

糖尿病

食谱集锦

主 编 阎雅更 董凤丽 成东林
副主编 张 淼 崔丽娟 李艳萍 张国忠

黑龙江科学技术出版社

糖尿病食谱集锦

主 编 闫雅更 董凤丽 成秉林
副主编 张 森 崔丽娟 李艳萍
张国忠

黑龙江科学技术出版社
中国·哈尔滨

图书在版编目(CIP)数据
糖尿病食谱集锦/闫雅更等主编. —哈尔滨:黑龙江
科学技术出版社, 2002

ISBN 7-5388-4000-1

I. 糖... II. 闫... III. 糖尿病—食物疗法—食谱
IV. TS972.161

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2002)第 026326 号

内容提要

糖尿病是一种严重危害人体健康的常见的慢性终身性疾病,饮食治疗是糖尿病重要治疗手段之一。本书由浅入深地介绍了糖尿病一般的临床知识,糖尿病饮食治疗原则,从食谱入手介绍了不同能量段的食谱、伴有并发症的饮食特点、药膳的选择及制备等内容,有针对性地对各型糖尿病患者起到指导膳食的作用。本书内容紧密结合临床实际,便于患者和家属掌握,实用性和可操作性强,也可供临床医护人员、临床营养师提供便捷的营养咨询、饮食指导资料。

责任编辑 曲家东

封面设计 张洪冰

糖尿病食谱集锦

TANG NIAO BING SHIPU JIJIN

主 编 闫雅更 董凤丽 成秉林

副主编 张 森 崔丽娟 李艳萍 张国忠

出 版 黑龙江科学技术出版社

(150001 哈尔滨市南岗区建设街 41 号)

电话 (0451)3642106 电传 3642143(发行部)

印 刷 黑龙江新华印刷厂

发 行 全国新华书店

开 本 787×1092 1/32

印 张 7.5

插 页 1

字 数 150 000

版 次 2002 年 5 月第 1 版·2002 年 5 月第 1 次印刷

印 数 1—4 000

书 号 ISBN 7-5388-4000-1/R·877

定 价 14.00 元

前 言

糖尿病是一种严重危害人体健康的常见慢性终身性疾病。

随着人类社会的发展，糖尿病已成为继心血管病、肿瘤病之后的第三大病种。

据世界卫生组织（WHO）和国际糖尿病联合会（IDF）1991 年估计，目前全世界约有已诊断的糖尿病患者逾 1.2 亿，另外约有 6 000 万尚未被诊断的病人，到 2000 年，糖尿病患者人数又增加一倍。目前我国糖尿病患者高达 3 000 万以上，与此同时还有约相等数量的糖耐量减低者，而且近年来糖尿病的患病率不断增加，糖尿病致残、致盲、致死的现实，已引起世界各国糖尿病工作者的广泛关注。

糖尿病的特点是高血糖，高血糖引起器官和组织改变最终导致不可逆的并发症，然而已经证实严格的血糖控制可显著地降低糖尿病并发症的危险，这一点实际做起来很难。因此，专家们提出需医患共同努力，采取综合措施，达到良好控制血糖这一目标。综合治疗手段包括糖尿病教育，糖尿病饮食计划（糖尿病饮食治疗），运动疗法，药物治疗和自我病情监测。本书的重点在于糖尿病饮食治疗，编写的目的是教会患者了解和掌握糖尿病相关的知识及饮食治疗方法，从食谱入手，直接解决患者“我能吃什么？我应该吃多少？”的问题。编写时我们力求方法简单，食物选择大众化，覆盖面广，便于患者及其家属掌握，患者在病情发生变化时便于查阅，我们强调实用性和可操作性，我们有理由相信该书也

可作为临床医护人员指导病人的参考资料。

由于本书系科普读物，为方便读者使用，书中所涉及的热量单位仍采用千卡（kcal），其与标准热量单位焦耳（J）的换算为 $1 \text{ kcal} = 4.184 \text{ J}$ 。

本书第一章、第二章由崔丽娟、张国忠编著，第三章、第四章由闫雅更、李艳萍编著，第五章、第六章由董凤丽、张森编著、第七章由成秉林编著。

本书在编写过程中得到了许多营养学专家、糖尿病医生的支持和帮助，在此向他们表示感谢。

由于水平有限，难免有不足之处，诚恳希望各位同行及读者提出宝贵意见，愿这本书相伴您，促进您的康复，提高您的生活质量，成为您的好帮手。

作者

2002 年 4 月

目 录

第一章 糖尿病的一般知识.....	(1)
第一节 糖尿病病因及发病机理.....	(1)
一、病因.....	(1)
二、发病机理.....	(2)
第二节 糖尿病诊断标准.....	(3)
一、什么是1型糖尿病.....	(3)
二、什么是2型糖尿病.....	(4)
第三节 糖尿病治疗目的及原则.....	(4)
一、目的.....	(4)
二、原则.....	(5)
第四节 糖尿病教育.....	(8)
一、三级预防是糖尿病教育的主要内容.....	(9)
二、糖尿病教育对象.....	(10)
三、糖尿病教育方式.....	(11)
第五节 糖尿病的危害.....	(11)
一、糖尿病急性并发症.....	(11)
二、糖尿病慢性并发症.....	(12)
第二章 糖尿病营养治疗基本知识.....	(13)
第一节 营养治疗的目的和主要原则.....	(13)
一、目的.....	(13)
二、主要原则.....	(14)
第二节 糖尿病营养治疗方法.....	(18)
一、糖尿病食谱的计算方法.....	(18)

二、食品交换份法	(26)
三、糖尿病食物的选择	(31)
四、建立良好的饮食习惯	(33)
第三节 判断营养治疗的效果	(35)
一、体重监测	(35)
二、血糖、尿糖监测	(35)
三、临床症状指标	(35)
四、2000 年糖尿病营养治疗的目标	(36)
五、糖尿病自我监控标准	(36)
第四节 糖尿病营养治疗的误区	(37)
一、关于血糖不稳定	(37)
二、关于甜食	(37)
三、关于饮酒	(38)
四、关于硬果类食物	(39)
五、关于称量食物	(39)
六、关于吃水果	(39)
七、关于保健品	(40)
八、关于食品交换份	(41)
第三章 特殊人群糖尿病	(42)
第一节 儿童青少年糖尿病	(42)
一、营养治疗目标	(42)
二、营养治疗原则	(42)
三、饮食注意事项	(43)
第二节 妊娠糖尿病	(44)
第四章 糖尿病不同能量段食谱	(46)
第一节 1 100~1 200 kcal 能量	(47)
一、适用范围	(47)

二、食物组成及营养素含量	(47)
三、循环食谱举例	(48)
第二节 1 200~1 300 kcal 能量	(52)
一、适用范围	(52)
二、食物组成及营养素含量	(52)
三、循环食谱举例	(52)
第三节 1 300~1 400 kcal 能量	(57)
一、适用范围	(57)
二、食物组成及营养素含量	(57)
三、循环食谱举例	(57)
第四节 1 400~1 500 kcal 能量	(62)
一、适用范围	(62)
二、食物组成及营养素含量	(62)
三、循环食谱举例	(62)
第五节 1 500~1 600 kcal 能量	(67)
一、适用范围	(67)
二、食物组成及营养素含量	(67)
三、循环食谱举例	(67)
第六节 1 600~1 700 kcal 能量	(72)
一、适用范围	(72)
二、食物组成及营养素含量	(72)
三、循环食谱举例	(72)
第七节 1 700~1 800 kcal 能量	(77)
一、适用范围	(77)
二、食物组成及营养素含量	(77)
三、循环食谱举例	(77)
第八节 1 800~1 900 kcal 能量	(82)

一、适用范围	(82)
二、食物组成及营养素含量	(82)
三、循环食谱举例	(82)
第九节 1 900~2 000 kcal 能量	(87)
一、适用范围	(87)
二、食物组成及营养素含量	(87)
三、循环食谱举例	(87)
第十节 2 000~2 100 kcal 能量	(92)
一、适用范围	(92)
二、食物组成及营养素含量	(92)
三、循环食谱举例	(92)
第五章 糖尿病合并其它疾病食谱特点和饮食要求 ..	(97)
第一节 糖尿病并发低血糖饮食要求	(97)
第二节 糖尿病酮症酸中毒饮食要求	(98)
第三节 糖尿病合并心血管病食谱特点和饮食要求	(99)
第四节 糖尿病合并脑血管病食谱特点和饮食要求	(100)
第五节 糖尿病合并肾病食谱特点和饮食要求	(101)
第六节 糖尿病合并脂肪肝食谱特点和饮食要求	(102)
第七节 糖尿病合并肝硬化食谱特点和饮食要求	(103)
第八节 糖尿病合并便秘食谱特点和饮食要求	(103)
第九节 糖尿病合并肺结核食谱特点和饮食要求	

.....	(104)
第十节 糖尿病合并眼病食谱特点和饮食要求	(105)
.....	(105)
第十一节 糖尿病足食谱特点和饮食要求	(106)
第十二节 糖尿病周围神经病变饮食要求	(106)
第六章 糖尿病膳食制备	(107)
第一节 适合于糖尿病膳食的基本烹调方法	(107)
一、氽	(107)
二、涮	(108)
三、熬	(108)
四、烩	(108)
五、拌	(109)
六、炆	(109)
七、熘	(110)
八、炒	(110)
九、烹	(111)
十、炖	(112)
十一、焖	(113)
十二、烧	(113)
十三、蒸	(113)
十四、酱	(114)
第二节 各类膳食制备及主要营养素含量	(114)
一、氽菜类制备举例	(114)
二、涮菜类制备举例	(115)
三、熬菜类制备举例	(115)
四、烩菜类制备举例	(115)
五、拌菜类制备举例	(117)

六、炆菜类制备举例·····	(124)
七、熘菜类制备举例·····	(127)
八、炆菜类制备举例·····	(129)
九、烹菜类制备举例·····	(136)
十、炖菜类制备举例·····	(137)
十一、焖菜类制备举例·····	(141)
十二、烧菜类制备举例·····	(143)
十三、蒸菜类制备举例·····	(149)
十四、酱菜类制备举例·····	(151)
十五、汤菜类制备举例·····	(152)
第三节 主食类制备方法 & 主要营养素含量·····	(153)
一、米类主食制备举例·····	(153)
二、面类主食制备举例·····	(154)
第七章 药膳的选择及制备举例·····	(158)
一、有利于降血糖作用的食物·····	(158)
二、有利于降血糖作用的中药·····	(167)
三、药膳制备方法举例·····	(175)
附录 1 临床检验参考值·····	(208)
附录 2 常用食物营养成分·····	(210)
附录 3 中国居民平衡膳食宝塔·····	(230)

第一章 糖尿病的一般知识

糖尿病是遗传因素和环境因素长期共同作用所导致的一种慢性、全身性、代谢性疾病。它主要是体内胰岛分泌绝对不足或者胰岛素分泌相对不足，引起血糖升高、尿糖出现，发生糖类、脂肪、蛋白质代谢紊乱而影响正常生理活动的一种疾病。

第一节 糖尿病的病因及发病机理

一、糖尿病的病因

糖尿病的病因十分复杂，但归纳起来与以下因素有关。

1. 糖尿病的遗传倾向。糖尿病有家族发病倾向，糖尿病患者中约 25%~50% 有家族史。

2. 环境因素。病毒感染及某些化学毒物被认为是胰岛素依赖型糖尿病（1 型糖尿病）的环境因素；高热量饮食及活动减少致肥胖被认为是胰岛素非依赖型糖尿病（2 型糖尿病）的环境因素；肥胖能降低组织对胰岛素的敏感性。

3. 继发因素。继发性糖尿病是某些疾病或使用药物直接或间接引起胰岛素功能损害，如急性胰腺炎，胰腺切除术后，垂体瘤等可继发糖尿病的发生。

4. 其它因素。生过 4 公斤以上巨大胎儿的妇女，糖尿病的患病率高；吸烟者比非吸烟者患病率高；年龄因素即

45 岁以上人群的胰岛功能降低，脂肪易堆积，是糖尿病的多发人群；长期的精神紧张、运动量少、营养状况好易患糖尿病。

由于以上的诸因素综合或单项作用导致胰岛 B 细胞产生胰岛素或血液循环系统运送胰岛素或靶细胞接受胰岛素并发挥生理作用的三个步骤中任何一个发生问题，均可引起糖尿病。目前在分子生物学领域对糖尿病进行了病因学研究，其目的是在分子水平确认糖尿病的本质，由此建立相应检出糖尿病易感人群的技术，进行早期糖尿病的诊断以及早期采取防治的措施。

二、发病机理

糖尿病是由于体内胰岛素缺乏或是胰岛素的靶细胞不能发挥正常的生理作用，而引起的蛋白质、脂肪和碳水化合物代谢紊乱的一种综合病症。胰岛素是由胰腺内 B 细胞所分泌的一种内分泌激素。它是体内合成代谢与储存能量的重要激素，具有加速血糖氧化，促进糖原合成，使糖转变成脂肪等生理功能。因此它具有降低血糖的作用。当胰岛素分泌不足或缺乏时葡萄糖在肝脏、肌肉和脂肪组织内利用减少。肝糖输出增多，血糖的去路受阻，血糖就会增高。血糖增高到一定限度，便通过血液循环随尿排出，因而患者出现多尿，因体内失水患者出现口渴及多饮。在通常情况下，血糖正常氧化代谢是机体能量的重要来源，当血糖大量丢失，机体能量来源不足，常出现饥饿感而多食，但体内仍然是分解代谢大于合成代谢，出现负氮平衡，临床出现消瘦，体重减轻，疲乏无力等症状。

第二节 糖尿病诊断标准

自 80 年代以来,对糖尿病病因及并发症方面的研究取得了大量新信息和成果,并加深了对糖尿病的认识,在此基础上美国糖尿病协会(ADA)和 WHO 于 1997 年、1999 年先后提出了对 WHO1980~1985 年的诊断标准和分型的修改。WHO1999 年专家咨询报告和国际糖尿病联盟亚太区委员会正式认可了这些修改方案,中华糖尿病学会也于 1999 年正式采用了这一新的诊断标准和分型,糖尿病的最新诊断标准为:

1. 有典型的糖尿病症状(多尿、多饮和不能解释的体重下降)者任意时间血糖 ≥ 11.1 毫摩尔/升诊断为糖尿病;
2. 无典型的糖尿病症状,仅空腹血糖 ≥ 7.0 毫摩尔/升,或随机血糖 ≥ 11.1 毫摩尔/升,应再重复一次,仍达以上值者或加做糖耐量试验的 2 小时血糖 ≥ 11.1 毫摩尔/升者,可以确诊糖尿病。
3. 空腹血糖 < 6.1 毫摩尔/升为正常;
4. 餐后 2 小时血糖 < 7.8 毫摩尔为糖耐量正常;
5. 餐后 2 小时血糖 ≥ 7.8 毫摩尔/升,但小于 11.1 毫摩尔/升为糖耐量低减(IGT)
6. 空腹血糖 ≥ 6.1 毫摩尔,但是小于 ≥ 7.0 毫摩尔/升为空腹血糖损害(IFG)。

一、什么是 1 型糖尿病

1 型糖尿病,以往称为胰岛素依赖型糖尿病,常发生于儿童和青少年,发病时糖尿病症状较明显,容易发生酮症,

即有酮症倾向，需依靠外源胰岛素存活，一旦中止胰岛素治疗则威胁生命。

二、什么是 2 型糖尿病

2 型糖尿病，以往称为非胰岛素依赖型糖尿病，发病年龄多数在 35 岁以后。起病缓慢、隐匿，部分病人在健康检查或检查其他疾病时发现的。胰岛 B 细胞分泌胰岛素或多，或少，或正常，有明显的家族遗传性，多数病人在饮食控制及口服降糖药治疗后可稳定控制血糖，但仍有一些病人，尤其是非肥胖的病人需要外源胰岛素控制血糖。因此，外源胰岛素治疗不能作为 1 型与 2 型糖尿病的鉴别指标。

第三节 糖尿病治疗目的及原则

一、目的

对所有糖尿病患者来说，治疗的目的包括以下几方面：
①消除糖尿病症状；②纠正糖代谢紊乱，控制高血糖，使血糖降到正常或接近正常；③纠正脂代谢紊乱或其它代谢异常；④防治各种急、慢性并发症的发生和发展，治疗各种并发症，减轻病人痛苦、致残和（或）早逝；⑤保证儿童、青少年患者的正常生长发育；⑥保证育龄期糖尿病妇女的正常妊娠、分娩和生育；⑦减少对糖尿病无知的代价，确保治疗达标，通过糖尿病教育，使患者掌握并能运用于防治中的糖尿病基本知识、必要的自我监测技能和自我保健的能力（如血糖、尿糖监测、胰岛素注射技术及低血糖的处理等）；⑧改善糖尿病患者的生活质量，使之成为条件健康人（即和正

常人一样参与正常的社会劳动和社交活动；享有并保持正常人的心理和体魄状态）乃至延年益寿。

迄今为止，糖尿病尚无根治疗法，糖尿病要有糖尿病医师、护理人员、营养师以及病人通力配合可以得到很好的控制。糖尿病的治疗没有一种单一的方法能适用于所有的病人，或者适用于同一病人的各个不同的病期，现代综合治疗方法具有共同的原则，治疗成功的关键是个体化。

二、原则

（一）现代综合疗法是当今世界治疗糖尿病的准则

现代综合疗法的核心主要针对高血糖同时兼顾防治并发症。其措施包括 5 个方面，即①饮食疗法；②运动疗法；③药物疗法；④糖尿病教育和⑤血糖监测。按其措施和要求可归纳为五句格言：

饮食疗法为基础，终身如日；
运动疗法宜适当，贵在坚持；
药物疗法究效果，治必达标；
教育科学引入门，助我成医；
血糖监测恒应用，合理调控。

（二）实施现代综合疗法，1 型和 2 型有别

在实施现代综合疗法中，应注意以下几点：

1. 1 型糖尿病的胰岛素治疗和其他疗法，应坚持一步到位，一旦诊断，胰岛素应用必须到位。
2. 2 型糖尿病宜实施阶段式治疗，逐步到位，见表 1-1。

3. 正确处理缓慢进展的 1 型糖尿病。临床上, 大约 30% 左右的病人, 其临床表现初期酷似 2 型糖尿病, 主要见于 20~40 岁发病的非肥胖型糖尿病患者; 发病初期按 2 型糖尿病治疗常可控制, 但这些病人中有的本质上就是缓慢进展的 1 型糖尿病, 对于这样的病人, 主张早期使用胰岛素治疗, 对其残存的胰岛素 B 细胞功能有一定保护作用, 减缓病情进展恶化。

表 1-1 2 型糖尿病阶段疗法

阶段疗法	肥胖者	非肥胖者
饮食疗法	严格控制总热量、低脂	总热量按标准体重日劳动强度计算, 脂代谢紊乱或控制不良者低脂。
↓		
运动疗法	选择适当的方法	
↓		
口服降糖药	首选胰岛素增敏药 (二甲双胍、拜糖平等); 无效者加磺脲类; 或加调脂药	首选磺脲类, 或与胰岛素增敏药合用
↓		
胰岛素疗法 (合用或单用)	以上疗法不达标者, 主张晚用	以上疗法治不达标者主张早用

4. 某些 2 型糖尿病病人也要用胰岛素。采用胰岛素治疗 2 型糖尿病病人, 适应症是非肥胖者; 病程长, 经严格饮食疗法和 (或) 合理调整口服降糖药后仍然未达标者; 或确认磺脲类降糖药治疗失效者; 以及急性代谢紊乱、应激状态、妊娠等胰岛素适应症。

5. 阻断糖耐量减低者进展为糖尿病。近年来, 随着对糖尿病病因学及发病机理认识的更新, 糖耐量减低 (IGT) 是糖尿病发展阶段中的重要环节。因此, IGT 能否进展为糖尿病或逆转为正常糖耐量者, 日益为人们所关注。IGT 不等