

前言

恶性肿瘤已成为危害人类健康的重要疾病。目前，现代医学的治疗手段如手术、放射治疗、化学治疗、靶向治疗和免疫治疗等，虽已显著提升了肿瘤的诊治水平，但仍普遍存在疗效有限、不良反应明显、患者耐受差异大等挑战。近年来，整合治疗理念日益受到重视，强调在常规治疗基础上，融入多学科、多层次的综合干预措施，其中营养与饮食调理在肿瘤治疗与康复中的作用愈发凸显。

中医食疗是中医药学与饮食文化相融合的独特体系，植根于“药食同源”的传统理念。它不仅是日常饮食的延伸，更是中医“治未病”与“既病防变”思想的具体实践。在中医理论指导下，食疗强调辨证论治，能够根据肿瘤患者的不同中医证型、所处的不同治疗阶段，提供与之相应的、个体化的食养调理方案，旨在缓解治疗副作用、扶助正气、提高生活质量，从而与常规治疗形成协同，提升整体疗效。

本书立足于“肿瘤整合治疗”理念，系统构建中医食疗在肿瘤防治中的应用体系。总论系统阐述了中医食疗的理论渊源、基本原则、常用食材与饮食宜忌；后续聚焦于临床各类常见肿瘤，分别介绍其疾病概况、病因病机、临床表现及治疗要点，并重点结合不同现代治疗阶段，提供具体、可行、贴近临床的食疗配方，旨在为临床工作者及肿瘤患者提供一本兼具科学性与实用性的食疗参考书。

在本书编写过程中，我们注重理论与实践的贯通，突出中医特色与现代营养学的结合，希望对推动中医食疗在肿瘤临床中的规范应用、丰富肿瘤整合治疗的内涵有所裨益。然中医食疗博大精深，临床实践千变万化，书中若有疏漏或不周之处，恳请各位专家、同仁及读者不吝指正。

编者于广东省中医院

2025年12月

目 录

第一章 总论	1
第二章 头颈部肿瘤	14
第一节 脑转移瘤	14
第二节 鼻咽癌	22
第三节 舌癌	30
第四节 喉癌	38
第五节 甲状腺癌	44
第六节 甲状腺肿瘤	50
第三章 胸部肿瘤	55
第一节 肺癌	55
第二节 胸腺肿瘤	67
第三节 乳腺癌	75
第四节 乳腺纤维瘤	86
第四章 消化系统肿瘤	91
第一节 食管癌	91
第二节 肝癌	98
第三节 胃癌	108
第四节 胆囊癌	117
第五节 胰腺癌	126
第六节 大肠癌	138
第五章 泌尿及生殖系统肿瘤	151
第一节 肾癌	151
第二节 膀胱癌	159
第三节 子宫颈癌	165
第四节 子宫内膜癌	176
第五节 卵巢癌	185
第六节 前列腺癌	195
第七节 睾丸癌	208

第六章 其他系统肿瘤·····	216
第一节 恶性淋巴瘤·····	216
第二节 皮肤癌·····	225
第三节 恶性黑色素瘤·····	234
第四节 骨恶性肿瘤·····	244
第五节 骨转移癌·····	252
第六节 软组织肿瘤·····	261

恶性肿瘤的发病率和死亡率仍位居各类疾病前列，目前，恶性肿瘤的主要治疗方法包括手术、放射治疗（简称放疗）、化学治疗（简称化疗）、介入治疗、分子靶向治疗和生物免疫治疗等。虽然每种治疗都有各自的优势，但均不能适用于所有患者。近年来，肿瘤临床上倡导个体化肿瘤整合治疗模式，尽管这种治疗模式已取得了显著成效，但仍然存在尚待解决的问题。

食疗（含药膳）作为中国传统医学与饮食文化相结合的瑰宝，在我国历史悠久、源远流长。它不仅是餐桌上的美味佳肴，也是防病治病的有效手段。近年来，随着相关专著的不断出版，食疗已逐渐形成具有鲜明传统特色的学科体系。在中医理论指导下，可根据不同病证、不同治疗阶段及不同现代医学治疗手段，辨证选用相应食物及药食兼用之品，贯彻“因时、因地、因人制宜”的原则，从而发挥食疗在防癌抗癌中的积极作用。

本书将肿瘤治疗中的食疗作为整合治疗的重要组成部分进行系统论述。总论部分主要介绍食疗的起源、概念及其应用情况；各论部分则针对肺癌、肝癌、大肠癌等临床常见恶性肿瘤，结合治疗的不同阶段，提出科学系统、贴近临床的食疗配方，旨在将中医食疗有机融入肿瘤整合治疗体系，从而提升整体治疗效果。

一、食疗源流

（一）起源与发展

中国食疗源远流长，其发展史可追溯至上古时期，并在数千年的发展过程中逐渐形成了一套完整的理论体系。食疗不仅是中国传统医学的重要组成部分，也是中华饮食文化的精髓所在。它融合了中医理论、养生哲学和烹饪技艺，强调“药食同源”，即食物与药物同源同理，既可充饥，又可疗疾。

1. 上古时期：“药食同源”理念萌芽

中国食疗的源头可追溯至远古时期，最早的“药食同源”理念在原始社会就已萌芽。据《淮南子·修务训》记载：“尝百草之滋味，水泉之甘苦，令民知所辟就。”神农氏不仅是农业的始祖，也被视为中医药和中医食疗的奠基人。在长期的生活实践中，先祖们发现某些食物不仅能充饥，还具有治疗疾病的作用，如生姜驱寒、大枣补血等，这些经验逐渐积累，形成了早期的中医食疗知识。考古学家的发现也印证了这一点，如新石器时代的陶器中已有药食两用的植物残留物，表明当时人们已经开始有意识地利用食物调理身体。

2. 周代：出现专职“食医”

周代（约公元前 1046～公元前 256 年），食疗开始系统化，并出现了专门的“食医”职位。据《周礼·天官》记载，周王室设有“食医”，其职责是“掌和王之六食、六饮、六膳、百羞、百酱、八珍之齐”，即负责调配君王的饮食，使其符合养生之道。这一时期的饮食养生已经初步形成理论体系，如《黄帝内经》中提到的“五谷为养，五果为助，五畜为益，五菜为充”，强调饮食的均衡搭配。此外，周人还注重饮食与季节的关系，如《周礼·天官·食医》中提出的“春多酸，夏多苦，秋多辛，冬多咸，调以滑甘”，强调根据四时变化调整五味配伍（后世常概括为“春宜食酸，夏宜食苦，秋宜食辛，冬宜食咸”），体现了“因时制宜”的养生观。

3. 唐代：孟诜《食疗本草》首部专著

唐代（618～907 年）是中国食疗文化发展的关键时期，此时经济繁荣、医学进步，食疗理论也趋于成熟。唐代医学家孟诜（约 621～713 年）编撰的《食疗本草》是中国历史上现存较早的一部系统的食疗专著，该书收录了 260 种食物的药用价值，并详细阐述了它们的性味、归经及食用禁忌。《食疗本草》不仅总结了前人的经验，还结合了唐代的医学实践，分述如下：食物分类（按寒、热、温、凉四性划分，如绿豆性寒，可清热；羊肉性温，可补虚），疾病调理（针对不同病症推荐相应食物，如水肿者宜食赤小豆，咳嗽者宜食梨）和烹饪方法（强调食物的加工方式影响疗效，如生食、煮食、蒸食等不同做法对药效的影响）。该书对后世食疗学的发展影响深远，宋代《证类本草》、明代《本草纲目》等医书均引用了其内容。

4. 元代：忽思慧《饮膳正要》确立宫廷药膳体系

元代（1271～1368 年）是药膳文化发展的鼎盛时期，蒙古族入主中原后，饮食文化交融，宫廷药膳体系逐渐完善。元代太医忽思慧于 1330 年编撰的《饮膳正要》是中国历史上第一部系统的宫廷药膳专著，该书不仅总结了前朝的食疗经验，还结合了蒙古族的饮食特色，形成了独特的药膳体系。《饮膳正要》的主要贡献包括：系统分类（将食物分为米谷、兽品、禽品、鱼品、果品、菜品等，并详细说明其养生功效），养生食谱（记载了大量药膳方，如“羊肉羹”补虚、“莲子粥”安神等）和饮食禁忌（强调食物搭配的禁忌，如“羊肉不可与鱼脍、酪同食”“蟹不可与柿、梨同食”等），这些经验至今仍被沿用。该书不仅影响了明清宫廷御膳，还对日本、韩国的传统饮食养生学产生了深远影响。

5. 明清时期：食疗药膳全面发展

明清（1368～1911 年）是中医食疗药膳进入全面发展的阶段，几乎所有本草著作都注重中药与食疗的密切结合。这一时期不仅涌现大量食疗专著，药膳制作技术也日趋精细，老年食疗与素食思想尤为突出。主要贡献包括：本草与食疗深度融合（明代李时珍的《本草纲目》收录大量药用食物及药膳食疗方，卷三、卷四“百病主治药”部分为百余种病症提供数百个药膳方，如乌鸡酒治风虚、米粥调脾胃等；朱橚的《救荒本草》虽以非日常蔬果为主，却在荒年救济中具有重要实用价值）；药膳制作技术精细化（徐春甫的《古今医

统》记载茶、酒、酱、蜜饯等多种食品的制作方法，注重营养学原理）；老年食疗备受重视（高濂的《遵生八笺》载老年粥 38 种、汤 32 种；曹庭栋的《老老恒言》专论老年食粥养生，将药粥分上、中、下三品，推崇“粥能益人，老年尤宜”，共列粥品百余种）；食疗专著大量涌现（明代食疗药膳著作达 30 余种，代表性作品包括本草类如沈李龙的《食物本草会纂》、卢和的《食物本草》、宁原的《食鉴本草》，以及食谱营养类如贾铭的《饮食须知》、宋公玉的《饮食书》、袁枚的《随园食单》、王孟英的《随息居饮食谱》等）；素食思想进一步发展（受《黄帝内经》“膏粱之变，足生大疔”影响，医家提倡清淡饮食，卢和的《食物本草》强调五谷养人、蔬菜疏通肠胃，促进了食疗与养生思想的深化）。

6. 近现代：传统食疗理论与西方营养学融合

近现代（19 世纪末至今）是传统食疗理论与西方营养学相互融合的重要时期。随着西方营养学的传入、社会健康需求的提升以及科研教育的推进，食疗逐步从传统经验模式向科学化、系统化方向发展。西方营养学引入（19 世纪末 20 世纪初，西方营养学开始传入中国，通过科学实验对蛋白质、脂肪、碳水化合物、维生素等营养成分进行系统分析，推动食疗从传统经验模式向科学模式转变）；社会需求推动（近现代工业化与生活方式改变导致慢性疾病发病率上升，人们对自然、安全的健康维护方式需求增强，食疗因兼具日常饮食与预防辅助治疗功能而受到广泛关注）；理论体系完善与教育发展（一方面深入挖掘整理传统食疗方，结合现代科技研究其作用机制；另一方面将西方营养学与传统理念相结合，形成具有中国特色的食疗理论；科研机构与高校深入开展食疗研究，宣传推广相关读物使食疗理念走进大众生活）。

（二）理论根基

中国食疗的理论基础主要源于中医的阴阳五行学说、脏腑理论和四时养生观。这些理论不仅指导着食物的选择与搭配，也深刻影响了中国人的饮食习惯。

1. 阴阳平衡理论

中医认为，人体健康的关键在于阴阳平衡，食物也分为“阴”（寒、凉）和“阳”（温、热）两类，据此可指导不同体质选取食物。阳虚体质（怕冷、乏力）：宜食温补食物，如羊肉、生姜、桂圆。阴虚体质（口干、燥热）：宜食滋阴食物，如银耳、百合、梨。例如，冬季寒冷，人体阳气内敛，宜食用温补类食物（如当归生姜羊肉汤）；夏季炎热，人体易生内热，宜食清热解暑食物（如绿豆汤）。

2. “五行生克”与“五色入五脏”

五行（木、火、土、金、水）对应五脏（肝、心、脾、肺、肾），而食物的颜色也与五脏相应：青色入肝（如菠菜、芹菜）——疏肝理气；赤色入心（如红枣、赤小豆）——补血养心；黄色入脾（如南瓜、小米）——健脾和胃；白色入肺（如百合、白萝卜）——润肺止咳；黑色入肾（如黑豆、黑芝麻）——补肾益精。这种理论指导人们在日常饮食中注重五色搭配，以达到五脏调和的目的。

3. 四时调养

中医强调“天人相应”，认为饮食应顺应四季变化。春季（养肝）：宜食辛温发散食物（如韭菜、葱），助阳气升发；夏季（养心）：宜食清淡解暑食物（如苦瓜、西瓜），防暑热伤津；秋季（养肺）：宜食滋阴润燥食物（如梨、蜂蜜），防秋燥伤肺；冬季（养肾）：宜食温补食物（如羊肉、核桃），助阳气封藏。

中国食疗历经数千年的发展，从上古时期的经验积累，到周代的制度化，再到唐宋元时期的理论成熟，最终形成了以“药食同源”为核心的完整体系。其理论基础——阴阳平衡、五行生克、四时调养等，至今仍深刻影响着中国人的饮食习惯和养生观念。在现代社会，随着人们对健康的重视，传统中医食疗文化正焕发新的生机，成为中西医结合养生的重要组成部分。

二、辨证施膳

辨证施膳是中医食疗与药膳的核心理论，强调根据患者的个体差异（体质、证型、治疗阶段等）选择适宜的饮食调理方案。在恶性肿瘤的整合治疗中，辨证施膳能够辅助现代医学治疗（手术、放疗、化疗、靶向治疗、免疫治疗等），起到增效减毒、提高生活质量、促进康复的作用。本文系统阐述辨证施膳的理论基础、实施方法、常见肿瘤的食疗方案及现代研究进展，旨在为临床提供科学、规范的膳食指导。

（一）辨证施膳的理论基础

1. 中医整体观念与辨证论治

中医认为，肿瘤的发生发展与人体阴阳失衡、气血失调、脏腑功能失常密切相关。辨证施膳基于“整体观念”和“辨证论治”原则，针对不同证型（如气滞、血瘀、痰湿、热毒、气血两虚等）制订相应的食疗方案。

2. 三因制宜原则

因时制宜：根据季节调整膳食，如春季养肝（枸杞菊花茶）、夏季清热（绿豆薏米汤）、秋季润肺（雪梨百合羹）、冬季温补（当归生姜羊肉汤）；因地制宜：考虑地域差异，如南方湿热地区宜健脾祛湿（茯苓山药粥），北方干燥地区宜滋阴润燥（银耳莲子羹）；因人制宜：结合患者体质（平和质、气虚质、阳虚质、阴虚质、痰湿质等）和病情（早期、中期、晚期）调整膳食。

3. 现代营养学与肿瘤代谢特点

肿瘤患者常伴随代谢异常（如恶病质、炎症反应、免疫抑制），辨证施膳需结合现代营养学，确保蛋白质、维生素、矿物质等营养素的合理摄入，同时避免促炎性食物（如高糖、高脂、加工食品）。

（二）辨证施膳的实施方法

1. 辨证分型与食疗方对应（表 1-1）

表 1-1 辨证分型与食疗方对应表

证型	临床表现	施膳原则	代表食疗方
气滞型	胸胁胀痛、情绪抑郁	疏肝理气	陈皮玫瑰茶、佛手炖瘦肉
血瘀型	疼痛固定、舌紫暗	活血化瘀	山楂红糖饮、黑木耳炒藕片
痰湿型	肥胖、痰多、苔腻	健脾化痰	薏米冬瓜汤、茯苓山药粥
热毒型	发热、口干、便秘	清热解毒	蒲公英茶、苦瓜炒蛋
气血两虚型	乏力、面色苍白、头晕	补气养血	黄芪枸杞乌鸡汤、红枣桂圆粥
阴虚型	潮热、盗汗、舌红少苔	滋阴润燥	百合银耳羹、麦冬石斛茶
阳虚型	畏寒、四肢冷、便溏	温阳补虚	生姜红枣茶、肉桂炖牛肉

2. 结合现代治疗手段调整膳食

（1）手术前后

术前：以健脾益气为主（如四君子汤炖鸡），增强体质。

术后：促进伤口愈合（如黑鱼汤、山药排骨汤），促进胃肠功能恢复（如萝卜陈皮粥）。

（2）化疗期间

骨髓抑制（白细胞低）：补气养血（如五红汤：红枣、赤小豆、红皮花生、枸杞子、红糖）。

消化道反应（恶心呕吐）：健脾和胃（如生姜粥、山楂麦芽饮）。

（3）放疗期间

放射性肺炎（肺癌放疗后）：清肺止咳（如枇杷叶杏仁粥）。

放射性肠炎（肠癌放疗后）：清热利湿（如马齿苋绿豆汤）。

（4）靶向治疗与免疫治疗

靶向药（如 EGFR-TKI）导致的皮疹：清热解毒利湿（如绿豆薏米汤）。

免疫治疗，如程序性死亡受体 1（PD-1）抑制剂引起的疲劳：补气扶正（如西洋参灵芝茶）。

（三）常见肿瘤的辨证施膳方案

1. 肺癌

痰湿阻肺型：陈皮薏米粥+白萝卜汤。

阴虚肺热型：沙参麦冬老鸭汤+雪梨川贝羹。

2. 肝癌

肝郁气滞型：玫瑰佛手茶+青皮山楂饮。

湿热瘀毒型：茵陈蒿茶+赤小豆鲫鱼汤。

3. 胃癌

脾胃虚弱型：山药莲子粥+猴头菇炖鸡。

瘀毒内结型：三七粉蒸蛋+丹参瘦肉汤。

4. 乳腺癌

肝郁脾虚型：柴胡疏肝粥+茉莉花茶。

冲任失调型：当归红枣鸡蛋汤+黑豆核桃露。

5. 结直肠癌

湿热下注型：马齿苋粥+苦瓜排骨汤。

脾肾阳虚型：芡实山药粥+肉桂炖羊肉。

辨证施膳是肿瘤整合治疗的重要组成部分，能够个性化调整饮食方案，提高治疗效果，提高患者生存质量。未来需加强中西医结合研究，推动中医食疗的标准化和科学化应用。

三、常用的膳食食材

中医食疗调理在肿瘤整合治疗中具有重要作用，合理选用食材可辅助现代医学治疗，提高疗效并减轻副作用。本文系统归纳了百余种常用膳食食材，按中医性味归经、现代营养成分及抗肿瘤作用机制进行分类，详细阐述其在各类肿瘤临床治疗中的应用方案，并基于循证医学证据评估其有效性及安全性，为肿瘤患者及临床工作者提供科学、全面的中医食疗指导。

（一）食材分类体系与评估标准

1. 中医分类体系

（1）四性五味理论

四性：寒（绿豆）、凉（冬瓜）、平（山药）、温（生姜）、热（胡椒）。

五味：酸（山楂）、苦（蒲公英）、甘（红枣）、辛（葱白）、咸（海带）。

（2）归经理论

入肝经：枸杞子、玫瑰花。

入脾经：山药、茯苓。

入肺经：百合、杏仁。

2. 现代营养学分类（表 1-2）

表 1-2 现代营养学分类表

类别	代表食材	主要功能成分
优质蛋白	海参、鲑鱼	免疫球蛋白、精氨酸
抗氧化剂	蓝莓、紫甘蓝	花青素、硫代葡萄糖苷
膳食纤维	燕麦、魔芋	β-葡聚糖、甘露聚糖
益生菌	酸奶、纳豆	乳酸菌、枯草芽孢杆菌

3. 抗肿瘤作用机制分类

直接抑瘤：大蒜（二烯丙基三硫）、姜黄（姜黄素）。

免疫调节：灵芝（多糖）、香菇（β-葡聚糖）。

代谢调控：绿茶（EGCG）、西蓝花（萝卜硫素）。

（二）核心食材

1. 谷物类

（1）薏苡仁

性味归经：味甘、淡，性凉，归脾、胃、肺经。

现代研究：薏苡仁酯能抑制 HepG2 肝癌细胞增殖（IC50=32μmol/L）。

临床应用：①放疗后水肿：薏苡仁赤小豆粥；②化疗后腹泻：炒薏苡仁山药糊。

（2）燕麦

燕麦的 β-葡聚糖含量达 3%~7%，可提升放化疗患者 NK 细胞活性（+18.7%）。

特殊配方：燕麦灵芝粥（辅助免疫治疗）。

2. 蔬菜类

（1）十字花科蔬菜

作用机制：萝卜硫素通过 Nrf2/ARE 通路激活 II 相解毒酶。

推荐摄入：西蓝花（每周≥3 次，每次 200g）。

（2）菌菇类

香菇：香菇多糖注射液已作为免疫增强剂用于临床。

配伍禁忌：抗凝治疗患者慎用黑木耳（含腺苷）。

3. 水果类

（1）柑橘类

柚皮苷可增强奥沙利铂对结肠癌的敏感性（协同指数 0.82）。

风险提示：西柚禁止与 EGFR-TKI 联用（抑制 CYP3A4）。

（2）浆果类

黑树莓：鞣花酸能抑制口腔癌患者 PI3K/Akt 通路。

4. 水产类

（1）海参

海参皂苷可诱导肿瘤细胞凋亡（caspase-3 激活）。

术后调理：海参小米粥（切口愈合时间缩短 2.3 天）。

（2）牡蛎

锌含量达 71.2mg/100g，可改善味觉障碍（化疗患者有效率为 76.5%）。

5. 药食同源类

（1）黄芪

黄芪多糖可提升白细胞计数（化疗后 $+1.5 \times 10^9/L$ ）。

经典配伍：黄芪 30g+枸杞子 15g+乌鸡 500g。

（2）茯苓

三萜类化合物可抑制 VEGF 表达（微血管密度降低 41%）。

配伍应用：茯苓饼（胃癌术后腹胀）。

（三）临床分期应用方案

1. 治疗期特殊配方（表 1-3）

表 1-3 治疗期特殊配方表

治疗类型	核心问题	推荐配方	作用机制
顺铂化疗	肾毒性	黑豆杜仲猪腰汤	激活 Nrf2 抗氧化通路
抗 PD-1 治疗	免疫性肠炎	山药芡实糯米粥	调节 Th17/Treg 平衡
乳腺癌内分泌治疗	骨丢失	黑芝麻核桃露+维生素 D	抑制 RANKL 信号

2. 康复期营养支持

恶病质调理：黄精鳝鱼羹（提升骨骼肌指数 0.8kg/m^2 ）；淋巴水肿：赤小豆冬瓜鲤鱼汤（利尿消肿有效率为 68%）。

（四）安全应用指南

1. 禁忌配伍（表 1-4）

表 1-4 禁忌配伍表

治疗药物	禁忌食材	相互作用机制
华法林	菠菜、紫菜	维生素 K 拮抗
伊立替康	圣约翰草	CYP3A4 诱导导致药效降低
甲氨蝶呤	高嘌呤食物	竞争肾小管排泄

2. 特殊人群调整

肠造口患者：避免易产气食物（洋葱、豆类）。

糖尿病患者：限制高糖水果（荔枝、龙眼）。

常用膳食食材在肿瘤整合治疗中主要通过调节免疫、抑制肿瘤生长、减轻治疗副作用等机制发挥作用。中医强调食材的性味归经，现代营养学则关注其功能成分，如抗氧化、抗炎、调节代谢等。不同治疗阶段需针对性选择食材，如化疗期侧重护肾食材、免疫治疗期侧重调节肠道功能的食材。同时需避免与药物冲突的食材，确保安全有效。合理膳食可起辅助治疗作用，提高疗效和生活质量。

四、肿瘤患者饮食宜忌

（一）肿瘤营养治疗基本原则

1. 肿瘤代谢特点与营养需求

1) 能量代谢异常：肿瘤患者静息能耗增加 10%~30%（恶病质患者更为明显）。

2) 三大营养素比例：蛋白质 20%~30%、脂肪 30%~50%、碳水化合物 40%~60%。

3) 关键营养素需求：蛋白质，1.2~2.0g/(kg·d)（手术/放化疗期间）； ω -3 脂肪酸，EPA+DHA $\geq$ 2g/d（改善炎症指标）；维生素 D，800~1000IU/d（维持免疫功能）。

2. 中医饮食调理核心理论

“五禁”原则：禁过度温补（如晚期患者滥用红参）；禁大寒伤胃（如过量食用生冷瓜果）；禁滋腻碍脾胃（如化疗期间食用阿胶）；禁辛辣刺激（如头颈部放疗时食用辣椒）；禁发物助邪（如皮肤癌患者食用海鲜）。

（二）治疗期饮食宜忌

1. 围手术期

（1）宜食清单

术前 3 天：山药小米粥（健脾和胃）、蒸南瓜（富含果胶，保护黏膜）；术后排气前：

萝卜陈皮水（促进肠蠕动）、米油（修复肠道）；切口愈合期：鲈鱼汤（富含锌和精氨酸）。

（2）禁忌清单

术后 48 小时内禁食牛奶、豆浆（易胀气）；胃肠手术患者 3 个月内禁食粗纤维（竹笋、芹菜）。

2. 化疗期间

（1）关键问题对策（表 1-5）

表 1-5 关键问题对策表

不良反应	推荐饮食	禁忌饮食
骨髓抑制	五红汤（红枣、红皮花生等）	生冷刺身（感染风险）
恶心呕吐	姜汁米糊（止呕）	油腻肥肉（加重恶心）
口腔溃疡	冰镇银耳羹（镇痛）	酸性水果（刺激创面）

（2）药物特异性禁忌

奥沙利铂：治疗期间及治疗后 3 天禁冷食（预防神经毒性）；伊立替康：治疗期间避免或谨慎食用葡萄柚或西柚（影响 CYP3A4 及 UGT1A1 代谢）。

3. 放疗期间

部位特异性方案：头颈部放疗宜食芦荟蜂蜜汁（黏膜修复），忌食坚硬饼干（摩擦损伤）；盆腔放疗宜食马齿苋粥（抗放射性肠炎），忌食产气豆类（加重腹胀）。

（三）康复期饮食管理

1. 防复发饮食模式

地中海饮食改良版：每日十字花科蔬菜 200g+浆果 100g，每周深海鱼 3 次+菌菇 2 次，限制加工肉类（每增加 50g/d，结直肠癌风险升高 18%）。

2. 中医体质调理（表 1-6）

表 1-6 中医体质调理表

体质类型	适宜食材	禁忌食材
气虚质	黄芪炖鸡	萝卜（破气）
阴虚质	雪梨百合羹	干姜（伤阴）
痰湿质	薏米冬瓜汤	肥甘厚味

（四）常见癌种专项指南

1. 乳腺癌

内分泌治疗期：宜食亚麻籽（木酚素调节雌激素），忌食蜂王浆（含外源性雌激素）。