

# डायमिटीज के अंतिम दिन

डॉ. बिस्वरूप रॉय चौधरी



डायमंड बुक्स

---

[www.diamondbooks.in](http://www.diamondbooks.in)

C copyright Dr. Biswaroop Roy Chowdhury

**Facebook:**

[www.facebook.com/heartmafia.official](http://www.facebook.com/heartmafia.official)

**YouTube channel:**

Dr.Biswaroop Chowdhury

**Editor:**

Rachna Sharma

**Graphics & Layout:**

Shankar Singh Koranga

**R&D Center:**

India Book of Records

B-121, 2nd Floor, Greenfields, Faridabad-121003

Website: [www.biswaroop.com](http://www.biswaroop.com)

Email: [biswaroop@biswaroop.com](mailto:biswaroop@biswaroop.com)

© लेखकाधीन

प्रकाशक : डायमंड पॉकेट बुक्स ( प्रा. ) लि.

X-30, ओखला इंडस्ट्रियल एरिया फेस-2

नई दिल्ली-110020

फोन : 011-40712100

संस्करण : 2016

ई मेल : [sales@dpb.in](mailto:sales@dpb.in)

वेबसाइट : [www.diamondbooks.in](http://www.diamondbooks.in)

मुद्रक : आदर्श प्रिंटर्स दिल्ली

---

**Diabetes Ke Antim Din**

by : *Dr. Biswaroop Roy Chowdhary*

# समर्पण

---

मेरी परी सरीखी बिटिया आइवी,  
स्नेहमयी पत्नी नीरजा  
और  
मेरे पूजनीय अभिभावक  
श्री बिकास रॉय चौधरी एवं  
श्रीमती लीला रॉय चौधरी को समर्पित

.....



# विषय सूची

---

मुझे यह पुस्तक क्यों पढ़ना चाहिए .....	7
1. सहमति .....	9
2. गणना .....	37
3. साजिश .....	53
4. समाधान .....	82



# मुझे यह पुस्तक क्यों पढ़ना चाहिए?

इस क्यों का उत्तर जानने के लिए निम्नलिखित प्रश्नों का उत्तर देने का प्रयास करें:

प्र. 1. सही क्या है?

(क) हाई ब्लडप्रेशर से हृदय रोग/ब्रेन स्ट्रोक का खतरा होता है।

(ख) ब्रेन-स्ट्रोक के खतरे/ हृदय रोग से हाई ब्लडप्रेशर का खतरा होता है।

प्र. 2. डायबिटीज के रोगियों के लिए आम (फल) अच्छा/बुरा है?

(क) बुरा

(ख) अच्छा

“डायबिटीज के रोगी आम खा सकते हैं।”

प्र. 3. यदि ब्लड शुगर गणना ( ग्लूकोमीटर से ) लगभग 250 के आसपास लगातार रहती है, तो आप एक डायबिटीज के रोगी हैं:

( क ) सही

( ख ) गलत

प्र. 4. हृदय का मूल काम पूरे शरीर-तंत्र में ब्लड प्रवाहित करना है:

( क ) सही

( ख ) गलत

सही उत्तर : ( ख ) वाले सारे विकल्प सही हैं।

यदि आप 99 प्रतिशत डॉक्टरों के वर्ग में हैं, तो आपने विकल्प ( क ) के उत्तर को सही माना होगा।

यह समय है कुछ भुलाने का, और कुछ दूसरा सीखने के लिए आगे बढ़ते हैं।



## सहमति

कुछ सुखद अप्रत्याशित के लिए तैयार हो जाएं : पहले अध्याय में कुछ विस्मयकारी प्रतिफल निकलने की पूरी संभावना है:

1. 100% डायबिटीज के रोगी अपनी एण्टी-डायबिटीज पिल्स (गोलियां) खाना हमेशा के लिए छोड़ देंगे।
2. 70% डायबिटीज के रोगी समझ जाएंगे कि वे डायबिटीज के मरीज हैं ही नहीं!

वैश्विक सहमति का कहना है:

- डायबिटीज वाली जनसंख्या के लिए 10 वर्ष की अवधि में हृदय रोग (सीवीडी) की संभावना बिना डायबिटीज वाली जनसंख्या से मात्र 2 प्रतिशत ही ज्यादा है।

“डायबिटीज रोगियों के लिए 10 वर्ष की अवधि में हृदय रोग की संभावना बिना डायबिटीज वाली जनसंख्या से मात्र 2 प्रतिशत ही ज्यादा है।”

- डायबिटीज के रोगियों में जीवन-भर डाइलाइसिस करवाने का खतरा साधारण जनों की तुलना में मात्र 1.5% ज्यादा है।
- डायबिटीज के रोगियों के अंधे हो जाने का खतरा साधारण जनों के मुकाबले केवल 4 प्रतिशत ज्यादा होता है।

पॉपुलेशन विद हाइएस्ट रेट ऑफ डायबिटीज अर्थात पीमा, इण्डियन पर किए गए खास डॉक्टरी शोध से यह बिलकुल स्पष्ट है कि हाई ब्लडप्रेसर, हृदय रोग, रेटिनोपैथी, न्यूरोपैथी और नैफ्रोपैथी होने के खतरे में बढ़ोतरी करता है।

हाई ब्लडशुगर = रोगों के अधिक होने का खतरा

दूसरे शब्दों में

लो ब्लडशुगर = रोगों के होने का कम खतरा

पर क्या इसका सहज अर्थ है कि दवाइयों से ब्लडशुगर घटाना = रोगों के होने के खतरों से बचना।

ऐसा लगता तो स्पष्ट रूप से है, पर वास्तविकता इसके बिलकुल विपरीत है।

प्राकृतिक ब्लड शुगर में कमी = रोगों के होने के खतरों में कमी :

सत्य है

और

दवाइयों से ब्लड शुगर कम करना = रोगों के होने के खतरों में कमी:

गलत है

डायबिटीज की दवाइयों को एक-एक कर लेते हुए मैं इस बात को सिद्ध करूंगा। शुरुआत मैं कर रहा हूँ 'मेटफोर्मिन' नामक दवाई, से जो डॉक्टर इस रोग के लिए सबसे ज्यादा देते हैं।

अगले पृष्ठ पर 13 रैण्डोमाइज्ड कंट्रोल ट्राइल की मेटा-एनालाइसिस दी गई हैं। 9500 मेटफोर्मिन केसेज़/3500 प्लेसबो 5 वर्ष के लिए ( पी.एल. ओ.एस. मेडीसिन-2012 )।

यह स्पष्ट रूप से देखा गया कि सभी रिस्क फैक्टर्स के लिए मेटफोर्मिन के प्रयोग से रिस्क रेसियो इंटरप्रिटेशन ( RRI ) बढ़ता है।

“दवाइयों द्वारा ब्लड शुगर घटाने से हृदय रोग या रेटिनोपैथी के खतरों में कोई कमी नहीं आती।”

खतरा घटक ( रिस्क फैक्टर )	आर.आर.आई.
हृदय रोग के कारण मृत्यु दर	1.05
हृदय गति रुकना	1.03
एंज्यूटेशन ( अंदच्छेद )	1.04

### पी.एल.ओ.एस. मेडीसिन 2012

निश्चित रूप से यह निष्कर्ष निकाला जा सकता है कि मेटफोर्मिन के द्वारा ब्लड शुगर का स्तर घटाया जा सकता है, पर हमारा मूल उद्देश्य ब्लड शुगर को घटाना नहीं, वरन् हृदय रोग के होने से संभावना को क्षीण करना एवं बढ़े हुए ब्लड शुगर स्तर से होने वाली अन्य परेशानियों से मुक्ति दिलाना है।

तो डायबिटीज में दी जाने वाली अन्य दवाइयों का क्या असर होता है?

इसका उत्तर जानने के लिए एडोप्ट ( ए.डी.ओ.पी.टी. - ए डायबिटीज आउटकम प्रोग्रेशन ट्राइल ) ब्लाइन्डेड आर.सी.टी. ( रैण्डोमाइज्ड कंट्रोलड ट्राइल ) का एक बड़ा शोध-अध्ययन किया गया, जिसमें 4360 रोगियों पर 4 वर्ष तक निगरानी रखकर उन पर ग्लाइबुराइड, मेटफोर्मिन एवम् रोजीग्लिटज़ोन के असर की तुलना की गई।

परिणामों से स्पष्ट हुआ कि ग्लाइबुराइड एवम् रोजीग्लिटैज़ोन का दुष्प्रभाव तो मृत्यु दर पर मेटफोर्मिन से ज्यादा ही पड़ा तथा एडीमा और वजन बढ़ने की समस्याएं भी ज्यादा उभरीं।

क्लास ऑफ ड्रग	मोर्टैलिटी रेट (मृत्यु दर) %	एडीमा %	वजन बढ़ना %
ग्लाइबुराइड	2.2	8.5	3.3
मेटफोर्मिन	2.1	7.2	1.2
रोजीग्लिटैज़ोन	2.3	14.10	6.9

ऊपर की दवाइयों के वर्ग में जो ग्लूकोज़ घटाने के काम आने वाले एजेन्ट्स हैं, उनका ऐसा दिल तोड़ने वाला परिणाम देखकर यह समझ में आया कि अन्य एण्टी-डायबिटीज दवाइयों - यथा जी.एल.पी.एस., मेग्लीडिटिनाइड्स और एस.जी.एल.टी. 2 - की भी जांच कर लेना सही रहेगा।

पूरे मेडिकल डाटाबेस पर खोज करने के पश्चात् मुझे कई शोध पत्र मिले, पर सबसे ज्यादा प्रासंगिक पत्र निम्नलिखित है:

“मेटफोर्मिन लेने वाले रोगियों पर अन्य बीमारियों का खतरा अर्थात् रिस्क रेशियो इन्टरप्रिटेशन (आर आर आई) बढ़ जाता है। क्योंकि रिस्क (आर.आर.आई.) बढ़ जाता है।”

डायबिटीज एम.ए.टी.ए.बी.: 2014 Jan, 40(3): 169-75 doi: 10-1016/) diabet 2013. 12.010. Epup 2014 Feb 3.  
फर्माकोलॉजिकल चिकित्सा का प्रभाव माइक्रो और मैक्रो वैस्कुलर कॉम्प्लीकेशन्स ऑफ टाइप-2  
डायबिटीज पर : साक्ष्य का स्तर क्या है?

**Boussageon R1, Gueyffier F2, Cornu C3**

लेखकीय सूचना :

सन् 2013 में, एंटी डायबेटिक दवाओं के क्लीनिकल एफीकेसी का प्रामाणिक स्तर निराशाजनक रहा और यह लाखों लोगों के लिए लिखी गयी दवाओं, प्रेस्क्रिप्शन, का समर्थन नहीं करता।

ये सारी रिपोर्टें यह निष्कर्ष देती हैं कि यद्यपि हाई ब्लड शुगर आपके स्वास्थ्य के लिए बुरी हो सकती है, लेकिन दवाइयों के आधार पर इसे घटाना आपके स्वास्थ्य के लिए और घातक है, जिसमें पैसा भी फालतू खर्च होता है।

यहां पर यह समझना आवश्यक है कि डायबिटीज या हाई ब्लड शुगर अपने आप में कोई रोग नहीं होते, वरन् वे अन्य रोग पैदा करने के खतरे को बढ़ा देते हैं, पर कई विकसित देशों में औषधि-निर्माता उद्योग के दबदबे के असर से गैर ज़िम्मेदाराना तौर से डायबिटीज को एक भयंकर रोग के रूप में पेश किया जा रहा है। ( इस बारे में विवरण तृतीय अध्याय - 'साज़िश' में देखें।)

“टाइप 2 डायबिटीज एक जीवन भर रहने वाला रोग है” - ए सर्विस ऑफ दि यू.एस. नेशनल लाइब्रेरी ऑफ मेडीसिन । नेशनल इंस्टीट्यूट ऑफ हेल्थ - यू.एस.ए.

“टाइप 2 डायबिटीज कनाडा में तेजी से फैलने वाला रोग है।” कनाडा सरकार

यहां मूल प्रश्न यह है : शुगर का स्तर कितना होना चाहिए कि वह डायबिटीज रोग माना जाए? एक विश्वव्यापी सम्मति की समझ के अनुसार: “यदि आपका रैण्डम ब्लड ग्लूकोज़ या ओरल ग्लूकोज़ टॉलरेन्स टेस्ट (ओ.जी.टी.टी.) 200mg/dl से ज्यादा हो, तो आप डायबिटीज के रोगी माने जाएंगे। आसान शब्दावली में कहें तो यदि आपके एक लीटर ब्लड में 2 ग्राम से ज्यादा ग्लूकोज मौजूद है ( भोजन करने के 2 घण्टे बाद भी ) तो समझिए कि आप डायबिटीज के शिकार हैं - यानी संभावना यह है कि 2 प्रतिशत ज्यादा खतरा है अगले 10 वर्षों में आपको हृदय रोगग्रस्त होने का, बजाय उस आदमी के जिसका ब्लड शुगर 200mg/dl से कम हो।

“ग्लाइब्यूराइड और रोसिग्लाइटेजोन का मेटफोर्मिन की तुलना में प्रदर्शन खराब है। साथ ही अधिक सूजन और अधिक वजन बढ़ना शामिल है।”

महत्त्वपूर्ण तथ्य यह है कि यह संख्या 200mg/dl कैसे निकाली गई?

असल में यह सब कुछ 1979 में घटित हुआ था, जब नेशनल डायबिटीज़ डाटा ग्रुप ( एन.डी.डी.जी. ) ने पाया कि पीमा इण्डियन्स ( यानी वह संख्या जहां डायबिटीज होने की दर सबसे ज्यादा है ) जिनकी शुगर का स्तर रेटिनोपैथी के बड़े खतरे की संभावना का ईशारा करती है। यहां यह गौर करना भी महत्त्वपूर्ण है कि यदि आप मूल ट्राइल को देखें [ अधिक विवरण दूसरे अध्याय - गणना में देखें ] तो आप पाएंगे कि यह कभी 200mg/dl थी ही नहीं।

डायबिटीज़ के कट ऑफ पाइन्ट स्थापित करने के लिए किए गए सारे ट्राइल्स एक ही निष्कर्ष पर पहुंचे - यानी 250mg/dl वह सीमा है, जिसके परे रेटिनोपैथी और सी.वी.डी. के खतरे की संभावना तेजी से बढ़ती है।

इसके साथ ही पोस्टपैरेन्डियल ( पी.पी./ओ.जी.टी.टी. ) यानी अन्य प्रयत्न ( पैरामीटर्स ) भी तय किए गए यथा:

- फास्टिंग प्लाज्मा ग्लूकोज़
- इन्टरमीडिएट ग्लूकोज़ टॉलरेन्स
- इम्पेयर्ड ( क्षतिग्रस्त ) फास्टिंग ग्लूकोज़
- HbA1c



पर इन प्रयत्नों की विश्वस्तता पर समय-समय पर सवाल उठते रहे और उन्हें पी.पी./ओ.जी.टी.टी. की जगह प्रतिनियुक्त ( सरोगेट ) प्रयत्न ही माना गया था, डायबिटीज़ के निदान या परिभाषा की मुख्य कसौटी नहीं।

मेरे 5000 डायबिटीज़ रोगियों के साथ हुए अनुभव ने मुझे बताया है कि खासतौर पर इन्सुलिन पर जो निर्भर नहीं हैं, वे डायबिटीज़ रोगी अपनी डायबिटीज़ को रोकने वाली दवाइयों के सेवन को छोड़ने के बाद भी अपनी ब्लड शुगर का स्तर 250mg/dl कायम रखने में सक्षम रहते हैं। इसका सीधा मतलब है कि वे कभी डायबिटीज़ के रोगी थे ही नहीं, पर गलत तरीके या झूठे ही उनको डायबिटीज़ का रोगी रूप से प्रायोजित फास्टिंग ब्लड ग्लूकोज़  $> 100\text{mg/dl}$  or  $\text{HbA1c} > 5.6\%$  की कसौटी के आधार पर मान लिया गया। और इस प्रकार से जीवन-भर दवाइयां खाने को बाध्य कर दिए गए और डॉक्टरों को स्वयं को दिखाने को मजबूर हो गए। अंततः वे एक प्रकार के ड्रग इन्ड्यूस्ड डायबेटिक या हाई ब्लडप्रेसर के रोगी घोषित कर दिए गए ( अधिक विवरण चतुर्थ अध्याय-समाधान में देखें )।

“आपने अभी जो पढ़ा है वह न सिर्फ आपकी आंखें खोलेगा वरन्

“ मेटफोर्मिन का व्यापक प्रयोग केवल एक नैदानिक परीक्षण पर आधारित है। ”

आपको एक अविश्वसनीयता का सदमा भी देगा।” इस बिन्दु पर आपके मन में न सिर्फ कुछ सवाल घुमड़ रहे होंगे - “यथा यदि सारी एण्टी डायबिटीज़ दवाइयां भला न कर ज्यादा बुरा ही करती हैं, तो उनके लाखों प्रेस्क्रिप्शन आज भी क्यों लिखे जा रहे हैं?”

आपके सवाल का जवाब देना मैं मेटफोर्मिन से ही शुरू करता हूं, चूंकि यह दवाई उन सभी को अवश्य दी जाती है, जिनमें डायबिटीज़ की शुरुआत समझी जाती है। वस्तुतः मेटफोर्मिन देने की पूरी अवधारणा मात्र एक ट्रायल पर निर्भर है - यानी यूके पी.डी.एस. [ दि यूनाइटेड किंगडम प्रोस्पेक्टिव डायबिटीज़ स्टडी ] जिसमें मेटफोर्मिन लेने वाले रोगी उस ट्रायल के अन्त तक मात्र 136 ही थे। सिर्फ 136! यह विश्वव्यापी सम्मति कायम कर मेटफोर्मिन लेने की सलाह और इस दवा को एण्टी डायबिटीज़ दवा बनाने के लिए एक बहुत ही नगण्य संख्या है।

यहां हमारे लिए यह समझना भी जरूरी है कि सारे ट्रायल एक से तो हो ही नहीं सकते। कई घटकों पर आधारित ट्रायल महत्त्व के अनुसार ऊंचे और नीचे वर्ग में बांटे जाते रहे हैं। आप जरा आगे की तालिका को देखें।

### प्रमाणों का पदानुक्रम<sup>2</sup>

**सर्वोत्तम :** मेटा-एनालाइसिस ऑफ रैण्डोमाइज़्ड कंट्रोल्ड ट्रायल  
रैण्डोमाइज़्ड कंट्रोल्ड ट्रायल  
नॉन-रैण्डोमाइज़्ड कंट्रोल्ड ट्रायल  
कोहोर्ट स्टडीज़  
**निम्नतम :** केस रिपोर्ट्स

## मेटा-एनालाइसिस ऑफ रैण्डोमाइज़्ड कंट्रोल्ड ट्रायल क्या है?

स्वतंत्र अध्ययनों से प्राप्त सूचनाओं को एक साथ दिखाने की एक गणितीय विधा (सांख्यिकीय विधा) को मेटा-एनालाइसिस कहते हैं। इसका प्रायः प्रयोग है हेल्थ केयर इन्टरवेंशंस की डॉक्टरी (क्लीनिकल) उपयोगिता का अनुमान लगाने को किया जाता है, जिसमें दो या उससे अधिक रैण्डोमाइज़्ड कंट्रोल ट्रायलों के डाटा (आंकड़े) संयोजित करते हैं।

## रैण्डोमाइज़्ड कंट्रोल्ड ट्रायल क्या होता है?

रैण्डोमाइज़्ड कंट्रोल्ड ट्रायल (आर.सी.टी.) एक वैज्ञानिक (प्रायः औषधि विज्ञान संबंधी) प्रयोग होता है, जिसमें अध्ययन के दौरान जांचे गए लोगों को एक या ज्यादा इलाजों से गुज़ारा जाता है। यह आर.सी.टी. प्रायः डॉक्टरी ट्रायलों पर स्वर्णमान (गोल्ड स्टैण्डर्ड) माना जाता है।

## नॉन-रैण्डोमाइज़्ड कंट्रोल्ड ट्रायल क्या होता है?

यह एक अध्ययन होता है, जिसमें प्रतिभागियों को एक खास इलाज, तरीका या इन्टरवेंशन के विकल्पों में बांट दिया जाता है। एक ऐसे ढंग द्वारा, जो अचानक नहीं किया जाता। इसमें अन्वेषक स्वयं ही विकल्पों को चुनने का प्रबंधन करता है।

“सभी परीक्षण यह प्रमाणित करते हैं कि नियमित रूप से शुगर का स्तर 250 mg/dl से ऊपर रहने के बाद ही रेटिनोपैथी और सीवीडी रोगों का खतरा तेजी से बढ़ता है।”

## कोहोर्ट स्टडी क्या होती है?

कोहोर्ट स्टडी डॉक्टरी शोध का एक प्रकार होता है, जिसका प्रयोग प्रायः किसी रोग के कारण खोजने के लिए किया जाता है। इसमें संभावित खतरे के घटकों का स्वास्थ्य पर प्रतिफल स्थापित किया जाता है। कोहोर्ट स्टडीज़ प्रायः अग्रदर्शी (फॉरवर्ड लुकिंग) होती है, यानी यह 'प्रोस्पेक्टिव' (आगे संभावित) अध्ययन होते हैं, जिनको पूर्ण-नियोजित कर एक निश्चित समयावधि में देखा परखा जाता है।

## केस रिपोर्ट क्या होती है?

औषधि-विज्ञान क्षेत्र में केस रिपोर्ट लक्षणों, निदानों, इलाजों और किसी रोगी पर कैसे उनको आगे देखा जाएगा, इनका विवरण होता है। केस रिपोर्टों में रोगी का डैमोग्रैफिक (जन सांख्यिकीय) प्रोफाइल दिया जाता है, पर ज्यादातर किसी असाधारण या नए लक्षण का वर्णन दिया रहता है।

यहां से आपको यह समझने में आसानी रहेगी कि किसी खास इलाज के तरीकों की कारगरता और उपादेयता के लिए सर्वाधिक उपलब्ध साक्ष्य कौन से होते हैं, पर इसमें समस्या यह रहती है कि यह संभव तभी होता है, जब मात्र गिने-चुने आर.सी.टी. ही उपलब्ध हों। तब तक तो डॉक्टरी देखभाल सिर्फ कोहोर्ट स्टडीज़ और केस रिपोर्टों पर ही आधारित रहती है, जो प्रायः गुमराह ही नहीं करती, वरन् जीवन को खतरे में डालने वाली भी हो सकती है। यहां हम एक खास उदाहरण की चर्चा करेंगे:

**क्या एक्यूट मायोकार्डियल इन्फार्कशन ( हृदयाघात रोगियों ) को ऑक्सीजन थैरेपी दी जानी चाहिए?**

कोहोर्ट स्टडीज़ और केस रिपोर्टों के आधार पर आम सहमति थी कि “ऑक्सीजन थैरेपी यदि हृदय रोगियों को दी जाए, तो उनके बचने ( जीवित रहने ) की संभावनाएं बढ़ जाती हैं”, पर जब सन् 2013 में कोक्रेन डाटाबेस की मेटा-एनालाइसिस प्रकाशित हुई जिसमें बताया गया-“हृदयाघात वाले रोगियों को ऑक्सीजन थैरेपी देने से मृत्यु की संभावना दोगुनी हो जाती है।”

कभी-कभी तो सहमति एक कमज़ोर साक्ष्य पर आधारित होती है और इसकी वजह से आम जनता को परेशानी झेलनी पड़ती है।

अब एक दूसरा उदाहरण लें : “कल्पना करें कि तीन दिनों के लिए दुनिया के सारे कार्डियोलॉजिस्ट ( हृदयरोग विशेषज्ञ ) गायब हो जाते हैं, तो अब हृदयरोगियों का तथा हृदयाघात वाले इमरजेन्सी में आने वाले रोगियों का क्या हाल होगा?” आम विचार तो यही होगा कि “रोगियों को बहुत परेशानी होगी और निश्चित ही मृत्युदर अचानक बहुत बढ़ जाएगी, क्योंकि इमरजेन्सी इकाइयों में कार्डियक ( हृदय रोग के ) डॉक्टर होंगे ही नहीं!”

“व्यावसायिक आधार पर फारिस्टिंग ब्लड ग्लूकोज  $\geq 100\text{mg/dl}$  या HbA1c  $\geq 5.6\%$  को बढ़ावा दिया गया, जिससे 70% लोग गलत तरीके से मधुमेह के रोगी करार दिए गए।”

पर इसका उत्तर आपको अवाक कर देगा!

हर साल मार्च के महीने में अमेरिकन हार्ट एसोसिएशन (ए.एच.ए.) और अमेरिकन कॉलेज ऑफ कार्डियोलॉजी (ए.सी.सी.) एक नेशनल कार्डियोलॉजी मीटिंग का आयोजन करती है, जिसमें लगभग 25000 कार्डियोलॉजिस्ट अपने-अपने अस्पतालों से 3 दिन की छुट्टी लेकर इस सम्मेलन में भाग लेते हैं। दिसम्बर 2014 में जे.ए.एम.ए. इन्टरनल मेडीसिन ने एक अनुदर्शी (रेट्रोस्पेक्टिव) समीक्षा प्रकाशित की जिसमें इन तीन दिनों के सम्मेलन के दौरान गंभीर हार्टअटैक के खतरों का सामना करने वाले रोगियों की मृत्युदर का विश्लेषण, आपको हैरत में डाल देगा। इसके अनुसार जब यह सम्मेलन चल रहा था, उस दौरान मृत्यु दर 8 प्रतिशत कम हो गई।

कभी-कभी आम सहमति और अपेक्षित परिणाम सत्य से काफी दूर रहते हैं। यहां यह समझना जरूरी है कि निम्न गुणवत्ता और पक्षपातपूर्ण मेडिकल रिपोर्ट एवं सही मेडिकल प्रतिफल में क्या फर्क होता है।

बतौर एक प्रशिक्षित मेडिकल विश्लेषक (मलेशिया के पेनांग मेडिकल कॉलेज से प्रशिक्षित हुआ), मैं तीन नियमों को मानता हूँ, किसी भी मेडिकल परिणाम की सत्यता जांच करने को, जो मेरी इस पुस्तक को लिखने का मूल आधार भी है।

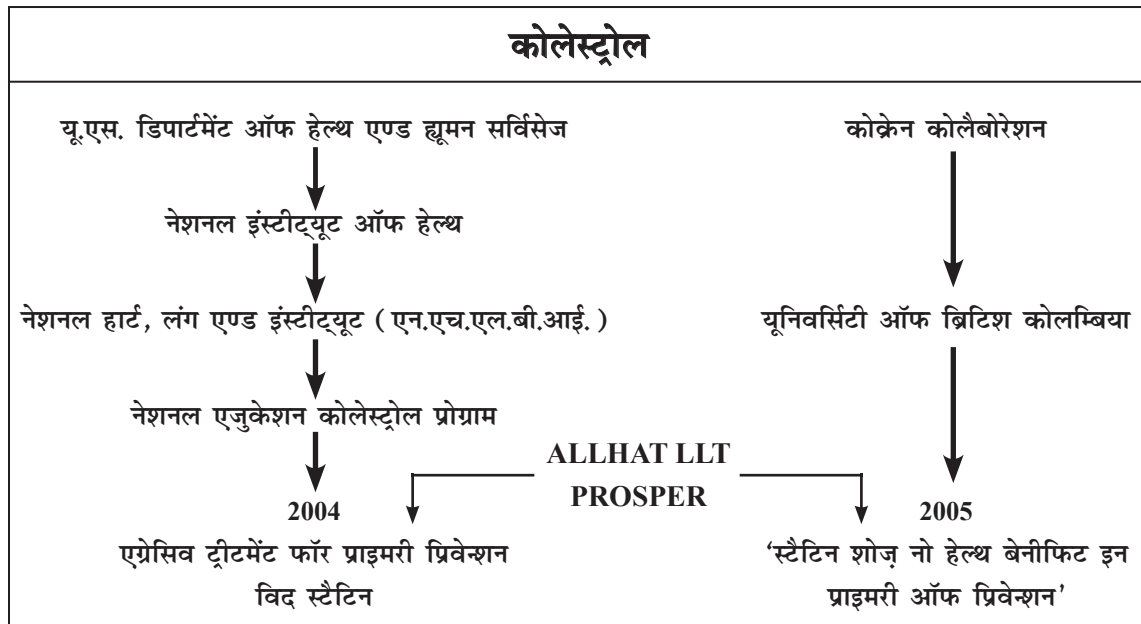
1. यदि किसी 'इंडस्ट्री' ने इसमें पैसा लगाया है, तो उसे रद्द कर दो। इसे समझने के लिए कोलेस्ट्रॉल गाइडलाइन्स की पूरी कथा पढ़ें।

## डीकोडिंग मेडिकल गाइडलाइन्स

यू.एस. डिपार्टमेंट ऑफ हेल्थ एण्ड ह्यूमन सर्विसेज़ ने (सफलतापूर्वक) स्वयं को बतौर एक स्वयंभू मेडिकल पैरामीटर एण्ड गाइडलाइन्स निर्धारित करने वाली दुनिया-भर की सत्ता के रूप में स्थापित किया है। इसके अन्तर्गत एक विभाग है नेशनल इंस्टीट्यूट ऑफ हेल्थ, जिसके अन्दर नेशनल हार्ट, लंग एण्ड ब्लड इंस्टीट्यूट (एन.एच.एल.बी.आई.) आता है, जो 'नेशनल कोलेस्ट्रॉल एजुकेशन प्रोग्राम' (एन.सी.ई.पी.) चलाता है। एन.सी.ई.पी. की एक आठ सदस्यों वाली कमेटी कोलेस्ट्रॉल गाइडलाइन्स तय करती है। [ऐसे ही एन.आई.एच. में अन्य विभाग भी हैं, जो डायबिटीज़, हाइपरटेंशन इत्यादि की भी गाइडलाइन्स निकालती रहती हैं]। अब जब कोलेस्ट्रॉल गाइडलाइन्स तय करना होता है, तो वे कुछ पुराने ट्रायलों को देखते हैं, जो कोलेस्ट्रॉल से सम्बन्धित हों। इस वर्तमान मामले में इन्होंने दो प्रमुख पुराने ट्रायलों का संदर्भ किया: (i) 'ए.एल.एल.एच.ए.टी.-एल.एल.टी.' और (ii) 'प्रोस्पर' (PROSPER)। और निष्कर्ष देते हुए कहा कि जिन रोगियों का कोलेस्ट्रॉल 200 से ज्यादा है, उनका स्टेटिन के साथ प्रारंभिक बचाव का इलाज पूरी गंभीरता से करना चाहिए, जिससे 'स्टेटिन' का मूल रूप से ही खात्मा हो जाए! अब

“RCT's के  
मेटा-एनलिसिस  
पर ध्यान दिया  
गया, क्योंकि इसे  
सबसे बड़ा प्रमाण  
माना गया।”

अब ज़रा नीचे के चार्ट पर नज़र डालें-





एन.सी.ई.पी. कमेटी के आठ सदस्यों का परिचय नीचे देखें।

डॉ. क्लीमन : (चेयरमैन) की घोषित करने योग्य कोई वित्तीय रिश्तेदारी (या सम्बन्ध) नहीं हैं।

डॉ. गुण्डी : इन्हें मर्क, फाइजर, सांक्यो, बेयर, मर्क/स्केरिंग-प्लॉग, कोस, एबॉट, ब्रिस्टल मायर्स स्किब, तथा एस्ट्राजेनेका; से पारितोषिक मिले हैं; उन्हें मर्क, एबॉट एवं ग्लैक्सो स्मिथ क्लाइन से शोध के लिए अनुदान प्राप्त हुए हैं।

डॉ. बेयरे मर्ज : इन्हें फाइजर, मर्क और कोस से लेक्चर के लिए पारितोषिक प्राप्त हुए हैं; ये फाइजर, बेयर एण्ड ई.एच.सी. (मर्क) की सलाहकार रह चुकी हैं; इन्हें अनिबन्धित संस्थागत अनुदान, फाइजर, प्रॉक्टर एण्ड गैम्बल, नोवार्टिस, वियेथ, एस्ट्राजेनेका एवं ब्रिस्टल - मायर्स स्किब मेडिकल इमेजिंग से प्राप्त हुए हैं, इन्हें मर्क से शोध अनुदान प्राप्त हो चुका है; इनके पास स्टॉक हैं बोस्टन साइंटिफिक, आई.वी.ए.एक्स., एली लिली, मेडट्रोनिक्स, जॉन्सन एण्ड जॉन्सन, एस.सी.आई.पी.आई.ई. इंश्योरेंस, एटीएस मेडिकल तथा बायोसाइट में।

“हृदय रोगियों को ऑक्सीजन थेरेपी देने से मृत्यु की संभावना दोगुनी होती है।”

डॉ. ब्रेवर : इन्हें एस्ट्राजेनेका, फाइज़र, लिपिड साइंसेज़, मर्क, मर्क/ शेरिंग-प्लॉग, फर्नीयर, टुलारिक, एसपेरियोन तथा नोवार्टिस से अनुदान प्राप्त हो चुका है; यह एस्ट्राजेनेका, फाइज़र, लिपिड साइंसेज़, मर्क, मर्क/ शेरिंग-प्लॉग, टुलारिक, सांख्यो एवं नोवार्टिस में सलाहकार का काम कर चुके हैं।

डॉ. क्लार्क : एजुकेशन प्रेजेन्टेशनों के लिए इन्हें एब्बोट, एस्ट्राजेनेका, ब्रिस्टल-माइयर्स स्किब, मर्क और फाइज़र से अनुदान प्राप्त हो चुका है; इन्हें एब्बॉट, एस्ट्राजेनेका, ब्रिस्टल-मायर्स स्किब, मर्क एवं फाइज़र से अनुदान/ रिसर्च हेतु सहयोग भी प्राप्त हो चुके हैं।

डॉ. पॉस्टरनाक : इन्हें फाइज़र, मर्क, मर्क/ शेरिंग-प्लॉग, टकेडा, कोस, बी.एम.एस. - सनोफी, और नोवार्टिस के स्पीकर रह चुके हैं; यह मर्क, मर्क/ शेरिंग-प्लॉग, सनोफी, फाइज़र हेल्थ सोल्यूशन्स, जॉन्सन एण्ड जॉन्सन-मर्क एवं जॉन्सन एण्ड जॉन्सन में सलाहकार का काम कर चुके हैं।

डॉ. हनिंगहेक : इन्हें कन्सल्टिंग एण्ड स्पीकर्स ब्यूरो के लिए एस्ट्राजेनेका, मर्क, मर्क/शेरिंग-प्लॉग, तथा फाइज़र से पारितोषिक मिल चुका है; यह कोस के सलाहकार भी रहे हैं; इन्हें एस्ट्राजेनेका, ब्रिस्टल-मायर्स स्किब, कोस, मर्क, मर्क/ शेरिंग-प्लॉग, नोवार्टिस और फाइज़र से शोध के लिए अनुदान मिल चुका है। डॉ. पॉस्टरनाक फाइज़र, मर्क, मर्क/ शेरिंग प्लॉग, टकेडा, कोस बी.एम.एस. - सनोफी और नोवार्टिस के स्पीकर रह चुके हैं। यह मर्क, मर्क/ शेरिंग प्लॉग, सनोफी, फाइज़र हेल्थ

सोल्यूशन्स, जॉन्सन एण्ड जॉन्सन - मर्क तथा जॉन्सन एण्ड जॉन्सन के सलाहकार रह चुके हैं।

डॉ. स्टोन : इन्हें अपने एजुकेशन लेक्चर्स के लिए एब्बाट, एस्ट्राजेनेका, ब्रिस्टल मायर्स स्किबब, कोस मर्क/ शेरिंग-प्लॉग, नोवार्टिस, फाइज़र, रिलाइंट एवं सांख्यो से पारितोषिक मिल चुके हैं; यह बतौर सलाहकार एब्बाट, मर्क, मर्क/ शेरिंग-प्लॉग में काम कर चुके हैं।

इस फेहरिस्त से यह स्पष्ट है कि यह महानुभाव दवाइयों की कंपनियों से प्रभावित हो सकते हैं, क्योंकि ये व्यक्ति इन कंपनियों से आर्थिक अनुदान एवं पारितोषिक प्राप्त करते रहे हैं। अतः कोलेस्ट्रॉल गाइडलाइन्स का पूरा साहित्य समझने के लिए यह जरूरी है कि आपका ध्यान कोक्रेन कोलैबोरेशन की तरफ खींचा जाए, जो एक अति सम्मानित मेडिकल ऑर्गनाइजेशन है, जिसको विश्व-भर की सारी बड़ी और प्रमुख मेडिकल एजेंसियां मानती हैं और संदर्भ लेती हैं। इनकी 130 से अधिक देशों में

“मानक इलाज की तुलना में यदि रोगी आईसीयू में भर्ती है और उसका ब्लड ग्लूकोज कम होता है, तो मृत्यु दर में वृद्धि देखी गयी है।”

शाखाएं हैं और किसी भी दवाई-सम्बन्धित कंपनी में कोई अनुदाय या आयोजक न स्वीकार करने के लिए मशहूर हैं। ब्रिटिश कोलम्बिया इसी कोक्रेन कोलैबोरेशन के अंतर्गत है, जिसने 'ALLAAL-LLT' और 'PROSPER' ( पी.आर.ओ.एस.पी.ई.आर. ) के आधार पर किए गए एक ट्रायल में निष्कर्ष निकाला था कि: 'प्राइमरी प्रिवेन्शन' में स्टैटिन स्वास्थ्य को कोई लाभ नहीं देती है।" विगत में भी कई मेडिकल एजेंसियों ने निःसन्देह रूप से यह सिद्ध कर दिया था कि कोलेस्ट्रॉल को दवाइयों से कम करने से कोई लाभ नहीं मिलता, वरन् मानव स्वास्थ्य के लिए भी यह घातक है।

ज़रा निम्न उद्धृत संदर्भों को देखें:

<p>वर्ल्ड हेल्थ ऑर्गनाइजेशन के 20 वर्षीय अध्ययन ( 1960 - 1980 ) का कथन</p>
<p>दवाइयों से कोलेस्ट्रॉल कम करने से स्वास्थ्य को खतरा 47% बढ़ जाता है।</p>

<p>2010 ब्रिटिश मेडिकल जर्नल</p>
<p>स्टैटिन से ट्रीट किए गए 20 लाख लोगों के बारे में एक अध्ययन</p>
<p>परिणाम : यकृत की खराबी ( डिस्फंक्शन ), गुर्दे का नाकाम होना और कैटरेक्ट का बनना।</p>

### होनोलुलू हार्ट प्रोग्राम

लो कोलेस्ट्रॉल का मृत्यु-दर से प्रमुख सम्बन्ध है,  
जो मृत्यु दर के खतरे को 64% बढ़ा देता है।

ऊपर उद्धृत निष्कर्ष इतना स्पष्ट है कि स्टैटिन का सबसे बड़े उत्पादक फाइज़र को नीचे दिया एक अस्वीकरण (डिस्क्लेमर) वर्षों तक देने पर मजबूर होना पड़ा था।

“हृदय रोग या हृदयाघात से बचाव करने में स्टैटिन को इनका निरोधक नहीं पाया गया है” - फाइज़र

दूसरी तरफ यह पाया गया कि चीन के ग्रामीण लोग और मध्य अफ्रीका के वासियों का कोलेस्ट्रॉल स्तर आधुनिक चिकित्सीय मानकों के अनुसार सदैव काफी बढ़ा हुआ था, लेकिन इन लोगों को हृदयाघात बहुत कम झेलना पड़ा और ये प्रायः 100 वर्ष से ज्यादा जिये।

2. किसी भी चिकित्सकीय अन्तिम निर्णय के लिए, एक निर्धारित मेडिकल केयर प्रोटोकॉल एवं फार्माकोलॉजी को किसी रैंडोमाइज़्ड कंट्रोलड ट्रायल पर निर्भरता रखनी ही पड़ती है। और इसके लिए सबसे ज्यादा वांछित स्रोत है कोक्रेन डाटाबेस।

3. इनका अव्यक्त निहितार्थ भी निकालने की आपकी कुव्वत होनी चाहिए। कभी-कभी तो किसी खास ट्रायल का अंतिम निर्णय काफी बहकाने वाला और फरेबी हो सकता है। यह आपको एक ऐसी गलत राह पर ले जा सकता है, जो रोगियों के लिए काफी नुकसानदेह सिद्ध हो।

इसको और बेहतर तरीके से समझने के लिए टाइप-2 डायबिटीज़ के 11,140 रोगियों का निम्न उद्धृत आर.सी.टी. देखें, जिनको या तो मानक विधि ग्लूकोज़ नियंत्रण (इन्टेन्सिव ग्लूकोज़ कंट्रोल) से गुजरना पड़ा। यह व्यापक रूप से उद्धृत ट्रायल एडवी वी.एन.सी.ई [ एडवान्स या एक्टिव इन डायबिटीज़ एण्ड वॉस्कुलर डिज़ीस: प्रेटेरैक्स एण्ड डायामाइक्रॉन मॉडीफाइड रिलीज़्ड कन्ट्रोल्ड इवैल्यूशन ] कोलैबोरेटिव ग्रुप, न्यू इंग्लैण्ड जर्नल ऑफ मेडिकल 12 जून, 2008 में छपा था।

इस ट्रायल का अंतिम निष्कर्ष नीचे दिया गया है:

Gliclazide द्वारा intensive glucose control से HbA1c कम होकर 65% तक पहुंच गया जिससे micro vascular और micro complication 10% और कम हो गया।

- Clinical Trials Gov. number-NCT00145925

सीधे-सीधे तो यह स्पष्ट है कि इन्टेन्सिव ग्लूकोज़ कंट्रोल की रणनीति एक बुद्धिमत्तापूर्ण निर्णय था रोगियों के लिए, पर यदि सावधानी से 13 पृष्ठों वाली इस रिपोर्ट का अध्ययन किया जाए, तो आपको विपरीत (पर सही) प्रतिफल मिलता है।

इस एडवांस ट्रायल का निचोड़ नीचे एक तालिका के रूप में दिया गया है।

सब ग्रुप	इन्टेन्सिव कंट्रोल ( एन. 5571)	स्टैंडर्ड कंट्रोल ( एन. 5569)
ऑल सेरेब्रोवैस्कुलर इवेन्ट्स	6.3%	5.9%
ऑल कार्डियोवैस्कुलर इवेन्ट्स	22.1%	22.4%
विजुअल डिटीरीऑरेशन	54.4%	54.1%
न्यू और वर्सेनिंग न्यूरोपैथी	42.2%	41.5%
डिमेंशिया ( स्मृति-भ्रम )	1.1%	0.9%

जब आप विभिन्न मेडिकल इवेन्ट्स/ रिस्क फैक्टर्स ऑफ इन्टेन्सिव कंट्रोल V/S स्टैंडर्ड कंट्रोल का तुलनात्मक अध्ययन करते हैं, तो आप स्पष्ट

“कोक्रेन कोलैबोरेशन 2013, की हाईपरटेंशन गाइडलाइन्स के अनुसार ब्लड प्रेशर (सीमा बिन्दु) को 160/100 एम.एम.एच.जी. माना गया है।”

देखते हैं कि न्यूरोपैथी के साथ-साथ डिमेंशिया और विजुअल डिटीरिऑरेशन के साथ सर्बोवैस्कुलर इवेंट्स इन्टेन्सिव ग्लूकोज़ कन्ट्रोल ग्रुप में बढ़ा हुआ मिलता है वजाय स्टैण्डर्ड ग्रुप के, और सिर्फ कार्डियोवैस्कुलर इवेंट्स नामालूम तौर पर स्टैण्डर्ड ग्रुप से बेहतर रहता है।

परन्तु फार्माकोलॉजी को समझने से कहीं ज्यादा महत्त्वपूर्ण है मेडिकल ट्रायल को समझकर, व्याख्या करने के बाद उसको कार्यान्वित करने का काम। हमारे आधुनिक डॉक्टरगण न सही रूप से प्रशिक्षित होते हैं और न उनके पास साधन ही होते हैं कि वे किसी मेडिकल ट्रायल के निष्कर्ष की सही व्याख्या कर सकें। कभी-कभी गलत व्याख्या के परिणामस्वरूप ज्यादातर आम डॉक्टर्स का इलाज एक नुकसानदेह इलाज सिद्ध होने लगता है। मसलन मेडिकल आई.सी.यू. में भर्ती एक रोगी के ब्लड शुगर को नियंत्रित करने में काफी कड़ाई बरती जाती है, जबकि सत्य यह है कि कड़ाई से ब्लड शुगर का स्तर घटाया जाता है तो आई.सी.यू. में भर्ती डायबिटीज के रोगियों की मृत्युदर, मानक इलाज करवाने वाले मरीजों की तुलना में बढ़ जाती है- जैसा 2 फरवरी, 2006 के न्यू इंग्लैण्ड ऑफ जर्नल ऑफ मेडिसन में छपा था। मेडिकल प्रोटोकॉल और मेडिकल डायग्नोस्टिक गाइडलाइन्स समझने के फर्म का स्पष्ट अवलोकन 17वीं वर्ल्ड कांफ्रेंस ऑफ दि हाईपरटेंशन लीग काउंसिल में हुआ था। यह सम्मेलन मांस्ट्रियल में 1997 में हुआ था, जिसमें 27 नेशनल हाइपरटेंशन सोसाइटीज; ने भाग लिया था। इनमें से 14 संस्थानों ने तो 140/90 एम.एम.एफ.जी. की सीमा को हाई ब्लडप्रेसर शुरू होने की चौखट मात्र, लेकिन 13 संस्थानों ने इसे 160/95 एम.एम.एच.जी. रखा। पर अब 120/80 एम.एम.एच.जी. को हाई ब्लडप्रेसर का कट-ऑफ पाइन्ट माना जाता है।



लेकिन इस मौके पर आपकी एक औषधि चिकित्सक होने के नाते सही स्रोतों तक जाकर सही संदर्भों से हाई ब्लडप्रेसर का निदान करने की योग्यता न सिर्फ आपके वरन् आपके रोगियों के संदर्भ में भी बहुत महत्वपूर्ण हो जाती है।

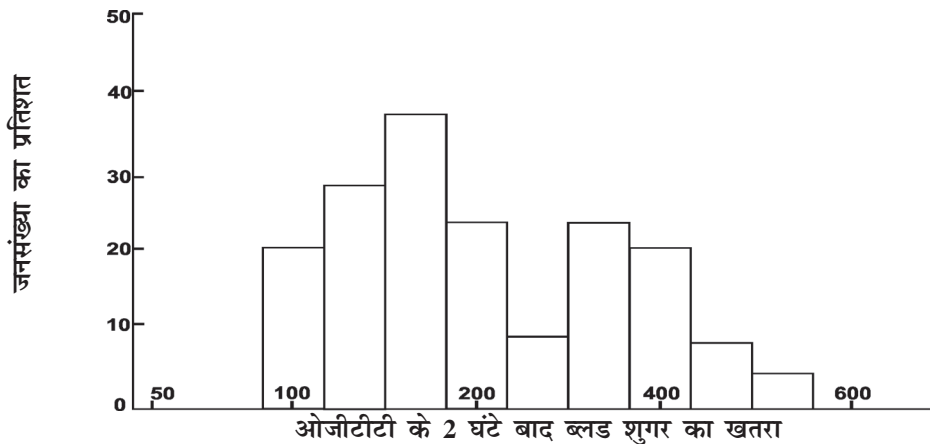
इसके लिए आप सदा **कोक्रेन कोलैबोरेशन 2013**, की मेटा-एनालाइसिस का हवाला ले सकते हैं। इसमें हाईपरटेंशन की सीमा बिन्दु को 160/100 एम.एम.एच.जी. माना गया है, खासतौर पर डायबिटीज के मरीजों के मामले में।

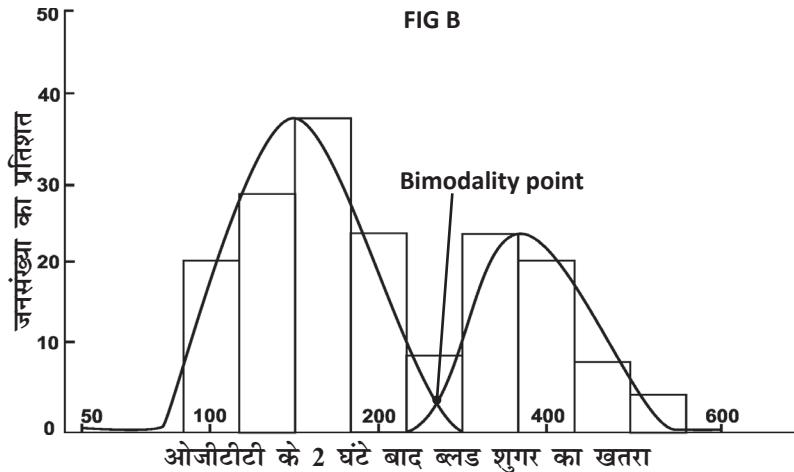
आपके भरोसेमंद स्रोत तक पहुंचकर अपने इलाज की प्रक्रिया निर्धारित करने और निदान करने की योग्यता के अलावा एक घटक और भी है, जो आपके रोगियों को चंगा करने में मदद कर सकता है - जैसी कि मुझे मदद मिली है मेरे हजारों डायबिटीज रोगियों को वापस इस रोग से मुक्त करने में। और यह है आपकी नैदानिक सीमा बिन्दु ( डायग्नोस्टिक पैरामीटरों ) को बनाने की समझ! इस पुस्तक के वर्तमान संदर्भ में अब हम यह समझेंगे कि डायबिटीज को ठीक करने के लिए इन नैदानिक प्राकलों को कैसे निर्धारित करें।

“ नेशनल कार्डियोलॉजी मीटिंग की तारीखों के दौरान मृत्युदर में 8% की कमी आई थी। ”

वस्तुतः सन् 1965 से 1978 के मध्य हाई ब्लड शुगर के कट ऑफ पॉइन्ट को परिभाषित करने का एक प्रयास किया गया था।

अर्थात् ब्लड में शुगर की वह मात्रा तय करना, जिसके होने से रैटिनोपैथी, नैफ्रोपैथी और कार्डियोवैस्कुलर डिजीज़ (हृदय रोग) होने की संभावना तेजी से बढ़ जाती है। इसके लिए पीमा इण्डियन को चुना गया, जिनमें डायबिटीज़ का प्रकोप ज्यादा था। 75 ग्राम ओरल ग्लूकोज़ लोड के 2 घंटे बाद ब्लड शुगर के स्तर को जांचा गया और इसके परिणाम हिस्टोग्राम रूप में नीचे दिखाए गए हैं:





चित्र B में एक सुपरइम्पोज़्ड कम्पोजिट कर्व ड्रॉ किया गया है और इसमें एक ऐसा बिन्दु है, जहां दोनों कर्व मिलते हैं और एक-दूसरे को काटते हैं। इसे बिमोडैलिटी कहा जाता है, जो दो जनसंख्याओं को विभाजित करता है। यहां दूसरा कर्व डायबिटीज़ ग्रसित जनसंख्या का प्रतिनिधित्व करता है और इसका कट ऑफ़ पॉइंट 200mg/dl से ज़रा ऊपर है, जिसे डायबिटीज़ के निदान में प्रवेश द्वार कहा जा सकता है।

“ऊंगली के सिरे से लिए गए ब्लड में शुगर लेवल का स्तर नसों के ब्लड से सदा 10 प्रतिशत ज्यादा होता है।”

उंगली के सिरे से लिए गए ब्लड में शुगर का स्तर नसों के ब्लड से सदा 10 प्रतिशत ज्यादा होता है।

यहां यह स्पष्ट कर दें कि इसमें ब्लड के नमूने नसों के ब्लड से लिए गए थे, जबकि घर इत्यादि पर ब्लड का नमूना उंगली के सिरे से लिया जाता है ( कैपिलरी ब्लड ) जिसमें ब्लड शुगर का स्तर सदा 10 प्रतिशत ज्यादा होता है।

उपरोक्त चर्चा से यह स्पष्ट है कि मरीजों का भला डॉक्टर के मेडिकल ट्रायल, ट्रीटमेंट प्रोटोकॉल एवं नैदानिक पैरामीटर बनाने की योग्यता पर बहुत निर्भर करता है।

संदर्भ:

1. कार्डियोवैस्कुलर रिस्क फैक्टर्स एण्ड देयर इफैक्ट्स ऑन दि डिसेजिन टू ट्रीट हाइपरटेंशन: एवीडेंस बेस्ड रिव्यू, **बी.एम.जे.-2001**
2. चाल्मर्स टी.सी, सेलानो पी, सैक्स एच.एस., स्मिथ एच. जूनियर (1983), बियास इन ट्रीटमेंट असाइनमेंट इन कंट्रोलड क्लीनिकल ट्रायल्स: **न्यू इंग्लैण्ड जर्नल ऑफ मेडीसिन।**

## गणना

क्या आप डायबिटीज़ के रोगी हैं? पर आपको कैसे पता कि आपको डायबिटीज़ है?

सबसे पहली बात - हमें यह समझ लेना चाहिए कि डायबिटीज़ कोई रोग नहीं वरन् एक ( शारीरिक ) स्थिति है, जिसमें यदि ब्लड में शुगर की सान्द्रता एक निश्चित स्तर से ज्यादा है, तो हृदय रोग, गुर्दों का नाकाम हो जाना, अंधापन या मृत्यु हो सकती है। ( यह भी समझ लें कि ब्लड में शुगर का कोई भी स्तर हो, हृदय रोग होने की संभावना 20% तो रहेगी ही तथा अंधेपन और गुर्दों की नाकामी की संभावना भी अमूमन रहेगी ही। )

मूल प्रश्न यह है कि आपके ब्लड में प्रति लीटर कितने ग्राम शुगर की मौजूदगी सुरक्षित मानी जाए और कितनी शुगर के कारण उपरोक्त बीमारियों का खतरा प्रबल हो जाएगा! सन् 1979 के पूर्व डायबिटीज़-का निदान करने के लिए कम-से-कम 6 विभिन्न तरीके थे और सभी में

“रेटिनोपैथी

- एक खास

माइक्रो-वैस्कुलर परेशानी होती है, जिससे डायबिटीज़ होने के लिए

निर्णयात्मक रूप से कट-ऑफ-पॉइन्ट निकाला जाता है।”

भरोसेमन्द साक्ष्य और मानकता का अभाव था। सन् 1979 में नेशनल डायबिटीज़ डाटा ग्रुप ( एन.डी.डी. जी. ) ने प्रयत्न किया कि ब्लड में शुगर के स्तर का बिलकुल सही माप निकाला जाए, जो डायबिटीज़ व उससे जुड़ी बीमारियों के घटकों में अचानक बढ़ी तेजी लाकर इस खतरे की ओर विश्वसनीयता से इंगित कर सके।

बाद में 'बाइमोडल फ्रीक्वेंसी डिस्ट्रीब्यूशन ऑफ शुगर कंसंट्रेशन इन दि ब्लड' का सुझाव दिया गया, जिससे समस्त जनसंख्या को दो वर्गों में बांटे जाने की सहूलियत मिली: साधारण या सामान्य और डायबिटिक। इससे एक आधार प्राप्त हो गया ब्लड में शुगर की मात्रा के जमाव का स्तर तय करने का, जिसको विशुद्ध अर्थों में डायबिटीज़<sup>3/4</sup> माना जा सके।

उन जटिलताओं में जो अधिक शुगर के कारण हो सकती हैं, रेटिनोपैथी को चुना गया। यह एक माइक्रोवैस्कुलर जटिलता है, जिसको आधार मानकर कट ऑफ पॉइन्ट तय किया गया, जिसके ऊपर जाने से रेटिनोपैथी होने की संभावना बढ़ जाती है। इस विषय में तीन अध्ययन<sup>5,6,7</sup> एन.डी.डी.जी. के पास उपलब्ध थे, जिस पर उन्होंने अपने निर्णय को आधारित किया। कुल मिलाकर 1213 रोगियों का हाल ओरल ग्लूकोज़ टॉलरेन्स टेस्ट ( ओ.जी.टी.टी. ) के बाद 3 से 8 वर्षों तक देखा गया, जिनमें से 77 को रेटिनोपैथी की शिकायत पैदा हो गई।

यह ओ.जी.टी.टी. ट्रायल की शुरुआत में ही किया गया था। बहुत संभावना है कि केवल इन्हीं 77 रोगियों में ग्लाइसीमिया ( हाई शुगर ) ओ.जी.टी.टी. दिए जाने वाले वर्षों में बढ़ी होगी और एन.डी.डी.

जी. ( नेशनल डायबिटीज़ डाटा ग्रुप ) ने रेटिनोपैथी की शुरुआत मानकर 77 रोगियों के आधार पर से कट ऑफ़ पॉइन्ट/डायग्नोस्टिक कसौटी तय कर दी। अतः इन 77 रोगियों के हाल के आधार पर, एन.डी.डी. जी. ने परिभाषा दी: यदि किसी का शुगर लेवल 200mg/dl ( या 2 ग्राम प्रति लीटर ब्लड में ) पाया जाता है, तो उसे डायबिटिक माना जाए। इस प्रकार ब्लड शुगर का मानक स्तर >200mg/dl यदि 75 ग्राम ग्लूकोज़ ( ओ.जी.टी.टी. ) के खाने के दो घण्टे बाद, कायम रहता है, तो इसे डायबिटीज़ निदान का कट ऑफ़ पॉइन्ट मान लिया जाए। गौरतलब है कि यह परिभाषा 100 से कम व्यक्तियों से प्राप्त परिणाम पर आधारित है- यानी केवल 100 व्यक्तियों<sup>8</sup> से प्राप्त परिणाम पर!

इसी तरह की गाइडलाइन्स विश्व स्वास्थ्य संगठन ( डब्ल्यू.एच.ओ. ) ने भी अपनाई, जिस पर विश्वव्यापी आलोचना हुई और असंतोष व्यक्त किया गया, क्योंकि वे मनमर्जी से स्वीकृत गाइडलाइन्स लगीं, जिनको डायबिटीज़ निदान की वैश्विक गाइडलाइन्स मान लिया गया। फिर एक बाईमोडल विभाजक तरीका लागू किया गया दो सभ्यताओं पर- पीमा इंडियन्स और नौरुआन्स ( माइक्रोनेशियन जनसंख्या )। परिणामस्वरूप, पीमा इंडियन्स से प्राप्त डाटा के आधार पर एक नया कट ऑफ़ स्तर -

“ केवल 77 रोगियों के हाल के आधार पर, एन.डी.डी.जी. ने परिभाषा दी: यदि किसी का शुगर लेवल 200mg/dl ( या 2 ग्राम प्रति लीटर ब्लड में ) पाया जाता है तो उसे डायबिटिक माना जाए। ”

लगभग 250mg/dl (ओ.जी.टी.टी. लेने के 2 घंटे बाद)- पाया गया। नैरुआन्स में भी ब्लड शुगर का 250mg/dl से ज्यादा होने पर उनको भी डायबिटीज़ का रोगी माना गया।

इस उपरोक्त अध्ययन का खर्चा डब्ल्यू.एच.ओ. (विश्व स्वास्थ्य संगठन) एवं एन.आई.एच. (नेशनल इंस्टीट्यूट ऑफ हेल्थ - यू.एस.ए.) के अनुदान आई.आर.ओ. ए.एम. 25446-02 द्वारा उठाया गया और इसकी रिपोर्ट 1983 में टी.जे.ई.एम. (दि टोहुकु जर्नल ऑफ एक्सपेरीमेन्टल मेडीसिन) में छपी थी।

लगभग इसी समय (1982 में) पीमा इंडियन्स पर एक और अध्ययन किया गया (941 व्यक्तियों पर, जो अध्ययन की शुरुआत के समय रेटिनोपैथी या नैफ्रोपैथी के शिकार नहीं थे)। इस अध्ययन को नेशनल इंस्टीट्यूट ऑफ डायबिटीज़ ने किया था, जिसने धीरे-धीरे महत्त्व प्राप्त किया। इन्होंने एक जनसंख्या के हिस्से पर साढ़े चार वर्षों तक काम किया। बाद में जिन्हें रेटिनोपैथी या नैफ्रोपैथी की शिकायत पैदा हुई, उनकी तुलना उनसे हुई, जिनके शुरू में ही ब्लड में 2 घंटा ग्लूकोज़ कंसन्ट्रेशन रहता था। यहां बाईमोडल कट ऑफ पॉइन्ट 2 घंटे ग्लूकोज़ के लिए 227mg/dl पाया गया।

इस अध्ययन को उत्तरोत्तर महत्त्व मिलता गया और विभिन्न Medical Journals में इसका उद्धरण दिया जाने लगा क्योंकि सारे आयामों के परिप्रेक्ष्य में यह ग्लाइसेमिक परीक्षण के मूल्यांकन के लिए हर तरह से संपूर्ण था। जब एन.डी.डी.जी. ने डायबिटीज़ निदान के लिए, जो कसौटी तय की थी, तब यह अध्ययन उपलब्ध नहीं था और उन्होंने 2 घंटे ओ.जी.टी.टी. के लिए एक निम्न स्तर (<200mg/dl) को कट ऑफ पॉइन्ट रखा था।



इस वर्तमान ट्रायल में यह स्पष्टतः स्थापित किया गया (जैसा कि नीचे की तालिका से स्पष्ट है)।

### 2 घंटे प्लाज़्मा ग्लूकोज़

	< 227	> 227
रेटिनोपैथी	0%	17.5%

इसके अनुसार यदि ब्लड शुगर स्तर 227mg/dl हो तो रेटिनोपैथी की संभावना शून्य रहती है। यहां यह स्मरण रहे कि डायबिटीज़ सम्बन्धी सारे खतरों के घटकों में ज्यादातर शोध ट्रायलों में रेटिनोपैथी ही आधार माना जाता रहा है डायबिटीज़ के लिए कट ऑफ पाइन्ट तय करने के लिए।

पिछली शताब्दी के आखिरी दशक में जब तक यह ट्रायल और अन्य प्रासंगिक ट्रायल प्रकाशित हो चुके थे, अमेरिकन डायबिटीज़ एसोसिएशन (ए.डी.ए.) ने एक एक्सपर्ट कमिटी<sup>11</sup> बुलाई डायबिटीज़ के निदान के पुनर्परीक्षण हेतु, जिससे नई सूचना के आलोक में इसका पुनः विवेचन हो सके। उन लोगों ने निम्नलिखित ट्रायल किए:

“बाईमोडल विभाजक तरीका लागू किया गया दो सभ्यताओं पर-पीमा इंडियन्स और नौरुआन्स।”

1. पीमा इण्डियन ट्रायल 960 व्यक्तियों का।
2. इजिप्शियन ट्रायल 1081 लोगों का।
3. दि थर्ड नेशनल हेल्थ एण्ड न्यूट्रीशन एक्ज़ामिनेशन सर्वे ( एन.एच.ए.एन.ई.एस. 111 ) 282 व्यक्तियों का ।

मध्य का कट ऑफ पॉइन्ट ( जैसा कि 1999 की अमेरिकन मेडिकल एसोसिएशन की पत्रिका में रिपोर्ट छपी थी ) उपरोक्त 3 ट्रायलों के लिए 2 घंटे ओ.जी.टी.टी. क्रमशः 298mg/dl, 252mg/dl एवं 292mg/dl पाया गया।

यहां भी रेटिनोपैथी को ही आधार मानकर ऊपर का कट ऑफ पॉइन्ट निकाला गया, जिसके ऊपर रोगियों के रेटिनोपैथी का शिकार होने की संभावना काफी ज्यादा थी।

पर इस बाइमोडल थ्रैशोल्ड का मध्य मूल्य ( मीन वैल्यू ) को देखने के बजाए-जो शोध विश्लेषणों का एक मानक तरीका है - इन लोगों ने हर एक इनीशियल डेसाइल ( Initial decils ) का निम्नतम ग्लाइसेमिक स्तर ही पालन करने का चुनाव किया, जिसमें रेटिनोपैथी होने की संभावना बढ़कर क्रमशः 244mg/dl, 218mg/dl और 195mg/dl हो जाती है। इन तीन मूल्यों का मध्य मान भी 219mg/dl आता है, पर ए.डी.ए. ने शुरू में प्रस्तावित 2 घंटे ओ.जी.टी.टी. को कायम रखने का निर्णय लिया - यानी 200mg/dl जो वस्तुतः भ्रामक है और गलत रूप से डायबिटीज होने के निदान की पूरी संभावना व्यक्त करता है।

इसलिए अक्लमन्दीपूर्ण 2 घंटे ओ.जी.टी.टी. प्रवेश द्वार पर पहुंचने के लिए, हमें विभिन्न जनसमूहों पर नियंत्रित ट्रायल करने की सोचना चाहिए। नीचे एक तालिका दी गई है, जिसमें 2 घंटे 75 ग्राम ओरल ग्लूकोज़ कंजम्पशन ( ओ.जी.टी.टी. ) का कट ऑफ पॉइन्ट दिखाया गया है।

जनसमूह	वर्ष	प्रकाशित स्रोत	2h प्लाज़्मा ग्लूकोज़
समोआ	1984	डायबिटीज़ रिसर्च	208
मैक्सिकन अमेरिकन्स	1985	जर्नल ऑफ क्रोनिक डिज़ीज	231
किरीबाटी	1993	जर्नल ऑफ डायबिटीज़ एण्ड इट्स कम्प्लीकेशन्स	228
वानिगेला	1994	मेडिकल जर्नल ऑफ ऑस्ट्रेलिया	268

2 घंटे का प्लाज़्मा ग्लूकोज़ डिस्ट्रीब्यूशन विभिन्न जनसमूहों में

यह 2 घंटे ग्लूकोज़ कट ऑफ पॉइन्ट वैल्यू विभिन्न जनसमूहों में 35 से 50 वर्ष वाले लोगों की है। यहां हम एक प्रयास कर सकते हैं। ऊपर के चारों जनसमूहों के कट ऑफ पॉइन्ट का मध्य मान निकालने का, जिससे

“ 2 घंटे ग्लूकोज़ का बाईमोडल कट ऑफ पॉइन्ट 227mg/dl पर पाया गया। ”

हमारे लिए एक संदर्भ बिन्दु बतौर डॉक्टर/स्वास्थ्य तथा रक्षा अभ्यासी प्राप्त हो सके, जो 2 घंटे ओ.जी.टी.टी. या एक रैण्डम ब्लड शुगर वैल्यू का मध्य मान निम्नलिखित है:

$$208 + 231 + 228 + 268/4 = 935/4 = 233.75$$

यानी लगभग 233mg/dl है, जो 2 घंटे ओ.जी.टी.टी. कट ऑफ पॉइन्ट के काफी करीब है, जो 941 व्यक्तियों का हार्ट क्वालिटी पी.आई.एम.ए. इण्डियन टाइल द्वारा प्राप्त 227mg/dl था।

इस आधार पर हमारे लिए यह निष्कर्ष निकालना समीचीन होगा कि एक 50 वर्षीय व्यक्ति का, दि प्लाज़्मा रैण्डम ब्लड शुगर या 2 घंटे ओ.जी.टी.टी. मूल्य, जो डायबिटीज़ होने की ओर इंगित करे > 230mg/dl होना चाहिए।

यहां यह भी दिमाग में रखें कि उपरोक्त सारे परिणाम नसों (वेन्स) के लिए मात्र ब्लड के नमूने पर आधारित हैं, जबकि आमतौर पर घरों में ब्लड उंगली से लिया जाता है, जिसके द्वारा ग्लूकोमीटर से ब्लड ग्लूकोज़ स्तर की जांच की जाती है। वैश्विक रूप से तथा विश्व स्वास्थ्य संगठन की विशेषज्ञ कमिटी द्वारा यह स्वीकार किया जा चुका है कि उंगली से लिए ब्लड में ग्लूकोज़ की सान्द्रता लगभग 10 प्रतिशत ज्यादा होती है।

इसका अर्थ हुआ कि 23mg/dl को 230mg/dl में जोड़कर रैण्डम ब्लड शुगर कट ऑफ पॉइन्ट पर

डायबिटीज़ निदान के लिए पहुंचा जा सकता है। इसका यह भी मतलब हुआ कि कैपिलरी ब्लड शुगर स्तर:  $230 + 23 \text{ mg/dl} = 253 \text{ mg/dl}$  को डायबिटीज़ के लिए ( 50 वर्ष तक की आयु वाले लोगों में ) कट ऑफ़ पॉइंट माना जाना चाहिए।

औषधि विज्ञान में यह प्रथा चालू है कि जो डायग्नोस्टिक संख्या आती है, उसे राउंड ऑफ़ कर निकटतम संपूर्ण अंक बना दिया जाता है ( जैसा कि ब्लड प्रेशर के मामले में होता है  $160/100 \text{ mHg}$ , संपूर्ण कोलेस्ट्रॉल  $200 \text{ mg/dl}$  कर देते हैं)। इस मामले में भी हम प्राप्त संख्या ( मूल्य )  $253 \text{ mg/dl}$  को  $250 \text{ mg/dl}$  पर निर्धारित बनाकर 50 वर्ष तक के लोगों के लिए डायबिटीज़ का निदान मान सकते हैं।

लेकिन उपरोक्त कट ऑफ़ पॉइंट  $250 \text{ mg/dl}$  का सीमित उपयोग ही हो पाएगा, यदि हम कुछ अन्य घटकों का लिहाज न करें, जो ब्लड शुगर में काफी योगदान देते हैं। इसमें सबसे प्रमुख है 'उम्र का संयोजन' (Age Adjustment)। साक्ष्य साधारण औषधि से विज्ञान की समझ में आ गया है कि शरीर की विभिन्न चयापचय (metabolic activities) गतिविधियां आयु में एक नाटकीय परिवर्तन लाती हैं, जो समस्त जीवों के लिए एक

“ 2 घंटे ओजीटीटी के 3 ट्रायल के बाद मध्य कट ऑफ़ पॉइंट  $298 \text{ mg/dl}$ ,  $252 \text{ mg/dl}$  और  $292 \text{ mg/dl}$  पाया गया। ”

सामान्य क्रिया है। ब्लड शुगर और ब्लड प्रेशर ऐसी दो चयापचयी (metabolic) क्रियाएं हैं, जो आयु के घटक से बहुत प्रभावित होती हैं। इसलिए आयु के एक विशद वर्णक्रम में एकमात्र कट ऑफ पॉइन्ट कायम करना कुछ ज्यादा ही जातिबद्ध हो जाता है, अपनी वास्तविक मूल्य महत्ता डॉक्टरी निदानों में दिखाने के लिए। एक बड़ा ट्रायल 2900 से ज्यादा पीमा इण्डियन्स पर किया गया आयु का प्रभाव ब्लड में ग्लूकोज़ देखने के लिए। इन लोगों को 75 gm. कार्बोहाइड्रेट लोड देने के दो घंटे बाद उम्र के प्रभाव की जांच की गई। यह रिपोर्ट मद निम्नलिखित तालिका के नवम्बर 1971 के डायबिटीज़ ( जर्नल ) में छपी थी।

75 gm. कार्बोहाइड्रेट लोड को देने के 2 घंटे बाद प्लाज़्मा ग्लूकोज़ स्तर (mg/dl)

आयु समूह	जांचे गए पुरुषों की संख्या	मीन 2h प्लाज़्मा ग्लूकोज़	जांची गई स्त्रियों की संख्या	मीन 2h प्लाज़्मा ग्लूकोज़
5-14 वर्ष	550	99.9 mg/dl	606	104.89 mg/dl
15-24 वर्ष	245	107.49 mg/dl	314	112.19 mg/dl
25-34 वर्ष	139	154.49 mg/dl	186	226.29 mg/dl
45-54 वर्ष	96	208.79 mg/dl	112	256.69 mg/dl
55-64 वर्ष	83	214.99 mg/dl	106	293.19 mg/dl
65-74 वर्ष	81	210.09 mg/dl	52	229.49 mg/dl
योग	1,340		1,571	

उपरोक्त तालिका में यदि आप पुरुष और स्त्रियों के प्लाज़्मा ग्लूकोज़ स्तर को गौर से देखें, तो निम्नलिखित निष्कर्ष निकाले जा सकते हैं:

1. उम्र के साथ स्पष्टतः ब्लड ग्लूकोज़ स्तर बढ़ता है।
2. 65 वर्षोपरान्त ब्लड ग्लूकोज़ स्तर थोड़ा घटने लगता है (जैसा ब्लड प्रेशर के मामले में होता है)।
3. लेकिन उम्र का और ब्लड शुगर के बढ़ने में कोई सीधी दर का सम्बन्ध नहीं लगता।
4. 25 से 35 वर्ष के समूह वालों में ब्लड शुगर में काफी बढ़ावा या तेजी से बढ़ाव आता है- यानी 40mg/dl तक का।

इस अवलोकन के मद्देनज़र अक्लमन्दी इसी में होगी कि अपने 2 घंटे 'ओ.जी.टी.टी.' की गणना में- अर्थात् 250mg/dl ब्लड शर्करा में- उम्र के घटक का संयोजन कर लिया जाए, जिससे 50 वर्ष की आयु वाले व्यक्तियों को डायबिटीज़ की झूठी पहचान का खतरा भी टल जाए और इसी प्रकार 35 वर्ष से कम वालों में डायबिटीज़ की ऋणात्मक उपस्थिति से भी बचाव हो जाए।

“उम्र के साथ  
ब्लड ग्लूकोज़  
स्तर बढ़ता  
है।”

अतः इस चर्चा के आधार पर- काफी कंजूसी दिखाते हुए- हम 50 वर्ष के बाद वाले मामलों में 1 mg/dl को हर वर्ष के बढ़ने पर जोड़ सकते हैं।

उदाहरणार्थ, एक 60 वर्ष के व्यक्ति के लिए, कैपिलरी प्लाज़्मा ब्लड ग्लूकोज़ 75 ग्राम ग्लूकोज़ लेने के 2 घंटे बाद  $250\text{mg/dl} + 10\text{mg/dl} = 260\text{mg/dl}$  गणना आती है, जिसको डायबिटीज माना जा सकता है। अर्थात् यदि 60 वर्षीय व्यक्ति की 2 घंटे ओ.जी.टी.टी. 75 ग्राम ग्लूकोज़ लेने के बाद ब्लड शर्करा 260mg/dl है तो उसे डायबिटीज है।

इसी प्रकार विश्लेषण कर फास्टिंग ब्लड ग्लूकोज़ एण्ड HbA1c की एक व्यावहारिक गणना या वैल्यू निकाली जा सकती है, जिससे डायबिटीज़ होने या न होने का निदान व्यावहारिक रूप से और बिना गलती की संभावना के किया जा सके, पर ये दोनों कसौटियों ( फास्टिंग ब्लड ग्लूकोज़ एण्ड HbA1c ) की डायबिटीज़ निदान में काफी कम 'प्रिडिक्टिव' ( भविष्य कथन ) वैल्यू होती है और यह प्रायः भ्रामक भी सिद्ध होती है। इनकी प्रवृत्ति होती है 'फॉल्स पॉजिटिव केसेज' की कई अस्वीकार्य गणनाएं। मैं इस बारे में स्पष्टीकरण अगले अध्याय में दूंगा।

पर डायबिटीज़ निदान के बारे में किसी निष्कर्ष पर पहुंचने के पूर्व उपरोक्त कट ऑफ पॉइंट दिमाग में जरूर रखें। आपको यह जानकारी दिलचस्प लग सकती है कि पीमा इण्डियन्स पर सारे ट्रायल्स तब दिए गए थे जब दिन के तापक्रम में परिवर्तन  $18^{\circ}$  से. से  $38^{\circ}$  से. टक्सन में रहा था। टक्सन ( एक जगह ) में पीमा इण्डियनों का स्थयी आवास है। यह एक रेगिस्तानी इलाका है जहां दिन का तापक्रम काफी ज्यादा



रहता है।

अतः पहले निकाला गया कट ऑफ पॉइन्ट उस स्थान के लिए सानुकूल है, जहां दिन का तापक्रम  $10^{\circ}\text{C}$  से. से कम न हो। इसका अर्थ यह हुआ कि ठण्डी जलवायु में निवास करने वाली जनसंख्या के लिए उपरोक्त निकाले कट ऑफ पॉइन्ट में एक आयाम और जोड़ा जाए - यानी 'टेम्परेचर चेन्ज' का, अर्थात् मौसम या जलवायु के कारण परिवर्तन का। मैं स्पष्ट करता हूं कि इसे कैसे करना चाहिए।

यह पाया गया है कि सर्दियों में ब्लड शुगर में गर्मियों के मुकाबले  $10\text{mg/dl}$  की वृद्धि हो जाती है। अतः एक 50 वर्ष के व्यक्ति के लिए सर्दियों में कैपिलरी प्लाज़्मा ब्लड ग्लूकोज़ (2h PG)  $> (250+10)\text{mg/dl}$   $260\text{mg/dl}$  का निदान उसे डायबिटीज़ का रोगी मानेगा। डायबिटीज़ का निदान सर्दियों में ज्यादा किया जाता है, क्योंकि डॉक्टरों को सिखाया नहीं जाता कि वे सर्दी एडजस्टमेंट फैक्टर को कैसे जोड़ें।

अंततः किसी व्यक्ति को डायबिटीज़ का रोगी ऊपर की गई चर्चा के आधार पर घोषित करने के पूर्व हमें यह भी जांच कर लेनी चाहिए कि वह व्यक्ति किसी वायरल संक्रमण/बुखार से ग्रस्त तो नहीं है, क्योंकि

“25 से 35 वर्ष के समूह वालों में ब्लड शुगर में काफी बड़ा या तेजी से बढ़ाव आता है।”

बीमारी में ब्लड शर्करा में 10 प्रतिशत का इज़ाफा होना एक आम बात है, और ऐसे व्यक्ति को डायबिटीज़ का रोगी नहीं माना जाना चाहिए।

नोट:- 'फॉल्स पॉजिटिव डायग्नोसिस ऑफ डायबिटीज़' से बचने के लिए रैण्डम ब्लड ग्लूकोज़ रीडिंग जो आपके ग्लूकोमीटर में आए, उसका संयोजन कर लेना चाहिए- निम्नलिखित घटकों द्वारा:

1. उसमें 'ऐज एडजेस्टमेंट फैक्टर' जोड़ें।
2. उसमें 'विन्टर एडजस्टमेंट फैक्टर' जोड़ें।
3. उसमें वायरल संक्रमण या बुखार द्वारा आए अस्थायी ब्लड शर्करा वृद्धि का संयोजन कर लें।
4. यदि आपने हाल में ही कुछ खाया है, तो ब्लड ग्लूकोज़ लेवल, फिंगर टिप में लिए गए ब्लड के नमूने में किसी नस से किए गए ब्लड के नमूने के मुकाबले 70 mg/dl ज्यादा हो सकता है।

### संदर्भ:

1. वेलरॉन ए.जे.ई.: पॉपोज़ एल. रोजेलिन जी.ई. एग्रीमेंट एण्ड डिस्क्रीपेन्सी इन दि इवैल्यूएशन ऑफ नॉर्मल एण्ड डायबिटिक ओरल ग्लूकोज़ टॉलरेन्स टेस्ट। **डायबिटीज़ 1975।**
2. नेशनल डायबिटीज़ डाटा ग्रुप। क्लासिफिकेशन एण्ड डायग्नोसिस ऑफ डायबिटीज़ मैलीटस एण्ड अदर कैटेगरीज़ ऑफ ग्लूकोज़ इन्टोलरेन्स। **डायबिटीज़ 1979।**

3. रशफोर्थ, एन.बी., बेनेट पी.एच., बर्च, टी.ए., मिलर, एम. एण्ड स्टीनबर्ग, ए.जी. (1971) डायबिटीज़ इन दि पी.आई.एम.ए. इण्डियन्स, एवीडेन्स ऑफ बायमोडैलिटी इन ग्लूकोज़ टॉलरेन्स डिस्ट्रीब्यूशन। डायबिटीज़।
4. ज़िम्मेट, पी. एण्ड व्हाईट हाउस, एस. (1978) बायमोडैलिटी ऑफ फास्टिंग एण्ड टू आवर ग्लूकोज़ टॉलरेन्स डिस्ट्रीब्यूशन इन माइक्रोनेशियन पॉपुलेशन। डायबिटीज़।
5. जारेट आर.जे., कीन एच. हाइपरग्लाइसीमिया एण्ड डायबिटीज़; मैलीटस। लैन्सेट 1976।
6. सायेग एच.ए., जारेट आर.जे. ओरल ग्लूकोज़ टॉलरेन्स टेस्ट्स एण्ड दि डायग्नोसिस ऑफ डायबिटीज़: रिज़ल्ट्स ऑफ दि प्रोस्पेक्टिव स्टडी बेस्ड ऑन दि व्हाईटहाल सर्वे। लैन्सेट 1980।
7. पेटिट डी.जे., नॉलर डब्ल्यू.सी., लिस्से जे.आर., बेनेट पी.एच. : डेवलपमेंट ऑफ रेटिनोपैथी एण्ड प्रोटीनूरिया इन रिलेशन टू प्लाज़्मा ग्लूकोज़ कंसेन्ट्रेशन इन पी.आई.एम.ए. इण्डियन्स। लैन्सेट 1980।

“यदि आपने हाल में ही कुछ खाया है, तो ब्लड ग्लूकोज़ लेबल, फिंगर टिप से लिए गए ब्लड के नमूने तथा लैब में किसी नस से लिए गए ब्लड के नमूने के मुकाबले 70mg/dl ज्यादा हो सकता है।”

8. डैविडसन एम.बी., पीटर्स ए.एल. श्रीगर डी.एल. एन. अल्टरनेटिव एप्रोच टू दि डायग्नोसिस ऑफ डायबिटीज़ विथ ए रिव्यू ऑफ दि लिटरेचर। **डायबिटीज़; केयर 1996 ।**
9. कम्पैरीज़न ऑफ टेस्ट्स फॉर ग्लाइकेटेड हीमोग्लोबिन एण्ड फास्टिंग एण्ड टू आवर प्लाज़्मा ग्लूकोज़ कंसेन्ट्रेशन्स ऐज़ डायग्नोस्टिक मैथड्स फॉर डायबिटीज़। **बी.एम.जे. 1994 ।**
10. एन. अल्टरनेटिव एप्रोच टू डायग्नोसिस ऑफ डायबिटीज़ विद ए रिव्यू ऑफ द लिटरेचर। **डायबिटीज़ - जुलाई 1995 ।**
11. एक्सपर्ट कमिटी : रिपोर्ट ऑफ दि एक्सपर्ट कमिटी ऑन दि डायग्नोसिस एण्ड क्लासिफिकेशन ऑफ डायबिटीज़ मैलिट्स। **डायबिटीज़ केयर 1997 ।**
12. वन टच अल्ट्रा मिनी - ग्लूकोज़ सेल्फ मॉनीटरिंग सिस्टम - यूज़र मैनुअल ।

## साजिश

यदि आप इस अध्याय को छोड़ देंगे तो आपको उस साजिश के शिकार होने का खतरा बढ़ जाएगा, जो औषधि-उद्योग द्वारा रची गई है। फलस्वरूप आप अपना धन और स्वास्थ्य दोनों को बर्बाद करेंगे।

ध्यान रहे, मैं आधुनिक औषधि या आधुनिक औषधि-विज्ञान का जिक्र नहीं कर रहा हूँ। मैं औषधि उद्योग की बात कर रहा हूँ। चलिए इन दोनों में फर्क समझने से बात शुरू करते हैं। औषधि-विज्ञान का अर्थ है साक्ष्य आधारित औषधि सेवा, जबकि औषधि-उद्योग का अर्थ है मुनाफा आधारित औषधि सेवा। इसमें निहित औषधि उद्योग द्वारा रची गई साजिश के विशाल पैमाने को समझ लीजिए, क्योंकि यह प्रायः साक्ष्य आधारित औषधि का भ्रम समझी जाती है। इसके लिए अगले पृष्ठ की तलिका को देखें।

“औषधि विज्ञान ने हार्ड ब्लड प्रेशर के इलाज की जरूरत का कभी समर्थन नहीं किया, जब यह 120/80 mmHg की दहलीज पर हो, जैसा कि औषधि-उद्योग द्वारा प्रचार किया जाता है।”

	डायबिटीज़		चीन में डायबिटीज़ की प्रतिशतता
1.	एन.डी.डी.जी. 1979	>200 mg/dl	3.5%
2.	ए.डी.ए. 1997, डब्ल्यू.एच.ओ. 1999	>126 mg/dl	8%
3.	ए.डी.ए. 2003	>100 mg/dl	27%
4.	ए.डी.ए. 2010	>140 mg/dl (P.P.) या >100 mg/dl ( फास्टिंग ) या > Hb A1c > 5.6%	50.1% जे.ए.एम.ए. 2013

ऊपर दी गई तालिका में यह स्पष्ट है ( जिसमें चीनी जनसंख्या का सर्वेक्षण दिया है ) कि जब पहली बार डायबिटीज़ के मानक निदान का तरीका बनाया गया ( नेशनल डायबिटीज़ ग्रुप एन.डी.डी.जी. द्वारा 1979 में ) तब से आज तक ( अमेरिकन डायबिटीज़ एसोसिएशन ए.डी.ए. 2010 ), डायबिटीज़ के कसौटी या प्रवेश द्वार को इतना संकरा कर दिया गया कि समस्त विश्व की आधी जनसंख्या को आज डायबिटीज़ होने का फ़तवा दिया जा सकता है और इन रोगियों को उम्र-भर दवाइयों के सहारे जीने पर मजबूर रहना पड़ सकता है। डायबिटीज़ के निदान की रिपोर्ट जो ए.डी.ए. द्वारा 2010 में इसकी संकरी

गाइडलाइनों में प्रकाशित हुई, उससे डायबिटीज़ के मरीजों की संख्या दोगुनी से पांच गुनी हो गई है। जरा नीचे तालिका पर नजर डालें:

देश	प्री-डायबिटीज़ की व्यापकता में बढ़ोतरी
डेनमार्क	11.8% से 37.6%
फ्रांस	15.9% से 45.2%
भारत	10.6% से 37.6%
यू.एस.ए.	9.5% से 28.5%
सिंगापुर	9.5% से 32.3%

यह आंकड़े 'दि नेशनल हेल्थ एण्ड न्यूट्रीशन एक्ज़ामिनेशन सर्वे' ( एन.एच. ए.एन.ई.एस. ) से निकाले गए हैं।

रूपक बांधते हुए मैं यह कह सकता हूँ कि यह उसी स्थिति की तरह है, जहां एक फुटबॉल मैच को जबरन जीतने के लिए गोल का आकार बहुत छोटा कर दिया जाए। साफ शब्दों में कहा जाए तो यह खुली बेईमानी है, फरेब है।

“सत्य तो यह है कि फास्टिंग ग्लूकोज़ के स्तर को नीचा कर 100mg/dl तक ले आने और HbA1c को 5.6% तक घटाने की निन्दा विश्व स्वास्थ्य संगठन (WHO) ने कर उन्हें नकार दिया था।”

वस्तुतः सत्य तो यह है कि फास्टिंग ग्लूकोज़ के स्तर को नीचा कर 100mg/dl तक ले आने और HbA1c को 5.6% घटाने की निन्दा विश्व स्वास्थ्य संगठन ने कर उन्हें नकार दिया था तथा यूरोपियन डायबिटीज़ एपीडेमीओलॉजी ग्रुप ( ई.डी.ई.जी. )<sup>1</sup> का भी यही कदम था। ज़रा कल्पना कीजिए कि यदि विश्व की आधी जनसंख्या को डायबिटीज़ का रोगी घोषित कर दिया जाए तो सबसे ज्यादा फायदा किसका होगा? औषधि उद्योग का ही न... बेशक!

मेडिकल उद्योग की कार्यशैली समझने के लिए हमें वापस 'मेकिंग ऑफ कोलेस्ट्रॉल गाइडलाइन्स' तक जाना पड़ेगा, जो पुस्तक के पहले अध्याय में दी गई हैं। सबसे पहले यह समझ लें कि डायबिटीज़ और हाई कोलेस्ट्रॉल होना अपने आपमें कोई रोग नहीं है। वे तो मात्र विभिन्न वैस्कुलर बीमारियों के सोये हुए खतरे की संभावनाएं व्यक्त करते हैं। सच कहें तो कोलेस्ट्रॉल कोई बुरी चीज़ नहीं है ( जैसा कि औषधि उद्योग प्रचारित और प्रसारित करता रहता है )।

औषधि विज्ञान के अनुसार शरीर कोई भी मेटाबॉलिक गतिविधि कर ही नहीं सकता, यदि कोलेस्ट्रॉल की सहभागिता न हो! सही बात तो यह है हर कोशिका की झिल्ली कोलेस्ट्रॉल से ही बनती है। बेशक गुड कोलेस्ट्रॉल ( एच.डी.एल. ) और बैड कोलेस्ट्रॉल की अवधारणा काफी फैलाई गई है, पर सत्य यह है कि चाहे कितना और किसी प्रकार का भी कोलेस्ट्रॉल हो, वह शरीर के लिए खराब नहीं होता, बशर्ते वह शरीर में ही बनता हो। यह उस खाने ( एनीमल फूड ) से मिला कोलेस्ट्रॉल होता है, जो हमारे शरीर के ब्लड संचार तंत्र को नुकसान पहुंचा सकता है। यह भी समझ लें कि ईश्वर ने पौध-राज्य ( प्लांट



किंगडम ) को यह शक्ति नहीं दी है कि वह कोलेस्ट्रॉल बना सके। इसका अर्थ हुआ कि जब आप दूध, अंडे, चिकन, मछली इत्यादि खाते हैं, तभी आप कोलेस्ट्रॉल लेते हैं।

कोलेस्ट्रॉल का यह लेवल आपके शरीर को खतरा पहुंचा सकता है और दवाइयों द्वारा कोलेस्ट्रॉल स्तर में कमी लाने से जरूरी नहीं कि आपका स्वास्थ्य सुधरे ही। यह भी आवश्यक नहीं है कि यह हृदय सम्बन्धी बीमारी बढ़ाए। इसको 2013 से 'कोक्रेन कोलैबोरेशन' 2013 की मेटा-एनालाइसिस ने 'अध्याय प्रथम' में पृष्ठ 24 पर दिए गए उदाहरण से स्पष्ट कर दिया था।

नेशनल इंस्टीट्यूट ऑफ हेल्थ ( एन.आई.एच. ) ने 2 ट्रायलों के बड़े पैमाने पर किए परीक्षणों, यथा: "दि एण्टीहाइपरटेन्सिव एण्ड लिपिड-लोअरिंग ट्रीटमेंट टू प्रिवेन्ट हार्ट अटैक ट्रायल ( ए.एल.एल.एच.ए.टी.- एल.एल.टी. ) एण्ड दि प्रोस्पेक्टिव स्टडी ऑफ प्रवैस्टैटिन इन दि एल्डरली एट रिस्क ( प्रोस्पर )" में की गई अनुशांसा द्वारा स्पष्ट किया कि स्टैटिन्स के आक्रामक रंग में दिए गए इलाज द्वारा स्टैटिन्स के माध्यम से वैस्कुलर डिजीजेस का बचाव हो जाता है। बेशक इस कोलेस्ट्रॉल गाइडलाइन

“ भारत में  
मेटफोर्मिन का  
मासिक औसत  
व्यवसाय 100  
करोड़ रुपये से  
अधिक का है। ”

कमेटी के आठ सदस्य ( सिर्फ चेयरपर्सन को छोड़कर ) दवाइयों की कंपनियों से बहुत गहरे जुड़े थे, लेकिन **कोक्रेन कोलैबोरेशन-2013** ( जो दवाई उद्योग से किसी प्रकार का धन स्वीकार नहीं करता ) का निष्कर्ष यही था कि हृदय संबंधी बीमारियों की रोकथाम में स्टैटिन्स से प्रारंभिक स्टेज पर स्वास्थ्य को कोई फायदा नहीं होता। यह निष्कर्ष इसने पूर्व उद्धृत ट्रायलों के आधार पर निकाला था ( **ए.एल.एल.एच.ए.टी.-एल.एल.टी.** ) एण्ड प्रोस्परा। यह स्पष्ट रूप से औषधि उद्योग बनाम औषधि-विज्ञान का मामला बनकर उभरा था।

कुछ अन्य बड़े पैमाने पर किए गए मेडिकल ट्रायल - जैसे एंग्लो स्कैण्डिनेवियन कार्डिक आउटकमस ट्रायल - लिपिड लोअरिंग आर्म ( **एस्कोट-एल.एल.ए.-2003** ) - का भी यही मानना था कि “स्टैटिन के प्रारंभिक प्रयोग से स्वास्थ्य पर कोई फर्क नहीं पड़ता, क्योंकि इससे सम्बन्धित ट्रायलों में वास्तविक सत्य के बजाय पक्षपातपूर्ण दृष्टिकोण पर ही जोर दिया गया है।” स्टैटिन के बारे में यह बात तो नितान्त अस्वीकार्य है ( जैसा कि **कोक्रेन डाटाबेस - सितम्बर 2015** में रिपोर्ट किया गया ) कि इससे कैंसर, सांस की बीमारियों और पेट की बीमारियों हो सकती है। इस पुस्तक के सदर्थ में महत्त्वपूर्ण इस तथ्य को जानना है कि: “कोलेस्ट्रॉल का कम करना डायबिटीज़ देता है।”

अब नीचे दिए गए तीन महत्त्वपूर्ण तथ्य देखें और उनकी कमियों को इनसे जोड़ें:-

**तथ्य 1 :** ए.डी.ए. गाइडलाइन्स : ‘40 साल की उम्र के बाद तो हर एक को कोलेस्ट्रॉल घटाने की दवाइयां खानी चाहिए, चाहे उनका कोलेस्ट्रॉल स्तर कितना भी हो!’

**तथ्य 2 :** कई दवाइयां बनाने वाली कंपनियां: जिनमें शामिल हैं वे कंपनियां भी, जो कोलेस्ट्रॉल घटाने वाली और डायबिटीज़ की दवाइयों की निर्माता हैं - ए.डी.ए. को नियंत्रित, निर्मित और चलाने वाली कंपनियां भी हैं।

**तथ्य 3 :** कोलेस्ट्रॉल घटाने वाली दवाइयां डायबिटीज़ दे सकती हैं।

**तो आपका निष्कर्ष क्या हो?**

ए.डी.ए. की यह एक साज़िश है कि हम सबको बीमारी और दवाइयों पर निर्भर बना दे। (दुर्भाग्य से मैं स्वयं भी ए.डी.ए. का सदस्य हूँ) अर्थात् डायबिटीज़ रोगी बनाकर अपना लाभ कमाया जाए!

**यह डायबिटीज़-उद्योग कितना विशाल है?**

इसका अंदाजा इसी से लगाया जा सकता है कि मेटफोर्मिन - जो डायबिटीज़ में दी जाने वाली पहली दवाई है - की मात्रा भारत में, एक महीने की खपत 100 करोड़ रुपए से ज्यादा मूल्य की है।

सन् 2003 में जब ए.डी.ए. ने एक शब्दावली: 'प्री-डायबिटीज़' की दागवेलि डाली तो डायबिटीज़ का व्यापार काफी तेज़ी से बढ़ा। इसका अर्थ यह भी लगता है कि अब कोई स्वस्थ व्यक्ति बचा ही नहीं है - क्योंकि या तो आपको डायबिटीज़ है या होने वाली (प्री-डायबिटीज़)

“मानक में बदलाव के कारण ज्यादा 78 प्रतिशत लोग डायबिटीज़ की दवा लेने को बाध्य हैं।”

है। इससे बच तो कोई भी नहीं सकता। पहले यदि किसी की फास्टिंग ब्लड शुगर <126mg/dl होती थी तो वह स्वस्थ ( या डायबिटीज मुक्त ) व्यक्ति समझा जाता था, पर अब वह भी प्री-डायबिटीज़ ही माना जाएगा। और ए.डी.ए. ने इस दहलीज को इतना नीचे करने का कोई औचित्य भी नहीं दिया। बल्कि ए.डी.ए. एक्सपर्ट कमिटी का तो रहस्य है: “हमें नहीं मालूम कि यदि किसी व्यक्ति को इस निदान की कसौटी पर कसा जाएगा तो उसे किस तरह का कितना फायदा होगा।” यहां यह भी गौरतलब है कि उपरोक्त पैरामीटर के परिवर्तन के कारण, भारत में 78%, चीन में 135% और अमेरिका में 193% रोगों का इलाज एण्टी-डायबिटीज़ ड्रग्स द्वारा किया जाता है। इसकी विवेचना ‘डिटेक्ट-2 स्टडी’ ( डायबिटीज़ कार्डियोवैस्कुलर रिस्क - इवैल्यूएशन : टारगेट एण्ड एसेंशियल डाटा फॉर कमिटमेंट ऑफ ट्रीटमेंट ) ने भी की है।

स्पष्ट है कि ऐसा करके समाज पर बहुत ज्यादा आर्थिक बोझ डाला जाता है, जो स्वास्थ्य को भी हानि पहुंचाता है। इस बात को एक बड़े पैमाने पर दिए गए अध्ययन: **ड्रीम स्टडी** ( डायबिटीज़ रिडक्शन एसेसमेंट विद रैमीप्रिल एण्ड रोजीग्लिटज़ोन दवाइयों ) ने स्पष्ट किया।

कम्पोज़िट प्राइमरी आउटकम	रोज़ीग्लिटज़ोन ग्रुप, N=2635	प्लेसीबो
मयोकार्डियल इन्फार्कशन	0.6%	0.3%
स्ट्रोक	0.3%	0.2%
कार्डियोवैस्कुलर डेथ	0.5%	0.4%
कन्फर्मड हार्ट फेल्योर	0.5%	0.1%
न्यू एन्जाइना	0.9%	0.8%
रीवैस्कुलराइज़ेशन	1.3%	1.0%
मयोकार्डियल इन्फार्कशन, स्ट्रोक और कार्डियोवैस्कुलर डेथ	1.2%	0.9%

**ड्रीम-ट्रायल**

ऊपर दी गई ड्रीम-ट्रायल तालिका से यह स्पष्ट है कि कार्डियोवैस्कुलर नतीजे और बिगड़ जाते हैं, जब प्लेसीबो ग्रुप की तुलना में रोजीग्लिटैजोन के द्वारा रोगियों का इलाज किया जाता है। इसी प्रकार 'यू.एस. डायबिटीज़ प्रिवेन्शन प्रोग्राम' के तहत किया गया एक बड़े पैमाने पर अध्ययन यही इंगित करता है कि यदि किसी स्वस्थ व्यक्ति को - जिसे प्री-डायबिटिक मान लिया गया हो - को मेटफोर्मिन यह समझ कर दिया जाए कि 31% डायबिटीज़ होने के खतरे को 100 प्रतिशत मेटफोर्मिन से घटा दिया जाएगा तो इसका निष्कर्ष उल्टा देखने को मिला। ऐसे व्यक्ति को बाद में मेटफोर्मिन देना जरूरी हो सकता है। (जैसा कि ब्रिटिश मेडिकल जर्नल में 15 जुलाई, 2014 को छपा था।)

उपरोक्त परिणामों से यह स्पष्ट है कि जिनका प्री-डायबिटीज़ या फास्टिंग ग्लूकोज़ > 100mg/dl हो - जो ए.डी.ए. के निदान की कसौटी माना गया है - एक साजिश है, जिससे ज्यादा-से-ज्यादा लोग बीमार माने जाएं। जिससे उनका एण्टी-डायबिटीज़ इलाज किया जा सके!

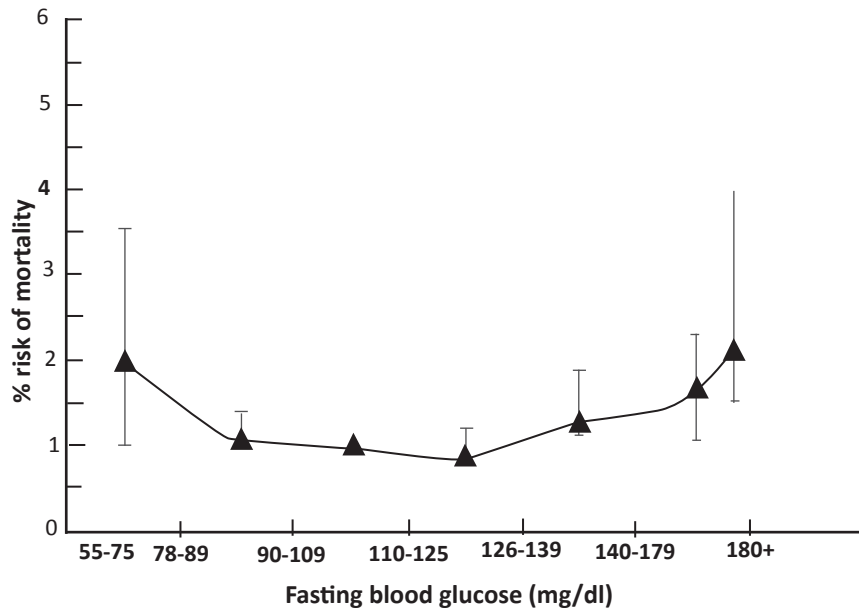
तो क्या इसका अर्थ है कि जिनका फास्टिंग शुगर लेवल 100mg/dl से कम हो, वह पूरी तरह सुरक्षित और स्वस्थ हैं? नहीं, बिलकुल नहीं।

“फास्टिंग ब्लड शुगर का लेवल बहुत अधिक तथा बहुत नीचे रहने के बाद भी मृत्युदर केवल 2 प्रतिशत है।”

यह देखा गया है कि पहले 2 दशकों में, कई बड़े पैमाने पर किए गए ट्रायलों के माध्यम से, कि जिनका फास्टिंग ग्लूकोज़ कम हो (<100 mg/dl) उनको हृदय संबंधी बीमारियों का खतरा ज्यादा होता है वजाय उनके जिनका फास्टिंग ग्लूकोज़ ज्यादा बढ़ा हुआ (>100 mg/dl) हो। यह डी.ई.सी.ओ.डी.ई. (डिकोड) स्टडी ( डायबिटीज़ एपीडेमियोलॉजी: कॉलैबोरेटिव एनालाइसिस ऑफ डायग्नोस्टिक क्राइटेरिया इन यूरोप) ग्रुप रिपोर्ट में स्पष्ट दिखाया गया है जो नीचे एक तालिका द्वारा स्पष्ट है:-

Center	No. of people studied	CVD (Normal Fasting Glucose) $\leq 100\text{mg/dl}$	CVD (Impaired Fasting Glucose) $\geq 100\text{mg/dl}$
<b>MEN</b>			
Monica Study- Finland	1813	4.1%	2.2%
Monica Study- Northern Sweden	923	0.9%	0.0%
Glostrup Study- Denmark	373	17.9%	10.3%
Pol Monica Study - Poland	133	7.5%	0.0%
<b>WOMEN</b>			
Monica Study- Northern Sweden	1027	0.1%	0.0%
Cremona Study- Italy	887	1.6%	0.0%
Pol Monica Study - Poland	171	0.6%	0.0%

फास्टिंग ब्लड ग्लूकोज के आधार पर गैर भरोसेमंद इलाज का 36386 ताइवानी सरकारी कर्मचारियों और स्कूली शिक्षकों पर लगभग 11 वर्षों तक किया गया अध्ययन यह बताता है कि लो फास्टिंग ग्लूकोज और बहुत अधिक फास्टिंग ब्लड शुगर से मरने वालों की संख्या लगभग बराबर है। इसे ग्राफ में भी देखा जा सकता है।



ग्राफ में दर्शाया गया है कि लगभग 2 प्रतिशत मृत्युदर का खतरा बढ़ा जो बहुत कम है, जबकि बहुत अधिक फास्टिंग ब्लड शुगर या किसी अन्य फास्टिंग ब्लड शुगर का लेवल अभी भी 1 प्रतिशत है। इसलिए फास्टिंग ब्लड शुगर के आधार पर निदान भरोसेमंद नहीं है, यही बात डायबेटिक मरीजों का पीमा के वास्तविक अध्ययन में भी दर्शाया गया है - The Lancet, November 15, 1980.

एक से ग्लाइसेमिक कंट्रोल वाले दो लोगों में HbA1c रेड ब्लड सैल्स ( आर.बी.सी. ) के स्पैन पर निर्भर रह सकता है, जो उनमें हो। यह माना गया है कि आर.बी.सी. लाइफ स्पैन एक संकरी सीमा में हेमाटोलॉजी सामान्य व्यक्तियों में रहता है, अतः HbA1c<sup>6,7</sup> पर इसका कोई स्पष्ट प्रभाव नहीं पड़ता, पर नॉर्मल आर. बी.सी. लाइफ स्पैन की वाइड रेन्ज ऑफ वैल्यूज़ की रिपोर्ट दी गई है।

**ब्लड 2008** में छपे एक अध्ययन में अमेरिकन सोसायटी ऑफ हेमाटोलॉजी ने यह दिखाया था कि आर. बी.सी. उम्र का औसत मान 38.4 से 59.5 दिनों के बीच सामान्य हेमाटोलॉजी व्यक्तियों में रहता है। हम 3 रोगियों पर विचार करते हैं, जिनका ग्लूकोज़ कंट्रोल तो एक-सा रहता है, पर आर.बी.सी. उम्र अलग रहती हैं। तो HbA1c भी इसी अनुसार प्रमुख परिवर्तन से गुजरेगी, जैसा नीचे दिखाया गया है:-

	रोगी 'अ'	रोगी 'ब'	रोगी 'स'
आर.बी.सी. सैल एज	38.4 दिन	47.9 दिन	59.5 दिन
HbA1c	7.5%	8.6%	9.9%



ऊपर दिए गए उदाहरणों के आधार पर यह निष्कर्ष निकाला जा सकता है कि डायबिटीज के निदान में HbA1c वैल्यू का प्रयोग नहीं होना चाहिए। इसको तो मात्र एक अतिब्लिड प्राचल के रूप में किसी व्यक्ति के लिए कुछ निश्चित महीनों की अवधि में तुलनात्मक ग्लाइसैमिक कंट्रोल के रूप में ही प्रयुक्त किया जाना चाहिए - जैसा कि अमेरिकन डायबिटीज़ एसोसिएशन की एक्सपर्ट कमिटी के 'फॉलो अप' रिपोर्ट में दिया गया है। (यह रिपोर्ट डायबिटीज़ केयर वॉल्यूम 26, नवम्बर 2003 में छपी थी)

अर्थात् यह समझें कि जितने ज्यादा लोग डायबिटीज़ के रोगियों के रूप में पहचाने जाएंगे, उतना ही मेडिकल उद्योग का व्यापार बढ़ेगा, जिसे कई संदिग्ध निदान प्राचलों के प्रचार के द्वारा कुख्यात रूप से हासिल किया जा रहा है - यानी फास्टिंग ग्लूकोज़ एवं HbA1c के पैरामीटरों (प्राचलों द्वारा) या पोस्ट पैरेन्डियल ग्लूकोज़ की मात्रा घटाने के द्वारा, पर स्वस्थ व्यक्तियों को डायबिटीज़ के रोगी बनाकर उम्र-भर उन्हें दवाइयों पर निर्भर कर देने के धंधे को, जो निदान के तरीकों में मनचाहे परिवर्तन लाए जा रहे हैं, उसमें कई शांति तरीकों का इस्तेमाल किया

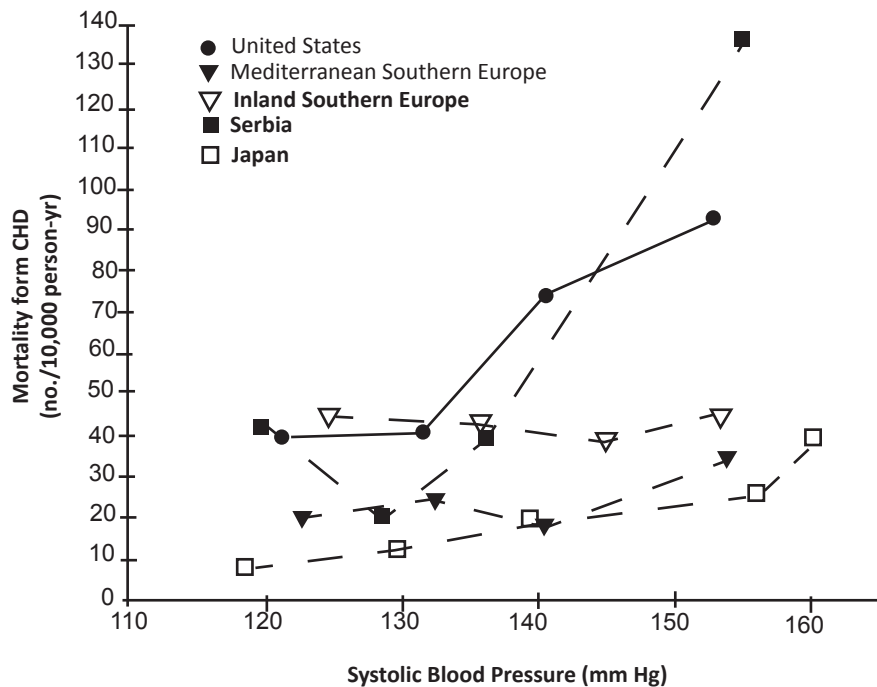
“ एक सामान्य निरोगी व्यक्ति में रेड ब्लड सेल्स की औसत उम्र 38.4 से 59.5 दिन है। ”

जाता है। उनमें से एक है, जिसे मैं 'हाइपरटेंशन होक्स' कहता हूँ।

### हाइपरटेंशन स्टैण्डर्ड

1993 के पूर्व ( JNC - 4 तक )	160/100
1993 से आगे ( JNC-5 )	140/90
अब ( ड्रग इन्डस्ट्री )	120/80
आगे के कुछ महीनों में	115/75

जब आप हाई ब्लडप्रेसर के डायग्नोस्टिक थ्रैशोल्ड के इतिहास को देखें तो आप आसानी से समझ जाएंगे कि हर व्यक्ति को एक रोगी बनाने का मेडिकल उद्योग की मंशा है। यह जानने के लिए कि ऊपर दिए गए आंकड़ों में ब्लड प्रेशर के निदान के लिए सच्चा आंकड़ा क्या है, आपको औषधि-विज्ञान की तरफ आना पड़ेगा यानी कोक्रेन कोलैबोरेशन-2013 मेटा-एनालिसिस की तरफ ( जो दवाई उद्योग से अप्रभावित एवं पक्षपात रहित थी )। उसके अनुसार 160/100mm Hg ब्लड प्रेशर का लक्ष्य होना चाहिए, जिसके ऊपर दवाइयों का प्रयोग वांछित होगा। आमतौर पर यह समझा जाता है कि जितना ब्लड प्रेशर कम रहेगा, उतनी ही सेहत सही रहेगी, पर स्वास्थ्य और ब्लड प्रेशर में इतना सीधा रेखीय सम्बन्ध है नहीं, जैसा कि



**Figure: Mortality Due to Coronary Heart Disease per Quartile of Usual Systolic Blood Pressure.**  
 Values shown are 25-year rates of death due to coronary heart disease (CHD), adjusted for age, serum systolic blood pressure varied greatly among the populations.

क्लीनिकली दि सेवेन कन्ट्री रिसर्च ग्रुप ( न्यू इंग्लैण्ड जर्नल ऑफ मेडिसिन, जनवरी 2000 ) ने दिखाया था। इस अध्ययन में 12,031 लोगों पर 25 वर्ष तक निगाह रखी गई ब्लड प्रेशर के प्रभाव से होने वाले मृत्युदर पर। इसका निष्कर्ष पिछले पृष्ठ पर ग्राफ में दिखाया गया है।

पिछले पृष्ठ पर दिए गए ग्राफ से स्पष्ट मालूम पड़ता है:

1. सर्बिया : ब्लड प्रेशर बढ़ने से मृत्युदर में गिरावट आई उसके बाद जब ब्लड प्रेशर बढ़ा तो मृत्युदर भी बढ़ गया।
2. मेडीटरोनियम दक्षिणी यूरोप : ब्लड प्रेशर बढ़ने के साथ मृत्युदर भी बढ़ी, पर बाद में ब्लड प्रेशर बढ़ने से यह घटने लगी।
3. जापान : मृत्युदर ब्लड प्रेशर के साथ लगातार बढ़ती रही।
4. यू.एस.ए. : यहां मृत्युदर 120 पर उतनी ही रही, जितना जापान में 160 सिस्टॉलिक ब्लड प्रेशर पर थी।
5. इनलैण्ड दक्षिणी यूरोप : यदि सिस्टॉलिक ब्लड प्रेशर 148 रहे, तो मृत्यु दर सबसे कम रहती है।

ऊपर विभिन्न भौगोलिक क्षेत्रों में आंकड़ों में फर्क और कोक्रेन-2013 मेटा-एनालाइसिस आश्वस्तिपूर्वक इंगित करती है कि जिन लोगों का ब्लड प्रेशर 120/80mg Hg रहता है, उन्हें यदि दवाइयां दी जाएंगी तो उन्हें ज्यादा नुकसान ही होगा, फायदा नहीं। इसके अलावा, कई बड़े पैमाने पर किए गए रैंडोमाइज़्ड

कंट्रोल ट्रायलों ने यह सिद्ध कर दिया है ( देखें आगे का पेज ) कि ऐसे लोगों को यदि एण्टी हाईपरटेन्सिव ड्रग्स खिलाई जाएंगी तो उन्हें डायबिटीज़ हो जाएगी।

बिना किसी आश्चर्य के हम यह भी कह सकते हैं कि इसका उलट भी उतना ही सत्य है - यानी जिन लोगों को एण्टी डायबिटीज़ की दवाइयां दी जाएंगी, वे हाई ब्लडप्रेसर से पीड़ित हो जाएंगे। यही निष्कर्ष था डायबिटीज़ प्रिवेंशन प्रोग्राम रिसर्च ग्रुप का जिन्होंने 3,234 लोगों पर औसतन 3.2 वर्षों तक निगाह रखी। इसकी पूरी रिपोर्ट डायबिटीज़ केयर, अप्रैल 2005 में छपी थी।

इसका अर्थ यह हुआ कि यदि आप इन दोनों में से किसी एक साजिश का शिकार हुए ( डायबिटीज़ या हाइपरटेंशन के ) तो अधिक संभावना है कि आप दूसरे के भी शिकार हो ही जाएंगे अर्थात् यदि आप हाई ब्लडप्रेसर के रोगी हैं और एण्टी ब्लड प्रेशर दवाइयां ले रहे हैं, तो संभावना है कि अगले तीन वर्षों में आपको डायबिटीज़ भी हो जाएगी और यदि आप डायबिटीज़ के रोगी हैं और डायबिटीज़ दूर करने की दवाएं खा रहे हैं, तो अगले तीन वर्षों में आपको हाई ब्लडप्रेसर की शिकायत भी हो जाएगी। यह इस बात से भी सिद्ध होता है कि आज 73% डायबिटीज़ के रोगी ब्लड प्रेशर घटाने की दवाएं भी लेते रहते हैं।

अतः यह कहना कि डायबिटीज़ का कंट्रोल या समाप्ति एण्टी डायबिटीज़ ड्रग्स से हृदय संबंधी खतरों के घटकों को कम किया जाता है, तर्क सम्मत नहीं है, क्योंकि वही दवाई, जिससे हाइपरटेंशन होता है स्वयं ही हृदय संबंधी बीमारियों को पैदा करने का एक स्वतंत्र घटक है।

Trial	Year	Primary treatment	Increase in new onset diabetes by primary treatment
SHEP	1985 - 1990	Placebo	5% ↓
CAPPP	1992-1998	Thiazide diuretic/BB	3% ↑
HOPE	2000	Placebo± BB/Thiazide diuretic	52% ↑
INSIGHT	2000	Thiazide diuretic	43% ↑
LIFE	1995-2001	BB±Thiazide diuretic	32% ↑
ALLHAT	1994-2002	Thiazide diuretic	16%/30% ↑
INVEST	1995-1996	Placebo± BB/Thiazide diuretic	52% ↑
INSIGHT	1997-2003	BB±Thiazide diuretic	17% ↑
CHARM	1999-2001	Placebo± BB/Thiazide diuretic	17% ↑
VALUE	1997-2004	DHP-CCB	25%
ASCOT	1998-2005	BB±Thiazide diuretic	32% ↑

**Major Trails showing treating with anti-hypertensive drugs leads to Diabetes**

वस्तुतः पूरी स्थिति को और ज्यादा खराब करने के लिए इसका एक तृतीय आयाम भी है। जैसा कि प्रथम अध्याय में स्पष्ट कर दिया गया है, हृदय संबंधी स्वास्थ्य प्रतिफल पर कोलेस्ट्रॉल स्तर का कोई प्रभाव नहीं पड़ता।

वस्तुतः कोलेस्ट्रॉल की कथा 1953 में शुरू हुई, जब यूनिवर्सिटी ऑफ मिनेसोटा के शोधकर्त्ताओं ने जानबूझकर यह सिद्ध किया कि हाई कोलेस्ट्रॉल में सी.वी.डी. मृत्युदर बढ़ती है एक ग्राफ के माध्यम से, जो आगे दिया गया है।

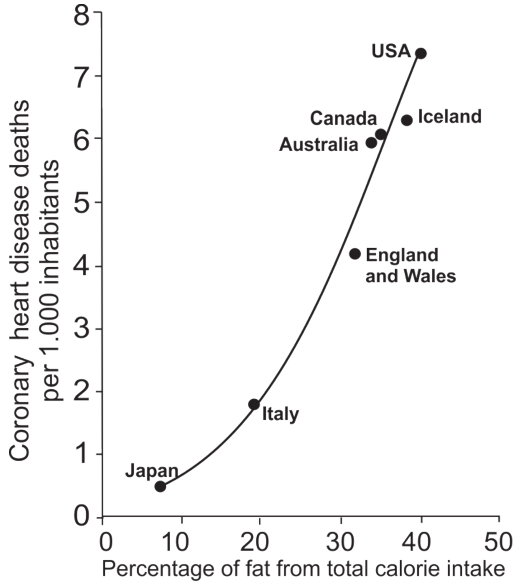
ग्राफ 'A' स्पष्ट दिखाता है कि ज्यादा फैट इन टेक का सीधा संबंध सी.वी.डी. के कारण उच्च मृत्यु दर से जुड़ा है।

बाद में अन्वेषण से यह मालूम पड़ा कि मिनेसोटा यूनिवर्सिटी में मूलतः 22 देशों का डाटा (आंकड़े) ही प्रयुक्त हुए थे, जब अध्ययन की शुरुआत हुई थी [ देखें ग्राफ बी ]

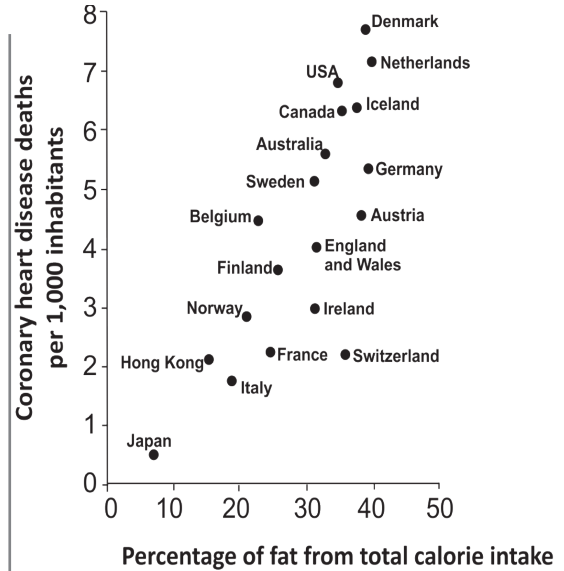
पर अपनी सुविधानुसार सात देशों का चुनाव किया गया था, जो उनके विचार के अनुकूल थे यह सिद्ध करने को कि हाई कोलेस्ट्रॉल हृदय रोग

“ अमेरिका में 120 mmHg के स्तर पर होने वाली मृत्युदर जापान में 160 mmHg पर होने वाले ब्लड प्रेशर के बराबर है। ”

देता है। यही 'दि लैन्सेट 2002' में छपा था।



Graph- A



Graph- B



चूंकि सारे औषधि-विज्ञान के अध्ययन हाई कोलेस्ट्रॉल थ्योरी का समर्थन नहीं करते, इसलिए स्टैटिन का नियमित प्रीस्क्रिप्शन औषधि-विज्ञान पर कोलेस्ट्रॉल उद्योग की विजय दर्शाता है। यह तो अब स्वयं-सिद्ध परिणाम है कि किसी एक के लिए कोई एक दवाई ( हाई कोलेस्ट्रॉल/ हाई ब्लडप्रेसर/ डायबिटीज़ ) किसी व्यक्ति का स्वास्थ्य ऐसा कर देगी कि उसे बाकी दोनों के उपचार के लिए दवाइयां लेनी ही पड़ेंगी। नीचे दी गई तालिका यह साजिश दिखाती है कि हाई कोलेस्ट्रॉल-हाइपरटेंशन-डायबिटीज़ थ्योरी को जीवित रखने के लिए कितनी जबरदस्त वैश्विक साजिश है।

“डायबिटीज़ की दवा लेने वाले लोगों में हाई ब्लड प्रेशर की समस्या भी विकसित हो जाती है।”

वर्ष	कंपनी	फाइन ( जुर्माना )	नियमोल्लंघन	जो नियम भंग हुए ( यदि लागू होते हैं )
2001	टी.ए.पी. फार्मास्युटिकल प्रोडक्ट्स	\$ 875 मिलियन	मेडिकेयर फ्रॉड/ किकबैक्स	फॉल्स क्लेम्स एक्ट/ प्रीस्क्रिप्शन ड्रग मार्केटिंग एक्ट
2002	शेरिंग प्लॉग	\$ 500 मिलियन	पुअर मैनुफैक्चरिंग प्राैक्टिसेज	एफ.डी.ए. करेन्ट गुड मैनुफैक्चरिंग प्राैक्टिसेज
2003	एस्ट्राजेनेका	\$ 355 मिलियन	मेडिकेयर फ्रॉड	प्रीस्क्रिप्शन ड्रग मार्केटिंग एक्ट
2004	फाइज़र	\$ 430 मिलियन	ऑफ लेबिल प्रमोशन	फॉल्स क्लेम्स एक्ट/एफ.डी.सी.ए.
2004	शेरिंग प्लॉग	\$ 345 मिलियन	मेडिकेयर फ्रॉड/किकबैक्स	फॉल्स क्लेम्स एक्ट/एण्टी किकबैक्स स्टेट्यूट
2005	सेरोनो प्लॉग	\$ 704 मिलियन	ऑफ-लेबिल प्रमोशन/ किकबैक्स/मोनोपोली प्राैक्टिसेज	फॉल्स क्लेम्स एक्ट
2006	शेरिंग प्लॉग	\$ 435 मिलियन	ऑफ लेबिल प्रमोशन किकबैक्स/मेडिकेयर फ्रॉड	फॉल्स क्लेम्स/एफ.डी.सी.ए.

वर्ष	कंपनी	फाइन ( जुर्माना )	नियमोल्लंघन	जो नियम भंग हुए ( यदि लागू होते हैं )
2007	ब्रिस्टल-मेयर्स स्किव्व	\$ 515 मिलियन	ऑफ लेबिल प्रमोशन किकबैक्स मेडिकेयर फ्रॉड	फॉल्स क्लेम्स एक्ट/एफ.डी. सी.ए.
2007	परड्यू फार्मा	\$ 601 मिलियन	ऑफ लेबिल प्रमोशन	फॉल्स क्लेम्स एक्ट
2008	सेफालोन	\$ 425 मिलियन	ऑफ लेबिल प्रमोशन	फॉल्स क्लेम्स एक्ट
2008	मर्क	\$ 650 मिलियन	मेडिकेयर फ्रॉड/किकबैक्स	फॉल्स क्लेम्स एक्ट/ एण्टी किकबैक स्टेट्यूट
2009	इली लिली	\$ 1.4 बिलियन	ऑफ लेबिल प्रमोशन	फॉल्स क्लेम्स एक्ट/एफ.डी. सी.ए.
2009	फाइज़र	\$ 2.3 बिलियन	ऑफ लेबिल प्रमोशन/ किकबैक्स	फॉल्स क्लेम्स एक्ट/एफ.डी. सी.ए.
2010	एलर्गन	\$ 600 मिलियन	ऑफ लेबिल प्रमोशन	फॉल्स क्लेम्स एक्ट/एफ.डी. सी.ए.

वर्ष	कंपनी	फाइन ( जुर्माना )	नियमोल्लंघन	जो नियम भंग हुए ( यदि लागू होते हैं )
2010	एस्ट्राजेनेका	\$ 520 मिलियन	ऑफ लेबिल प्रमोशन/ किकबैक्स	फॉल्स क्लेमस एक्ट/एफ.डी. सी.ए.
2010	ग्लैक्सोस्मिथ क्लाइन	\$ 750 मिलियन	पुअर मैन्यूफैक्चरिंग प्रैक्टिसेज	फॉल्स क्लेमस एक्ट/एफ.डी. सी.ए.
2010	नोवार्टिस	\$ 423 मिलियन	ऑफ लेबिल प्रमोशन्स/ किकनैक्स	फॉल्स क्लेमस एक्ट/एफ.डी. सी.ए.
2012	एब्बट लैबोरेटरीज़	\$ 1.5 बिलियन	ऑफ लेबिल प्रमोशन	फॉल्स क्लेमस एक्ट/एफ.डी. सी.ए.
2012	एमगैन	\$ 762 मिलियन	ऑफ लेबिल प्रमोशन/ किकबैक्स	फॉल्स क्लेमस एक्ट/एफ.डी. सी.ए.
2012	ग्लैक्सोस्मिथ क्लाइन	\$ 3 बिलियन (\$ 1 B क्रिमिनल, \$ 2 B सिविल )	क्रिमिनल: ऑफ लेबिल प्रमोशन; फेल्योर टू डिस्क्लोज़ सेफ्टी डाटा	फॉल्स क्लेमस एक्ट/एफ.डी. सी.ए.

वर्ष	कंपनी	फाइन ( जुर्माना )	नियमोल्लंघन	जो नियम भंग हुए ( यदि लागू होते हैं )
2012	ग्लैक्सोस्मिथ क्लाइन	\$ 3 बिलियन ( \$ 1 B क्रिमिनल \$ 2 B सिविल )	सिविल: पेइंग किकबैक्स टू फिजीशियन्स, मेकिंग फॉल्स एण्ड मिसलीडिंग स्टेटमेन्ट्स कन्सर्निंग दि सेफ्टी ऑफ एवैण्डिआ, रिपोर्टिंग फॉल्स बेस्ट प्राइजेस एण्ड अण्डरपेइंग रिबेट्स ऑड अण्डर दि मेडिकेड ड्रग रिबेट प्रोग्राम	फॉल्स क्लेम्स एक्ट/एफ.डी. सी.ए.
2013	जॉन्सन एण्ड जॉन्सन	\$ 2.2 बिलियन	ऑफ लेबिल प्रोमोशन/ किकबैक्स	फॉल्स क्लेम्स एक्ट/एफ.डी. सी.ए.

कंपनीज़ कन्विकटेड बाई वेरियस कोर्ट्स एण्ड दि फाइन एमाउन्ट फॉर वेरियस -  
हाई कोलेस्ट्रॉल-हाइपरटेन्शन-डायबिटीज़ रिलेटेड फ्रॉड

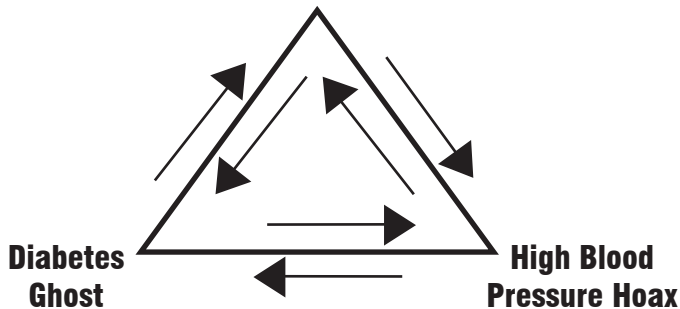
यदि डायबिटीज़ रोगियों की खुराक में कोलेस्ट्रॉल घटाने वाली दवाइयां मिला दी जाएं तो वह निश्चित प्राणघातक सिद्ध होंगी, जैसा कि एक प्रोस्पेक्टिव स्टडी में दिखाया गया है। 1255 टाइप-2 के डायबिटीज़ रोगियों के मामले में। इस अध्ययन के निष्कर्ष नीचे दी गई तालिका में स्पष्ट किए गए हैं।

1. स्ट्रोक का खतरा दुगना हो जाता है इस समूह के रोगियों में, बनिस्पत प्लेसीबो ग्रुप के, यदि उनको स्टैटिन दवा दी जाती है।
2. स्टैटिन ग्रुप में तो इश्चेमिया का खतरा तिगुना बढ़ जाता है।
3. प्राणघातक मायोकार्डियल इन्फॉर्कशन में नामालूम-सी कमी आती है स्टैटिन ग्रुप में।

S.No.	रेट्स ऑफ प्राइमरी एण्ड सैकेण्डरी एण्ड पॉइन्ट्स	प्लेसबो ग्रुप	स्टैटिन ग्रुप
1.	फैटल ( प्राणघातक ) स्ट्रोक	2%	4%
2.	इश्चेमिया	1%	3%
3.	फैटल ( प्राणघातक ) मायोकार्डियल इन्फॉर्कशन	5%	4%

रूपकात्मक रूप से मैं तो इसे “मौत का त्रिभुज” कहता हूँ।

### Cholesterol Hypothesis



कोई भी व्यक्ति यदि इनमें से एक की भी दवा खाएगा तो स्वतः उसको बाकी दोनों बीमारियां भी हो जाएंगी। और किसी भी स्वस्थ व्यक्ति को फंसाने के लिए - जो इन तीनों में से किसी का भी रोगी हो - निदान के प्राचलों को कम कर दिया जाता है [ यह तो आप भी समझते ही होंगे ]। वर्तमान स्थिति में तो मानव जगत के अस्तित्व के लिए आधुनिक चिकित्सा उद्योग सबसे बड़ा खतरा है।

“मानव भोजन हाथी को मत खिलाइये, नहीं तो हाथी बीमार पड़ जायेंगे।”

बतौर जागरूक एवं सतर्क नागरिक के यह हमारी जिम्मेदारी है कि इन आधुनिक दवाइयों की दासता को समाप्त किया जाए। और यह मेरा विश्वास है कि यदि हम लोग समवेत प्रयास करें तो एक बार फिर से इन आधुनिक दवाइयों की दासता से मुक्त हो सकते हैं। यह वाकई में मानवता की विजय होगी।

## संदर्भ:

1. दि श्रैशोल्ड फॉर डायग्नोसिंग इम्पेयर्ड फास्टिंग ग्लूकोज़ : ए पोज़ीशन स्टेटमेन्ट बाई दि योरोपियन डायबिटीज़ एपीडेमीओलोजी ग्रुप : **डायबेटोलॉजिया मार्च 2001**
2. जस्टिफिकेशन फॉर दी यूज़ ऑफ स्टैटिन इन प्राईमरी प्रिवेन्शन : एन इन्टरवेन्शन ट्रायल इवैल्यूएटिंग रोसूवास्टैटिन ट्रायल - **जुपिटर 2006**
3. एण्टी डायबेटिक ड्रग टॉप्स इण्डियाज़ फार्मा सेल्स ( ए.आई.ओ.सी.डी., ए.डब्ल्यू.ए.सी.एस. फार्मास्यूटिकल मार्केट रिसर्च **जून 2014** )
4. इन्क्र्रीज़्ड मोर्टैलिटी रिस्क ऑफ प्री-डायबिटीज़ ( इम्पेयर्ड फास्टिंग ग्लूकोज़ ) इन ताइवान। **डायबिटीज़ केयर - नवम्बर 2005**
5. नेशनल इंस्टीट्यूट ऑफ आर्थराइटिस, मेटाबॉलिज़्म एण्ड डाइजेस्टिव डिज़ीज़, ऐरिज़ोना



6. रोहलफिंग सी, वीडमेयर एच.एम., लिटिल आर, एट एल. बायोलॉजिकल वैरिेशन ऑफ ग्लाइकोहीमोग्लोबिन क्लिनिकल केमिस्ट्री - 2002
7. नाथन डी.एम., सिंगर डी.ई., ह्यूरुक्सथॉल के, गुडसन जे.डी., दि क्लीनिकल इन्फोर्मेशन वैल्यू ऑफ दि ग्लाइकोजीलेटेड हीमोग्लोबिन ऐस्य। न्यू इंग्लैण्ड जर्नल ऑफ मेडीसिन - 1984
8. बर्लिन एन. आई, वाल्डमैन टी.ए., वीज़मैन एस.एम. लाइफ स्पैन ऑफ रेड ब्लड सैल। फिजियोलॉजिकल रिव्यू - 1959
9. स्ट्रोकी ए., स्वार्टज़ एस., एलैफसन एम., एट एल। ए सिम्पल कार्बनमोनोऑक्साइड ब्रेथ टेस्ट टू एस्टीमेट एरिथ्रोकाईट टर्नओवर। जर्नल ऑफ लैबोरेटरी एण्ड क्लिनिकल मेडीसिन 1992

“73% डायबिटीज रोगी एण्टी हाईपरटेंशन की दवा भी लेते हैं।”

## समाधान

कोई समाधान नहीं!

यह बात प्रायः आपने अपने डॉक्टरों से सुनी होगी। आपको यह भी बताया है कि डायबिटीज़ तो एक आजन्म कारावास की सजा समान है, क्योंकि इससे मुक्ति तो संभव ही नहीं। हां, दवाइयों से इसको कंट्रोल में जरूर रखा जा सकता है और ज्यादा बिगड़ने से बचाया भी जा सकता है, यदि समय रहते भेदक दवाइयां या इन्सुलिन थेरेपी पर रखा जाए, पर सत्य इसके विपरीत है। 'डायबिटीज़ का पूरी तरह खात्मा हो सकता है।' एक बड़े और जाने-पहचाने अध्ययन - यू.के. प्रोस्पेक्टिव डायबिटीज़ स्टडी-7 में यह दिखाया गया है कि कैसे 2,597 डायबिटीज़ रोगियों में 50% से अधिक मात्र अपनी खुराक में परिवर्तन से इस रोग से त्राण पा सके थे।

वस्तुतः कई ऐसे संबंधित अध्ययन व रिपोर्ट्स हैं, जो विभिन्न Medical Journals में छपती रही हैं। उनमें से कुछ नीचे उद्धृत की गई हैं:

1. बच्चों व किशोरों में टाइप-2 डायबिटीज़: अमेरिकन डायबिटीज़ एसोसिएशन, पैडियाट्रिक्स 2000.

2. अम्पायरेज़ जी.ई., वू डब्ल्यू., हैगोपालन डब्ल्यू.ए., इज़ाक एस.डी., पाल्मर जे.पी., गौर एल.के., नेपॉम जी.टी./क्लार्क डब्ल्यू.एस., मिक्सोन्प्स, किताब्ची ए.ई.; इम्यूनोजेनेटिक एनालाइसिस ने विभिन्न पैथोजेनेसिस का सुझाव दिया था, मोटे लोगों और दुबले-पतले अफ्रीकन-अमेरिकनों के लिए, जो डायबेटिक कीटो एसिडोसिस के शिकार होते हैं। यह डायबिटीज़ केयर 1999 में छपा था।
3. अम्पायरेज़ जी.ई., कैसल्स एम.एम., गेभार्ट एस.पी., मिक्सन पी.एस., क्लार्क डब्ल्यू.एस., फिलिप्स एल.एस.; डायबिटिक कीटो एसिडोसिस इन अफ्रीकन-अमेरिकन्स डायबेटिक 1995.
4. मॉवाइसडार्विस एफ., सोबग्वी ई., पोर्चर आर., यूफीवेलाइन - केवोर्कियन जे.पी., वैसे सी., चार-पेन्टियर जी., यूइलास्यू पी.जे., वेक्सऑ पी., गौटियर जे.एफ., कीटोसिस-प्रोन टाइप-2 डायबिटीज़ इन पेशेन्ट्स ऑफ सब सहारन अफ्रीकन ओरिजिन; क्लिनिकल पैथोफिजियोलॉजी एण्ड नैचुरल हिस्ट्री ऑफ B - सैल डिस्फंक्शन एण्ड इन्सुलिन रेसिस्टेंस, डायबिटीज़ 2004.

“यू.के. प्रोस्पेक्टिव डायबिटीज़ स्टडी-7 - में यह दिखाया गया है कि कैसे 2,597 डायबिटीज़ रोगियों में 50% से अधिक अपनी रूराक में परिवर्तन से इस रोग से मुक्ति पा सके थे।”

5. अम्पायरेज जी.ई., स्माइली डी., किताबची ए.ई.; नैरेटिव रिव्यू; कीटोसिस-प्रोन टाइप-2 डायबिटीज मैलीटस। एनन इन्टर्न मेड 2006.
6. अम्पायरेज जी.ई., क्लार्क डब्ल्यू.एस., स्टीन एम.टी.; सल्फोनाइल्यूरिया ट्रीटमेन्ट प्रिवेन्ट्स रिकरेन्स ऑफ हाइपरग्लाइसीमिया इन ओबेस अफ्रीकन-अमेरिकन पेशेन्ट्स विद ए हिस्ट्री ऑफ हाइपरग्लाइसीमिक क्राइसिस डायबिटीज केयर - 1997.
7. बैनर्जी एम.ए., चाइकेन आर.एल. लेबोवित्ज एच. ई. : लॉन्ग-टर्म नार्मोग्लाइसिमिक रिमिशन इन ब्लैक न्यूली डायग्नोस्ड एन.आई.डी.डी.एम. सबजेक्ट्स। डायबिटीज 1996.
8. मैल्डोनैडो एम., हैम्पे सी.आई.एस., गौर एल.के. एस., आयर डी. हैमरले आई-पी, बोल्लियानो डी., रोडाईगुएज एल., राजन ए., लेमार्का, बाला-सुब्रमण्यम ए: कीटोसिस-प्रोन डायबिटीज; डिसेक्शन ऑफ ए हैट्रोजेनस सिन्ड्रोम यूजिंग एन इम्यूनोजेनेटिक एण्ड बीटा-सैल फंक्शनल क्लासीफिकेशन, प्रोस्पेक्टिव एनालाइसिस एण्ड क्लीनिकल आउटकम्स। जे क्लिन एनडोक्रीनोल मेटैब 2003.
9. सोब्लग्वी ई., मौवाइस - जार्विस एफ., वैक्सआउ पी., मबन्या जे.सी., गॉटिअर इफ; डायबिटीज इन अफ्रीकन्स, कैन्स, पार्ट 2 : कीटोसिस प्रोन - एटिपोकल डायबिटीज मैलिटस, डायबिटीज मेटैब 2002.

10. सोबग्वी ई, वैक्सिआउ पी., लेवी वी., लेपेज वी., एफ., ले ब्लैंक एच., मबन्या जेसी, गॉटिअर जे.एफ., मेटाबॉलिक एण्ड इम्यूनोजेनेटिक प्रिडिक्शन ऑफ लॉन्ग-टर्म इन्सुलिन रेमिशन इन अफ्रीकन पेशेन्ट्स विद ए टिपीकल डायबिटीज़। डायबेट मेड 2002.
11. बैनर्जी एम.ए., चायकेन आर.आई., हुए एच., टुओमी टी., नोरिन ए.जे., मैके आई.आर., रॉले एम.जे., जी मेट पी.जैड, लेवोविट्ज़ एच. ई.; जी.ए.डी. एण्टीबाँडी नेगेटिव एन.आई.डी.डी.एम. इन एडल्ट ब्लैक सब्जेक्ट्स विद डायबिटिक कीटोएसिडोसिस एण्ड इन्फ्रीज़्ड फ्रीक्वेंसी ऑफ ह्यूमन ल्यूकोसाइट एण्टीजेन डी.आर.3 एण्ड डी.आर.4; प्लैटबुश डायबिटीज़, डायबिटीज़ 1994.
12. किताबची ए.ई.; कीटोसिस प्रोन डायबिटीज़ ए-न्यू सबग्रुप ऑफ पेशेन्ट्स विथ ए टिपीकल टाइप-1 एण्ड टाइप-2 डायबिटीज़। जे क्लिन एन्डोक्रिनल मेटैब 2003.
13. बालासुब्रमण्यम ए., जर्न जे.डब्ल्यू. हाईमैन डी.जे., पावलिक वी.; न्यू प्रोफाइल्स ऑफ डायबिटिक कीटोएसिडोसिस टाइप-1 वसिस टाइप-2 डायबिटीज़ एण्ड दि इफैक्ट ऑफ एथिनिसिटी। आर्क इन्टर्न मेड 1999.

“ डायबिटीज़ के रिवर्सल साक्ष्य इतने शक्तिशाली रहे कि औषधि साहित्य (ज्यादा विवरण हेतु ऊपर संदर्भित रिपोर्ट देखें) ने उनका हवाला कई नामों से दिया है - इन्हें इडियोपैथिक डायबिटीज़, एटिपीकल डायबिटीज़, प्लैटबुश डायबिटीज़ के नाम से भी जाना जाता है।”

14. यामाडा के. नोनाका के.: डायबिटिक कीटोएसिडोसिस इन यंग ओबेस जापानीज़ मैन (लैटर); डायबिटीज़ क्योर 1996.
15. बाबासुब्रमण्यम ए., गारजा जी, रोड्रीक्वेज एल.वी.एन., हैम्पे सी.एस., गौर एल., लर्नमार्क ए., माल्डोनाडो एम.आर.: एक्यूरेसी एण्ड प्रिडिक्टिव वैल्यू ऑफ क्लासीफिकेशन स्कीम्स फॉर कीटोसिस-प्रोन डायबिटीज़। डायबिटीज़ केयर 2006.

डायबिटीज़ के रिवर्सल (ठीक हो जाने) के साक्ष्य इतने शक्तिशाली रहे कि औषधि साहित्य (ज्यादा विवरण हेतु ऊपर संदर्भित रिपोर्ट देखें) ने उनका हवाला कई नामों से दिया है - यथा **इंडियोपैथिक डायबिटीज़, एटिपीकल डायबिटीज़, फ्लैटबुश डायबिटीज़** और हाल में आई **कीटोन प्रोन टाइप-2 डायबिटीज़**।

ऊपर दिए गए रिवर्सल के सबूत पेश करने पर कुछ डॉक्टर हठपूर्वक तर्क कर सकते हैं कि किन्हीं खास मौकों पर यह सत्य साबित हुए हैं। पर डायबिटीज़ के मामले में रोगी को इन्सुलिन पर सारी जिन्दगी ही निर्भर रहना पड़ सकता है क्योंकि  $\beta$  - सैल तो खत्म हो चुके होते हैं। यहां भी, सत्य तो यह है कि ऑटो इम्यून डिजीज़ के नाम से जानी जाने वाली डायबिटीज़-1 का भी रिवर्सल किया जा सकता है (जैसा कि **डायबिटीज़ केयर वॉल्यूम**, 15 जनवरी 1991 में रिपोर्ट की गई है) **डायबिटीज़ रिसर्च इंस्टीट्यूट** (जर्मनी से) और बाद में इन रोगियों को टाइप-1 और और टाइप-1½ रोगी बताया जाता है जिसमें उन रोगियों को जो ताजिन्दगी दवाइयों पर निर्भर हैं और वे जो इससे पूरी तरह मुक्त हो सकते हैं, में कुछ फर्क पहचाना जा सके।

मेरे कई डायबिटीज़-1 के रोगी पूरी तरह इन्सुलिन से मुक्ति पा सके हैं। हाल के रोगी इण्डियन काउंसिल ऑफ मेडीकल रिसर्च के वरिष्ठ वैज्ञानिक डॉ. वी.पी. सिंह और उनके पुत्र मास्टर आदित्य सिंह (15 वर्ष), जो 6 महीनों से इन्सुलिन की 50 इकाइयां ले रहे थे, मात्र एक हफ्ते के खास हाई फ्रूट डाइट के माध्यम से डायबिटीज़ से मुक्त हो गए (हाई फ्रूट डाइट के बारे में इस अध्याय के अंत में बताऊंगा)।

यहां एक सहज प्रश्न यह उठ सकता है: जब इतने मजबूत साक्ष्य और सबूत उपलब्ध हैं, तब डॉक्टर अभी भी उल्टी बात ही क्यों कहते हैं कि डायबिटीज़ का पूरी तरह से इलाज नहीं है?

मेरी समझ के अनुसार तो इसके दो कारण हो सकते हैं:

1. ज्यादातर डॉक्टर बड़ी और मशहूर दवा कंपनियों से प्रभावित रहते हैं और कई ग्लैमरस कांफ्रेंसों में जाकर नई-नई औषधि-विज्ञानी जानकारी हासिल करते रहते हैं, जो इन्हीं कंपनियों द्वारा आयोजित की जाती हैं। ये सारे सम्मेलन पक्षपातपूर्ण एवं वाणिज्यिक मुनाफों को बढ़ाने वाली

“डायबिटीज़ केयर वोल्यूम, 15 जनवरी, 1991 के अनुसार डायबिटीज-1 का रिवर्सल किया जा सकता है।”

औषधीय प्रस्तुतियों से जुड़े रहते हैं, जिसमें कंपनी अपने उत्पाद का प्रचार करती है, क्योंकि वही कंपनी इस सम्मेलन की आयोजन कर्ता भी होती है।

(कृपया तीसरा अध्याय में देखें, जिसमें सारी बड़ी-बड़ी कंपनियों के खिलाफ कानूनी कार्यवाही करके जुर्माने व्यक्त किए गए हैं।)

अपनी बात को सिद्ध करने के लिए मैं आपसे एक प्रश्न पूछता हूँ: “कितना ब्लड प्रेशर होना चाहिए, जिससे ज्यादा होते ही दवाइयों द्वारा इसका उपचार शुरू कर दिया जाए?” मैं इस प्रश्न को 1000 से ज्यादा पब्लिक हेल्थ प्रोग्रामों में लोगों से पूछ चुका हूँ। पिछले 5 वर्षों में दस देशों के लगभग 100 शहरों में यह प्रश्न पूछा जा चुका है।

**मुझे उत्तर मिला - 120/80 mmHg**

सत्य यह है कि पहली बार जब मानव के ब्लड प्रेशर का मानक निकाला गया [ज्वाइंट नेशनल कमीशन 1977 में] तो यह 160/100mmHg था। इस स्तर तक दवा लेने की आवश्यकता नहीं थी। यही आंकड़ा जे.एन.सी.-4 (1988) तक मान्य रहा। लेकिन जे.एन.सी.-5 (1993) में इसको घटाकर 140/90mmHg निर्धारित किया गया, किन्तु 2013 में जब कोक्रेन कोलैबोरेशन की मेटा-एनालाइसिस छपी तो यह स्वीकार किया गया कि 160/100 mmHg ब्लड प्रेशर होने पर फायदा होने का कोई साक्ष्य नहीं मिलता। औषधि साहित्य में कहीं नहीं मिलता कि यदि 120/80mmHg प्रवेश द्वार हो तो दवा शुरू करना चाहिए। यह



एक गलत धारणा है, जो औषधि-उद्योग द्वारा इसलिए फैलाई जा रही है, जिससे स्वस्थ व्यक्ति भी बीमार बना दिए जाएं।

2. विभिन्न औषधि-विज्ञान पत्र-पत्रिकाओं में छपे तथ्यों को गलत रूप से व्याख्यायित करना- यह उन डॉक्टरों की करनी होती है, जो संपूर्ण मानव स्वास्थ्य का औषधिकरण करने में लगे हैं। हमें इस बात को पूरी गहराई से समझने के लिए यू.के.पी.डी.एस.-38 की रिपोर्ट का निष्कर्ष पढ़ना चाहिए।

ब्लड प्रेशर और टाइप-2 डायबिटीज़ के रोगियों के ब्लड प्रेशर कड़ाई से कंट्रोल, डॉक्टरी रूप से डायबिटीज़ के कारण मृत्यु दर को घटाकर अन्य जटिलताएं भी दूर करता है; डायबिटीज़ के कारण रेटिनाथैरेपी की वृद्धि को रोकता है और दृष्टि के नुक़िलेपन में गिरावट भी दूर करता है।

प्रथम दृष्टया तो यह कहना है कि हमें अपना ब्लड प्रेशर मानक ( 120/80 जो गलत समझ और डॉक्टरों के प्रचार से आम रूप से माना जाता है ) आंकड़े के निकटतम रखना चाहिए, पर यदि आप यू.के.पी.डी.एस. रिपोर्ट

“पहली बार जब मनुष्य के ब्लड प्रेशर का मानक निकाला गया (ज्वाइंट नेशनल कमिशन 1977 में) तब 160/100mmHg से ऊपर ब्लड प्रेशर होने पर दवा देने की जरूरत वाला समझा गया था।”

को आद्योपांत पढ़ें तो मालूम पड़ेगा कि कड़ाई से रखे जाने वाले ब्लड प्रेशर 150/85mmHg हैं और कम कंट्रोल की सीमा 200/105 & 180/105mmHg होनी चाहिए। ऐसा ही एक भ्रान्ति फॉस्टिंग ग्लूकोज़ के बारे में चलाई जा रही है। ज्यादातर डॉक्टर इसकी मात्रा यदि 100 mg/dl से बढ़ जाए तो डायबिटीज़ मानने लगते हैं, लेकिन किसी औषधि साहित्य में कोई ऐसी परिभाषा नहीं दी गई है कि यह डायबिटीज़ डायग्नोस्टिक पैरामीटर है। यह एक रेन्ज है ब्लड शुगर की, जो प्री-डायबिटिक स्थिति दिखाती है और इंगित करती है कि ऐसे लोगों को भविष्य में डायबिटीज़ हो सकती है। यह एक भ्रान्त धारणा है। वस्तुतः फास्टिंग ग्लूकोज़ के बारे में कई भ्रान्त धारणाएं व्याप्त हैं, क्योंकि 55 प्रतिशत<sup>1</sup> जनता में इससे ज्यादा ग्लूकोज़ फास्टिंग, जो पोस्ट पैरेन्डियल से ज्यादा पाया जाता है।

सुबह उठते ही ब्लड शुगर की बढ़ी हुई वैल्यू ( यानी लगभग 200mg/dl ) डॉन फिनोमिनन के कारण होती है, किसी ग्लूकोज़ मेटाबॉलिज़्म में खराबी या गड़बड़ी के मारे नहीं। यह समझ लें कि हमारा दिमाग ( जो तैयारी की पृष्ठभूमि निर्मित करता है ) एक संकेत देकर यकृत को ज्यादा ग्लूकोज़ देने को कह सकता है, जिससे आपको सुबह अपना काम करने की यथेष्ट ऊर्जा ( सुबह के नाश्ता करने तक ) प्राप्त हो सके।

आम धारणा के खिलाफ आगे के आधुनिक डॉक्टरों की 'फूड कॉम्बिनेशन साइंस' का बहुत निमित्त ज्ञान है। उन्हें नहीं मालूम कि इसकी अंतरक्रिया एक रोग को मुक्त करने की प्रक्रिया शुरू कर सकती है। ये डॉक्टर तो फार्माकोलॉजी में प्रशिक्षित किए जाते हैं, जो मानवता को फायदे के बजाए नुकसान

ही पहुंचाती है।

बतौर मेडिकल न्यूट्रीशनिस्ट (औषधीय पोषणवादी) मैं आपको बता सकता हूँ अपने अनुभव से कि यदि कोई रोगी सांस ले रहा है और भोजन कर सकता है, तो वह बड़ी-से-बड़ी और अंतिम स्थिति की बीमारी को भी फूड कॉम्बिनेशन साइंस के अनुसार भोजन व्यवस्थित कर ठीक कर सकता है। यद्यपि यह थोड़ी अविश्वसनीय प्रतीत हो सकती है, पर इसको मैं अपने रोगियों के उपचार में बार-बार सिद्ध कर चुका हूँ। यहां मैं एक घटना आपको बताना चाहता हूँ जो मेरे लिए बहुत खास है जिसमें मेरे रोल मॉडल डॉ. बी.एम. हेगड़े भी शामिल हैं। 32वीं सोशल साइंस कांग्रेस, जो मंगलौर विश्वविद्यालय में हुई थी (1 से 5 दिसम्बर, 2015) में मुझे एक मौका दिया गया यह सिद्ध करने को कि डायबिटीज़ को 72 घंटे में रिवर्स किया जा सकता है।

प्रोफेसर सोम शेखरन, जो स्वयं डायबिटीज़ के रोगी थे और इन्सुलिन की 36 यूनिट्स रोज़ लेते थे, ने मेरे 'सब्जेक्ट' बनने की रज़ामन्दी दे दी। फिर एक पांच सदस्यीय कमेटी बनाई गई, जिसके चेयरमैन डॉ. बी.एम. हेगड़े बनाए गए। उसमें अन्य प्रमुख सदस्य थे, सी.के. राजू ( जिन्होंने भारत को

“आधुनिक डॉक्टरों को 'फूड कॉम्बिनेशन साइंस' का बहुत निमित्त ज्ञान है। उन्हें नहीं मालूम कि इसकी अंतरक्रिया एक रोग को मुक्त करने की प्रक्रिया शुरू कर सकती है।”

पहला सुपर-कंप्यूटर दिया था) एवं प्रोफेसर आनन्द (जवाहरलाल यूनिवर्सिटी, नई दिल्ली के प्रसिद्ध प्रोफेसर)। सोम शेखरन ने स्वीकार किया कि वह 72 घंटे (3 दिन) तक मेरी बताई खुराक ही ग्रहण करेंगे। और सभी आश्चर्यचकित हो गए, जब उनको इन्सुलिन की जरूरत ही नहीं पड़ी और 72 घंटे में ब्लड शुगर का स्तर पूरी तरह सही व स्वस्थ व्यक्तित्व वाला रहा। यह सिर्फ मेरे द्वारा बताई खुराक लेने का ही कमाल था। तब से अब तक, जब यह किताब छपी, उन्हें कभी इन्सुलिन लेने की जरूरत ही नहीं पड़ी और उनका ब्लड शुगर का स्तर पूरी तरह सही व स्वस्थ रहा।

वैसे यह पूरा मामला '72 घंटे में डायबिटीज़ से मुक्ति' काफी जादुई लग सकता है। पर सच तो यह है कि सादा विज्ञान ही ऐसे चमत्कार दिखाता है। मेरे द्वारा बताई गई उनकी खुराक में कई तरह के फल एवं सब्जी से निर्मित पदार्थ थे (कोई डेयरी प्रॉडक्ट या अमीनो फूड नहीं था), पर मैं वह पहला आदमी नहीं था, जिसने यह चमत्कारिक प्रभाव दिखाया

## Indian Social Science Congress

(December 1-5, 2015)



डॉ. बी.एन. हेगड़े<sup>1</sup>, प्रो. आनन्द<sup>2</sup>, डॉ विश्वरूप रॉय चौधरी<sup>3</sup>, और प्रो. सी. के. राजू<sup>4</sup> (दाएं से)।

Organised by

Mangalore University

&

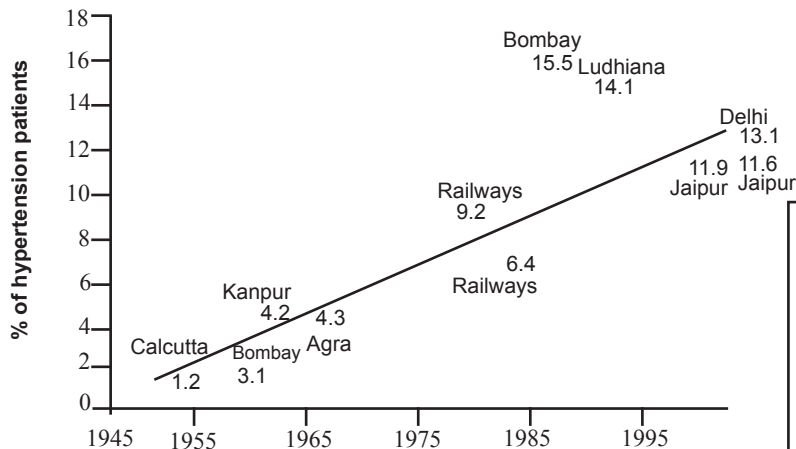
Indian Academy of Social Sciences

सब्जियों और फलों का! न यह पहली बार हुआ कि औषधि-विज्ञान ने यह चमत्कार देखा। पांच बार सर्जरी के नाकाम होने के बाद बिल क्लिंटन ने भी यही खुराक आधारित इलाज अपनाया और उसके बाद कभी उन्हें जीवन को खतरा देने वाली स्थितियां नहीं झेलनी पड़ीं। वह इस उल्लेखनीय इलाज का श्रेय डॉ. टी. कॉलिन कैम्पबेल एवं डॉ. कॉल्डबेल एसेलस्टाइन को देते हैं (मुझे भी एक दुर्लभ मौका प्राप्त हुआ था डॉ. कॉल्डबेल से प्रशिक्षित होने का)। ऐसा ही प्रभाव सेराजेवो के लोगों पर दिखा था, जब सेराजेवो में युद्ध (अप्रैल 1992 से फरवरी 1996) चल रहा था। इस समय वहां के लोगों को दूध, पशु आहार, रिफाइन्ड ऑयल, कुकिंग गैस उपलब्ध नहीं थी और उन्हें मात्र कच्ची सब्जी एवं फलों पर ही अपना जीवन-निर्वाह करने को मजबूर होना पड़ा था। परिणाम था वहां के नागरिकों की डायबिटीज़ और हृदय रोगों से निजात! इसके पूर्व वह शांतिकाल<sup>2</sup> में इन रोगों से बुरी तरह आक्रान्त रहते थे।

वस्तुतः अण्डमान एण्ड निकोबार द्वीपों में जारावास जनसंख्या, जापान में ओकिनावास और चीन में बामा में ऐसी जनता है जिन्हें कभी डायबिटीज़ या अन्य सम्बद्ध बीमारियां भुगतनी ही नहीं पड़ीं। दूसरी तरफ वे जनसंख्याएं, जो मानव-निर्मित भोजन/औद्योगिक भोजन/पैक्ड फूड

“सुबह उठते ही शुगर की बढ़ी हुई वैल्यू डॉन फिनोमेनन के कारण होती है, किसी ग्लूकोज मेटाबॉलिज्म में गड़बड़ी के कारण नहीं।”

पर निर्भर रहती हैं; उनमें इन बीमारियों का जोर लगातार बढ़ता ही जा रहा है, खासतौर पर पिछली एक शताब्दी में। नीचे दिए गए ग्राफ से यह बात समझ में अच्छी तरह आ सकती है कि इन बीमारियों और बढ़ते शहरीकरण में आपसी क्या सम्बन्ध हैं।



हाइपरटेंशन प्रिवलांस इन अर्बन इंडिया, हाइपरटेंशन डायग्नोसिस बेस्ड ऑन दि थ्रैसहोल्ड ऑफ 160/95 mmHg

**क्योर ( निरोग होने के ) के सुराग**

डायबिटीज़ से मुक्ति पाने के लिए आपको एक कॉमन उत्तर ढूंढना पड़ेगा, जो नीचे दिए गए तीन प्रश्नों को जोड़ेगा।

1. सेराजेवो युद्ध में क्यों दूसरे नागरिक डायबिटीज़ से मुक्ति पा गए?
2. जारावास के लोगों में डायबिटीज़ क्यों नहीं होती?
3. क्यों हाथी ( व अन्य जानवर ) डायबिटीज़ के शिकार नहीं होते तथा अन्य जीवन-यापन सम्बन्धी रोग उन्हें आक्रान्त नहीं करते?

वह सूत्र, जो तीनों प्रश्नों को जोड़कर एक ही उत्तर देता है, वह है 'मानव-निर्मित भोजन'!

जब भी मानव प्रकृति प्रदत्त सहज भोजन की स्थिति को औद्योगिक तरीकों की एक शृंखला यथा उनको साफ करना ( रिफाइनिंग ), पैकेजिंग, के द्वारा बदलने का प्रयत्न होता है, तो एक अनचाहा बाईप्रोडक्ट और पैदा हो जाता है। यह रासायनिक पदार्थों का एक समूह है, जिसे 'डी.एल.एस.' या 'डिओक्सिन लाइक सबस्टेंस' कहते हैं। इस औद्योगिक रूप से बने पदार्थ को लम्बे समय तक खाकर आधुनिक मनुष्य अपने शरीर में 'डी.एल.एस.' जमा करता जाता है, जिससे अवांछित रासायनिक क्रियाओं की एक शृंखला शरीर में चालू हो जाती है। इससे 'ए.जी.ई.' ( एडवांस ग्लाइकोसाइलेशन इण्ड प्रोडक्ट ) चालू हो जाती है और शरीर

“ पांच बार सर्जरी के नाकाम होने के बाद बिल विलंटन ने भी यही आहार आधारित इलाज अपनाया और उसके बाद उन्हें जीवन को खतरा देने वाली स्थिति का सामना नहीं पडा। ”

में एक प्रकार का बेकार पदार्थ बनने लगता है। इस ए.जी.ई. ( या 'एज' ) से शरीर की एक चमत्कारिक अणु बनाने की क्षमता क्षीण हो जाती है। यह चमत्कारिक अणु है 'नाइट्रिक ऑक्साइड (NO)' जो शरीर को डायबिटीज़ से बचाने की क्षमता प्रदान करता है। इससे गुर्दों की परेशानी, ( कैंसर शुरू करने की प्रक्रिया इन एण्डोथेलियमों के निर्माण इत्यादि से होती है। ये एण्डोथेलियम ब्लडवाहिकाओं की सबसे भीतरी तह पर बनते हैं। )

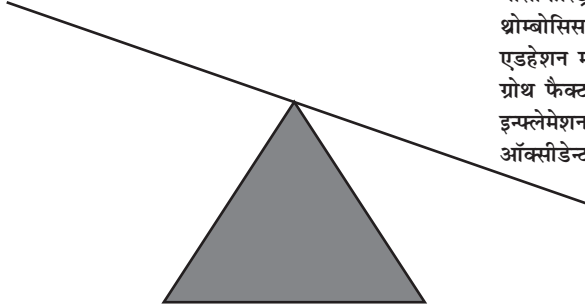
- |                          |                       |
|--------------------------|-----------------------|
| 1. वासोडायलेशन           | 2. थ्रोम्बोलाइसिस     |
| 3. प्लेटलेट डिसएग्रेगेशन | 4. एण्टी-प्रोलिफेरेशन |
| 5. एण्टी-इन्फ्लेमेशन     | 6. एण्टी-ऑक्सीडेशन    |

इन एण्डोथेलियम सैल्स की उपरोक्त क्रियाओं को शुरू करने की अक्षमता से निम्न प्रक्रियाएं शुरू होती हैं:

- |                       |                |                       |
|-----------------------|----------------|-----------------------|
| 1. वासो कांस्ट्रिक्शन | 2. थ्रोम्बोसिस | 3. प्लेटलेट एग्रेगेशन |
| 4. इन्फ्लेमेशन        | 5. ऑक्सीडेशन   |                       |



वासोडायलेशन  
श्रोम्बोलाइसिस  
प्लेटलेट डिसएग्रेगेशन  
एण्टी-प्रोलिफेशन  
एण्टी-इन्फ्लेमेशन  
एण्टी-ऑक्सीडेन्ट



वासोकॉन्स्ट्रिक्शन  
श्रोम्बोसिस  
एडहेशन मोलेक्यूल्स  
ग्रोथ फैक्टर्स  
इन्फ्लेमेशन  
ऑक्सीडेन्ट एक्टिविटी

एण्डोथैलियम की नियमित क्रियाएं। साधारण या एण्टीएथेरोजेनिक बनाम डिस्पॉजेशन या एथेरोजेनिक प्रोपर्टीज।

“डायबिटीज से मिला निजात सेराजेवा के नागरिकों को, जब वहां युद्ध चल रहा था और लोगों को दूध, पशु आहार, रिफाइंड ऑयल, कुकिंग गैस उपलब्ध नहीं थी। उन्हें मात्र कच्ची सब्जी और फलों पर ही जीवन निर्वाह करना पड़ रहा था।”

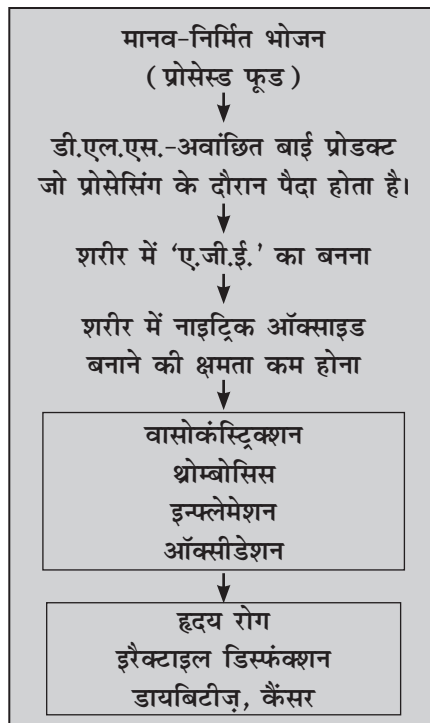
ऊपर बताई इन क्रियाओं से होते हैं:-

1. हृदय रोग
2. एरेक्टाइल डिस्फंक्शन ( शिश्न का कड़ा न हो पाना )
3. डायबिटीज़
4. कैंसर

तथा अन्य जीवनयापन सम्बन्धी बीमारियां

जीवन यापन सम्बन्धी बीमारियों में एरेक्टाइन डिस्फंक्शन की बहुत रिपोर्ट आती है। नीचे इस रोग या कमजोरी सम्बन्धी आंकड़े दिए गए हैं:

स्थिति	व्यापकता ( % )
मोटापा	52.4%
डायबिटीज	50%
हाई ब्लडप्रेसर	42.4%



साधारणतः हानि रहित लगने वाले मानव-निर्मित भोजन द्वारा कितना नुकसान होता है, यह नीचे दिए गए एक प्रयोग द्वारा ज्यादा स्पष्ट होगा।

एक लीटर कोक ( कोका कोला ) या पेप्सी लें। इसे एक घंटे उबालें। जब इसका द्रव सूख जाए तो देखें कि क्या बचता है। कुछ ऐसा होगा, जो आप सोच भी नहीं सकते! रासायनिक रूप से या देखने से आपको चारकोल जैसा अवशिष्ट पदार्थ दिखाई पड़ेगा। यानी यही हम खाते हैं।

दो वर्ष पूर्व मैंने सोचा कि इसी पदार्थ से मैं अपने दफ्तर के पास एक छोटी-सी सड़क बनाऊं। इस अवशिष्ट पदार्थ से, हजारों लीटर कोक उबालकर, बनी यह सड़क आज भी काफी मजबूत है। इस पर न बरसात का और न यातायात का कोई असर हुआ है। हम इसी का भक्षण करते हैं और समझते हैं कि हमारा कोई नुकसान नहीं होगा!



निरोग होने का पहला कदम है उस मूल कारण को - यानी मानव निर्मित भोजन से बचना। इसको खाना बन्द कर दें।

डी.एल.एस. ( मानव निर्मित भोजन का बाई प्रोडक्ट ) शरीर में क्या बर्बादी करता है, यदि उल्लेखनीय मात्रा में खा लिया जाए? इसको समझने के लिए एक भयावह कहानी 'एजेन्ट ऑरेन्ज' पढ़िए, जो अमेरिका के वियतनाम पर हमले के दौरान (1955-1975) घटित हुई थी। वियतनाम के छिपे सैनिकों को बाहर निकालने के उद्देश्य से, अमेरिकी सिपाहियों ने

एक पौधा-विनाशक पदार्थ (हर्बीसाइड) पूरी 6 लाख एकड़ में बिखरी हरियाली पर वियतनाम में बिखेर दिया था। परिणामस्वरूप सारी वियतनाम की जनता उच्च स्तर के डी.एल.एस. (हर्बीसाइड के बाई प्रोडक्ट) की चपेट में आ गई और लाइलाज भयंकर आनुवांशिक गड़बड़ियां लोगों में पैदा होने लगीं, जिनमें शामिल



थी मानसिक रुकावट या बिगाड़ ( मेन्टल रिटार्डेशन ) इत्यादि। ये भयावह बीमारियां आगे आने वाली तीसरी पीढ़ी तक कायम रहीं और लोग



डी.एल.एस. के कारण युद्ध प्रभावित लोगों के विभिन्न भयावह रोगों से ग्रसित जन्में बच्चे।

विकलांग अपाहिज पैदा होने लगे, पर उस समय कोई ऐसी दवाई नहीं थी जिससे इसका इलाज हो सकता और डी.एल.एस. से आक्रान्त रोगी बच सकते थे यदि इनकी दवाओं के उत्पादन में डी.एल.एस. नहीं होता।

“ एजीई से शरीर की चमत्कारिक अणु बनाने की क्षमता क्षीण हो जाती है। यह चमत्कारिक अणु है नाइट्रिक ऑक्साइड, जो शरीर को डायबिटीज, गुर्दों की परेशानी व कैंसर से बचाने की क्षमता प्रदान करता है। ”

वही तो महाविनाश का मूल कारण था। अतः निरोग होने की पहली शर्त है मानव-निर्मित भोजन, जिसमें कुछ दवाइयां भी शामिल हैं।

असल में यही सब कुछ हम अपने 72 घंटे में डायबिटीज से मुक्ति कार्यक्रम में करते हैं। कई वर्षों से चालू दवाई को एकदम बन्द करने के विचार से ही लोग डर जाते हैं। यह मौत का खतरा शरीर पर अत्याचार करवाता है।

यह सच है कि कुछ दवाइयां - यथा एण्टी डायबेटिक पिल्स, हाई ब्लडप्रेसर ठीक करने की दवाइयां, थायरॉइड एवं हृदय सम्बन्धी रोगों के लिए ली गई दवाइयों - पर कई वर्षों की निर्भरता शरीर को उनका गुलाम कर देती है और उन्हें एकाएक बन्द करना शरीर पर एक अवांछित प्रभाव डाल सकता है, पर हम अपने '3 दिन के डायबिटीज क्योर प्रोग्राम' में बड़ी सावधानी से प्रतिभागियों का मेन्यू तैयार करते हैं, जिससे शरीर के लिए भोजन ही दवाइयों का काम करे और शरीर में ब्लड प्रेशर, ब्लड शुगर इत्यादि को पूरे कंट्रोल में रखकर बाहर से दवाइयां लेने की जरूरत ही खत्म कर दें। इस उपचार में तो किसी अवांछित साइड इफेक्ट की संभावना ही नहीं रहती।

वह भोजन जो डायबिटीज दूर करने में मददगार सिद्ध हो, आपको भोजन द्वारा डायबिटीज से निजात पाने की अवधारणा को स्पष्ट समझाने हेतु मैं दो प्रकार की 'अतियों' वाली जनसंख्याओं के माध्यम से बात स्पष्ट करूंगा।

1. कुवैती जनसंख्या : कुवैत विश्व का एक धनाढ्यतम देश है, जिसमें डायबिटीज की प्रतिशतता काफी

व्यापक ( 17.5% ) है। मुझे वहां रहने का संयोग मिला और मैंने उनके जीवन यापन के ढंग एवं भोजन की आदतों को भी देखा।

2. जरावास : यह अण्डमान एण्ड निकोबार की शिकारी कौम है, जिसमें किसी को डायबिटीज़ होने का कोई साक्ष्य नहीं मिलता - न किसी को दिल की बीमारी होती है न कैंसर या अन्य जीवन यापन आधारित बीमारियां। चूंकि ये लोग पाषाणकालीन शिकारी आदिवासी लगते हैं, जिन्हें जानवरों को घरेलू रूप से पालने का ज्ञान नहीं होता या इन्हें खेतों में खाद्यान्न पैदा करना भी नहीं आता। इसलिए ( मां के दूध को छोड़कर ) दूध पीना इनके समाज में है ही नहीं। इनके भोजन का मुख्य आधार होता है फल व सब्जियां और कभी-कभी मछली या अन्य 'सी फूड'!

मुझे इन दो अति वाली संख्याओं को निकट से जानने का अवसर मिला। एक में तो डायबिटीज़ की व्यापकता बहुत ज्यादा ( 17.5% ) है और दूसरे में बिलकुल नहीं। इनके गहन अध्ययन से मेरी यह बात समझ में आई कि इसका मूल कारण इनके भोजन का ढंग और पदार्थ ही है। इन दोनों के भोजन को हम दो वर्ग में विभाजित कर सकते हैं:

1. कुवैतियों का भोजन : इसे मैं 'वी.आई.पी. डाइट' कहूंगा।

“कुवैती विश्व के सबसे धनी देशों शुमार है, जहां की 17.5 प्रतिशत जनसंख्या डायबिटीज़ से ग्रसित है। यह काफी अधिक है।”

2. जरावासियों का भोजन : इसे मैं 'डी.आई.पी. डाइट' कहूंगा।

इस हिसाब से आपके भोजन को भी मैं दो श्रेणी में बांट देता हूँ: 'वी.आई.पी. डाइट' और 'डी.आई.पी. डाइट' ये आपके भोजन के तत्त्व हैं कि यह कैसे आपके पेट में घुसते हैं।

1. वी.आई.पी. डाइट : यह भोजन का वह प्रकार है, जो आपके पेट में एक 'वी.आई.पी.' की तरह ही घुसता है। भारत में वी.आई.पी. (वेरी इम्पोर्टेंट पर्सन) प्रमुखतः बड़े राजनीतिज्ञों या नौकरशाहों को कहा जाता है, जो उन नियमों या कानूनों की अवहेलना या उल्लंघन कर सकते हैं, जो बाकी साधारण जनता मानने को बाध्य होती है। उदाहरण के लिए एक वी.आई.पी. ट्रैफिक सिग्नल का उल्लंघन करते हुए भी सीधा दनदनाता निकल सकता है, चाहे बाकी लोगों को कितनी भी असुविधा हो। इसी प्रकार वी.आई.पी. भोजन सीधा दनदनाता हुआ ब्लड की धारा में समा जाता है बिना यह परवाह किए कि ब्लड शुगर, ब्लड प्रेशर या अन्य प्राचलों का स्तर क्या है, जिससे शरीर को बहुत हानि होती है।
2. डी.आई.पी. डाइट : डी.आई.पी. का अर्थ मेरे हिसाब से है डिसिपिल एवं इन्टैलीजेन्ट पीपुल्स। यानी वे लोग (जन-साधारण) जो देश के कानूनों और नियमों का सदा पालन करते हैं। जब ट्रैफिक सिग्नल हरा होता है, तब ही वह सड़क पार करते हैं। कुछ भोज्य तत्त्व भी इसी प्रकार के होते हैं, जो शरीर में घुसकर 'डी.आई.पी.' की तरह ही व्यवहार करते हैं - वे यकृत के संकेतों को समझते हैं और पेट को मिलने वाले अन्य इशारों की भी कद्र करते हैं - यानी इनक्रेटिन हार्मोन पर निगाह रखते हैं और



ब्लड की धार में ग्लूकोज़ ऐसे मिला देते हैं कि शरीर की चयापचय ( मेटाबॉलिक व्यवस्था ) पर कोई बोझ न पड़े।

10 देशों के 5000 से ज्यादा डायबिटीज़ रोगियों की जांच से - जिसमें कुवैत के लोग भी शामिल हैं - मैंने यह पाया कि एक चीज उन सभी में समान थी - वे सब ही वी.आई.पी. भोजन करने वाले थे! पर जब अन्य सभ्यता वाले लोगों की जांच की - यथा जरावासियों, हुन्ज़ा या ओकिनावा के लोगों की - तब यह पाया कि वे कभी डायबिटीज़ या किसी सम्बन्धित रोग के शिकार इसलिए नहीं हुए, क्योंकि वे सभी 'डी.आई.पी. डाइट' ही खाते थे।

इस परीक्षण या अवलोकन के बाद यह निष्कर्ष निकालना मुश्किल नहीं कि यदि हम डी.आई.पी. डाइट लें, तो हम डायबिटीज़ से शरीर को मुक्त कर सकते हैं। यही मैं अपने 72वें घंटे में डायबिटीज़ मुक्ति कार्यक्रम में करता हूँ, जो एक रिहायशी कार्यक्रम है। जो रोगी डी.आई.पी. डाइट पर कायम रहते हैं, वे 100 प्रतिशत डायबिटीज़ टाइप-2 से मुक्ति पा लेते हैं, पर डायबिटीज़ टाइप-1 से मुक्ति पाने वालों की प्रतिशतता 50% ही रहती है।

“जरावास अण्डमान व निकोबार की शिकारी कौम है, जिसमें किसी को डायबिटीज होने का कोई साक्ष्य नहीं मिलता।”

हम कैसे पहचानें कि कौन-सी 'वी.आई.पी. डाइट' है और कौन-सी 'डी.आई.पी. डाइट'?

एम.आर.पी. ( प्रथमाक्षरी नाम ) से हमें वी.आई.पी. डाइट पहचानने में आसानी रहेगी।

M. ( एम.आर.पी. का पहला अक्षर ) का मतलब मिल्क, मिल्क प्रोडक्ट्स और अन्य एनीमल फूड है। डायबिटीज़ टाइप-1 में खासतौर पर Milk and Milk Product का भोजन मुख्य कारण बनता है डायबिटीज़ का। मनुष्य ही एकमात्र ऐसा प्राणी है, जो सारी जिन्दगी दूध पीता है और यही वह प्राणी है, जो अन्य पशुओं का दूध भी पीता है। इसमें मुख्य घटक घटक है कैसीन ( casein ), जो शरीर की पूरी चयापचय व्यवस्था में व्यवधान डालता है और शरीर की 'ऑटो-इम्यून सेल्फ डिस्ट्रक्टिंग मैकेनिज्म' को चालू कर शरीर की इम्यूनैटी को  $\beta$ -सेल्स पर आक्रमण को उकसाता है  $\beta$ -सेल्स ( पैन्क्रियाज़ के 'वर्कर' होते हैं जो इन्सुलिन का उत्पादन करते हैं ) सारे विश्व में व्यापकता से बढ़ रही डायबिटीज़ टाइप-1 की बच्चों में बीमारी सख्त चेतावनी दे रही है। चीन के एक अध्ययन में यह पाया गया कि जब डायबिटीज़ टाइप-1 के रोगी बच्चों को - जो गाय का दूध व अन्य फॉर्मूला दूध पर पले थे - बचपन में ही अन्य पशु दुग्ध से वंचित किया गया तो उनकी डायबिटीज़ की बीमारी बहुत हद तक कम होने लगी थी। अतः दूध और दूध उत्पादों का मुख्यतः प्रयोग वी.आई.पी. डाइट में ही होता है।

R ( एम.आर.पी. का दूसरा अक्षर ) का मतलब है Refined Food। यदि जीवन यापन के ढंग में रिफाइन्ड भोजन का प्रयोग बहुलता से होगा तो डायबिटीज़ की व्यापकता अपने आप बढ़ जाएगी। सारे रिफाइन्ड फूड में रिफाइन्ड शुगर, रिफाइन्ड सॉल्ट, रिफाइन्ड ऑयल जब आपके भोजन में आते हैं, तो इनसे सारे

खनिज पदार्थ (मिनरल) दूर हो चुके होते हैं। इन खनिजों से रहित भोजन भी वी.आई.पी. सदृश ही व्यवहार करता है और ब्लड-शुगर में असाधारण रूप से वृद्धि कर देता है।

P (एम.आर.पी. का तीसरा अक्षर) का मतलब है पैक्ड फूड। मैंने देखा कि ज्यादातर शहरी डायबिटीज़ रोगियों का भोजन (लगभग 50% से ज्यादा) किसी-न-किसी रूप में पैक्ड फूड ही होता है। इसमें शामिल हैं बिस्कुट, जैम, ब्रेड, नूडल्स, पास्ता, कॉफी, टी इत्यादि। यह सारा पैक्ड फूड मरे हुए भोजन (डैड फूड) के समान होता है, जिसमें लाइव-एन्जाइम नहीं होते हैं (यही वह तत्त्व है, जो शरीर के संकेतों को ग्रहण कर खाने को सफलता से आगे बढ़ाते हैं तथा शरीर की समरसता एवं कंट्रोल सुनिश्चित रखते हैं।)

साधारण भाषा में इसे यूँ समझें कि यदि कोई खाद्य पदार्थ किसी डिब्बे या पैकेट में आता है तो उसको न खाएं, क्योंकि वह मानव आहार के लिए वांछित नहीं होता। इसे मानव आहार नहीं माना जा सकता।

इस उपरोक्त विवेचन के आधार पर वी.आई.पी. डाइट समझ लेने के पश्चात् मैंने एक चार कदम का तरीका निकाला है डी.आई.पी. डाइट को लेकर डायबिटीज़ को रिवर्स (या मुक्त) करने का।

“यदि ब्लड ग्लूकोज भोजन करने के 2 घंटे बाद भी 300 mg/dl से ज्यादा रहे, तब ही शरीर को बाहरी रूप से इन्सुलिन देना वांछित होता है।”

नीचे वह चार कदम दिए गए हैं:-

### प्रथम कदम

सारी एण्टी डायबिटिक और एण्टी हाइपरटेंशन दवाइयों को 48 घंटों के लिए बन्द कर देखें कि पी.पी. ब्लड शुगर  $\leq 250\text{mg/dl}$  एवं ब्लड प्रेशर  $\leq 160/100\text{mmHg}$  रहता है। तब आप सारी दवाइयां पूरी सुरक्षा से हमेशा के लिए त्याग सकते हैं।

### द्वितीय कदम

नाश्ता ( सुबह का )  
डायबिटीज़ रिवर्सल ( मोचक )  
फलों का नाश्ता ( 600gm से 800gm तक )  
[ आम, पपीता, खरबूजा,  
केला या तरबूज ]

### तीसरा कदम

लंच/डिनर  
डायबिटीज़ रिवर्सल प्री-लंच  
सलाद = 400gm  
[ खीरा, टमाटर, शिमला मिर्च  
और नारियल ( कटे हुए ) या  
( घिसे हुए ) ]

### चौथा कदम

- स्टॉप इटिंग ( न खाएं )
1. पैकड फूड
  2. रिफाइन्ड फूड
  3. डेयरी प्रोडक्ट्स
  4. न्यूट्रीशनल ( तथाकथित पोषक ) सप्लीमेन्ट्स ( बीच का खाना )

जब आप इन चार कदमों वाली डी.आई.पी. डाइट्स पर हों तो सावधान रहें। शरीर अपने चयापचय व्यवस्था में इस डी.आई.पी. डाइट से शुगर आत्मसात करते हुए अनुकूल प्रतिभाव देगा। तब इसे बाहर से इन्सुलिन लेने की जरूरत नहीं पड़ेगी तथा अन्य हाईपोग्लाइसेमिक दवाइयों की भी आवश्यकता नहीं पड़ेगी। महत्त्वपूर्ण है कि जब रोगी इन चार कदमों वाले प्रोग्राम पर हो तो कम-से-कम तीन विभिन्न समय के उसके ब्लड शुगर को मॉनीटर किया जाए। जब यह डी.आई.पी. डाइट वाला कार्यक्रम चल रहा हो तो बाहर से इन्सुलिन देने की जरूरत तब ही सामने आ सकती है, जब ब्लड शुगर भोजन के दो घंटे बाद भी 300mg/dl से अधिक बना रहे।

### क्या इलाज नहीं है?

डायबिटीज़ का यह इलाज एक सादा से लगने वाले सिद्धान्त पर आधारित है। कई अध्ययनों के अवलोकन ने यह स्पष्ट दिखाया है कि मृत्युदर, हृदय संबंधी खतरे और माइक्रोवैस्कुलर जटिलताओं को बढ़ाने के लिए हाई ब्लड-शुगर खतरे का एक बड़ा घटक है। अतः यह तर्कसम्मत लगता है कि हाइपरग्लाइसेमिया को घटाने वाली कोई दवाई रोगी के लिए मुफीद साबित होगी, बशर्ते उसकी ब्लड शुगर घटाने की योग्यता सिद्ध

“यदि किसी दवा से ब्लड शुगर घटता है, तो अमेरिका का फूड एवं ड्रग एडमिनिस्ट्रेशन उस दवाई को अधिकृत रूप से बेचने की अनुमति प्रदान करता है।”

हो चुकी हो। तब ही वह प्रभावशाली मानी जाएगी, क्योंकि तब ही खतरे की संभावना भी घटेगी। अतः यदि कोई दवाई ब्लड शुगर घटाती है, तो अमेरिका का ड्रग एडमिनिस्ट्रेशन उस दवाई को अधिकृत रूप से बेचने की अनुमति प्रदान करता है।

पर इस पर सवाल उठाया जाना चाहिए, क्योंकि कई रैण्डोमाइज़्ड ट्रायल, जिनमें उच्च स्तरीय साक्ष्य निहित होता है, इस अवधारणा का विरोध करते हैं कि दवाइयों के द्वारा ब्लड शुगर घटाना शायद रोगियों के लिए लाभकारी हो सकता है।

नीचे दी गई तालिका मुख्यतः आर.सी.टी. एवं मेटा-एनालाइसिस पर ध्यान केन्द्रित करते हैं, प्रमुख एण्टी डायबिटीज़ दवाइयों की कारगरता पर, जो आजकल बाज़ार में चल रही हैं।

ड्रग	आरसीटी/मेटा-एनालाइसिस के विवरण	निष्कर्ष
सल्फोनाइल्यूरिया	यू.जी.डी.पी. ( यूनिवर्सिटी ग्रुप डायबिटीज़ प्रोग्राम )	प्लेसीबो की तुलना में टालबूटामाईड द्वारा इलाज किए गए रोगियों में मृत्युदर अधिक थी।
	कोक्रेन मेटा-एनालाइसिस ( हैमिंगसेन बी. स्कॉल JB, लुंड एस.एस., वैटरस्लीव J. ग्लंड सी, वाग ए. एट एल. ओरल सल्फोनाइल्यूरिया मोनोथेरेपी फॉर पेशेन्ट्स विथ टाइप-2 डायबिटीज़ मैलीटस - 2013 )	आरसीटी से जो निर्णय का समर्थन नहीं करता कि सल्फोनाइल्यूरिया मोनोथेरेपी से शुरुआत की जाए या नहीं। रोगी- पर उपलब्ध आंकड़े कम हैं।

ड्रग	आरसीटी/मेटा-एनालाइसिस के विवरण	निष्कर्ष
इन्सुलिन थैरेपी	यूकेपीडीएस ( यूके प्रोस्पेक्टिव डायबिटीज़ स्टडी )	इन्सुलिन थैरेपी मोर्टेलिटी और डायबिटीज़ सम्बन्धी जटिलताओं को कम करने में नाकाम रही। तुलनात्मक हाइपोग्लाइसीमिया 130% बढ़ गया।
	ए.सी.सी.ओ.आर.डी. ( एक्शन टू कंट्रोल कार्डियोवैस्कुलर रिस्क इन डायबिटीज़ )	इसने दिखाया कि इन्सुलिन बार-बार ग्लाइसेमिक लक्ष्य प्राप्त करने में इस्तेमाल होती है। पर यह अध्ययन रोगी को कोई राहत नहीं देती और अत्यधिक मृत्युदर भी पाई गई।
	वी.ए.डी.टी. ( वेटेरेन्स अफेयर्स डायबिटीज़ ट्रायल )	इसने दिखाया कि इन्सुलिन बार-बार ग्लाइसेमिक लक्ष्य प्राप्त करने में इस्तेमाल होती है। पर यह अध्ययन रोगी को कोई राहत नहीं देती और अत्यधिक मृत्युदर भी पाई गई।
	ए.डी.वी.ए.एन.सी. ( एक्शन इन डायबिटीज़ एण्ड वैस्कुलर डिजीज़: प्रेटैरेक्स एण्ड डायमीक्रोन एम.आर. कंट्रोल्ड इवैल्यूएशन )	उसने दिखाया कि इन्सुलिन बार-बार ग्लाइसेमिक लक्ष्य प्राप्त करने में इस्तेमाल होते हैं। पर यह अध्ययन रोगी को कोई राहत नहीं देती और अत्यधिक मृत्युदर भी पाई गई।

ड्रग	आरसीटी/मेटा-एनालाइसिस के विवरण	निष्कर्ष
एल्फा ग्लूकोसाइडेज इनहिबिटर्स	कोक्रेन मेटा-एनानाइसिस ( अल्फा-ग्लूकोसाइडेज इनहिबिटर्स फॉर टाइप 2 डायबिटीज़ मैलीटस-2005 )	क्लीनिकल पर्याप्त एफीकेसी का कोई साक्ष्य नहीं मिला।
इनक्रेटिन	एसएवीओआर - टीआईएमआई ( साक्साग्लिप्टिन एसेसमेन्ट ऑफ वैस्कुलर आउटकमस रेकॉर्डेड इन पेशेन्ट्स विथ डायबिटीज़ मैलीटस )	<ul style="list-style-type: none"> <li>एफीकेसी का कोई साक्ष्य नहीं मिला। इण्ड पॉइन्ट्स के अनुसार ( कार्डियोवैस्कुलर डैथ, मायोकार्डियल इन्फार्कशन या स्ट्रोक संभावित रहे )।</li> <li>साक्साग्लिप्टिन मृत्युदर घटाने में नाकाम रही, न अन्य कसौटी पर तथा मायोकार्डियल इन्फार्कशन या स्ट्रोक पर खरी उतरी। पर अस्पताल में भर्ती कराने के बाद कंजेस्टिव हार्ट फेल्योर का खतरा अचानक बहुत बढ़ गया।</li> <li>हाईपोग्लाइसेमिया का खतरा रोगियों में आंकड़ों के हिसाब से 14% बढ़ गया, जब रोगियों को साक्साग्लिप्टिन दवाई दी गई।</li> </ul>



ड्रग	आरसीटी/मेटा-एनालाइसिस के विवरण	निष्कर्ष
इनक्रेटिन	ईएक्सएएमआईएनई [ एक्सामिनेशन ऑफ कार्डियोवैस्कुलर आउटकमस: एलोग्लिप्टिन वर्सेज स्टैन्डर्ड ऑफ केयर इन पेशेन्ट्स विथ टाइप 2 डायबिटीज़ मैलीटस एण्ड एक्यूट कोरोनरी सिन्ड्रोम ]	अध्ययन ने दिखाया कि एलोग्लिप्टिन ने कोई क्लीनिकल एफीकेसी नहीं दिखाई मुख्य इण्डप्वाइन्ट पर या किसी अन्य क्राईटेरिया पर।
जी.एल.पी.-1 एनालोग्स	मेटा-एनालाइसिस ( ग्लूकोगॉन लाइक पेप्टाइड-1 रिसेप्टर एगोनिस्ट्स एण्ड कार्डियोवैस्कुलर इवेन्ट्स: ए मेटा-एनालाइसिस ऑफ रेण्डोमाइज़्ड क्लीनिकल ट्रायल्स। एक्स. डायबिटीज़ रेस-2011)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● जी.एल.पी. किसी भी डिमोन्स्ट्रेट पॉजिटिव और नेगेटिव इफेक्ट में असफल रही।</li> <li>● &lt; 26 सप्ताह तक अत्यधिक खतरा तीव्र पैनक्रीआईटिस और पैन्क्रियाटिक कैंसर के रोगियों को।</li> </ul>

ऊपर दिए गए साक्ष्य स्पष्टतया इंगित करते हैं कि ब्लड ग्लूकोज़ को एण्टी डायबेटिक ड्रग्स से घटाने में जरूरी नहीं कि मृत्युदर या हृदय रोग का खतरा कम हो जाए।

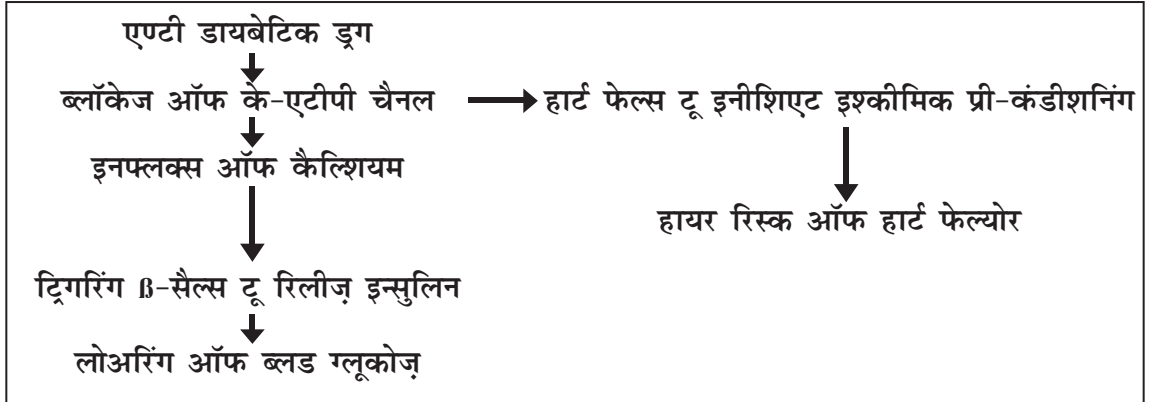
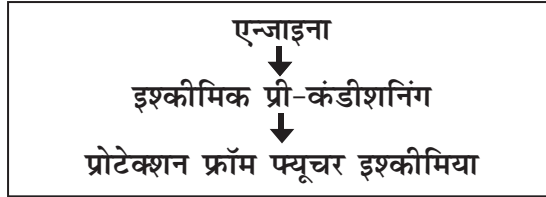
**मैकेनिज़्म, जो एण्टी डायबेटिक ड्रगों के खतरे के घटकों को कम करना प्रभावहीन कर देती है:-**

**हृदय की सुरक्षा मैकेनिज़्म**-जिसे इश्कीमिक प्री-कंडीशनिंग कहते हैं-की थोड़ी समझ आवश्यक है, जो आपको यह निष्कर्ष देने में मददगार होगी कि एण्टी-डायबेटिक मेडीकेशन न सिर्फ एक व्यर्थ का काम है वरन् यह उन रोगियों की जिन्दगी को भी खतरा देता है, जो इन्हें लेते हैं।

**इश्कीमिक प्री-कंडीशनिंग**-जब हृदय को जाने वाली धमनियों में ऑक्सीजन की आपूर्ति घट जाती है तो उनमें एक रुकावट आ जाती है, जिसके कारण सीने में तीखा दर्द उठता है। यह स्थिति हृदय के सुरक्षा तंत्र को जागृत कर देती है, जिससे भविष्य में यदि ऑक्सीजन की आपूर्ति का अभाव हो, तो प्रभावित हृदय के सैल जीवित रहने के लिए ज्यादा तैयार रहें। इस अवस्था को इश्कीमिक प्री-कंडीशनिंग कहा जाता है। यह सम्पूर्ण सुरक्षा मैकेनिज़्म की शुरुआत और मेडीएशन के-एटीपी चैनल्स द्वारा होती है।

**एण्टी डायबेटिक मैकेनिज़्म**-सल्फोनाइल्यूरिया एक वर्ग होता है एण्टी डायबेटिक दवाइयों का, जो के-एटीपी चैनलों को रोकता है। फलस्वरूप कैल्शियम का 'इनफ्लक्स' पैन्क्रियाज़ के  $\beta$ -सैल्सों को जागृत कर इन्सुलिन रिलीज़ करता है, जिससे ब्लड शर्करा में घटाव होने लगता है। यह पूरा एण्टी-डायबेटिक मैकेनिज़्म आधारित होता है के-एटीपी चैनल्स के अवरोध पर, जो स्वयं हृदय की कुव्वत को बाधित कर देता है हृदयाघात से स्वयं को सुरक्षित करने के लिए।

अतः एण्टी-डायबेटिक ड्रग्स का उद्देश्य ही बेकार हो जाता है, क्योंकि इसका लक्ष्य होता है खतरों के घटकों को घटाना (यथा हृदय रोग) डायबिटीज़ के रोगियों में ब्लड शुगर को घटाकर। इसके बजाए यह हृदय-रोग का खतरा बढ़ा देता है।



निष्कर्ष के रूप में यही कहा जा सकता है कि डायबिटीज़ से उन्मूढ पाने का पहला कदम है सारी डायबिटीज़ की दवाइयों को बन्द कर 'डी.आई.पी. डाइट' पर आ जाना।

### डी.आई.पी. डाइट की न्यूट्रीशनल फुलफिलमेंट ( पौष्टिक सम्पूर्ति )

इस अध्याय और इस पुस्तक को खत्म करने के पूर्व मैं यह चाहता हूँ कि सारे प्रश्न और भ्रम, जो डी.आई.पी. डाइट की पौष्टिक सम्पूर्ति के बारे में उठ रहे हैं, उनका खात्मा कर दूँ। चूँकि डी.आई.पी. डाइट में दुग्ध या दुग्ध उत्पाद, एनीमल फूड या अनाज की कोई जरूरत नहीं, या बहुत कम जरूरत होती है। कुछ पुराने खुराक विशेषज्ञ इसको यह कहकर चुनौती देते हैं कि इस खुराक से तो शरीर में कई पौष्टिक तत्वों- यथा कैल्शियम, विटामिन, B-12 या कार्बोहाइड्रेट्स की बहुत कमी हो जाएगी।

इन सवालों के जवाब देने में मैं अपने अनुभव का सहारा लूँगा। मैं 20 नवम्बर, 2015 को थाईलैण्ड की सरकार द्वारा 'फेस्टीवल ऑफ एलीफेन्ट्स' में बतौर सम्मानित मेहमान निमंत्रित किया गया था। चूँकि मैं वहाँ 250 से ज्यादा हाथियों से घिरा था। मुझे जिज्ञासा हुई कि क्या कभी किसी हाथी को डायबिटीज़ या ऐसी ही जीवन-यापन से उत्पन्न बीमारी हुई है! वहाँ डॉ. पिटारा थे, जो सरकार की तरफ से हाथियों के डॉक्टर थे। उन्होंने मुझे बताया कि हाथियों के इतिहास में ऐसी किसी बीमारी का हवाला नहीं मिलता। जब मैं डॉ. साहब से चर्चा में व्यस्त था, तभी वहाँ पर हो रही एक घोषणा ने मेरा ध्यान आकर्षित किया।



डॉ. बिस्वरूप राय चौधरी ( दाहिने से चौथे ), डॉ. पिटारा ( बायें से पांचवें ) और तान्या फोनन ( छठे स्थान पर )  
( थाईलैण्ड बुक ऑफ रिकॉर्ड्स के प्रमुख सम्पादक )

“Ya-Leang-Chang-douy r-han-Khong-Kon. Chang-Cha-puey”

मैंने जब ‘थाईलैण्ड बुक ऑफ रिकॉर्ड्स’ के प्रमुख संपादक से पूछा तो उन्होंने इसका अनुवाद किया:

“मानव भोजन हाथियों को मत खिलाओ, हाथी बीमार हो जाएंगे।” हाथी हमारे ग्रह का सबसे ताकतवर और बड़ा पशु है, जो मात्र डी.आई.पी. डाइट के समान खुराक पर ही निर्भर करता है और उसमें कभी किसी खनिज या विटामिन की कमी नहीं होती। उन्हें तो डायबिटीज़ सदृश बीमारियों से भी कभी जूझना नहीं पड़ता, जो मनुष्यों को आक्रान्त करती हैं।

अंत में, आप सबको सुखद डी.आई.पी. डायटिंग मुबारक हो।

यह 3C's ( Consenses, Conspiracy & Cure ) आपको  
3D's ( Diabetics, Drugs & Diagnosis ) से मुक्ति प्रदान करें।

### संदर्भ:

1. दि डॉन फीनोमीनन रीविज़िटेड, एन्डोक्राइन प्रैक्टिस 2005.
2. दि यूरोपियन नेशनल न्यूट्रीशन कांफ्रेंस, वियना 24-28 मई, 1998.

# Diabetes Educator's Certification Training in 4 Steps

TRAINING  
IN  
HINDI/ENGLISH

Step 1: Watch 7hrs of exclusive Diabetes Training Video.

Step 2: Read Diabetes cure book.

Step 3: Appear and clear online/postal exam for certification.

Step 4: Receive Diabetes Educator's Kit including: I-Card, HOBS Wheel Software, Name Plate, Certificate, Visiting card.

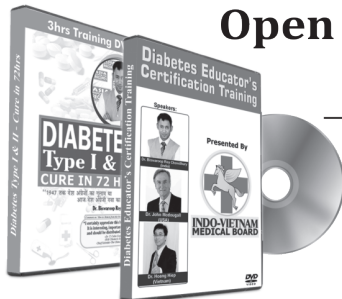
Join the social movement to eradicate Diabetes  
be a

**Certified Diabetes Educator**

&

Open your own diabetes center

Training fee: ₹ 2000/-  
(Courier charges extra)



For more information contact :

H.O.: B-121, 2nd Floor, Green Fields, Faridabad (Haryana)-121003

Call: 9555008451, 9312286540

Email: mw@asiabookofrecords.com, Website: www.biswaroop.com

# Let every morning be the Hunza Morning

**If you have decided to pick only one of my suggestions for the sake of your health. Then take this suggestion :**  
Stop consuming tea specially, morning tea. The early morning tea makes the inner lining of your intestinal wall acidic, as after night of fasting your stomach is empty and craving for food. An acidic stomach on a regular basis is the single biggest cause of all kind of inflammatory and lifestyle diseases including arthritis, diabetes etc.

**How to stop craving of tea —> Switch to Hunza Tea**

Hunza Civilization: Hunza people are the Indians living at extreme northwest of India in Hindu Kush range. They are known to be one of the world's healthiest civilizations, often living up to the age of 110 years.

## How to prepare Hunza Tea (serves four):

### Ingredients:

- 12 Mint leaves(Pudina)
- 8 Basil Leaves(Tulsi)
- 4 Green cardamom (Elaichi)
- 2 gm Cinnamon (Dalchini)
- 20 gm Ginger (Adrak)
- 20 gm Jaggery (Gur)

### Instructions:

- Take 4 cups of water in a tea pan
- Add all ingredients, simmer it for 10mins
- Add a dash of lemon juice and serve hot or cold

**For those who are too lazy to collect  
the above ingredients  
(to make their own hunza tea) may order**

**You may place your order at:**

**Dynamic Memory Pvt. Ltd.**

**B-121, 2nd Floor, Green Fields, Faridabad (Haryana)**

**Mobile No.: 09312286540, 09313378451**

**E-mail: mw@asiabookofrecords.com**

**Log on to [www.biswaroop.com](http://www.biswaroop.com) to buy products**

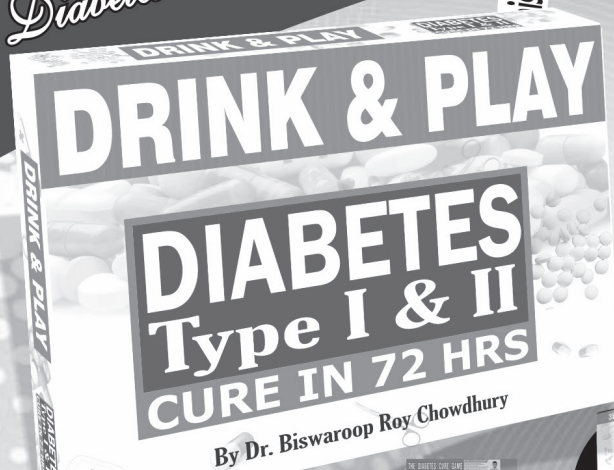


76 Cups  
of  
Hunza  
Health

₹ 200/-  
(Courier charges extra)

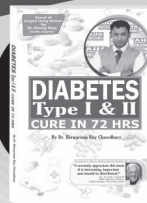


*Gift yourself and your loved one  
a Diabetes Free Life*

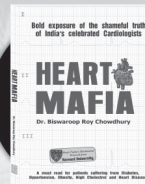


Available  
in English/Hindi

is kit contains:



Book  
'Diabetes Type I & II-  
Cure in 72hrs'



Book  
'Heart Mafia'



Hunza Tea



Diabetes  
Cure Game



DVD

Price: ₹ 600/-  
(Courier charges extra)

Place your order at:

Dynamic Memory Pvt. Ltd.

B-121, 2nd Floor, Green Fields, Faridabad (Haryana) Mobile No.: 09312286540, 09313378451  
E-mail: mw@asiabookofrecords.com website: www.biswaroop.com

Log on to [www.biswaroop.com](http://www.biswaroop.com) to buy products



# WORLD RECORDS UNIVERSITY



World Records University is an autonomous university formed by the conglomeration of National Record Books all across the globe. It has its registered office in UK and India (Faridabad-Haryana).

World Records University has launched Honorary Doctorate in Nature Science and Medicine in India.

## Honorary Doctorate in Nature Science and Medicine:

### Eligibility Criteria:

World Records University invites application from health practitioners from following fields:

- Allopathy
- Ayurveda
- Naturopathy
- Homeopathy
- Acupressure
- Acupuncture
- Physiotherapy
- Yoga
- Chromotherapy
- Aromatherapy
- Magnet Therapy
- Reiki
- Neuro Linguistic Planning
- Osteopathy
- Pranic Healing
- Reflexology
- Siddha Medicine
- Qi

### Steps to Claim Your Honorary Doctorate in Nature Science and Medicine:

**Step 1:** Submit Honorary Doctorate Degree Application form .You may request for the application form by sending an email at [info@worldrecordsuniversity.com](mailto:info@worldrecordsuniversity.com) or through telephonic request at 09555008451.

**Step 2:** Your Application will undergo preliminary scanning for approval.

**Step 3:** After approval /acceptance of the application you will be required to deposit the processing fee.

**Step 4:** You will be given online study material, assignments and test.

**Step 5:** Submit the assignments and test.

**Step 6:** Write thesis on the basis of the format provided by the World Records University.

**Step 7:** Submit your Thesis.

**Step 8:** World Records University will authenticate the originality of your thesis and on acceptance by the panel of experts World Records university will confer you with the Honorary Doctorate.

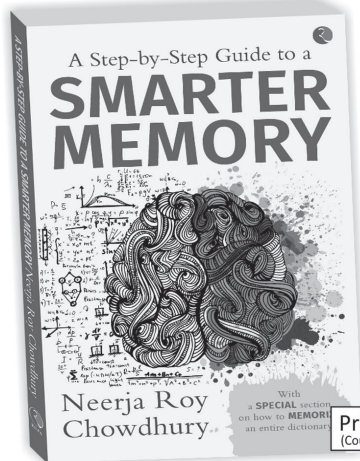
For Details contact us at [www.worldrecordsuniversity.co.uk](http://www.worldrecordsuniversity.co.uk)

Email: [info@worldrecordsuniversity.com](mailto:info@worldrecordsuniversity.com) Phone: 0129-2510534, +91-9555008451

**Note:** World Records University is an autonomous body and is not controlled/affiliated to U.G.C. (University Grant Commission)

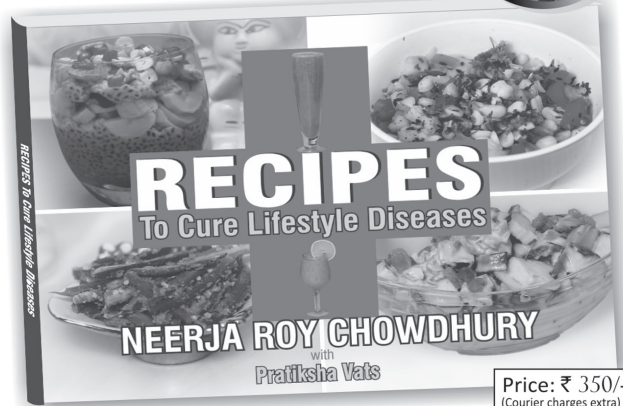
# The Ultimate honor in alternative medicine...

# Books by Neerja Roy Chowdhury



Price: ₹ 195/-  
(Courier charges extra)

## Learn to Learn Fast



Price: ₹ 350/-  
(Courier charges extra)

## Let food be your medicine

Log on to [www.biswaroop.com](http://www.biswaroop.com)  
to buy products

Place your order at:

Dynamic Memory Pvt. Ltd.  
B-121, 2nd Floor, Green Fields, Faridabad (Haryana)  
Mobile No.: 09312286540, 09313378451  
E-mail: [mw@asiabookofrecords.com](mailto:mw@asiabookofrecords.com)



**Now on  
Stand**



**Coming  
Soon**

**For making or breaking a record  
contact:9999436779**

India Office: B-121, 2nd floor, Green Field Colony,  
Faridabad-121003 Mob.:9654423229, 9810996229

E-mail:biswaroop@biswaroop.com Website:www.biswaroop.com

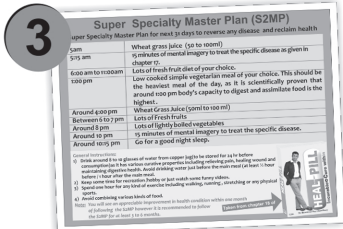
Vietnam Office: 148-150 Hong Ha Street Phu Nhuan District,  
Ho Chi Minh City, Viet Nam

Mob.:+841269672211, +84903710505

# India's first and only wheat grass juicing kit



## Wheatgrass Juicing Kit



## Wheatgrass Juicing kit contains

1. Juicer with C-Clamp
2. Cleaning brush
3. Recommended S2MP chart for healing



Price: ₹ 1500/-  
(Courier charges extra)

Place your order at.

Dynamic Memory Pvt. Ltd.

B-121, 2nd Floor, Green Fields, Faridabad (Haryana)

Mobile No.: 09312286540, 09313378451

E-mail: mw@asiabookofrecords.com

Log on to [www.biswaroop.com](http://www.biswaroop.com) to buy products

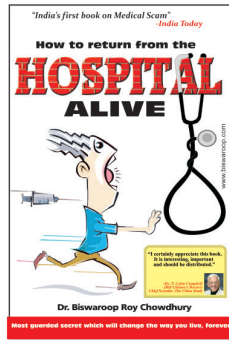
“1947 तक देश अंग्रेजों का गुलाम था  
आज देश अंग्रेजी दवा का गुलाम है”

# Get Rid of 3D's Diseases, Drugs and Doctors

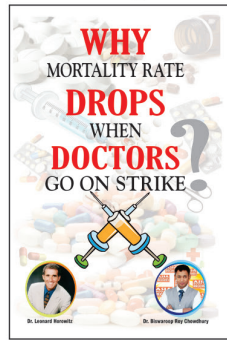
## Books by Dr. Biswaroop Roy Chowdhury



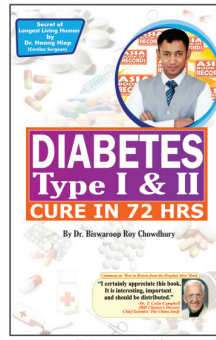
Price: ₹ 175/-  
(Courier charges extra)



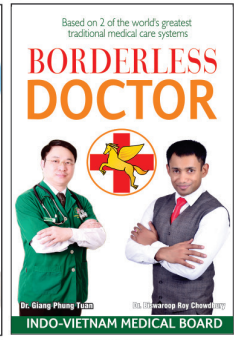
Price: ₹ 95/-  
(Courier charges extra)



Price: ₹ 200/-  
(Courier charges extra)



Price: ₹ 150/-  
(Courier charges extra)



Price: ₹ 150/-  
(Courier charges extra)

**Buy online at: [www.biswaroop.com/shop](http://www.biswaroop.com/shop)  
Dynamic Memory Pvt. Ltd.**

B-121, 2nd Floor, Green Fields, Faridabad-121010 (Haryana), Ph.0129-2510534, 9312286540

E-mail: [biswaroop@yahoo.com](mailto:biswaroop@yahoo.com)

**(Available in Hindi/English, in all leading onlinestores)**

# It's your chance to reverse Diabetes Join

## 72 HOURS DIABETES CURE TOUR

Be under the direct supervision of  
internationally renowned medical nutritionist  
**Dr. Biswaroop Roy Chowdhury**  
and his medical team  
for **3** days



**Free yourself from  
the burden of 3D's  
Diabetes, Drugs and Disease  
.....Forever**

You can do it in **3** steps:

**Step-1 :** Know more about it by reading the  
chapter "72 hours Diabetes Cure Tour" or  
watching video

[www.biswaroop.com/diabetescuretour](http://www.biswaroop.com/diabetescuretour)

**Step-2:** Book a seat for the next diabetes tour at  
09555008451 or [biswaroop.com/booking](http://biswaroop.com/booking)



**'72hrs Diabetes Cure Tour'**

held on 29, 30 April & 1 May 2016, at 'Zorba The Buddha', New Delhi, India

# Be Healthy again