

北京市卫生局文件

京卫医字〔2013〕49号

北京市卫生局转发国家 卫生和计划生育委员会关于人感染 H7N9 禽流感有关文件的通知

各区县卫生局,各三级医院:

现将国家卫生和计划生育委员会紧急印发的《人感染 H7N9 禽流感病例诊断程序》(卫发明电〔2013〕15号)、《关于进一步做好人感染 H7N9 禽流感医疗救治工作的通知》(卫发明电〔2013〕16号)、《关于印发人感染 H7N9 禽流感诊疗方案(2013年第2版)》(卫发明电〔2013〕17号)转发给你们。为做好有关工作,现将有关事项通知如下:

一、迅速传达文件

请各单位将上述三个文件迅速印发各科室，传达到医院各职能处室、总值班室及主要诊疗科室（门急诊科、发热门诊、呼吸科及重症监护室等）。

二、落实有关要求

请各单位组织医务人员认真落实感染诊断程序、医疗救治工作及诊疗方案，加强监测，做好人员培训等工作。各单位要加强应急值守，提高敏感性，履行职能，确保联络畅通，遇有特殊情况按规定要求及时报告。

三、严格自查督查

请各单位按照国家卫生和计划生育委员会下发的有关方案和市卫生局下发的相关文件开展自查工作，确保各项防护工作和救治准备工作及时准确到位。请各区县卫生局组织辖区内二级及以下医院的督导检查。市卫生局将继续组成专家组开展督导检查活动。

联系人：王同国 齐士明

联系电话：83970637



抄送：市医院管理局。

北京市卫生局办公室

2013年4月12日印发

中央和国家机关发电



发电单位 国家卫生和计划生育委员会。

签批盖章马晓律

等级 特急·明电

卫发明电〔2013〕15号

中机发

号

关于印发《人感染 H7N9 禽流感病例诊断程序》的通知

各省、自治区、直辖市卫生厅局，新疆生产建设兵团卫生局，中国疾病预防控制中心（自发）：

为进一步做好人感染 H7N9 禽流感疫情防控工作，明确人感染 H7N9 禽流感病例诊断程序，提供科学的临床诊疗工作依据，保护患者身体健康和生命安全，我委制定了《人感染 H7N9 禽流感病例诊断程序》。现印发给你们，请遵照执行。

国家卫生和计划生育委员会办公厅

2013 年 4 月 日

（信息公开形式：主动公开）

抄送：国家中医药管理局，总后勤部卫生部（自发）。

人感染 H7N9 禽流感病例诊断程序

一、诊断程序

各省首例人感染 H7N9 禽流感病例由发生地省级卫生行政部门组织省级临床专家组结合病例的流行病学史、临床表现、省级疾病预防控制中心检测结果及中国疾病预防控制中心实验室复核检测结果等，按照诊疗方案进行诊断，由省级卫生行政部门报告国家卫生和计划生育委员会。

各省后续病例的诊断仍按上述程序进行，但实验室诊断依据可不需要中国疾病预防控制中心实验室的复核检测结果。

二、实验室检测程序

人感染 H7N9 禽流感疑似病例先由各省（区、市）的国家流感监测网络实验室和具备 PCR 实验室检测条件的医疗机构进行标本的检测。不具备检测条件的地区，在确保生物安全的情况下，按照规定将标本送邻近具备相应条件和资格认证的国家流感监测网络实验室和具备 PCR 实验室检测条件的医疗机构进行检测。

各省（区、市）首例人感染 H7N9 禽流感疑似病例的原始标本应在确保生物安全的情况下，送中国疾病预防控制中心进行复检确认。

后续发生的病例，各地应当将其原始标本和病毒分离物，在确保生物安全的情况下，按照规定及时送中国疾病预防控制中心。

各省（区、市）卫生行政部门应当将具备 PCR 实验室检测条件的医疗机构纳入人感染 H7N9 禽流感检测机构，开展标本检测工作，并作为诊断的实验室依据。

中央和国家机关发电



发电单位 国家卫生和计划生育委员会

签批盖章 马晓伟

等级 特急·明电 卫发明电〔2013〕16号 中机发 号

关于进一步做好人感染 H7N9 禽流感 医疗救治工作的通知

各省、自治区、直辖市卫生厅局，新疆生产建设兵团卫生局：

近期，我国部分省份发生人感染 H7N9 禽流感疫情。2013 年 4 月 3 日，我委印发了《关于加强人感染 H7N9 禽流感疫情防控工作的通知》（卫发明电〔2013〕7 号）。为进一步落实通知有关要求，按照对有疫情和无疫情省份进行分类指导的原则，有针对性地指导开展救治工作。现就做好人感染 H7N9 禽流感医疗救治有关工作通知如下：

一、充分认识做好人感染 H7N9 禽流感医疗救治工作的重要意义，切实做好组织实施工作

各省级卫生行政部门要高度重视人感染 H7N9 禽流感医

疗救治工作，按照党中央、国务院领导的指示精神和我委工作部署，坚持把人民群众健康和生命安全放在首位，遵循“依法、科学、规范、统一”的工作原则，按照“有力、有序、有效、有度”和“早发现、早报告、早诊断、早治疗”的防控方针，扎实做好人感染 H7N9 禽流感医疗救治工作。

要切实加强组织领导，成立领导机构，明确工作分工和职责，落实责任，细化措施，保证效果。要成立临床专家组，指导做好人感染 H7N9 禽流感医疗救治工作。要制定医疗救治方案，明确人感染 H7N9 禽流感病例的发现、诊断、报告、收治、转诊等相关流程。原则上在省级行政区划内对人感染 H7N9 禽流感病例进行属地化医疗救治和管理，跨省转诊由相关省级卫生行政部门协商同意后进行。病例转运工作由急救中心（站）参照《甲型 H1N1 流感病例转运工作方案（2009 年修订版）》（卫发明电〔2009〕125 号）执行。要加强医院感染管理工作，按照《人感染 H7N9 禽流感医院感染预防与控制技术指南（2013 年版）》（卫发明电〔2013〕6 号）、《医疗机构传染病预检分诊管理办法》（卫生部令第 41 号）规定，预防和控制人感染 H7N9 禽流感的医院感染，科学实施医务人员个人防护。要结合当地疫情特点和医疗资源情况，指定具备较强综合实力、符合呼吸道传染病收治要求的医院，集中收治人感染 H7N9 禽流感病例。要做好医务人员培训工作，重点加强县级医院和基层医疗机构医务人员关于人感染 H7N9 禽流感的诊断治疗、消毒隔离和个人防护等知识的培训，提高早发现、早期抗病毒治疗意识和水平。

二、疫情发生省份要坚持“五个原则”，落实“三个到位”，提高救治成功率，降低病死率

(一) 坚持“五个原则”。1. 关口前移。按照“早检早治、边检边治、有治必检”要求，对流感样病例抗病毒治疗前必须采集标本进行检测，及早进行抗病毒治疗；标本检测和抗病毒治疗有关要求按照《人感染 H7N9 禽流感诊疗方案（2013 年第 2 版）》执行。2. 重心下移。重点加强县级医院和基层医疗机构的诊疗能力，三级医院要对县级医院进行技术支援，必要时派驻专家指导诊疗工作。3. 分级分类指导。对已发现疫情地区和未发现疫情地区，以及不同级别医疗机构，分别进行指导。首诊医疗机构不具备医疗救治条件的，要及时报告辖区卫生行政部门，在保证医疗安全的前提下，将患者转诊至定点医院治疗；不适宜转诊的，由卫生行政部门组织专业力量对收治医院进行指导和支持。4. 集中收治。按照“集中患者、集中专家、集中资源、集中救治”原则，在定点医院集中收治人感染 H7N9 禽流感病例。要充分发挥省级专家组和定点医院的作用，提高重症病例的救治成功率，降低病死率。5. 中西医结合。充分发挥中医药的医疗救治作用，相关技术方案要注重中西医结合，临床专家组要吸纳中医专家参加。

(二) 落实“三个到位”。1. 技术支援到位。上级医院对下级医院，特别是三级医院对县级医院的支援要到位。省级临床专家组要对省内人感染 H7N9 禽流感医疗救治工作加强技术支援和业务指导。2. 人员培训到位。要加强县级医院

和基层医疗机构医务人员的培训，提高人感染 H7N9 禽流感病例的早识别、早检测的意识和能力。加强定点医院医务人员相关诊断治疗、消毒隔离和个人防护等知识的培训，使其熟练掌握诊疗知识和工作流程，做好人感染 H7N9 禽流感病例，尤其是重症病例的救治工作。3. 试剂、药品、设备保障到位。根据实际情况，将具备 PCR 实验室检测条件的医疗机构纳入检测机构，将检测试剂及时配发到医疗机构，实现早检测、早诊断。要做好本辖区床位、医疗设备设施、抗病毒药物和防护用品等医疗资源准备和调配工作，保证抗病毒药物及时足量供应。

（三）落实医院感染防控措施。医疗机构要严格执行人感染 H7N9 禽流感医院感染预防与控制的工作要求，完善管理制度，落实岗位责任，严格执行消毒隔离，科学实施个人防护措施。要严格执行传染病预检分诊管理的工作要求，医疗机构要设立相对独立的发热门诊和隔离观察室，设置明显标识引导。发热门诊要保证充足的候诊、就诊空间，改善通风条件，及时分流患者。要加强临床实验室生物安全管理，严格实验室质量控制。

三、无疫情省份要重点加强病例主动监测工作，做好人员培训和技术储备

（一）加强病例主动监测工作。按照国家有关技术方案，做好人感染 H7N9 禽流感监测病例和不明原因肺炎病例的监测报告工作，规范采样，及时送检，尽早明确病因，科学合理治疗。要规范门急诊接诊流程，做好预检分诊工作，落实

医院感染防控措施。

(二)做好人员培训和技术储备。省级临床专家组要熟悉掌握人感染 H7N9 禽流感相关技术方案,重点对县级医院和基层医疗机构医务人员进行培训,做好本辖区床位、设备、设施、药品、防护用品等医疗资源储备工作。

已报告人感染 H7N9 禽流感病例的省份,每日上午 10 时前向我委医政司报告每例确诊病例的病历摘要。需要国家专家提供技术支持的,及时与我委联系。

联系人:医政司医疗处 马旭东、付文豪

电 话: 010-68792825、68792205

传 真: 010-68792513

国家卫生和计划生育委员会办公厅

2013 年 4 月 10 日

(信息公开形式:主动公开)

抄送:国家应对人感染 H7N9 禽流感疫情联防联控工作机制各成员单位(自发)。

中央和国家机关发电



发电单位 国家卫生和计划生育委员会

签批盖章马晓伟

等级 特急·明电

卫发明电〔2013〕17号

中机发

号

关于印发《人感染 H7N9 禽流感诊疗方案 (2013 年第 2 版)》的通知

各省、自治区、直辖市卫生厅局（卫生计生委），新疆生产建设兵团卫生局：

为有效应对人感染 H7N9 禽流感疫情，进一步做好人感染 H7N9 禽流感病例的医疗救治工作，我委组织国家人感染 H7N9 禽流感临床专家组，结合现有病例诊疗经验，对《人感染 H7N9 禽流感诊疗方案（2013 年第 1 版）》进行了修订、完善，形成了《人感染 H7N9 禽流感诊疗方案（2013 年第 2 版）》。现印发给你们，供医疗机构在人感染 H7N9 禽流感临床诊疗工作中参考使用。

2013年4月2日印发的《人感染H7N9禽流感诊疗方案
(2013年第1版)》(卫发明电〔2013〕5号)同时废止。

国家卫生和计划生育委员会办公厅

2013年4月10日

(信息公开形式: 主动公开)

抄送: 国家中医药管理局, 总后卫生部, 原卫生部有关
直属单位, 原部管医院, 中华医学会, 中国医师
协会(自发)。

人感染 H7N9 禽流感诊疗方案

(2013 年第 2 版)

人感染 H7N9 禽流感是由 H7N9 亚型禽流感病毒引起的急性呼吸道传染病。自 2013 年 2 月以来,上海市、安徽省、江苏省、浙江省先后发生不明原因重症肺炎病例,其中确诊人感染 H7N9 禽流感 33 例,9 例死亡。均为散发病例。

早发现、早报告、早诊断、早治疗,加强重症病例救治,注意中西医并重,是有效防控、提高治愈率、降低病死率的关键。

一、病原学

禽流感病毒属正粘病毒科甲型流感病毒属。禽甲型流感病毒颗粒呈多形性,其中球形直径 80~120nm,有囊膜。基因组为分节段单股负链 RNA。依据其外膜血凝素(H)和神经氨酸酶(N)蛋白抗原性不同,目前可分为 16 个 H 亚型(H1~H16)和 9 个 N 亚型(N1~N9)。禽甲型流感病毒除感染禽外,还可感染人、猪、马、水貂和海洋哺乳动物。可感染人的禽流感病毒亚型为 H5N1、H9N2、H7N7、H7N2、H7N3,此次报道的为 H7N9 禽流感病毒。该病毒为新型重配病毒,其内部基因来自于 H9N2 禽流感病毒。

禽流感病毒普遍对热敏感,对低温抵抗力较强,65℃加热 30 分钟或煮沸(100℃)2 分钟以上可灭活。病毒在较低温度粪便中可存活 1 周,在 4℃水中可存活 1 个月,对酸性环境有一定抵抗力,在 pH4.0 的条件下也具有一定的存活能

力。在有甘油存在的情况下可保持活力 1 年以上。

二、流行病学

(一) 传染源。目前已经在禽类及其分泌物或排泄物分离出 H7N9 禽流感病毒,与人感染 H7N9 禽流感病毒高度同源。传染源可能为携带 H7N9 禽流感病毒的禽类。现尚无人际传播的确切证据。

(二) 传播途径。经呼吸道传播,也可通过密切接触感染的禽类分泌物或排泄物,或直接接触病毒感染。

(三) 高危人群。在发病前 1 周内接触过禽类者,例如从事禽类养殖、贩运、销售、宰杀、加工业等人员。

三、临床表现

根据流感的潜伏期及现有 H7N9 禽流感病毒感染病例的调查结果,潜伏期一般为 7 天以内。

(一) 症状、体征和临床特点。

患者一般表现为流感样症状,如发热、咳嗽、少痰,可伴有头痛、肌肉酸痛和全身不适。重症患者病情发展迅速,多在 5-7 天出现重症肺炎,体温大多持续在 39℃ 以上,呼吸困难,可伴有咯血痰;可快速进展为急性呼吸窘迫综合征、脓毒症、感染性休克,甚至多器官功能障碍,部分患者可出现纵隔气肿、胸腔积液等。

(二) 实验室检查。

1. 血常规。白细胞总数一般不高或降低。重症患者多有白细胞总数及淋巴细胞减少,可有血小板降低。

2. 血生化检查。多有肌酸激酶、乳酸脱氢酶、天门冬氨酸氨基转移酶、丙氨酸氨基转移酶升高,C 反应蛋白升高,

肌红蛋白可升高。

3. 病原学及相关检测。抗病毒治疗之前必须采集呼吸道标本送检（如鼻咽分泌物、口腔含漱液、气管吸出物或呼吸道上皮细胞）。有病原学检测条件的医疗机构应尽快检测，无病原学检测条件的医疗机构应留取标本送指定机构检测。

（1）甲型流感病毒抗原筛查。呼吸道标本甲型流感病毒抗原快速检测阳性。但仅可作为初筛实验。

（2）核酸检测。对患者呼吸道标本采用 real time PCR（或 RT-PCR）检测 H7N9 禽流感病毒核酸。

（3）病毒分离。从患者呼吸道标本中分离 H7N9 禽流感病毒。

（4）动态检测双份血清 H7N9 禽流感病毒特异性抗体水平呈 4 倍或以上升高。

（三）胸部影像学检查。发生肺炎的患者肺内出现片状影像。重症患者病变进展迅速，呈双肺多发磨玻璃影及肺实变影像，可合并少量胸腔积液。发生 ARDS 时，病变分布广泛。

（四）预后。人感染 H7N9 禽流感重症患者预后差。影响预后的因素可能包括患者年龄、基础疾病、合并症等。

四、诊断与鉴别诊断

（一）诊断。根据流行病学接触史、临床表现及实验室检查结果，可作出人感染 H7N9 禽流感的诊断。在流行病学史不详的情况下，根据临床表现、辅助检查和实验室检测结果，特别是从患者呼吸道分泌物标本中分离出 H7N9 禽流感病毒，或 H7N9 禽流感病毒核酸检测阳性，或动态检测双份

血清 H7N9 禽流感病毒特异性抗体水平呈 4 倍或以上升高，可作出人感染 H7N9 禽流感的诊断。

1. 流行病学史。发病前 1 周内与禽类及其分泌物、排泄物等有接触史。

2. 诊断标准。

(1) 疑似病例：符合上述临床表现，甲型流感病毒抗原阳性，或有流行病学接触史。

(2) 确诊病例：符合上述临床表现，或有流行病学接触史，并且呼吸道分泌物标本中分离出 H7N9 禽流感病毒或 H7N9 禽流感病毒核酸检测阳性或动态检测双份血清 H7N9 禽流感病毒特异性抗体水平呈 4 倍或以上升高。

重症病例：肺炎合并呼吸功能衰竭或其他器官功能衰竭者为重症病例。

(二) 鉴别诊断。应注意与人感染高致病性 H5N1 禽流感、季节性流感（含甲型 H1N1 流感）、细菌性肺炎、传染性非典型肺炎（SARS）、新型冠状病毒肺炎、腺病毒肺炎、衣原体肺炎、支原体肺炎等疾病进行鉴别诊断。鉴别诊断主要依靠病原学检查。

五、治疗

(一) 对临床诊断和确诊患者应进行隔离治疗。

(二) 对症治疗。可吸氧、应用解热药、止咳祛痰药等。

(三) 抗病毒治疗。应尽早应用抗流感病毒药物（见附件）。

1. 抗病毒药物使用原则。

(1) 在使用抗病毒药物之前应留取呼吸道标本。

(2) 抗病毒药物应尽量在发病 48 小时内使用。重点在以下人群中使用:

① 人感染 H7N9 禽流感病例;

② 甲型流感病毒抗原快速检测阳性的流感样病例;

③ 甲型流感病毒抗原快速检测阴性或无条件检测的流感样病例, 具有下列情形者, 亦应使用抗病毒药物:

A. 有密切接触者 (包括医护人员) 出现流感样症状者; 发生聚集性流感样病例及在 1 周内接触过禽类的流感样病例;

B. 有基础疾病如慢性心肺疾病, 高龄, 孕妇等流感样病例;

C. 病情快速进展及临床上认为需要使用抗病毒药物的流感样病例;

D. 其他不明原因肺炎病例。

(3) 对于临床认为需要使用抗病毒药物的病例, 发病超过 48 小时亦可使用。

2. 神经氨酸酶抑制剂:

(1) 奥司他韦 (Oseltamivir): 成人剂量 75mg 每日 2 次, 重症者剂量可加倍, 疗程 5-7 天。1 岁及以上年龄的儿童患者应根据体重给药: 体重不足 15Kg 者, 予 30mg 每日 2 次; 体重 15-23Kg 者, 予 45mg 每日 2 次; 体重不足 23-40Kg 者, 予 60mg 每日 2 次; 体重大于 40Kg 者, 予 75mg 每日 2 次。对于吞咽胶囊有困难的儿童, 可选用奥司他韦混悬液。

(2) 扎那米韦 (Zanamivir): 成人及 7 岁以上青少年用法: 每日 2 次, 间隔 12 小时; 每次 10mg (分两次吸入)。

(3) 帕拉米韦 (Peramivir): 重症病例或无法口服者可用帕拉米韦氯化钠注射液, 成人用量为 300-600mg, 静脉滴注, 每日 1 次, 疗程 1-5 天。目前临床应用数据有限, 应严密观察不良反应。

轻症病例应首选奥司他韦或扎那米韦。应根据病毒核酸检测阳性情况, 决定是否延长疗程。

3. 离子通道 M2 阻滞剂: 目前实验室资料提示金刚烷胺 (Amantadine) 和金刚乙胺 (Rimantadine) 耐药, 不建议单独使用。

(四) 中医药治疗。

1. 发热、高热、咳嗽、痰少、喘闷、白细胞减少或疑似、确诊等患者:

疫毒犯肺, 肺失宣降证。

症状: 发热, 咳嗽, 少痰, 头痛, 肌肉关节疼痛。舌红苔薄, 脉数滑。舌红苔薄, 脉滑数。治法: 清热解毒, 宣肺止咳。

参考处方和剂量: 银翘散合白虎汤。

金银花 30g、连翘 15g、炒杏仁 15g、生石膏 30g

知母 10g、桑叶 15g、芦根 30g、青蒿 15g

黄芩 15g、生甘草 6g

水煎服, 每日 1-2 剂, 每 4-6 小时口服一次。

加减: 咳嗽甚者加枇杷叶、浙贝母。

中成药: 可选择疏风解毒胶囊、连花清瘟胶囊、金莲清热泡腾片等具有清热解毒, 宣肺止咳功效的药物。

中药注射液: 喜炎平注射液、热毒宁注射液、参麦注射

液。

2. 高热、急性呼吸窘迫综合征、感染性休克等患者：
疫毒壅肺，内闭外脱证。

症状：高热，咳嗽，痰少难咯，憋气，喘促，咯血，或见咯吐粉红色泡沫痰，伴四末不温，四肢厥逆，躁扰不安，甚则神昏谵语。舌暗红，脉沉细数或脉微欲绝。

治法：解毒泻肺，益气固脱。

参考处方和剂量：宣白承气汤合参萸汤。

生大黄 10g、全瓜蒌 30g、炒杏仁 10g、炒葶苈子 30g

生石膏 30g、生栀子 10g、虎杖 15g、莱菔子 15g

山萸肉 15g、西洋参 15g

水煎服，每日 1—2 剂，每 4—6 小时口服或鼻饲一次。

加减：

高热、神志恍惚、甚至神昏谵语者，上方送服安宫牛黄丸；

肢冷、汗出淋漓者加炮附子、煅龙骨、煅牡蛎；

咯血者加赤芍、仙鹤草、功劳叶；

口唇紫绀者加益母草、黄芪、当归。

中成药：可选择参麦注射液、参附注射液、喜炎平注射液、热毒宁注射液。

3. 以上中药汤剂、中成药和中药注射液不作为预防使用。

(五) 加强支持治疗和预防并发症。注意休息、多饮水、增加营养，给予易消化的饮食。密切观察，监测并预防并发症。抗菌药物应在明确继发细菌感染时或有充分证据提示继

发细菌感染时使用。

(六)重症病例的治疗。对出现呼吸功能障碍者给予吸氧及其他相应呼吸支持,发生其它并发症的患者应积极采取相应治疗。

1.呼吸功能支持:

(1)机械通气:重症患者病情进展迅速,可较快发展为急性呼吸窘迫综合征(ARDS)。在需要机械通气的重症病例,可参照ARDS机械通气的原则进行。

①无创正压通气:出现呼吸窘迫和(或)低氧血症患者,早期可尝试使用无创通气。但重症病例无创通气疗效欠佳,需及早考虑实施有创通气。

②有创正压通气:鉴于部分患者较易发生气压伤,应当采用ARDS保护性通气策略。

(2)体外膜氧合(ECMO):传统机械通气无法维持满意氧合和(或)通气时,有条件时,推荐使用ECMO。

(3)其他:传统机械通气无法维持满意氧合时,可以考虑俯卧位通气或高频振荡通气(HFOV)。

2.循环支持:加强循环评估,及时发现休克患者。早期容量复苏,及时合理使用血管活性药物。有条件进行血流动力学监测并指导治疗。

3.其他治疗:在呼吸功能和循环支持治疗的同时,应当重视其他器官功能状态的监测及治疗;预防并及时治疗各种并发症尤其是医院获得性感染。

六、其它

严格规范收治人感染H7N9禽流感患者医疗机构的医院

感染防控措施。遵照标准预防的原则，根据疾病传播途径采取防控措施。具体措施依据《人感染 H7N9 禽流感医院感染预防与控制技术指南（2013 年版）》的相关规定。

七、转科或出院标准

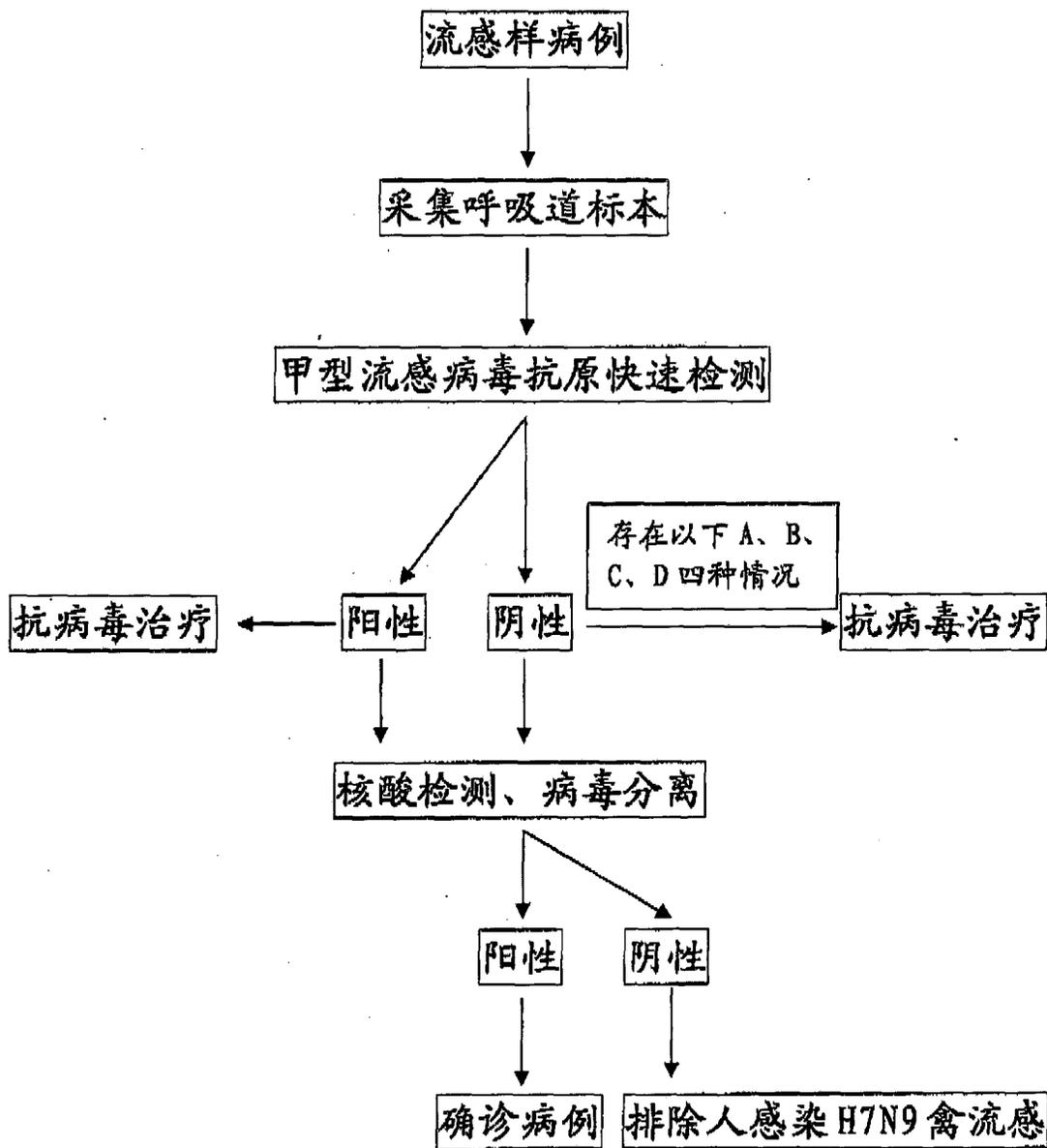
（一）因基础疾病或合并症较重，需较长时间住院治疗的患者，待人感染 H7N9 禽流感病毒核酸检测连续 2 次阴性后，可转出隔离病房至相应病房或科室进一步治疗。

（二）体温正常，临床症状基本消失，呼吸道标本人感染 H7N9 禽流感病毒核酸检测连续 2 次阴性，可以出院。

附件：有疫情地区人感染 H7N9 禽流感早检早治流程图

附件

有疫情地区人感染 H7N9 禽流感 早检早治流程图



- A. 有密切接触者（包括医护人员）出现流感样症状者；发生聚集性流感样病例及在 1 周内接触过禽类的流感样病例；
- B. 有基础疾病如慢性心肺疾病，高龄，孕妇等流感样病例；
- C. 病情快速进展及临床上认为需要使用抗病毒药物的流感样病例；
- D. 其他不明原因肺炎病例。