

知食点

民以食为天，我们每天都要食用主食作为能量的重要来源。但是，对于主食您了解多少？主食吃什么好？吃多少？怎么吃更健康？对此，中国健康促进与教育协会营养素养分会副秘书长吴佳解读了主食选择与搭配的奥妙。

主食怎么吃才健康

王美华 张文心

主食过多过少都不好

“主食，顾名思义就是主要的食物，是我们饮食的基础。”吴佳介绍，在中国，主食一般指谷类食物，也称为粮食，最常见的是小麦、大米、玉米、小米、高粱、荞麦、燕麦及其制品，如米饭、馒头、烙饼、面包、饼干、麦片等。此外，杂豆类食物和薯类食物也应算作主食，如绿豆、红豆、芸豆、红薯、土豆、山药、紫薯等。

众所周知，主食吃多了会造成热量过剩，过多的热量转化为脂肪堆积在体内，从而导致肥胖。近年来，一些减肥人士将主食视为肥胖的罪魁祸首，鼓吹不吃或少吃主食的饮食方式。这种饮食方式靠谱吗？

“主食含有丰富的碳水化合物，是人体所需能量的最经济、最重要的食物来源，也是B族维生素、矿物质、膳食纤维等的重要来源，在维持人体健康方面具有重要作用。每天我们通过碳水化合物摄取的热量应占总能量的50%—65%，不推荐少吃或不吃主食。”吴佳说，虽然蛋白质和脂肪也能为人提供能量，但是这两种营养素的产能过程都会增加身体负担，同时产生代谢废物。

在中国营养学会推出的中国居民平衡膳食宝塔中，日常食物被分为5层，其中主食类占据最底层，摄入量最大，意味着主食是平衡膳食的基础。《中国居民膳食指南(2022)》建议，坚持谷类为主的平衡膳食模式，成年人每天摄入谷类食物200—300克，其中包含全谷物和杂豆类50—150克；薯类50—100克。

长期不吃主食有哪些危害？吴佳介绍，不吃主食可能会导致碳水化合物摄入不足，人体要维持血糖的稳定，就要通过脂肪或蛋白质来进行转化，长此以往，会给身体带来一定的副作用，例如代谢紊乱。如果机体长期缺少碳水化合物供给，还会影响记忆力和认知能力，增加全因死亡的风险。此外，如果主食吃得过多，客观上往往导致人们摄入更多的动物性食物，因为仅靠蔬菜、水果类食物，人们很难吃饱，而以动物性食物为主的主食模式，容易增加肥胖、高血脂症、冠心病、糖尿病等慢性病的发病风险。

“总之，主食吃得过多或过少都不好。”吴佳介绍，有研究表明，主食吃太多或太少都会影响寿命，最好是把主食摄入的热量控制在总热量的50%左右。



让全谷物重回餐桌

《黄帝内经》有“五谷为养”的说法，但古时候的五谷指的是糙米、小米等全谷物，并非现在的精米、白面等精制谷物。根据加工程度不同，谷物可分为精制谷物和全谷物，其中，全谷物指仍保留完整谷粒所具有的胚乳、谷胚、谷皮和糊粉层的谷物，它可以是完整的谷物籽粒，例如糙米、燕麦、藜麦、小米、玉米、高粱、荞麦仁等，也可以是谷物籽粒经碾磨、粉碎、压片等简单处理后制成的产品，例如燕麦片、全麦粉等。与精制谷物相比，全谷物营养价值更高，可提供更多的B族维生素、维生素E、矿物质和植物化学物质，还可提供丰富的膳食纤维。

“全谷物保留了天然谷物的全部成分，它的GI值比精制谷物低，更符合当下人们对低GI饮食的追求，有利于预防更多慢性疾病。所以，我们要让全谷物重回餐桌。”吴佳说，GI(Glycemic Index)是血糖生成指数，或称升糖指数，是特定食物升高血糖效应与标准食品(如葡萄糖)升高血糖效应之比，是一种衡量碳水化合物如何影响血糖水平的工具。简单来说，越容易使血糖快速上升的食物，其GI值就越高，如馒头、油条等；反之，使血糖上升速度较慢、血糖较稳

定、饱腹感强的食物，其GI值就越低，如荞麦、几乎未加工的粗粮等。

“对于糖尿病患者和有糖尿病风险的人来说，建议以全谷物为主，适度烹调，不宜烹调得太过软烂。”吴佳表示，需要控制血糖的人可以选择一些耐嚼的全谷物，不要打成糊、做成粉去吃，可以做成糙米饭，在能接受的范围里煮得硬一点，这样升糖速度相对会比较慢。

当前，市面上销售的全谷物食品包括早餐麦片、全麦面包等形式，不少消费者通过早餐来摄入全谷物。“早餐提供的能量和营养在全天能量和营养素的摄入中占重要地位。”吴佳介绍，《中国居民膳食指南(2022)》指出，吃全谷物、蔬果和奶类早餐的儿童上午疲惫感明显减少；含有燕麦、大麦等谷类食物的早餐与较低的血清胆固醇浓度有关；富含膳食纤维如全谷物的早餐可以降低糖尿病及心血管疾病的发生风险。

《中国居民膳食指南(2022)》建议，6—10岁学龄儿童每天摄入谷类150—200克，其中包含全谷物和杂豆类30—70克；11—13岁学龄儿童每天摄入谷类225—250克，其中包含全谷物和杂豆类30—70克；14—17岁的青少年每天摄入谷类250—300克，其中包含全谷物和杂豆类50—100克。吴佳说，对于亚健康人群和代谢综合征人群，全谷物在主食占比中至少要达

到1/4到1/3的比例，一般人群每天全谷物在主食中的占比可以不超过1/2。

主食也要粗细搭配

“食物不分好坏，关键在于如何吃，因此，主食的烹调方法也很重要。”吴佳说，在一些地区，人们常把主食当“菜”来吃，例如炒饭、炒面、炒饼等，这样不仅会导致主食的比例过高，还会导致加入主食中的盐和油脂大大增加，“本来谷类食物是低钠、低脂肪的食物，这样一来，就变成了高脂肪、高盐的食物。”

日常生活中，还有人喜欢将主食以煎炸的形式呈现。“这就导致主食中原本的营养成分被破坏，营养价值大大降低。”吴佳说，以炸糖油饼为例，将面粉和白糖和好，放入热油中炸至金黄，在吃糖油饼的过程中，脂肪、糖、油的摄入量很容易就会超出正常摄入量。

日常饮食中，很多人喜欢盯着一种主食吃，比如只爱吃米饭或馒头。“这是不对的，营养学上提倡平衡膳食，而平衡膳食要求食物多样、合理搭配，吃主食也是如此。”吴佳说，健康主食有4个特点：一要杂(种类多样)，二要淡(简单烹饪)，三要不加糖，四要不加油。我们可以在蒸米饭或煮粥时放入一把粗粮，比如糙米、燕麦、黑米、荞麦米和杂豆类(芸豆、绿豆等)，或者土豆、红薯等薯类。这样吃不仅能补充膳食纤维、矿物质和维生素，还能预防2型糖尿病、心血管系统疾病和肥胖。

有的人听说吃粗粮对身体益处多多，于是顿顿主食只吃粗粮。“这也是不对的。当前人们越吃越精细，所以营养学家提倡适当多吃粗粮，但粗粮并不是吃得越多越好，更不是餐餐必吃、人人适宜。”吴佳介绍，粗粮是相对精米、白面等细粮而言的，主要包括谷类、杂豆类和薯类。粗粮不易消化，吃得过多容易引起腹胀、消化不良，甚至影响胃肠功能；从营养角度看，过多摄入粗粮也会影响人体对蛋白质、无机盐和某些微量元素的吸收。因此，对于健康成人来说，每日粗粮摄入量占全日主食量的1/3即可；对于一些特殊人群，如消化功能较弱的婴幼儿、老年人，脾胃受损人群、消瘦、贫血、缺钙等人群，要适当控制粗粮摄入量。

“健康饮食，先从吃对主食开始。”吴佳强调，无论我们如何选择主食，都要牢记“适量”二字，根据个人的健康状况灵活调整主食的搭配与分量。

新视野

前不久，国家医保局发布按病组(DRG)和病种分值(DIP)付费2.0版分组方案。这一被称为“医保改革升级版”的新方案，为医保高质量发展写下生动注脚。

我国传统的医保支付方式是按项目付费，诊疗过程中用到的药品、医疗服务项目、医用耗材，用多少结算多少，患者和医保基金根据实际费用分别承担各自需要支付的部分。随着时间推移，传统支付方式的弊端日渐显现：容易滋生“大处方”“大检查”等过度医疗行为，造成医疗资源的浪费，导致参保人多花钱、医保基金多支出。

国家医保局成立以后，推行以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式，先后启动DRG和DIP支付方式国家试点，并在此基础上开展“DRG/DIP支付方式改革三年行动”。所谓DRG付费，即按疾病诊断相关分组付费，就是按照疾病诊断、病情严重程度、治疗方法等因素，把患者分入临床病症与资源消耗相似的诊断相关组。在此基础上，医保按照相应的付费标准进行支付。所谓DIP付费，即按病种分值付费，在总额预算机制下，根据年度医保支付总额、医保支付比例及各医疗机构病例的总分值计算点值，形成支付标准，对医疗机构每一病例实现标准化支付。截至2023年底，全国超九成统筹地区已开展这一改革。通过改革，医保基金为医疗结果买单，支付结算更加科学合理，在减轻群众负担、保障基金高效使用、规范医疗机构行为等方面取得了积极效果。

随着支付方式改革的深入，部分地方医保部门和医疗机构、医务人员反映现行分组存在不够精准、不够贴近临床等问题，希望对分组进行动态调整。此次发布的新方案，依据几千万条病例数据、通过几十场临床论证、广泛征求并吸收意见建议，相较于1.0版、1.1版，DRG2.0版分组方案对临床意见比较集中的重症医学、血液免疫等13个学科，以及联合手术、复合手术问题进行了优化完善，同时升级分组方法、完善分组规则；DIP2.0版还补充了常见病种，让分组更加精细，覆盖更加全面。这样的“升级版”与时俱进、更加科学，有效回应了各方关切，为深化医保支付改革奠定了坚实基础。

应当看到，医疗问题具有复杂性。推进医保支付改革，仅有专业的分组还不够。支付方式改革的初衷是倒逼医院进行提质控费增效，但一些医疗机构简单地将控成本的任务分解到医务人员头上，导致临床医生“一手拿听诊器，一手拿计算器”，影响正常诊疗。同时，少数医疗机构对政策吃不透，为获得医保支付后更多结余，不愿上新技术、新设备，不愿接疑难患者。凡此种种，反映出宣教培训不够、对医疗机构赋能不足、政策协同欠缺，让改革效能打了折扣。

深化医保支付改革，必须增强问题意识，直面问题、破解难题。国家医保局办公室在推出新分组的同时，要求深入推进相关工作，加强改革协同。具体措施包括：用特例单议机制，解决因住院时间长、医疗费用高、新药新技术使用、复杂危重症或多学科联合诊疗等病例不适合按DRG/DIP标准支付的问题；以培训促进参与方了解DRG/DIP支付方式改革，共同为完善改革出力；赋能医疗机构，提升清算清算水平，鼓励各地根据基金结余情况预付1个月左右的预付金，减轻医疗机构资金压力；等等。同时明确提出，医疗机构不得将DRG/DIP病组(病种)支付标准作为限制对医务人员考核、或与绩效分配指标挂钩；强调注重来自临床一线的意见，强化支付方式意见的收集反馈。贯彻落实各项举措，才能确保改革顺利推进，实现预期目标。

党的二十届三中全会《决定》提出，“深化医保支付方式改革”。我国基本医保参保人数超13亿，提升医保基金使用效率，关乎所有参保人的利益。用务实的办法解决问题，以高效的协同推进改革，让有限的资金花在刀刃上，定能不断增强群众就医获得感、幸福感、安全感。

医保支付改革，要「分组」更要协同

孙秀艳

495万名“健康守门人” 护好基层看病就医这张网

新华社记者 董瑞丰

最新数据显示，我国有495万名基层卫生健康工作者，其中有110万名乡村医生，发挥着“健康守门人”的重要作用，共同织起一张规模巨大的预防保健和看病就医服务网。

党的二十届三中全会审议通过的《中共中央关于进一步全面深化改革、推进中国式现代化的决定》提出，推进紧密型医联体建设，强化基层医疗卫生服务。

一般的病在市县解决，头疼脑热在乡镇、村里解决——更多群众能在“家门口”看病，是深化医药卫生体制改革的一个重要目标。

让群众看病放心，基层医疗能力要先强起来。

目前全国共有98万个基层医疗卫生机构，诊疗人次占比达到52%。在卫生院看病，能否得到与城市医院同样水平的医治？

从推进医学影像、医学检验、中心药房等资源在县域共享中心建设并向乡村延伸，到上级医院医师派驻基层医疗卫生机构、固定服务周期……紧密型县域医共体有效“联”起来，推动优质医疗资源真正“沉”下去。

国家卫生健康委有关负责人表示，紧密型县域医共体建设已经在试点工作基础上全面推开，到2025年底力争覆盖90%以上的县市，到

2027年底基本实现县市全覆盖。让更多群众方便看病、看好病，提升基层医疗水平，关键在医务人员。

全国范围内，组织1173家三级医院对口帮扶940个县1496家县级医院；开展医疗人才组团式帮扶国家乡村振兴重点帮扶县……医务人员下沉服务长效机制正在成形。

有“输血”，更有“造血”。据了解，国家卫生健康委同有关部门，正在推动落实大学生乡村医生纳入编制管理、为中西部地区定向免费培养医科类大学生等政策。今年有望为中西部乡镇卫生院招收8000名左右的农村订单定向免费本科医学生。

基层提升看病能力“高度”，还要增加群众就医“温度”。

去年，国家卫生健康委发布了2023—2025年基层医疗卫生机构便民惠民服务举措，包括预约挂号源向基层下沉、推进中高级职称医师值守门诊、方便居民配药开药、延长城市社区门诊服务时间等。

下一步，还将围绕群众看病就医中遇到的转诊、检查检验等问题，通过探索建立转诊中心、检查检验结果互认等方式，增强医疗卫生服务的连续性，进一步提升人民群众看病就医获得感。

健康视线

“花样”运动 乐享暑假



暑假期间，各地多措并举，引导各中小学校开展公益暑期托管服务，切实减轻家长负担，让孩子们在丰富多彩的活动中锻炼身体、增长技能。

▲8月13日，安徽省芜湖市弋江区芜湖一中教育集团延安学校足球场上，学生们在教练的指导下进行足球训练。
王玉实摄(人民视觉)

▲8月14日，山东省青岛市人民路第二小学的孩子们在托管服务中进行跑桩锻炼身体。
王海滨摄(人民视觉)