

放疗期间怎么吃? 这里有一份“吃饭指南”

健康关注

“医生,放疗期间要不要忌口?发物能吃吗?”“嗓子疼得咽不下饭,怎么办?”在肿瘤放疗科门诊,这些问题几乎每天都能听到。作为肿瘤科医生,我想先告诉大家一个被很多人忽视的事实:营养状态直接影响放疗效果——吃不好的患者,肿瘤控制率下降、副作用加重、治疗容易中断,最终生存期也会缩短。临床数据显示,营养不良的肿瘤患者放疗完成率降低30%以上,而积极营养支持可使治疗耐受性提高近一倍。今天这份指南,可以帮助把“吃饭”这件大事弄明白。

放疗前:先给身体“存粮”
很多人等到放疗才开始想起来要补充营养,其实这时候已经晚了。放疗是一场“消耗战”,射线杀死癌细胞的同时,身体处于高代谢状态,蛋白质需求比平时增加20%—50%。如果开始治疗前就营养不良,耐受性会大打折扣。建议在治疗前1至2周做个简单自评:过去3个月体重下降超过5%吗?进食量减少了四分之一以上吗?BMI低于18.5吗?如果答案是“是”,建议尽快到临床营养科就诊。

放疗前的饮食记住“三高一低”:高蛋白、高维生素、高能量、低脂肪。优质蛋白来源包括鱼、禽、蛋、豆制品、奶制品,举个例子,60公斤的患者每天需要72至90克蛋白质,相当于2个鸡蛋+500毫升牛奶+150克瘦肉+100克豆腐。维生素方面,重点补充抗氧化营养素——维生素C(新鲜果蔬)、维生素E(坚果、植物油)、β-胡萝卜素(深色蔬菜),有助于减轻放疗引起的氧化损伤。均衡膳食才是正道,必要时在营养师指导下使用肠内营养制剂。

放疗中:分阶段调整饮食策略
胸部放疗通常持续4至6周,不同阶段的身体反应不同,饮食策略也要跟着调整。

第一阶段(第1至2周):食欲尚可期。这时候放疗反应还没显现,要抓住机会多吃。建议“少量多餐”,早餐要丰盛,包含优质蛋白和复合碳水;上午下午各加一餐,如酸奶配坚果、水果配奶酪;晚餐清淡易消化。
第二阶段(第3至4周):急性反应期。这是最难受的阶段。食管黏膜受照射后充血水肿,出现放射性食管炎,很多人会感觉“嗓子像吞刀片”“胸口火辣辣的疼”。这时候固体食物难以下咽,但流质、半流质通常还能接受。食用技巧是把食物打成“匀浆膳”。用破壁机将米

饭、肉类、蔬菜、汤羹打成细腻的糊状,温度控制在40℃左右,避免过冷过热刺激黏膜。疼痛明显的话,可以在进食前15分钟含服利多卡因胶浆局部麻醉。
第三阶段(第5至6周及结束后):恢复调整期。食管炎逐渐愈合,但部分人可能出现味觉改变、食欲低下。这时候要注重食物的色香味搭配。

这四个饮食误区,你中招了吗
误区一:“饿死肿瘤”不吃不喝。这是最有害的观念。肿瘤细胞具有“掠夺式”代谢特点,即使患者禁食,肿瘤仍会抢夺正常组织的营养,导致患者迅速衰竭,而肿瘤未必缩小。临床研究显示,积极营养支持不会“养大”肿瘤,反而能提高放疗敏感性。

误区二:严格忌口。盲目忌口导致营养单一,反而削弱免疫力。肺癌患者无需特别忌口,只需避免明确的有害因素如烟酒、腌制烧烤食品、霉变食物。
误区三:汤汤水水最有营养。很多患者坚信“营养都在汤里”,只喝汤不吃肉。实际上,汤中主要是脂肪、嘌呤和少量水溶性维生素,蛋白质仅1%—2%,90%以上的优质蛋白保留在肉渣中。只喝汤的蛋白质含量不如一个鸡蛋,只喝汤不吃肉,等于丢弃了最重要的营养来源。
误区四:静脉输液比吃饭好。当患

者进食量下降时,有些家属急于要求“吊营养针”。但对于胃肠功能正常的患者,肠内营养(经口或管饲)优于肠外营养(静脉输液)。肠内营养能维护肠道黏膜屏障,减少感染风险,费用更低,且更符合生理状态。只有当患者出现完全性肠梗阻、严重腹泻等情况时,才考虑肠外营养。

怎么判断吃对了没
建议每周监测体重,记录进食日记,每2周复查血常规、肝肾功能及前白蛋白。理想状态是:放疗期间体重下降不超过5%,白蛋白维持在35克/升以上,血红蛋白不低于100克/升。如果体重持续下降、白蛋白低于30克/升,提示营养支持不足,需要调整方案。

放疗结束不代表营养管理结束。放射性损伤的修复需要数周至数月,患者仍应保持高蛋白饮食,逐步恢复体力活动。建议治疗后1个月、3个月、6个月定期到营养门诊随访。对于治愈的患者,良好的营养习惯是预防复发的基础;对于需要后续治疗的患者,充足的营养储备是接受进一步治疗的保障。
记住:吃饭也是治疗的一部分。与医生、营养师密切配合,制定科学的营养策略,才能让放疗发挥最大效用,帮助平稳度过治疗期,迈向康复。
(滁州市第一人民医院 王军)

健康科普

胰腺是人体腹腔内一个功能关键却常被忽视的器官,它不仅参与食物中糖类、蛋白质与脂肪的消化分解,还承担着调节血糖、维持机体代谢稳定的重要作用。一旦胰腺出现急性炎症,不仅会带来剧烈疼痛,严重时还会直接威胁生命。相关数据显示,重症急性胰腺炎的死亡率可达20%。若合并胰腺组织坏死,死亡率将超过30%。

尽管急性胰腺炎发病急、危害大,但只要提高警惕、科学预防,完全可以有效降低发病与复发风险。下面将从发病机制、高危诱因、早期表现、急救处理、康复要点及长期防控等方面,全面介绍急性胰腺炎的防治知识。

急性胰腺炎:胰腺的“自我消化”损伤
急性胰腺炎的核心病理过程,是胰腺内的消化酶在未进入肠道前被异常激活,转而胰腺自身及周围组织产生消化破坏,进而引发局部乃至全身的炎症反应。轻者仅表现为局部疼痛与炎症,重者可快速进展为多器官功能障碍,甚至危及生命。

诱发急性胰腺炎的常见危险因素
1.胆道系统疾病

胆结石、胆囊炎等是导致急性胰腺炎最常见的原因。结石可造成胰液排出通道受阻,使胰管内压力升高,促使胰酶提前激活,从而诱发胰腺自身损伤。
2.长期过量饮酒
酒精可直接损伤胰腺细胞,刺激胰液过量分泌并改变胰液成分,是诱发胰腺炎的重要危险因素。长期大量饮酒者,发病风险明显高于普通人群。
3.高脂血症
血液中甘油三酯浓度显著升高,会影响胰腺微循环,形成脂质栓塞并激活炎症反应,成为高脂血症性胰腺炎的主要诱因。
4.暴饮暴食与高脂饮食
短期内大量进食,尤其是高脂、高蛋白食物,会使胰腺负荷急剧增加,胰酶大量分泌,极易诱发急性炎症。
5.其他诱因
部分药物、腹部外伤或手术、妊娠等因素,也可能成为急性胰腺炎的触发因素。

急性胰腺炎的早期预警症状
急性胰腺炎最典型的表现突发持续性中上腹剧痛,疼痛可呈钝痛、刀割样痛或绞痛,并向腰背部放射。弯腰前倾时疼痛可略有减轻,进食后则明显加重。多数患者同时伴有恶心、呕吐、腹胀等症状。重症患者可出现腹部

膨隆、高热,甚至出现心慌、呼吸困难、意识异常等全身表现,提示病情已危及多器官功能。
急性胰腺炎发作时的应急处理
如高度怀疑急性胰腺炎发作,应立即做到以下几点:

- 1.立刻停止进食、禁止饮水,减少胰液分泌。
 - 2.保持安静休息,避免剧烈活动。
 - 3.第一时间拨打120,尽快送往医院救治。
 - 4.急救到达前不要自行服用止痛药,以免掩盖病情,干扰诊断。
- 急性胰腺炎的治疗与康复要点**
轻症急性胰腺炎在住院期间通过禁食、静脉补液、对症支持等治疗,多数可较快稳定。出院后的饮食管理是防止复发、促进恢复的关键:从清淡流质饮食逐步过渡到半流质、软食,最后恢复普通饮食;坚持低脂、少量多餐,每餐七八分饱即可;严格戒酒戒烟,避免油腻、辛辣、暴饮暴食。

胰腺炎的长期预防与健康管理
1.合理饮食,减轻胰腺负担
坚持低脂饮食,每日脂肪摄入量控制在合理范围,减少油炸食品、肥肉、动物内脏等摄入,优先选择鱼、虾、鸡胸肉、豆制品等优质蛋白,并适当搭配粗粮。同时做到规律进食、戒酒限酒。

凶险的“食肉细菌” ——一文读懂急性坏死性筋膜炎的致命真相

身脏器,引发致命炎症风暴。
从病原学来看,该病多为混合感染,涵盖A组β溶血性链球菌、金黄色葡萄球菌等革兰氏阳性菌,大肠杆菌、肺炎克雷伯菌等革兰氏阴性菌,部分重症还合并厌氧菌感染。多种病菌协同作用,释放大量毒素,快速引发全身恶性炎症反应,病情凶险程度远超普通感染。

发病诱因:这些人群最易中招
临床数据显示,急性坏死性筋膜炎发病多有明确诱因,普通人也并非绝对安全,两大高危因素需格外警惕。

其一,“局部皮肤黏膜破损”是最主要的人侵途径。哪怕是蚊虫叮咬、轻微擦伤、修剪伤口、脚气破溃、打针对眼等微小创口,甚至肉眼不可见的皮肤屏障损伤,都会成为致病菌的突破口,上述病例患者便是下肢局部起病,快速恶化成筋膜室综合征、肌肉坏死。

其二,“免疫力低下人群”属于高危易感群体。糖尿病、慢性肝肾疾病、恶性肿瘤、长期服用激素或免疫抑制剂、高龄、肥胖人群,自身免疫防御能力薄弱,感染后病情进展更快、更重。此外,长期酗酒、熬夜劳累、营养不良会导致免疫力骤降,健康青壮年也可能突发此病。

早期识别是生死关键:警惕这些伪装症状
急性坏死性筋膜炎最致命的特点,就是早期症状极具迷惑性,极易被误诊

为普通皮肤肿痛、蚊虫叮咬,从而错失黄金救治初期。
发病初期,患者仅表现为患处轻微疼痛、红肿发热,与普通炎症无异,但短短“数小时至1天内”,病情会断崖式恶化:疼痛剧烈远超红肿程度,普通止痛药无效;红肿快速蔓延,皮肤由红转紫、发黑,出现水疱、血疱;肢体极度肿胀紧绷,形成筋膜室高压;同时伴随高热寒战、意识模糊、血压骤降,快速进展为感染性休克、脓毒血症。

上述病例中,患者从血气提示严重酸中毒到转入ICU仅半小时,7小时内就需紧急手术清创,足见病情凶险。一旦错过黄金救治期,毒素入血会引发多脏器衰竭,救治难度呈几何倍数上升。权威数据显示,该病总体死亡率高达20%—40%,合并休克与多脏器衰竭的重症病例,死亡率超70%。幸存者也常面临截肢、肢体残疾等后遗症。

多学科协同救治:与死神抢时间
急性坏死性筋膜炎的救治,必须依靠重症医学科、外科、感染科等多学科联合攻坚,核心遵循四大原则:第一,立即转入ICU,启动呼吸机、床旁CRRT等生命支持手段,纠正休克、酸中毒与脏器损伤;第二,“尽早手术清创”,这是唯一根治手段,无需等待化验结果,立即切开减压、彻底清除坏死组织,阻断病情扩散;第三,早期联用广谱抗生素,后续根据药敏结果精准用药;第四,全程动态监

护,实时优化救治方案。
即便动用顶尖医疗手段,上述病例患者仍因感染过重,脏器不可逆损伤而离世,也印证了此病“早识别、早干预”的极端重要性。

日常科学预防:守住健康第一道防线
此病虽凶险,但完全可防可控,日常做好三点就能大幅降低发病风险:一是重视所有微小伤口,及时用碘伏消毒,保持干燥,不挤压红肿脓包,糖尿病患者尤其要关注足部伤口,切勿自行处置;二是规律作息、均衡饮食、适度锻炼,远离酗酒、熬夜等陋习,基础病患者规范管控病情,提升免疫力;三是牢记预警信号,外伤后出现疼痛异常、红肿快速扩散、皮肤变色、高烧等症状,立即就医,绝不拖延观察。

作为重症医学从业者,我们每日与死神博弈,深知这类疾病的遗憾与痛心。急性坏死性筋膜炎的可怕,从来不是疾病本身凶险,而是大众认知匮乏、早期症状隐蔽导致的救治延误。

上述病例是沉痛的健康警示:小伤口不是小事,免疫力是最好的防御线,面对急性重症,早一秒警惕、早一步就医,就是守住生命底线。无需过度恐慌,但必须心怀敬畏,摒弃“小伤无碍”的麻痹心态,掌握科学防护与就医常识,才能真正远离这类致命重症,守护自身与家人的健康。
(天长市人民医院 陈伟)

健康提醒

脑出血是我国成年人致死、致残的首要急症之一,发病急、进展快、预后复杂。当亲人突发脑出血被送入急诊,医生告知需要手术决策时,家属往往陷入极致的煎熬:一边是保命,担心不手术亲人会离世;一边是保功能,害怕手术后留下后遗症,让亲人失去生活质量。“保命”与“保功能”看似对立,实则是脑出血救治中分阶段、分场景、个性化的核心选择,并非非此即彼的单选题。读懂背后的医学逻辑,才能帮亲人做出最适合的决策。

“保命”和“保功能”是对立的吗
首先,必须澄清一个核心事实:对于严重脑出血而言,不保命,就没有谈“功能”的基础。“保命”手术不是放弃功能,恰恰是为了给后续功能康复创造机会,而“保功能”也不是放弃生命。换句话说:保命是前提,保功能是目标。两者不是零和博弈,而是连续的统一体。

关键判断:关注这3个核心指标
家属无需精通医学,只需抓住出血量、出血部位、意识状态三大核心指标,就能清晰理解医生的决策逻辑,这也是选择“保命”还是“保功能”的关键依据。

- 1.看出血量:救命的“硬门槛”
出血量是判断手术必要性的首要标准,国内指南明确划定了手术临界值:
幕上出血(大脑半球):≥30毫升为手术临界值,30至60毫升需个体化评估,>60毫升属于大量出血,必须紧急手术保命。
幕下出血(小脑):≥10毫升就需手术,因为小脑空间狭小,紧邻脑干呼吸循环中枢,少量出血就会引发枕骨大孔疝,导致呼吸骤停。
脑干出血:≥5毫升即为重症,手术风险极高,需严格评估获益。
简单来说:出血量越大,脑疝风险越高,优先选择“保命”手术;出血量中等(30—50毫升)、患者意识清醒,可侧重“保功能”,选择微创手术;出血量<20毫升、无颅内高压,通常保守治疗即可,无需手术。
- 2.看出血部位:功能的“命门”
大脑不同区域负责运动、语言、意识等功能,出血部位直接决定功能损伤程度,是“保功能”的核心参考:
脑叶(额叶、颞叶、顶叶):属于非关键功能区,出血后手术清除血肿,对神经损伤小,术后功能恢复概率高,可兼顾“保命”与“保功能”,优先积极手术。
基底节、丘脑:是运动、感觉神经传导束的集中区,也是高血压脑出血最常见部位,出血易损伤皮质脊髓束,导致偏瘫。手术需精准保护神经纤维束,“保命”的同时尽可能保留功能。
小脑:负责平衡,出血量大时优先手术保命,术后通过康复可恢复部分平衡功能。
脑干:是生命中枢,掌管呼吸、心跳、意识,出血后手术风险极大,即便“保命”,也易遗留严重意识障碍、肢体瘫痪,需谨慎权衡生存与生活质量。
- 3.看意识状态:预后的“晴雨表”
医生常用GCS昏迷评分评估意识,分数越低,病情越重:
GCS≤8分(昏迷):患者意识不清、瞳孔异常、脑疝前期,必须立即手术保命,此时功能恢复退居其次,先留住生命才有后续可能。
GCS 9—12分(嗜睡、意识模糊):病情中等,可选择微创手术,兼顾“保命”与“保功能”,减少手术创伤对神经的影响。
GCS≥13分(清醒):意识清醒、神经功能缺损轻,优先保守治疗或微创干预,核心目标是“保功能”,避免手术带来的额外损伤。

手术方式怎么选
现代神经外科手术已从传统开颅,发展到精准微创,不同术式对生存和功能的影响截然不同,家属可结合医生建议选择:
1.急诊开颅血肿清除术:“保命”首选
适用于大量出血、脑疝、生命体征不稳定的危急情况。优势是能快速彻底清除血肿、去骨瓣减压,瞬间降低颅内压,挽救生命成功率高;缺点是创伤较大,对脑组织有一定牵拉,术后功能恢复周期长,后遗症风险相对高。这是“先保命、后康复”无奈的必要选择。

2.神经内镜/立体定向微创手术:“保功能”优选
适用于中等出血量、意识清醒或轻度昏迷、非脑干深部出血。通过小孔径通道精准清除血肿,创伤小,对神经纤维束损伤极轻,能最大程度保留运动、语言功能,术后恢复快,是“保命与保功能兼顾”的理想术式。目前指南推荐符合条件的患者优先选择微创,功能独立率可提升15%—20%。
3.保守治疗:无需手术的功能保护
适用于少量出血、意识清醒、无颅内高压的患者。通过药物控制血压、消除水肿、促进血肿吸收,完全避免手术创伤,功能保留效果最好,但需严密监测病情,防止出血增多。

家属决策:别被情绪绑架
面对决策,家属的焦虑、犹豫、愧疚都很正常,但理性比感性更重要,遵循以下原则,就能作出不后悔的选择:
1.先接受“保命是基础”,不盲目排斥手术
若患者已昏迷、瞳孔散大、出血量超标,不手术=放弃生命,此时无需纠结后遗症,先手术留住生命。临床中,很多术后偏瘫、失语的患者,通过规范康复,能恢复自理能力,绝非“保命就没质量”。

2.不盲目追求“完美功能”,接受个体化预后
出血部位、年龄、基础病决定功能恢复上限:年轻、非功能区出血、术后及时康复,功能恢复概率高;高龄、脑干/丘脑出血、既往脑梗,功能损伤大概率遗留。不要用“完美健康”作为标准,能清醒、能自理、少痛苦,就是好结果。
3.尊重患者意愿,兼顾家庭照护能力
决策前回想患者想法:是否愿意接受长期卧床?是否重视生活质量?同时评估家庭照护、经济能力——术后康复需要时间、人力、财力,既要对患者负责,也要考虑家庭可持续性,避免过度医疗带来的双重负担。
4.相信医生专业判断,不拖延决策
脑出血病情瞬息万变,黄金救治时间只有数小时。家属内部尽快达成共识,不纠结、不拖延,配合医生完成手术,每耽误一分钟,神经损伤就加重一分,功能恢复的希望就少一分。

术后关键:“下半场”比手术更重要
很多家属认为手术结束就大功告成,实则手术是上半场保命,康复是下半场保功能。术后72小时至6个月,是神经功能恢复的黄金期:术后1至2周,稳定生命体征,预防肺部感染、褥疮等并发症;术后1至3个月,开展肢体康复、语言训练、吞咽训练,激活残存神经功能;术后3至6个月,强化康复,逐步恢复自理能力。
临床数据显示,微创手术+规范康复的患者,6个月后生活自理率可达60%以上,远高于单纯手术患者。即便术后有轻度偏瘫、失语,通过科学康复,也能大幅改善生活质量。

所谓“保命还是保功能”,本质上是时间维度上的先后问题:先“保命”,再“保功能”。只要那条命还在,功能就有机会。而医学的进步,正在让这个“机会”变得越来越真实。最好的选择,是“适合”而非“完美”。
(滁州市中西医结合医院 王宗俊)