毒的固定“活跃期”。当前,流感疫情呈上升态势,预计12月中下旬达到流行高峰,整体流行强度与往年同期持平,尚未监测到病毒致病性增强的变异特征,公众无需过度焦虑。

从地域分布来看,流感流行呈现“北强南弱、梯度推进”的特征,北方已达预警线。截至11月25日,北京、天津、河北等华北地区流感样病例就诊占比已突破5%,达到橙色预警水平;东北、西北等地紧随其后,就诊占比维持在3%至4%。专家分析,这一分布特点与甲型H3N2流感病毒的传播特性高度相关:其在低温干燥环境中活性显著增强,北方已进入集中供暖期,室内密闭空间增多、空气流通差,为病毒传播提供了“温床”。

面对甲型H3N2流感病毒的流行,“病毒变异致命”“比新冠更危险”等谣言时有传播。事实上,H3N2是甲型流感病毒的经典亚型,自1968年在香港首次暴发流行以来,已与人类共存57年,其传播规律与致病特点早已被掌握。

甲型流感病毒有个常见特点,就是会发生“抗原漂移”。简单说,就是病毒表面的血凝素(H)和神经氨酸酶(N)这两个关键结构,会悄悄发生一点小变化。也正因为这种变化,流感疫苗才需要每年更新配方。今冬流行的H3N2亚型,分支代号是“3C.2a1b.2a2”,本质上是往年流行株的“小改款”,并不是什么让人陌生的新型变异株,大家不用担心。况且,病毒变异不等于变“毒”。实验室研究和临床观察都证实,H3N2的致病能力与2023年和2024年流行的毒株差不多,健康人感染后,九成以上都是轻症,一般5至7天就能自愈。

典型症状

高烧、浑身疼是核心特征

甲型H3N2流感的症状与其他流感亚型相似,但全身症状更为突出。专家结合临床经验,总结出易于识别的“典型三联征”。

- 突然高烧 几小时内体温飙至39℃至40℃,还怕冷、打哆嗦,即便服用退烧药也容易反复,可能持续烧3天至5天。
 - 浑身酸痛 出现头疼、肌肉疼、关节疼,尤其是腰和腿,严重时连走路、睡觉都受影响。
 - 呼吸道症状 一开始干咳、嗓子疼,后来可能咳嗽、鼻塞、流鼻涕,还总觉得没力气、不想吃饭。
- 家人需特别留意特殊人群的“非典型症状”,如儿童感染后易伴随呕吐、腹泻等消化道症状;老年人可能仅表现为精神萎靡、意识模糊,而没有明显高热。
- 甲型H3N2流感的传播途径与其他呼吸道传染病类似,主要通过以下3种方式传播。

- 飞沫传播 患者咳嗽、打喷嚏或说话时产生的飞沫,被近距离(1米以内)的人吸入后导致其感染,这是最主要的传播途径。
 - 接触传播 接触被病毒污染的手、手机、门把手等物品后,再触摸口、鼻、眼等黏膜部位,造成感染。
- 鉴于重症流感进展快、风险高,

- 气溶胶传播 在密闭空间内,患者长时间停留并产生大量飞沫,可能形成气溶胶悬浮在空气中,造成远距离传播。但这种情况较为罕见。
- 专家提醒,地铁、学校、办公室等人员密集场所是飞沫传播和接触传播的高风险场景,应规范佩戴口罩,做好手卫生,可阻断80%以上的病毒传播。

疾病区分

流感、普通感冒、新冠别混淆

秋冬季节呼吸道疾病高发,流感、普通感冒与新冠病毒感染常因症状重叠令人分辨不清,从而导致过度就医或延误治疗,其实三者在病原、症状、病程上的区别很明显。(见下图)

总的来看,若体温>38.5℃、伴明显肌肉酸痛且起病突然,流感可能性很高;若以鼻塞、流涕为主要症状,发热不明显,多为普通感冒;若出现嗅觉、味觉减退或呼吸困难,需及时进行新冠病毒检测。用一个口诀更方便记忆:“高烧身痛起得急,流感大概率;低热鼻塞流鼻涕,普通感冒歇一歇;嗅味减退要警惕,新冠排查别迟疑。”

靠症状能初步判断是否感染流感,确诊还得靠专业检测。专家提醒,出现这几种情况别在家扛着,尽快去医院做流感核酸或抗原检测。一是高热持续,且服用退烧药后效果不佳;二是属于流感高危人群(如60岁以上老年人、6个月至5岁儿童、慢性病患者、孕妇及产后女性、医务人员等)出现发热症状;三是症状持续加重,出现呼吸困难、胸痛、意识模糊等;四是所在学校、单位出现聚集性发热病例。

需要注意的是,流感抗原检测并不是100%准确,可能出现“假阴性”或“假阳性”。假阴性多在感染早期出现,由于抗原检测敏感性比核酸低,而此时病毒量还没达到检测阈值,容易漏检。假阳性主要有三类原因:一是部分病毒“长得像”,让试剂“认错”;二是操作或试剂出了问题,比如样本污染、试剂过期失效等;三是自身抗体与试剂“搭错线”而造成误判。

不管抗原结果如何,只要有典型流感症状,都得结合医生判断(如接触史、症状表现)来确诊,别单靠一张检测纸下结论。

应对重症

重症流感进展快“三步走”勿拖延

抗病毒药物是治疗流感的关键,属于处方药,需在医生指导下使用,不可自行购买。

临床上常用药物主要有两类:神经氨酸酶抑制剂(如奥司他韦,儿童可选颗粒剂)、帽状结构依赖性核酸内切酶抑制剂(如巴洛沙韦)。其中,奥司他韦最常用。服药的黄金时机是症状出现48小时内,36小时内效果最好,同时要规范疗程,如奥司他韦需每日2次、连服5天,哪怕症状好转也要保证疗程,以防病毒出现耐药性。

专家提示:与流感患者密切接触后48小时内服用抗病毒药,可显著降低感染风险;食物不影响奥司他韦吸收,饭后服用可减轻胃肠道刺激;巴洛沙韦单次口服即可,但孕妇禁用;流感是病毒感染,抗生素无效,切勿滥用,如有并发细菌性肺炎等情况,需遵医嘱使用。

鉴于重症流感进展快、风险高,

应对它的核心原则是“立即就医,规范救治”,分“三步走”。

第一步:快速识别重症信号 出现以下症状需停止居家观察,立即就医:1.持续高热,退烧药无效;2.呼吸困难、气促、口唇发绀;3.意识模糊、嗜睡或烦躁;4.剧烈呕吐、腹泻致脱水;5.基础病(高血压、糖尿病等)急性加重;6.孕妇胎动异常、儿童惊厥、老人精神萎靡等特殊人群异常表现。

第二步:紧急就医准备 全程规范佩戴医用防护口罩,避免乘坐公共交通;提前整理症状清单(发病时间、体温变化、用药情况)、接触史及疫苗接种记录,便于医生快速判断;高危人群可联系社区医院或急救中心,说明“重症流感疑似”,争取优先处置。

第三步:配合专业救治 遵医嘱完成流感核酸、血常规、胸部CT等检查;若确诊重症,需接受抗病毒药物(如奥司他韦、巴洛沙韦)规范治疗,必要时进行吸氧、抗感染等对症支持治疗;治疗期间严格隔离,避免感染他人。

防控要点

筑牢“疫苗+防护+消毒”三道防线

预防是应对流感最经济有效的手段,关键是要筑牢“疫苗接种、日常防护、环境消毒”三道防线。

■8类人群优先接种疫苗

接种流感疫苗是降低重症风险的核心手段。国家疾控中心近期发布的《中国流感疫苗预防接种技术指南(2025-2026)》(以下简称《指南》)明确,本年度流感疫苗配方已针对当前流行的甲型H3N2优化更新,保护精准度更高。同时,明确了8类优先接种人群,包括医务人员、60岁及以上老年人、慢性病患者、养老机构居住人员及员工、孕妇、6月至59月龄儿童、6月龄以下婴儿的家庭成员和看护人员,以及托幼机构、中小学校等重点场所人群。

当前市面上的流感疫苗主要涵盖三大类:流感灭活疫苗(裂解型)、鼻喷流感减毒活疫苗和流感灭活疫苗(亚单位型)。结合不同人群的生理特点与需求,疫苗选择可参考以下建议:6月至35月龄的婴幼儿推荐选用流感灭活疫苗(裂解型),其兼具优良性价比与可靠防护效果;3岁至17岁的青少年若对注射心存顾虑、追求舒适接种体验,鼻喷流感减毒活疫苗是优选,它起效迅速且保护周期更具优势;年满18岁的成年人若注重接种舒适度、希望降低不良反应风险,流感灭活疫苗(亚单位型)最适合。

此外,虽然6月龄以下婴儿暂不具备接种条件,但其密切接触的家庭成员与照料者优先接种疫苗,可为宝宝构筑起一面坚实的“间接防护盾”。

流感疫苗每年都要打(因为毒株会更新),黄金接种窗口是每年9月至11月,如果错过窗口期,当前补种依旧有效。

■日常防护记住十五字口诀

除了接种疫苗,还需做好日常防护。记住“勤洗手、戴口罩、常通风、少聚集、强体质”十五字口诀,实用有效。

勤洗手:接触公共物品、咳嗽打喷嚏、照顾患者及饭前便后需及时洗手。

戴口罩:坐公交地铁;在医院、商场、超市等人员密集场所;在办公室、学校等密闭空间;自己发烧咳嗽或照顾流感患者时,建议选择一次性医用

外科口罩或医用防护口罩,佩戴需覆盖口鼻及下巴,压紧鼻梁条。一个口罩的连续佩戴时间不应超过4小时,若出现污染、潮湿应立即更换。

常通风:每天开窗通风2次至3次,每次30分钟以上,可降低室内病毒浓度。

少聚集:尽量避免去人员密集的密闭场所,必要时保持1米以上社交距离。

强体质:保证充足睡眠,均衡饮食,适当进行户外活动,增强免疫力。

■环境消毒这样做

当家中或办公场所出现流感患者时,需及时规范消毒,阻断病毒扩散。

空气消毒:优先开窗通风,也可使用循环风空气消毒机定期消毒。

物体表面消毒:对于门把手等高频接触物品,用含氯消毒剂(如84消毒液)擦拭,再用清水擦净。

衣物消毒:患者衣物、被褥可通过暴晒、煮沸消毒,或用含氯消毒剂浸泡后清洗。

呕吐物/排泄物消毒:用含氯消毒剂覆盖患者呕吐物或排泄物后再清理,清理时做好个人防护。

消毒剂需按说明书配比使用,避免过度消毒。含氯消毒剂与洁厕灵等酸性物质严禁混合,以免产生有毒氯气危害健康。

总之,秋冬流感流行是常态,不必过分恐慌,也不能掉以轻心,医学界对其已有成熟防治经验。用好疫苗接种、科学防护、规范治疗这“三件法宝”,便能平稳、安全度过流感季。

医师提醒

这些流感“常识”纯属误解
“流感能扛过去不用治”

虽然健康成年人感染后多数可自愈,但高危人群硬扛可能导致命。老年人、儿童等群体感染后,易并发肺炎、心肌炎、脓毒性休克等重症,病死率较高,即使是健康人,持续高热也可能损伤脏器功能。因此,及时对症治疗有助于减轻症状、缩短病程。

“打了疫苗就不会感冒”

流感疫苗仅针对流感病毒,对鼻病毒等普通感冒病毒无效,因此接种后仍可能患上普通感冒。此外,由于流感疫苗的保护率并不是100%(通常60%至80%),接种后也可能感染流感,但症状通常更轻、病程更短、重症风险更低。

“激素退热效果好”

激素退热是危险行为。激素虽能快速降温,但会抑制免疫功能,导致病毒在体内大量复制,延长病程并增加并发症风险。仅当患者出现严重炎症反应综合征等特殊情况时,医生才会根据个体情况给予激素治疗。

“孕妇、儿童不能打疫苗”

这是最常见的误区。最新指南明确:孕妇在孕期任何阶段均可接种流感疫苗,抗体可通过胎盘保护胎儿;6月龄以上儿童即可接种,6月龄至5岁儿童是高危人群,更应优先接种。

“得过流感就有抵抗力了”

感染流感后产生的抗体,仅对当次感染的毒株有效,且保护期仅6个月至12个月。由于流感病毒每年都会变异,即使当年得过流感,下一年仍需接种疫苗,才能获得针对新流行株的保护。(据《北京日报》)

健康提醒

三部门发文科学保护儿童远视储备量

科学监测+好习惯养成 守护“视力存款”

●张馨月



3岁的朵朵(化名)开心地玩着玩具,妈妈李女士在旁边一脸焦虑:“孩子在家总看平板电脑,前段时间发现她看平板电脑,看绘本总是凑得很近,今天带她来检查,医生说虽然没有近视,但远视储备量偏低。”

近日,教育部联合国家卫生健康委、国家疾控局印发《关于科学保护儿童远视储备量的通知》(以下简称《通知》),明确推动近视防控关口前移,多措并举保护儿童远视储备量。

什么是远视储备量?孩子没有近视为啥要担心“储备量不足”?家长又该如何守护孩子远视储备量?记者就此采访了河南省儿童医院眼科主任卢跃兵。

01 远视储备量过快下降是近视早期信号

“远视储备量是孩子与生俱来的生理性远视度数。”卢跃兵介绍,新生儿双眼处于生理性远视状态,自带200~300度的远视储备量。“它不是视力问题,而是大自然赋予孩子的‘视力存款’。通常这笔‘存款’会随着孩子成长发育、眼轴变长而逐渐被消耗。”卢跃兵指着 he 参与编写的《儿童青少年远视储备值专家共识》中的普通群体筛查表介绍,3岁左右孩子远视储备量为175~200度,6~8岁仍保留100~125度,9~17岁维持在100度左右。

“远视储备量过快下降,是近视发生的早期信号。”卢跃兵介绍,远视储备量过早地变为零或负数,正视状态提前到来,继续过度用眼就会发展为近视,而且年龄越小,发展成高度近视的风险越高,“切实保护好儿童正常的远视储备量,防止过快消耗,能够有效预防近视发生。”卢跃兵提醒道。

“很多家长以为近视只跟看电子产品有关,其实远视储备量的消耗,是先天和后天因素‘联手’的结果。”卢跃兵坦言,后天习惯是当前儿童近视早发、高发的主要原因,也是家长能主动干预的重点。

不可控因素(先天因素)。父母双方高度近视的孩子,远视储备量可能天生偏少;亚洲人种近视易感率远高于欧美人群,这与遗传背景有关;随着儿童年龄与生长发育,远视储备量本身会生理性减少。

可控因素(后天因素)。长时间看手机、平板电脑等电子产品,近距离用眼负担过重;阅读、写作业姿势不正确,如趴着、躺着看书;室内光照过暗或过强;缺乏户外活动,每天晒太阳时间不足;挑食、偏食,甜食和碳酸饮料摄入过多,导致眼球发育受影响等均会消耗儿童的远视储备量。

02 养成良好用眼习惯是预防近视的关键

“保护孩子的远视储备量是预防近视的关键。”卢跃兵表示,保护孩子的“视力存款”,核心在于科学监测+好习惯养成。

建立视光档案 每6个月带孩子到正规医院眼科进行散瞳验光,跟踪视力、远视储备和眼轴长度——一旦眼轴年增长超过0.4mm,就需要及时干预。

坚持户外活动 大量研究证实,每天保证至少2小时的户外活动,能有效预防近视。自然光线能刺激眼底产生多巴胺,抑制眼轴增长,哪怕只是在户外坐着听音乐、散步都算,无需刻意运动。

控制用眼负担 0~3岁幼儿禁用视屏类产品,不过多近距离用眼。3~6岁学龄前儿童尽量避免接触和使用视屏类产品,建议视屏类电子产品每次使用时间小于15分钟,每天累计不超过1小时。此外,遵循“20~20~20”法则,看书、写作业20分钟,抬头看20英尺(约6米)外物体20秒,避免长时间盯着屏幕或书本,也有助于防控近视。

优化用眼环境 室内照明亮度要充足,写作业时保证光线从侧前方照

射;坐姿做到“一拳一尺一寸”(胸口离桌沿一拳,眼睛离书本一尺,握笔手指离笔尖一寸)。

均衡饮食与保障充足睡眠 多吃蔬菜水果、富含钙和维生素的食物,严格控制甜食和碳酸饮料;保证每天充足睡眠,让眼睛得到充分休息。

“远视储备量一旦消耗,无法自然恢复,只能通过科学手段延缓消耗速度。”卢跃兵表示,如果孩子远视储备量低于对应年龄参考值,或眼轴增长过快,可在医生指导下使用低浓度阿托品、离焦镜、OK镜等方式干预,以控制近视进展。

家长如何判断孩子远视储备量“亮了红灯”?卢跃兵表示,日常生活中若发现孩子出现以下情况,别误以为是习惯问题,应及时带孩子就医:

看东西时频繁眯眼、斜着看或侧头看;看电视、看书时距离越来越近,写作业趴着凑笔尖;经常揉眼睛、说眼睛疲劳,上课注意力不集中,学习成绩莫名下降。

“家庭视力表只能初步筛查,单纯的电脑验光有时误差较大,医院散瞳验光才是检测远视储备量的金标准(快速散瞳4~6小时即可恢复,家长无需担心)。”卢跃兵提醒。

03 家校协同发力 共护儿童远视储备量

卢跃兵表示,守护儿童远视储备量需构建以孩子为核心,家庭、学校、医疗机构各司其职又协同联动的紧密防护网络。

医疗机构是专业“指挥部”,负责提供技术标准、精准诊断与医疗干预,包括建立更新含散瞳验光、眼轴长度的“屈光发育档案”,判断远视储备量及近视情况并给出专业的医学建议,为视力异常儿童制订个性化干预方案,同时向家校开展护眼知识培训。

学校是关键“主阵地”,聚焦营造友好视觉环境与落实健康政策,需严格保障每日2小时户外活动及课间10分钟出教室,合理优化作业量以减轻用眼负担,确保教室采光照明达标、课桌椅合规且定期调整,日常监督纠正“一尺一寸一拳”读写姿势,配合或自行组织视力筛查并反馈给家长,通过主题班会等形式普及爱眼知识。

家庭是首要“执行官”与“守门人”,核心是护眼理念融入生活,需利用上下学及周末凑足2小时户外时间,监督执行“20~20~20”法则,控制电子产品使用并纠正不良读写姿势,营造光线充足、桌椅合适的学习环境,保障营养均衡与充足睡眠,以身作则培养孩子爱眼习惯,发现视力异常及时送医并遵医嘱。

三者之间如何实现有效协同?《通知》明确了协同路径,指出医疗机构要加强儿童眼健康检查结果评估,对远视储备量消耗过早过快的儿童,及时指导家长和儿童改变不良用眼习惯,预防近视发生。幼儿园、小学对检查出视力指标异常、视力正常但有近视高危因素或远视储备量不足的儿童,建议家长及时带孩子到医疗机构接受专业检查。

《通知》要求,要推动家校协同防控、深化专业科普宣教。家长以身作则,减少使用电子产品,控制儿童过度使用电子产品。各地教育、卫生健康、疾控行政部门统筹近视防控专家资源开展科普宣传,积极引导教师和家长增强保护儿童远视储备量的意识。各地教育行政部门组织做好校医培训,提升校医从事近视防控工作的业务技能和专业素养,更好地组织开展保护儿童远视储备量方面的健康教育活动。

“简单说,医疗机构像‘大脑’,提供专业指令;学校像‘躯干’,搭建好环境;家庭像‘手脚’,把每一个细节落到实处。”卢跃兵形象地比喻,只有三方信息畅通、行动一致,才能织起一张“不漏风”的视力防护网。

(据《大健康报》)