

# DIABETES

## ذیابیطس

### میں کیسے جیا جائے؟

ڈاکٹر محمد صادق رضاوی



بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ  
قُلْ أَطِيعُوا اللّٰهَ  
وَأَطِيعُوا الرَّسُولَ

مجلس التحقیق الاسلامی اربنہ  
معدت البریری

کتاب و سنت کی روشنی میں لکھی جانے والی اردو اسلامی کتب کا سب سے بڑا مفت مرکز

## معزز قارئین توجہ فرمائیں

- کتاب و سنت ڈاٹ کام پر دستیاب تمام الیکٹرانک کتب... عام قاری کے مطالعے کیلئے ہیں۔
- مجلس التحقیق الاسلامی کے علمائے کرام کی باقاعدہ تصدیق و اجازت کے بعد (Upload) کی جاتی ہیں۔
- دعوتی مقاصد کیلئے ان کتب کو ڈاؤن لوڈ (Download) کرنے کی اجازت ہے۔

### تنبیہ

ان کتب کو تجارتی یا دیگر مادی مقاصد کیلئے استعمال کرنے کی ممانعت ہے  
کیونکہ یہ شرعی، اخلاقی اور قانونی جرم ہے۔

اسلامی تعلیمات پر مشتمل کتب متعلقہ ناشرین سے خرید کر تبلیغ دین کی  
کاوشوں میں بھرپور شرکت اختیار کریں

PDF کتب کی ڈاؤن لوڈنگ، آن لائن مطالعہ اور دیگر شکایات کے لیے  
درج ذیل ای میل ایڈریس پر رابطہ فرمائیں۔

✉ [KitaboSunnat@gmail.com](mailto:KitaboSunnat@gmail.com)

🌐 [www.KitaboSunnat.com](http://www.KitaboSunnat.com)



# ذیابیطس میں کیسے جیا جائے!

ڈاکٹر محمد صادق رضاوی

(سعودی عرب۔ الریاض)

طاہر سنز اردو بازار، لاہور

فون: 7234137-7312159

(جملہ حقوق بحق مصنف محفوظ ہیں)

ذیابیطس میں کیسے جیا جائے!	۰۰	نام کتاب
ڈاکٹر محمد صادق رضاوی (سعودی عرب۔ الریاض)	۰۰	مصنف
جاویداقبال	۰۰	اہتمام
اکرم پریس، بلال سٹریٹ لاہور	۰۰	مطبع
130/- روپے	۰۰	قیمت

## انتساب!

ان محترم ہستیوں کے نام:

جنہوں نے میرا کردار بنانے میں حصہ لیا۔

میرے والد محترم محمد فیاض خان، میرے بڑے بھائی محمد اور لیس رضاوی

اور میری مرحومہ بیگم سعیدہ ارجمند شیخ۔ جنہوں نے محنت اور ایمانداری کی ہمیشہ

تلقین کی۔ خداوند ہزار نعمت ان سب کو جنت الفردوس میں جگہ دے۔

میری زندگی کی کاوشیں ان کا ہی عطیہ ہیں

محمد صادق رضاوی

## فہرست

نمبر شمار	مضمون	صفحہ
1	بچہ، رحم مادر اور جنین کی تکوین (احادیث و قرآن کریم کی روشنی میں)	7
2	ذیابیطس میں کیسے جیا جائے!	29
3	ذیابیطس اور اس کی حقیقت	36
4	ذیابیطس اور گردے	48
5	ذیابیطس و نظام دوران خون و قلب	56
6	ذیابیطس اور عوارض الدم (خون کے امراض)	69
7	ذیابیطس و بلڈ پریشر	90
8	انسولین — صحت اور مرض کے پس منظر میں	109
9	ذیابیطس نوع الاول — بچوں میں	115
10	ذیابیطس اور جنس (مردوں میں)	121
11	ذیابیطس اور جنس (عورتوں میں)	132
12	ذیابیطس اور حمل	153
13	ذیابیطس اور عوارض القدم	172
14	ذیابیطس اور متعدی بیماریاں (چھوت)	184
15	ذیابیطس اور آنکھیں	198
16	ذیابیطس اور نظام اعصاب	212
17	ذیابیطس و مشکلات الجراحیه	222
18	ذیابیطس میں جلدی بیماریاں	243
19	تعلیم بطور ذریعہ علاج ذیابیطس	260

## پیش لفظ

سعیدہ کی وفات نے میری زندگی کی بساط الٹ دی۔ ایک ایسا خلا پیدا ہو گیا کہ بھرنا ناممکن تھا۔ میرے عزیز دوست میر احمد علی اور صفدر حسین صاحب نے مجھے لکھنے کی ترغیب دی جو میرے لئے تریاق ثابت ہوئی اور اس طرح ذیابیطس پر لکھنے کا سلسلہ شروع ہوا۔ شروع میں 2001ء میں میرے مضامین ”اردو نیوز“ جہدہ میں چھپنے شروع ہوئے اور مدیر اعلیٰ اردو نیوز السید اویسیب محمد غراب نے میری حوصلہ افزائی کی۔ ابھی تین چار مضامین ہی چھپے تھے کہ میری تحریر غائب ہو گئی۔ سعودی عرب کے پاکستانی ساکنین نے تقاضا کیا کہ میں لکھوں اور محترم و ہییب محمد غراب صاحب نے عذر پیش کیا کہ مضامین کی طوالت کا اخبار متحمل نہیں ہو سکتا۔ میں نے دبی زبان سے دخل در معقولات کیا کہ قسطوں میں ہفتہ وار بھی تو ہو سکتا ہے۔ ”وہ چپ رہے۔ منظور تھا پردہ میرا“۔

تو اللہ سبحان تعالیٰ نے لاہور میں عارف محمود صاحب سے بواسطہ ندیم امان تعارف کرا دیا اور میں ”حکایت“ میں ماہ وار چھپنا شروع ہوا اور اس سب کی اتنی ضرورت کیا تھی۔ وہ تھی میرے ہم وطنوں کا جہل اور ذیابیطس سے عدم واقفیت اور خود سے لاتعلقی۔ پاکستانی حضرات کے پاس ہر چیز کے لیے پیسہ ہوتا ہے مگر اپنی ذات کے لیے صفر۔ عملی استعداد، پیسہ، غربت، ذمہ داریوں کا بوجھ، ایک کما تاجہ اور دس کھانے والے ہوتے ہیں اور کسی کو یہ احساس نہیں ہوتا کہ کیا ہو رہا ہے اور ذرائع ابلاغ بھی ناکافی ہیں اور میرے ہم پیشہ محترموں

کے پاس اتنا وقت نہیں ہے کہ اپنے مریضوں کو دے سکیں۔ میں نے بے حد کوشش کی کہ زبان کو سلیس کروں اور اس کوشش میں میری کھوپڑی اور دماغ میں علمی گوٹڑے نکل آئے ہیں۔ مگر طبی اصطلاحوں میں اُردو کا دامن تنگ ہی ہے۔ مگر کسی نہ کسی طرح میں مکمل طور پر کامیاب ہو ہی گیا اور ان مضامین کو پڑھنے اور سمجھنے کے لیے ایف اے تک کا پڑھا ہونا ضروری ہے اور کم از کم ہر مضمون کو تین مرتبہ پڑھنا ضروری ہے۔ تاکہ مفہوم سمجھ آسکے۔ اگر ہزار میں سے ایک بھی اس کے مضمون کو سمجھ گیا تو مجھے میرا صلہ مل گیا اور یہ سب کچھ میں غیر نفع بخش طور پر کر رہا ہوں۔ میرا مقصد تجارت نہیں ہے بس لاگت نکل آئے۔

## ڈاکٹر محمد صادق رضاوی

معرفت جاوید اقبال۔ 4۔ جیل روڈ۔ لاہور

فون: 7591366 - 7586897

## بچہ، رحم مادر اور جنین کی تکوین احادیث و قرآن کریم کی روشنی میں

جب سے اللہ سبحان تعالیٰ نے اسلام اتارا اور نبی اکرمؐ کو مبعوث فرمایا۔ اسلام کی مخالفت اور سازشیں شروع ہو گئی تھیں اور آج بھی جاری ہیں۔ بڑے بڑے جید مستشرقین اسلام پر اتھارٹی پیدا ہوئے اور ایسے بھی جنہوں نے بزمِ خودِ قرآن کریم کے تراجم کئے۔ حتیٰ کہ پچھلی صدی کے آخر میں جنوبی افریقہ کے عالم بے مثال شیخ احمد دیدات کا بھی کئی مستشرقین سے مقابلہ ہوا۔ مباحثہ زبردست ہوتا رہا مگر پر نالہ وہیں رہا۔ نہ مانا اور نہ اعتراف کیا اور نہ ہی ایمان لائے۔ ہمیشہ سے مخالفین کا ایک ہی رویہ رہا اور تعصب و زہر روز افزوں کبھی بھی دیا ننداری نہیں برتی اور ہمیشہ ہی حقائق کو یا تو چھپایا گیا۔ یا الفاظ کو توڑ مروڑ کر پیش کیا گیا۔ سعودی عرب میں جدہ کی ملک عبدالعزیز یونیورسٹی کے پروفیسر نواب محمد خان (میرے ہم کتب نشر میڈیکل کالج ملتان) اور پروفیسر محمد طاہر (میرے استاد و کرم فرما۔ نشر ملتان) نے اس موضوع (جنین و قرآن وحدیث) پر بے حد نادر کام کیا اور جدہ میں ایک طبی کانفرنس بھی کروائی۔ موضوع بحث تخلیقِ نبی آدم اور قرآن کریم تھا۔ علم جنین بے حد کم عمر ہے۔ مگر قرآن کریم نے چودہ پندرہ سو سال پہلے کئی جگہ بڑی جامع تفصیل سے ذکر کیا ہے۔ جبکہ سارا یورپ اندھیرے میں گم تھا اور لینس کی ایجاد کو ابھی چھ سو سال بھی نہیں ہوئے ہیں۔ پندرہ سو سال پیشتر نہ ہی عدسات تھے۔ نہ علم تشریحِ بدن تھا اور آج کل کا طبی علم تو علم جنین سے جڑا ہوا ہے کیونکہ جتنے خلقی امراض یا پیدائشی امراض یا وراثتی امراض کو جاننے اور علاج کرنے کے لیے علم جنین کا جاننا ضروری ہے۔ علم نسجات، امراض النساء، علم الاطفال اور جراثیمتِ جمیل علم جنین کے بغیر مکمل نہیں ہوتے۔ میں اس علم کا عالم تو کجا طالب علم تک نہیں ہوں۔ ایک مجرد ناقص العلم، نامکمل شخص، کندہ ناتراش مگر اس حوصلہ اور آرزو و دماغی اُتُج کا کیا کروں کہ بڑے بڑے مضامین ذہن میں آتے ہیں اور

جب اپنے چاروں طرف اس بیسویں صدی میں بھی لوگوں کو کفر و الحاد کی بات کرتے دیکھتا ہوں کہ وہ کس طرح وجود ربانی سے استغفر اللہ منکر ہوتے ہیں۔ اپنی اس زندگی میں ہی سب کچھ دیکھا سنا کہ مرارجی ڈیسانی خود اپنا پیشاب روزانہ صبح کو پیتے تھے۔ نہ جانے کس حکمت و منطق کے تحت اور وزیر اعظم ہند جو اہر لال نہرو کے حکم سے ہی بابرہ مسجد میں بت رکھے گئے تھے۔ ان سے بڑا انٹیلیکچوئل ہند میں نادر ہی تھا۔ یا اب بھی لوگ وہاں دریا کے کنارے طلوع الشمس کی عبادت کرتے ہیں جبکہ خالق کل جس نے یہ سارا نظام ترتیب دیا اس ہی کی ذات سے بے بہرہ ہیں۔ اس تحریر کا محرک بہ صفت طیب یہ ہے کہ بچہ اور خصوصاً انسانی بچہ کی پیدائش و تخلیق اللہ تعالیٰ کی نشانیوں میں سے ایک ہے۔ شاید کوئی یہ مضمون پڑھے اور سنے تو اس کو اصلیت و حقیقت سمجھ آ جائے اور رب العزت کی ذات سے واقف ہو جائے۔ انسانی بچہ ایک خلیہ سے نمودار ہوتا ہے اور اس ایک خلیہ میں کروڑوں راز بند ہوتے ہیں۔ یہ معجزہ تخلیق ہے۔ اس حادثہ تخلیق سے بڑا کوئی معجزہ نہیں۔ بالکل حیران کن۔ آج کے متمدن دور میں لظفہ ٹھہرنے سے لے کر پیدائش تک کی ساری منازل کا علم مشکل نہیں ہے۔ رسالے، جرائد، انٹرنیٹ پر ہر قسم کی معلومات پلک جھپکنے میں مل سکتی ہے۔ انسانی بچہ کا ارتقا، نمو، اس طرح ہوتا ہے کہ ماں کا انڈا باپ کے کرم منی سے ملاپ یعنی جفت سازی تخلیق کی پہلی منزل ہوتی ہے اور دونوں مل کر ایک زائیکوٹ بناتے ہیں۔ آپ اس کو بارور بیضہ بھی کہہ سکتے ہیں۔ زائیکوٹ ایک سنگل خلیہ ہوتا ہے۔ زیادہ تر نکوینی مراحل رحم مادر میں ہی قرار پاتے ہیں۔ پیدائش یا ولادت کے بعد بچپن، لڑکپن، نوجوانی، جوانی اور مکمل جسم یہ سب زندگی کی ارتقائی منازل ہیں۔ طبی نقطہ نظر سے عموماً ارتقا کو دو حصوں میں تقسیم کیا جاتا ہے۔ پیدائش سے پہلے بطن مادر اور پیدائش کے بعد۔ ولادت تو ایک تمشیلی منزل ہے۔ نمو ولادت پر ختم نہیں ہوتی۔ بلکہ جاری رہتی ہے۔ تعمیری تبدیلیاں مثلاً دانتوں کا بننا اور نمودار ہونا۔ یا لڑکے اور لڑکیوں کے جسم میں داخلی اور خارجی تبدیلیاں۔ بالوں کا ظاہر ہونا اور ان کی جسم پر تقسیم۔ سینہ اور چھاتی کی تبدیلی۔ جن کو ثانوی جنسی تبدیلیاں کہہ لیجئے۔

کرم منی اور بیضہ کے اختلاط (جب کرم منی انڈے میں داخل ہو جاتا ہے) سے زائیکوٹ بنتا ہے اور یہ رحم مادر سے باہر ہوتا ہے۔ یہ بارہ سے سولہ خلا یا میں تقسیم ہوتا ہے اور مارولا کہلاتا ہے۔ جفت سازی کے تین دن بعد مارولا بنتا ہے۔ یہ مارولا اب رحم میں داخل ہوتا ہے اور اس کے اندر ایک خلا پیدا ہوتا ہے اور پھر اس خلا میں رقیق مادہ بھر جاتا ہے۔ اس منزل پر یہ ”بلاستوسائٹ“ کہلاتا ہے۔ جس کے بعد اس میں تین تہوں کی پلیٹ بنتی ہے۔ اسی طرح

دن بعد دن منزل بعد منزل بچہ بڑھنا شروع ہوتا ہے۔ ساتھ ہی اعصابی ملی یا نیورل ٹیوب بننا شروع ہوتی ہے اور تقریباً 8 ہفتہ میں امبریو بن جاتا ہے اور اب یہ جنین کہلاتا ہے۔ اس آٹھ ہفتہ کے اختتام تک سارے اعضائے ریکیہ کی بنیاد پڑ جاتی ہے۔ ماہران ولادت ان 9 ماہ کو جو حمل کے ہوتے ہیں، تین ادوار میں تقسیم کرتے ہیں۔ جو تین سہ ماہیاں یا (Trimester) ہوتی رہیں۔

پیدائش کے بعد بچہ شیر خوارگی، بچپن، بلوغت، جوانی کی منزلوں سے گذرتا ہے۔ 1940ء تا آج سے 64 سال پہلے یہ علم بے حد محدود تھا اور خصوصاً پیدائشی یا خلقی امراض کے متعلق قریباً لاعلمی ہی تھی۔ مگر آج کے دور میں یہ امر واضح ہے کہ ان امراض میں اظہار کروموسومز (Chromosomes) کا بے حد عمل دخل ہے۔ جیسے ڈاؤن سنڈروم اور اب یہ علم بھی ہوا کہ شروع کے آٹھ ماہ بڑے حساس ہوتے ہیں اور ایک سرے، وائرس اور بعض ادویات مثلاً تھیلڈو مائڈ وغیرہ برا اثر ڈالتی ہیں۔ لہذا ان ابتدائی ایام میں ماہر امراض ولادہ اور دوسرے ماہرین اطبا کا فرض ہے کہ وہ جنین کی حتی الوسع حفاظت کریں اور جنین کو نارمل طور پر بڑھنے اور پیدا ہونے کے مواقع فراہم کریں۔ علم جنین میں جن چیزوں کا دلچسپی سے مطالعہ کرنا چاہئے وہ بیضہ ریزی بیضہ خلیہ (کچا انڈا) کرم منی (اسپرم) کا سفر، جفت سازی، بیضہ کا رحم میں قرار یا ٹھہراؤ۔ جنین اور ماں کے درمیان استواری رشتہ، جنین کا اپنا ذاتی نظام دوران خون وغیرہ۔ یہ سب حمل کی تعمیری منازل ہیں۔ صحت کے ارتقا خلقی امراض کے اسباب کا علم ضروری ہے۔ جب جنین پر کڑی نظر رکھی جائے تو ماں کی صحت کا بھی اتنا ہی خیال رکھا جائے۔ ماہر امراض اطفال کے لیے علم جنین کا علم خصوصاً بے حد ضروری ہے۔ کیونکہ ان کو کافی ایسے امراض سے واسطہ رہتا ہے۔ مثلاً حاجز (ڈایا فرام) کا ہرنیا (Hernia) یا فٹس۔ ریڑھ کی ہڈی کی پشت جڑی نہ ہوئی یا پیدائشی دل کی بیماریاں جیسے دل میں سوراخ۔ طفولتی شرح اموات قریباً اس سبب سے ہوتی ہے۔

## تاریخی پس منظر

تین صدیاں پہلے سراسحاق نیوٹن نے کہا تھا کہ چرخی تحقیق پرانی ابتدائی تحقیق کے کندھوں پر کھڑی ہے (حضرت جگر امراد آبادی کے کندھوں پر ان کے بھتیجے سوار تھے۔ بولے تاپا یاہا میں آپ سے لمبا ہوں۔ تو فرمایا کہ بھتیجے یہ نہ بھولا کہ تمہاری اس لمبائی میں میری لمبائی بھی شامل ہے) اپنے اور اپنے ماحول کے متعلق جاننے کا شوق تو پرانا ہے اور انسانی فطرت بھی کہ وہ کب

عالم وجود میں آئے اور یہ کہ خلقی امراض کا سبب کیا ہوتا ہے۔ یونانیوں نے اس علم میں بھی پہلے کی گوکہ کافی ملاحظیات غلط بھی ثابت ہوئے ہپوکریٹس کی کتابوں میں علم جنین کی کافی معلومات درج ہیں۔ چار صدی قبل مسیح میں ارسطو نے ایک مثبت تجربہ کیا۔ بیس یا اس سے زیادہ انڈے لو۔ قریباً دو مرغیوں کو ان پر بٹھا دو۔ ہر روز ایک انڈا نکالو۔ اس کو توڑو اور جنین کی منازل کا ملاحظہ کرو۔ پرندوں کے بچوں اور انسانی جنین میں ارتقائی منازل کے سلسلے میں زیادہ فرق نہیں ہے۔ محققین اور علما کا فیصلہ ہے کہ ارسطو علم جنین کا جد امجد ہے اور علم جنین کا اول سنگ بنیاد۔ دوسری صدی بعد مسیح میں گالین نے علم جنین پر کتاب لکھی۔ جنین کی تعمیر و نمو پر بحث کی اور تین منازل کو بیان کیا۔ Allantois غلاف جنین اور آنول کا ذکر کیا اور آج سے پندرہ سو سال پہلے قرآن کریم نے علمی و تفصیلی معلومات فراہم کی ہیں کہ جنین انسانی ذکر اور ائمی کی رطوبتوں کے مخلوط ہونے سے پیدا ہوتے ہیں اور مرد کا کرم منی انسانی جنین کا سبب ہوتا ہے اور چھ دن کے اندر رحم مادر میں بیج کی طرح قرار پکڑتا ہے اور یہ جما ہوا خون کا تو تھرا سا بن جاتا ہے کیونکہ ظاہری تصویر اس طرح ہی لگتی ہے۔ قرآن کریم نے یہ بھی بتایا ہے کہ جنین کی نموتین اندھرے پردوں میں ہوتی ہے۔ ان تین عدد پردوں سے مراد:

1- ماں کے پیٹ کی باہر کی دیوار۔

2- رحم کی اپنی دیوار۔

3- غلاف جنین۔

جنین کی منازل یا مراحل کی سب سے پہلے صحیح تصویر لیونارڈو ڈی ونچی نے بنائی۔ ہاروے نے 1651ء میں مرئی کے جنین پر کام کیا اور خصوصاً جنین کے دوران خون پر۔ وقت کی رفتار کے ساتھ تحقیق کی منازل بھی طے ہوئیں۔ 1657ء، 1672ء، 1675ء، 1759ء میں ہاروے ڈی گراف، ماہیچی، وولف نے کام کی ابتدا کی اور جاری رکھا۔ 1818ء، 1827ء میں خلقی بیماریوں پر کام ہوا آخر شیلڈن شوواں نے خلیہ تھیوری (Cell Theory) پر کام کیا اور یہ ثابت کیا کہ جسم خلیا کا مرکب ہے۔ اس کے بعد ہی یہ ثابت ہوا کہ جنین ایک خلیہ سے مرکب ہے اور جفت سازی سے زائیکوٹ بنتا ہے۔

1839ء میں چارلس ڈارون نے انسانوں کی تخلیق اور ارتقاء پر بحث کرتے ہوئے یہ بتایا کہ وراثتی عمل دخل ہے انسانی ارتقائی مراحل میں۔ ڈارون کا کام نقشہ تھا۔ مگر صحیح معنوں میں جورج میڈل نے 1865ء میں تو انین وراثت وضع کئے۔ مگر اس وقت کے علما ان تو انین کو سمجھ

نہ سکے۔ فلیمنگ نے 1878ء میں کروموسوم پر بحث کی۔ اس نے رائے دی کہ جفت سازی میں اس کا دخل ہے۔ اس نے بتایا کہ تخم تیار ہونے کے بعد کروموسوم کی تعداد تو کم ہو جاتی ہے۔ 1902ء میں سوٹن اور بوڈو لیری نے خالص اپنے طور پر کام کیا اور اس بات کی تائید کی کہ جورج مینڈل کے قوانین وراثت صحیح ہیں۔ کروموسوم کی دریافت نے میڈیکل سائنس کی تاریخ میں بالکل نئے باب کا اضافہ کیا۔ یہ سارے تاریخی حوالہ جات دینے سے علم کی روشنی میں اضافہ کرنا نہیں۔ بلکہ اپنی جہالت، کمزوری، بے بضاعتی کے باوجود کوشش ہے کہ اللہ سبحان تعالیٰ کی آیات میں سب سے بڑا آیت اور معجزہ قرآن کریم ہے۔ ایک سچی آخری کتاب ہے اور رسول اکرم صلی اللہ علیہ وسلم آخری نبی تھے۔ قرآن کریم کی حفاظت کی ذمہ داری خود سبحان تعالیٰ نے لی ہے اور آج تک ایک لفظ، حرف، نقطہ، زیر، زبر، کی تحریف نہیں ہے۔ اللہ تعالیٰ کا یہ دعویٰ بھی صحیح ہے۔ آج سے پہلے پرانے زمانوں میں علما تو تھے مگر لوگوں میں اتنی علمی استعداد نہیں تھی کہ سمجھ سکیں اور کسب علم ربانی کر سکیں اور اسرار کائنات پر سیر حاصل، بحث و تفہیم علم کر سکیں۔ رسول اکرمؐ سب سے آخر میں بھیجے گئے۔ اللہ تعالیٰ کا مقصد وہ کتاب اتارنی تھی جو سارے عالم کے لیے ہو۔ مکمل قانون حیات، ایک مکمل ضابطہ حیات، اس کتاب کا مخاطب یا ”ایہا القوم“ یا ایہا القریش یا کوئی خاص قوم نہ تھی بلکہ اس کا مخاطب ”یا ایہا الناس“ یعنی سارے عالم کے لوگ ہیں اور چونکہ سیدنا محمد صلی اللہ علیہ وسلم نبی آخر الزماں ہیں اس لیے ان کے لیے اور نبی آدم کے لیے بے حد اہتمام کیا گیا۔ حضور اکرم صلی اللہ علیہ وسلم چونکہ نبی صلی اللہ علیہ وسلم امی تھے لہذا ان کی تربیت پر خاص توجہ کی گئی۔ پہلی وحی ”اقراء بسم رب“ کے بعد تین سال تک کوئی وحی نہیں اتری۔ حتیٰ کہ آپ صلی اللہ علیہ وسلم کو پریشانی بھی ہوئی تھی۔ آج سے تین ماہ پہلے برشل میں جمعہ کے روز ڈاکٹر اسرار احمد کی تقریر سنی تھی۔ ان کی توجیہ یہ تھی کہ اس تین سال کے عرصہ میں ایک فرشتہ باقاعدہ مسلسل رسول اکرم صلی اللہ علیہ وسلم کی تربیت کے لیے مقرر ہوا تھا اور جب بنیاد پڑ گئی تو پہلے آسمان سے رفتہ رفتہ قرآن کریم اترا شروع ہوا۔

رب العزت اور رسول اکرم صلی اللہ علیہ وسلم نے کئی مرتبہ حصول علم و تحقیق علم کے سلسلے میں کئی مرتبہ حوصلہ افزائی کی ہے۔ قرآن کریم اور احادیث قدسیہ میں کئی حوالے موجود ہیں اور آج کل کے دور کی معلومات، ابحاث، ٹیکنیکل ترقی نے آج کل کی معلومات اور قرآن و حدیث کے اندراجات میں بے انتہا مماثلت پیش کی ہے اور علماء اس بات پر متفق ہیں۔ مسلم اور غیر مسلم علما کی توجہ اس موضوع پر دلائی گئی کہ آج کے ثابت شدہ علمی نتائج آج سے پندرہ سو سال قبل

قرآن کریم اور احادیث قدسی میں مکمل طور پر ایک جیسے ہیں اور معروف عالم پرذیابٹس کے مور نے اپنی کتاب میں ان کو جگہ بھی دی ہے اور اپنی کتاب ”علم جنین انسان“ پر سیر حاصل بحث بھی کی ہے اور موازنہ بھی کیا ہے قرآن کریم، حدیث اشرف کے حوالوں سے۔ فرانسیسی محقق مورس بیکال نے اس مماثلت قرآن و حدیث و ذیابٹس جنین اور موجودہ طبی و علمی نتائج پر 10 سال ریسرچ کی اور اس نے 1976ء میں یعنی قریباً تیس سال پہلے فرانسیسی طبی اکادمی میں قرآن کریم و احادیث نبوی کی روشنی میں اور ماڈرن ریسرچ کے ثابت شدہ نتائج کو پیش کیا اور جوات طلب کیا ان محترم علماء کا جواب صرف یہ تھا ”قرآن کریم میں لازماً اللہ کا کلام ہوگا اور علم رہا ہوگا“ بس وہ یہی کچھ کر سکتے تھے۔ آخر اسلام دشمنی اور تعصب کا پردہ کس طرح ہٹ سکتا ہے۔ میری حقیر و کمزور ہستی کی اتنی آواز نہیں اور نہ اتنا سرمایہ کہ ایک ایسا جینل لانچ کر سکوں جو اسلام کی صحیح روح اور عالمی پیغام کو ”یا ایہا الناس“ تک پہنچا دے۔ ہم تو بس یہ کر سکتے ہیں کہ مسجدوں میں بازاروں اور گرجوں میں بم پھاڑ سکیں۔ جیسے سیالکوٹ کی مسجد میں دیوں مارے گئے پچاسوں زخمی ہوئے۔ یہ زبردست جہادی کارنامہ تھا۔ سیالکوٹ کے شیعہ حضرات ضرور اپنا عقیدہ بدل چکے ہوں گے اور خود کشی سے بم پھاڑنے والا جنت میں جو اور رحمت میں ٹھنڈی چھاؤں میں بیٹھا ہوگا۔ 12 اکتوبر 04ء انٹر کانٹیننٹل ہوٹل، بریدہ ہال میں جناب ایڈمرل سفیر کی زیر سرپرستی بڑے دھوم دھام اور جوش و دلولے سے پاکستان ڈے منایا گیا اور مدعوین انور مقصود اور معین اختر کا شوق تھا۔ پچارے حسب عادت وطن عزیز کے غم میں گھلے جا رہے تھے اور اپنے آپ کو بلکان کر رہے تھے۔ ان کو شاید ابھی تک یہ احساس نہیں کہ ”مرد ناداں پر کلام نرم و نازک بے اثر“۔ ہم بھی وہیں موجود تھے۔ ہم چپ رہے۔ وطن سے دور اہل وطن ایک ایک فقرے پر سر دھن رہے تھے۔ مگر ”رات گئی بات گئی“۔ کیا آج بھی اثر باقی ہوگا۔ ہم کب سدھریں گے؟۔ کب سحر ہوگی۔ کب نگار وطن مسکرائے گی۔ اسلامو فوبیا (Islamophobia) اس قدر بڑھ گیا ہے کہ یوسف اسلام کو امریکہ میں داخلے کی اجازت نہ ملی۔ پچارے FBI والے گھنٹہ بھر نام کے بچے پوچھتے رہے۔ باپ بیٹی کو 33 گھنٹے جدا رکھا اور واپس لندن بھیج دیا۔ میری تو یہی کاوش ہے کہ شاید میری تحریر ہار آور ہو اور کوئی مجاہد صلح۔ امن و آشتی کا جھنڈا بلند کرے اور اسلام کا خوف دور کر سکے اور سچائی پیش کر سکے۔ ہاں جنوبی افریقہ کے احمد دیدات کے بعد ہند میں ایک آواز ابھری ہے ڈاکٹر ذاکر نانک کی۔ امید بندھی ہے اور دوسرے حیدر آباد کن کے ڈاکٹر عبدالرشید صاحب جو ایک اللہ کے نیک بندے ہیں۔

یہ میرے رفیق کا رتھے ریاض میں اب یہ کفر کے درمیان اسلام کی ضوجگانے کی کوشش کر رہے ہیں۔ خدا ان کو توفیق دے اور لمبی عمر بھی۔ میں تو اب یہی کر سکتا ہوں کہ ممکن طریق سے اپنا پیغام وطن کے لوگوں تک پہنچا سکوں۔ اگر زندگی رہی۔

سورہ فصلت آیت 53 ملاحظہ ہو ”جلد ہی ہم ظاہر کریں گے اپنی نشانیاں کائنات کے دور دراز حصوں میں حتیٰ کہ ان کی سچائی سامنے آجائے۔ کیا (اے بنی انسان) یہ کافی نہیں ہے کہ تمہارا خالق سب چیزوں پر گواہ و شاہد ہے۔ اس سورہ کے معنی میں خالق کا کائناتی پیغام مضمر ہے۔

علم جنین کے علم پر تو قرآن مجید اور احادیث نبوی کی روشنی میں انکشاف کا پہاڑ ٹوٹنا چاہئے تھا کہ جنین کی نمو کے تدریجی منازل بے حد ترتیب۔ تفصیل اور با معنی ٹرینالوجی سے مرصع ہیں۔ کتاب عظیم نے جنین (Embryo & Fetus) اور اس کی ارتقائی نمو کی منازل (Stages) جفت ساز بیضہ اور رحم مادر کا تعلق و وراثی قوانین سب پر جامع روشنی ڈالی ہے۔ کتاب عظیم (قرآن) سبحان تعالیٰ کا آخری فرمان و قانون آج سے تقریباً پندرہ سو سال پہلے نازل ہوا۔ اصل قرآن لوح محفوظ پر رہا اور اس کا نسخہ پہلے آسمان پر رہا۔ جہاں رفتہ رفتہ اترتا رہا۔ وراثی قوانین اور علم جنین تو آج کی بات ہیں اور ساری معلومات بالکل نئی ہیں۔ حدیث قدسی میں بالکل صحیح دن تک درج ہیں۔ جو نمودار اعضاء کے بننے کے متعلق ہیں۔ قرآن میں رحم مادر اور تین سیاہ پردوں کے متعلق بھی لکھا ہوا ہے۔ کتاب الہی نے تقریباً پندرہ سو سال پہلے ان چیزوں پر روشنی ڈالی جن کا ابتدائی اور معمولی علم یورپ کو سات سو سالوں سے شروع ہو اور اب کہیں جا کر پایہ تکمیل کو پہنچا ہے۔ (وہ بھی غیر مکمل) یہ بات پایہ ثبوت کو پہنچ گئی ہے کہ قرآن مجید، سائنسی تحقیقات و ریسرچ اور علم جنین بمع حوالہ جات حدیث ذرا بھی فرق نہیں ہے اور اس سے یہ ثابت ہوتا ہے کہ قرآن کریم اللہ کا کلام ہے، برحق اور سچ ہے اور خداوند قادر مطلق خود اپنے کلام کا حافظ ہے اس لیے کسی حرف، لفظ، نقطہ، زیر، زبر و پیش کی ذرا برابر بھی تبدیلی نہیں ہوئی ہے اور احادیث نبوی بھی جس محنت، لگن، ایمانداری، تدقیق و تصدیق سے جمع کی گئی ہیں اس کی مثال کرہ ارض پر نہیں ملتی۔ جس کی مثال صحیح بخاری و مسلم ہیں اور اس قدر شدت و محنت سے یہ عمل ہوا کہ علم حدیث ایک مدرسہ، بن گیا اور ایک علیحدہ علم کی شکل اختیار کر گیا۔ ہر ہر آیت قرآنی و احادیث کے متعلق ایک ایک حرف پر تحقیق ہوئی۔ حوالہ جات کے لیے پانچ مختلف عربی زبان کی کتابوں سے معنی کو سمجھا گیا۔ ہر حدیث کا ذریعہ، راوی و شخص کی تحقیق کی گئی۔ شخصیت اور کردار تک پر زبردست ریسرچ کی گئی۔ قرآن کریم، سورہ سبا آیت 6 ملاحظہ

فرمائیے ”اور وہ لوگ جن کو علم دیا گیا۔ ان کو علم ہے کہ جو علم ان پر اتارا گیا۔ وہ سبحان تعالیٰ کا کلام ہے اور سچ ہے۔، حق ہے اور ہدایت کا راستہ دکھاتا ہے اور ساری تعریفیں اللہ کے لیے ہیں۔“

سائنسی علوم کے تاریخی محققین جو دینی راستوں کو کاٹتے ہیں اور محققین نے ان کو اللہ سے منسوب کیا ہے اور اس سے زیادہ نہیں۔ مگر کلام اللہ جو پندرہ سو سال پہلے اتر اس نے یہ سارے توہمات، غلطیان، الزامات رد کر دیئے۔ اب آخر میں ساری دنیا کے علماء اس بات پر متفق ہیں کہ انسانی جسم کا ہر ہر خلیہ ایک خصوصی کردار اور اہمیت کا حامل ہے اور ہر خلیہ کا تعلق خاص بیج، اعضاء، نظام جسم سے ہے اور پورے جسم سے مربوط ہے۔ کس قدر سچ ہے کہ تکمیل جسم میں بڑی حکمت مضر ہے اور اس حقیقت کی کڑی ہے کہ تخلیق آدم کا مقصد تھا اور ہے اور ضرور حکمت تھی خلق العظیم یوں ہی حادثا نہیں پیدا ہوئی۔ سورۃ نمل کی 93 ویں آیت ملاحظہ ہو۔ ”اور کہو، اللہ سبحان تعالیٰ قابل ستائش ہے۔ جو جلد ہی تم پر اپنی نشانیاں ظاہر کرے گا۔ تاکہ تم کو علم ہو سکے۔“

جہاں تک تاریخی شواہد کا تعلق ہے تو آقائے دو جہاں سیدنا محمد صلی اللہ علیہ وسلم اسی تھے اور ناخواندہ لوگوں کے درمیان ہی رہتے تھے۔ عرب اس وقت بت پرست تھے۔ کعبہ مشرفہ میں ہر قبیلہ کا بت تھا۔ عناد، فساد، کینہ پروری، نسل بانسل کا انتقام، خاندانی جنگیں، رقص و سرود، شعر و سرمستی سب طرہ امتیاز تھا۔ جادو و توہمات کا شکار تھے اور جب آپ صلی اللہ علیہ وسلم معبوث ہوئے تو بے حد منافقتیں ہوئیں۔ یہود بھی کچھ کم جہالت میں مبتلا نہیں تھے۔ ان کا عقیدہ تھا کہ بیوی کے ساتھ مباشرت اگر پیچھے سے پہنچا جائے تو پیدا ہونے والے بچے کی آنکھیں بھینگی ہوتی ہیں۔ صحیح بخاری، فتح الباری جلد چہارم ص 126 میں تحریر ہے۔ (یعنی ہم ناخواندہ لوگ ہیں جو نہ لکھنا جانتے ہیں اور نہ ہی حساب جانتے ہیں)۔ نزول قرآن کریم و علم احادیث شریف کے وجود سے لوگوں میں لکھنے پڑھنے کا شوق پیدا ہوا۔ فتح الباری جلد 9 میں 14 اور صحیح مسلم شرح النوادی جلد 7 ص 192 پر درج ہے کہ رسول اکرم صلی اللہ علیہ وسلم کے زمانہ میں جو لوگ لکھ سکتے تھے وہ پتھر، کھجور کے پتوں اور چمڑے پر لکھتے تھے۔ ایسے نامساعد حالات میں جنین کی نمودار لیکن کا ذکر کتاب اللہ میں ہوا تو یہ کلام اللہ کی صداقت اور نبی اکرم صلی اللہ علیہ وسلم کی رسالت کی تصدیق ہے کہ دونوں حق ہیں اور اللہ سبحان تعالیٰ کا وجود ایک اٹل سچائی ہے۔

قبل الاسلام ایک زمانہ تک یہ عقیدہ تھا کہ بچہ جنین ماہواری کے خون کے لوتھڑے سے بنتا ہے۔ جب لیس ایجا ہوا اور چیزوں کو بڑا کر کے دیکھنے کا وسیلہ بنا۔ اس وقت تک یہی جاہل عقیدہ

راخ رہا۔ مگر مسلمان علماء قرآن کریم واحادیث شریفہ کی روشنی میں اس امر کو دیکھتے تھے اور یقین کامل رکھتے تھے کہ جنین مرزا اور عورتوں کی باہمی رطوبتوں سے مل کر بنتا ہے۔ قرآن کریم سورہ القیامہ آیات 36 تا 38 تفصیلی شہادت دیتا ہے۔ ترجمہ: ”کیا انسان یقین کرتا ہے کہ وہ آزاد چھوڑ دیا گیا ہے اور بغیر مقصد کے لیے۔ کیا وہ ایک قطرہ اس مٹی کا نہ تھا جب وہ خارج ہوئی تھی۔ پھر وہ حلقہ بنا یعنی جو تک کی طرح تب وہ سیدھا کیا گیا اور سنوارا گیا (صدق اللہ العظیم) خدا شاہد ہے کہ اس اعجاز سے بڑھ کر کیا ہوگا اللہ تبارک تعالیٰ اس قدر چابکدستی اور علمی تفصیل سے تینوں منائل کو طے کر گیا۔ صرف تین چھوٹی چھوٹی آیات میں (سبحان اللہ الخالق المعجز)۔

قرآن کریم نے اس سے آگے بھی تفصیل دی ہے اسی معجزانہ اختصار سے۔ ”ماہواری کے ایام میں اپنی عورتوں کے قریب نہ جاؤ“۔ حکیمانہ حکم ہے۔ سورہ بقرہ آیت 222 ملاحظہ ہو۔ ”وہ تم سے پوچھتے ہیں مباشرت حیض کے دنوں میں۔ ان کو بتاؤ کہ یہ نقصان دہ ہے۔ پس حیض کے دنوں میں عورتوں سے دور رہو۔ حتیٰ کہ وہ پاک و صاف نہ ہو جائیں“ (صدق اللہ العظیم)۔ اب آج کے دور میں طبی طور پر یہ ثابت ہے کہ حیض کے ایام میں رحم کے اندر نقلشن پیدا ہو سکتی ہے اور ورم دروان رحم پیدا ہو سکتا ہے اور دوسری کئی پیچیدگیاں پیدا ہو سکتی ہیں۔ کیونکہ حوض یا پیڑ میں خون زیادہ آیا ہوتا ہے اور عورتوں میں ان دنوں میں بے چینی زیادہ ہوتی ہے اور اگر مردوں کو پیشاب کی نالیوں میں مرض ہو تو وہ عورتوں کے لیے مزید بیماریوں کا سبب بن سکتا ہے اور صحیح بات یہ ہے کہ اس سے بانجھ پن پیدا ہو سکتا ہے۔

سورۃ المؤمنون آیت 12 سے 15 ملاحظہ ہو: (ہم نے آدی کو پیدا کیا بے حد نری سے کشید کی گئی مٹی (فخار) سے۔ ہم نے پھر قطرہ نطفہ کا رکھا اور پھر ہم نے اس کو مضبوطی سے آرام کرنے کے لیے جمادیا۔ اس کے بعد اس کو حلقہ بنایا اور اس کی شکل جو تک کی طرح بنائی اور پھر اس کے بعد ہڈیوں پر گوشت چڑھایا اور ہم نے اس سے مخلوق تشکیل دی (قتبارک اللہ احسن الخالقین) سو اللہ سبحان تعالیٰ قابل صد ستائش ہے کہ اس نے سب سے بہتر تخلیق کی (صدقہ اللہ العظیم)

سترہویں اور اٹھارویں صدی تک ایک یہ مقولہ عام تھا پیش وقت تکمیل جنین کرم منی (Sperm) کے سر کے اندر موجود ہوتا ہے، لیکن قرآن وحدیث کی روشنی میں مسلمان علماء نے اس فاسد نظریہ کی بیخ کنی کر دی اور یہ بتایا کہ نطفہ میں آدی کی تکمیل ممکن ہے اور یہ امر بھی واضح ہو گیا کہ اعضاء کی نمو 92 دن کے بعد شروع ہوتی ہے۔ اس سے پہلے تو ماں باپ کے دور کے متعلق اتفاق رائے نہ تھا۔ پری فارمیشن تھیوری تو مائیکروسکوپ کی ایجاد کے بعد بھی واضح سمجھی

جاتی تھی اور کچھ لوگ تو سمجھتے تھے کہ ماں کے انڈے میں چھوٹا جنین ہوتا ہے اور بچے کی پیدائش و حمل میں صرف ماں کا دخل ہوتا ہے باپ کا نہیں۔ ماپرتیوس (Mapertuis) 1759ء تا 1698ء یہ تیہوری پیش کی کہ جنین کی تکمیل کے لیے دو افراد (والدین) شریک ہوتے ہیں۔ قرآن کریم نے اس سے ہارہ سو سال پہلے فرمادیا تھا ”اے لوگو میں نے تم کو پیدا کیا مرد اور عورت سے“ سورۃ حجرات آیت 13 اور سورۃ الدھر آیت 3 میں اللہ تعالیٰ فرماتا ہے ”ہم نے پیدا کیا انسان کو مخلوط قطرے سے جنین کے“ اس کی تشریح مرد اور عورت کی مخلوط رطوبتوں سے ہے۔ حدیث امام احمد (مسند) سے مروی ہے کہ ایک یہودی نے رسول اللہ صلی اللہ علیہ وسلم سے سوال کیا۔ ”یا محمد! انسان کس چیز سے بنا ہے؟“ رسول اللہ صلی اللہ علیہ وسلم کا جواب تھا۔ ”یا یہودی۔ سب انسانوں کی تخلیق مرد اور عورت کے نطفوں سے ہوتی ہے“۔

ان سب باتوں سے یہ ثابت ہوتا ہے زمان قدیم سے آرا میں اختلاف چلا آ رہا تھا۔ جو اسلام کی ترویج نے دور کیا اور آج کل جتنی بھی علمی ترقی ہو رہی ہے اس ضمن میں وہ قرآن کریم اور حدیث شریف کی تکرار ہے۔ جو قرآن اور حدیث شریف میں پہلے سے درج ہے۔ ڈاکٹر کیسٹھ مورکوان کے 80 سوالوں کا جواب قرآن کریم اور حدیث شریف میں مل گیا تھا۔

یہ سارا کچھ تو تمہید سمجھنے یا تاریخی پس منظر۔ مگر اصل موضوع کی طرف آتا ہوں۔ میں اس بات کا مصترف ہوں کہ میں نامکمل۔ جاہل مطلق اور غیر عملی انسان ہوں۔ مگر ایک آرزو لیے گھومتا ہوں کہ کسی طرح میرا آج کا دن خیر کا ہو۔ اصلاح کا ہو کہ یہ شاید آخری دن نہ ہو اور رازیں گال نہ چلا جائے۔

ارسطو نے کہا تھا۔ ”وہ شخص جو نموکو اول دن سے دیکھتا ہے وہی ان کو سب سے بہتر دیکھتا ہے“۔ انسانی جنین کی نمو اور ابتداء جفت سازی سے شروع ہوتی ہے۔ جبکہ کرم منی عورت کے اغڑے سے ملتا ہے اور اغڑے کے اندر داخل ہو کر ایک خلیہ بنا تا ہے جو زائیکوٹ کہلاتا ہے۔ یہی بشر کی ابتداء ہے۔ یہ خلیہ کافی بڑا ہوتا ہے اور بغیر مدد کے ایک نمایاں دھبہ کی طرح نظر آتا ہے۔ یہی خلیہ جب بڑھنا شروع ہوتا ہے تو متعدد خلیا کا مجموعہ بن جاتا ہے اور یہ عمل تقسیم مسلسل ہے اور یہ ہجرت، نمو اور خلیا کی شناخت کے مراحل اور ادوار سے گذرتا ہے۔

گیمیٹ یا گمچی

یہ ابتداء کی وہ منزل ہے جہاں خصوصی خلیا یا گیمیٹ یا جرم سیل پر کروموسوم یا لونہ کا بڑا

عمل دخل ہوتا ہے اور خلیہ جفت سازی کے لیے تیار کیا جاتا ہے اور اس مرحلہ پر کروموسوم یا لونہ کی تعداد تقسیم ہو کر آدمی رہ جاتی ہے کرم منی (اسپرم) اور بیضہ خصوصی جنسی خلا پائیں۔

قرآن حکیم میں نطفہ کا لفظ استعمال ہوا ہے مرد اور عورت کے جنسی خلا یا کے لیے اور نطفہ الامشاج بھی استعمال ہوا ہے۔ نطفہ سے مراد قطرہ یا سائل سے ہے اور یہ مذکر اور مؤنث دونوں کے لیے استعمال ہوا ہے۔ سورۃ قیامہ آیت 37 میں ارشاد باری ہے۔ ”کیا وہ ایک قطرہ یا سائل (منی) کا جز نہیں تھا جو خارج ہوئی یا ترتیب دی گی“۔ منی سے یہاں مراد مرد اور عورت دونوں کی مباشرت کے وقت خارج ہونے والی تپلی رطوبتیں ہیں۔ اس بات کی تصدیق حدیث نبوی نے بھی کی ہے۔ صحیح مسلم کتاب النکاح، باب العزل، ”ساری کی ساری سائل (پانی) سے اولاد پیدا نہیں ہوتی۔ (ترجمہ)

کامیاب مباشرت کے اختتام پر جو مرد اور عورت کی رطوبتیں خارج ہوتی ہیں ان سب سے جفت سازی نہیں ہوتی۔ خارج ہوئی منی کے پہلے جزو میں کرم منی ہوتا ہے۔ برنج (خصیوں سے آتی نالیاں) کی رطوبت اور پرائیٹ سے خارج ہونے والی رطوبتیں۔ کرم منی چونکہ سب سے پہلے خارج ہوتا ہے لہذا اس میں حرکت زیادہ ہوتی ہے۔ نطفہ الامشاج سے مراد مرد اور عورت کی جنسی رطوبتوں کا ملبوہ یا پھر ملا جلا خلیہ۔ سورۃ الانسان آیت 2 ملاحظہ ہو: (ہم نے پیدا کیا انسان کو مخلوط رطوبتوں کے قطرہ سے)۔

قرآن کریم میں تخلیق کی دوسری منزل ”قرار کلین“ محفوظ طریقے سے جننے کے لیے ہے اور وہ جگہ رحم مادر ہے۔ سورۃ المؤمنون آیت 13 ملاحظہ ہو۔ ”رحم مادر جو اچھی طرح مضبوطی سے قائم ہے اور جنین کے لیے محفوظ جگہ ہے اور بچہ رحم کے اندر پہنچنے کے بعد رحم کی اندرونی تہ کے ساتھ چپک جاتا ہے اور نمود پر درش پاتا ہے (ترجمہ آیت 13) اور پھر قرآن کریم نے مزید فرمایا سورۃ الزمر آیت 61 جس کا ترجمہ ہے: ”رب الکریم نے تم کو تخلیق کیا۔ رحم مادر میں ایک منزل سے دوسری منزل تک اور تمہارے حول یا گردن عدد حجاز یا پردے بنائے۔ اب یہ تین پردے۔

1- ماں کے پیٹ کی خارجی دیوار۔

2- رحم مادر کی دیوار۔

3- آنول بچہ دوسری جملی کے۔ (صدق اللہ العظیم)۔

قرآن حکیم نے یہ تفسیر آج سے پندرہ سو سال پیشتر دی تھی جو آج بھی صحیح ہے۔

سورۃ السجدۃ آیت 8 بے حد غور سے ملاحظہ ہو: (ترجمہ) پھر اس کی نسل سلالہ بے حد

لطیف بہتے ہوئے پانی سے نکالی“ اب ذرا اس آیت کے معنی اور تفسیر اور بلاغت الکلام ملاحظہ ہو۔ سلالہ من ماء کا عربی مفہوم ہے۔ بے حد لطیف طریقے سے بہتی ہوئی سائل سے نکالنا ہے۔ بہتی ہوئی سائل سے دونوں مرد اور عورت کی رطوبتیں مراد ہیں جن میں گیمیٹ (انڈا اور کرم منی) ہوتے ہیں۔ بیضہ یا انڈا بھی بیضہ دانی (Ovaries) سے طویل سائل سے نکالا جاتا ہے اور یہی کیفیت کرم منی کی ہے کہ لاکھوں میں سے ایک اختلاط کے لیے چنا جاتا ہے۔ ایک کرم منی اور ایک انڈا جس کے آپس میں ملنے سے خلیہ بن جاتا ہے۔

جفت سازی یا نر تھم کا انڈے سے ملاپ کے بعد وہ خلیہ جو اکیلا ہے اس طرح تقسیم ہوتا ہے کہ لونہ (کروموسوم) آدھے رہ جاتے ہیں اور ان کی تعداد یا رقم پھر پوری ہو جاتی ہے۔ کیونکہ آدھے کروموسوم ماں کے ہوتے ہیں اور باقی آدھے باپ کے اور اس کروموسوم کا مجموعی عدد ایک ہی ہو جاتا ہے۔ طریقہ کار لونہ کا کچھ اس طرح ہے کہ کروموسوم ایک دوسرے کے ساتھ مخلوط (Shuffle) ہو جاتے ہیں۔ جیسے تاش کے پتے پھیننے جانے کے بعد۔ ایک بات بے حد اہم ہے کہ جفت سازی کے بعد ہی جنس کا تعین ہوتا ہے۔ باپ کے کرم منی سے اگر کروموسوم XX ہوں تو لڑکی اور XY ہوں تو لڑکا۔ بعض لوگ (شوہر اور سسرال والے) لڑکی کو ذمہ دار ٹھہراتے ہیں لڑکی پیدا ہونے پر جو سراسر جہل اور غلط ہے۔

جفت سازی کے سلسلہ میں تین چیزیں ظاہر ہوتی ہیں

1- خلق یا تخلیق۔

2- تقدیر۔

3- تحدید جنس۔

1- الخلق: کسی نئی چیز کی پیدائش یا وجود میں آنے کو کہتے ہیں اور زائیکوٹ کا بننا ایک نئے انسان کی تخلیق ہے۔

2- التقدير: عربی میں اس کے معنی ہیں تعمیر سنگ بنیاد یا پروگرام کا مرتب کرنا۔ سورۃ عیس کی 19 ویں آیت کا ترجمہ ملاحظہ ہو (”اس نے انسان کو نطفہ سے تخلیق کیا اور فوراً پروگرام نافذ کیا مستقبل کی تعمیر کا) صدق اللہ العظیم۔

3- جنس کا تعین: قرآن حکیم کی بلاغت و اختصار، اعجاز و مخاطب اور خوبصورتی ملاحظہ ہو۔ سورۃ النجم کی آیات 45، 46 ملاحظہ ہو: (ترجمہ ”اور اس نے خلق کئے دو جنس ذکر و انثیٰ۔ ایک

قطرہ سے جو خارج ہوا پر دو گرام کے مطابق (صدق اللہ العظیم۔ قرآن حکیم کو اعجاز حاصل ہے سمندر کو کوڑہ میں بند کرنے کا۔ عربی میں تمنی کے معنی ہیں نکلنے یا خارج ہونے کے۔ یعنی کرم منی اچھل کر نکلتا ہے۔ مرتب کرنے میں کرم منی اور انڈے کا ہونا لازمی ہے۔ نیا انسان صرف کرم منی سے نہیں بن سکتا۔ اس کے لیے بیضہ یا انڈے کا ہونا لازمی ہے۔ جنسی تعین کا علم تو پچھلی صدی کے تقریباً آخر میں ظاہر ہوا۔ مگر قرآن کریم جو اللہ تعالیٰ کی آخری کتاب ہے اس نے پندرہ سو سال پیشتر ساری دنیا کو بتایا۔ اس امر کے باوجود کہ ”نطفہ الامشاج“ ایک بالکل ننھا سادھہ جتنا جسم رکھتا ہے۔ اس کے باوجود کتاب عظیم میں اس کا ذکر ہے اور وہ بھی تفصیل کے ساتھ، لیکن جنین اس سارے قطرہ سے نہیں بنتا۔ قطرہ کے اندر جو غلیہ موجود ہے وہ حقیقتاً جنین کو تخلیق کرتا ہے۔ زائیکوٹ مسلسل بلا واسطہ تقسیم سے (Mitosis) تقسیم ہوتا ہے جو خلا یا مجموعہ یا مرکب ہوتا ہے۔ جب نطفہ بڑا ہوتا ہے تو ایک جزو تو جنین کو بناتا ہے۔ دوسرا جزو جنین کی غذا فراہم کرتا ہے اور تیسرا جزو جنین کی حفاظتی کسٹن بناتا ہے کہ جنین کو ٹھیس اور نقصان نہ پہنچے۔

## جنین کا مستقبل

اس سلسلہ میں ہمارے پاس دو شہادتیں ہیں۔ اول قرآن حکیم، سورۃ الرعد آیت 8 ترجمہ ملاحظہ ہو: ”اللہ جانتا ہے کہ ہر انثیٰ یا عورت کے رحم میں کیا داخل ہو رہا ہے۔ کیا بڑھ رہا ہے۔ کیا کم ہو رہا ہے۔ (صدق اللہ العظیم) دوم کتاب التفسیر، صحیح البخاری کی حدیث شریف میں ہے کہ (ترجمہ: ”کوئی بھی نہیں جانتا کہ کیا مستقبل ہے۔ کیا کم ہو رہا ہے۔ کیا داخل ہو رہا ہے۔ جز اللہ سبحان تعالیٰ کے) دونوں جگہ قرآن کریم اور حدیث شریف میں ”الغیض“ کا لفظ استعمال ہوا ہے جس کا مطلب ہے کہ (جیسے کوئی چیز سال گہرائیوں میں داخل ہو رہی ہے۔ جیسے پانی زمین کی پنہائیوں میں گھتا ہے یا جیسے کوئی چیز کم ہو رہی ہے)۔ اس سب سے سفر مراد ہے۔ یعنی شکم مادر میں انڈے کا رحم مادر میں داخل ہونا اور اس ہی عرصہ میں کرم منی انڈے کے اندر داخل ہوتا ہے نئے جنین کے بننے میں کئی منازل آتی ہیں۔ منی کا اچھل کر باہر آنا۔ کرم منی جو اگر نارمل حالات ہوں تو لاکھوں کی تعداد میں ہوتے ہیں۔ ان میں سے چند رحم کے منہ میں داخل ہونے میں کامیاب ہوتے ہیں اور انڈے تک پہنچنے میں کامیاب ہوتے ہیں اور ان میں سے صرف ایک کامیاب ہوتا ہے۔ صحیح البخاری، کتاب التفسیر ملاحظہ ہو: (ترجمہ ملاحظہ ہو ”غیب کی چابیاں پانچ ہیں۔ مستقبل کا حال صرف اللہ جانتا ہے اور مستقبل کا کسی کو علم نہیں۔ الا اللہ کے کہ رحم میں کیا

ہے۔ کیا کم ہو رہا ہے۔ کیا داخل ہو رہا ہے۔ جزو اللہ تعالیٰ کے کون جان سکتا ہے۔)

## الحرث

سورۃ بقرہ آیت 223 ملاحظہ ہو ترجمہ اور جس کی علامہ طبری کی تفسیر یہ ہے: (تمہاری بیویاں تمہاری کھیتیاں ہیں۔ جہاں تم اپنے بچوں کی تخم ریزی کرو۔ جیسے تم چاہو اور جب بھی تم چاہو)۔ امام بخاری کے مطابق حضرت جبریلؑ سے مروی ہے کہ یہ آیت کریم اس وقت نازل ہوتی جب کہ یہود کا یہ عقیدہ دکھنا تھا کہ اگر عورت کے ساتھ پیچھے سے مباشرت کی جائے تو بچے کی آنکھیں بھیگی ہو جاتی ہیں۔ ابو حیان کا بھی یہی خیال ہے کہ مباشرت مل چلانے اور بیچنے کی طرح ہے۔ کیونکہ کرم منی بیج کے مثل ہے۔ رحم زمین کی مثال اور بچہ پودے کی مثال۔

## تین تہہ والا جنین

حمل کے تیسرے ہفتے میں ایک قدیم لکیری پیدا ہوتی ہے اور تین تہوں کا ظہور ہوتا ہے۔ جس سے سارا بچہ بنتا ہے۔ تیسرا ہفتہ جنین کے لیے بے حد سرعت سے تبدیلیاں لاتا ہے۔ تیسرے ہفتے میں حمل کا سٹ ہو سکتا ہے اور حمل ہے یا نہیں کنفرم ہو سکتا ہے۔ کبھی کبھی جب جنین قرار پاتا ہے تو خون کی تالیوں سے خون رسنا شروع ہو جاتا ہے۔ اس کو لوگ غلطی سے ماہواری سمجھ لیتے ہیں۔ اس طرح ولادت کے دنوں کا تعین غلط ہو سکتا ہے۔ حمل کے متعلق سو فیصد فیصلہ نہیں کیا جاسکتا کیونکہ رحم کے اندر متعدد قسم کی تبدیلیاں مختلف امراض کے سبب ہو سکتی ہیں۔ جیسے فائبرائیڈ کا ورم۔ مرا ہوا بچہ، یا کوئی سسٹ (سائل سے بھری تھیلی) وغیرہ۔ اگر عورت کو ایک دورہ خون نہ آئے تو الٹراساؤنڈ سے تشخیص ہو سکتی ہے اور یہ ضروری بھی ہے۔ اکثر عورتوں میں ماہواری مرتب نہیں ہوتی۔

## العلقہ

عربی میں اس لفظ کے معنی جو تک کے ہیں۔ سورہ المؤمنون آیت 14 کا ترجمہ ملاحظہ ہو: "اور اس کے بعد ہم نے اس کو جو تک کی شکل دی"۔ جو تک لمبی ناشپاتی کی شکل کی ہوتی ہے اور اس کی بسراوقات خون چوسنے سے ہوتی ہے۔ اس مرحلہ پر جنین میں دوران خون کی بنیاد رکھی جا چکی ہوتی ہے اور جنین کا انحصار والدہ کے خون سے ہوتا ہے۔ جنین اس وقت بیرونی جملی۔

غلاف جنین اور زردی کی تھیلی سے گھرا ہوتا ہے اور لٹکا ہوتا ہے۔

جنین کا ایمر یوکا وقفہ چار سے آٹھ ہفتہ کا ہوتا ہے۔ یہ ایام بے حد خاص ہیں کیونکہ ان ہی دنوں میں نموانسانی کے خارجی اور داخلی اعضا کی بنیاد پڑتی ہے۔ اعضاء الرکیسی چونکہ نامکمل ہوتے ہیں اس لیے ان کا کام بھی معمولی سا ہوتا ہے۔ اعضاء کی نمو کے ساتھ بچے کی شکل بھی بدلتی شروع ہو جاتی ہے اور اس ہی عرصہ میں نمو کے ساتھ پیدا ہونے والی نقص بھی پیدا ہونے کا خطرہ ہوتا ہے وہ اسباب جو نقص پیدا کرتے ہیں۔ وہ میراٹو جن کہلاتے ہیں۔ مثلاً ادویات، وائرس وغیرہ۔ تو ان دنوں میں خاصی احتیاط لازمی ہے۔ امراض خلقی (پیدائشی) بچے کو بے حد نقصان پہنچا سکتے ہیں۔ مثلاً کوئی جسم کا اعضاء غائب بھی ہو سکتا ہے۔ ادھورارہ سکتا ہے۔ تقسیم الٹ ہو سکتی ہے اور یہ بھی ہو سکتا ہے کہ بچے کی جنس ادھوری رہ جائے۔

### المضغ

عربی میں چبائی ہوئی چیز کو کہتے ہیں چوبیس پچیس دن کا جنین العلقہ یعنی جو تک کی شکل کا ہوتا ہے۔ یہ جلد تبدیل ہونے والی شکل قرآن حکیم نے حرف "ف" Fa کے اضافے سے بیان کی ہے۔ جو تک سے جنین چبائی ہوئی شکل میں 26-27 دن تبدیل ہو جاتا ہے اور اس تیزی سے بدلتی شکل کو قرآن حکیم نے مخلقتنا کا لفظ سورہ المومنون آیت 14 میں ارشاد کیا ہے ترجمہ ملاحظہ ہو: "تب ہم نے جو تک کی شکل کو چبائی ہوئی شکل میں تبدیل کر دیا"۔ چبائی ہوئی شکل اس لیے کہ اس وقت جنین غیر ہموار سطح رکھتا ہے۔ جیسے نوالہ چبانے کے بعد ہو جاتا ہے اور نوالہ پر دانٹوں کے نشان موجود ہوتے ہیں۔ اب آپ سورہ انج آیت 5 کا ترجمہ ملاحظہ کریں: ("تب چبائی ہوئی چیز سے ایسی چیز بنائی جو جزویا مختلف اور جزویا غیر مختلف ہوتی ہے")۔ سورۃ المومنون کی 14 ویں آیت ملاحظہ ہو ترجمہ: "تب جو تک کی شکل سے ہم نے چبائی ہوئی شکل میں تبدیل کیا اور اس میں بیکل العظمی رکھا"۔ اب اس سے زیادہ بتدریج ارتقائی تفسیر اور کیا ہو سکتی ہے۔ جبکہ نسل بنی آدم ابھی اندھیرے میں تھی اور انسانی جسم کی تشریح بالکل اندھیرے میں تھی۔ مگر قرآن حکیم کے اندر یہ موجود تھی۔

### اول چالیس دن (جمع الخلق)

چالیس دن کی عمر کا جنین رحم مادر میں فقط ایک سنٹی میٹر لمبا ہوتا ہے اور اس عرصہ میں

سارے اعضاءِ رئیس کی بنیاد رکھی جا چکی ہوتی ہے۔ جو صحیح مسلم۔ کتاب القدر اور صحیح بخاری میں بھی ذکر ہے۔ ترجمہ ملاحظہ ہو: (تم میں سے ہر شخص کے اندر تخلیق کے سارے اعضاء 40 دن کے اندر اکٹھے کر دیئے گئے ہیں۔ اس میں علقہ ہے پھر اس میں مضغہ اس کے مثل ہے)۔

جمع المخلوق ایک بے حدود وسیع المعانی لفظ ہے۔ جس میں پانچ منازل یا مراحل ہیں۔

- 1- کر مٹی کا اٹھنے سے ملنا۔
- 2- جفت سازی کے ذریعہ والدین کے لونیہ یا کروموسم سے اختلاط۔
- 3- سارے اعضاء کا جمع ہونا۔
- 4- ایک سنٹی میٹر کے جسم میں سارے اعضاء کا اکٹھا ہونا۔
- 5- جنین کی ہلالی شکل میں تبدیلی۔ جس میں سارے اعضاء ایک دوسرے کے قریب ہو جاتے ہیں۔

رواہ مسلم۔ کتاب قدر میں حدیث درج ہے۔ ترجمہ ملاحظہ ہو (یعنی جب 42 راتیں گذر جاتی ہیں قطرہ کے اوپر تو اللہ تعالیٰ ایک فرشتہ ارسال کرتا ہے۔ جو جنین کی شکل بناتا ہے اور کان، آنکھیں، جلد، گوشت اور ہڈیاں بناتا ہے۔ تب وہ خالق کل سے اذن طلب کرتا ہے کہ اس کو مرد بناؤں یا عورت۔ تب اللہ سبحان تعالیٰ حکم جاری کرتا ہے اور فرشتہ اس کو لکھ لیتا ہے۔

### مرحلہ العظام

قرآن کریم مختلف اوقات مختلف مراحل نمو اور ارتقائی جزیات کے لئے ایسے کمل، مفصل، بامعنی الفاظ استعمال کرتا ہے کہ عقل حیران رہ جاتی ہے۔ مثلاً نطفہ، علقہ، مضغہ۔ آیت ربانی ہے (فخلقنا المضغ عظاماً۔ ترجمہ ”ہم نے چبائے ہوئے جسم سے ہڈیاں یا ڈھانچہ بنایا“)۔ جو مضغہ اسٹیج میں 25 سے 40 دن کے اندر بنتے ہیں اور ایک غضروف یا کارٹیلاج یا کرزم ہڈی (جیسے کان کی خارجی ہڈی) کی بنیاد رکھی جاتی ہے۔ مرحلہ العظام کے دوران اعضاءِ رئیس نئی جگہ سنبھال لیتے ہیں۔ اس اسٹیج پر بے حد خاص تبدیلی ہوتی ہے کہ انسانی شکل واضح ہونے لگتی ہے۔

### مرحلہ الکساء باللحم

سوی عربی میں لباس کو کہتے ہیں۔ اس اسٹیج پر ہڈیوں کو گوشت کا لباس دیا جاتا ہے۔

سورۃ المؤمنون کی آیت 14 ملاحظہ ہو: ”فكسونا اعظاما للحما“ ترجمہ تب ہم نے ہڈیوں کے ڈھانچے پر گوشت کا لباس دیا۔ قرآنی اعجاز عظیم نے تین لفظوں میں پوری منزل طے کرا دی۔ کس قدر بے مثال اختصار کلام ہے۔ ساتویں ہفتہ میں ہڈیاں سارے جسم میں پھیلنا شروع ہو جاتی ہیں اور اصل کے مطابق مانوس شکل اختیار کرتی ہیں۔ ساتویں ہفتہ کے آخر اور آٹھویں ہفتہ میں پٹھے ہڈیوں کے گرد جننا شروع ہو جاتے ہیں۔ دھڑ، بازو اور سر باقاعدہ نظر آتے ہیں اور بچے میں حرکت بھی شروع ہوتی ہے۔

### بیالیس 42 دن کے بعد

حدیث قدسی رواہ مسلم، کتاب القدر میں درج ہے کہ جب نطفہ پر بیالیس راتیں گذر جاتی ہیں اللہ تعالیٰ اپنے فرشتہ کو اس کے پاس بھیجتا ہے۔ وہ کان، آنکھیں، جلد، گوشت اور ہڈیاں بناتا ہے۔ تب فرشتہ استفسار کرتا ہے کہ یہ ذکر ہے یا اثلی۔ تب اللہ سبحان تعالیٰ جو چاہتا ہے وہ کرتا ہے اور فرشتہ اس کو لکھ لیتا ہے۔

ساتویں ہفتہ کے شروع میں جنین کے جسم میں ڈھانچہ ہوتا ہے۔ جو زیادہ تر کمری ہڈی کا ہوتا ہے جو بچے کو شکل دیتا ہے اور انسانی اوصاف ظاہر کرتا ہے۔ بیالیسویں دن بازو ذرا لمبے ہوتے ہیں۔ بازو اور پاؤں کی انگلیوں کی پہچان ہوتی ہے۔ دم کی ہڈی جو ذرا بڑی ہوتی تھی وہ اب کم ہو جاتی ہے

### النشأة یا جنین کی نمو

سورۃ المؤمنون آیت 7 اور 8 کا ترجمہ ملاحظہ ہو: ”تب ہم نے ایک دوسری خلق بنائی“۔ آٹھویں ہفتہ سے بارہویں ہفتہ تک نمو زراست ہو جاتی ہے۔ بارہویں ہفتہ تک خاص نمو ہوتی ہے اور جنین کا قد بھی بڑھتا ہے۔ انشا کا مطلب ابتدا بھی ہے اور بنانا بھی۔ یہ دونوں معنی جنین پر سچ اترتے ہیں۔ بارہویں ہفتہ میں ہڈیاں بننا شروع ہوتی ہیں۔ یعنی کمری یا چھنی ہڈی سخت ہڈی میں تبدیل ہونا شروع ہوتی ہے، بازو اور ٹانگیں بن رہی ہوتی ہیں اور ساتھ ساتھ ناخن بھی ظاہر ہونے لگتے ہیں۔ بالوں کا ریشہ بھی ظاہر ہونے لگتا ہے۔ خارجی جلد اور اس کے اندر کی تہہ بھی بن جاتی ہے۔ نصیۃ نیچے اترنے لگتے ہیں۔ اٹھی نیچے میں بیضہ دانی۔ فلوپین ٹیوب، رحم، اندام نہانی بن چکی ہوتی ہے۔ اب اس مرحلہ پر ایک دم جنین میں حرکت

شروع ہو جاتی ہے۔

## قابلیت الحیات

زندگی کی گارنٹی یا زندہ رہنے کی صلاحیت۔ طبی نقطہ نظر سے ایسی کوئی تحدید یا ضمانت نہیں ہے جو بچہ کو زندگی کی ضمانت دے سکے، لیکن تجربہ شاہد ہے کہ اگر جنین 22 ہفتہ سے کم عمر کا ہو تو بچنا مشکل ہو جاتا ہے۔ اس تجربہ اور علماء کی رائے کی روشنی میں سورۃ الاحقاف آیت 15 کا ترجمہ ملاحظہ ہو: ”حمل اور جدا ہونے کی مدت تیس ماہ ہے“ (صدق اللہ العظیم۔ سورۃ لقمان آیت 14 ترجمہ ملاحظہ ہو: (اس کی جدائی دو سال کے آخر تک ہے)۔ سورۃ بقرہ آیت 233 کا ترجمہ ملاحظہ ہو: ”والدہ کو بچے کو دودھ پلانا چاہنے کا 2 سال تک، جو امہات چاہتی ہیں بچوں کو دودھ پلانا“ (خلیفہ الرسول ﷺ سیدنا عثمان غنی نے اس تفسیر سے اتفاق کیا ہے اور دوسرے اصحاب نے بھی۔ لہذا کامل دودھ پلانے کی مدت اور حمل کی مدت ملا کر تیس ماہ بناتے ہیں اور یہ بھی کہا جاتا ہے کہ دو سال تک بچے کو دودھ پلا کر چھڑا دینا چاہئے اور اب ان دونوں بیانات کو دیکھا جائے تو حمل کی مدت 6 ماہ کی مدت بنتی ہے جو جنین کی قابلیت حیات کی مدت ہے یعنی 24 ہفتہ۔

## رحم کا بڑا ہونا

جب نطفہ الغائض مرحلہ سے گذرتا ہے یعنی نطفہ رحم مادر میں قرار کین کے مرحلہ میں داخل ہوتا ہے اور بچہ کا براہ راست تعلق ماں کے دوران خون سے قائم ہو جاتا ہے۔ یہ تعلق بچہ کی نمو اور غذا بیت حاصل کرنے کے لیے بے حد ضروری ہے۔ یہاں سے نمو کی رفتار تیز تر ہو جاتی ہے اور رحم کا سائز بڑا ہونا شروع ہو جاتا ہے۔ اگر ہم الغائض کی منزل پیش نظر رکھیں تو جنین کا مستقبل اس مرحلہ پر طے ہو جاتا ہے اور اس کا علم اللہ تعالیٰ کی ذات کے سوا کسی کو نہیں ہے اور شاید اس ہی منزل پر بچے کی جنس کے متعلق فیصلہ ہوتا ہے۔ امام بخاری نے سورۃ الرعد کی آیت 8 کی جو تفسیر بیان فرمائی ہے اس میں الغائض کی منزل کو دو مرحلوں میں بتایا ہے اور سورۃ الرعد کی آیت 8 بھی جنین کے دو مرحلے اس منزل کو بیان کرتے ہیں۔ یعنی اللہ جانتا ہے کہ ہر عورت کیا رکھتی ہے اور کیا داخل ہو رہا ہے اور کم ہو رہا ہے، رحم کے اندر کیا بڑھ رہا ہے۔ سو الغائض کی منزل میں جنین کا مستقبل چھپا ہے اور مستقبل کی مفاح یا چابی ہے۔ عربی میں اس

بڑھنے کے مرحلہ کو "ازدیاد" کہا ہے اور ازدیاد کا مرحلہ ایک خارجی چابی ہے جس کا تعلق جنین کے مستقبل سے ہے جیسا کہ اس آیت سے ظاہر ہے اور جس کا علم صرف اللہ کو ہے۔ تفسیر ابن کثیر جلد 3 صفحہ 454 تا 459 ملاحظہ ہو۔ "اور کسی کو علم نہیں کہ رحم میں کیا ہے اور اللہ سبحان تعالیٰ کیا تخلیق کرنا چاہتا ہے۔ ساری عظمتیں اور تعریفیں اللہ کے لیے ہیں اور اگر اللہ چاہے گا تو لڑکے یا لڑکی پیدا ہوگی ناخوشی و ناراضگی یا خوشی و رضامندی۔ اس ذات خالق نے فرشتہ کو حکم دے دیا ہے جن کا اس امر سے تعلق ہے اور ان کو اپنی خلقت میں جن کو وہ ذات باری بنانا چاہتی ہے۔"

### مرحلہ ولادت

کہ کس طرح رب العزت کا معجزاتی عمل (تیسیر السبیل) ہے کہ ایک عام جسم دس گیارہ پونڈ کا بچہ پیدا کرے اور ساری منزلیں سہل اور آسانی سے گذر جائیں۔ سورۃ علس کی 20 ویں آیت کا ترجمہ ملاحظہ ہو۔ ("جب ہم نے راستہ آسان بنایا پیدائش کی تالی سے") پیدائش کی تالی یا راستہ بچے کے گذرنے کے لیے ذرا مشکل ہے۔ عام طور سے اندام نہانی کے اندر تین یا چار انگلیاں داخل ہو سکتی ہیں اور رحم یا گردن رحم کا منہ اس قدر سختی سے بند ہوتا ہے کہ اس کے اندر تلی سے تلی چھوٹی انگلی داخل نہیں ہو سکتی۔ ان سب تنگ راستوں کے چاروں طرف بیڑوں کی ہڈیوں کا حوض ہے۔ ذات باری تعالیٰ کا فرمان ہے کہ اس نے راستہ آسان کیا (بچے کے لیے پیدائش کی تالی کے ذریعہ) اب پندرہ سو سال قبل نازل ہوئے کلام ربانی کی معجز بیانی کے پس منظر میں آج کے سائنس دانوں کی ریسرچ اور عملی حقیقت ملاحظہ ہو کہ یہ راستے کیسے آسان بنتے ہیں۔

### 1- ریلیکسین:

ایک ایسا ہارمون جو بیضہ دانی اور آنول سے خارج ہوتا ہے یہ پٹھوں کے رباط یا ذوریوں کو جو پٹھوں اور بافتوں کو مضبوطی سے باندھتا ہے۔ اس ہارمون کی خاصیت یہ ہے کہ ذوریاں نرم اور ڈھیلی پڑ جاتی ہیں۔ ہڈیوں کے سخت جوڑ ڈھیلے پڑ جاتے ہیں اور رحم کی گردن نرم و ڈھیلی ہو جاتی ہے۔

### 2- رحم کے پٹھوں میں لہروں جیسی پھیلنے اور سکڑنے والی کیفیت

یہ حرکت رحم کے اوپر کے حصہ میں شروع ہوتی ہے۔ کیونکہ خالق نے رحم کے اس حصہ کو خصوصیت سے بنایا ہے۔ اس حصہ کی اس خاصیت کے سبب بے حد طاقت ور لہریں پیدا ہوتی

ہیں۔ جو بچے کو نیچے کی طرف قوت سے دھکیلتی ہیں اور وہ باقی ہیں اور بچہ ہر دو باؤ کے ساتھ رحم کے نچلے کنارہ حصہ کی طرف کھسکتا ہے۔

### 3- پانی کی تھیلی

ہر درد کی لہر کے ساتھ جب رحم سکڑتا ہے۔ پانی کی وہ تھیلی جو بچے کے لیے کیشن اور آرام وہ بستر کی طرح ہوتی ہے وہ ہر بار رحم کی گردن کی طرف ابھرتی ہے اور اس حرکت سے رحم کی گردن وسیع ہونا شروع کرتی ہے اور رحم کے منہ کو آسانی سے کھلنے میں مدد دیتی ہے اور پانی کی تھیلی اور تھیلی آسان راستہ فراہم کرتی ہے بچے کے پھسلنے کے لیے۔

(ریسرچ پروفیسر نواب محمد خان و عزیز مدانی 1983ء حدہ Kaau)

### 4- عمل ولادت

اب ذرا اس آخری مرحلہ پر جو عجزاتی و حیران کن عمل واقع ہوتا ہے وہ ملاحظہ فرمائیے۔ اس مرحلہ پر بچے کی پوزیشن اور حالات میں مختلف تبدیلیاں ہوتی ہیں جو بچہ کی ولادت کو آسان کرتی ہیں۔ ماں کی ہیڈز کی ہڈیوں اور حوض جو اندر سے بغیر ہموار ہوتا ہے اس سے بچہ اپنے رب کے فضل سے آسانی سے گذر جاتا ہے، بچہ کا جسم اس مرحلہ پر جن تھمیلیوں سے گزرتا ہے وہ حیران کن ہیں۔ ذرا ملاحظہ ہوں۔

1- سر کے پچھلے حصہ کی پوزیشن بوقت نزول۔

2- بچے کا پیٹ کی طرف جھکنا یا خمیدہ ہونا۔

3- اندرونی گھماؤ (Internal Rotation)

4- پھر خمیدہ پوزیشن سے سیدھا ہونا (راستی)۔

5- پھر بچے کے جسم کی سجالی۔

6- اور پھر آخری گھماؤ (خارجی یا External Rotation)۔

ہر نارمل بچہ اور نارمل حمل میں بچہ بے حد ٹھنکی دسیلے سے ماں کی گود میں آجاتا ہے۔

سورہ الغاشیہ آیت 16 میں سبحان تعالیٰ نے اونٹنی کی بچہ کی ولادت کا ذکر کیا ہے اور اپنی تخلیقی عظمت کو ظاہر کیا ہے۔ ویسے تو ساری سورہ الغاشیہ ہی کیا بلکہ پورا قرآن مجید سبحان تعالیٰ کی عظمت و سبحانی کا مظہر ہے اور کوئی وجہ نظر نہیں آتی کہ اس ذات باری پر ایمان کیوں نہ لایا جائے۔ آخر میں میں اپنے قارئین سے بے حد ادب، انکسار، کم مائیگی، جہالت و علمی و دینی کمی کے

باوجود معذرت کے بعد دست بستہ کہنا چاہوں گا۔ حالانکہ میں اس لائق نہیں کہ اس قدر چھوٹے منہ سے بڑی بات کر دوں مگر کیا کر دوں بشر ہوں اور کمزوری سے مجبور ہوں میرے ذہن میں نہ جانے کیوں یہ خیال آتا ہے کہ اسلام جو سبحان تعالیٰ کا آخر رسالہ و قانون ہے وہ جزیرہ عربیہ پر ہی کیوں نازل ہوا۔ یورپ، امریکہ، افریقہ، ایشیا میں کیوں نہیں نازل ہوا یا کسی اور منطقہ میں۔ عرب میں ہی کیوں؟ اس زمانے میں اس علاقہ میں اس قدر جہل، الجاد، بت پرستی، شراب، لذت کام دہن جس قدر تھا وہ کہیں اور نہیں تھا۔ مگر اس کے باوجود لوگوں میں ذکا، شرافت، قول و فعل کی اعلیٰ ظرفی، فطانت، یادداشت کسی اور دنیا کے حصہ میں نہیں تھی۔ لوگوں میں حفظ کی صلاحیت اس قدر تھی کہ نہ ہر شخص کو کاغذ میسر تھا۔ نہ قلم نہ ذرائع ابلاغ نہ لکھنا۔ نہ پڑھنا آتا تھا۔ مگر دیوان کے دیوان۔ اقوال کے اقوال حکایت عشق عمر ابن شداد، قیس و لیلیٰ۔ وہ حکایات شجاعت سینہ بہ سینہ ایک ساحل سے دوسرے تک منتقل ہو جاتے تھے اور اس سے بہتر محفوظ رکھنے کا طریقہ کتاب مقدس کا کیا ہو سکتا تھا اور یہ بات ثابت بھی ہے۔ کامل قرآن حکیم۔ ہزاروں احادیث لفظ بہ لفظ۔ حرف بہ حرف بمع وقف، زیر، پیش وغیرہ کے لوگوں نے محفوظ رکھیں۔ کسی دین، کسی کتاب، کسی نبی کے اقوال کی حفاظت اس طرح نہیں ہوئی۔ کیونکہ یہ کتاب عظیم اور قانون حیات یا ”ایہا القوم“ کے لیے نہیں تھا۔ بلکہ ”یا ایہا الناس“ (سارے عالم کے لوگوں) کے لیے تھا اور اس سلسلے میں ایک اور کڑوی کیلی حقیقت میرے ذہن میں بار بار ابھرتی ہے کہ مسلمانوں نے برصغیر پر ہزار سال سے زیادہ حکومت کی۔ بادشاہوں کے تحت۔ اس کے برعکس انڈونیشیا، ملائیشیا وغیرہ میں اسلام عرب تاجروں کے ذریعہ پھیلا۔ ان کے اخلاق، حسن سلوک، حسن معاملہ کی وجہ سے اور یہاں پر مسلمانوں کی اکثریت ہے۔ مگر ہمارے یہاں بادشاہ ہوں نے سوائے عیاشی کے کچھ بھی نہ دیا اور وفاداری کے سلسلے میں جاگیریں عطا کیں اور اس کے نتائج سامنے ہیں۔ برصغیر میں مملکت خدا داد میں مسلمانوں کی اکثریت کے باوجود کیا لوگوں میں صحیح اسلام ہے؟

شمال سے جنوب تک اور سیدھے منہ ہاتھ سے الٹے تک (مشرق و مغرب) میں بجائے دین کے تعصب نشر ہو رہا ہے۔ مسجدیں سمار، لوگ قتل و زخمی ہوتے ہیں اور اسلام کے نام پر اور ساری دنیا میں اسلام کے خلاف لوگ ہو رہے ہیں کہ یہ دین جاہلوں، قاتلوں، اربابیوں کا دین ہے۔ اب مسجد جعفریہ ہو، اہل حدیث کی ہو یا دیوبندیوں اور بریلویوں کی ہو۔ مسجد تو مسجد ہے اور خود کشی تو خود کشی ہے خواہ آپ سوسائڈ بامینگ کا نام دے دیں۔ یہ اس قدر مذموم حرکت ہے کہ بیان سے باہر ہے۔ کسی کو کیا حق ہے کہ اللہ کی عطا کی زندگی کو ختم کرے۔ ویسے اور کیا

مصیبتیں کم ہیں۔ جگہ جگہ در پردہ کاروبار جسم۔ در پردہ بلیک میں دیسی اور پردہ کی شراب۔ مخدرات کی تجارت جو دیہاتوں تک پہنچ گئی ہے۔ زمینداروں، بیروں، مرشدوں، سرکاری افسران کا حکم کھلا جبر و ظلم۔ چوری، ڈکیتی، قتل، عزت کے نام پر معصوم جانوں کا قتل، کاروباری، نجی جیلوں میں زیر زمین قیدی، سندھ کے اندر احاطوں میں زنجیروں میں عقید بیگار کمپ۔ زیر زمین قاتلوں اور مفرد لوگوں کی سرپرستی، سیاسی نجی جیلیں۔ جنسی جرائم، اسمبلیوں سے حزب اختلاف کا داک آؤٹ، جان بوجھ کر عوام میں جہل کی پرورش، عیسوں سے فراز، کروڑوں روپیہ بنکوں سے قرض لینا اور پھر اس کو معاف کر لینا وہ بھی وزیر اعظم کے قلم سے۔ جیسے حاکم وقت کا خاندانی ورثہ ہو۔ جس ملک میں انسانوں کے سر پر چھت نہیں ہے وہاں پر سرکاری خرچ پر گھوڑوں کے لیے اڑکنڈیشن کرے ہوں۔ جہاں پر ٹکھل پر پروگرام کے نام پر مینا پر پاکستان جو پاکستان کے خواب کی تعبیر ہو اور نشان ہو۔ جہاں قوم کی امتدین مسلمان لڑکیوں نے اسے کمار کے ساتھ قص کیا ہو، ایک ناقابل معافی جرم بھی ہے اور غیرت قومی کے منہ پر ٹانچہ بھی۔

میں معذرت خواہ ہوں۔ ذرا جذباتی ہو گیا اور بہک گیا۔ آدمی اچھا ہوں۔ ارادہ برائیں تبلیغ کا ارادہ بھی نہیں۔ بس یہ چاہتا ہوں کہ للہ اسلام کو صحیح معنی میں لوگوں کے سامنے پیش کرو تاکہ ایک سچے دین کے ہوتے لوگ کفر اور الحاد قبول کریں تو کیا سبب ہے۔ لوگوں میں تعلیم عام کر دو۔ لوگ پڑھ لکھ جائیں گے تو خود بخود حالات سدھر جائیں گے اور مجھے حکام اعلیٰ سے یہ گزارش ہے کہ موت کا تو وقت مقرر ہے۔ وہ کیوں نہ کوشش کریں کہ ان کا نام روشن ہو اور اصلاحی پروگرام نافذ ہو اور تعلیم کے عام چرچے ہوں۔ پاک وطن کو رب العزت نے لاکھ ناساعد حالات سے بچایا ہے۔ کبھی ہٹو صاحب کے ہاتھوں، کبھی ایوب خان محترم اور کبھی کسی اور کے ہاتھوں۔ یہ بھی صحیح ہے کہ بڑے بچانے اپنا دزیر مراد دیا ہے رئیس مملکت کو ختم کرنے کے لیے۔ اگر حاکم اعلیٰ اللہ تعالیٰ کو راضی کریں اور ان مسجدوں کی سماری۔ معصوموں کے قتل کو روکا جا سکتا ہے تو ان حادثات سے اسلام کو نقصان ہی پہنچتا ہے۔ فائدہ نہیں۔ ایم ایم اے کے زعماء کر ان مظالم کے متعلق کیوں نہیں کچھ کرتے؟ میرا مقصد تو یہ ہے کہ قرآن کریم جو اللہ کا قانون ہے اور آخری کتاب ہے۔ پھر کیوں نہیں یہ مشنریاں ناکام نہیں ہوتیں، لیکن میرے لکھنے اور رونے سے کیا فرق پڑے گا۔ کون اس ہرزہ سرائی پر یقین کرے گا۔ واعلیٰنا الا البلاغ۔



## ذیابیطس اور اس کے ساتھ کیسے جیا جائے؟

ہزاروں سال پہلے اطبا ذیابیطس کو جان گئے تھے۔ 1550 قبل مسیح میں مصریوں کے کتبوں میں اس کا ذکر ملتا ہے۔ Aretaeus آریٹوئوس نے دوسری صدی عیسوی میں اس کو Diabetes کا نام دیا۔ اس کا کہنا تھا کہ اس مرض میں مریض پیشاب کے راستہ پکھل جاتا ہے اور پیشاب میٹھا ہوتا ہے اور جہاں پیشاب کیا جائے وہاں چیونٹیاں جمع ہو جاتی ہیں۔ یہ بھی دریافت ہوا کہ ذیابیطس میں خون اور پیشاب دونوں میں شوگر زیادہ ہوتی ہے۔ مگر یہ علم نہیں تھا کہ پیشاب میں شوگر کیسے پہنچ جاتی ہے۔

اٹھارویں صدی میں ذیابیطس کے مرض کا اضافہ اسی لئے ہوا۔ 1776ء میں یہ بھی ثابت ہوا کہ خون کے دوران میں شوگر ذیابیطس کے مریضوں میں اور عام آدمی میں بھی ہوتی ہے۔ 1889ء میں منکو سکی اور جوزف نے اتفاقاً دریافت کیا کہ ہنکر یا س کا تعلق ذیابیطس سے ہے اور اگر ہنکر یا س نکال دیا جائے تو جانور بار بار پیشاب کرتا ہے۔ فریڈرک ہیننگ نے 1921ء میں Islet of Langerhans دریافت کئے اور اس کا تعلق شوگر سے ظاہر کیا اور چارلس بیٹ کے ساتھ مل کر تجربات کئے اور آئٹک سلیز کا عرق نکالا اور دنیا کا سب سے پہلا مریض لیونارڈو تھا جس سے چودہ سال کی عمر میں لڑ رہا تھا۔ اس کو یہ Extract اچھٹ کیا گیا اور وہ بخ گیا۔ پندرہ سال بعد لیونارڈو نے شوگر سے نہیں بلکہ نمونیا سے انتقال کیا۔ 1923ء میں میکلوڈ اور ہیننگ کو نو بل پرائز ملا۔

یہ تو تھا تاریخی حوالہ۔ مگر بذات خود میں ذیابیطس کو مرض نہیں سمجھتا۔ میں نے اس کا نام ”أم النجاشہ“ رکھا ہوا ہے۔ کیونکہ شوگر تو جسم کی ضرورت ہے۔ جس طرح کسی بھی محرک کو حرکت کرنے کے لئے پٹرول، تیل، گیس یا کسی ایندھن کی ضرورت ہوتی ہے بالکل اسی طرح ہر ذی حیات کو غذائیت کے لئے گلوکوز کی ضرورت ہوتی ہے۔ ہر باشعور انسان کی یہ خواہش

ہوتی ہے کہ وہ عام صحت مند اور فعال زندگی گزارے اور اس کے لئے وہ اپنی روزمرہ زندگی کے لئے ایک لائحہ عمل تیار کرتا ہے جسے ہم فٹنس پروگرام کہہ سکتے ہیں۔ جس میں صحت مند کھانا اور ورزش وغیرہ شامل ہوتی ہے۔ اچھی زندگی گزارنے کے لئے انسان کو چند اصول وضع کرنے ہوتے ہیں۔ میں نے ایک سیزمی وضع کی ہے۔ جس کا پہلا قدم قوت ارادہ ہے۔ اس کے بغیر آگے قدم اٹھانا ناممکن ہے۔

دوسرا قدم۔ ورزش، تیز تیز چلنا، صبح دشام آدھا آدھا گھنٹہ سیر۔

تیسرا قدم کھانے کا انتخاب۔ کھانا دو قسم کا ہوتا ہے کچھ لوگ جینے کے لئے کھاتے ہیں اور کچھ کھانے کے لئے جیتے ہیں۔ چوبیس گھنٹوں میں چھ مرتبہ تھوڑا تھوڑا کھانا۔ ناشتہ ہلکا، لچ ہلکا، ذر ہلکا اور ہر کھانے کے دو گھنٹہ بعد ایک عدد پھل 100 سے 120 گرام تک۔ تو کھانے کی تقسیم صبح سات بجے نو دس بجے ایک دو بجے دوپہر شام چار پانچ بجے رات کو آٹھ بجے اور سونے سے پہلے گیارہ بجے پھل یا بغیر بالائی کے دودھ۔

چہارم دوایا گولیاں۔ انسولین کے ٹیکوں کا نمبر سب سے بعد میں ہوتا ہے۔

سب سے پہلے تو یہ بات واضح ہونی چاہئے اور اس امر کو تسلیم کرنا چاہئے کہ آپ کو فی الحقیقت ذیابیطس کا مرض ہے اور پھر بے حد ضروری یہ ہے کہ اگر آپ کے پاس ذیابیطس کی ابتدا ہے تو آپ کو اس کا نوٹس لینا چاہئے۔ گوکہ آپ کو دوا کی ضرورت نہیں ہے مگر غذا اور ورزش فوراً شروع کر دیجئے۔ کیونکہ یہی تعداد آئندہ چل کر بڑھ جائے گی اور مشکلات پیدا کر دے گی۔ حالانکہ آپ اس منزل میں کوئی تکلیف محسوس نہیں کر رہے ہوتے ہیں۔ آپ کو ایسی ٹیم تشکیل دینی ہوگی جو سمجھدار، پڑھی لکھی ہو۔ دلچسپی سے علاج کرنے والا ڈاکٹر، غذائی ماہر، شوگر کا معلم اور دوسری بیماریوں کا ماہر۔ یقین کیجئے کہ ایک اچھے گروپ کے ذریعہ جو آپ کی صحت کی نگہداشت کر سکتا ہو۔ مناسب غذا کا کھانا، مناسب ورزش، شوگر کا خود گھر پر چیک کرنا اور علاج یعنی دواؤں سے کما حقہ واقفیت۔ ذیابیطس کے متعلق ہر ممکن معلومات۔ ہر نئی ریسرچ اور اس کے نتائج سے باخبر ہونا اور اپنی ذاتی حالت کا خود اندازہ لگانا یعنی خود کو داخلی طور پر جاننا اور اگر خود میں کوئی تبدیلی محسوس ہو رہی ہو جیسے تھکن، سردرد، مزاج میں برہمی، سر دپینے، پیشاب کی زیادتی، خیالات میں الجھن وغیرہ۔ فوراً اس مشکل کو حل کرنے کی کوشش کریں اور اپنے معالج سے رجوع کریں اور اس کی ہدایت پر عمل کریں۔

جیسا کہ میں نے ابتدا میں عرض کیا کہ ذیابیطس مرض نہیں ہے تو..... پھر کیا ہے؟

اگر آپ کے کسی پیارے کو ذیابیطس ہے تو یقیناً آپ کو دھچکا لگا ہوگا اور آپ کی یہ کوشش ہونی چاہئے کہ اس کا مدارک کس طرح کیا جائے۔ آئیے تفصیل سے بات کرتے ہیں۔

ذیابیطس کی قسمیں:- ذیابیطس چند مختلف انواع بیماریوں کا مجموعہ ہے۔ دراصل یہ Metabolic Disorder ہے۔ کئی قسموں میں سے ایک تو Type-I یا قسم الاوّل ہے۔ جس کا تعلق جسم کے مدافعتی سسٹم یا Auto Immune System سے ہے۔

دوم Type II یا نوع الاثنیٰ جس میں عمر کا تعلق ہے۔ عموماً 25-30 سال کے بعد شروع ہوتی ہے۔ جن میں انسولین تو موجود ہوتی ہے مگر Resistance کے باعث اپنی فعالیت کھو چکی ہوتی ہے۔

تیسری قسم ذیابیطس حمل Gestational عورتوں کو لاحق ہوتی ہے۔ جو صرف حالت حمل میں ہوتی ہے اور 40% عورتوں میں ولادت کے بعد ختم ہو جاتی ہے اور حمل اگر دوبارہ ہو تو پھر دوبارہ ہو جاتی ہے اور اس حالت میں دوران حمل انسولین سے علاج لازمی ہوتا ہے اور پندرہ سال کے عرصہ میں Type-II ذیابیطس کی شکل اختیار کر لیتی ہے۔

چوتھی قسم چھوٹوں میں بڑے لوگوں کی قسم کی ذیابیطس یا Maturity Onset Diabetes in Young ان مریضوں کو نہ انسولین کی ضرورت ہوتی ہے اور نہ ہی بے ہوشی یا Coma یا Ketone کی شکایت ہوتی ہے۔

چند اور ذہنیں ہیں جن کے اسباب و عوامل مختلف ہیں جیسے ہارمونز غدود نجامیہ کی فراوانی یا زیادتی۔ Thyroid، Adrenal غدود کی زیادتی۔

کیسائی یا Chemical بعض خصوصی ادویات جیسے چوہے مارنے پر، پیشاب آور بعض ادویات، کارٹی زون کا بے مقصد اور جاہلانہ استعمال۔ جو پاکستان کے Quacks جاہل میڈیکل پریکٹیشنرز بحسن دھوٹی انجام دے رہے ہیں۔

مختصر اب ذیابیطس کے اسباب و عوامل کچھ بھی ہوں مگر مرض کی علامتیں ایک سی ہوتی ہیں اور سب حالات میں خون میں گلوکوز کی مقدار بڑھ جاتا ہے۔ سبب یہ ہے کہ ہر حالت میں جسم اس قابل نہیں ہوتا کہ وہ گلوکوز کا استعمال اور استہلاک کر سکے۔ عام حالت میں جب بھی گلوکوز جگر سے خون میں شامل ہوتی ہے تو ایک اشارہ (برقی ولاسٹی) پنکر یا س کو جاتا ہے کہ انسولین بھیجو گلوکوز آ رہی ہے اور انسولین تو تب ہی آئے گی جب ہوگی۔ اسی سبب گلوکوز نہ استعمال ہوتا ہے نہ کم ہوتی ہے بلکہ خون میں گلوکوز کی مقدار بڑھتی جاتی ہے۔ گلوکوز صرف

انسولین کی موجودگی میں ہی استعمال ہو سکتی ہے۔ مشکل تو ہر قسم کی ذیابیطس میں ایک سی ہوتی ہے۔ صرف اسباب مختلف ہوتے ہیں۔ مثلاً Type-I میں انسولین بالکل مفقود ہوتی ہے اور Type-II میں انسولین میں اغلباً Resistance بڑھا ہوتا ہے جو انسولین کی موجودگی کے باوجود انسولین استعمال نہیں ہو سکتی اور گلوکوز کی مقدار بڑھتی رہتی ہے۔ کم عمری کی ذیابیطس میں تو انسولین پیدا ہی نہیں ہوتی۔ اس کے اسباب وراثی، پیدائشی یا جراثیم کا حملہ ہو سکتا ہے جو خصوصاً بیٹا میلز کو ختم کر دیتا ہے۔

انسولین ایک قسم کی پروٹین ہوتی ہے جو صرف پتھر یا اس کے جینا سیلز ہی پیدا کرتے ہیں اور یہ ایک قسم کا Growth Hormone یا ہارمون النمو ہے۔ اس کا کام گلوکوز کا استعمال کرنا ہے اور اگر شوگر کی مقدار خون میں زیادہ ہو تو اس کا کام گلوکوز کو جسم کے خزانہ میں جمع کروانا ہے۔ جن لوگوں میں انسولین کا فقدان ہو تو ایسے مریضوں کا علاج انسولین کے ٹیکہ سے ہو سکتا ہے جس کو Replacement Therapy یا علاج بدیل بھی کہتے ہیں۔ جن عورتوں میں Type-II ذیابیطس ہو اور وہ حاملہ ہوں تو ایسی حالت میں علاج انسولین سے ہی ہو سکتا ہے کیونکہ ایسی عورتیں انسولین تو بناتی ہیں مگر کسی نہ کسی سبب یہ انسولین اپنا فعلی کردار انجام نہیں دے پاتی اور نتیجہ یہ گلوکوز خرچ نہیں ہوتی اور خون میں جمع ہونا شروع ہو جاتی ہے۔ قریباً نصف کے قریب Type-I کے مریض کم عمری میں ہی اس کا شکار ہو جاتے ہیں اور بعض حالات میں مرض کا حملہ اتنی سرعت اور شدت سے ہوتا ہے کہ خون میں کیتونات Ketones بڑھ جاتی ہیں اور مریض کیتونات کو مایا بے ہوشی میں چلا جاتا ہے اور اس کے ساتھ ہی جسم میں پانی کی کمی اور جسم کا ہر نظام درہم برہم ہو جاتا ہے۔ یہ بے ہوشی اکثر خطرناک نتائج پیدا کر سکتی ہے۔

Type-2 ذیابیطس بڑی عمر میں لاحق ہوتی ہے۔ اس میں کیتونات کا تحمل زیادہ ہوتا ہے اور تیزی سے ظاہر نہیں ہوتی بلکہ آہستہ خرابی سے بلکہ کبھی کبھی تو صحیح معنوں میں کئی سال بھی لے لیتی ہے اور یہی سبب رومی کی خوبی مریض کے لئے کبھی کبھی زہر قاتل بھی بن جاتی ہے۔ کیونکہ خود فریبی اور لاپرواہی سبب ہوتی ہے۔

جن لوگوں میں Type-I ذیابیطس ہوتی ہے ایسے مریض کی بقا صرف انسولین پر ہی ممکن ہے۔ ایسے لوگوں میں جسم کا خود کار نظام دفاعی (Auto Immune System) کبھی کبھی خود ہی دھوکا کھا جاتا ہے۔ اپنی یادداشت کھو بیٹھتا ہے اور اپنے ہی جسم کے پتھر یا اس کے Beta Cells کو ہلاک کر دیتا ہے۔ جن کے ذمہ انسولین کی پیدائش ہوتی ہے۔ جسم کے کئی امراض

ایسے ہیں جو اس نظام کے اپنے حملہ سے پیدا ہوتے ہیں۔ جیسے بہت سی قسم کی الرجی، دمہ، تھائی رائیڈ کی بیماریاں، ایسی بیماریوں کا صحیح تعین ابھی تک نہیں ہو سکا ہے لیکن Type-I ذیابیطس کا تعلق وراثتی (Genetic)۔ خود کار دفاعی ضد اجسام (Auto Immune Antibodies) فیروسات (Viruses) گائے کا دودھ اور وہ اجزا جن میں آکسیجن مفقود ہوتی ہے وغیرہ۔ Type-I کا تعلق مخصوص نسلوں سے بھی ہے۔ مثلاً سفید فام نسلیں یا جیسے چین کے مقابلے میں فن لینڈ میں Type-I کا تناسب بے حد زیادہ ہے۔

”بسم اللہ الرحمن الرحیم، لاحول ولا قوت الا باللہ العلی العظیم“۔ تخلیق حیات کا معجزہ دیکھئے کہ جسم کا ہر خلیہ (Cell) ایک مرتبہ ہدایت نامہ لے کر پیدا ہوتا ہے کہ کس طرح نمو ہونی ہے۔ کیسے جینا ہے اور کس نچ پر اپنا فعالی کردار ادا کرنا ہے۔ یہ مکمل ہدایت نامہ ایک خاص کیمیائی جسم کی شکل میں DNA کی تشکیل کرتا ہے جیسے یہ Cell یا خلیہ کی ریڑھ کی ہڈی ہو یا بالفاظ دیگر ہیکل العظمیٰ و Cell یا خلیہ کے جسم کی وضاحت یہ ہے:

ہر سیل میں 46 کروموسوم ہوتے ہیں۔ جو DNA اور پروٹین سے بنے ہوتے ہیں اور اس جسم میں کبھی کبھی خطا یا غلطی سرزد ہو جاتی ہے یا کوئی تبدیلی ہو جاتی ہے جو لاحقہ عمل ہی بدل دیتا ہے۔ آج کل اس بات پر زیادہ ریسرچ ہو رہی ہے کہ کون سا Gene ذیابیطس کے پیدا ہونے کا سبب بنتا ہے۔

اور اگر توراتی تبدل ہو گیا ہو تو جرم سیل (Germ Cell) جو انڈے اور اسپرم میں واقع ہے تو پھر نسل در نسل یہ تبدل منتقل ہوتا چلا جاتا ہے۔ الغرض کئی ایسے Genes سامنے آئے ہیں جو ذیابیطس کا سبب بن سکتے ہیں۔

Antibodies خود کار دفاعی نظام کے ضد اجسام کا کام مدافعت جسم ہے۔ یہ کام خارجی حملہ آوروں جیسے جراثیم وغیرہ کو مارنے کے لئے ہوتا ہے۔ خون کے سفید ذرات۔ خصوصاً لمفوسائٹ T لمفوسائٹ خارجی حملہ آوروں پر یلغار کر کے ان کو فنا کرنے کا کام کرتے ہیں لیکن B لمفوسائٹ کے B سیل ایک خاص قسم کی پروٹین خارج کرتے ہیں جو اینٹی باڈی کہلاتی ہے اور یہ حملہ آوروں کو شناخت کر سکتی ہے۔ B سیل اکثر اوقات اینٹی باڈی پیدا کرتے ہیں جو ذاتی خلا یا پاپائیل کو شناخت کرتی ہے اور جن لوگوں میں خود کار دفاعی نظام میں نقص ہو تو تین قسم کی آٹو اینٹی باڈی Type-I ذیابیطس میں پائی جاتی ہیں۔ (1) Islet Cell Antibodies یا ICA (2) انسولین اینٹی باڈی (3) GAD یا Glutamic Acid Decarboxylase

دراصل یہ سب شناخت و تشخیص میں کام آتے ہیں۔ دراصل لمفوٹی سیلز ہی ہنکر یاز کے وہ بیٹا سیلز جو انسولین پیدا کرتے ہیں ان کی موت کا سبب بنتے ہیں۔

Viruses یا فیروسات جن پر Type-I ذیابیطس کے سبب بننے کا الزام عائد ہوتا ہے۔ وہ Mumps جرمن میزلز German Measles یا Cocksackie Family، پولیو وغیرہ۔ کیونکہ ان کے وبائی حملہ کے بعد ٹائپ ون ذیابیطس زیادہ پائی جاتی ہے اور یہ اس طرح ہے کہ جب بھی کوئی بیماری وبائی شکل میں پھیلتی ہے تو وہ اینٹی جن Antigen میں کچھ ایسی تبدیلیاں پیدا کر دیتی ہے کہ وہ جسم کے اپنے دفاعی نظام کو ہی اجنبی لگنے لگتی ہیں اور جسم کا یہ مدافعتی خود کار نظام اپنے ہی Cells یا خلا یا پر حملہ کر دیتا ہے اور ان Beta Cells کو ختم کر دیتا ہے جو انسولین بناتے ہیں۔

چوہے مارنے کی دوائیں، کینسر کے علاج کی دوائیں بھی اکثر یہی Type-I ذیابیطس پیدا کرتی ہیں۔

بڑی عمر کی Type-II ذیابیطس کے اسباب اور چھوٹی عمر کی ذیابیطس کے اسباب مختلف ہوتے ہیں Type-II کی ذیابیطس میں انسولین تو موجود ہوتی ہے مگر جسم میں مدافعت کی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے یا مقدار اس قدر نا کافی ہوتی ہے کہ جسمانی ضرورت کو پورا کر سکے جو اور جس طرح بھی ہو آخری نتیجہ ایک ہی ہوتا ہے کہ انسولین نا کافی ہوتی ہے اور انسولین گلوکوز کو استعمال کرنے کے لئے Cell یا خلیہ تک پہنچانے میں نا کام رہتی ہے۔ حقیقتاً جسم کا ہر خلیہ یا سیل ایک خصوصی پروٹین کا حامل ہوتا ہے جس کو Receptor یا مستقبلین کہتے ہیں اور یہ جسم انسولین کو اپنے ساتھ باندھ لیتا ہے۔ جیسے تالا اور چابی۔ Cell تک پہنچنے کے لئے انسولین کا Receptor کے ساتھ جڑا ہونا ضروری ہوتا ہے لیکن کبھی کبھی ایسا بھی ہوتا ہے کہ اس تالا اور چابی سسٹم میں خرابی ہو جاتی ہے اور چابی تالا نہیں کھول پاتی اور گلوکوز خلیہ کے باہر ہی رہ جاتی ہے اور استعمال نہیں ہوتی۔ کبھی کبھی یوں بھی ہوتا ہے کہ گلوکوز خون میں زیادہ ہوتی ہے اور انسولین بھی وافر ہوتی ہے مگر Receptor کی تعداد کم پڑ جاتی ہے اور نتیجہ ذیابیطس کا مرض اور بعض اوقات ایسا بھی ہوتا ہے کہ انسولین کی دیو مالائی مالا یا زنجیر میں پیدا کئی نقص رہ جاتا ہے جس سے انسولین کی فعالی خاصیت میں فرق پڑ جاتا ہے یا انسولین اپنی شکل یا جسم بدل لیتی ہے اور نتیجہ ذیابیطس اور کبھی کبھی یوں بھی ہوتا ہے کہ ہنکر یاز کے بیٹا سیل انسولین پیدا نہیں کر پاتے اور انسولین ناقص رہ جاتی ہے۔

## Genetic یا وراثی نظام:

نوع الثانی ذیابیطس میں وراثت کا بھی عمل دخل ہوتا ہے جیسے کہ نوع الاول میں (Type-I) اور کچھ جینات (Genes) نسل در نسل منتقل ہوتے رہتے ہیں اور یہ جینیاتی رشتہ یا تعلق بڑوں کی ذیابیطس (Type-II) میں زیادہ ہوتا ہے۔ مثلاً امریکہ میں افریقی نسل، ایشیائی امریکن، کاکیشین نسل (یہود)۔ ہسپانوی امریکی (کیوبا شامل نہیں ہے) اصلی امریکی (ریڈ انڈین) ان سب میں بڑوں کی ذیابیطس (Type-II) نسبتاً زیادہ ہے۔

Type-II ذیابیطس میں مٹاپا، بڑھتی عمر، طرز زندگی، معاشرت، خانگی حالات کا بھی بڑا عمل دخل ہے۔ مٹاپے کی تعریف یہ ہے کہ مثالی وزن سے آپ کا وزن 20% زیادہ ہے۔ کسی نہ کسی سبب سے زیادہ وزن والے مریضوں میں انسولین مناعیت (Resistance) پیدا ہو جاتا ہے۔ جس سے جسم میں گلوکوز کی مقدار زیادہ ہو جاتی ہے اور ایسے مریضوں کی ذیابیطس کا علاج صرف اور صرف ورزش اور ڈائٹ یعنی کم کھانے سے اور مخصوص کھانے سے کیا جاتا ہے۔ جن لوگوں کے جسم میں چربی کولہوں سے اوپر زیادہ ہو یا مرکزی موٹاپا ہو تو ایسے مریضوں میں ذیابیطس کے امکانات زیادہ ہوتے ہیں۔ بڑی عمر کی ذیابیطس میں عمر بھی اپنا کردار ادا کرتی ہے کیونکہ 50، 55 سال کی عمر میں جسم کی حرکت کم ہوتی ہے اور وزن بڑھنا شروع ہو جاتا ہے اور اسی سے ذیابیطس، بلڈ پریشر، دل کی تکلیف کا سبب بنتا ہے۔ اگر انسان جامد زندگی گزارے بغیر ورزش اور مکمل غذائیت سے بھرپور اور ضرورت سے زیادہ کھانا کھائے تو نتیجہ ذیابیطس ہی ہوتا ہے۔

## Gestational ذیابیطس دورانِ حمل:

اس کے اسباب بھی قریباً نامعلوم ہی ہیں لیکن ایسا ہوتا ہے کہ حمل کے دوران Placenta یا آئول جس کی ذمہ داری بچہ کو رحم کے اندر غذائیت پہنچانی ہوتی ہے جس سے بچہ نمو پاتا ہے، اس میں کچھ ایسے ہارمونز زیادہ مقدار میں پیدا ہوتے ہیں جو بچہ کی پرورش، بڑھوار، نمو کے لئے بے حد ضروری ہوتے ہیں اور بعض حالات میں حاملہ عورتوں میں انسولین کے لئے مناع یا Resistance پیدا ہو جاتا ہے۔ اسی لئے جب حمل 24 سے 28 ہفتہ کا ہو تو مکمل اسکریننگ ہونا چاہئے اور انسولین کا مناع یا Resistance انسولین کی کمی کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے اور وہ جینیات جو بڑوں کی ذیابیطس کا سبب بنتے ہیں اور وہ جو ذیابیطس حمل کے ذمہ دار ہیں وہ دونوں ایک ہی ہیں۔



## ذیابیطس اور اس کی حقیقت

آج سے نصف صدی قبل یہ خیال تھا کہ ذیابیطس کے مرض میں انسولین بالکل ہی موجود نہیں ہوتی اور مرض کی حالت میں گلوکوز یا شکر ہی مرکزی کردار ادا کرتی ہے۔ جہاں تک اس مرض کی تشخیص کا تعلق ہے۔ یونانیوں، مصریوں، عربوں اور ہندیوں کو اس مرض کے متعلق علم تھا اور کچھ نہ کچھ علاج بھی تھا۔ جڑی بوٹیوں وغیرہ کی شکل میں، لیکن یہ ساری علامات صرف ان کے لئے تھیں جن کو ذیابیطس بڑی عمر یعنی Type-2 ہوتی تھی۔ عہدِ تئیں کے لوگ نہ صرف اس مرض کو جانتے تھے۔ بلکہ مرض کی تشخیص، خاصیت، مضر اثرات، ہلاکت آفرینی اور کچھ علاج کی بھی شدہ بدھ رکھتے تھے۔ پیشاب ٹسٹ کرنے کا طریقہ بھی معلوم تھا۔ مگر حتمی علاج نہ جب تھا اور نہ اب ہے۔

لیکن اس نئے دور میں ریڈیائی تحلیلالات و نحو صات۔ (Radio-Immuno-Assay) کے سبب اس مرض کی معلومات میں دقیق اور تفصیلی اضافہ ہوا ہے اور یہ بھی معلوماتی اضافہ کہ کون کون سے اجزائے غذائی۔ کون کون مختلف قسم کے ہارمونز اور کن کن کیمیائی اجزاء کے سبب خون میں شوگر کی مقدار بڑھتی ہے۔ انسولین تو دراصل بہت قریب کی کہانی ہے صرف پون صدی کا قصہ۔ 1922ء میں ہیننگ اور بسٹ Best جو کینیڈا میں ذیابیطس کے اسباب پر ریسرچ کر رہے تھے انہوں نے یہ راز پالیا اور ان کے سر پر اس ریسرچ کا سہرا ہا۔ انیسویں صدی کے آخری تیس تیس سالوں میں فین فارمین وغیرہ گولیوں کی شکل میں استعمال ہو رہی تھیں۔ Type-2 ذیابیطس کے مریضوں میں۔ مگر ہزار میں ایک مریض کو اس سے Lactic ایسڈوس کی شکایت ہو جاتی تھی جو کبھی کبھار جان لیوا بھی ہو جاتی تھی۔ لہذا اس کا استعمال محدود تھا۔ اس لئے اس کا استعمال فرانس کے علاوہ کہیں اور نہ تھا۔ خصوصاً برطانیہ میں تو 1980 تک ممنوع تھی۔ امریکہ میں تو اب پچھلے دس سالوں سے استعمال کی اجازت FDA نے دی ہے۔ یہ اب گلوکو

فانچ یا میٹ فارمین کے نام سے بازار میں موجود ہے اور معجزانہ دوا کی خوبیاں تو اب منظر عام پر آ رہی ہیں۔ آج کل میٹ فارمین پر کافی ریسرچ ہو رہی ہے اور نئی معلومات کے مطابق یہ قدرت کا عطیہ علوم ہوتی ہے۔ آج کل میٹ فارمین ہزار ملی گرام کی شکل میں موجود ہے اور صبح و شام کھانے کے بعد دی جاسکتی ہے۔

صنعت کاروں کا دعویٰ ہے کہ پہلے تو میٹ فارمین زندگی میں اضافہ کرتی تھی مگر اب یہ آبنے والی زیابیطس کو Delay کرتی ہے اور Glucose Intolerance یعنی عدم استعمال گلوکوز کو درست کرتی ہے اور اس کے استعمال کے نقصانات بہت کم ہیں۔ یہ جگر میں گلائیٹیکو جن کے اسٹور کو کنٹرول کرتی ہے۔ انسولین میں جو مزاحمت یا مناعیت پیدا ہو جاتی ہے یہ اس مناعیت کو دور کرتی ہے اور اس طرح یہ انسولین کی فعالیت کو بڑھاتی ہے اور گلوکوز کو جسم کے مختلف اعضاء جیسے پٹھوں یعنی عضلات، چربی کے خلیا یا سیل اور جگر وغیرہ میں خرچ ہونے میں مدد کرتی ہے اور اس طرح زیابیطس کے لیے کم خرچ ثابت ہوتی ہے۔ یہ خون کے اندر چربی کو بھی کم کرتی ہے اور اس طرح دل کی بیماریوں، خون کی تالیوں اور بلڈ پریشر کے علاج میں مددگار رہتی ہے۔ یہ آنتوں کی حرکت کو بھی کم کرتی ہے اور اس طرح گلوکوز کو جذب ہونے میں کمی کرتی ہے اور یہ بھوک کو بھی کم کرتی ہے۔ مگر میں اپنے مریضوں کو یہ بات نہیں بتاتا کیونکہ مریض تو اکثر بھوک لگنے کی دوا مانگتے ہیں۔

بیسویں صدی کے وسط میں یعنی 1950ء کے لگ بھگ سلفا گروپ کی ادویات وجود میں آنا شروع ہوئیں۔ ان کے استعمال نے بڑی عمر کے مریضوں کو کافی فائدہ پہنچایا اور ان سب کی فعالیت اور مدت العمل مختلف تھی۔ کچھ گولیاں یا عقاقیر 6 گھنٹہ تک اثر رکھتی ہیں۔ کچھ 12 گھنٹہ اور کچھ 24 گھنٹہ اور کچھ اس سے بھی زیادہ۔ جو بھی دوا ہم استعمال کرتے ہیں وہ جسم میں داخل ہو کر اپنے فرائض انجام دیتی ہے اور جو بچتی ہے جامد شکل میں وہ جگر کے بعد آنتوں سے یا گردوں یا پسینہ کے ساتھ جلد کے ذریعہ سے خارج کر دی جاتی ہے۔ کچھ عقاقیر ایسی تھیں جو مکمل طور پر جسم سے خارج نہیں ہوتی تھیں اور پھر وہ جسم میں اسٹور یا جمع ہو جاتی تھیں اور ان کا مجموعی اثر اس طرح ہوتا کہ شوگر کی سطح ایک دم گر جاتی جس کے سبب خطرناک صورت حال کا سامنا کرنا پڑتا تھا۔ اس لیے ان کا استعمال کم، متروک یا کالعدم ہو گیا۔

یہ عقاقیر پہلی نسل سے (Ist Generation) تھیں۔ اس کے بعد دوسری نسل یا سیکنڈ جزییشن اور اب تو تھرڈ اور فورٹھ جزییشن دوائیں آگئی ہیں اور کچھ تو بہت اچھی ہیں اس کی

فہرست بے حد طویل ہے۔ یعنی ہوفارمین، کاربیوٹاماڈ، کلور پروماڈ، گلاکازائڈ، میٹ فارمین یا سلفادوان کے ساتھ ایک مرکب۔ کچھ اور دوائیں چار پانچ سال سے ایسی آئی ہیں جیسے Avandia یا اس کے مماثل دوائیں۔ جو کبھی کبھی مضر بھی ہو سکتی ہیں۔ اس کے لئے مریض اور ڈاکٹر دونوں کو آنکھیں کھلی رکھنی پڑتی ہیں اور جگر اور گردوں کے وظائف پر نظر رکھنی پڑتی ہے یعنی ان کی کارکردگی پر۔ کچھ ایسی دوائیں ہیں جن کے استعمال سے پہلے گردوں اور جگر کے ٹسٹ کرائلئے چاہئیں۔ مگر کچھ دوائیں ایسی ہیں جو ہر مریض کی پہنچ سے باہر ہیں۔

انیسویں صدی کی ساتویں دہائی تک انسولین کافی ترقی کر گئی تھی اور اس کی ایجاد سے Type-1 یعنی کم عمر اور بچوں کی زندگی پر بے حد اچھا اثر ہوا۔ جو بچے چند ماہ اور چند سالوں یا دنوں میں مسلسل بیماری، بے ہوشی، گنگرین وغیرہ سے متاثر ہوتے تھے اللہ تعالیٰ نے ان کو حیات بخشی۔ مگر ساتھ ساتھ یہ ہوا کہ کچھ مریضوں کے جسم میں انسولین کے خلاف رد عمل بھی شروع ہوا۔ جیسے کہ ری ایکشن یا مزاحمت یا مناعیت اور ایسی حالت میں انسولین اپنا کام نہیں کر سکتی۔ یا جسم میں الرجی پیدا ہو جاتی ہے کیونکہ انسولین ایک خارجی پروٹین تھی۔ اس وقت تک صرف گائے یا خنزیری انسولین ہی متوفر تھیں۔ خنزیری انسولین کے ایمنو ایسڈ کی لڑی یا چین بشر کے قریب ترین تھی، لیکن امت اسلامیہ کے لیے یہ مسئلہ تھا۔ بہر نوع قدرت نے ساتھ دیا۔ ریسرچ جاری رہی۔ اس سلسلہ میں نووڈ اور لیلی کمپنیاں سرفہرست ہیں۔ جنہوں نے اپنی کوششوں سے یہ مشکل آسان کر دی اور مصنوعی بشری انسولین جو واقعی 100% بشری انسولین سے ملتی ہے یہ DNA-Recombinant Technology کے ذریعہ E-Coli نامی جراثیم کے اندران کے DNA جسم میں ایمنو ایسڈ Sequence کو اس طرح تبدیل کیا کہ وہ انسانی انسولین سے بالکل مطابقت رکھتی ہے اور یہ بشری انسولین کہلائی۔

اس سلسلے میں ایک عراقی خاتون کا لطیفہ ہوا۔ ان پر Beef انسولین کام نہیں کر رہی تھی میں نے ان کو بشری انسولین لکھ دی۔ اگلی ملاقات پر معلوم ہوا کہ انہوں نے انسولین نہیں لگائی اور وہ اپنے خالق سے جا ملیں۔ کیونکہ انسانی انسولین تو حرام تھی۔

اس کے ساتھ ساتھ ٹرانسپلانٹ پر بھی کام ہوا اور آج بھی ہو رہا ہے۔ ہنکر یا اس اور گردوں کی ٹرانسپلانٹ۔ مگر مزاحمت اور مناعیت مانع ہے یعنی Rejection۔ ہان کویت کی 1991ء کی میٹنگ میں واشنگٹن کے ایک ڈاکٹر نے اپنی ریسرچ پیش کی تھی کہ اس نے گردے کے خلاف یا کپسول میں Beta Cells کو کامیابی سے رکھ دیا تھا اور ریجکشن نہیں ہوئی تھی

کیونکہ کپسول کے اندر جو رطوبت ہوتی ہے اس میں خون کی سپلائی نہیں ہوتی۔ مگر مشکل یہ آن پڑی کہ اس طریقہ سے جو انسولین حاصل ہوتی وہ صرف 20% ضرورت کو پورا کر سکتی تھی اور یہ ناکافی تھی۔ اس کے ساتھ کچھ لوگوں نے مسر میں یہ دعویٰ کیا کہ انسولین کی گولیاں کامیابی سے بن گئی ہیں یا پھر ایک انسولین، کی قسم Nasal Spray کی شکل میں بازار میں آئی۔ جو کامیاب نہ ہو سکی۔

ہاں ذیابیطس کے سلسلے میں انسولین کی نسبت سے ایک اور قسم وجود میں آئی ہے جو انسولین گلا رگین Insulin Glargine ہے۔ اس کی خصوصیت یہ ہے کہ یہ لمبے عرصہ تک یعنی 24 گھنٹوں تک اثر قائم اور شوگر کنٹرول رکھتی ہے اور اس کا Curve یا منحنی خط مستقیم میں رہتا ہے Peaks نہیں ہوتی اور صرف ایک انجکشن کافی ہوتا ہے۔ اس کا فائدہ یہ ہے کہ جسم میں شوگر کی مقدار ایک ہی سطح پر قائم رہتی ہے۔ بشرطیکہ مریض تعاون کرے۔ صبح و شام ورزش یعنی تیز تیز چلنا اور کھانے کو 6 یا 7 حصوں میں تقسیم کر کے کھانا کھائے۔

انسولین ایک ایسا ہارمون ہے جو جسم کی نمو کرتا ہے یعنی جسم کو بناتا ہے اور زندگی کے لیے بے حد ضروری ہے بلکہ اس کے بغیر جینا محال۔ ہماری روزمرہ کی غذا میں نشویات (کاربو ہائیڈریٹ) لحمیات (پروٹین) چربی یا دھنیا (Fats) سبھی شامل ہوتے ہیں اور نظام ہضم کے ذریعہ یہ تینوں اجزاء آنتوں میں ایک ملغوبہ کی شکل میں کس ہو جاتے ہیں۔ آنتوں سے یہ خون کی نالیوں کے ذریعہ جگر تک پہنچتے ہیں۔ جگر ایک ایسی فیکٹری ہے جہاں یہ سب ملغوبہ گلوکوز میں تبدیل کر دیا جاتا ہے اور یہ گلوکوز خون میں شامل ہو کر جسم کے اعضاء کو غذا پہنچاتی ہے۔ گلوکوز جیسے ہی خون میں داخل ہوتا ہے اور فوراً ایک لاسکلی پیغام پنکر یا اس کو خود کار طریقے سے پہنچتا ہے کہ انسولین بھیجو۔ گلوکوز کی سواری آرہی ہے۔ اب یہ ہوتا ہے کہ عام حالات میں انسولین گلوکوز کو ٹھکانے لگا دیتی ہے اور خون میں گلوکوز کی مقدار نارمل رہتی ہے۔ دوسرے حالات میں اگر کہیں کوئی نقص ہے تو خون اس زیادہ گلوکوز کو دوبارہ جگر میں واپس کر دیتا ہے جہاں جگر اس کو دوسرے نظام کے ذریعہ ری سائیکل کر کے چربی میں تبدیل کر دیتا ہے اور یہ چربی دوبارہ خون کے ہی ذریعہ اپنے اسٹورز میں بھیج دی جاتی ہے اور جمع ہو جاتی ہے۔

میں نے ابھی نقص کی باعث کی تھی تو تفسیر اس طرح ہے کہ اگر انسولین کا جسم یا زنجیر صحت مند ہے اور کوئی پیدائشی نقص نہیں ہے اور Receptors یا مستقبلین بھی کافی تعداد میں موجود ہیں تو انسولین ان مستقبلین پر سوار ہو کر اعضاء جسم یا اصطلاحاً ہڈیانی خلیات Target

Cells تک پہنچا دیتی ہے اور اگر ٹارگٹ سیلز نارمل ہیں اور انسولین دروازے تک پہنچ جاتی ہے تو مکمل جاسم سم کی ندا آتی ہے اور سیل نیوکلیس کے دروازے کھل جاتے ہیں اور گلوکوز جو کہ کیمیائی زبان میں  $C_6 H_{12} O_6$  ہے۔ وہ کیمیائی عمل سے Combust ہوتی ہے اور دو حصوں میں تقسیم ہو جاتی ہے۔ کاربن آکسیجن کے ساتھ مل کر کاربن ڈائی آکسائیڈ بناتی ہے جو پھیپھڑوں کے ذریعہ خارج ہوتی ہے۔ ہائیڈروجن آکسیجن سے مل کر پانی بناتا ہے اور پیشاب اور پسینہ کے ذریعہ خارج ہو جاتا ہے اور نتیجہ طاقت اور جسم کی حرکت میں استعمال ہوتا ہے۔

عام شخص کو عموماً 1500 کیلوریز کی ضرورت ہوتی ہے۔ جبکہ Coma یا بے ہوشی کی حالت میں 800 سے 900 کیلوریز کی ضرورت ہوتی ہے۔ کیونکہ بے ہوشی کی حالت میں جسم کی داخلی حرکت تو قائم رہتی ہے۔ پھیپھڑے بھی حرکت کرتے ہیں۔ خون کا دوران جاری ہوتا ہے اور خون کی صفائی بھی ہوتی ہے اور گردے بھی اپنا کام انجام دیتے ہیں یعنی بقول شاعر۔

نبضیں رواں، خون رواں زندگی رواں

منزل پر جو مقیم ہے سو وہ بھی سفر میں ہے

ہمارے یہاں معلومات عامہ کی بڑی کمی ہے۔ عام پبلک تو حالات اور تنگی داماں سے مجبور ہے مگر بزم خود پڑھا لکھا طبقہ، جب وہ ڈگری، ڈپلوما حاصل کرتا ہے تو اس کا یہ کاغذ کا ٹکڑا رزق کے حصول اور نوکری حاصل کرنے کے بعد طاق، دیوار، کارنس یا صندوق کی زینت بن جاتا ہے۔ کیونکہ مقصد کا حصول نوکری تھا سول گئی۔ اب کوئی کام کی چیز پڑھنے کا کیا فائدہ۔ اب روٹین یہ کہ کام، گھر، شامیں دوست احباب کے ساتھ۔ رہا تا جبر پیشہ طبقہ تو اس کا سورج صبح کے گیارہ بجے طلوع ہوتا ہے۔ نظارہ یہ ہوتا ہے کلف سے اڑے کپڑے اور اتنی ہی کلف دار شخصیت۔ ہاتھ میں لائٹ اور امپورٹڈ سگریٹ۔ صرف گلے میں ہار کی کمی رہ جاتی ہے۔ ایسے شرفا کے پاس وقت کہاں کہ تھوڑا بہت مطالعہ کیا جائے۔ اسی سبب ہر بیماری کے متعلق مختلف انواہیں پھیلتی رہتی ہیں۔ جو سنا اس پر یقین کر لیا اور اس میں مزید مصالحوں لگا کر آگے بڑھا دیا۔ اس ضمن میں انسولین بھی آتی ہے اور دوسرے علاجات بھی آتے ہیں۔

انسولین سے ہر فرد خوف زدہ نظر آتا ہے کہ جیسے آخری علاج ہو اور یہ عقیدہ عام ہے کہ اگر ایک مرتبہ انسولین شروع کر دی گئی تو پھر ساری عمر لگانی پڑے گی۔ زندگی کا مرکزی کردار گلوکوز اور انسولین پر منحصر ہے۔ دار و مدار ہی اس پر ہے اور اگر انسولین ضروری ہو تو کیا حرج ہے یہ تو سب سے کم نقصان دہ علاج ہے۔ یہ متبادل طریقہ علاج ہے۔

آپ کے پاس کوئی چیز کم ہے وہ آپ نے استعمال کر لی اور بس، گولیاں تو صرف بیٹا سیل کو حرکت دیتی ہیں کہ سیل انسولین پیدا کر سکیں اور مثال ایسی ہے جیسے بیمار اور سسٹ گھوڑے پر ہنر مار مار کر چلاؤ۔ انسولین کا ٹیکہ تو پنکڑ یا س کو آرام دیتا ہے اور اگر جسم میں ایسیوں یا کیتون کا وجود ہو پھر تو صرف ایک علاج ہے۔ انسولین۔ عقاقیر منع ہیں کہ ان کا استعمال خطرناک ہو سکتا ہے۔

اگر آپ بورنہ بور ہے ہوں تو آپ کی ملاقات محترم پرو انسولین Pro-Insulin سے کر داتے ہیں۔ یہ دیو مالائی نو لکھا عقد فرید یا ہار ہے جس میں ایسٹو ایسڈ (86 عدد) تین عدد لڑیوں یا زنجیر یا تسبیح کے دانوں کی طرح جڑے ہوتے ہیں۔ B-Chain, A-Chain اور C-Peptide۔ اے چین میں 21 ایسٹو ایسڈ۔ بی چین میں 30 ایسٹو ایسڈ۔ تیسری زنجیر جو اے اور بی کو جوڑتی ہے وہ سی پیپٹائڈ ہوتی ہے اور اس میں 35 ایسٹو ایسڈ ہوتے ہیں۔ یہ چین سلفا (S) کے رابطہ سے A اور B چین سے جڑی ہوتی ہے۔ جب یہ C-Peptide کی زنجیر سلفا کا رابطہ ٹوٹنے کے بعد علیحدہ ہوتی ہے تو سی پیپٹائڈ پیشاب کے راستہ خارج ہو جاتی ہے اور باقی انسولین رہ جاتی ہے جو گلوکوز کے تصرف کے لئے کام آتی ہے۔ انسولین کے جسم میں A اور B زنجیریں ہوتی ہیں۔ ایسٹو ایسڈ ایک نامیاتی مرکب یا حیاتین یا ضروری پروٹین ہے جس میں ایک امینو گروپ ایک عدد کار باکسل گروپ کے ساتھ ایک کاربن ایٹم کے ساتھ جڑا ہوتا ہے اور جگر ان سب امینو ایسڈ کو یوریا کی شکل میں پیشاب کے راستہ خارج کر دیتا ہے۔ یہ Essential امینو ایسڈ لحمیاتی حیاتین ہوتے ہیں جو زندگی کے لیے بے حد ضروری ہوتے ہیں۔ گلوکوز کو جسم کی کرنسی اور جگر بنک مرکزی ہم جو بھی کھاتے ہیں وہ جگر میں گلوکوز بن جاتا ہے اور اس کے بغیر جسم اپنا فعل جاری نہیں رکھ سکتا اور انسولین ایک ایسا ہارمون ہے جس کے بغیر نہ گلوکوز خرچ ہو سکتی ہے نہ استعمال ہو سکتی ہے اور نہ ہی طاقت فراہم ہو سکتی ہے۔

## انسولین ڈیلیوری

انسولین بازار میں Vials میں۔ کارٹریج کی Packing میں ملتی ہے اور انسولین کا ٹیکہ لگانے کے لئے کئی طریقے بازار میں ملتے ہیں۔ مثلاً 1C.C. کی سرنج جو مختلف یونٹوں میں مارک ہوتی ہے۔ 80, 40, 30 اور 100 یونٹ۔ مگر مقبول ترین 100 یونٹ 1CC میں۔ انسولین پمپ، انسولین پریشر پمپ۔ یہ Needleless System م ہے اس میں انسولین Pistol کے ذاتی دباؤ

سے جلد سے گذر کر جسم میں داخل ہوتی ہے۔ اس میں یہ برائی ہے کہ یہ علم نہیں ہوتا کہ کتنی انسولین داخل ہوئی اور کتنی اندر گئی۔ اس لئے یہ کامیاب نہیں ہوا۔ اس کے علاوہ نو نو قلم جو مختلف اقسام کے ہیں، لیکن جو کلاسیکل قدیم ایک سی سی کی سرخ ہے وہ بے حد مقبول ہے آج بھی انسولین مختلف ناموں۔ مختلف کمپنیوں نے بازار میں بھیجی ہوئی ہیں۔ گلو بولین زیک انسولین (قدیم ترین) Semitard-Actrapid۔ مونوٹارڈ، لین ٹارڈ، الٹراٹارڈ، اب کئی سالوں سے بشری انسولین پیورا انسولین U-100 جیسے ریگولر انسولین، انسولٹارڈ (NPH) یا مکسڈ ٹارڈ Mixtard ریگولر اور NPH کا کچھ 70:30 کے ریشیو میں۔ ویسے انسولین جو بازار میں ملتی ہے وہ مختلف کچھ میں بھی ملتی ہے۔ مثلاً 50:50 اور بغیر کس کے بھی مختلف طاقت کی U80، U40 اور اس ہی حساب سے انسولین کی مدت کام کرنے کی (فعالیت) ہے۔ کچھ 20 منٹ میں اپنا کام شروع کر دیتی ہیں اور 6 گھنٹے میں فعالیت ختم ہو جاتی ہے۔ کچھ دو گھنٹہ یا اس کے کم میں اپنا اثر دکھانا شروع کرتی ہیں اور حد دس بارہ گھنٹہ اور اٹھارہ، 24 گھنٹہ وغیرہ میں اثر ختم ہو جاتا ہے۔ ان کی نصف زندگی دس بارہ گھنٹہ ہوتی ہے۔

اب رہ گیا انسولین کا انجکشن تو وہ کس طرح لگانا چاہئے۔ خاکے کے مطابق دونوں اوپری بازو، زیر ناف اور دونوں جانب انسولین کی سرخ جلد کے اندر پوری 90 کے زاویہ سے داخل ہونی چاہئے۔ ٹیکہ لگانے سے پہلے جلد کو ابلے ہوئے پانی یا الکوہل صواب سے اچھی طرح صاف کرنا چاہئے اور ہر ٹیکہ کی جگہ لگانا چاہئے۔ جگہ بدلنے سے چربی کی گٹھلیں نہیں بنتی ہیں۔ ورنہ جلد سخت اور بے حس ہو جاتی ہے اور مریض اس ہی جگہ بار بار ٹیکہ لگانا یا لگوانا پسند کرتا ہے کیونکہ تکلیف نہیں ہوتی۔ مگر مشکل یہ ہوتی ہے کہ ٹیکہ لگنے کے باوجود جسم میں شوگر کم نہیں ہوتی کیونکہ انسولین اس چربی کی گدی میں محصور ہو جاتی ہے اور یہ حالت بے حد خطرناک ہوتی ہے۔

مریض اس خوش فہمی میں مبتلا ہوتا ہے کہ میں ٹیکہ لگا رہا ہوں۔ مگر شوگر تو اپنا نقصان کرنے میں مشغول رہتی ہے اور رفتہ رفتہ جسم کے اعضا میں تبدیلیاں ہونا شروع ہو جاتی ہیں اور کچھ ایسی تبدیلیاں ہوتی ہیں جو کہ واپس نہیں ہوتیں۔ جیسے آنکھوں اور گردوں میں تبدیلیاں۔ اکثر بچوں اور نوجوانوں میں سفید موتیا بھی آتا ہے اور ایک دم بینائی جاتی رہتی ہے اور اس سب کا سبب باب شوگر کے کنٹرول سے ہی ہو سکتا ہے۔ مختصر اور مفید یہ کہ اگر واقعی جسم کو انسولین کی ضرورت ہے تو بغیر کسی تردد کے استعمال شروع کر دینا چاہئے۔ کیونکہ تاخیر کے نتائج خطرناک ہو

سکتے ہیں۔ سوائے بچوں اور نوجوانوں کے کہ جن کو تمام عمر انسولین کی ضرورت رہتی ہے اور وہ لوگ جن کو جگر یا ہارمونٹات یا گردوں میں تکلیف ہے ایسے لوگوں کی انسولین روکی نہیں جاسکتی۔ باقی رہے بڑی عمر کے مریض، تو ان کی انسولین کبھی اور کسی وقت روکی جاسکتی ہے اور گولیاں یا عقاقیر استعمال کی جاسکتی ہیں۔

اگر مریض نیا نیا ذیابیطس کا شکار ہوا ہے تو ایمر جنسی میں انسولین لگانے کے بعد مریض کو عقاقیر شروع کرائی جاسکتی ہیں اور اگر اللہ تعالیٰ مہربان ہو اور مریض خود پر قابو کر سکتا ہو تو یوں بھی ہو سکتا ہے کہ مریض ہنی مون پر جاسکتا ہے۔ یعنی اس کی پنکریاں کام شروع کر دے اور انسولین کی فعالیت بحال ہو جائے تو مریض کو علاج کی ضرورت نہیں رہتی۔ بس صرف کھانے کا پرہیز۔ ورزش شوگر کنٹرول کے لئے کافی ہوتی ہے اور یہ ہنی مون چند دن، چند ہفتہ، چند ماہ یا کئی سال یا تمام عمر کا ہو سکتا ہے۔ مگر رب العزت بھلا کرے مشورہ دینے والے اصحاب۔ خاطر و مدارات کرنے والے پیارے۔ محبت کرنے والے اصحاب کا ان سے مریض کی محرومی نہیں دیکھی جاتی اور وہ زبردستی بد پرہیزی کرواتے ہیں اور اس میں قصور تقدیر کے علاوہ خود مریض کے نفس امارہ کا بھی ہوتا ہے کہ اس کے منہ کے ٹانگے ٹوٹ جاتے ہیں اور اب جو ذیابیطس آتی ہے تو بے دریغ آتی ہے اور اب آکے واپس نہیں جاتی۔ باقاعدہ اپنے وجود کا ٹیکس مانگتی ہے۔

گلوکوز کے استعمال اور طاقت کے حصول کے لئے انسولین کا صحت مند ہونا بے حد ضروری ہے اور ساتھ ساتھ انسولین کا حصول۔ گلوکوز کی خون میں مقدار، کھانے پینے کا نظام اور غذا کی کیلورک Value اور پھر سب سے زیادہ جسمانی حرکت سے تعلق ہے اور ان سب کا براہ راست تعلق ذیابیطس کے مرض سے ہے۔ کسی حد تک وراثت، جسم میں غد الصما کے سبب مختلف بیماریاں پیدا ہو جاتی ہیں۔ ہارمونز کی کمی یا بیشی یا ایسی بیماریاں جو جراثیم یا فیروسات Viruses کے حملہ میں بیٹا سیلز پر اثر انداز ہوتی ہیں۔ ان میں بیٹا سیلز کے لئے خاص جاذبیت ہے اور اسی فعل سے بیٹا سیلز کو مار دیتی ہیں اس طرح انسان انسولین سے محروم ہو جاتا ہے اور ذیابیطس کا مرض لاحق ہو جاتا ہے۔

اور جب مریض کو علم ہوتا ہے کہ اس کو ذیابیطس کی شکایت ہو گئی ہے تو اس کو زبردست صدمہ پہنچتا ہے۔ اول تو وہ اپنے مرض کو ماننے کو تیار نہیں ہوتا اور اپنی بیماری کا سلسلہ دوسرے اسباب سے جوڑتا ہے۔ کسی بری خبر، کسی کی موت، کاروباری پریشانی، بے روزگاری، اولاد کی یا عزیز واقارب کی زیادتیوں وغیرہ وغیرہ اور کافی عرصہ تک خود فریبی کا شکار رہتا ہے اور جب

مرض اپنے زہریلے پنجے جسم میں گاڑ دیتا ہے تو پھر کہیں جا کر ہوش آتا ہے اور طبییب سے رجوع کرتا ہے۔ مگر ابھی بھی معالج پر اعتماد نہیں کرتا۔ دراصل انسانی فطرت اپنی کمزوریوں سے مجبور ہوتی ہے۔

اصل مشکل تو بچوں، نوجوانوں یعنی Type-1 کے مریضوں کو درپیش آتی ہے۔ خصوصاً وہ بچے اور نوجوان جو روٹین میں ایک عام انسان کی طرح زندگی گزار رہے ہوتے ہیں اور جب چشم زدن یا اچانک ان کو یہ مرض ہوتا ہے اور تو اس فعال زندگی سے ایک دم کٹ جاتے ہیں اور وہ ایک Out Cast محسوس کرتے ہیں۔ دوستوں اور ان کی پارٹیوں۔ گھر پر چھوٹے اور بڑے بہن بھائیوں۔ کھانے پینے کے نظام اور علاج کی پابندی۔ وقت بے وقت شوگر کی کمی و بیشی اور ہر قدم پر خود کو پابندی اور غذائی پرہیز کی پابندی کا محتاج پاتے ہیں۔ وہ عجب ذہنی خلفشار اور الجھن میں مبتلا ہو جاتے ہیں۔ ذہن مریض زیادہ صدمہ میں ہوتے ہیں۔ کیونکہ سوچنے کا مادہ ضرورت سے زیادہ ہوتا ہے۔ وہ سوچتے ہیں کہ آخر ہم ہی کیوں؟ ان کے انداز میں بغاوت، رویہ میں احتجاجی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے ڈپریشن کا شکار ہو جاتے ہیں۔ خصوصاً 12 سے 20 سال کی عمر کے بچے اور نوجوان اور اکثر و بیشتر وہ ہسپتال میں داخل ہوتے رہتے ہیں۔ کیونکہ زندگی میں توازن نہیں رہتا۔ انسولین ان کے لئے علاج بھی ہوتی ہے اور اپنے خلاف استعمال کرنے کا ہتھیار بھی۔ جب بھی ناراض ہوں تو خود انتقامی پراثر آتے ہیں۔ کبھی انسولین کا ٹیکہ نہیں لگاتے اور کبھی اوور ڈوز Over Dose۔

اس کے علاوہ بچوں کے معاملے میں کئی چیزیں ہیں جو آج متمدن دور میں انسانوں کی دشمن ہیں۔ اسکول اور کالج کی کینٹین۔ فاسٹ فوڈ کچھ اور پھر وہ دولت مند بچے جو ہر شام ریستورنٹ، ہوٹل وغیرہ میں گزارتے ہیں اور ان کے جلو میں دوست احباب بھی ہونے چاہئیں۔ ایسے بچے بے حد مظلوم ہوتے ہیں۔ ایسے مظلوم بچوں کو ایسی نازک حالت میں سمجھدار اور ہمدرد ڈاکٹر، محترم والدین، بہن بھائی، سمجھدار دوست، سوشل ورکر، متعاون اساتذہ کرام۔ اگر مریض ہوٹل میں رہتا ہے تو روم میٹ کے تعاون اور امداد کی ضرورت ہوتی ہے۔ جہاں تک معالج کا تعلق ہے اس کو تھوڑا وقت اپنے مریض کو دینا چاہئے کہ وہ مریض کو مرض کی اہمیت، پرہیز، ورزش اور تیز تیز چلنے کی ضرورت اور وقت پر انسولین کا ٹیکہ لگانے کے فوائد اور انسولین کس طرح لگائی جائے۔ انسولین سرنج کس طرح استعمال کی جائے اور پابندی اوقات کی اہمیت اور معالج کو مریض کے ساتھ ایسی اپروچ کی جائے کہ محسوس بھی نہ ہو اور بات دل

میں اتر جائے اور بات دل میں اتارنے کے لیے پتہ مارنا پڑتا ہے۔ ہمارے ملکوں میں تو کئی کچھروں سے بننا پڑتا ہے۔ مختلف اقسام کے برگر، امریکن کچھر، لاہوری کچھر، (کڑا ہی گوشت، چرنے وغیرہ) روایتی کچھر (پراٹھے، کچے، نہاری، پائے، نان چھو لے، مرغ چھو لے وغیرہ۔ لسٹ کے لیے کتاب کافی نہیں)۔ بچوں اور نوجوانوں کے لیے تو ان سب لوازمات نے بے حساب مشکلات پیدا کی ہیں۔ کیونکہ ان سب اشیائے خوردنی کی خوشبو اور خصوصی لذت سے ہی کھانے کی ترغیب ملتی ہے۔ مگر میرا ذاتی تجربہ ہے کہ محبت اور اخلاص سے اگر بچے یا جوان کو سمجھا یا جائے تو وہ باز آجاتا ہے۔ اصل دشواری تو بڑی عمر کے مریض پیدا کرتے ہیں۔ جو نفس امارہ کے سامنے بے بس ہوتے ہیں۔ رات کے سنانے میں جب سارا گھر سویا ہوتا ہے تو یہ چپکے چپکے دبے قدموں سے کچن میں جاتے ہیں اور نفس امارہ کو سجدہ کرتے ہیں اور ریفریجریٹر کھول کر دعوت کام و دہن کرتے ہیں اور اس طرح اپنے ہی دانتوں سے اپنی قبر کھودتے ہیں اور واپس آ کر سو جاتے ہیں وہ بھی معصومیت کے ساتھ۔

Type-2 کے مریض خصوصاً ابتدائی مراحل میں نہ خود کو سمجھا پاتے ہیں اور نہ ہی ماننے کو تیار ہوتے ہیں کہ ان کو ذیابیطس کا مرض ہو گیا ہے۔ خصوصاً مرد طبقہ، جو ساری حکایت کو صیغہ راز میں رکھنا چاہتے ہیں۔ خصوصاً بیوی سے۔ ایسا ہی میرا ایک مریض جس کی عمر 25 سال، بے حد جاذب نظر اور حسین فلسطینی نسل وہ انسولین کا محتاج تھا۔ Type-1 اس کی شادی کو بیت میں ہوئی۔ اس نے اپنی بیوی کو اپنے مرض سے لاعلم رکھا اور بیوی نے حسب عادت و ڈیڑھ لکھن خوب مرغن کھانے بنائے۔ میٹھا بھی بنایا اور خاوند نے نہ انسولین کا ٹیکہ لگایا۔ نہ پرہیز کیا۔ خوب کھایا۔ وہ جوان Coma میں چلا گیا۔ ڈاکٹروں نے ہسپتال میں داخل کیا اور مریض کی بیوی سے معلومات حاصل کرنے کی کوشش کی۔ بیوی کو علم ہوتا تو وہ بتاتی اور ڈاکٹروں نے اس کو I.V گلوکوز لگا دی اور وہ مسکین امیر جنسی روم میں ہی اللہ کے سپرد ہو گیا اور وہ Hyper Osmotic Coma سے جانبر نہ ہو سکا۔

Type-1 ذیابیطس کے بچے و نوجوان بے حد توجہ کے مستحق ہوتے ہیں۔ کیونکہ وہ خود کو عرش سے فرش پر محسوس کرتے ہیں۔ دراصل قصور ان کی کم عمری کا ہے اور اس احساسِ محرومی کا ہے جو وہ اپنے اور ماحول کے درمیان تضاد سے واقع ہوتا ہے کہ وہ قریباً اپنے دوستوں، بہن بھائیوں کے ساتھ شریک نہیں ہو سکتے کیونکہ نفس امارہ اور دنیاوی خواہشات بھی تو ساتھ ہوتی ہیں۔ یہ عمر کچی۔ سرکش اور تجربہ سے عاری ہوتی ہے اور ایسا مریض اپنے والدین کے سامنے۔

معالج کے سامنے ہاں میں ہاں ملاتا ہے اور ہر ممنوعہ چیز سے باز رہنے کا وعدہ کرتا ہے۔ مگر جیسے ہی وہ کلینک سے باہر آتا ہے سب کچھ فراموش کر دیتا ہے۔ ایسے مشکل مریض پر محنت کرنی پڑتی ہے۔ علاج کا ٹارگٹ یہ ہوتا ہے کہ مریض تعاون کرے۔ بات مانے اور چوبیس گھنٹہ کی شوگر کی خون میں مقدار 130 ملی گرام سے زیادہ نہیں ہونی چاہئے۔ روزانہ کا کھانا ایک ہی کیلوریز کا ہونا چاہئے۔ بڑوں میں 1500 کیلوریز، بچے، نوجوان 1800 سے دو یا اڑھائی ہزار کیلوریز حسب ضرورت۔ ہفتہ میں خون کو تین مرتبہ ٹسٹ کرنا چاہئے۔ ایک دن چھوڑ کر۔ پہلے دن Fasting۔ تیسرے دن دوپہر کے کھانے کے دو گھنٹہ بعد یعنی PP-2۔ پانچویں دن رات کو سونے سے پہلے تقریباً 11 بجے یعنی Random اس طرح مریض زیادہ پریشان بھی نہ ہوگا۔ تنگ بھی نہ ہوگا۔

بچوں، جوانوں اور بڑوں کا کامیاب علاج یہ ہے کہ شوگر کا کنٹرول صحیح ہو۔ بیہوشی یا Coma نہ ہو۔ اسکول، کالج اور دفتر کا ٹانگہ نہیں ہونا چاہئے۔ ہسپتال کے داخلہ یا بار بار ایمر جنسی سرورس کی ضرورت نہ پڑے۔ نموعام بچوں کی طرح ہونی چاہئے بلوغت اپنے وقت پر مکمل ہونی چاہئے اور زندگی اپنے پورے حسن و خوبی کے ساتھ بسر ہونی چاہئے۔ کاروبار زندگی، تعلیم، شادی، اولاد سب کچھ ہونا چاہئے۔ روزمرہ کی زندگی میں۔ غسل، جسمانی صفائی، ہاتھ اور پاؤں، ناخنوں کی تراش۔ جوتے کھلے اور آرام دہ، لباس کھلا۔ ذرا سا زخم بھی لگے تو فوراً ڈاکٹر سے رجوع کریں۔ گھر کا ماحول مہسکون ہونا چاہئے۔ گھر میں خاوند بیوی میں دنگا فسا دینے نہیں ہونا چاہئے۔ بچے یا بڑے کے سامنے مالی مشکلات پر بحث اور جھگڑا نہیں ہونا چاہئے۔ مار پٹائی۔ طلاق کی نوبت یا مشکلات خصوصاً بچوں پر بے حد نفسیاتی دباؤ ڈالتے ہیں۔ ایسے بچوں میں عدم تحفظ کا احساس پیدا ہو جاتا ہے اور تنگ آ کر گھر سے بھاگنے کی سوچتے ہیں یا خود انتحاری کا شکار ہو جاتے ہیں۔ وہ اس طرح کہ بد پرہیزی شروع کر دیتے ہیں۔ یا انسولین کم لگانا شروع کر دیتے ہیں یا پھر زیادہ Dose لگا لیتے ہیں۔ ایسے بچوں، نوجوانوں اور حتیٰ کہ بڑوں کو بھی بعض اوقات ایسے حالات آسکتے ہیں۔ اس وقت اللہ کی ذات پر ایمان، اعتماد، قناعت، پیار، ولاسا، امید، احساس خود وجودیت اور شخصی اہمیت اور یقین دہانی کی بے حد ضرورت ہوتی ہے۔ بڑوں (60 سے اوپر) میں شوگر کا تناسب 150 بھی معقول ہے کھانے کے بعد۔ 120 ناشتہ سے پہلے۔

Type-2 ذیابیطس کا ابتدائی علاج تو آسان اور سستا ہے۔ صبح دشام ورزش۔ کھانے

سے پرہیز اور کھانا چڑی چوگا یعنی 6 حصوں میں تقسیم کر کے کھانا چاہئے۔ سنت الرسولؐ پر چلیں پیٹ نہ بھریں۔ قوت ارادہ، عقل اور Adjustment کی ضرورت ہوتی ہے اور Type-1 اس سے مختلف ہوتی ہے۔ کیونکہ انسولین لگانی پڑتی ہے اور تھوڑا پیسہ بھی خرچ کرنا پڑتا ہے اور دوسری مشکلات کا سامنا بھی ہوتا ہے۔

”میں شوگر کے مریضوں کے لئے بالخصوص اور عام لوگوں کے لیے بالعموم ایک بات کہوں گا کہ حوصلہ کے بغیر زندگی بے معنی ہوتی ہے۔“

**It's not life that matters but the  
courage you bring to it \_ "Hugh Walpate".**



## ذیابیطس اور گردے

اگر بشری یا حیوانی جسم کو میں ایک ملک سے تشبیہ دوں تو بے جانہ ہوگا۔ اس میں ہر وہ چیز مکمل طور پر موجود ہے جس کا آپ تصور کر سکتے ہیں۔ یہ ایک ایسا موضوع ہے جس پر کئی کتابیں لکھی جاسکتی ہیں لیکن یہاں میں گردے، ان کی اہمیت، ضرورت اور قدرت کی فیاضی کا ذکر کروں گا۔

اعضائے ربیبہ پر ہی زندگی کا دار و مدار ہوتا ہے۔ اسی لئے دل، دماغ، پھیپھڑے، جگر، آنکھیں اور گردے وغیرہ، ان سب کا صحت مند اور فعال ہونا بے حد ضروری ہے۔ جسم کا ایک بھی اعضاء اگر بیمار ہو جائے تو ہمارا کاروبار حیات بگڑ جاتا ہے۔

گردے انسانی جسم کے اہم ترین اجزا میں سے ایک ہیں۔ آنتوں کے پیچھے ریزھ کی ہڈی کے قریب گردوں کا ایک جوڑا ہوتا ہے۔ انسان کے گردے کی لمبائی چار انچ اور چوڑائی تقریباً ڈیڑھ انچ ہوتی ہے اور ان کا رنگ سیاہی مائل سرخ ہوتا ہے۔ گردوں کا خاص کام یہ ہے کہ خون میں سے غیر ضروری مادوں مثلاً نائٹروجن کے مرکبات اور معدنی نمکیات کو علیحدہ کر کے مٹانے میں پہنچا دیتے ہیں۔ وہاں سے یہ مادے پیشاب کے ذریعے خارج ہو جاتے ہیں۔ یوں سمجھ لیں کہ گردے ہمارے جسم میں مصافقاتی وحدت یا فلٹرز اور صفائی کرنے والے یونٹ کی حیثیت رکھتے ہیں۔

یہ ایک ایسا یونٹ ہے جو دن رات چوبیس گھنٹے کام کرتا رہتا ہے۔ عالم ہوش، عالم مدہوشی یا بے ہوشی یا کوما میں بھی ایک نازل انسان کے جسم میں یہ انتھک یونٹ اپنے کام میں بخیرو خوبی مصروف کار رہتا ہے۔ جسم میں دن رات جو ہر پلے مادے پیدا ہوتے ہیں، وہ خون میں گردش کرتے ہیں۔ یہ مادے تین مختلف راستوں سے جسم سے خارج ہوتے ہیں۔

☆ پسینہ کے راستے جلد کے مساموں کے ذریعے۔

☆ آنتوں کے راستے فضلہ کی شکل میں۔

☆ گردوں کے ذریعے پیشاب کی شکل میں۔

گردوں کے مصافاتی یونٹ میں خون لانے والی اور خون لے جانے والی دو قسم کی نالیاں ہوتی ہیں جن کو طبی زبان میں شعیرات دمویہ کہتے ہیں۔ یہ نالیاں بہت باریک شعیرات سے آپس میں ملی ہوتی ہیں۔ جن کو خوردبین سے دیکھا جاسکتا ہے۔ جن لوگوں کو ذیابیطس کی تکلیف ہوتی ہے ان کے جسم سے زہریلے مادے اور فاضل کییمیائی اجزا وغیرہ مصفاکی کرنے والے یونٹ کے ذریعے پوری طرح خارج نہیں ہو پاتے۔ اس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ مصفاکی کرنے والا یونٹ کمزور ہو جاتا ہے۔ یا اس طرح سمجھ لیں کہ مصفاکی کرنے والے یونٹ کی کارکردگی میں فرق پڑ جاتا ہے۔

عموماً ہوتا یہ ہے کہ جن کییمیائی اجزا کی جسم کو ضرورت ہوتی ہے، وہ دوبارہ ان فلٹرز کے ذریعے واپس جذب کر لیتے ہیں اور باقی غیر ضروری اجزاء پیشاب کے ذریعے خارج ہو جاتے ہیں۔

اگر ان فلٹرز کی کارکردگی میں ذیابیطس کی وجہ سے فرق آ جائے تو جسم میں غیر ضروری اجزاء جمع ہونے شروع ہو جاتے ہیں۔ اس کی وجہ سے پاؤں اور پنڈلیوں پر ورم یا سوجن ہو جاتی ہے۔ اکثر یہ بھی ہوتا ہے کہ یہ نالیاں بند بھی ہو جاتی ہیں جس کی وجہ سے خون کی واپسی متاثر ہوتی ہے۔ یہ اس وجہ سے ہوتا ہے کہ فاضل اجزاء کے ذرات نالیوں میں بیٹھ جاتے ہیں جس کی وجہ سے یہ نالیاں بند ہو جاتی ہیں یا پھر یہ نالیاں رسنا شروع کر دیتی ہیں اور ان عناصر میں کام کرنے کی جو قدرتی ترقیب ہوتی ہے وہ بکھر جاتی ہے اور سارا نظام بگڑ جاتا ہے۔ اگر ایسی حالت میں متاثرہ شخص کا پیشاب باریک بینی سے ٹسٹ کیا جائے تو اس میں بہت خفیف مقدار میں البیومن موجود ملے گی۔

یہ اللہ سبحان تعالیٰ کا ایسا نظام ہے کہ ایسی حالت بھی گردے اٹھارہ سال تک برداشت کر سکتے ہیں اور جسم کا ساتھ دے سکتے ہیں اور پھر اس کے بعد خوش عمر بے لگام ہو جاتا ہے۔

ذیابیطس میں گردوں کی خرابی کافی دیر سے ظاہر ہوتی ہے اور جب اس خرابی کا انکشاف ہوتا ہے تو پھر تیر کمان سے نکل چکا ہوتا ہے اور جسم کے سوائے یاریقیں مادے بڑھ جاتے ہیں۔ اس کے نتیجے میں متاثرہ شخص نیند میں کمی، جھکن، مٹلی، تپ، کمزوری اور درد کا شکار ہو جاتا ہے۔ پہلی مرتبہ تشخیص ہونے پر اگر پیشاب میں پروٹین موجود ہو تو پریشانی و پشیمانی کی

ضرورت نہیں ہوتی۔ حقیقتاً یہ ایک عارضی کیفیت ہوتی ہے۔ بس اتنی سی بات جاننا اور سمجھنا ضروری ہے کہ ذیابیطس میں عام حالات کے مقابلے میں گردوں کے فیل ہونے کا امکان بیس گنا بڑھ جاتا ہے۔

بچوں یا چھوٹی عمر کی ذیابیطس میں دس سے بیس سال کے اندر اور بڑوں میں پندرہ سال کے اندر گردوں میں ناگزیر تبدیلیاں پیدا ہو جاتی ہیں۔ اگر ذیابیطس کی تشخیص دیر سے ہوئی ہو اور مریض میں شوگر کی مقدار کافی عرصہ سے بڑھی ہوئی ہو، خواہ وہ معمولی مقدار میں ہی کیوں نہ بڑھی ہو (مثلاً 140 سے 200 ملی گرام تک) تو تقریباً پانچ سال کے اندر گردوں اور آنکھوں میں نمایاں پیچیدگی پیدا ہو جاتی ہے۔

اللہ تعالیٰ کا اعجاز تخلیق دیکھئے کہ گردوں کی فلٹریشن کی صلاحیت یا مصفااتی قابلیت اتنی مضبوط ہوتی ہے کہ جب تک گردے 80 فیصد خراب یا برباد نہ ہو جائیں، اس خرابی کی علامات ظاہر نہیں ہوتیں۔ ذیابیطس میں جتنا ہر شخص کے گردوں کو نقصان نہیں پہنچتا بلکہ گردوں کی شدید خرابی عموماً چھوٹے ذیابیطس (TYPE-I) کے مریضوں میں زیادہ ہوتی ہے، بڑوں میں کم۔ بلڈ پریشر کی زیادتی بھی گردوں کی سبج کو خراب کرتی ہے جس کی وجہ سے فلٹریشن کا نظام خراب ہو جاتا ہے۔

اگر کسی مریض میں ذیابیطس کی تشخیص ہوئے ایک عرصہ گزر گیا ہو تو کینیہ یا گلو میرولائی شیرات دمویہ یعنی خون کی باریک نالیوں کا (FNB) یعنی فائن نیڈل بائیوپسی کے ذریعے سپل لے کر نائیکروسکوپ سے تفصیلی معائنہ کیا جائے تو کئی اہم پیچیدگیاں سامنے آئیں گی جو مندرجہ ذیل ہیں:

- 1- ناڈولریا عجیری یا عقدی پیچیدگیاں۔
- 2- کینیہ اور خون کی باریک نالیوں کی سبج کا تصلب یا سختی۔
- 3- ارتشامی تبدیلیاں۔
- 4- خون کی رگوں کی ریشہ دار بانٹ میں تبدیلیاں۔
- 5- گلٹی یا عقدی خلل۔

یہ سب تبدیلیاں شوگر کے مریضوں میں خاص تشخیصی اہمیت رکھتی ہیں۔ آپس میں مدغم خون کی باریک نالیاں اور کینیہ تصلب الشرج میں خون کے سفید ذرات ایسینوفل مقدار میں بڑھ جاتے ہیں اور بعض مریضوں میں اسی علامت کے ساتھ ساتھ چھوٹی بڑی گلٹیاں بھی موجود ہوتی

ہیں۔ شریانوں کی اندرونی تہ کے سیلز میں ایک مسلسل عمل شروع ہو جاتا ہے جس کے نتیجے میں بات بڑھتی جاتی ہے اور خون کی باریک نالیوں اور کیمیہ میں رشحہ قسم کا مادہ جمع ہو جاتا ہے یا پھر انساجی شعیراتی ورم یا تصلب ہوتا ہے اور پھر کپسول ڈھلک جاتا ہے۔

یہ متعدد اشکال کی تبدیلیاں مختلف مراحل میں بیماری کے آخری مراحل میں پیدا ہوتی ہیں۔ صرف ذیابیطس میں ہی نہیں بلکہ دوسری بیماریوں میں بھی پائی جاتی ہیں جو تشخیص میں الجھن کا باعث بنتی ہیں اور بیماریوں کو ایک دوسرے سے میز کرنا مشکل ہو جاتا ہے۔

آج کل الیکٹرانک مکمراتی عدسوں کی مدد سے گردوں پر فاسد اثرات کو وضاحت سے دیکھنا ممکن ہو گیا ہے۔ شریانوں کی اندرونی تہ کے تصلب کے سبب جو کہ سیلز کی جدید نمونے سبب ہوئی ہے، سیلز پروڈاؤ پڑتا ہے جس کے نتیجے میں میزخیل سیلز کی موت واقع ہو جاتی ہے اور اس کا نتیجہ نوڈیولز یا گانڈھ کی شکل میں ظاہر ہوتا ہے۔

کیمیہ کا جسمانی سائز مختلف حالتوں میں مختلف ہو سکتا ہے۔ کیمیہ کا بڑا ہونا ایک قسم کا تعویضی پیش نمونہ ہوتا ہے۔ کیمیہ تصلب انساجی عمل ایک طویل مدت پر محیط ہوتا ہے۔ جن لوگوں کا ذیابیطس کا مرض پندرہ سے بیس سال پرانا ہو، ان کے خون اور پیشاب میں سیرم کریاٹینین کے وجود اور اس کی مقدار سے اس بات کا پتہ چلایا جاسکتا ہے کہ گردوں کو ذیابیطس کی وجہ سے کتنا نقصان پہنچ چکا ہے اور اس کی روک تھام اور علاج کے لئے کیا لائحہ عمل ہونا چاہئے۔

ایسے مریض جن کے علاج کا انحصار صرف انسولین پر ہوتا ہے، ان کو ٹائپ ون یا قسم اول کے مریض کہہ سکتے ہیں۔ ایسے مریض اگر گردوں کے مرض میں مبتلا نہ ہوں تو کیمیہ پر ذیابیطس کا اثر خون کی باریک نالیوں کے ورم کی شکل میں ظاہر ہوتا ہے۔

جدید ریسرچ کے مطابق اس کے بارے میں دو قسم کی آراء ہیں۔

1- وراثتی ابتدائی غیر تولیدی خٹے میں نقص اس میں انسولین کا کوئی عمل دخل نہیں ہوتا۔ محققین کا کہنا ہے خون کی باریک نالیوں کی اساسی تہ میں نئے نئے سیلز پیدا ہوتے ہیں اور مردہ سیلز ان تہوں کے بیچ جمع ہو جاتے ہیں اور ان نالیوں کو موٹا کر دیتے ہیں۔ اس سے یہ فیصلہ کرنا آسان ہو جاتا ہے کہ کاربوہائیڈریٹ یا نشویات کے عدم تحمل کا اس سے کوئی تعلق نہیں۔

2- دوسرا مفروضہ یہ ہے کہ جسم کے غذائی نظام ہضم میں خلل کے تحت چربی، گلائیکو پروٹین، لحمیات اور نشویات کے نظام ہضم میں تبدیلیاں انسولین کی کمی کے سبب پیدا ہوتی ہیں۔ یہ دلیل معقول اور قابل قبول بھی لگتی ہے۔

(A) الیکٹرون محمد ب عد سے سے یہ دیکھا گیا ہے کہ جب شدید ذیابیطس شروع ہوتی ہے تو خون کی نالیاں بے حد صحت مند حالت میں ہوتی ہیں۔

(B) ذیابیطس کے مرض میں خون کی نالیوں میں تبدیلیاں ان مریضوں میں پائی جاتی ہیں جن کا وراثتی تعلق نہیں ہے بلکہ ان میں ذیابیطس دوسری بیماریوں کے سبب ہوئی جیسے پنکسر یا س، ہاموٹل یا غدود الصماء کی بیماریاں وغیرہ۔ یہ بیماریاں آہستہ آہستہ بڑھتی ہیں اور کئی سال لیتی ہیں۔

(C) میرے ذاتی تجربہ سے یہ بات ثابت ہے کہ اگر جسم میں شوگر کا کنٹرول ٹھیک ہے یعنی 24 گھنٹوں کے دوران 130 ملی گرام شوگر لیول ہو اور Hb A1C کے نتائج نارمل ہوں تو حد سے گزری ہوئی اور آخری منزل پر آئی ہوئی بیماری بھی کنٹرول ہو سکتی ہے۔

(D) جن مریضوں کے گردے خراب ہوں یا ناکارہ ہوں اور ان کے گردے کی چیونڈ کاری یا ٹرانسپلانٹ کیا گیا ہو تو اس کے باوجود ان گردوں میں پانچ سال کے عرصے میں تبدیلی آ جاتی ہے۔

ذیابیطس کے مریضوں میں خون کی بہت باریک نالیاں جو خوردبین سے دیکھی جاسکتی ہیں، ان میں درم آ جاتا ہے۔ اس درم کو ذیابیطس انجیو پیتھی کہتے ہیں۔ یہ ثانوی مرحلہ ہے اور اس مرحلے پر تشخیص کے وقت خون کی نالیوں کی زیریں جھلی میں کوئی تغیر و تبدل نہیں ہوتا۔ جیسے جیسے یہ مرض بڑھتا جاتا ہے، خون کی نالیوں میں تبدیلی آنی شروع ہو جاتی ہے۔ نئی تحقیق کے مطابق خون لانے اور لے جانے والی عروق دمو یہ میں بھی بیماری کے بڑھنے کے ساتھ ساتھ تبدیلیاں رفتہ رفتہ بڑھتی جاتی ہیں۔ مگر ذیابیطس کی ٹائپ 1 یا قسم اول میں ایسی شدید ثانوی تبدیلیاں خال خال ہی ملتی ہیں۔ اس کے علاوہ عروق دمو یہ کی زیریں اساسی تہہ میں کچھ خامراتی اور کیریائی تعاملات کا عمل زیادہ ہو جاتا ہے لیکن اگر مریض کا بروقت انسولین سے علاج شروع کر دیا جائے تو یہ تبدیلیاں واپس بھی ہو سکتی ہیں یعنی اپنی پہلی حالت میں واپس آ جاتی ہیں۔

گلوکوز سے گلائیکو پروٹین کے سفر کا تعلق انسولین سے نہیں ہے۔ خون میں گلوکوز کی زیادتی ہی گلائیکو پروٹین بننے کا سبب ہوتی ہے۔ کیونکہ اگر گلوکوز کا کنٹرول مناسب نہ ہو تو روزمرہ کے چوبیس گھنٹوں میں گلوکوز کی کمی اور زیادتی ہی خون کی نالیوں اور ان کی اساسی یا زیریں جھلی یا تہہ میں تبدیلی لاتی ہے اور خون میں ہائڈرو پروکسی پروٹین بڑھ جاتی ہے اور پروٹین کم ہو جاتی ہے۔ اس عمل کی وجہ سے کبیرہ کا حجم بڑھ جاتا ہے اور زیریں جھلی میں کو لیجن

پروٹین جمع ہونا شروع ہو جاتی ہے۔

مگر یہ بات ابھی ثابت نہیں ہو سکی ہے کہ نمو کے ہارمونز کا تعلق اس عمل سے ہے کہ نہیں۔ ایک قابل ذکر بات یہ ہے کہ اگر کسی بونے یعنی پستہ قامت شخص کو ذیابیطس ہو جائے تو اس کی خون کی نالیوں میں تغیرات نہیں ہوتے۔

آج سے 35 سال پہلے اگر ذیابیطس کے کسی مریض کو گردے کی بیماری ہو جاتی تھی تو یہ موت کا کھلا پیغام ہوتا تھا۔ ایسے مریض کے لئے دس پندرہ سال سے زیادہ عرصہ نکالنا مشکل ہو جاتا تھا اور وہ ایڑیاں رگڑتے رگڑتے جان ہار جاتا تھا۔ اس کے لئے پیٹ کے ذریعہ گردوں کی صفائی یا Dialysis یا پھر غسٹیل کلیہ خون کی نالیوں میں کیولا داخل کر کے گردوں کی صفائی کا عمل کیا جاتا۔ یہ عمل ہفتہ میں تین یا چار مرتبہ کرانا پڑتا تھا لیکن اس طرح مریض کے ساتھ آسمان سے گرا کھجور میں اٹکا والی بات ہوتی۔ یعنی گردوں کی اس صفائی کا خرچہ ہزاروں تک پہنچ جاتا..... لیکن اب گردے کے ٹرانسپلانٹ نے زندگی کو نئی ڈگری ہے اور ایک نیا موڑ بھی اور بقول شخصے۔ ”جنڈڑی نوں ٹوٹا لادتاے“۔

اس ساری تکلیف وہ حکایت میں ایک خوش کن پہلو بھی ہے۔ وہ یہ کہ کمیہ کی انسج میں تھکب یا سنجی تبدیلیاں بے حد کم لوگوں میں پیدا ہوتی ہیں۔ سب سے پہلے فلٹریشن کے عمل اور صفائی کرنے کی رفتار میں تبدیلی رونما ہوتی ہے مگر یہ تبدیلی دائمی نہیں ہوتی بلکہ معکوس یا پلٹ جانے والی ہوتی ہے۔ اس پلٹ جانے کے عمل کا دارومدار گلوکوز کے بہتر کنٹرول سے ہے۔

اگر فلٹر کرنے کا عمل متاثر ہو جائے تو پیشاب میں نائٹروجنی اجزاء یعنی پروٹین یا البیومن اور یوریا رسنا شرع ہو جاتے ہیں لیکن ایسی تبدیلیاں یا علامات ذیابیطس کے شروع ہونے کے دس سال سے پہلے پیدا نہیں ہوتیں۔ اگر شوگر کا کنٹرول صحیح نہ ہو اور بیماری کو 15 سال کا عرصہ گزر گیا ہو تو 33 فیصد مریضوں میں پیشاب میں پروٹین کا مستقل وجود رہتا ہے اور مریض کے جسم میں پروٹین کم ہونا شرع ہو جاتی ہے اور پیروں پر درم رہنا شرع ہو جاتا ہے۔ بڑی عمر کے مریضوں میں پیشاب میں پروٹین کا اخراج ذرا پہلے ہی شروع ہو جاتا ہے اور پھر یہ علم ہوتا ہے کہ ذیابیطس کی تشخیص ذرا دیر سے ہوئی ہے۔

پروٹین یوریا ذرا مختلف اور منتخب ہوتا ہے اور مختلف مریضوں میں مرض کی شناخت مختلف ہوتی ہے۔ کم یا زیادہ، اس امر کی کوئی اہمیت نہیں ہے۔

کچھ اقلیتی مریضوں میں پروٹین یوریا نسبتاً زیادہ ہوتا ہے یعنی یومیہ 3 گرام سے زیادہ

اور ایسے لوگوں کو نیٹر وٹک سنڈروم لاحق ہو جاتی ہے اور ورم پاؤں سے چلتا رانوں، کمر اور چھاتی تک پہنچ جاتا ہے۔ یعنی مریض اپنے ہی پانی میں غرق ہو جاتا ہے۔

اس صورت حال میں جسم میں الیومین کی کمی واقعہ ہو جاتی ہے جس کے سبب Oncotic دباؤ بڑھ جاتا ہے اور جسم کا داخلی توازن بگڑ جاتا ہے اور خلیہ کا اندرونی سائل خلیہ سے باہر نکل آتا ہے اور خلیوں کے درمیان میں چلا جاتا ہے۔ اس کے نتیجے میں پلازما کا حجم کم ہو جاتا ہے یا یہ الفاظ دیگر سکر جاتا ہے اور جسم پر ورم ظاہر ہو جاتا ہے۔ اس ورم کو ذرا سادہ بنانے پر گہرے گڑھے پڑ جاتے ہیں۔ خون کے حجم کی کمی کے سبب جسم سوڈیم اور پانی کو روک لیتا ہے اور جسمانی فیکٹری فضول اشیاء بنانی شروع کر دیتی ہے اور جسم ٹرائی گلائڈ، کولیسٹرول اور لیپو پروٹین کی پیداوار بڑھا دیتا ہے اور یہ سب کچھ آنے والے وقت میں مزید تکالیف کا پیشہ خیمہ ہوتا ہے۔

مختصر ذیابیطس میں ہر شخص کے گردے خراب نہیں ہوتے۔ شدید نقصان گردوں کو چھوٹی عمر کی ذیابیطس میں پہنچتا ہے اور بڑوں میں کم۔ سالہا سال کے بلڈ پریشر کی زیادتی نرم و نازک، کول فلٹرسٹم کو نقصان پہنچاتا ہے اور اس سے جو فاضل اجزا جو گردوں کے ذریعہ باہر خارج ہوتے ہیں اس میں کمی واقع ہو جاتی ہے۔

میں نے یہ جو اوراق سیاہ کئے ہیں ان کا مقصد یہ ہے کہ میں اپنا پچاس سالہ تجربہ آپ تک پہنچا سکوں اور کوئی غرض نہیں۔ نہ نام، نہ نمود، نہ دولت۔ مگر آپ اگر فائدہ اٹھانا چاہتے ہیں تو کم از کم اس مضمون کو تین چار مرتبہ پڑھیں تو ضرور سمجھ آ جائے گا۔ حتی الامکان عام فہم بنانے کی کوشش کی ہے اور اگر آپ اپنے آپ کو ذیابیطس کے مرض کی مشکلوں اور پیچیدگیوں سے بچانا چاہتے ہیں تو صرف شوگر لیول کو قابو میں کرنا ہوگا۔

(ڈائیا پیٹک کم پالیسیشن کنٹرول ٹرائل ذیابیطس اور اس کی پیچیدگیوں اور کنٹرول پر جو ریسرچ ہوئی ہے) اور اس کے لئے جو کاوش کی گئی ہے اس کا کہنا ہے کہ اگر خون میں گلوکوز لیول کو کنٹرول کیا جائے تو 35 سے 56 فیصد تک گردے بچ جاتے ہیں۔ بلڈ پریشر کی زیادتی نازک شعیرات و مویہ کو نقصان پہنچا دیتی ہے اور بلڈ پریشر کو کنٹرول کرنے کے لئے تندرست و معقول جسمانی وزن رکھنا چاہئے۔ زیادہ ہو تو کم کرو، نمک کم کھاؤ اور اگر اس سے بھی خون کا دباؤ (BP) کم نہ ہو تو ڈاکٹر سے رجوع۔ مگر ”پڑھے لکھے“ لوگوں کے مشورے پر نہ چلو۔

نیٹر وٹک سنڈروم کا علاج ہے کھانے میں نمک کم کرو۔ سرخ گوشت (بکری، گائے

وغیرہ) بھیجا یعنی مغز، گردہ، کلیجی سے مکمل پرہیز۔ مرغی و مچھلی کھاؤ بغیر تلے ہوئے۔ پیشاب آور ادویات مفید ہیں۔ غذا میں پروٹین کا تناسب زیادہ کرنا چاہئے تاکہ البیومن بن سکے۔ گردوں کی فلٹریشن میں کمی کی صورت میں یا گردوں کے فیل ہونے کی صورت میں پروٹین بھی کم کرنی چاہئے اور 60 گرام پروٹین یومیہ سے زیادہ میری رائے میں مضر ہے۔ کیونکہ جسم میں نائٹروجنی اجزاء بڑھ جاتے ہیں اور ایڈولیمیا یا خون میں یوریا کی زیادتی کو ہر ممکن طریقہ سے روکنا چاہئے۔ ورنہ سفر آخرت ..... اور اس وقت خون کو آلودگی سے صاف کرنے کے لئے خارجی ذرائع استعمال کرنے چاہئیں۔ مشین اور چھلنیوں کے ذریعہ شریانوں سے خون باہر لے جا کر مشینی فلٹروں سے گزارا جاتا ہے اور پھر دوسری ٹیوب کے ذریعہ وریڈ میں داخل کر کے واپس جسم میں ڈالا جاتا ہے یہ عمل 2 سے 4 گھنٹہ کا ہوتا ہے اور ہفتہ میں تین یا چار بار لیکن آج کل سب سے بہتر علاج گردہ کی پیوندکاری ہے اور نیا گردہ اسی طرح کا کام کرتا ہے جس طرح جسم کا اپنا گردہ کام کرتا تھا لیکن اس سب کا انحصار گردے کے ملنے پر ہے اور پیوندکاری کو قائم رکھنے کے لئے ادویات ساری عمر کھانا پڑتی ہیں۔

پیوندکاری ایک معقول، دیرپا مگر بے حد قیمتی علاج ہے مگر اس کے لئے نظام دوران خون اور دل کا صحت مند ہونا بے حد ضروری ہے اور ریکٹیکیشن یا رفض کو روکنے کے لئے جو ادویات استعمال ہوتی ہیں اس سے جسم کے نظام مدافعت پر بُرا اثر ہوتا ہے اور انفکشن کے رسک زیادہ ہوتے ہیں اور پھر وہی ایک بات کہ نئے گردے کو صحت مند رکھنے کے لئے شوگر کنٹرول بے حد ضروری ہے۔ نیا گردہ بھی فیل ہو سکتا ہے۔

اس مضمون کا لب لباب یہ ہے کہ اگر ابتدا میں ہی نفس امارہ کو لگام دے دی جائے اور بزرگ یہ سوچ لیں کہ ”کھاوے داک کھانا“ اور یوں سوچا جائے ایک لقمہ کی بھی وہی لذت ہے جو دس لقموں کی تو زندگی سہل ہو جاتی ہے۔ رسول اکرمؐ نے کھانے پر کئی حدیثیں دی ہیں اور کھانے اور پینے کے جامع ارشادات دیئے ہیں۔ آہستہ چپا کرو اور شکر ادا کر کے کھاؤ۔ بیٹھ کر پیو وغیرہ۔ ہونٹوں کا سینا بے حد ضروری ہے تب ہی رخص عمر طویل عرصہ تک سفر جاری رکھ سکتا ہے۔



## ذیابیطس و نظام دوران خون و قلب

خالق کون نے عالم آب و گل اور اپنی تخلیق کو بناتے وقت بہت ہی تخطیط و اہتمام سے زندگی کو تخلیق کیا اور ہر چیز اس طرح بنائی کہ اگر زندگی کو صحیح معیار سے گزارا جائے تو 100 سال سے زیادہ بے حد آرام سے صحت مند طریقہ سے جیا جاسکتا ہے۔ جس چیز کو ہم استعمال کریں اور صحیح طریقہ استعمال ہو تو وہ Use کہلاتا ہے اور اگر غلط استعمال ہو تو Abuse یا گالی بن جاتا ہے اور زندگی اپنی گارنٹی کھو بیٹھتی ہے۔ نہ گارنٹی نہ بیمہ کمپنی کام آسکتی ہے۔ قلب و عروق دمویہ یا خون کی نالیوں میں متعدد بیماریاں ہو سکتی ہیں۔ یہ اہم ہے کہ دل کی حالت کیسی ہے۔ دھڑکن کس طرح ہے؟ آواز صاف دھڑکن کی ہے یا اضافی آواز بھی ہے۔ دونوں طرف کی نبضیں کس طرح ہیں۔ خون کی سپلائی کیسی ہے کیونکہ صحت اور تندرست زندگی کا انحصار اسی پر ہے۔ شرائین و اور وہ اپنا کردار کس طرح ادا کر رہی ہیں کیونکہ خون کے دوران کے ذریعہ ہی آکسیجن، گلوکوز، معدن، نمکیات، ہارمونات وغیرہ وغیرہ سپلائی ہوتی ہیں اور اگر کسی بھی سبب سے دوران خون ناقص ہو جائے۔ سپلائی میں رکاوٹ پڑ جائے اور خون کے بہاؤ میں سست روی ہو تو سارے جسم میں بہاؤ پر اثر پڑتا ہے۔ ذیابیطس میں جسم کے اندر ایسی کیمیائی اور سبکی تبدیلیاں ہوتی ہیں کہ خون کی نالیوں کے منہ تنگ ہو جاتے ہیں یا بند ہو جاتے ہیں۔ یہ خون کی نالیوں کی دیواروں میں سبکی سختی کے سبب سے ہوتا ہے جسے تصلب بھی کہا جاتا ہے اور ذیابیطس اس عمل کو تیز کر دیتی ہے۔ خون کی نالیاں کئی سبب سے بند ہوتی ہیں۔ ان نالیوں ہی کے ذریعہ چربی یا کولیسترول و ڈرائی گلائیڈ (Chol & TG) خلا یا تک پہنچتے ہیں اور یہی اجزا خون کی نالیوں میں جم بھی جاتے ہیں۔ ذیابیطس میں وہ پروٹین جن کے توسط سے چربی کے اجزا خلا یا تک پہنچتے ہیں ان پروٹین کی تعداد اور پروٹین کی ہیئت بھی تبدیل ہو جاتی ہے۔ ذیابیطس میں شرح اموات دل کی شرائین کے سبب سے زیادہ ہے اور کچھ مریضوں میں

ذیابیطس کے سبب اور دل کی شراہین کے سبب شرح اموت زیادہ نہیں ہے۔ جس سے یہ اندازہ ہوتا ہے کہ میکر و ویسکولر یعنی نظر آنے والی شراہین کی بیماری ذیابیطس کا جزو نہیں ہے۔ اس میں کچھ اور اسباب اور اجزا کا عمل دخل بھی ہے۔ یا شوکی تقدیر اعمال کا دخل۔ جیسے غذا، وزن، حرکت و ورزش اور عمر رفتہ، ان سب پر شبہ کیا جاسکتا ہے کہ یہ سب سبب ہو سکتے ہیں۔ ذیابیطس میں CCF یا ہارٹ فیل ہونے کے چانسز زیادہ ہوتے ہیں۔ ایک خاص قسم کا کارڈیو مائیو پیٹھی یعنی دل کے عضلات کا درم بھی ذیابیطس کے مریضوں میں بتایا گیا ہے۔ ذیابیطس میں بلڈ پریشر کی زیادتی سے بھی بیماری پیدا ہوتی ہے۔ دل میں بائیو کیمیکل تبدیلیاں ذیابیطس کے مریضوں میں شوگر کی زیادتی اور غیر منظم علاج سے یہ پھیل گئیاں پیدا ہوتی ہیں اور اگر گلوکوز کا کنٹرول صحیح ہو یعنی ٹارگٹ کے قریب تو دل دھڑکنے کے لیے انرجی یا طاقت اور خون کی سپلائی خوش اسلوبی سے ہوتی رہتی ہے۔ دل کا عضلاتی تانا بانا اس طرح کا ہے کہ اس میں ہوا باشکبی عضلات یا پٹھے ہوتے ہیں جن کا انحصار ہوا اور آکسیجن پر ہے یعنی ائرو بک نشو و نما ATP یعنی ایڈینوسین ٹرائی فوسفیٹ جو دل کے عضلات ایندھن کے طور پر استعمال کرتے ہیں اور یہ سب 60 سے 70% چربی کے حامض یا ایسڈ (FA) سے بنے ہیں اور کبھی کبھی 100% فیٹی ایسڈ ایک پروٹین کی شرکت یا معاونت میں مباشرتاً دل میں جاتے ہیں (عضلات کے اندر) اور آخر کار خلیا کے اندر جو مرکز یا نیوکلیس ہوتا ہے، اس کے اندر پہنچ جاتے ہیں اور یہ سیدھے ATP کو بناتے ہیں۔ خلیہ کا نیوکلیس (Nucleus) دیو مالائی ہے اور زندگی کی کلید یا چابی نہیں ہے۔ نیوکلیس کے اندر بالکل ریڑھ کی ہڈی کی طرح کا جسم ہوتا ہے جس میں بے حد صلاحیتیں ہوتی ہیں اس میں کروموسوم۔ انزیمات اور دوسرے اجزاء جو اللہ رب العزت کے تخلیقی معجزے کا بین مظہر ہیں اور آکسیجن کو استعمال کرنے کی صلاحیت رکھتے ہیں اور اگر کچھ کمی رہ جائے اور ضرورت ہو تو پھر گلائیکو جن۔ گلوکوز وغیرہ خلیہ کی طاقت بحال کرتے ہیں۔ پروٹین ہی امینو ایسڈ (A.A) فراہم کرتی ہیں۔ کسی حد تک یہ بھی طاقت دیتے ہیں اور لمبی فاقہ کشی جیسے بھوک ہڑتال میں یہ زندگی کی ڈور کو تھامے رکھتے ہیں۔

اگر ذیابیطس کنٹرول نہ ہو تو دل کے پٹھوں میں تخریبی و تعمیری کیمیائی نظام اس طرح ہوتا ہے۔ فیٹی ایسڈ (FA) اور کیتونی اجسام بھی استعمال ہوتے ہیں اور طاقت برقرار ہوتی ہے اور گلوکوز بہت کم استعمال ہوتی ہے۔ ذیابیطس میں جو دل کے اندر تبدیلی ہوتی ہے وہ خون کی تالیوں اور پٹھوں اور سنج میں ہوتی ہیں۔ جو خون کی تالیاں متاثر ہوتی ہیں وہ خورد بینی شیرازت

دمویہ ہوتی ہیں۔ آج کل جو ریسرچ ہو رہی ہے اس سے ثابت ہے کہ ابتدائی مراحل میں خون کی خورد بینی نالیوں اور خون کی بڑی نالیوں میں قریباً ایک جیسی تبدیلی رونما ہوتی ہے اور خون کی نالیوں کے اندر کی جھلی یا Basement Membrane کو نقصان پہنچتا ہے اور جہاں یہ زخم سا بنتا ہے وہاں دموی لوہین یا پلیٹ لٹ (Platelet) جمع ہونے لگتے ہیں۔ جن کے سبب خون کی ننھی ننھی مھلکیاں بنتی ہیں۔ خون کی باریک نالیوں میں باہر کی تہہ کی جھلی موٹی ہو جاتی ہے۔ یہ علامت ذیابیطس کے مریضوں میں عام ہوتی ہے۔ خصوصاً وہ مریض جن میں گلوکوز کی برداشت نہیں ہوتی۔ یعنی عدم تحمل گلوکوز (Glucose Intolerance) یا ان چھوٹی عمر کے مریضوں میں جن کا انحصار صرف انسولین پر ہوتا ہے (I.D.D.M)۔

ذیابیطس میں خورد بینی خونی شعیرات خصوصاً پردہ چشم یا ریٹینا اکثر سچ میں پھیل جاتی ہیں تو یہ ذیابیطس کا شناختی نشان ہوتی ہیں یا یوں کہئے کہ سنگ میل کی حیثیت رکھتی ہیں۔ یہ شریانی پھیلاؤ دل کے عضلات میں بھی پیدا ہو جاتے ہیں۔ ان کے وجود کی گہرائی ہی نہیں ہوتی۔ گہری بھی ہو سکتی ہیں اور سطحی بھی۔ ذیابیطس کے مریضوں میں دل کے پٹھوں میں جو خون کی نالیاں ہوتی ہیں ان میں یہ تبدیلیاں یقینی ہوتی ہیں۔ ان نالیوں میں سختی یعنی تصلب اور چربی کی تھیں پائی جاتی ہیں۔ ذیابیطس کے قریباً 2/3 مریضوں میں خورد بینی شریان میں بچہ خیزی کی حالت پائی جاتی ہے اور شریان کی اندرونی تہہ میں بچہ خیزی کا درم ہوتا ہے اور خون کے ذرات ہسٹیو سائٹ ننھے ننھے ڈھیروں کی شکل میں دکھائی دیتے ہیں۔ جیسے ننھے ننھے ابھار۔ چھوٹے چھوٹے پل اور ورم کی شکل میں اور نتیجہ ظاہر ہے کہ ان نالیوں میں خون کے بہاؤ میں رکاوٹ پیدا ہوتی ہے۔

دل کی بیماریوں میں شریان التاجی (CAD) کی بیماری کو بے حد اہمیت حاصل ہے۔ خصوصاً ذیابیطس کے مریضوں میں، حالانکہ آج کے متقدم زمانے میں اگر مرض وقت پر پکڑا جائے تو وفات کے چانسز پہلے کی نسبت بے حد کم ہیں۔ عمر کی طوالت، مناسب تشخیص و علاج۔ آپریشن اور ورزشی شعور۔ غذائی تنظیم سے آج کے دور میں عمر بڑھ گئی ہے۔ مگر جہاں تک خون کی نالیوں میں ذیابیطس کی پیچیدگی کا تعلق ہے اور چربی اور تصلب سبھی آج بھی موجود ہے اور بڑا مسئلہ ہے۔ اگر ہم غیر ذیابیطس مریضوں اور ذیابیطس مریضوں کا مقابلہ کریں تو یہ پتہ چلتا ہے کہ (1) ذیابیطس کے مریضوں میں دل کی خون کی نالیوں کی بیماری نسبتاً زیادہ ہے۔ (2) یہ زیادتی عورتوں میں زیادہ ہے۔ (3) غیر ذیابیطس مریضوں کے مقابلے میں ذیابیطس

مریضوں میں کلینکی علامات زیادہ ہیں۔ (4) حتیٰ کہ ذیابیطس بچوں میں بھی زیادہ ہیں۔  
 پوسٹ مارٹم کی رپورٹس کے مطابق ذیابیطس کے مریضوں میں دل کی شریانیں کی بیماری کی نسبت زیادہ ہے۔ 1939ء کے سروے کے مطابق امریکہ میں ذیابیطس کے مریضوں میں شریان تاجی کی بیماری 7% تھی اور غیر ذیابیطس مریضوں میں 1%۔ شرح اموات خون میں چربی کی زیادتی اور تالیوں میں تصلب شریانی کے سبب سے شریان تاجی یا ہارٹ ایک سے اموات زیادہ تھیں۔ فرینکلیم اسٹڈی جو 20 سال جاری رہی اور ملٹی سنٹر معلوماتی مہم تھی۔ انہوں نے 1500 کی آبادی میں 6% عورتیں اور 8% مرد ذیابیطس کے مریض نوٹ کئے تھے۔  
 ذیابیطس عورتوں میں دل کی شریانیں کی بیماری غیر ذیابیطس مریضوں کی نسبت تین گنا زیادہ تھی اور یہی حشر آدمیوں کا تھا۔ دو سے تین گنا زیادہ۔ آج سے 50 سال پہلے تقریباً امریکہ میں ذیابیطس کے مریضوں میں تصلب شریانی تاجی (CAD) کے سبب شرح اموات 54% تھی جو ایک عرصہ تک قائم رہی۔ اب تقریباً 30 سال سے شرح اموات اور بھی کم ہو گئی ہے۔  
 قریباً 20% گری ہے۔ یہ امر خوش کن ہے۔ امریکہ میں 1960ء میں شرح اموات 29% رہی اور پھر کچھ عرصہ اتنی ہی رہی۔ مگر 1968ء سے شرح اموات اور بھی کم ہو گئی۔ اس 20% مزید کم ہونے کا سبب ابھی دھندلکے میں ہے۔ ہو سکتا ہے آبادی کے باشعور ہونے کا ہاتھ ہو۔ پرہیز، ورزش اور مناسب علاج اس کی کا سبب ہوں۔

جن ممالک میں تصلب شریانی اور خون میں چربی اور موٹاپا کم ہے مثلاً جاپان، تائیچیریا اور وسطی امریکہ وغیرہ۔ ماحول، تعلیم، سماجی و اقتصادی حالات اور صحت کو برقرار رکھنے کا رجحان بے حد اہم کردار ادا کرتا ہے۔ 1988 میں جب میں وزارتہ الصحت سے منسلک تھا تو ایک ریسرچ اس موضوع پر کی تھی۔ وہ عامل جو بنگلادیش سے سعودی عرب آئے تھے ان پر جو کام کیا تھا اس کا لب لباب یہ تھا کہ اپنے وطن میں نہ ان اشخاص اور نہ ہی ان کے خاندان میں ذیابیطس کا ذکر تک نہ تھا مگر سعودی عرب کے قیام کے دو سال کے اندر مرغن غذائیں، چاول، گوشت اور مرغی اور تلی ہوئی اشیاء کھانے سے ان کا وزن بھی بڑھا۔ پہلے گلوکوز کا عدم تحمل ہوا پھر ذیابیطس عملی طور پر داخل ہو گئی اور ان کو علاج کی ضرورت پڑی۔

جہاں تک جنس کا تعلق ہے عورتوں میں سن یاس (Menopause) سے پہلے غیر ذیابیطس عورتوں میں شریان تاجی کی بیماری نہیں ہوتی۔ جن مریضوں میں بلڈ پریشر کی شکایت ہوتی ہے ان میں CAD یعنی تصلب شریانی تاجی کی نسبت 8:1 ہے۔ ایک اور رپورٹ کے

مطابق 40 سال سے کم عمر میں بیماری کی نسبت سے مرد 16 اور عورتیں 1 عدد۔ 40 سے 49 سال کی عمر کے درمیان مرد 7 عدد اور عورتیں 1 عدد۔ جتنے جتنے عمر کے سال بڑھتے ہیں تو 10 سال کے عرصہ میں نسبت 1:1 یعنی برابر۔ 70 سال سے عمر زیادہ ہو اس کا حساب الٹا ہو جاتا ہے۔ یعنی عورتیں زیادہ اور مرد کم۔ ذیابیطس کے موٹ مرلیضوں میں دل کی شریان کا مرض زیادہ ہوتا ہے۔ جہاں تک بیماری کی شدت کا تعلق ہے تو خون کی بڑی نالیوں میں تصلب (تختی) اور چربی کے نالیوں جنسے کے سبب خون کی نالیوں میں تنگی ذیابیطس کے مرلیضوں میں زیادہ ہوتی ہے۔ اگر ہم جنس، عمر، بلڈ پریشر، چربی کی زیادتی اور تمباکو نوشی اور دوسری نشہ آور چیزیں زیادہ ممکن اسباب ہیں۔ خصوصاً بڑی عمر کے لوگوں کے ذیابیطس میں۔ جن میں اکثریت میں وزن زیادہ، بلڈ پریشر زیادہ، خون میں کولیسٹرول و ٹرائی گلیسرائیڈ کی زیادتی۔ ذیابیطس میں شریان تاجی کے مرض کے سبب شرح اموات کی زیادتی ان سارے رسک فیکٹرز کے سبب سے ہے۔ مگر اس سبب کے باوجود ایک اور نامعلوم سبب بھی ہوتا ہے جس کو ذیابیطس فیکٹر کہتے ہیں اور یہ دل کی شریان تاجی کی بیماری کا سبب ہوتا ہے اور عورتوں میں خصوصاً شرح اموات مردوں کی نسبت زیادہ ہوتی ہے۔

خون کے دباؤ کی زیادتی ذیابیطس کے مرلیضوں میں زیادہ ہوتی ہے اور عام غیر ذیابیطسی مرلیضوں کی نسبت اگر عمر، جنس وغیرہ کو مد نظر دیکھا جائے تو ذیابیطس کے مرلیضوں میں نسبت 54% زیادہ ہوتی ہے۔ ذیابیطسی بچوں میں بلڈ پریشر زیادہ ہی دیکھا گیا ہے۔ بڑی عمر کے مرلیضوں میں T-2 مرلیضوں میں خون کا دباؤ کئی قسم کا دکھا گیا ہے مثلاً (1) ناگریز بلڈ پریشر (2) اتھیر و سکرو سین یعنی چربی کے جنسے اور نالیوں کی تختی کے سبب سے (3) گردوں میں خون کی نالیوں کی خرابی یا ان پر جسمانی دباؤ (4) گردوں کی داخلی سیج کی خرابی (5) ریشین انجیوٹنسن سسٹم کی خرابی اور عدم توازن اور یہ بھی دیکھا گیا ہے کہ خون کا نچلا دباؤ 90 سے 104 ملی میٹر تک ہوتا ہے۔ جن لوگوں میں شوگر کا دباؤ بہتر ہو اور خون کا نچلا یا اوپر والا دباؤ 90 سے نیچے ہو تو ایسے لوگوں میں شرح اموات 17% کم ہو جاتی ہیں اور پھر شرح اموات تاجی کی بیماری میں 30% کمی ہو جاتی ہے۔

خون میں چربی کا وجود یعنی لیپڈ کی زیادتی اور ٹرائی گلیسرائیڈ (TG) کی زیادتی تو ایک عرصہ سے زیر غور بھی ہے اور اس پر کام بھی ہو رہا ہے۔ خون میں چربی کی شدید زیادتی اور خصوصاً چربی مٹلائی (TG) یعنی ٹرائی گلیسرائیڈ کی زیادتی خصوصاً اس ذیابیطس کے ساتھ ہوتی

ہے جو انسولین کے محتاج ہوتے ہیں اور ذیابیطس کنٹرول میں نہیں ہوتی۔ ایسے اشخاص میں انسولین کی کمی کے ساتھ ساتھ ایک "اینزائم لیپو" پروٹین لاپیچہ جو چربی کو حل کرنے کا کام کرتا ہے اس کی فعالیت کم ہو جاتی ہے۔ جس کے سبب خون میں گردش کرتے ٹرائی گلیسرائڈ صحیح طور پر اپنے انجام کو نہیں پہنچتے اور حل نہیں ہو پاتے۔ مردوں اور عورتوں میں ہلکے وزن والی چربی اور پروٹین کا مرکب (VLDL) زیادہ ہوتے ہیں۔ ان کا تعلق ٹرائی گلیسرائڈ سے ہوتا ہے۔ کئی ریسرچرز کے مطابق ٹرائی گلیسرائڈ یا کولیسٹرول یا یہ دونوں زیادہ ہوتے ہیں (خون میں) ان مریضوں میں جن میں احتیمر و سکروسین ہوتا ہے۔ ذیابیطس کے مریضوں شرح اموات ان دونوں کے ہونے سے ہی بتائی گئی ہے۔ بڑی عمر کے ذیابیطسی مریض میں دل کی نالیوں کے امراض (CAD) زیادہ ہوتے ہیں۔ ان کا تعلق HDL یا زیادہ وزن والی چربی سے زیادہ ہوتا ہے اور تعلق معاکسی ہوتا ہے یعنی اگر زیادہ وزن کی چربی زیادہ ہو تو وہ خلا یا کولیسٹرول لینے سے روکتی ہے اور اس طرح کولیسٹرول کو خون کے ذریعہ جگہ تک پہنچاتی ہے۔ خصوصاً وہ عورتیں جن کو ذیابیطس ہو اور ان میں ہلکے وزن کی چربی اگر کم ہو تو دل کی شریان تاجی کی بیماری کا رسک زیادہ ہوتا ہے۔

### موٹاپا

اکثر امعات میں موٹاپے اور ذیابیطس کو ایک دوسرے کے اسباب سے جوڑا گیا ہے۔ موٹاپا اگر حد سے سوا ہو تو دل کی بیماری کا رسک زیادہ ہوتا ہے اور ڈاکٹر ہیری کین نے یہ نوٹ کیا کہ موٹاپا۔ بلڈ پریشر کی زیادتی۔ سگریٹ نوشی اور خون کی نالیوں کی بیماری ایک دوسرے کے رسک فیکٹرز بتائے جاتے ہیں۔ کچھ لوگ موٹاپے اور بلڈ پریشر اور کولیسٹرول کی زیادتی کو ایک دوسرے سے منسلک بتاتے ہیں۔ خصوصاً عورتوں میں ذیابیطس اور زیادہ وزن والی چربی کو بے حد اہمیت دی ہے۔

سگریٹ نوشی کے متعلق 1964ء میں امریکہ کی مشاورتی کمیٹی نے سرجن جنرل کو خبردار کیا تھا کہ سگریٹ نوشی دل کے لیے بے حد خطرناک ہے۔ مگر اس کے باوجود 1/4 ملین لوگ سگریٹ نوشی کے سبب دل کے درد کا شکار ہوئے اور جو لوگ 50-60 یا زیادہ سگریٹ پیتے ہیں ان میں خطرہ دوگنا ہو جاتا ہے اور 65 سال سے کم عمر میں شرح اموات گئی ہو جاتی ہے۔ جن لوگوں میں بلڈ پریشر زیادہ ہو اور خون میں کولیسٹرول کی مقدار بھی زیادہ ہو تو شرح اموات چار

گنا ہو جاتی ہے۔

وہ عورتیں جن کی عمر 35 سال سے زیادہ ہو اور وہ حمل روکنے کی گولیاں استعمال کرتی ہوں ان میں دل کی بیماری کا رسک بڑھ جاتا ہے اور ذمائی خون کی نالیوں کے حوادث بھی بڑھ جاتے ہیں اور عام عورتوں کے مقابلے میں مائع حمل دوا کھانے والیوں میں نسبت چار گنا بڑھ جاتی ہے۔ بڑی عمر کی ذیابیطس عورتوں میں قبل از وقت استھیر و سکلرو سین جیسے اسباب کے باعث رسک بڑھ جاتا ہے۔ ایک لمبی لمبی سنسٹرا اسٹڈی میں ایسے مریض جو مائع حمل گولیاں کھاتے تھے ان کو بلڈ پریشر کی بھی شکایت تھی اور وہ عورتیں جو مائع حمل ادویات نہیں استعمال کرتی تھیں ان میں مقابلتاً کم بلڈ پریشر تھا۔ یعنی ذیابیطس + مائع حمل ادویات۔ بلڈ پریشر نسبت %4 اور دوسری قسم جو مائع حمل ادویات نہیں استعمال کرتیں ان میں نسبت %1.5 تھی اور ان میں چربی یا لیپیڈ کی مقدار میں بھی فرق دیکھا گیا جو ہارمون ایسٹروجن استعمال کرتے ہیں یا ایسٹروجن کے مرکبات ان میں کو لیسٹرول %2.9 زیادہ پائی گئی۔ مگر چربی ثلاثی (TG) %37 تک زیادہ بڑھی ہوئی تھی۔ اس طرح عقاقیر مائع حمل استھیر و اسکلیر و س (Artherosclerosis) کو بڑھاتی ہیں کیونکہ جب ان ادویات کو روک دیا جاتا ہے تو یہ رسک ختم ہو جاتا ہے، لیکن یہ قیاس ضرور کیا جاتا ہے ایسے مریضوں میں استھیر و اسکلیر و س کی بنیاد پہلے سے موجود ہوگی۔ اس نظریہ کے مطابق چھوٹی عمر کی ذیابیطس کے مریضوں کو حمل روکنے کے لیے متبادل ذرائع استعمال کرنے چاہئیں خصوصاً وہ عورتیں جو عمر کی چوتھی دہائی میں داخل ہو رہی ہوں یا ہو گئی ہوں۔ یا بلڈ پریشر زیادہ ہو یا پھر خون میں کو لیسٹرول و ذرائع کلہرائڈ زیادہ ہوں۔

ذیابیطس کے مریض میں یا غیر ذیابیطس میں اگر دل کی خون کی بڑی نالی (CA) یا شریان تاجی میں انجینا یا چھاتی میں ٹیس والا ورداٹھا ہو جیسے کوئی سینے میں خنجر اتار رہا ہو۔ انسداد شریان القلب ہو۔ بہو القلب ہو (دل نفل ہو رہا ہو) یا دل کی رقتار میں ضبط نہ ہو اور دل برق رقتاری لے دھڑک رہا ہو تو کسی بھی ایسی صورت میں اچانک انسان عالم بالا کا سفر کر سکتا ہے یعنی موت آسکتی ہے مگر ان سب صورتوں میں مرض ایک ہی قسم کی منزل سے گذرتا ہے۔ کچھ ایسے مریض بھی ہوتے ہیں جن پر یہ علامات نہیں بھی پائی جاتی ہیں۔ دل پر جو حملہ ہوتا ہے وہ اچانک ہوتا ہے یعنی خاموش واردات اور اس طرح صحیح تشخیص نہیں ہو پاتی۔ خاص خاص تشخیصی علامات اور مختلف شکلوں میں۔ مختلف مریضوں میں۔ مختلف جنسوں (مرد اور عورت)

مختلف عمر اور سب سے بڑھ کر مختلف لوگوں میں ذیابیطس کا کنٹرول وغیرہ اور ان سب کا اپنا اپنا کردار ہے۔ جہاں تک مرد اور عورتوں کے قلب و دوران خون اور خون کی نالیوں کی بیماری (CVD) اور رسک فیکٹر کا تعلق ہے، ایک جیسے ہی اسباب ہوتے ہیں۔ عورتوں میں ہارٹ فیمل کارسک مردوں کی نسبت ڈبل ہوتا ہے اور شرح اموات بھی۔ وہ مریض جن کو چھوٹی عمر کی ذیابیطس ہو اور وہ بیس تیس سال کی عمر میں ہوں اور ذیابیطس کو شروع ہوئے 20 سال ہو گئے ہوں تو ان میں بھی انسداد شریان تاجی کی علامات اتھیرواسکلرورس کے باعث پائی جاتی ہیں۔ یہ ضرور ہے کہ مرض کی علامات بعض اوقات عام علامات سے ہٹ کر ہوتی ہیں اور کبھی کبھی معالج کو تشخیصی مغالطہ (غلطی) بھی ہو جاتا ہے کہ یہ مریض تو جوان ہے۔ دلکش ہے۔ چہرہ فروغ صحت سے گلزار ہے اور کوئی ظاہری رسک فیکٹر (موٹاپا، تمباکو نوشی، نشہ وغیرہ) بھی نہیں ہے یا کبھی کبھی مریض کی جنس بھی ڈاکٹر کو تشخیصی گمراہی میں مبتلا کر سکتی ہے اور نتیجہ خطرناک، تشخیص غلط۔ متاخر اور علاج میں دیر اور پھر موت۔

اگر مریض انجینا کی صحیح علامات بتائے تو 90% مریضوں میں علامات صحیح ہوتی ہیں۔ ذیابیطس کا مریض بھی معمولی ہلکا سا درد چھاتی میں اور غیر کلاسیکی درد انجینا کا محسوس کر سکتا ہے۔ جو کہیں بھی مثلاً گردن، جڑے، سر کی جانبی طرف، داہنے بازو، کندھے، بازو کی اندرونی طرف یا کبھی کبھی معدہ میں بھی درد محسوس کر سکتا ہے۔ ایسے مریض اگر آرام کریں تو آفاقہ ہو سکتا ہے۔ کبھی کبھی غیر ضروری سٹلی، قے، خون میں یڑھی ہوئی شوگر بھی دل کی خون کی نالی کی بیماری کا سبب بن سکتی ہے اور بچوں یا کم عمر لوگوں میں ذیابیطس کا مرض ہو تو ان کو دل کی شریان تاجی کی تکلیف میں درد غیر کلاسیکی اور غیر منطقی ہوگا بعض وقت کچھ مریض اس طرح سامنے آتے ہیں کہ آدمی بھول نہیں سکتا۔ مثلاً ایک مریض جو 30 یا 35 سال کا تھا اس کو تقریباً 20 سال سے شوگر کا مرض تھا۔ انسولین بھی لیتا تھا۔ اس کو نمونیا کا حملہ ہوا۔ اس کا علاج ہوا مگر کچھ دیر کے بعد ہی خفقان قلب شروع ہوا۔ ECG میں کچھ تبدیلیاں ملیں تو ان تبدیلیوں کو اس دوا کے آثار جانبی پر محمول کیا گیا۔ کئی مکرر ECG کئے گئے تو ان تبدیلیوں کو مستقل پایا گیا۔ جب اس کے دل کی انجیو گرافی کی گئی تو اس کی تین بڑی خون کی نالیاں بند لگیں اور اس کی باقی پاس سرجری کے بعد اس کے ساری تکلیفیں دور ہو گئیں۔ آج سے 35 سال جو شریک فلسطینی نوجوان کلین و جیل صبح دس بجے آؤٹ ڈور میں آیا اور ابتدائی تشخیص معدہ کا درد تھا جس کو کسی ممکن علاج سے ذرہ برابر آفاقہ نہ ہوا۔ آخر کار اس کو میں نے قیصدین کا انجکشن لگوا کر ہسپتال میں داخل کر دیا۔ شام کو

ڈاکٹر عبدالعظیم بساطی میرے کمرے میں آئے اور میرا شکر یہ ادا کیا کہ آپ نے بروقت مریض کی جان بچالی۔

وہ مریض جن کو شدید دل کا دورہ پڑے اور دل کی خون کی نالیاں شدید طور پر بلاک ہوں تو ایسے مریضوں میں کچھ بھی علامات ہو سکتی ہیں۔ جیسے تھکی، تھکے، ہارٹ فیمل وغیرہ تو عظیمندی کا تقاضہ ہے کہ ذیابیطس کے وہ مریض جن کے خون میں شوگر زیادہ ہو اور پیشاب میں شوگر زیادہ ہو تو ایسی معمولی علامات کو بھی کافی اہمیت دینی چاہئے۔ عموماً دیکھا گیا ہے کہ 42% ذیابیطسی اور 6% غیر ذیابیطسی مریضوں میں شراکین تاجی کے انسداد کی علامات بالکل ظاہر نہیں ہوتیں۔ کیونکہ دل کے اعصاب بے حس ہو چکے ہوتے ہیں اور سینہ درد سے بھٹتا محسوس نہیں ہوتا۔ (بقول کرنل ڈاکٹر الہی بخش) کے اگر سینہ میں کاروزئی کا درد ہو تو درد کو مار دو۔ ورنہ درد مریض کو مار دے گا) مگر سچی بات تو یہ ہے کہ دل کا دورہ 100% خاموش نہیں ہوتا۔ درد کا ہونا، نہ ہونا اور شدت درد کے احساس کے نہ ہونے کے سبب ہے۔ درد کے احساس کی کمی یا بالکل محسوس نہ ہونا خود کار نظام اعصاب کے سوزشی دوم کی وجہ سے ہے اور یہ دیکھا گیا ہے کہ ذیابیطس کے اعصاب میں کچھ پیچیدگیاں پیدا ہو جاتی ہیں۔ مثلاً گانٹھ نما درم یا اعصاب کی سچ اپنے اندر سے ٹوٹ جاتی ہے چھوٹے چھوٹے ٹکڑوں میں اسی لیے درد کی شدت جو فیض احمد فیض صاحب کو محسوس ہوئی تھی وہ نہیں ہو پاتی کہ دل وحشی کا تڑپنا قابل دید نہیں ہوتا اور نہ درد و ہر رگ جان سے گذرتا ہے اور نہ ہی ہر بن مو سے ٹپکتا ہے کیونکہ اعصاب کی سچ خبر ارسال کرنے سے قاصر ہوتی ہے اور اکثر دیکھا گیا ہے کہ جن ذیابیطسی مریضوں کو ذیابیطس ہو اور چھاتی میں درد بھی ہو تو وہ تسامل اور تجامل سے کام لیتے ہیں اور معالج کے پاس نہیں جاتے کہ کئی مسائل درد پیش ہوتے ہیں۔

درد کیوں نہیں ہوتا، اس سے قطع نظر چھاتی کے درد کا احساس نہ ہونا تشخیص میں تاخیر کا سبب بنتا ہے۔ حالانکہ مریض کی جان بچ سکتی ہے ان جان لیوا ابتدائی لمحوں میں۔ برسبیل تذکرہ کرنل پروفیسر الہی بخش کا ایک اور قول یاد آیا کہ اگر جوان ولی میں درد کی شکایت کرے تو وہ معدہ میں ہوتا ہے اور اگر بوڑھا معدہ میں درد کی شکایت کرے تو وہ دراصل دل میں ہوتا ہے۔ دل کی بیماری، ہارٹ ایک یا انسداد شراکین تاجی میں بات یہ بھی ہے کہ دل کے پٹھوں میں جو تحویلی نظام غذائی (مینا بولک نظام) ہے وہ بے حد عجیب ہے۔ جب دل کے پٹھوں میں خون کی سپلائی کم ہوتی ہے یا بند ہو جاتی ہے تو دل کے عضلات میں خون، آکسیجن کی سپلائی کے حساب

سے تبدیلیاں پیدا ہوتی ہیں۔ کچھ دل کے حصوں میں پٹھے آکسیجن سے محروم ہوتے ہیں اور کچھ حصوں میں جزیروں کی شکل میں آکسیجن کی سپلائی کم ہوتی ہے۔ تو ایسی آکسیجن کی محرومی کی حالت میں FFA یعنی فرمی فیٹی ایسڈ بطور طاقت کے ایندھن کے استعمال کر سکتے اور گلائیکوجن جو گلوکوز کی مرکب شکل ہے وہ گلوکوز میں بدل نہیں سکتی اور اس حالت میں لیکٹیٹ پیدا ہونا (Lactate) شروع ہو جاتا ہے اور آکسیجن کے بغیر جو بھی ایندھن انرجی پیدا کرتا ہے وہ دل کے پٹھوں کے لیے ناکافی ہوتا ہے۔ اگر دفعتاً دل کے پٹھوں کے گلائیکوجن اسٹور ختم ہو جائیں تو دل کے پٹھوں کی طاقت کا مصدر پلازما کی گلوکوز ہوتا ہے تو ایسی مشکل کے وقت گلوکوز اور انسولین ہی دل کی دستگیری کر سکتے ہیں۔ آکسیجن کی کمی کے سبب FFA کا استعمال کم ہو جاتا ہے اور پھر خون میں اس قسم کی چربی کی مقدار زیادہ ہو جاتی ہے۔ یہ فرمی فیٹی ایسڈ دل کے پٹھوں کے لیے سم قاتل کا درجہ رکھتا ہے۔ دل کی دھڑکن بے ہنگم اور بے ترتیب ہو سکتی ہے۔ پٹھوں کے سکڑنے پھیلنے کی صلاحیت کم ہو جاتی ہے۔

ایک قابل ذکر اور ضروری بات جو دل کے دورہ میں ہوتی ہے وہ یہ ہے کہ اس کے بعد انسولین کا اخراج یا افزائے ہو کر یا اس سے کم ہو جاتا ہے اور جب مریض دل کی تکلیف کے باعث ”شاک“ یا صدمہ میں ہوتا ہے تو انسولین مکمل طور پر غائب ہو جاتی ہے اور پھر نتیجہ یہ کہ خون میں گلوکوز کی مقدار بڑھ جاتی ہے۔ مگر یہ امر ضروری نہیں کہ اگر شوگر زیادہ ہو تو انسولین بھی کم یا غائب ہو۔ مگر اس حالت صدمہ میں انسولین کی فعالیت کم ہو جاتی ہے۔ کائیٹوسول کی مقدار۔ گلوکوجون (انسولین کا مخالف ہارمون) کی مقدار، ہارمون نمو (GH) یہ سارے ہارمونز دل کے گلوکوز کی مقدار خون میں بڑھانے کا سبب بنتے ہیں۔ جب کوئی بڑی سرجری ہوتی ہے تب بھی ایسے ہی صدمہ کا ماحول پیدا ہو جاتا ہے۔ خون میں گلوکوز کی مقدار اعلیٰ مریضوں میں پائی جاتی ہے۔ وہ مریض جن کو دل کا دورہ پڑا ہو اور تشخیص صحیح ثابت ہو (کارڈی انجیو گرافی کے بعد) تو جسم میں شوگر کی زیادتی بے پناہ تھکن، سستی بھی علامات میں شمار ہوتی ہیں۔ گلوکوز کی زیادتی اور انسداد شریانین تاجی میں عجیب ہی رشتہ ہے۔ شوگر کی زیادتی اکثر ان مریضوں میں بھی پائی جاتی ہے جن میں انسداد شریان القلب نہ ہو اور ان میں خون کے ٹکاس کی قلبی استعداد کم ہو جاتی ہے اور غیر فطری انسولین کا سارو یہ ہوتا ہے اور کچھ دل کے مریضوں میں انسولین کے لیے مناع یا Resistance پیدا ہو جاتا ہے۔ نشویات یا کاربوہائیڈریٹ تین دن سے زیادہ استعمال نہیں ہوتے اور جب کھینا کولامین کی مقدار نارمل ہو جاتی ہے (یہ کھینا کولامین دل کی تسج

کے بیمار ہونے سے پیدا ہوتی ہے) اور خون میں اس کے ساتھ ساتھ کارٹیسول، گلوکوجان اور نیویاگر دتھ ہارمون (G H) کی مقدار بھی نارمل سطح پر آجاتے ہیں۔

ذیابیطس کے مریض کو جب دل کا دورہ پڑے تو زندگی کے لیے بے حد خطرہ ہوتا ہے اور ان مریضوں کے مقابلے میں جن کو ذیابیطس نہیں ہوتی یہ خطرہ دو گنا ہو جاتا ہے اور زیادہ مریضوں کو ہسپتال داخل کرنا پڑتا ہے اور ان میں شرح اموات بھی زیادہ ہوتی ہے۔ دونوں جنسوں یعنی مرد اور عورتوں میں اور خطرہ ہر مریض کو لاحق خطرہ ہوتا ہے۔ مگر نوجوانوں اور عورتوں میں رسک زیادہ ہوتا ہے۔ ایک اسٹڈی کے مطابق (جو پارٹنرمان اور بریڈ لے نے کی تھی) ذیابیطس کے مریضوں میں سے 2/3 مریض جن کی عمر 40 سال سے کم ہو ان میں شدید انسداد شریان قلب کا دورہ پڑتا ہے اور ایسے مریضوں کی اگر کارڈی انجیوگرافی کی جائے تو اس کی تصویر کڑی کے جالے سے ملتی ہوگی۔ خون کی سپلائی بھی کم ہوگی اور آکسیجن کی فراہمی بھی کم ہوگی یا نہ ہونے کے برابر ہوگی۔ خون کی نالیاں تنگ ہوں گی اور یہ حالات جان لیوا ہو سکتے ہیں۔ خصوصاً بڑی عمر کے ذیابیطسی مریض (یعنی T-2) میں عام مریضوں کی نسبت شریان تاجی کا انسداد یا رکاوٹ زیادہ شدید بھی ہوتی ہے اور جان لینے والی بھی۔ ذیابیطس میں شریان تاجی کی سامنے والی یا امامی شاخ زیادہ متاثر ہوتی ہے۔ ذیابیطس کے ان مریضوں میں شریان انسداد کا صدمہ بدل کے پٹھوں کا جگہ جگہ سے پھٹ جانا اور کئی جگہ پر رکاوٹ کا موجود ہونا دل کے بڑے خانوں کی دیوار متاثر ہو کر کمزور ہو جاتی ہے۔ ذیابیطس اگر صحیح کنٹرول نہ ہو (یعنی خون میں شوگر کی مقدار 130 ملی گرام کے لگ بھگ۔ چوبیس گھنٹوں میں زیادہ سے زیادہ +15) تو شوگر کی معمولی سی زیادتی جس کو عموماً نظر انداز کر دیا جاتا ہے۔ اس سے انسداد شریان تاجی کے سبب شرح اموات بڑھ جاتی ہے اور بریڈلی کا کہنا ہے کہ انسداد تاجی کیتونی تیزابیت سے زیادہ پیچیدہ ہوتی ہے۔ خصوصاً ایسے مریضوں میں جن میں مریض کے ہسپتال داخلے کے وقت گلوکوز کی مقدار 400 یا اس سے زیادہ ہو۔

وہ ذیابیطسی مریض جن کا علاج صرف ڈائٹ کنٹرول یا گولیوں کے استعمال سے ہو رہا ہو اور مرض کنٹرول میں ہو تو ایسے مریضوں اور دوسرے غیر مریضوں یا عام مریضوں میں انسداد شریان تاجی کی نسبت ایک جیسی ہوتی ہے۔ ایک محقق سولر کا ملاحظہ ہے کہ وہ ذیابیطسی مریض جو علاج کے لیے گولیاں استعمال کرتے ہیں ان میں انسداد شریان تاجی کی واردات اور شرح اموات انسولین استعمال کرنے والوں کی نسبت سے زیادہ ہے (میری ناقص رائے میں اور

تجربہ میں ذیابیطس کا بے مثال و بہترین علاج غذائی تنظیم اور انسولین ہے۔

دل کے زیرین خانے یعنی بطن میں کبھی کبھی دل کی دھڑکن یا رفتار بڑھ جاتی ہے کبھی تیز رفتار سے تھوڑا کر کے برق رفتار بھی ہو جاتی ہے (Vent.Fib) اور اس طرح رفتار کا تناسب اذنین (یعنی دل کے اوپری دو چھوٹے خانے) کی رفتار سے مختلف ہو جاتا ہے۔ اس کا امکان ذیابیطس میں زیادہ ہے اور وہ مریض جو علاج کے لیے گولیاں استعمال کرتے ہیں ان کی نسبت 12% ہوتی ہے اور جو لوگ صرف غذائی تنظیم (ڈائٹ کنٹرول) یا انسولین استعمال کرتے ہیں، علاج کے لیے ان کی نسبت 3% سے 7% ہوتی ہے۔ دل کی رفتار کی غیر آہنگی کیفیت اور تریسل الکھربا (دل کی بجلی کی سپلائی) میں نقص ذیابیطسی مریضوں میں زیادہ ہوتا ہے اور ان کی نسبت دوسرے مریضوں سے تین گنا زیادہ ہوتی ہے۔

جہاں تک انسدادشرائین تاجی کے علاج کا تعلق ہے تو ذیابیطس اور غیر ذیابیطسی مریضوں میں ایک جیسا ہی علاج ہے اور اس کا لکھنا یہاں بے محل بھی ہے اور اس مضمون کے دائرے سے باہر بھی ہے اور سب سے اہم نکتہ یہ ہے کہ ذیابیطسی مریضوں کا گلوکوز کنٹرول زبردست ہونا چاہئے اور شوگر کی مقدار کم عمروں میں 130 ملی گرام کے لگ بھگ رہنی چاہئے اور بڑی عمر یعنی 60 سے اوپر لوگوں میں 150 تک۔ شوگر کا زیادہ بڑھنا بے حد خطرناک ہے۔ کیونکہ اس سے خون کے حرکاتی میکانزم میں گڑبڑ ہو جاتی ہے اور کبھی کبھی انسولین لگانے سے بھی ایسا ہو سکتا ہے۔ خون کا دباؤ BP کم ہو سکتا ہے دل کی دھڑکن تیز ہو سکتی ہے۔ خصوصاً اگر خود کار اعصابی نظام میں پیچیدگی ہو اور ایسی حالت میں انسولین انفیوزن کے ذریعے بے حد آہستہ انداز میں ملنی چاہئے اور ساتھ ساتھ پوٹاسیوم کی مقدار پر بھی نظر رکھنی ضروری ہوتی ہے اور گلوکوز کی مقدار پر بھی کیونکہ خون میں شوگر کی کمی لٹے اثرات بھی کرتی ہے اور انسدادشریان قلب اور دل کی رفتار کے غیر منظم ہونے کا خطرہ رہتا ہے۔ اس گلوکوز + انسولین + پوٹاسیوم کا مرکب میرے تجربے میں زیادہ مفید رہتا ہے اور احتیاطی یا وقائی لیڈوکیں کا استعمال بھی مفید ہوتا ہے۔ مریض ایسے مرحلہ سے گذر رہا ہوتا ہے کہ سر پر تلواریں لٹک رہی ہوتی ہے اور ایسے مریضوں کا علاج (علاج مرکز) ICCU میں ہی ہوتا ہے اگر یہ آسانی میسر ہو۔ کیونکہ کوئی بھی پیچیدگی ناگہانی سامنے آ سکتی ہے۔ جیسے ہیبوط القلب (CCF)۔ بائیں اعصابی شاخ کا بلاک یا انسداد B.B.B.L یا اذنین کی پھڑ پھڑاہٹ (AF) وغیرہ اور جہاں تک علاج کا تعلق ہے تو اس دور میں نہ ذیابیطس سے خطرہ ہے۔ نہ بلڈ پریشر سے اور نہ ہی دل کے دورے سے۔ ہاں یہ

ضرور ہے کہ اگر وقت آ گیا ہو تو کوئی تدبیر کارگر نہیں ہوتی۔ ورنہ ذیابیطس تو میری نظر میں بیماری ہی نہیں ہے۔ گلوکوز تو جسم کی ضرورت ہے۔ جس طرح حرکت کے لیے محرک کو ایندھن کی ضرورت ہوتی ہے بالکل اسی طرح گلوکوز بھی جسم کا ایندھن ہے۔

خون کا دوران ٹھیک رکھنے کے لیے صحت مند دل، صحت مند خون کی نالیاں (شرائین اور وریڈ) اور ان کا کھلا ہونا ضروری ہے اگر میں ایک سادہ سی بات کہوں تو یہ سچائی مسلم ہے کہ عمر عزیز کے چالیس سال گزرنے کے بعد زندگی کی چوٹی سے ڈھلان اور اترائی شروع ہو جاتی ہے اور ہر ذی روح کو اپنا خیال رکھنا چاہئے اور اپنے نفس کو قابو میں رکھنا چاہئے۔ جوان آدمی کے لیے ورزش، کھیل کود، دوڑ لگانا، ادھیڑ عمر میں اور ڈھلتی عمر میں تیز تیز چلنا، پیٹ نہ بھرنا، چڑی چوگا کھانا یعنی تھوڑا تھوڑا اور ان ہدایات کو بوجھ نہ سمجھنا اور ان کی اہمیت کو سمجھنا اور اپنے مرض کے متعلق تفصیلی معلومات کی فراہمی۔ جسمانی صفائی، ناخن کی تراش نصف دائری۔ جو توں کا صحیح نمبر۔ کھلے نرم جو تے آگے سے بند جتنا ممکن ہو خود کو اور اولاد کو بازاری کھانوں، تیز مصالحوں، تلی چیزوں، کڑھائی گوشت، چرغے، عبدالرحیم خان خانان کے دسترخوان سے دوری۔ فاسٹ فوڈ، زیادہ میٹھا، نشویات سے دوری، گوشت و چربی کا زیادہ استعمال مضر ہے۔ علاج حسب حال اپنے ڈاکٹر سے کروائیں۔ حتیٰ کہ ورزش بھی بغیر مشورے کے نہیں ہونی چاہئے۔ روزانہ صبح کو 81 ملی گرام کی اسپرین۔ اگر انجینا کا درد محسوس کریں تو نائٹریٹ کا فوری استعمال اور ڈاکٹر سے فوری رجوع۔ بیٹا بلا کر۔ کالسیوم چینل بلا کر یا دوسری ادویات جو بھی ڈاکٹر مناسب سمجھے اور ضروری ہو تو انجیو گرانی۔ انجیو پلاستی یا گرافٹ سرجری (CABG) یعنی بائی پاس۔

اور پھر سب سے بڑی بات کہ اللہ پر تقویٰ۔ موت کی گھڑی پر ایمان۔ رب العزت پر بھروسہ۔ ایک عملی اور جامع زندگی گزارنے کا عہد، زندگی جو جان تعالیٰ کی دین ہے اس پر گرائی اور حفاظت جس طرح کسی کی امانت کی جاتی ہے۔ کیونکہ اس سے پہلو تہی خود کشی کے مترادف ہے اور یہ حرام ہے اور اس کی معافی نہیں ہے۔

”وما علینا الا البلاغ“



## ذیابیطس اور عوارض الدم (خون کے امراض)

جن حالات کا شمار عوارض خون سے اور ذیابیطس مریضوں سے ہے ان میں خون کے سرخ ذرات، خون کے سفید ذرات، خون کے پتلا ہونے، خون کے جمنے سے ہے۔ کچھ براہ راست ذیابیطس سے ہے اور کچھ حادثاً واقع ہوتے ہیں۔

### خون کی کمی یا انیمیا

جن ذیابیطس مریضوں میں مرض زیادہ عرصہ سے ہو ان میں خون کی کمی ہو جاتی ہے اور اکثر ذیابیطس پیچیدگیوں کا اثر انداز ہوتی ہے یا پھر وقت بے وقت دوسری بیماریاں ہوتی رہتی ہیں۔ برنے اور اس کے رفقائے کار کا کہنا ہے کہ ذیابیطس مریضوں میں حدید یا لوہا تو موجود ہوتا ہے مگر اس کو استعمال کرنے کی رفتار سست اور متاثر ہوتی ہے کیونکہ ایسے مریضوں میں گردے کی فعالیت صحیح ہوتی ہے اور خون کی حدید کی مقدار میں نارمل ہوتی ہے۔ کچھ ریسرچرز کا کہنا ہے کہ خون کی کمی کا سبب خون میں گلوکوز کی زیادتی ہوتی ہے تو جب شوگر کنٹرول مناسب ہو جاتا ہے تو خون کی کمی دور ہو جاتی ہے۔ یہ دیکھا گیا ہے کہ خون کے سرخ ذرات کی نارمل زندگی 13% کم ہو جاتی ہے۔

### ذیابیطس میں گردہ کا مرض

آج کل کے دور میں ذیابیطس مریضوں میں گردہ کا مرض پہلے کے مقابلہ میں بڑھ گیا ہے کیونکہ زندگی اوسطاً لمبی ہو گئی ہے بڑھ گئی ہے۔ پہلے کے مقابلے میں مرض کے متعلق ادراک اور علم بڑھا ہے۔ روزنت نئے تجربات ہو رہے ہیں اور علاجات و دوائیاں بھی ایجاد ہو رہی ہیں۔ اینٹی بائیوٹک میں بھی نت نئی ایجاد ہو رہی ہیں۔ روز افزوں ترقی ہے۔ آبادی بھی بڑھ

رہی ہے۔ آسانئیں بھی بڑھ گئی ہیں۔ غذائیت میں بھی فرق پڑا ہے۔ سامان سفر، گاڑیاں وغیرہ بھی گھر گھر ہیں اور ساتھ ساتھ ذیابیطس رسک فیکٹرز بھی بڑھ گئے ہیں۔ مصروفیت، پیسہ، مرغن کھانے، ورزش اور چلنے کی کمی اور ذیابیطس مریضوں میں چونکہ وقت کے ساتھ ساتھ اگر شوگر کنٹرول نہ ہو تو گردہ اور آنکھ میں تبدیلیاں آجاتی ہیں۔ گردہ فیل ہونا شروع ہو جاتا ہے۔ اگر حادثا خون بہہ جائے۔ یا شدید جراثیمی حملہ ہو تو مرض پیچیدہ ہو جاتا ہے۔ اگر گردہ اپنا کام کرنا کم کر دے تو مرض پرانا ہو جاتا ہے (مزمن)۔ جس کے سبب سے لمبی ہڈیوں میں خون (نیا) پیدا کرنے کی صلاحیت کم ہو جاتی ہے۔ اس قسم کی خون کی کمی کا علاج دوا سے ہو سکتا ہے (آئرن کی گولیاں + فولک ایسڈ + وٹامن B12 + پھل سبزیاں وغیرہ) اگر خون میں ہیموگلوبن کی مقدار کم ہو تو میری ناقص رائے میں خون کا ٹرانسفیوژن لازمی ہے اور ساتھ ساتھ گردہ کی صفائی (غسیل گردہ) بھی ضروری ہے تاکہ خون کی مقدار اور اس کے اجزائے ترکیبی درست ہو سکیں۔

ذیابیطس میں خون کی کمی کے کئی اسباب ہو سکتے ہیں۔ کیونکہ جب گردوں کی فعالیت کمزور ہو جاتی ہے تو خون میں ٹائٹروجنی اجزاء زیادہ ہو جاتے ہیں جس کے سبب متلی، قے، بھوک کی کمی، کھانے سے رغبت کی کمی وغیرہ نتیجہ خون میں کمی اور پھر آنتوں میں نظام ہضم کی بد نظمی کے سبب غذائی ملغوبہ یا مکسچر صحیح طور پر جذب نہیں ہو پاتا جو خون بننے کے لیے بے حد ضروری ہے (جیسے لوہا، لیمیا، فولک ایسڈ B12 اور دوسرے معدن و نمکیات وغیرہ)۔

1- یہ کہ جسم میں لوہا کافی مقدار میں موجود ہوتا ہے اپنے ذخائر میں مگر لوہا استعمال نہیں ہوتا۔

2- جسم کا فیرٹین Ferritin Metabolism نظام تبدیل ہو جاتا ہے۔

3- خون کے سرخ ذرات کی عمر کم ہو جاتی ہے۔

4- لمبی ہڈیوں میں فعال تبدیلی ہو جاتی ہے۔ کیونکہ ٹائٹروجنی اجزاء کی خون میں

زیادتی (Azotaemia) کے سبب ایرتھروپوئین ہارمون (Erythropoetin) کی کمی ہو جاتی ہے۔

معدہ چھوٹی اور بڑی آنت میں اعصابی نقص بھی کبھی کبھی ہو جاتا ہے۔ جس سے غذائی ملغوبہ صحیح طور سے جذب نہیں ہو پاتا اور کبھی کبھی ذیابیطس مریضوں میں اعصابی سوزش ہو جاتی ہے۔ جس کے سبب معدہ اور آنتوں میں حرکت تیز ہو جاتی ہے۔ جس کے سبب اکثر اوقات اسہال یا چربی کے اسہال ہو جاتے ہیں۔ اگر یہ حالت شدید ہو تو غذائی قلت کے سبب خون کے ذرات کی کمی ہو جاتی ہے۔ کیونکہ آنتوں کی اضطرابی کیفیت کے سبب پروٹین (Proteins)،

حدید، فولک ایسڈ، B12 جذب نہیں ہو پاتے۔ یہ خون کی کمی یا انیمیا کی قسم ناقص اجزاء کے سبب سے اور اس کے مطابق ہی ہوتی ہے۔ خون کے سرخ ذرات یا تو حجم میں بڑے ہوتے ہیں یا چھوٹے (Micro یا Macro) اور صحیح تشخیص، لیبارٹری نتائج، معدنیات اور وٹامن کے علاج سے درست ہو جاتے ہیں۔

ایک زمانہ میں جن مریضوں کی پردہ چشم پر بچہ خیز سوزش اور جریان خون کی تکلیف ہوتی تھی تو جراحی غدد نخامیہ (Pituitary Ablation) یعنی دماغ کی زیرین حصہ میں قطع کر دیتے تھے جس سے جریان خون اور پردہ چشم کی بچہ خیز سوزش ختم ہو جاتی تھی لیکن اس آپریشن کے بعد خون میں کمی ہو جاتی تھی اور خون میں ہیموگلوبن کی مقدار 10-11 ملی گرام تک پہنچ جاتی تھی، لیکن اس انیمیا کی قسم نارمو سنک نارمو کرومک ہوتی ہے۔ سبب نامعلوم ہے۔ مریض کی رنگت ہلکی لیמוنی ہوتی ہے جیسی غدد نخامیہ کے مریضوں میں ہوتی ہے۔ جن ہارمونز کی مریضوں میں کمی ہوتی ہے وہ اگر دیئے جائیں تو مرض درست ہو سکتا ہے۔

### خون لونیت (لوہے کے تخویلی نظام میں فرق یا نقص)

اس بیماری میں جلد بھورے رنگ کی ہوتی ہے۔ مرض نادر ہوتا ہے۔ خون کی کمی زیادہ واضح نہیں ہوتی۔ بلکہ اگر مری کی (Oesophageal) شریان میں نقص ہو یا پھر تلی بڑھی ہوئی ہو اور خضاب الدم یعنی ہیموگلوبن کی بناوٹ اور گلاسین کے استعمال میں نقص پڑ جاتا ہے اور اگر بدن میں لوہے کا سنور زیادہ ہو تو گلاسین کی فعالیت کو بلاک کر دیتا ہے اور یہ نقص وٹامن بی 6 سے دور ہو سکتا ہے۔ اکثر جگر میں رسولی ہو۔ خون کے سفید ذرات بھی زیادہ ہوں اور خون کی سرخ ذرات کی تعداد بھی زیادہ تو خون کی لونیت یا Haemachromatosis میں پھیدگی پیدا ہو جاتی ہے۔ اگر گلوکوز کی عدم برداشت (Glucose-Intol) کی صورت بھی پائی جاسکتی ہے۔ ایسا خون کے ٹرانسفیوژن کے بعد بھی ہو سکتا ہے۔ پرانے خون کی کمی اور انیمیا میں جسم کی جلد کی رنگت پھیکی ہوتی ہے اور ہڈیوں (بسی) کی تیخ میں فعالیت بڑھ جاتی ہے۔ اس قسم کے انیمیا کا علاج وٹامن B6 اور اینڈروجن (Anolrogen) سے مفید رہتا ہے۔ اگر مریض کو ہیموگلوبن کے جمع ہونے کی مشکل ہو تو جراحی سے حجامت یا فصد کھولنے میں دقت ہو گی تو ایسی صورت میں چنگالی عوامل (Chelating Agents) جو دھاتوں کو آئوں (IONS) کو ان کی سالماتی ساخت میں تبدیل کر دیتے ہیں۔ یہ زہروں کے تریاق کی طرح

ہوتے ہیں جس سے لوہا گردوں کی راہ سے خارج ہو جاتا ہے۔ فصد سے بہتر اس لئے ہے کہ اس سے خطرہ نہیں ہے۔ مگر علاج ذرا کم درجہ کا ہے۔ عام اشخاص میں لوہا 24 گھنٹوں میں 1/2 ملی گرام خارج ہوتا ہے جبکہ Desferrioxamine 200 سے 250 ملی گرام تک نصف لیٹر سے خارج ہوتا ہے۔ ذیابیطسی مریضوں میں نارمل گردوں کے باوجود ذرا کم ہی حدید خارج ہوتا ہے۔

### پرنیشیس اینیمیا (مہلک اینیمیا)

یہ خون کی کمی کی مہلک قسم ہے یہ پہلی مرتبہ 1910ء میں دریافت ہوا تھا۔ ان کا وجود ذیابیطسی مریضوں میں ہزار میں 2 سے 10% تھی اور مہلک فقر الدم کی نسبت 2.5 سے 3% ذیابیطسی مریضوں میں ہے اور اب جبکہ ذیابیطس عام ہے اس کی نسبت سے مہلک اینیمیا معمولی حیثیت رکھتا ہے۔

### خون کی کمی یا پاشیدگی کے اسباب

پیدائشی خون پاشیدگی کے علاوہ کچھ ایسی خون پاشیدگی کے حالات بھی ہوتے ہیں جن میں خون کے سرخ ذرات کی عمر کم ہو جاتی ہے۔ جیسے کہ ذیابیطس اگر کنٹرول نہ ہو تب بھی خون کے سرخ ذرات نسبتاً نحیف اور لاغر ہو جاتے ہیں۔ اگر خوردبینی خون کی نالیوں میں مرض ہو تب بھی حقیق خون پاشیدگی کی حالت ہو سکتی ہے اور جب دوران خون کی حالت میں خون غیر ہموار نالیوں سے گذرتا ہے تو رگڑ لگنے سے وہ کمزور ہو جاتے ہیں۔

کچھ انزیمات یا خامرہ جو کہ دراصل پروٹین سے بنے ہوتے ہیں اور کیمیائی تعاملات کی رفتار کو تیز کرتے ہیں مگر خود تبدیل نہیں ہوتے اور فقط دوسری اشیاء میں تبدیلی لاتے ہیں اور زیادہ گرم ہونے سے بیکار ہو جاتے ہیں۔ ان خامرہ کی کمی کے سبب خون پاشیدگی کے سبب سے جو خون میں کمی ہوتی ہے۔ ان خامرہ کی کمی کے سبب خلایا کے اندر انرجی یا طاقت کے نظام تحویل میں اثر پڑتا ہے۔ عام حالات میں ذیابیطسی مریضوں کے سرخ خون کے ذرات گلوکوز حاصل کرتے ہیں G6PD خامرہ کے سبب خون کی نالیوں میں خون پاشیدگی ہو سکتی ہے۔ ایسی حالت کچھ ادویات یا جراثیمی انفکشن کے سبب بھی ہو سکتی ہے اور ان کے بغیر بھی خون پاشیدگی ہو سکتی ہے۔ جیسے ذیابیطسی کیٹونی تیزابیت (DKA) اگر G6PD خامرہ موجود نہ ہو۔ 1964ء میں فردمن اور

فقدانے پر دریافت کیا کہ جن لوگوں میں G6PD کا فقدان تھا ان میں کافی لوگوں میں گلوکوز کا عدم تحمل بھی تھا۔ تو یہ واضح ہو گیا کہ G6PD کی کمی ذیابیطس پر عموماً اثر انداز ہوتی ہے

## ہیموگلوبن کی بیماریاں

ان میں خضاب الدم یا ہیموگلوبن نارمل نہیں ہوتی۔ ان میں خون کے سرخ ذرات کی پچیدگیاں اور عوارض ہوتے ہیں۔ ان میں خون کے سرخ ذرات کی شکل گول ہونے کی بجائے ہلالی یا درانتی (Sickle) کی شکل کی ہوتی ہے۔ ایسے مریض کو اگر ذیابیطس اور ساتھ میں ذیابیطس کیٹونی تیزابیت DKA بھی ہو تو خون کی نالیوں میں سرخ ذرات میں پچیدگی (Sickling) واقع ہو جاتی ہے یا دماغ کے اندر رورم ہو جاتا ہے۔ تھیلیسیمییا میں یہ نادر ہے مگر تھیلیسیمییا مانسٹر میں ضرور پایا جاتا ہے۔ وہ بھی بحیرہ متوسط کے لوگوں میں مثلاً آٹلی، یونان وغیرہ۔ ایسے لوگوں میں گردوں میں پیشاب کو گاڑھا کرنے کی صلاحیت نہیں ہوتی اور جسم میں پانی کا فقدان تیزی سے ہوتا ہے۔ چند مریضوں میں خون گاڑھا ہو جاتا ہے اور نعوظی دباؤ بڑھ جاتا ہے جس سے ہاے پھر آسمان بے ہوشی واقع ہو سکتی ہے۔

## معتون یا Immunely خون پاش خون کی کمی

یہ خون کی کمی یا اینیما کھی کھی وائرس کے سبب پیدا ہوتا ہے۔ مگر ایسے مریضوں میں پہلے ہی سے اساسی کمیاں موجود ہوتی ہیں جیسے ”الزاقین زاء“۔ یہ ایسا مادہ پیدا کرتا ہے جس سے قوت مدافعت پیدا ہوتی ہے اور یہ چمک پیدا کرنے والا مادہ ہے۔ پیشاب میں خون کا ظاہر ہونا یا وقفہ وقفہ سے خون کا پیشاب میں ہونا یا پھر کولچن نیچ کی بیماریاں یا سرطانی بیماریاں جن میں خون کے ذرات لفاوئی غدود میں خون پاشیدگی کا شکار ہوتے ہیں۔ کچھ حالتوں میں ان کا تعلق ذیابیطس سے ہوتا ہے اور کچھ میں نہیں۔

## خون کی کمی، خون پاشیدگی اور انفکشن

انفکشن کے دوران خون کی کمی کا سبب کوئی اتنا واضح نہیں ہے۔ لمبی ہڈیوں کی میخ پر سرخ خون کے ذرات کی نموم ہو جاتی ہے اور ساتھ ساتھ خون کے سرخ ذرات بھی تخریب پذیر ہونے لگتے ہیں اور سرخ ذرات کی تخریب کاری اور خون پاشیدگی شروع ہو جاتی ہے۔ یہ شاید

منامی نظام کے ظلل کے سبب ہوتا ہے۔ ساتھ ساتھ تلی بھی بڑھ جاتی ہے۔ کچھ جراثیم ایسے ہیں جو خصوصاً سرخ ذرات کی پاشیدگی کا سبب بنتے ہیں مثلاً:

- 1- بارٹونیلا۔
- 2- ڈپلوکاکائی۔
- 3- ای۔کولائی۔
- 4- ہیپوفلیس۔
- 5- گردن توڑ بخار۔ کے کاکائی۔
- 6- اسٹریپٹوکوکس۔
- 7- کالہ۔
- 8- ملاریا۔ وغیرہ۔

جن حضرات کا ذیابٹیس کنٹرول صحیح نہ ہو اور چوبیس گھنٹہ کا شوگر کا گراف زیادہ ہو یعنی ہر وقت شوگر خون میں بڑھی ہی رہتی ہو۔ ان حضرات میں انفکشن کا خطرہ بڑھ جاتا ہے اور ہمیشہ ہی خطرہ رہتا ہے۔ خصوصاً گردہ اور مثانہ میں۔ ایسے مریضوں میں خون پاشیدگی کے سبب خون نسبتاً کم ہی ہوتا ہے اور محدود حد میں رہتی ہے اور اس کا سبب شاید یہ ہو کہ بیماری اور انفکشن کے سبب خون کی باریک خورد بینی نالیاں ورم کی وجہ سے تنگ ہو جاتی ہیں اور جب خون کے ذرات ان تنگ نالیوں سے گزرتے ہیں تو راستہ کی تنگی کے سبب رگڑ لگنے سے سرخ ذرات زخمی ہو کر ختم ہو جاتے ہیں۔

### خشک خورہ یعنی جسمانی بافتوں کی موت (Dry Gangrene)

یہ اکثر خون پاشیدگی کے سبب خون کی کمی کی وجہ سے ہوتی ہے۔ اس ننگرین کا سبب سرخ ذرات کی لاغری، خون کی نالیوں کی رکاوٹ، خورد بینی نالیوں کی انفکشن یا زہریلے مادوں اور خشک خورگی بھی ہو سکتا ہے یا پھر براہ راست جراثیموں کا زہر اثر کرتا ہے۔ ننگرین والے بازو میں کبھی کبھی خون میں ملاریا کے جراثیم بھی ملتے ہیں۔

### خون پاشیدگی دواؤں کے سبب سے

خون پاشیدگی جو دواؤں اور کیمیائی تعامل کے سبب ہوتی ہے اس کے متعدد اسباب،

طریقے اور کیمیائی اجزا ہو سکتے ہیں۔ کبھی کبھی ذیابیطس مریضوں میں سلفا گروپ دوائیں جو شوگر کنٹرول کے لیے عموماً استعمال ہوتی ہیں ان سے شدید خون پاشیدگی ہو سکتی ہے۔ مثلاً ڈایا نیمیڈ وغیرہ۔ بہت سے ذیابیطس مریضوں کو فٹل کلوی (گردہ ٹیل ہونا) کی شکایت ہوتی ہے۔ ایسے مریضوں میں بلڈ پریشر بھی زیادہ ہوتا ہے۔ جس کے لیے ایلڈومیٹ اقراص دی جا سکتی ہیں۔ یہ دوا اکثر خون پاشیدگی کرتی ہے۔

### لمبی ہڈیوں کے گودے کا فیل ہونا یا فعالیت ضائع ہونا

ذیابیطس مریضوں میں یہ زیادہ نہیں ہوتا۔ مگر بعض حالات اور بعض ادویات کے استعمال سے ہڈیوں کا گودا مکمل طور پر خون نہیں بناتا۔ مثلاً کلورمفینیکول، فنائل بیوٹازون، کلورمفینیکول اور اسٹریپٹوماکسین کا یہ جانبی مضر اثر تو قریباً 1945ء سے معروف ہے۔ ان دواؤں کے اثر سے خون کے ذرات میں کمی ہو سکتی ہے اور ذیابیطس مریضوں میں دماغن B6 کی کمی تو اکثر رہتی ہے۔

### غذائی کمی

اس کے سبب سے کھانے کے سبب انیمیا کی شکایت ذرا کم ہی ہے کیونکہ غذائی عناصر مثلاً آٹا، دودھ، بچوں کے غذائی فارمولے۔ سیریل وغیرہ میں لوہے کا اضافہ کر دیا جاتا ہے۔ لوہے کی کمی کھانے میں ہو سکتی تھی اور کبھی کبھی لوہا آنتوں سے جذب بھی نہیں ہوتا۔ زیادہ تر ذیابیطس مریضوں کو اضافی وٹامن اور معدن مل ہی جاتے ہیں۔ کھانوں کی ترکیب اگر متوازن ہو تو کمی نہیں ہوتی۔ گوشت، پولٹری، مچھلی، سمندری غذائیں، تازہ سبزی، سلاڈ، پھل اگر یہ سب مناسب مقدار میں ملیں تو پھر لوہے اور وٹامن اور دوسری معدن کی کمی نہیں ہو پاتی۔

### غذا کے جذب ہونے میں کمی

اکثر بیماریوں میں لوہا آنتوں سے خون میں جذب نہیں ہوتا۔ مثلاً آنتوں میں نقص۔ غذائی جذب کی کمی یا خرابی۔ یا استحصال معدہ واثنا عشری آنت (پھوڑے کے سبب آپریشن) کا نکالنا۔ لوہے کو جذب ہونے کے لیے لوہے کو فیرک سے فیرس میں تبدیل ہونا ضروری ہے اور یہ عمل معدہ کے تیزاب سے پیدا ہوتا ہے اور معدہ میں تیزاب کی کمی یا عدم موجودگی لوہے کو

جذب ہونے سے روکتا ہے۔ معدہ میں زخم ہونے کے سبب یا معدہ کے اندر کے استرکی کمی ہوتو پھر خون منجمد ہو کر فضلہ کے راستہ ظاہر ہوتا ہے۔ فضلہ کا رنگ کالا ہوتا ہے اور جسم میں خون کی کمی ہوتی ہے۔ غلغ یا اثنا عشری (چھوٹی آنت کا معدہ سے ملا ہوا حصہ) اگر بیمار ہو اور آپریشن سے نکال دیا جائے پھر بھی لوہے کی کمی ہو سکتی ہے اور لوہا اگردیا بھی جائے تو فائدہ نہیں ہوتا کیونکہ لوہا جذب نہیں ہو پاتا۔ ایسے مریض کو اگر سٹرک ایسڈ یا بے حد ہلکا ایسڈ ہائیڈروکلور دیا جائے تو کسی حد تک کمی دور ہو سکتی ہے خصوصاً بڑی عمر کے بزرگوں میں۔

## خون کی پرانی کمی

اینیمیا کے اسباب میں سب سے زیادہ یہ سبب پایا جاتا ہے۔ خصوصاً عورتوں میں ماہواری کی زیادتی۔ معدہ اور آنتوں کی بیماریاں، طفیلیات (کیڑے) خون کو پتلا کرنے والی دواؤں کے سبب جریان خون، یا معدہ اور آنتوں میں رستا ہوا پرانا زخم۔ اگر جریان خون تیز ہو تو مریض کی ظاہری حالت ذیابیطسی کی تونی تیزابیت سے ملتی ہوئی ہوگی۔ (بلڈ پریشر میں کمی، دل کی تیز دھڑکن، کھال میں تری (DKA میں کھال خشک اور گرم ہوتی ہے)۔ آنکھیں دھنسی ہوئی۔ معدہ کی رطوبت کافی کے رنگ کی ہوتی ہے)۔ خون کی یہ کمی اکثر شکاک یعنی دھجکہ کی علامات ظاہر کرتی ہے۔ ذیابیطسی مریض میں ساری علامتیں اکٹھی بھی ہو سکتی ہیں۔ اگر گردہ اور مثانہ سے بھی خون ضائع ہو تو بھی خون کی کمی ہو سکتی ہے۔ عورتوں میں ماہواری کی پیچیدگیاں اور مردوں میں پراسٹیٹ کی بیماری اور مسالک البولیہ کے اوپری حصہ کی بیماری ہو تو خون کی کمی ہو سکتی ہے اور اس سے اشارہ بھی ہو سکتا ہے کہ خبردار زیادہ خطرناک مرض اندر موجود ہے۔ اگر گردوں پہ اثر موجود ہو تو پھر ذیابیطسی مریض کے پیشاب میں خون کے ذرات ضرور پائے جاتے ہیں۔

## حالت الحمل

حاملہ عورتوں میں اکثر خون کی کمی پائی جاتی ہے۔ خصوصاً اگر رحم میں جریان خون کی شکایت ہو یا اس طرح کہ پہلے ہی کئی مرتبہ حمل اور ولادات ہو چکے ہوں۔ اس لیے ایسے اشخاص کو اضافہ کے طور پر حدید کی گولیاں اور فولک ایسڈ وغیرہ ضرور ملنے چاہئیں۔ اکثر حاملہ عورتوں میں آخری سہ ماہی میں خون کی کمی نارمل یا طبعی مانی جاتی ہے۔ کیونکہ آخری ایام حمل میں جسم کے اندر پانی کی مقدار بڑھ جاتی ہے یا یوں کہنے کہ پانی رک جاتا ہے اور خون پتلا ہو جاتا ہے۔

خون کی کمی کے غذائی اسباب ضرور مد نظر رکھنے چاہئیں کیونکہ ان اسباب کا تعلق بچے کی صحت اور نموسے ہے۔

### دموی گروہ یا خون کی گروپ بندی

خون کی گروپ بندی اس لیے کی جاتی ہے کہ دراشتی پہلو ذیابیطس کا دیکھا جاسکے۔  
RH, ABO اور 1N گروپ۔ نوجوان ذیابیطسی مریضوں میں ذکور (نر) مریضوں میں A گروپ کی تعداد زیادہ ہے۔ 'O' گروپ میں مٹاپا و ذیابیطس ذرا کم ہے۔ وہ مریض جو ABO کے اجزا خارج نہیں کرتے ان میں ذیابیطس کا امکان زیادہ ہے نسبت دوسرے مریضوں کے۔

### خون کے سرخ ذرات

RBC کی فعالیت یہ ہے کہ وہ آکسیجن کی نقل و حرکت کا کام کرتے ہیں اور ذیابیطس کی حالت میں اس فعل و حرکت پر بھی اثر پڑتا ہے۔ کئی عوامل اس کام میں حصہ لیتے ہیں۔ مثلاً 2-3 DPG نمکیات کا وجود۔ تیزابیت کی نسبت یا ہائیڈروجن آئیونوں کا ارتکاز یعنی 2-3 DPG-PH آکسیجن کو سرخ ذرات سے نقل کرنے میں بڑی مدد کرتے ہیں اور تین حالتوں میں بے حد اثر انداز ہوتی ہیں۔

- 1- ذیابیطسی کیتونی تیزابیت۔
  - 2- خون میں لمبے عرصہ سے شوگر کی زیادتی۔
  - 3- خون میں چربی کی زیادتی۔
- 2-3 DPG خون اور خون کی نالیوں پر بھی اثر انداز ہوتی ہے۔

### ذیابیطسی کیتونی تیزابیت (DKA)

اس میں عضوی فاسفیٹ Organic PO4 (حیات یا زندگی سے تعلق رکھنے والے) خون کے پلازما میں داخل ہو جاتے ہیں اور گردوں کے ذریعہ فاسفیٹ کا خروج بڑھ جاتا ہے اور نتیجہ جسم کے سنور سے فاسفیٹ کم ہو جاتا ہے۔ جسم پلازما کے اندر فاسفیٹ کا میزان برقرار رکھتا ہے۔ حتیٰ کہ انسولین فاسفیٹ کو خلا یا میں واپس نہ کر دے۔ یہ نقل مکانی خون کے سرخ

ذرات کی DPG 2-3 کی مقدار میں کمی جو کہ ذیابیطسی کیتونی تیزابیت کے سبب سے ہوتی ہے اور پھر گلائیکوجن جو جگر میں جمع ہوتی ہے اور بوقت ضرورت گلوکوز میں تبدیل ہو سکتی ہے وہ نہیں ہو پاتی۔ یہ تیزابیت کے سبب سے ہے تیزابیت آکسیجن کی نقل و حرکت (ترسیل) کو بڑھاتی ہے مگر پھر بھی 20% کمی رہ جاتی ہے۔ کیتونی تیزابیت کے طے جلے اثرات ہوتے ہیں۔ تیزابیت کے کم ہونے اور ختم ہونے سے جگر میں گلائیکوجن سے گلوکوز کے انتقالی مرحلے تک کی منزل بھی بہتر ہو جاتی ہے۔ بہر نوع DPG 2-3 کی مقدار بھی ایک ہفتہ کے اندر واپس اصلی لیول پر پہنچ جاتی ہے اور آکسیجن کی سپلائی میں بھی 33% کمی ہو جاتی ہے۔ کیتونی تیزابیت میں فاسفورس کی کمی اگر پوری کر دی جائے تو مریض کو بے حد افاقہ ہوتا ہے۔

### خون میں گلوکوز کی زیادتی اور آکسیجن کی ترسیل

گلوکوز کی جسم میں زیادتی آکسیجن کی قوت کشش کو تبدیل کر دیتی ہے۔ ایک سکارڈیزل نے 1972ء میں یہ ثابت کیا تھا کہ ذیابیطس آکسیجن و ہیموگلوبن علیحدگی Dissociation گراف یا منحنی پر اثر انداز ہوتی ہے۔ ہوتا یوں ہے کہ ہیموگلوبن میں آکسیجن کی جاذبیت (کشش) تو بڑھ جاتی ہے۔ مگر آکسیجن کی ترسیل کے وقت علیحدگی کم ہو جاتی ہے۔ خون میں گلوکوز کی شدید زیادتی DPG 2-3 کی مقدار میں تغیر پیدا کرتی ہے۔ نتیجتاً فاسفیٹ خون کے پلازما سے خلیا کے اندر شفٹ ہو جاتے ہیں۔ یہ تبدیلی HbA1c کی زیادتی کو متعادل کرتی ہے اور آکسیجن و ہیموگلوبن کے اس تعلق و علیحدگی کے لیے ہیموگلوبن کا نارمل ہونا بے حد ضروری ہے اور اگر خون کی نالیاں خود مریض ہوں وہاں یہ مشکل ضرور درپیش ہوتی ہے۔ ایسے مریضوں کی غذا میں ڈائی کالسیوم فاسفیٹ یا ”ڈورونیل“ دیا جائے تو مفید ہوتی ہے مگر اس موضوع پر ابھی کافی کام باقی ہے اور بحث و تمحیص کے محتاج ہیں۔

### خون میں چربی کی زیادتی

اگر خون میں چربی زیادہ ہو تو بھی پلازما دو دھیا رنگ کا ہو جاتا ہے اور ہیموگلوبن و آکسیجن کی جاذبیت و علیحدگی میں فرق پڑتا ہے۔ وہ مریض جن میں (TG) ٹری گلیسرائیڈ و لیپڈ پروٹین (HLP) کی زیادتی ہو تو بھی آکسیجن کے جذب کی کیفیت بڑھ جاتی ہے اور آکسیجن کو ہیموگلوبن سے علیحدگی میں مشکل ہوتی ہے یا پھر کم ہو جاتی ہے۔ علما کا کہنا ہے کہ ٹری گلیسرائیڈ

(TG) خون کے سرخ ذرات کی جھلی کے لیپڈ (LIP) میں کمی کر دیتا ہے جس کے سبب خون کے سرخ ذرات میں نمکیات داخل ہو جاتے ہیں اور آکسیجن کے تصرف میں فرق ڈالتے ہیں۔

### ذیابیطس مریضوں میں خون کے سرخ ذرات

سرخ ذرات، گریٹولوسائٹ یا ذرہ خلیہ یعنی دائہ دار سفید ذرات ایک نواتی خلیہ یا ایک مرکز والا نائوسائٹ خلیہ، دوسرے خلیا کی طرح ان سب کی ظاہری سطح پر انسولین کے مستقبلین یا ریسپنڈرز کی تعداد میں فرق پڑتا ہے۔ خون کے سرخ ذرات میں ساربیٹول بھی ہوتی ہے اویہ بھی گلوکوز کے تجویلی نظام کی نشاندہی کرتی ہے۔

### خون کی خرابیاں

خون کی مہلک اور شدید بیماریاں جیسے سرطان اور ان اعضاء کا جو خون بناتے ہیں مثلاً استخوانی نخاع کے اندر ٹکار، یا کثرت ذرات خون، مثلاً لیوکیمیا یا سفید ذرات کی کثرت، یہ نفاذی یا لفاذی اشکال کہے ہوتے ہیں۔ لیوکیمیا میں انسولین کی مناعیت پائی جاتی ہے اور زیادہ تر مریض بالغ العمر ہوتے ہیں اور انسولین کی مناعیت کے اسباب کئی ہو سکتے ہیں۔ لیوکیمیا میں متعدد مریضوں میں کئی غیر نارمل پروٹین پائی جاتی ہیں جو انسولین کے ساتھ بندھ جاتی ہیں، لیکن اس قسم کی مناعیت کے متعلق تصفیہ کن ثبوت نہیں پائے جاتے۔

### لمفوما یا غدود مہلقا وید کا ورم

مثلاً ہائیکن، غیر ہائیکن لمفوسائیٹو ماؤغیرہ یہ لفاذی ورم کی مختلف اقسام ہیں اور جب ان اور ام کارڈیائی علاج کیا جاتا ہے تو ذیابیطس کا مرض بڑھ جاتا ہے اور جب سرطانی علاج سے افادہ ہوتا ہے تو ذیابیطس کا مرض بھی ٹھیک ہو جاتا ہے، لیکن ان رسولیوں کے سبب سے اکثر گلوکوز کی مقدار میں کمی ہو جاتی ہے اور اگر مریض انسولین لیتا ہے تو انسولین کی ڈوز میں کمی ہو جاتی ہے۔

### متعدد مائیلوما یا مغزی سلعہ (ہڈیوں کے گودے کی رسولی)

یہ خون بننے کے نظام سے تعلق رکھتی ہے۔ یہ ایسی بیماری ہے جو ذیابیطس کی بیماری کی علامتوں کی نقل اتارتی ہے۔ اس کی تشخیص میں دھوکا ہو سکتا ہے۔ چالیس سال عمر سے اوپر شروع

ہوتی ہے۔ مردوں میں عورتوں کی نسبت سے تعداد گنی ہوتی ہے اور کچھ علامتیں ایسی ظاہر ہوتی ہیں جیسے کہ خون میں پوریا یا نائٹروجن کی زیادتی، خون کی کمی، تیزاب بولی کی زیادتی اور پیشاب میں البیومن کی زیادتی وغیرہ۔ یہی علامتیں ذیابیطسی پیچیدگیوں میں بھی پائی جاتی ہیں۔ شدید واعصبی درد وزن کم کرنے والا (یعنی معذوری پیدا کرنے والا) مائیلوما اور ذیابیطسی اعصبی پیچیدگی میں مشترک پائے جاتے ہیں۔ انصاف کی بات تو یہ ہے کہ ذیابیطسی پیچیدگی میں یہ علامات مائیلوما کی نسبت زیادہ ہوتی ہیں۔ اگر تشخیص میں وقت ہو تو لیبارٹری کی مدد لازمی ہے۔ خون اور پیشاب کا معائنہ۔ ہڈیوں کا ایکسرے، پلازما کی الیکٹروفورسیس وغیرہ۔ مائیلوما اس قدر عام نہیں ہے۔ مگر یہ ضرور ہے کہ ذیابیطس اس میں عام ہوتی ہے۔

## خون کے سفید ذرات کی کمی وغیرہ تکوینی فقر الدم

### یا خون کی کمی یا بے صورت خون کی کمی

کبھی کبھی ذیابیطسی مریض گلوکوز کنٹرول کے لیے جو گولیاں استعمال کرتے ہیں ان سے خون کے بننے کے سلسلے میں کبھی کبھی غلط اثرات ہوتے ہیں۔ سلفا گروپ کی ادویات ایسے اثرات میں سرفہرست ہیں۔ یہ رد عمل سلفا سے الرجی کے سبب ہوتا ہے۔ جس کے سفید خون کے ذرات میں کمی، خون پاشی، تھرابوسائٹوپینیا (خون میں پلیٹ لٹ کی کمی جس سے بہتا ہوا خون مشکل سے بند ہوتا ہے)۔ خون میں سفید ذرات کی کمی، خون کی کمی اور یوسینوفل ذرات کی زیادتی یہ سب ”ہالیو ٹائٹ“ یا ”ڈایا ہینسر“ کے استعمال سے ہوتا تھا۔ مگر یہ سب ادویات اب قطعاً پارہینہ ہیں اور نئی ادویات اب بازار میں آگئی ہیں جس سے یہ سب پیچیدگیاں بننے میں بھی نہیں آتیں۔

جہاں تک خون کے سفید ذرات کی فعالیت کا تعلق ہے اس نسبت سے ذیابیطسی مریضوں میں بیکٹیریا اور فطری (Fungus) انفکشن زیادہ ہوتی ہے بہ نسبت غیر ذیابیطسی مریضوں کے۔ ذیابیطسی مریضوں میں اس قسم کی کوئی انفکشن زندگی کے لیے بے حد خطرناک ہوتی ہے اور دوسری ذیابیطسی پیچیدگیاں مثلاً دوران خون میں تعطل اور مثانہ کی بیماری یا اعصبی مثانہ کے سبب سے ان مشکلات میں انفکشن کا علاج مشکل سے ہوتا ہے، خون کے سفید ذرات ایک مرکزہ خلا یا اور لمفوسائٹ خلا یا وغیرہ سب بیماری سے لڑنے میں شریک ہوتے ہیں۔ مگر طریقہ کار کا نظام ذرا پیچیدہ ہوتا ہے جس میں خلا یا کی ہجرت، جراثیم کو نکلنے کا عمل، خلا یا کے اندر

جراثیم کش عمل اور خلیا کی بالواسطہ تقسیم و نکاثر (Mitosis)۔

خون کے سفید ذرات خصوصاً دانہ دار سفید ذرات کی تعداد بڑھ جاتی ہے یہ ہر قسم کی انفکشن میں ہوتا ہے۔ لمبی ہڈیوں کے گودے اور ان انجاسے جہاں خون کے سفید ذرات رکھے ہوتے ہیں وہاں سے خون کے سفید ذرات کی نقل و حرکت پیچیدہ ہے۔ یہ حرکی کیفیت ذیابیطس مریضوں میں مختلف ہوتی ہے۔ جراثیم کے سبب جو جسم کے اندر زہریا مادہ پیدا ہوتا ہے اس کی وجہ سے یہ حرکت سُست رو ہوتی ہے۔

### خلائی ہجرت

خون کے سفید ذرات ورم والی جگہ کی اندرونی تہ یعنی اینڈوتھیلیئم سے چپک جاتے ہیں اور سفید خون کے ذرات جسمانی بافتوں میں رگوں اور خون کی نالیوں کی دیواروں سے گزر جاتے ہیں اور جیسوں کے اس کیسائی محرکات کے رد عمل سے خون کے سفید ذرات جہاں ضرورت ہو وہاں پہنچ جاتے ہیں۔ یہ ضرور ہے کہ اگر خون میں گلوکوز کی مقدار زیادہ ہو تو خون کے سفید ذرات کو ورم کی جگہ پہنچنے میں دقت ہوتی ہے اور یہ مدافعتی رد عمل گلوکوز کی زیادتی کے سبب کم ہو جاتا ہے اور جب گلوکوز کا کنٹرول صحیح ہو تو ان خلیا کی ہجرتی حرکت بڑھ جاتی ہے۔ یہ بھی دیکھنے میں آیا ہے کہ گلوکوز کی زیادتی کے سبب خون کے سفید ذرات میں چپکنے کی صلاحیت کم ہو جاتی ہے۔ اس کی کیفیت خون کی نفوذیت سے مختلف ہوتی ہے۔ خلیا کی کیسائی محرکات کا عمل اس طرح ہوتا ہے کہ خون کے سفید ذرات ایک خاص نظام کے تحت ورم کے مقام پر اپنا کام شروع کر دیتے ہیں اور خون کے سفید ذرات کا عمل اور طریق کار فرق ہو تو جراثیمی حملہ اور انفکشن کنٹرول بے حد مشکل ہو جاتا ہے اگر ذیابیطس کیتونی تیز ابیت موجود ہو تو اور بھی مشکل، مگر اس فعل میں کولیسٹرول، ٹرائی گلائڈ، کریاٹینین (Creatinine) کا تعلق نہیں ہوتا۔ ان سب دعووں اور معلومات کے باوجود ابھی تک حتمی طور پر یہ ثابت نہیں ہوا ہے کہ کیا واقعی ذیابیطس مریضوں میں کیسائی محرک میں تبدیلی ہوتی ہے یا نہیں۔

### جراثیم خوردگی یا کالیت

اس کے بغیر جسم کے معدافعتی نظام کا تصور بھی نہیں کیا جاسکتا۔ اس عمل میں جراثیم گھیرے میں لے کر ننگے جاتے ہیں اور یہ عملی ذیابیطس میں متاثر ہوتا ہے۔ یہ بھی وثوق سے نہیں

کہا جا سکتا کہ وہ جراثیم جو انفکشن پیدا کرتے ہیں، جیسے نمونیا۔ ذیابیطس مریض میں 36 گھنٹوں میں دس گنا زیادہ نکاثر ہوتا ہے۔ حالانکہ خون کے سفید ذرات نارمل ہوتے ہیں، لیکن شاید جراثیم خوردگی کی صلاحیت کم ہو جاتی ہے اور جراثیم کشی بھی کم ہوتی ہے، اتنا ضرور دیکھا گیا ہے کہ اگر گلوکوز زیادہ ہو تو جراثیم خوردگی پر اثر پڑتا ہے اور جب ان ہی مریضوں کا گلوکوز کنٹرول نارمل کے قریب ہو تو ان کے خون کے ذرات کی صلاحیت سدھر جاتی ہے۔ 1975ء کی ریبرج نے یہ ثابت کیا تھا کہ سفید ذرات کی جراثیم خوردگی متاثر ہوتی ہے کیا یہ صلاحیت کم ہوتی ہے یا پھر جراثیم کو ختم اور قتل کرنے میں کمی واقع ہوئی ہے یا کوئی داخلی یا سفید خلیا کا جسمانی خلل ہے؟ قصہ مختصر کہ صلاحیت کم ہوتی ہے اور یہ ثابت ہے کہ خلیہ کا داخلی تھوہلی نظام ذیابیطس مریضوں میں کم ہوتا ہے اور اکثر اوقات علاج پر بھی اثر پڑتا ہے۔ کبھی کبھی سلفونیل یوریا قراص جو بڑی عمر کے ذیابیطس مریض کا علاج ہیں، وہ خلیہ کے داخلی نظام میں تبدیلی لاتے ہیں۔

### خلایا لمفوسائٹ

انفکشن، ورم یا التهاب کو روکنے میں یہ خلیا بڑا کارنامہ انجام دیتے ہیں۔ ان خلیا کی نگوین اور صلاحیت ذیابیطس مریضوں (جن کا کنٹرول خراب ہے۔ جن کا کنٹرول نارمل کے قریب ہے۔ انسولین لینے والے کم عمر۔ یا بڑی عمر کے ذیابیطس) ان سب مریضوں میں نتائج مختلف ہوتے ہیں۔ انسولین چونکہ تعمیری ہارمون ہے لہذا ذیابیطس مریضوں کی مدافعتی صلاحیت کو بہتر کرتی ہے۔ مگر پھر بھی نارمل غیر ذیابیطس مریضوں جیسی نہیں ہوتی۔ ایسے مریضوں میں مناعیت بھی پیدا ہوتی ہے اور اگر پیوند کاری یا ٹرانسپلانٹ ہوا ہو تو پھر رفض یا ریکشن بھی ممکن ہوتی ہے اور انفکشن کا چانس بھی بڑھ جاتا ہے۔ ذیابیطس لمفوسائٹس خلیا پر کس طرح اثر انداز ہوتی ہے اور ان کے تھوہلی نظام میں کس طرح تبدیلی لاتی ہے یہ امر متنازع ہے اور انسولین کا اثر اسٹیبریٹ کی پیدائش پر بھی ہوتا ہے اور انسولین ATP یعنی ایڈنیوسین ٹرائی فوسفیٹ کی فعالیت پر بھی اثر انداز ہوتی ہے اور لمفوسائٹس کی گلوکوز استعمال کرنے کی صلاحیت بھی بڑھاتی ہے۔

زندگی میں (بشری حیوانی)۔ قصد ایلا قصد۔ حادثایا جراحیاً زخموں سے خون جاری ہوتا ہے اور اس کے لیے خون جانے والے عناصر ضروری ہیں تاکہ خون جم سکے اور زخم بھر سکے۔ ذیابیطس مریضوں میں خون جسے کی صلاحیت ذرا مختلف ہو جاتی ہے اور خون جسے کا مرحلہ ذراتیز

رفقار ہو جاتا ہے جس کے سبب خون کی نالیوں میں خون جمننا شروع ہو جاتا ہے۔ اگر کسی ذیابیطس مریض کو ہیپوفیلیا کی بیماری ہو تو اس کی انسولین برداشت کرنے کی صلاحیت ٹھیک ہی رہتی ہے۔ مگر یہ بات بھی قابل قدر ہے کہ ہیپوفیلیا کے مریضوں کو ذیابیطس نہیں ہوتی۔ مگر فرق یہ ہے کہ اگر ذیابیطس ہو تو جہاں جہاں انسولین کا ٹیکہ لگایا جائے اس جگہ کی حفاظت کرنی پڑتی ہے۔

### تھرامبو ساٹیو پیڈیا (تھرامبین کی کمی یا خمیر خون کی کمی)

ذیابیطس ایک ایسا مرض ہے کہ جس کو ہم متعددہ خود کا رضاء اجسام کا مرض کہہ سکتے ہیں اور جن لوگوں میں یہ امراض ہوتے ہیں یا نقص ہوتے ہیں ان میں عدد و الصماء جیسے تھامبراٹڈیا دوسرے غدود کی بیماریاں ہو سکتی ہیں اور ساتھ میں ذیابیطس بھی۔ ان مریضوں میں وٹامن B12 کی کمی کے سبب خرہ خون کی کمی ہو سکتی ہے یا کبھی کبھی ذیابیطس مریض علاج کے لیے گولیاں کھاتے ہیں تو گولیاں ایک مرکب Haptene بن جاتی ہیں اور یہ ہی خرہ خون کی کمی کا باعث بنتا ہے۔ کبھی کبھی شدید ذیابیطس کیتونی تیز ابیت میں شدید خون کے انجماد کی کیفیت پیدا ہو سکتی ہے اور شاید ایسی حالت میں خون کو پتلا رکھنے کے لیے ہیمپورین کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔ مگر اکثر اوقات جب بھی ذیابیطس کیتونی تیز ابیت کا علاج کیا جاتا ہے تو یہ حالت خود بخود ٹھیک ہو جاتی ہے۔

### خامریت کی زیادتی

خون کی رگوں میں خون جمنے کی صلاحیت میں زیادتی یا دوسرے لفظوں میں تھرامبو س خون پاش بیماریوں سے زیادہ علاقائی تعلق ہے۔ ذیابیطس مریضوں میں خون کی باریک خورد بینی نالیوں اور خون نظر آنے والی نالیوں کا انسداد یا رکاوٹ کے لیے آج کل بے حد دلچسپ علاجی وسائل حاصل ہیں اور اصلاحی علاج بھی حاصل ہیں جیسے دل کی شریان تاجی کا انسداد۔ اس کے لیے انجیوگرافی کی جاسکتی ہے اور ساتھ ہی انجیو پلاسٹی بھی اور رکاوٹ دور کی جا سکتی ہے۔ بیلون کے ذریعہ اور اسی وقت چھلہ نما سپرنگ جیسا ٹیوب خون کی نالیوں میں چابکدستی سے ڈالا جاسکتا ہے اور رکاوٹ دور کی جاسکتی ہے یا پھر لیزر کے ذریعہ خون کی نالیوں سے اتھمیر و ما کی پلیٹ دور کی جاسکتی ہے یا پھر دل کی کھلی سرجری کر کے بند نالیوں کی جگہ جسم کے دوسرے حصوں سے نالیاں شریانی یا اوردہ سے قطعہ نکال کر پیوند کاری کی جاسکتی ہے اور اسی

طرح ذیابیطسی کیتونی تیزابیت۔ گلوکوز کی زیادتی یا پھر خون میں گلوکوز کی کمی کو بھی دور کیا جاسکتا ہے اور اس سے خون کو جمانے والے محرمات کی بھی اصلاح کی جاسکتی ہے۔ خصوصاً یہ دیکھا گیا ہے کہ گلوکوز کی زیادتی کے سبب سے ”تھرامبوسین“ بڑھ جاتی ہے اس لیے جب گلوکوز کا کنٹرول ٹھیک ہو جاتا ہے تو وہ تکلیف بھی دور کی جاسکتی ہے۔

### دموی (خونی) لوجین یا (پلیٹ لیٹ)

لوجین کی فعالیت ذیابیطس میں بڑھ جاتی ہے۔ یہ تبدیلی لوجین میں ہو سکتی ہے اور پلازما میں بھی، اور یہ دیکھا گیا ہے کہ لوجین کے اندر فاسفولیپڈ کی زیادتی ہوتی ہے بہ نسبت عام نارل آدمی کے۔ گلوکوز کی مقدار کی درستی سے یہ عیب بھی دور کیا جاسکتا ہے۔

### لوجین کا اجتماع

یہ نظام لوجین کا پیمانہ ہے یعنی Aggregometry Epinephrine ADP عموماً لوجین کو تاپنے کے لئے اس کی ضرورت ہوتی ہے ان کا رد عمل کو لوجین اور آرکسائڈک ایسڈ کے ساتھ کس طرح ہے یہ جانا جاسکتا ہے۔ مثلاً اگر کسی مریض کو ذیابیطس کا احتمال ہے (مستقبل میں) اور اس کو گلوکوز کا عدم تحمل ہے۔ ایسے مریضوں میں لوجین کے اجتماع میں فرق ہوتا ہے یا اس عمل میں تاخیر ہوتی ہے۔ جن ذیابیطسی مریضوں میں خون کی نالیاں بیمار ہوتی ہیں اور ان کے پردہ چشم پر سوزش اور ADP کا رد عمل زیادہ ہوتا ہے۔ ذیابیطسی مریضوں میں لوجین زیادہ فائبروجن کے ساتھ الحاق کرتی ہے خون جمنے کا تفصیلی نظام بذات خود ایک کامل کتاب کا مستحق ہے اور اس پر کتابیں لکھی جاسکتی ہیں۔ یہ مضمون متحمل نہیں کر سکتا۔

### لوجین کی چسکنے کی صلاحیت

یا آپس میں پیوست ہونے کی خصوصیت میں یہ بھی ہے کہ لوجین اجنبی سطح سے چسکنے کی صلاحیت رکھتی ہیں اور یہ صلاحیت ذیابیطسی اور غیر ذیابیطسی مریضوں میں مختلف ہوتی ہے۔ وہ ذیابیطسی مریض جن میں خون کی نالیوں کی بیماری نہیں ہوتی اور جو علاج کے لیے گولیاں استعمال کرتے ہیں ان میں لوجین کے چسکنے کی صلاحیت نارل سے زیادہ ہو سکتی ہے۔ وہ

ذیابیطس مریض جن میں دل کی شریان تاجی کی بیماری ہو (CAD) تو لو جین کے چپکنے کی صلاحیت بڑھ جاتی ہے خواہ وہ کوئی بھی علاج لے رہے ہوں (گولیاں یا انسولین)۔

## لو جین کا استحلاک یا خرچ

کچھ محققین کا کہنا ہے کہ ذیابیطس میں لو جین کی پیداوار بڑھ جاتی ہے اور یہ بھی کہ B تھرامبو جین کی مقدار بھی بڑھ جاتی ہے۔ ایسے مریضوں کی تعداد مختلف ہوتی ہے۔ جیسے دل کا دورہ، بڑی اور وہ (Veins) میں تجمد دموی (تھرامبوسس) بعض وقت حمل کے دوران زہریلا مادہ یا ذیابیطس بذات خود۔ ذیابیطس مریضوں میں بیٹا تھرامبو جین کی مقدار بڑھی ہوئی ہوتی ہے اور اس کا تعلق خون کی نالیوں کی بیماری سے ہے، لیکن ذیابیطس کی مدت مرض سے نہیں ہے۔ یہ اس طرح معلوم ہوا کہ جب ذیابیطس کا کنٹرول صحیح ہوا تو بیٹا تھرامبو جین کی پلازما لیول بھی درست ہو گئی اور اس کے لیے صرف دو ہفتہ Dipridiamole سے علاج کیا گیا تھا۔ جہاں تک کہ لو جین کی عمر کا تعلق ہے تو جن ذیابیطس مریضوں میں پردہ چشم پر سوزش۔ گردوں میں سوزش، دل کی شریان کا انسداد یا پھر خون کی سطحی نالیوں کی بیماریاں ان سب میں ذیابیطس مریضوں کی لو جین کی عمر ذرا کم ہی ہوتی ہے۔ وہ مریض جن میں ذیابیطس نہ ہو مگر خون کی نالیوں میں تصلب (تختی) ہو یا وہ ذیابیطس مریض جن کے پردہ چشم پر سوزش ہو ان میں لو جین طویل ہوتی ہے اور کم عمر بھی۔ جبکہ ذیابیطس مریضوں میں لو جین ذرا چھوٹی ہوتی ہیں، لیکن یہ سب معلومات کسی نتیجے پر نہیں پہنچاتیں۔ صرف یہ کہ بس تصلب شریانی کا مرض ہوتا ہے۔ یہ بات وثوق سے کہی جاسکتی ہے کہ شرائین کے تصلب کے ارتقا میں لو جین کا کردار اہم ہوتا ہے۔ خواہ مریض کو ذیابیطس ہو یا نہ ہو۔ کیونکہ مریضوں میں ایک ایسی گلائیکوپروٹین (Glyco-Protein) پیدا ہوتی ہے جس کا وزن ہلکا اور حرارت برداشت کرنے کی صلاحیت ہوتی ہے جو کہ اندرونی سطح کے خلیا یا درحلمہ (خونی رگوں کی اندرونی جھلی) اور Smooth عضلات کے لیے بلا واسطہ خلیا کی تقسیم کا سبب بنتا ہے۔ اندرونی سطح کے خلیا اور عضلات کا ڈھیر سا بن جاتا ہے یہ دراصل ایک ابتدائی سرطانی تحریک ہوتی ہے۔ اس ہی ڈھیر پر لو جین جمع ہو جاتی ہے اور انسولین اس مرحلہ کو بڑھاتی ہے۔ یہ ریسرچ جو تصلب شرائین کے سلسلہ میں ہوئی ایک عظیم تاریخی کارنامہ ہے۔

## (VWF) ریٹھوٹھین کو فیکٹور یا وان ولی برانڈ فیکٹور

یہ ایک میکرو مالیکول یا کلان سالمہ ہے جو خود کار منعایت کی پروٹھین ہے اور یہ پروٹھین ضد ہے خون پائیدگی کی اس کو VIII A Factor یا AHF بھی کہتے ہیں۔ اس سالمہ کا ایک جز لو جین کے چپکنے کے لیے ضروری ہوتا ہے اگر یہ بڑھ جائے تو لو جین زیادہ جمتی ہے۔ خصوصاً اندرونی سطح کے اس حصہ پر جہاں اندرونی تہہ کو نقصان پہنچا ہوتا ہے۔ جو ذیابیطس مریض انسولین لیتے ہیں (لازمی) ان میں اگر تصلب شرابینی یا پردہ چشم پر پچہ خیز سوزش ہو تو ان میں A. Factor VIII کی زیادتی پائی جاتی ہے اور وہ مریض جو غیر ذیابیطس یا ذیابیطس ہو اور ان میں تصلب شرابیں ہو تو ان دونوں میں AHF زیادہ پایا گیا ہے۔ یہ تبدیلیاں ذیابیطس کا ظرہ امتیاز نہیں ہیں مگر جزو ہیں یا پھر ذیابیطس کے سبب سے پیدا ہوتی ہیں۔ عام شخص میں اگر G.T.T یا گلوکوز کے عدم حمل کا ٹسٹ کیا جائے تو یہ کو فیکٹر دبا ہوا ہوتا ہے۔ حتیٰ کہ G.T.T کے ایک گھنٹہ بعد تک۔ مگر یہی ”کو فیکٹر“ ذیابیطس مریضوں میں G.T.T کے 4 گھنٹہ بعد تک دبا ہوا پایا گیا ہے کیونکہ ان لوگوں میں گلوکوز کے لیے عدم حمل ہوتا ہے۔ پرو فیسر لبرٹن وگڈمین اور ان کے رفقاء نے کارنے اس بات کی تائید کی ہے کہ ذیابیطس مریضوں میں VWF کی مقدار زیادہ ہوتی ہے مگر جن ذیابیطس مریضوں میں پردہ چشم پر سوزش ہو یا پیشاب میں پروٹھین کا وجود ہو ان میں VWF پلازما میں کوئی فرق نہیں ہوتا۔ اس سے یہ بات بھی ثابت ہوتی ہے کہ خورد بینی شرابین کی سوزش سے VWF کا کوئی تعلق نہیں ہے۔

## پلازما کی چربی یا لپید

خون کے سیالی جز یا پلازما میں اگر تبدیلیاں ہوں اور چربی یا لپید کی زیادتی ہو تو چربی کے تیزاب (F.A) یعنی فیٹی ایسڈ کی زیادتی لو جین کی فعالیت پر اثر انداز ہوتی ہے۔ اگر کھانا مرغن و چربی یا کھی سے پُر ہو تو چربی کے تیزاب کی وجہ سے لو جین کے اکٹھے ہونے پر اثر انداز ہوتا ہے۔ خصوصاً ذیابیطس کیتونی تیزابیت کے سبب سے لو جین کے اندر خصوصاً FA کی پیداوار میں فرق پڑتا ہے۔ ذیابیطس مریضوں میں گلوکوز کی زیادتی ایسیٹ کو فیٹی ایسڈ میں تبدیل ہونے کا سبب بنتی ہے۔ اس موضوع پر معلومات ابھی پردہ میں ہیں۔

## انجمادِ خون (پلازما کا خمرہ کے ذریعہ جمننا)

خالق کل نے لفظ کن سے بے حد نفیس، مکمل، پیچیدہ معجزہ عطا فرمایا کہ ماننا پڑتا ہے کہ اس تخلیق میں سب کچھ یوں ہی نہیں ہوا بلکہ ہر جزوی، تفصیلی اور مکمل ترین تخلیق وجود میں لائی گئی۔ انجماد میں ایک سالوں کا سلسلہ ہوتا ہے اور ہر سلسلہ میں صلاحیتیں مضمر ہوتی ہیں۔ یہ خمرہ اور ”کوفیکٹر“ کو اس طرح عمل میں لاتے ہیں کہ لو جین جمع ہو جاتے ہیں۔ ہر قدم پر ایک جسمانی عمل۔ کیمیائی تغیری و تخریبی عمل سے نت نیا تغیری عمل جاری رہتا ہے۔ ذیابیطس مریضوں میں نارل۔ تیز رفتار یا سست انجمادی کیفیتیں پائی جاتی ہیں۔ کیونکہ ذیابیطس مریضوں کی خورد بینی اور بڑی نظر آنے والی خون کی نالیوں میں اگر سوزش موجود ہو تو انجماد کے تیز رد عمل کو خطرہ بھی ہو سکتا ہے۔ اگر ان سب تبدیلیوں اور ان کے محرکات کا علم ہو جائے تو علاج دریافت کرنے میں آسانی ہو جاتی ہے۔

ذیابیطس مریضوں میں انجماد فیوٹر 1، V، VIII زیادہ ہوتے ہیں جبکہ VII، IX، XI اور XII ذیابیطس میں نارل ہوتے ہیں۔ ذیابیطس مریضوں کے پلازما میں جب انجماد ہوتا ہے تو ”دلہ“ یا جے ہوئے خون کی پھٹکیاں ذرا سا تیز میں بڑی ہوتی ہیں۔ کیونکہ ان میں فائبرن افزایا فائبرینوجن زیادہ ہوتا ہے اور خون کو پتلا کرنے کے لیے جب مہپرین استعمال کی جاتی ہے تو ذیابیطس کے مریضوں میں اس کا اثر کم ہوتا ہے۔ خمرہ اور انجماد خون کے ابتدائی مراحل (Pro-Coagulant) ضروری نہیں کہ وہ انجماد کی حد کی یا حرکت سے متعلق فعالیت کی نشان دہی کریں کیونکہ ہر فرد میں مختلف قسم کا ہوتا ہے۔ ذیابیطس کے مریضوں میں تھرامبوپلاٹین کی تبدیلی تیز رفتار ہوتی ہے جبکہ ”سیفیلین“ کی رفتار کم تبدیل ہوتی ہے بہ نسبت عام انسانوں کے اور وہ انسان یا مریض جن کی خون کی نالیوں میں خرابی اور مرض تھا ان میں ”فائبرینوجن“ کی مقدار زیادہ تھی مگر مہپرین کے علاج سے مریض ٹھیک ہو سکتا ہے۔ ذیابیطس دموی لو جین میں فائبرینوجن آغذہ یا مستقبلیں زیادہ ہوتے ہیں اور یہ قابل فکر امر ہے کہ ذیابیطس مریض میں مہپرین کے لیے منعیت زیادہ ہوتی ہے مگر ”وارفرین“ صحیح کام کرتی ہے۔ انجماد خون کے آخری مراحل کے لیے اور بھی مراحل ہوتے ہیں جو راہ میں خارج ہوتے ہیں۔

## فائبرن پاشیدگی یا خاتمہ (Fibrinolysis)

یہ مرحلہ گوکہ پیچیدہ ہے مگر بے حد ضروری بھی ہے۔ جن مریضوں کی خون کی نالیاں بیمار ہوں۔ ان میں خون جما ہوا ہو اس کے علاج کے لیے بے حد ضروری ہے کہ خون کا دوران دوبارہ جاری ہو اور جلد از جلد رکاوٹ دور ہو۔ ایک ریسرچ کے مطابق خوشی کی خبر یہ ہے کہ جن لوگوں نے تھکا دینے والی ورزش کی ان میں فائبرن کا خاتمہ زیادہ ہوتا ہے جس سے خون کی جمی پھسکیاں گھل جاتی ہیں۔ وہ مریض جو کیتونی تیزابیت سے رو بہ صحت ہوتے ہیں ان میں یکجہت فائبرن کا خاتمہ زیادہ ہوتا ہے۔ وہ ذیابیطس مریض جن میں دل کی تاجی شرائین کا مرض ساکن یا خاموش یاد با ہوا ہوا ان میں فائبرن کا خاتمہ کم ہوتا ہے (اگر ان کا مقابلہ عام آدمی سے کیا جائے) یہ دیکھا گیا ہے کہ جن ذیابیطس مریضوں میں پردہ چشم پر بچہ خیر سوزش نہیں ہوتی ان مریضوں میں فائبرن کا خاتمہ زیادہ فعال ہوتا ہے، لیکن اگر مریض انسولین استعمال کر رہا ہو تو فائبرن کا خاتمہ سُست رفتار ہو جاتا ہے اور اگر سُست نہ بھی ہو تو تعرض نہیں کرتا بلکہ فائبرن کے خاتمہ کو اس کے حال پر چھوڑ دیتا ہے۔ فین فارمین، میٹ فارمین، "ایٹھائل ایسٹروئل" فائبرن کے خاتمے کو بہتر کرتے ہیں یہ بڑی عمر کے مریضوں میں ہوتا ہے "پائی گوائیناڈ" کی تاثیر بھی فائبرن کو ختم کرتی ہے یا کم کرتی ہے یا پھر بڑھاتی ہے لیکن سلفا گروپ کی ادویات سب کی سب فائبرن پاشیدگی کو ختم کرتی ہیں۔ غذائی تنظیم کا اس سے کوئی علاقہ نہیں ہے۔

## ثقل خون یا خون کا گاڑھاپن

یہ خون کی کیفیت مختلف اقسام کی ہوتی ہے اور اس کا تعلق مختلف حالات میں مختلف ہوتا ہے۔ خون کے گاڑھے ہونے کا انحصار خون کے اجزائے ترکیبی، ذرات، لوہین، فائبرن، نمکیات، خون کا حرکی بہاؤ وغیرہ یہ سب ایک دوسرے سے منسلک ہیں۔ ذیابیطس مریضوں میں خون کا ثقل اور بہاؤ بڑھ جاتا ہے اور بہاؤ کی خاصیت خون کے جمنے میں مدد کرتی ہے۔ اگر Hb A, C کے نتائج نارمل ہوں تو خون کا ثقل بہتر ہوتا ہے۔ اگر خون کے سرخ ذرات اکٹھے ہوں تو میکاگی دباؤ بڑھ جاتا ہے۔ اگر خون میں گلوکوز کی مقدار زیادہ ہو تو ذیابیطس مریضوں کے سرخ ذرات کی چمک، ایک دوسرے سے چپکنے، لوہین کے جمع ہونے کی صلاحیت بڑھ جاتی ہے اور یہ واضح رہے کہ سرخ ذرات خون کی نالیوں کی اندرونی جھلی سے چپکنے کی

زیادہ صلاحیت رکھتے ہیں اور خون کی نالیوں اندرونی استریا جھلی کا خون جمنے سے گہرا شتہ ہے اور پلازما کا تعلق خون کے جمنے اور خون کی نالیوں کی اندرونی تہہ میں چربی جمنے کا خاصہ تعلق ہے۔ واضح رہے کہ سائل پلازما خون کی نالیوں کے استریا تعلق خون کے دلہ اور تھلپ شریانی یا نالیوں کی سختی سے ہے۔ اندرونی جھلی PG12 پلازمینوجن کو حرکت میں لانے والا مادہ فیکٹر VIII۔ پروٹین سی وغیرہ ایک طویل فہرست ہے جو اس عمل میں کام کرتی ہے۔

قصہ مختصر، اس داستان طویل سے اسی وقت استفادہ ہو سکتا ہے کہ اگر اوپروی ہوئی باتوں پر غور کیا جائے۔ ساری تحریر کم از کم چار مرتبہ پڑھی جائے اور وہ چیزیں جن پر عمل کرنے سے زندگی کی صحت مندی کی توسیع کی جاسکتی ہے۔ اس پر عمل کیا جائے۔ مثلاً وہ عناصر جو خون کے انجماد کا سبب بنتے ہیں جیسے صدمہ، شدید جسمانی محنت، تیزابیت، سیرم کالیوم کی مقدار، سگریٹ نوشی، مٹاپا، چربی کی تیزابیت (FA) خون میں چربی کی زیادتی۔ تنگ کپڑوں کا استعمال جن سے خون کی نالیوں پر دباؤ پڑتا ہو۔ حمل، ایسٹروجن سے علاج۔ عمل جراحی، طویل مدت بستر پر آرام، جسم میں پانی کی کمی، خون کے سرخ ذرات کی زیادتی، یہ سب چیزیں ایسی ہیں کہ ان میں سے کچھ کو ترک کیا جاسکتا ہے اور کچھ کا علاج کیا جاسکتا ہے۔

موت کا وقت معین، پل بھر کی کمی و بیشی نہیں۔ مگر آپ کے اختیار میں ہے کہ باقی کی زندگی کس طرح گزاری جائے۔ چلتے پھرتے یا بستر پر ایڑیاں رگڑ کر مرا جائے۔ کئی بار پڑھنے سے شاید آپ میرے مفہوم کو سمجھ سکیں، ضرور پڑھئے۔



## ذیابیطس و بلڈ پریشر

جن وجوہات اور اسباب کو دوران خون و امراض القلب کے لیے مورد الزام ٹھہرایا جا سکتا ہے ان سب میں ذیابیطس سر فہرست ہے جو امراض قلب و دوران خون کا سبب بنتی ہے۔ اگر کسی مریض کو دونوں امراض موجود ہوں تو دل کی بیماری کا خطرہ بڑھ جاتا ہے۔ فرانسنگھم کی ریسرچ کے مطابق (جو سب سے زیادہ مدت اور مریضوں کی کافی تعداد پر مشتمل تھی) اس کا سبب اور تعلق بے حد واضح ہو جاتا ہے۔ جو اسباب دل کی شرائین تاجی، فالج اور بیرونی و سطحی خون کی نالیوں کی بیماریوں، دل کے فیل ہونے کے سارے اسباب کی موجودگی میں اگر بلڈ پریشر زیادہ ہو تو رسک بڑھ جاتا ہے بہ نسبت اس مریض کے جس کو بلڈ پریشر زیادہ نہ ہو۔

اگر وزارت صحت کے سٹم میں رجسٹری سٹم ہو تو ذیابیطس، بڑھا ہوا بلڈ پریشر، دل کی بیماری (CAD) وغیرہ اور گردوں کی بیماری وغیرہ بے حد دقیق طریقے سے شرح امراض معلوم کی جاسکتی ہے۔ اس ریسرچ نے یہ ثابت کیا تھا کہ دل کی نالیوں (CAD) کے سبب سے شرح اموات 50% تھی اور گردوں کی بیماری کے سبب سے 31% تھیں اور زیادہ مریضوں میں گردہ و دل دونوں شریک تھے۔ دل کی بیماری کے سبب موت کبھی بھی ہو سکتی تھی۔ مگر گردہ کے سبب سے موت 30 تا 40 سال کی عمر میں زیادہ رسک والی تھی۔ جو مریض ان امراض سے بچے ہوئے تھے ان میں بلڈ پریشر کی زیادتی نادر الوجود تھی۔

یہ بات بیس سال سے زیادہ پرانی ہے۔ مگر حالیہ ریسرچ کے مطابق ان میں بلڈ پریشر کی زیادتی ذیابیطس مریضوں میں دوگنی ہے۔ اس زمانے میں بلڈ پریشر 160/95 زیادہ شمار ہوتی تھی۔ ان کے حساب سے ہر عمر کے مریض میں جن کو ذیابیطس تھی ان میں بلڈ پریشر زیادہ ہی تھا اور عورتوں میں بلڈ پریشر کی نسبت زیادہ تھی اور بوڑھے مردوں میں B.P زیادہ ہوتا تھا۔ اس تحقیق نے تو یہی ثابت کیا تھا کہ ذیابیطس کے مریضوں میں دوسرے مریضوں کی نسبت بلڈ

پریشز زیادہ ہی ہوتا ہے۔

عالمی اندازے کے مطابق (IDF) ساری دنیا کے ذیابیطس کے مریضوں کی تعداد 2000ء میں 150 ملین تھی اور جس نے 2025 تک 300 ملین ہو جانا ہے۔ اب تصور کیجئے کہ ذیابیطس کی مشکلات ذاتی عذاب اور سب سے بڑھ کر چڑھتی قیمتیں اور مصارف اور بڑی خون کی نالیوں کی پیچیدگیاں اور ان کا علاج۔ یہ سب ہر آدمی کے تحمل کا نہیں ہوتا۔ عام لوگوں میں دل کی شریانیں کی بیماری 1% سے 4% ہوتی ہے اور ذیابیطسی بزرگوں میں اس کا تناسب چار گنا زیادہ ہو جاتا ہے۔ دل ٹھیل ہونے کا امکان دو گنا ہوتا ہے (ذیابیطسی مردوں میں) اور پانچ گنا زیادہ ذیابیطسی عورتوں میں نسبتاً غیر ذیابیطسی عورتوں کے۔

سارے ذیابیطسی مریضوں میں بڑی عمر کی ذیابیطس (T-2) 90% ہوتی ہے اور اس میں 80% اموات CV یعنی امراض دوران خون اور قلب کے سبب سے ہوتی ہیں اور CV کی تشخیص ذیابیطس کی تشخیص سے پہلے ہوتی ہے۔

خون کی بڑی نالیوں میں نقصان جلد شروع ہوتا ہے اور CV کی تشخیص ذیابیطس کی تشخیص سے پہلے ہو جاتی ہے۔ CV میں پیچیدگی کو ذیابیطس ما قبل (Pre Diabetic) ہی سمجھنا چاہئے اور انسولین کی مناعیت کے سبب ذیابیطس نوع 2 (بڑوں میں) میں تھلب شراخی کی رفتار تیز ہو جاتی ہے۔ لہذا یہ امر طے ہے کہ ذیابیطس (بڑوں) میں قلب و دوران خون (CV) جلد پیدا ہوتی ہے اور اس کے اسباب و عوامل متعدد ہیں۔ جس میں بلڈ پریشر کی زیادتی مرض کی شدت اور موت کا سبب بنتی ہے۔ بلڈ پریشر کی زیادتی اکثر ذیابیطس کے ساتھ ہی موجود ہوتی ہے۔ بلڈ پریشر کی زیادتی گردوں میں خرابی کو تیز کر دیتی ہے اور باریک خون کی نالیوں میں بھی پیچیدگی پیدا کر دیتی ہے۔

تحولی نظام کی اکثر تبدیلیاں ذیابیطس کے ساتھ ہوتی ہیں مثلاً بڑی خون کی نالیوں کی بیماری اور جب بڑھا ہوا بلڈ پریشر پیدا ہو جائے مزید تکالیف میں اضافہ کرتا ہے۔ جیسے:

- 1- خون کی نالیوں میں خون جم سکتا ہے۔ نالیاں بند ہو سکتی ہیں۔
- 2- خون میں چربی کی زیادتی۔ LDL کو لیسٹرول کی زیادتی۔
- 3- خون کی نالیوں میں سوزش اور دہاں لپائڈ مادہ جمع ہونا۔
- 4- لپائڈ پروٹین کا خون میں وجود دل کی بڑی خون کی نالیوں کے لئے خطرناک ہے اور دل کے دورے کا سبب بن سکتا ہے۔ اس میں خون کے انجماد کی ساری صلاحیتیں موجود ہیں۔

شرائین کے تصلب و سوزش و انجماد سے شریان تاجی بھی بند ہو سکتی ہے اور دماغی شریانیں بھی بند ہو سکتی ہیں۔ اب سوال یہ اٹھتا ہے کہ ذیابیطسی مریضوں میں بلڈ پریشر کی زیادتی کے اسباب کون کون سے ہیں اور کیوں ہوتے ہیں، لیکن کشتک مرض۔ ایڈا سٹروں کی زیادتی یا نیوکروموسائٹوما ذیابیطسی اور غیر ذیابیطسی مریضوں میں یکساں پائے جاتے ہیں۔ ذیابیطسی مریضوں کے گردوں کی شریانیں میں تصلب و سوزش کے سبب تنگی پیدا ہو جاتی ہے اور یہ حالت غیر ذیابیطسی مریضوں میں بھی پیدا ہو سکتی ہے۔ جس سے بلڈ پریشر بڑھ جاتا ہے۔ بلڈ پریشر کی مقدار اور کنٹرول کا انحصار دل سے خون کے خروج اور بیرونی و سطحی خون کی نالیوں کی مزاحمت سے ہوتا ہے۔ خون کی دل سے خارج ہوتی مقدار (Volume) کا تعلق کئی چیزوں سے ہے۔ مثلاً:

1- دل کی ہر دھڑکن میں خون کی خارج ہوتی مقدار۔

2- دل دھڑکنے کی رفتار۔

3- خون کی جسم میں کامل مقدار۔

4- دل کے عضلات کی سکڑنے اور پھیلنے کی صلاحیت۔

5- دریدی نالیوں کی ٹون جس سے اور وہ خون کو دل کے داہنے حصہ کی طرف بھیجتی ہیں۔

جو اسباب بیرونی و سطحی خون کی نالیوں کی مزاحمت کا سبب ہوتے ہیں۔ اس میں جسانی اعضاء کی پوزیشن سرفہرست ہے۔ جن کا تعلق خون کی ہاریک نالیوں سے ہے اور کئی کیمیائی اجزاء جو شریانیں اور اور وہ کو کنٹرول کرتے ہیں۔ یہ خون کی نالیوں کو دبانے اور کم کرنے کی صلاحیت رکھتے ہیں جس سے خون آگے بڑھتا ہے۔ یہ نقطہ کیمیائی اجزاء ہیں یا ہارمون کی قسم ہیں اس کا نام تحریر علم نہیں۔ پردہ راز ہی ہے۔ خالق کون کے کروڑوں رازوں میں سے ایک۔

اگر دل خون کی مقدار پمپ کرنا بڑھادے اور بیرونی و سطحی مزاحمت بھی موجود ہو تو بلڈ پریشر بڑھ جاتا ہے۔ تجربات کے دوران کچھ ایسے ملاحظیات ضرور سامنے آئے ہیں کہ اگر خون کی بیرونی و سطحی نالیوں میں مزاحمت زیادہ ہو اور خون کی دل سے خارج ہوتی مقدار میں فرق نہ ہو تو بلڈ پریشر بڑھ جائے گا اور ریڈوپریسر نظام جس میں رینین انجیوٹینسین۔ ایڈا سٹروں اور کیٹوکولامین اور ویزوڈوپریسر فیکٹرز جس میں پروٹا گلیٹنڈین اور کالیٹرین شامل ہے۔ ان سب میں عدم توازن ہی بلڈ پریشر کے بڑھنے کا سبب بنتا ہے۔ دور حاضر کے ذیابیطسی مریضوں میں بلڈ پریشر کی زیادتی ہے۔ جن ذیابیطسی مریضوں میں پیچیدگیاں نہ ہوں ان میں یہ ہارمون سٹسم (Renin Angiot. Catacholamin) بڑھے ہوئے بلڈ پریشر کا ذمہ دار سمجھا جاتا ہے

اور اگر ذیابیطسی پیچیدگیوں میں موجود ہوں تو اس نظام میں کمی دیکھی گئی ہے جن میں بلڈ پریشر گردہ کی بیماری یا ذیابیطسی اعصابی بیماری موجود ہو۔

بڑی عمر کے ذیابیطسی مریضوں میں Systolic بلڈ پریشر زیادہ پایا جاتا ہے اور اس کا سبب تصلب شرائینی مانا جاتا ہے۔ القباضی خون کے دباؤ کی زیادتی عموماً تین قسم کی ہوتی ہے۔

استادہ وضعی بلڈ پریشر کی کمی میں یا تو بلڈ پریشر نارمل ہوتا ہے۔ یا لیٹے ہوئے آدمی کا بلڈ پریشر زیادہ ہوتا ہے۔ انبساط قلبی (قلب کے پھیلنے کے دوران) کے مرحلہ میں بلڈ پریشر کی زیادتی اس وقت ہوتی ہے جبکہ بیرونی وسطی خون کی نالیوں میں مزاحمت میں عدم توازن ہو بہ نسبت خون کی کامل مقدار دل سے خون کافی دھڑکن اخراج (Cardiac Out Put) عموماً SBP سسٹولک خون کا دباؤ معقول نسبت سے بڑھتا ہے۔ یعنی اوپر والے اور نیچے والے بلڈ پریشر کے مابین فرق معقول رہتا ہے۔ خون کی نالیوں کو اعتدال بخشنے والے ہارمونز جو بیرونی خونی نالیوں کو کنٹرول کرتے ہیں۔ وہ صرف ریٹینن انجیوٹینسین اور کینا کولامینز ہیں اور ان پر ذیابیطسی مریضوں پر کام بھی ہوا ہے۔ ان ہارمونز کا سمجھنا اور ان کے تغیرات کی تفہیم ذیابیطسی مریضوں کے (DBP) انبساطی خون کے دباؤ کے علاج کے نفاذ کے لیے بے حد اہم اور ضروری ہے اور اس کو جاننے کے لیے انجیوٹینسین، ریٹینن، ایلڈوسٹرون نظام کی نارمل و طبعی فعالیت کا جاننا بے حد ضروری ہے۔ جس کے لیے سائیکلیمقار، نمکیات کی مناسب نسبت اور بلڈ پریشر کی مقدار کا مناسب تناسب بے حد ضروری ہے اور یہ ریٹینن انجیوٹینسین کے بغیر ناممکن ہے۔ ریٹینن بذات خود ایک خامرہ (Enzyme) ہے جس کو گردوں کے اندر فلٹر کرنے والا حصہ پیدا کرتا ہے۔ ان خلیا سے خارج ہونے کے بعد یہ خامرہ تقسیم ہوتا ہے اور ایک بڑا پیپٹائڈ (جو تین آمینو ایسڈ ایک زنجیر میں جڑے ہوتے ہیں) جو Renin Substrate کہلاتا ہے اور جگر میں بنتا ہے۔ جس سے ایک دس آمینو ایسڈ کا مرکب پولی پیپٹائڈ وجود میں آتا ہے۔ جو انجیوٹینسین رقم اول ہے۔ اس حالت میں یہ مادہ غیر فعال ہوتا ہے۔ پھر یہ Ang-1 - Ang-2، میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ تھوڑی دیر Ang-1 خون میں شامل رہتا ہے اور جب یہ Ang-2 میں بدلتا ہے تو اس میں 8 عدد آمینو ایسڈ ہوتے ہیں۔ یہ تبدیلی ایک فمرہ کے ذریعہ ہوتی ہے جو پھیپھڑوں سے گذرتے خون میں وقوع پذیر ہوتی ہے۔ Ang-2 ایک فعال پیپٹائڈ ہے جس کے ذریعہ بیرونی وسطی دوران خون کی نالیوں میں مزاحمت پیدا ہوتی ہے۔ جو خون کی نالیوں کے سکرکچنگ ہونے سے پیدا ہوتی ہے اور اس سے ایلڈوسٹرون کے اخراج میں بھی مدد ملتی

ہے۔ ایلڈوسٹیرون جسم میں سوڈیم کے خروج کو روکتا ہے اور پوٹاشیم کے خروج کو بڑھاتا ہے۔ اس طرح ایلڈوسٹیرون کے سبب سے توازن کیمیائی بگڑتا ہے اور نتیجہ یہ کہ خون کی مقدار بڑھ جاتی ہے۔ اس کے برعکس اگر جسم میں ایلڈوسٹیرون کم ہو تو اس حالت میں پیشاب سے سوڈیم زیادہ خارج ہوتا ہے اور پلازما کی مقدار کم ہو جاتی ہے اور پلازما کی کمی سسٹم کو دوبارہ تحریک دیتی ہے۔ اس نکتہ کو اگر سمجھ لیا جائے تو ذیابیطس میں خون کے دباؤ (BP) کے بڑھنے کا سبب معلوم ہو جاتا ہے۔

مختصر و مفید یہ کہ یہ موضوع بے حد اہم ہے اور جس رفتار سے ذیابیطس کا مرض بڑھ رہا ہے اور اس کے ساتھ بلڈ پریشر کی مشکلات بھی سامنے آرہی ہیں۔ جس کا اثر ڈائریٹ اور ان ڈائریٹ دل پر بھی پڑتا ہے اور انسانی زندگی اور جسمانی فعالیت پر بھی پڑتا ہے۔ اگر بلڈ پریشر کی وضاحتی تعریف کی جائے تو اس طرح ہے کہ اگر 140 اور 90 سے زیادہ ہو تو اس کا علاج ہونا چاہئے۔

بلڈ پریشر کی قسمیں مندرجہ ذیل ہیں:

DBP	SBP
80 یا کم	تارٹل 120 یا کم
89 تا 80	بلڈ پریشر المتقدم 120 تا 139
99 تا 90	B.P قسم اول 140 تا 159
100 یا زیادہ	گریڈ 2-160 اور زیادہ

B.P کی کلینکی تشخیص و تفتیش کا مقصد۔

1- تاکہ صحیح BP معلوم ہو سکے۔

2- ثانوی اسباب کی معلومات جو BP کی زیادتی کا سبب ہوں۔

3- ان اسباب و عوامل کی جانچ پڑتال جن سے دل کی بیماریوں کا احتمال زیادہ ہو۔

4- TOD اور ACC's کا تعین (یعنی اعضاء جن کا نقصان ہو سکتا ہے اور وہ امراض

جو اس کے سبب پیدا ہو سکتے ہیں اور زندگی کے لیے خطرہ ہیں)

کلینیکی تشخیص کے لیے ضروری ہے کہ۔ مریض کے ماضی کی معلومات فراہم کی جائیں اور باقاعدہ تفصیلی سرٹاپا معائنہ کیا جائے۔ سب سے اہم معائنہ بلڈ پریشر کا چیک آپ ہے اور اس سے مطمئن ہو کر لیبارٹری ورک اپ لے حد ضروری ہے۔ لیبارٹری بھی ایک نمبر کی ہونی چاہئے۔ مریض کا معائنہ دقیق ہو یہ نہ ہو کہ ”آ کے بیٹھے بھی نہ تھے کہ نکالے بھی گئے“۔

صحیح و مکمل تفصیلی 100% صحیح بلڈ پریشر کی ریڈنگ کے لئے ضروری ہے کہ مریض جیسے ہی معائنہ کے کمرے میں آئے تو کمرے کا ماحول پرسکون ہو۔ معائنہ سے پہلے مریض کو کم از کم پانچ منٹ بستر پر لیٹے رہنا چاہئے تاکہ اس کا سانس درست ہو۔ ماحول سے ہم بستگی ہو اور پھر مریض کا بلڈ پریشر تین حالتوں میں لینا چاہئے۔

1- لیٹے ہوئے مریض کا۔

2- بیٹھی حالت میں۔

3- کھڑی حالت میں۔

بیٹھی حالت میں یہ ضروری ہے کہ بازو کی پوزیشن دل کے متوازی ہو۔ کھڑے ہوئے مریض کا بلڈ پریشر چیک اپ اس لیے ضروری ہے کہ ذیابیطسی مریض کو استادہ وضعی (Ortho-Static Hypotension) بلڈ پریشر کی کمی کی شکایت ہوتی ہے خصوصاً بڑی عمر کے لوگوں میں۔ جس انسٹرومنٹ سے بلڈ پریشر چیک کیا جائے وہ معقول نشاندہی کرنے والا ہو۔ حروف واضح ہوں۔ بازو پر باندھنے والے کف (Cuff) کے اندر جو ر بڑا غبارہ سا ہوتا ہے اس کو بازو کے گرد قریباً 80% گھیرنا چاہئے۔ کف کو جب بھی پلینا یا باندھا جائے تو وہ یکساں ہموار ہونا چاہئے۔ اتنا ڈھیلا ہونا چاہئے کہ ڈاکٹر کی دو انگلیاں اس کے اندر داخل ہو سکیں۔ اوپر والا بازو وہاں سے شروع ہوتا ہے جہاں پر Korot Koft کی پہلی آواز کان میں پڑتی ہے۔ اسٹیٹھو سکوپ کا بازو والا حصہ شریان پر کہنی پر ہونا چاہئے۔ پہلی آواز (Phase-I) کہلاتی ہے اور جہاں آواز مدہم ہو کر بند ہو جائے وہ Phase-V ہوتا ہے۔

تین مختلف معائنوں کے بعد ہی بلڈ پریشر کی تشخیص کو فائنل تشخیص قرار دیا جاسکتا ہے ہر وزٹ پر مریض کا بلڈ پریشر تین مرتبہ چیک کرنا چاہئے اور اس کے اوسط کو ماننا چاہئے۔ ڈاکٹر کے آفس کے علاوہ بلڈ پریشر چلتے پھرتے بھی چیک کیا جاسکتا ہے یا پھر گھر پر بھی۔ مگر صحیح اور قابل یقین طریقہ ڈاکٹر کے کلینک کا ہی ہے۔

## سیکنڈری یا ثانوی بلڈ پریشر:

قریباً 10% لوگوں میں ثانوی بلڈ پریشر ہوتا ہے۔ اس میں وہ دوسرے اسباب و عوامل ہوتے ہیں جو بلڈ پریشر بڑھاتے ہیں۔ عام طور سے ثانوی B.P کی زیادتی کے اسباب گردہ و شرائین (Reno-Vascular) اور گردوں کے اندر کی نیج Reno-Parenchmal اور دوسرے اسباب میں بڑی شریان کی تنگی۔ بعض ادویات مانع حمل۔ اسٹیرائڈ۔ جوڑوں کے درد کی ادویات، کوکین، الکوحل، اتھیر و پینٹین۔ سائیکلو سپورین مریض کی حالت میں تغیرات اور مستقل نہ کم ہونے والا بلڈ پریشر ہی شہدہ ڈالتا ہے۔ مثلاً مریض جو ان ہو کم عمر ہو یا بوڑھا ہو یعنی 65 سے اوپر عمر کا یا اس سے زیادہ۔ شدید نہ کم ہونے والے بلڈ پریشر کی زیادتی۔ گردوں کے اوپر سرسراہٹ محسوس ہوتا۔ خون میں پوٹاسیوم کی کمی۔ یا تھومبلی بیش قلویت (Metabolic Alkalosis) گردوں کی نیج کے سبب جو بلڈ پریشر زیادہ ہوتا ہے اس میں خون میں پوریا نیٹروجن زیادہ ہوتا ہے اور کریاٹینین کی مقدار بھی بڑھی ہوتی ہے اور پیشاب میں پروٹین کا وجود بھی ہوتا ہے۔ گردہ اور خون کی نالیوں کے سبب سے جو بلڈ پریشر بڑھا ہوا ہوتا ہے اس کا احتمال بچوں اور لڑکیوں میں زیادہ ہوتا ہے۔ یا بوڑھے آدمیوں میں تصلب شرائینی (خون کی نالیوں کی سختی کے سبب پھیلنے اور سکڑنے سے معذوری) کے سبب ہوتا ہے۔

گردوں کی پرانی اور مزمن بیماری میں بلڈ پریشر بڑھا ہونا عام بات ہے۔ 70% لوگ جن کو گردہ کی بیماری ہوتی ہے ان کو بلڈ پریشر کی زیادتی ہوتی ہے۔ قبلی کلی کلی بیماریوں میں جب گلوبیرو لائی سے ظہر ہونا کم ہو جاتا ہے اور یہی گردہ کی بیماری میں بڑھے بلڈ پریشر کی زیادتی کا بڑا سبب ہوتا ہے۔ اس کے اسباب خاصے پیچیدہ اور نتائج بھی خاصے پیچیدہ ہیں جس کے سبب سوڈیم اور سوائل جسم میں رک جاتے ہیں۔ ریٹینین انجیوٹننن نظام کی فعالیت بھی بڑھ جاتی ہے۔ خود کار نظام اعصابی کا مشارکی اعصابی نظام۔ شرائین میں سختی۔ خلاصا کے اندر کالسیوم کی زیادتی۔ رات میں بلڈ پریشر کا نزول اور ادویات کے ناجانی اثرات منج ہوتے ہیں۔

غدد و الصماء کے سبب سے بلڈ پریشر کی زیادتی نادر ہی ہوتی ہے اور غدد و الصماء کے سبب سے جو بلڈ پریشر بڑھتا ہے اس کی تشخیص کے لیے جن ذرائع کی ضرورت ہے وہ کافی ہونگے میں اور تشخیصی نتیجے پر پہنچنے کے لیے جو انوسٹی گیشن یا تحالیل کرانی پڑتی ہیں کافی پیسہ خرچ ہوتا ہے ان پر۔ جو اسباب غدد و الصماء سے تعلق رکھتے ہیں اس میں:

(1) ابتدائی ایڈ اسٹرو زیم کی زیادتی۔

(2) مانع حمل گولیاں۔

(3) کسٹنگ سنڈروم۔

(4) فیو کروموسائیٹوما (برگردہ کا کیسٹرس)۔

دوسرے نادر اسباب غدود الصماء جن کے سبب بلڈ پریشر بڑھتا ہے ان میں:

(1) تھا ئیرائڈ کی زیادہ فعالیت۔

(2) کم فعالیت۔

(3) ایکرو میگیلی۔

(4) برگردہ (Adrenal) کا پیداہشی نقص (زیادہ افزائش)۔

(5) خون میں ہارمون "معدنی کاربائیواسٹیرائڈ" کی زیادتی۔

(6) 5% وہ عورتیں جو حمل روکنے کی گولیاں لیتی ہیں اور ان سے بلڈ پریشر بڑھتا ہے۔

گولیاں روک دو تو بلڈ پریشر نارمل ہو جاتا ہے۔

کبھی کبھی مریضوں میں رات کو سونے میں نقص ہوتا ہے اور یہ نقص OSA یعنی سانس کے راستوں میں رکاوٹ کے سبب ہوتی ہے۔ جس سے سانس رکتا ہے۔ مریض خرائے لیتا ہے اور اوپر کی سانس کی نالیوں میں رکاوٹ پیدا ہوتی ہے۔ جس کی وجہ سے آکسیجن کی مقدار میں فرق پڑتا رہتا ہے۔ جس کے نتیجے میں بار بار سانس ٹوٹتی ہے۔ ایسے مریضوں میں دو علامات ہوتی ہیں:

(1) سوتے میں خرائے۔

(2) دن میں نیند کی زیادتی۔

ایسے 50% مریضوں میں بلڈ پریشر زیادہ ہوتا ہے۔ ایسے مریضوں کی سانس کی رکاوٹ کا اگر صحیح علاج ہو جائے تو عین ممکن ہے کہ بلڈ پریشر میں فرق پڑے، لیکن اب تک کے نتائج زیادہ حوصلہ افزا نہیں ہیں۔ زیادہ عمر کے تو مندا شخاص (مرد) اور وہ لوگ جن میں سانس کے راستے کی رکاوٹ ہو (OSA) کے امکانات زیادہ ہوتے ہیں۔

بلڈ پریشر کی زیادتی میں رسک فیکٹرز:

دوران خون و قلب کی بیماریوں میں نہ صرف بلڈ پریشر بلکہ دوسرے اسباب بھی بے حد

ضروری ہیں مثلاً TOD (Target Organ Damage) - (Associated Clinical ACC's)

(Conditions) دوران خون و قلب۔ (بیش طنائی)

1- SBP - DBP کی مقدار یا سطح

2- مرد۔ 55 سے زیادہ

3- عورتیں۔ 65 سے زیادہ

4- سگریٹ نوشی

5- خون میں چربی کی زیادتی۔ کولیسٹرول 250 سے زیادہ >LDLC 155mg سے

زیادہ >40mg سے کم HDL-c

6- ذیابیطس

7- خاندانی دراشت

8- C-Reactive Proteins

### :T.O.D

ہدف اعضاء کا نقصان یا تخریب۔

1- قلبی بائیں بطن کی بیش نمو (LVH) (بڑھنا)

2- پیشاب میں پروٹین کا وجود اور خون میں کریاٹینین کی زیادتی (مردوں میں

1.6mg سے 1.3 اور عورتوں میں 1.25 سے 1.45 ملی گرام تک۔)

3- الٹراساؤنڈ یا ایکس رے میں چربی کی جمع شدہ پالک نظر آتی ہے (اورطہ گردن کی

عرق الوسطی۔ ایلیاک یا فیمورل)۔

4- پردہ چشم پر شرائین میں تنگی۔

### :A.C.C's

کلینکی منسلک دوسری حالتیں۔

1- CVS قلب دوران خون (لقوہ، فالج، دوران دماغ خون کا نزیف ہونا اور

TIA یا وقتی طور پر دوران خون کا کم ہونا۔

2- امراض القلب (انجینا، دل کا فیل ہونا، شرائین تاجی میں نئی شرائین کا پیدا

ہونا وغیرہ)

3- گردہ کی بیماری۔ ذیابیطسی گردہ کی سوزش۔ فشل کلوی۔

- 4- دوران خون کی بیماریاں۔ شرائین کی بیماری۔  
5- پردہ چشم پر چھوٹی چھوٹی تبدیلیاں، نزیف، سفید دھبے، آپٹک نرو پرورم۔

دوسرے اسباب:

- 1- نظر نہ آنے والی پروٹین پیشاب میں۔  
2- گلوکوز کا عدم تحمل (I.G.T)۔  
3- موٹاپا۔  
4- نسبت روی۔  
5- خون میں فائبرینوجن (Fibrinogen) کی زیادتی۔  
6- اقتصادی حالات۔  
7- جغرافیائی و نسلی حالات۔

بلڈ پریشر کا تدارک:

**علاجی۔** اساسی کوشش ہونی چاہئے کہ بلڈ پریشر کے مریضوں کا پریشر زیادہ سے زیادہ نیچے لایا جاسکے اور زیادہ سے زیادہ دل کی بیماری اور گردہ کی خطرناک حد تک بیماری اور اموات کو بچایا جاسکے۔ اس کے لیے ضرورت اس بات کی ہے کہ جتنے بھی اسباب ایسے ہیں جو علاج سے واپس ہو سکتے ہیں اور ان اسباب کے تدارک سے مریض کی جان بچ سکتی ہے اور ان کو چھوڑا جاسکتا ہے مثلاً سگریٹ نوشی۔ تمباکو وغیرہ۔ ذیابیطس جس کا علاج ہو سکتا ہے اور مریض کی مدد ہو سکتی ہے۔

الغرض کوشش یہ ہونی چاہئے کہ ہر حالت میں بلڈ پریشر کم کیا جاسکے اور اس سطح لیول 140/90 سے کم ہونی چاہئے اور جن لوگوں کو ذیابیطس اور التهاب کلوئیڈمنس ہو (CRD) تو ان کا بلڈ پریشر 130/80 سے بھی کم ہونا چاہئے۔ جس کے لیے طرز حیات بدلنا چاہئے اور اکثر حالت میں علاج بھی ضروری ہے۔ ایک بات ضروری یہ ہے کہ اکثر برصغیر کے لوگ یہ سمجھتے ہیں کہ اب اگر علاج لے لیا تو ساری عمر لینا پڑے گا۔ اس لئے دواؤں سے اجتناب کرتے ہیں اور ڈاکٹر سے اور خود سے بھاگتے ہیں۔ خصوصاً بلڈ پریشر اور ذیابیطس کے سلسلے میں۔ یہ نہیں سوچتے کہ اگر بلڈ پریشر مسلسل بڑھا رہے گا تو دل کے نچلے دونوں خانے (وینٹریکل) کام کی زیادتی کے سبب موٹے ہو جائیں گے۔ عدم توجہ سے دل کے خانوں کی دیواریں موٹی ہوتی ہیں

اور پھیلتی بھی ہیں۔

ادویات کے بغیر کھانے کی تبدیلی (کم نمک کا سادہ کھانا۔ سبزیاں) بھی بلڈ پریشر کو کم کرنے میں معاون ہوتی ہے۔ کھانے میں یومیاً 6 گرام سے زیادہ سوڈیم نہیں استعمال کرنا چاہئے۔ الکوحل، بیئر، حیوانی چربی، زیادہ چکنائی کا دودھ، وہی، لسی نہیں استعمال کرنا چاہئے۔ سرخ گوشت گائے بھینس بکری اونٹ، گردے، کلیجی کو برائے نام استعمال کریں۔ زیادہ تر بغیر کھال کے مرغی اور مچھلی۔ وہ بھی تلی ہوئی، ڈیپ فرائی نہیں، بروسٹیڈ، برگرز وغیرہ سے اجتناب کریں زیادہ تر پھل اور سبزی کھائیں۔ وہ بھی شوربے والی، نمک کم، ورزش باقاعدہ صبح و شام۔ نوجوان دوڑ لگائیں۔ جوگنگ کریں۔ گیمز کھیلیں۔ باقی بزرگ تیزی سے چلیں۔ سگریٹ نوشی نہ کریں۔

جہاں تک ادویات کا تعلق ہے تو بازار بھرے پڑے ہیں۔ بڑی کمپنیاں روز بروز نئی ادویات پیدا کرنے میں لگی ہیں۔ ہر دوا اپنے اپنے انداز میں کارآمد ہے۔ دیکھنا یہ ہوتا ہے کہ معالج کا زاویہ نظر کیا ہے۔ مرض کب سے ہے۔ وزن، عمر، عادات، تقالید، کھانے پینے کی روٹیں اور نوعیت۔ اگر مریض کا وزن زیادہ ہو تو سختی سے پرہیز اور ورزش ہی کافی ہوتی ہے۔ کچھ کو منتخب بیٹا بلا کرز (SBB's)۔ ACE1's, CCB's یا ARB's وغیرہ کی ضرورت ہوتی ہے۔ جس طرح ادویات مختلف ہوتی ہیں۔ ان کی کارکردگی کا طریقہ مختلف ہوتا ہے۔ فعالیت کا انداز مختلف ہوتا ہے۔ فعالیت کی مدت العمل۔ آدھی زندگی۔ جسم سے خارج ہونے کا طریقہ اور راستہ اور سب سے بڑی بات کامیاب فعالیت اور مریض کی جیب اور دوا کی قیمت اور اب یہ ڈاکٹر کا فرض ہے کہ مریض کی اقتصادی و معاشرتی حالت کا اندازہ لگا کر مناسب قیمت کی فعال دوا تجویز کرے اور پھر یقین دہانی مریض کے لیے ضروری ہے۔ تاکہ مریض کو ڈاکٹر۔ دوا اور علاج پر بھروسہ ہو۔ اگر مریض اقتصادی حالات کا مارا ہے نو سوشل ورکر کی مدد لی جائے۔

دموی لو جین کی ضد ادویات جو خون کی پتلا کرتی ہیں ان میں اسپرین سرفہرست ہے اور روزانہ 75-81-100 ملی گرام دل کے مریضوں کو دی جاتی ہے۔ یہ دل کی بیماری اور اموات کو روکنے کے لیے بے حد مفید ہے اور اساسی ابتدائی روک تھام کے لیے بے حد ضروری ہے۔ ان کے لیے بھی جن کو پہلے بھی دل کا دورہ پڑ چکا ہو، لیکن یہ بات ذہن نشین رکھنی چاہئے کہ اسپرین صرف اور صرف بلڈ پریشر کے کنٹرول کے بعد ہی دی جانی چاہئے۔ اس سلسلے میں ابتدائی

ذیابیطس میں کیسے جیاجائے!

تذاکر کے لئے ہلکی طاقت کی اسپرین جسے عرف عام میں بے بی اسپرین بھی کہتے ہیں جن حالات میں استعمال کرنی چاہئے وہ مندرجہ ذیل میں۔

1- بلڈ پریشر کے وہ مریض جن کی عمر 50 سے زیادہ ہو۔ جن کو دل اور دوران خون کی بیماریوں سے بے حد خطرہ ہو۔

2- یا وہ بلڈ پریشر کے مریض جن میں کریاٹینین اعتدال سے بڑھی ہوئی ہو یعنی  $1.3\text{mg}/\text{de}$  سے زیادہ یا پھر فی لٹر 107 ملی مول سے زیادہ۔

ثانوی علاج و تذاکر کے لئے اسپرین جن حالات میں استعمال ہونی چاہئے وہ اس طرح ہیں:

1- دل کے دورہ (M.I) کے بعد

2- لقاہ و فاج کے بعد

3- توسیع شرائین یعنی انجیوپلاستی یا CABG کے بعد۔

اگر بلڈ پریشر کی تشخیص مکمل ہو جائے تو کئی چیزیں غور طلب ہوتی ہیں۔ جس میں

TOD اور ACC's وغیرہ۔ اس کے بعد طرز زندگی میں تغیرات اور جو بھی امکانی خطرات

(رہسک فیکٹرز) ہیں ان پر غور کرنا چاہئے۔ یہ چار طرح کے ہوتے ہیں۔ (1) بے پناہ

رہسک (2) زیادہ رہسک (3) درمیانہ رہسک (4) کم رہسک۔ اگر بے حد رہسک ہے تو فوراً علاج

شروع کر دینا چاہئے۔ اگر رہسک زیادہ ہو تو بھی فوراً علاج شروع کر دینا چاہئے۔ درمیانہ رہسک

والے مریض کو تحت الملاحظہ (Observation) میں تین سے چھ ماہ تک۔ کم رہسک والے

مریض کو 6 تا 12 ماہ مشاہدہ کی ضرورت ہوتی ہے۔ درمیانہ رہسک والے مریض کا بلڈ پریشر

140/90 سے زیادہ ہو تو بھی فوراً علاج شروع کر دینا چاہئے اور اگر اس سے کم ہو تو مزید مشاہدہ

جاری رکھنا چاہئے۔

جن ذیابیطسی مریضوں میں بلڈ پریشر زیادہ ہو مگر گردوں کی فعالیت درست ہو۔ ایسے

مریضوں میں پلازما میں کریاٹینین کی فعالیت و مقدار نارمل ہوتی ہے یہ اور بات ہے کہ اگر خون

یا پلازما کا والیوم یعنی حجم کم ہو جائے تو رینین کی فعالیت بڑھ جاتی ہے۔ سوڈیم کی کمی۔ استادگی

میں رینین کی فعالیت یقیناً کم ہوتی ہے (بعض اوقات) جن لوگوں میں ذیابیطس ہو یا وہ مریض

جن میں ذیابیطس نہ ہو اور بلڈ پریشر کی لازمی بغیر سبب کے زیادتی ہو، ان دونوں حالتوں میں

رینین کی فعالیت بے حد کم ہوتی ہے اور شاید ان ذیابیطسی مریضوں میں جو بلڈ پریشر نوع

لازمی (Essential) ہوا اور یوں بھی ہوتا ہے کہ ذیابیطسی مریضوں میں گلوکوز کی زیادتی کے سبب سے جو تبدیلیاں پیدا ہوتی ہیں وہ ایک تبدیل شدہ تھوہلی نظام کے سبب سے ہوتی ہیں اور ان میں بلڈ پریشر کی زیادتی بھی ہے اور وہ لوگ جن میں ذیابیطس نوع-2 ہوتی ہے ان میں اکثر میں بلڈ پریشر زیادہ ہی ہوتا ہے اور اکثر اوقات ذیابیطس کی تشخیص ہونے کے بعد ہی بلڈ پریشر کی زیادتی کا پتہ لگتا ہے یا تشخیص کے کچھ عرصہ بعد بلڈ پریشر بڑھتا ہے۔ ان دو مریضوں کی قربت تشخیص سے یہ اندازہ ہوتا ہے کہ بلڈ پریشر کا اس گلوکوز کے تھوہلی نظام سے کوئی تعلق نہیں ہے۔ اس سے یہ پتہ چلتا ہے کہ بلڈ پریشر ضروری قسم کا ہے۔ (Essential)

دوسرا اندازہ یہ ہے کہ گلوکوز کی زیادتی کے جو اکثر اسباب ہوتے ہیں وہی بلڈ پریشر کو بڑھاتے ہیں۔ یہ بات واضح ہے کہ بہت سے غیر ذیابیطسی مریضوں میں بڑھی ہوئی خون کی مقدار اور دل کے خانوں سے نکلنے والا خون اور اس کی مقدار کی زیادتی Card:Output کی زیادتی ہی بلڈ پریشر کو بڑھانے کا بنیادی سبب ہوتی ہے اور جب مرض بڑھ کر پرانا یا مزمن ہو جاتا ہے تو پھر دورہ دمونیہ کے سکنے سے بلڈ پریشر برقرار رہتا ہے۔ خون کا بڑھا ہوا حجم ذیابیطس کے مریضوں کے بلڈ پریشر کے بڑھنے کا سبب ہوتا ہے۔ تجربات نے ثابت کیا ہے کہ اگر خون میں گلوکوز کی مقدار زیادہ ہو تو خون کا حجم بھی بڑھا ہوتا ہے۔ خصوصاً Type-2 کے غیر کیتونی مریض میں اور یہ بات بھی سمجھ میں آتی ہے کہ نفوذی دباؤ (Osmotic) کے اثر سے جو خون میں گلوکوز کی زیادتی کے سبب سے پیدا ہوتا ہے۔ اس کے ساتھ ساتھ جسمانی خلیات کے باہر Extra Cellular ساکلی مادہ بھی بڑھتا ہے جس کے سبب سے خلیات کے اندر پانی کی کمی ہو جاتی ہے۔ خون میں شوگر کی زیادتی کے سبب خون کا حجم بڑھتا ہے جب تک کہ پانی معقول حد تک پیا جائے۔ جس سے پیشاب میں خارج ہونے والے پانی کا نعم البدل مل جاتا ہے۔

خون کے حجم کے بڑھنے کا ایک سبب اور بھی ہے اور وہ ہے خون میں بڑھی ہوئی انسولین کی مقدار جس کے سبب سے گردہ کی فلٹر کرنے والی نالیوں سے سوڈیم کی مقدار زیادہ واپس جذب ہو جاتی ہے۔ اگر خون کا حجم زیادہ عرصہ تک بڑھا ہوا ہے تو پھر Cardiac Output بڑھ جاتی ہے اور یہاں بڑھے ہوئے خون کا دباؤ لازمی زیادہ بلڈ پریشر مانا جائے گا۔ اس مرحلہ پر ذیابیطسی بلڈ پریشر کی زیادتی اور لازمی بلڈ پریشر کی زیادتی کے علاج میں فرق نہیں ہوتا۔ بشرطیکہ گردہ بیماری سے متاثر نہ ہو۔ بڑھے ہوئے بلڈ پریشر کے سبب خون کی بدلی ہوئی حالت جو خون کی تھوہلی تبدیل

کے سبب سے پیدا ہوتی ہے اور یہی اسباب و حالت غیر ذیابیطسی مریض میں بھی ہوتی ہے اور علاج بھی ایک ہی ہوتا ہے۔ کوئی فرق نہیں ہوتا۔

## گردہ کی بیماری اور بلڈ پریشر کی زیادتی

ذیابیطسی قبلہ کی کلوی سوزش اور التهاب جس کے نتیجے میں گلو میرولائی میں سوزش کے سبب شریانی نسون کے کچھے میں رباطی نسج بڑھ جاتی ہے۔ ذیابیطسی مریضوں میں یہ عام طور پر پایا جاتا ہے۔ جس کو عام طور پر ذیابیطسی کلوی التهاب ہی کہا جاتا ہے اور جن لوگوں کو کم عمری میں ذیابیطس شروع ہوتی ہے ان میں قریباً یہ ہر مریض میں پائی جاتی ہے۔ خصوصاً وہ لوگ جو چالیس یا اس سے اوپر کے ہوں۔ بلڈ پریشر کی زیادتی بھی ذیابیطسی کلوی سوزش کے ساتھ ہی شروع ہو جاتی ہے اور اساسی طور پر اس کا تعلق کلوی سوزش اور ورم سے ہی ہوتا ہے اور اس مرحلہ پر ہم اس کو صحیح معنوں میں ذیابیطسی بلڈ پریشر کی زیادتی کہتے ہیں۔ نسجیاتی۔ نسجی مناعیات کی علامتیں ذیابیطسی التهاب کلوی کی تشخیصی پہچان ہیں۔ نفوزی قبلہ کی کلوی التهاب (Diffuse Glomerular Sclerosis) میں نسدیجی تبدیلی ہوتی ہے۔

یہ ذیابیطسی کلوی سوزش کے ہر مریض میں موجود ہوتی ہے۔ یہیں سے بلڈ پریشر کی ابتدا بھی ہو جاتی ہے۔ باریک خورد بینی شریان دمویہ کے اندر سفید مادہ جم جاتا ہے۔ جس کے سبب عروق دمویہ کی نالی تنگ ہو جاتی ہے۔ ان نوریہ کا قطر کم ہو جاتا ہے۔ نالی اس طرح کم ہو جاتی ہے اور خون کے دوران کی بیرونی مزاحمت بڑھ جاتی ہے اور پھر بلڈ پریشر بھی بڑھ جاتا ہے۔ ان اسباب کے علاوہ سب سے بڑی تبدیلی Renin-Angiot-Aldost System کی فعالیت میں بھی بے حد فرق پڑ جاتا ہے۔ وہ ذیابیطسی مریض جن میں کلینیکل ذیابیطسی کلوی سوزش موجود ہو اور چوبیس گھنٹوں کا پروفیشن کا اخراج زیادہ ہو۔ ایسے مریض میں پلازما رینین کی فعالیت اور ایبلڈ سٹرون کی مقدار کم ہو جاتی ہے اور اگر ذیابیطس کا علاج ٹھیک نہ ہو تو خون میں نفوزی دباؤ کے بڑھنے کا سبب شوگر کی زیادتی ہوتی ہے۔ نفوزی دباؤ کی زیادتی کے سبب سے خون کا حجم بڑھ جاتا ہے اور یہ خون کا بڑھا ہوا حجم گردہ محسوس کر لیتا ہے اور رینین کا اخراج کم ہو جاتا ہے یا دبا جاتا ہے اور دوئم یہ کہ خون سپلائی کرنے والی عروق دمویہ کی نوریہ میں سفید جیلی نما مادہ اکٹھا ہو جاتا ہے اور نالیاں تنگ ہوتی ہیں۔ اس سبب سے Renin کا اخراج دب جاتا ہے اس عمل کے سبب عروق دمویہ کی نالیاں اور قبلہ کی کچھے کے ساتھ والے خلیا کے

مقام اتصال پر ایک پردہ یا حاجز بن جاتا ہے جس کی وجہ سے رتین خون کے دوران میں داخل نہیں ہو سکتی اور قہلمکی خلیا (Glomerular Cells) کی موت کا سبب بھی بن سکتے ہیں اور یہ بھی ہو سکتا ہے کہ ذیابیطسی گلوئی سوزش کے سبب سے رتین بذات خود ہی ناقص بن رہی ہو۔ ایسے اکثر مریضوں میں رتین کی زیادہ مقدار غیر فعال ہوتی ہے جس کے مالیکول کا وزن زیادہ ہوتا ہے۔ اس کو بڑی رتین بھی کہتے ہیں اور اسی حالت میں دوران خون میں شامل ہوتی ہے اور فعال نہیں ہوتی۔

ذیابیطسی التهاب گلوئی کے مریضوں میں کیپا کولائین بھی کافی کم ہوتی ہے۔ مزید یہ کہ ”ناراپہی ٹیرین“ Nor Epinephrine بھی کافی مقدار میں پائی گئی ہے۔ جن میں ذیابیطسی پردہ چشم پر سوزش ہو۔ یہ بات واضح ہے کہ ذیابیطسی گردہ کی سوزش کے مریضوں میں بلڈ پریشر کی زیادتی کم مقدار کی رتین (Renin) کے سبب دالی HTN یا زیادہ بلڈ پریشر ہے۔ خون کا حجم جب بڑھے گا تو دل سے خارج ہونے والے خون کی مقدار بھی بڑھتی ہے اور بیرونی وسطی خون کی نالیوں کی مزاحمت بھی بڑھے گی اور جب یہ دونوں چیزیں بڑھی ہوں تو بلڈ پریشر بھی بڑھے گا۔ مگر یوں بھی ہوتا ہے کہ شاذ و نادر مریضوں کا بلڈ پریشر نارمل رہتا ہے۔ کیونکہ رب العزت کے کام نرالے اور عجیب ہیں اور انسانی عقل و دانش سے خارج الہمت۔ کیونکہ (Compensatory) نظام بھی تو ہے اللہ تعالیٰ کے یہاں تو یہی نظام ہے اور یہ ساتھ ساتھ پیدا ہو جاتے ہیں۔ کم رتین کی فعالیت اور ایبلڈ و سٹرون یہ معجزہ کر دکھاتے ہیں۔ رتین کی کمی کے ساتھ ساتھ انجیو ٹینین 2 بھی خون کے دوران میں کم ہوتی ہے۔ اس قسم کی کمی اور دوران خون میں ”کیپا کولائین“ کی کمی کے سبب بیرونی وسطی دوران خون کی مزاحمت بھی کم ہوتی ہے۔ کم انجیو ٹینین 2 کی مقدار ”ایبلڈ و سٹرون“ کے اخراج کو بھی کم کر دیتی ہے جس سے پیشاب میں سوڈیم زیادہ نکلے گا اور نتیجہ پلازما کے حجم کی کمی ہوگا۔

صحیح B.P کو قائم رکھنے کے لیے اس کے اسباب کو قائم رکھنا بے حد ضروری ہے، لیکن اگر گردے کی حالت بگڑتی جائے اور گردے کی فعالیت خراب تر ہو جائے تو جسم سے پانی کم خارج ہوگا اور نفسی دموی اخراج (Cardiac Output) بھی متاثر ہوگا۔ خون کا حجم بھی بڑھے گا اور دوران خون کی نالیوں کی مزاحمت بھی بڑھے گی اور اس قسم کا بلڈ پریشر ان اسباب کے سبب ہوگا۔

کلاسیکل مہلک اور شدید قسم کا زیادہ بلڈ پریشر اور ذیابیطسی مریض کی گردوں کی بیماری

بے حد تار ہے اور اگر ہو تو اس کا سبب رہنمیں کی کمی ہوتی ہے۔ کبھی کبھی اس سے مختلف بھی ہو سکتا ہے اور انجیوٹنٹین۔ 2 جو زیادہ ہوتی ہے۔ الغرض بلڈ پریشر بڑھتا ہے اور اس کے سبب سے بلڈ پریشر کے دباؤ کی وجہ سے درم دماغ بھی پیدا ہو سکتا ہے۔ حالانکہ رہنمیں کی کم فعالیت اور ایلڈوسٹرون کی کم مقدار تو بعض میکنیزم کی حیثیت رکھتے ہیں۔ جس سے مریض کا بلڈ پریشر کم ہو جاتا ہے۔ اگر ان مریضوں میں گروہ میں سوزش ہو اور ایلڈوسٹرون کی زیادتی جسم میں پوٹاشیم کو بڑھا سکتی ہے۔ جو جان لیوا ہو سکتی ہے۔ نارل فیزیالوجی کے عمل میں دو قسم کا کنٹرول ہوتا ہے۔ جو پوٹاشیم کے ٹھراؤ کو کنٹرول کرتا ہے۔ ایک تو گلوکوکورٹیکو ایڈ اور دوئم گلوکوز و انسولین۔ اگر مریض نارل ہو اور گروہ نارل ہو اور اس کو ذیابیطس گروہ کی بیماری نہ ہو تو ایلڈوسٹرون کی کمی کے سبب پوٹاشیم کی مقدار بڑھ جاتی ہے اور اگر گروہ میں بیماری موجود ہو تو یہ مرض تیز رفتاری سے بڑھتا ہے اور ذیابیطس کی موجودگی مزید خراب کرتی ہے۔ اگر جسم میں ایلڈوسٹرون و انسولین دونوں ہی کم ہوں اور مریض کو گلوکوز کا ڈرپ تیزی سے دیا جائے تو پوٹاشیم کی مقدار خون میں بڑھ جاتی ہے اور اسی ڈرپ میں بروقت ہائیزڈ کاربائیڈ اور ایسیٹیف اور معقول مقدار انسولین کی دی جائے تو خطرہ ٹل جاتا ہے۔ ایسے مریضوں میں اگر گلوکوز کا کنٹرول درست نہ ہو تو جسم میں پوٹاشیم کی مقدار بڑھ جاتی ہے۔ ان سب باتوں سے یہ نتیجاخذ ہوتا ہے کہ انسولین اور ایلڈوسٹرون کا پوٹاشیم کے کنٹرول میں بے حد اہم کردار ہے۔ بلڈ پریشر و ذیابیطس کے وہ مریض جن کو گروہ میں سوزش ہو اور ایلڈوسٹرون کی مقدار کم ہو تو دلچسپ بات سامنے آئی کہ کمی کے باوجود سوڈیم قریباً نارل ہوتا ہے یا برائے نام کم ہوتا ہے۔

SBP یا انقباضی بلڈ پریشر کی قسم کے ذیابیطس مریضوں میں بھی پیدا ہو سکتا ہے جیسے دل کی زیادہ حرکی سنڈروم۔ تھائی رائیڈ کی بڑھی ہوئی فعالیت۔ بعض ہڈیوں کی بیماریاں (Pagets Disease) جس میں شرائینی دوریدی اتصال پیدا ہو جاتا ہے تو ان حالات میں تشخیص مشکل ہوتی ہے۔ باقی ذیابیطس بلڈ پریشر تین قسم کا ہوتا ہے۔

1- مجرد انقباضی بڑھا ہوا ضغط الدم (B.P) اور اس میں DBP انبساطی بلڈ پریشر نارل ہوتا ہے یا قریباً نارل ہوتا ہے۔ جس کے سبب نبھی دباؤ پھیل جاتا ہے۔

2- SBP انقباضی بلڈ پریشر کی زیادتی جس میں انبساطی بلڈ پریشر نارل رہتا ہے۔ اس میں

SBP اور نبض کا دباؤ دونوں زیادہ ہوتے ہیں اور یہ ظاہر ہوتا ہے کہ دونوں میں توازن نہیں ہے۔

3- SBP یعنی انقباضی دباؤ کی زیادتی اور انبساطی دباؤ کی زیادتی اور اوسط بلڈ پریشر کی

بھی زیادتی ہوتی ہے۔

اگر SBP یا انقباضی بلڈ پریشر کی قسم کو نظر انداز کر دیا جائے تو بڑھے ہوئے بلڈ پریشر کے اسباب ایک ہی ہوتے ہیں جس کا سبب بڑی شرائین میں پھیلاؤ کی صلاحیت میں کمی ہوتا ہے۔ بڑی شرائین کے اندر جو پھیلنے اور اسکڑنے کی صلاحیت (Elasticity) یا مطابیت کی خوبی ہوتی ہے اس سے خون کی نالیوں میں فوری تبدیلیاں برداشت کی جاسکتی ہیں۔ کیونکہ جب خون ایک دم دل سے بڑی شرائین میں آتا ہے تو نارمل شکل میں یہ شرائین پھیل کر خون کو اپنے اندر لے لیتی ہیں اور سکڑ کر آگے بڑھا دیتی ہیں۔ یہ پھیلنے والی خوبی انقباضی بلڈ پریشر کو اپنی حدود میں رکھتی ہے مگر ذیابیطسی مریض کی عمر اور مرض کے بڑھنے کے ساتھ ساتھ پھیلنے اور سکڑنے کی صلاحیت بھی کم ہو جاتی ہے اور ان شرائین کی تسخیر سختی اختیار کر لیتی ہے اور اس تبدیلی کے سبب جو بھی خون کی مقدار دل کے بطن سے (L.V) خارج ہو وہ ایسے نظام شرائینی میں داخل ہوگی جو پھیلنے کی صلاحیت سے محروم ہے۔ لہذا خون کا انقباضی دباؤ بڑھ جاتا ہے۔

DBP نیچے والا خون کا دباؤ شرائین کی مزاحمتی خوبی سے پتہ چلتا ہے۔ دوران خون کی نالیوں کی مزاحمت کے انقباضی سے DBP بڑھتا ہے اور پھیلنے سے دباؤ کم ہوتا ہے۔ اوسط دباؤ DBP اور SBP سے ہی پتہ چلتا ہے اور اوسط بلڈ پریشر کے کم ہونے کے لیے خارجی و سطحی دوران خون کی نالیوں میں مزاحمت یا مناعیت کم ہونی چاہئے۔ جس سے DBP یا انبساطی بلڈ پریشر بھی کم ہو جائے گا۔ مجرذ انقباضی بلڈ پریشر کی زیادتی میں اسی طرح ہوتا ہے۔ خون کا دل کے بطن سے اخراج اور بیرونی و سطحی خون نالیوں میں مزاحمت اگر مستحکم ایک ہی وضع پر قائم رہے اور بلڈ پریشر زیادہ ہو تو اوسط بلڈ پریشر بڑھ جاتا ہے۔ اگر انقباضی و انبساطی خون کا دباؤ عدم توازن رکھتا ہو تو یقیناً بیرونی دوران خون کی نالیوں میں مزاحمت بڑھ جاتی ہے۔ اس حالت میں خون کا اخراج دل کے خانوں سے بڑھنا چاہئے جس کی وجہ سے انقباضی دباؤ مزید بڑھے گا تاکہ وہ خون کا بہاؤ قائم رکھ سکے۔ جس کے سبب سے شعیرات و عروق دمویہ کا مناسب بہاؤ قائم رہے۔

### استادہ وضعی میں بلڈ پریشر کی کمی

یہ حالت ذیابیطسی مریضوں میں اکثر پائی جاتی ہے۔ خواہ لیٹی حالت میں بلڈ پریشر زیادہ ہو یا نہ ہو۔ بعض اوقات ذیابیطس میں گردوں کی سوزش بھی پائی جاتی ہے۔ زیادہ تر یہ

ایسے مریضوں میں پائی جاتی ہے جن کو اعصابی سوزش ہو۔ سطحی اعصاب اور خود کار نظام اعصاب میں بھی (Peripheral Sensory & Autonomic) استادہ حالت میں بلڈ پریشر کو قابو میں رکھنا اتنا سادہ نہیں بلکہ کئی اسباب کام کرتے ہیں جس میں قابل ذکر فضائی دباؤ (Barometric Pressure) کے متعکس عوامل۔ مختلف ہارمونز جو خون کی نالیوں پر اثر رکھتے ہیں۔ دل سے خارج ہونے والے خون کا کافی منٹ حجم (Cardiac Output) اور خون کا مکمل جسمانی حجم (Total Blood Vol) یہ سب مل کر ایک دوسرے کی مدد کرتے ہیں اور یہ سب مل کر مجموعی طور پر زیادتی مریض کے استادہ بلڈ پریشر پر اثر کرتے ہیں اور فضائی دباؤ کے متعکس عوامل (Baro-receptor Reflexes) زیادتی مریضوں میں اعصابی سوزش کے سبب سے ماند پڑ جانے اور خون میں گردش کرنے والے کھلا کولامینز جن کا تعلق نظام اور اعصاب سے ہے (یہ انسانی ناسور سے پیدا ہوتے ہیں اور موڈ بننے بگڑنے میں بڑا کردار ادا کرتے ہیں) کم ہوتے ہیں مگر کچھ زیادتی مریضوں میں یہ زیادہ ہو سکتے ہیں، لیکن خون کی نالیوں کی مزاحمت ان کے خون کی نالیوں پر دباؤ کے اثر کو کم کر دیتی ہے۔

جن زیادتی مریضوں میں اعصابی سوزش ہوتی ہے جسم میں الہیومن پر دینین کی کمی واقع ہو جاتی ہے۔ کیوں کہ ایسے مریضوں میں مستقلاً پیشاب میں پروٹین کا اخراج ہوتا ہے اور یہ مرض کی ابتدا میں ہی ظاہر ہوتا ہے۔ حتیٰ کہ جسم میں کوئی کلینکی علامت بھی ظاہر نہیں ہوتی اور پلازما کا حجم کم ہو جاتا ہے یا سکڑ جاتا ہے۔ دل کی شریان تاجی کی شدید بیماری (CAD) یا زیادتی عضلات قلب پر درم (Cardiac Myopathy) کے سبب سے دل کے سکڑنے اور پھیلنے کی صلاحیت میں کمی آ جاتی ہے۔ لہذا زیادتی مریضوں میں یہ سارے عوامل استادہ وضعی بلڈ پریشر کی صلاحیت پر بھی اثر انداز ہوتے ہیں۔

## نتائج و عرض خادم

اس مضمون سے میری مراد علمی بالادستی مقصود نہیں۔ بلکہ اپنے تقریباً پچاس سالہ تجربہ سے بھی اہل وطن کو فائدہ پہنچانا ہے، لیکن جو میری بات سمجھ سکتے ہیں ان کی تعداد بھی تو انگلیوں پر گنی جاسکتی ہے۔ بلڈ پریشر کے سبب سے جو ایرجنسی حالات پیدا ہوتے ہیں اس کے بغیر ذکر مکمل نہیں ہوتا کیونکہ بلڈ پریشر کی روک تھام۔ پرہیز اور علاج اگر شروع سے کیا جائے تو خطرناک نتائج پیدا نہیں ہوتے نہ ہی اعضائے رئیسہ (دل و گردہ) کو توڑ چھوڑ والا نقصان پہنچتا ہے۔ جو

جوں یہ مرض بڑھتا ہے توں توں صحت و مال دونوں کا خسارہ بڑھتا ہے اور وہ حالات پیدا ہو سکتے ہیں جو زندگی کے لیے خطرہ ہیں۔ کیونکہ شدید بلڈ پریشر کی زیادتی عروق شعیرہ میں تشخ (دقنی)، عروق شریاتی میں ٹخیرہ نسج کی مقامی موت یا سوزش (Necrotizing Arteriolitis) اور اعضائے ہدفیہ کی توڑ پھوڑ وغیرہ وغیرہ۔ مہلک شدید بلڈ پریشر کی زیادتی، بلڈ پریشر کی زیادتی کے سبب درم و ماخ، تیزی سے فیل ہوتے گردے، بائیں بطن کا فیل ہونا (LVF) یہ سب منازل بلڈ پریشر کی بیماری کے سبب پیدا ہو سکتے ہیں۔

مہلک شدید بلڈ پریشر کی زیادتی نادر الوجود ہے اور خصوصاً ذیابیطسی مریضوں میں کیونکہ رتینین انجیو پیلینسین سسٹم دبا ہوا ہوتا ہے۔ جہاں تک کہ ذیابیطسی اور غیر ذیابیطسی مریضوں کے علاج کا تعلق ہے اس میں کوئی فرق نہیں ہے بلڈ پریشر کی ایئر جنسی کا علاج رگ میں ٹیکے سے شروع ہونا چاہئے (Parenteral) اور پھر منہ کے راستہ سے علاج جاری رکھا جاسکتا ہے۔ سوڈیم ٹائٹرو پروسائڈ سرخ الاثر اور مجرب دوا ہے، لیکن بلڈ پریشر پر مستقل نظر رکھنی پڑتی ہے۔ پیشاب لانے والی دوا بھی دی جاسکتی ہے۔ اس سے فوراً بلڈ پریشر کنٹرول ہونا چاہئے دوسری صورت میں 8 سے 10 گھنٹہ کے وقفہ سے دوا دی جاسکتی ہے۔ پیشاب لانے والی دوا دل کی شراٹین کی شدید بیماری میں نہیں دینی چاہئے اور دماغی شراٹین کی بیماری میں بھی۔ کیونکہ پیشاب لانے کی دوا سے خون میں شوگر بڑھنے کا اندیشہ ہوتا ہے اس کے لیے وقفہ سے خون کی گلوکوز چیک ہونا چاہئے فیور دوسا مانڈ بھی دیا جاسکتا ہے (I.V.) اور بھی بہت سی دوائیں ہیں جو چاکلڈی اور محنت سے استعمال کی جاسکتی ہیں۔

ذیابیطسی مریضوں میں بلڈ پریشر کی زیادتی کئی قسم کی ہوتی ہے جس سے شراٹینی عروق کا دباؤ بڑھ جاتا ہے۔ ان سب عوامل اور تاثرات اور میکانزم کو سمجھنا بے حد ضروری ہے۔ یہ جاننا بے حد ضروری ہے کہ مرض کا سبب کیا ہے اور دوائیاں کس طور پر عمل کرتی ہیں اور چونکہ ذیابیطسی مریض زیادہ حساس ہوتا ہے اس لیے بے حد احتیاط کرنی واجب ہے۔ رب العزت سب سے پہلے مجھے اور میرے ساتھی اطباء کو توفیق عطا فرمائے کہ ہم اپنا حق ادا کر سکیں اور رزق حلال حاصل کر سکیں ”وما علینا الا البلاغ“ یہ مضمون مریض اور معالج دونوں کے لیے ہے۔



## انسولین۔ صحت اور مرض کے پس منظر میں

دیومالائی قصبوں میں اور بزرگوں کی کہانیوں میں غیر انسانی واقعاتی ذکر ہوتا جن میں دیو، پریاں، جن اور مہماتی شہزادے ہوتے اور جن کی جان طوطے میں ہوتی اور طوطا سمندر میں درخت سے پنجرہ میں لٹکا ہوتا اور شہزادی ظالم دیو کی قید میں ..... اور شہزادی کی رہائی کے لئے طوطے کا قتل لازمی ہوتا۔ مگر ہم حیات کا جائزہ لیں تو بالکل ان قصص کی طرح جسمانی خلیہ (Cell) کی جان Nuclaus میں ہوتی ہے جو DNA اور پروٹین کا جسم ہے اس میں ہی سارے جسم کی روح ہوتی ہے اور اس تک غذا گلوکوز کی شکل میں پہنچی ہے اور انسولین گلوکوز کو لے جانے والا آلہ کار ہوتا ہے۔ دراصل یہ دو قسم کے ریسیپٹرز ہوتے ہیں جو جسم کے گلوکوز ٹرانسپورٹ سسٹم میں ضروری ہوتے ہیں۔

(1) اینٹی سیل ریسیپٹرز،

(2) انسولین ریسیپٹرز۔

ان کے ساتھ چند اور عوامل ہوتے ہیں مثلاً پیکر یا اس میں ناقص اور کم تعداد میں اینٹی سیل یا انسولین بننے وقت خود انسولین کے جسم میں پیدا ہونے والی ناقص اور انسولین کا سنورنگ سسٹم۔ اینٹی سیل گلوکوز ریسیپٹرز یا کالسیوم کا اینٹی سیلز کے اندر داخلہ۔ یہ سب عوامل مل کر انسولین کی حساسیت پر اثر انداز ہوتے ہیں۔

اینٹی سیل کے خلیے میں چار اقسام کی پروٹین ہوتی ہیں۔

(1) جو مائیکرو ٹیوبولز بناتی ہیں اور انسولین کا سیل سے باہر جانے کا واحد وسیلہ ہوتے ہیں۔

(2) ایکٹین Actin یہ پروٹین فلمنٹ ہیں۔

(3) مائیوسین یہ پروٹین ایکٹین کے ساتھ مل کر ایکٹو مائی سین بناتا ہے۔

(4) کالموڈولین یہ کالسیوم کو ریگولیٹ کرنے والی پروٹین ہے۔



بعض حالات میں ذیابیطس مکمل طور پر لاحق نہیں ہوتی بلکہ لوگوں میں گلوکوز کے لئے عدم تحمل موجود ہوتا ہے۔ اس کی شکل اس طرح ہوتی ہے کہ اساسی طور پر پہلے موٹاپا، پھر انسولین کی جسم میں زیادتی، اس کے بعد انسولین ریسپنڈرز کی تعداد میں کمی، انسولین کی حساسیت میں کمی، پنکریاس کے بیٹا سیل کے ریزرو میں کمی، جس کا نتیجہ گلوکوز کا عدم تحمل نکلتا ہے۔

### (Impaired Glucose Tolerance)

جب انسولین پنکریاس میں بنتی ہے تو احتمال ہو سکتا ہے کہ انسولین فعالی طور پر کم فعال ہو اور اس میں یہ ہو سکتا ہے کہ پرو انسولین زیادہ ہو یا پھر انسولین کا اپنا جسم نارمل نہ ہو یا پھر خون میں انسولین کے خلاف ضد اجسام یعنی انسولین اینٹی باڈیز واقع ہوں۔ یا پھر انسولین کا استحلاک غلط ہو رہا ہو۔ یا پھر اس طرح کہ انسولین بن بھی ٹھیک رہی ہو۔ دوران خون کے حالات بھی نارمل ہوں مگر یوں ہو کہ انسولین کی آخری منزل یعنی ٹارگٹ سیل مثلاً دل، دماغ، پٹھے اور دوسرے اعضائے جسم تک پہنچ تو گئی لیکن آگے پہنچنا مشکل ہو۔ کوئی رکاوٹ ہو۔

اس مرحلہ کو Receptor Defect کہتے ہیں کہ وہ اجزا جو انسولین کو باندھ کر لے جاتے ہیں ان میں نقص ہو۔ ان کی ترکیب یا Concentration میں کوئی تبدیلی ہو گئی ہو۔ یا ان کی الحاقی خاصیت میں تبدیلی واقع ہو یا پھر منزل مقصود ٹارگٹ سیل میں کوئی داخلی تبدیلی ہو گئی ہو۔ جو بھی سبب بنے بات ایک ہی ہے آخری نتیجہ ایک ہی ہے کہ گلوکوز کی مقدار بڑھ جاتی ہے اور مریض کے اندر اس کی اپنی داخلی انسولین استعمال نہیں ہوتی۔

آج سے چالیس پچاس سال پہلے یہ تصور تھا کہ ذیابیطس کے مریض میں انسولین کلی طور پر مفقود ہوتی ہے اور گلوکوز ہی مجرد ہوتی ہے۔ زمانہ قدیم میں مرض تو معلوم ہو چکا تھا مگر مرض جان لیوا تھا لیکن اب تشخیص کے جدید یا نئے آلات اور طریق کار RIA ریڈیائی امیونو تحلیل Immuno Assay سے یہ جاننا ممکن ہے کہ کون کون سے عوامل، اجزائے غذائی ہارمونز اور کیسائی اجزاء انسولین کے افراز یا Secretion اور خون میں شوگر یا گلوکوز کی مقدار بڑھانے کا سبب بنتے ہیں۔ انسولین تو درحقیقت 1922ء کی دریافت ہے مگر اس سے قبل قریباً ساٹھ ستر سال پیشتر انیسویں صدی کی آخری دہائیوں میں فرانس میں فینن فار میں وغیرہ شوگر کے مریضوں (بڑی عمر) میں استعمال ہو رہی تھیں۔ اس کا سہرا فرانس کے سر ہے۔ مگر اس میں ایک پیچیدگی یہ تھی کہ ہزار میں ایک شخص کو خون میں تیزابیت کا احتمال تھا (Lactic Acideis) جو جان لیوا امر تھا۔

1952ء کے لگ بھگ سلفا گروپ سے ذیابیطس کا علاج شروع ہوا لیکن ان ادویات

سے صرف بڑی عمر کی ذیابیطس کا علاج ہو سکتا تھا چھوٹی عمر کے مریضوں کا نہیں۔ ان کا علاج صرف انسولین سے ہو سکتا تھا لیکن اکثر حالات میں مریض کا جسم قبول نہیں کرتا تھا۔ اس سے الرجی بھی ہو سکتی تھی۔ یہ انسولین Bovine یا بقری یا اس کے علاوہ خنزیری Porcine انسولین تھی جو بشری انسولین سے قریب تھی۔ 1980ء کے قریب بشری یا Human انسولین سامنے آئی یہ انسولین Recombinant DNA انسولین ہے اور کسی حد تک یہ کامیاب رہی ہے اور خصوصاً کم عمر مریضوں کی 80 فیصد مشکلات حل ہو گئی ہیں اور ان کی زندگی کا انداز اور اسلوب نازل سے بے حد قریب ہو گیا ہے۔

آج کل ایک نئی ایجاد سامنے آئی ہے۔ انسولین گلارگین Insulin Glargine اس سے نئی امید وابستہ ہوئی ہے کہ یہ انسولین مدت طویل تک اساسی انسولین کے خط یا لیکر کو استوار رکھے گی اور انسولین کی جسم میں مقدار ایک معقول اور ہموار لائن پر قائم رہ سکتی ہے اور اس کے سبب گلوکوز لیول میں اتار چڑھاؤ نہ ہوں گے۔ آج کل تو انسولین بخاخ Inhaler کا بڑا چا

ہے۔ Prolonged Basal Insulin Curve with no Pronon Ncid peaks۔

دراصل پنکر یا اس کے پیٹنٹس میں ایک ہارمون ایک موتیوں کی لڑی کی شکل میں ہوتا ہے۔ یہ انسولین ماقبل یا مادرا انسولین، پرو انسولین ہوتی ہے جس میں تین لڑیاں ہوتی ہیں اور یہ 86 ایسوی ایسڈ سے مرتب ہوتی ہے۔ اس میں A چین یا زنجیر جس میں 21 ایسوی ایسڈ اور B چین جس میں 30 ایسوی ایسڈ ہوتے ہیں اور ان کی ایک تیسری لڑی جس میں 35 ایسوی ایسڈ ہوتے ہیں اور یہ سی پیپٹائڈ C-Peptide ہوتی ہے۔ انسولین علیحدہ ہونے کے بعد سی پیپٹائڈ گردوں کے ذریعہ خارج ہو جاتی ہے۔ کبھی کبھی سی پیپٹائڈ تشخیص میں بھی استعمال ہو سکتی ہے۔

دنیا کے ہر خطہ میں ذیابیطس کے مریض کو کم و بیش ایک ہی قسم کے حالات سے دوچار ہونا پڑتا ہے لیکن برصغیر کے لوگوں کو جن مشکلات کا سامنا ہے وہ قریباً ایک ہی قسم ہے۔ برصغیر کا فرد سوائے اپنی ذات کے ہر ایک لئے سوچتا ہے اور اپنی ذات کو پس پشت ڈال کر کے اپنی صحت کا رسک لیتا ہے۔ اس کو ہم معاشی، اقتصادی حالات کا نام بھی دے سکتے ہیں اور خصوصاً پاکستانی حضرات کے حالات ذرا زیادہ ہی وباؤ ڈالنے والے ہوتے ہیں کہ جو فیملی وہ پیچھے چھوڑ آئے ہیں یا جس فیملی میں وہ رہ رہے ہیں اس میں ایک آدمی کما تا ہے اور اوسطاً 6-7 نفوس کھاتے ہیں۔ والدین، بہن بھائی، اولاد، شادی، تقاریب، مہمان نوازی، دعوتیں، جہیز، مدارس کا خرچ، ٹیوشن، کتابیں وغیرہ وغیرہ ان گنت مسائل ہیں اور خصوصاً سفید کار والے افراد جن پر

ذمہ داریاں اور سفید پوشی عذاب بن جاتی ہے اور فرد کے لئے یہ ممکن نہیں ہوتا کہ وہ ڈاکٹر حضرات کی گراں فیس اور ادویات کے مصارف برداشت کر سکے لہذا وہ اپنی ذات کو ہمیشہ مالتا رہتا ہے۔ خود کو بہلانا تارہتا ہے کہ اس طرح ہے۔ اس طرح نہیں ہے۔

دوسری بے حد ضروری بات برصغیر کے لوگوں میں یہ ہے کہ ان میں اگر تعلیم ہے تو ڈگریوں یا سرٹیفکیٹس کی حد تک ہوتی ہے۔ جنرل ناٹج عام نہیں ہے۔ کیونکہ ایک تو شوق نہیں ہوتا اور اگر شوق ہو تو وسائل نہیں ہوتے۔ کیونکہ جرائد، کتب، پیسوں سے آتے ہیں۔

برصغیر کے محترم حضرات خصوصاً مسلمانوں میں خوبی یا خرابی یہ بھی ہے کہ وہ اپنے مرض کو ماننے کے لئے تیار نہیں ہوتے۔ خصوصاً ذیابیطس اور بلڈ پریشر کے مریض کہ وہ اپنی موجودہ حالت کو کسی نہ کسی سبب سے منسلک کر کے اس کو عارضی سمجھتے ہیں اور ان کا خیال ہوتا ہے کہ ذرا سی احتیاط ان کو ٹھیک کر دے گی اور اگر وہ علاج شروع کر دیں اور ان کی علامات مستقبل میں نارمل ہوں تو وہ فوراً علاج بند کر دیتے ہیں کہ اب تو میں ٹھیک ہوں، علاج کی ضرورت نہیں اور پھر ان کی کوشش یہ ہوتی ہے کہ فون پر ہی مشورہ کر لیا جائے۔ وہ بچے جو تین یا چار سال کی عمر میں اس مرض کا یعنی ذیابیطس کا شکار ہوں وہ میرے تجربے میں زیادہ فرمانبردار، باقاعدگی سے علاج لینے والے اور کھانے میں پرہیز کرنے والے کامیاب ہوتے ہیں۔ کیونکہ ان کا نظام عمل دخل، انسولین، علاج، روٹین سب والدہ، والد، بڑے بہن بھائیوں کے زیر نگینداشت ہوتا ہے اور ان کی نمونہ مستقل ہوتی ہے۔

مگر پرائم ہوتی ہے Teenage کے گروپ میں دس سے سولہ سال تک بچے۔ خصوصاً لڑکے کہ وہ بلوغت کے قریب ہوتے ہیں۔ سمجھدار ہوتے ہیں اور جب ان کو یہ ذیابیطس کا مرض لاحق ہوتا ہے تو وہ زبردست نفسیاتی صدمہ سے دوچار ہوتے ہیں کہ ایک نارمل لائن سے کٹ جاتے ہیں اور ہر قسم کی پابندی لگ جاتی ہے اور وہ باقی ساتھیوں، بہن بھائیوں اور سارے ماحول سے کٹے ہوئے محسوس کرتے ہیں۔ خصوصاً دور حاضر کے گرگر کچھ اور پیسی کولا کچھ، کالج، سکول، شام کو قبوہ خانوں میں وہ اپنے ہم عمروں اور ساتھیوں سے نیچا نہیں ہونا چاہتے اور کبھی کبھی غصہ، اعصابی تشنج اور صدمہ کا شکار ہو کر انتقامی کیفیت کا شکار ہوتے ہیں اور خود انتقامی کی کیفیت میں مبتلا ہو جاتے ہیں اور عمداً کبھی کھانا زیادہ کھاتے ہیں اور کبھی انسولین کم یا زیادہ لگا لیتے ہیں۔ ان کے لئے ڈاکٹر کی ہمدردی، صحیح تشخیص، والدین، بہن بھائیوں، سکول کے مدرسین، سوشل ورکر اور غذا کے ماہر کا تعاون بے حد ضروری ہے۔

بچے تو پھر بھی بہل جاتے ہیں، لالچ، انعام کے چکر میں آ جاتے ہیں اور بات مان لیتے

ہیں مگر بڑے اور بزرگ مریضوں کو قابو کرنا بڑا مشکل ہوتا ہے کہ راتوں کو جب ساری دنیا محو خواب ہوتی ہے تو وہ دبے پاؤں کچن کا دروازہ کھولتے ہیں اور پھر فرنج کھول کر دل کھول کر بد پرہیزی کرتے ہیں اور خود کو دھوکہ دے کر چپ کر کے سو جاتے ہیں اور خاصے خوش ہوتے ہیں کہ دھوکا دیا ہے سب کو اور ایسے لمحہ میں تو نفس امارہ اس قدر غالب ہوتا ہے کہ آنے والی پیچیدگی اور اس کے نتائج کی ذرا بھی پروا نہیں ہوتی۔

ایسے حضرات کے ماحول میں بسنے والے لوگ مثلاً دوست، والدین، اقربا اور کبھی کبھی خدائی فوجداران حالات کے ذمہ دار ہوتے ہیں اور علاج اور مرض کے متعلق بے سرو پا جاہلانہ خیالات و آراء پھیلاتے رہتے ہیں۔ مثلاً مریض کو غذائی علاج اور ورزش کے علاوہ گولیوں کی ضرورت ہے یا ایمر جنسی میں انسولین کی ضرورت ہے تو وہ کہتے ہیں ابھی گولیاں نہ دیں مریض پھر ان کا عادی ہو جائے گا اور حالات کی مجبوری انسولین کی متقاضی ہے تو ان حضرات کا استدلال ہوگا کہ نہ صاحب نہ انسولین تو آخری علاج ہے۔ اس سے واپسی ممکن ہے ہی نہیں۔ کچھ حضرات مفت کا مشورہ دیتے ہیں کہ سب چھوڑو اور شوگر بند کرو اور جو اشیاء زمین کے اندر پیدا ہوتی ہیں بس وہ نہ کھاؤ باقی سب کھاؤ۔

اکثر پڑھے لکھے والدین ڈاکٹر سے بھد ہوتے ہیں کہ میرے بچے کو کوئی اور چانس دیں، انسولین نہیں۔ خواہ مریض کو زبردست انفکشن ہو اور پانی کی کمی۔ تے وغیرہ ہی کیوں نہ ہوں وہ ڈاکٹر اور مریض کے درمیان دیوار بن جاتے ہیں اور مریض ”کوما“ یا بے ہوشی میں جانے والا ہو۔ ایسے حالات میں میں تو مریض کو بڑے ہسپتال میں داخل ہونے کا مشورہ دیتا ہوں۔

عصر حاضر میں معلوماتی ذرائع وافر ہیں اور طبی جدید تحقیقات اور مستقل لابریریاں ایک مٹن دبانے سے اپنے در واکر دیتی ہیں اور ہر طرح کی معلومات فراہم ہو جاتی ہے۔ روزانہ نئے نئے علاجات دریافت ہو رہے ہیں۔ ان سے استفادہ کیا جاسکتا ہے۔ مگر کچھ باتیں ایسی ہیں جن کو اساسی حیثیت حاصل ہے۔ مگر اس کے لئے بے حد احتیاط کی ضرورت ہے۔ مریض کو جب علم ہوتا ہے کہ اس کو کیا تکلیف ہے تو اس کو زبردست نفسیاتی صدمہ ہوتا ہے۔ یہ مرحلہ بے حد نازک ہے مریض کو باور کرانا کہ ذیابیطس مرض نہیں۔ آرام سے کنٹرول ہو جاتا ہے۔ صرف سمجھداری کی ضرورت ہے اور صرف معمولی تنظیم سے شوگر کنٹرول ہو سکتی ہے۔ ٹیم ورک جس میں ڈاکٹر، والدین، ماہر غذاہیت، سکول ٹیچرز، دوست اور سوشل ورکر بے حد اہم ہیں۔



## ذیابیطس نوع الاول — بچوں میں

پچھلی صدی کے وسط اور قریباً تیسری دہائی سے بچے، جوان اور نوجوان ان خوش نصیب لوگوں میں سے ہیں جن کو آج ہر سہولت ذیابیطس کے علاج لئے متوفر موجود ہے۔ قدم قدم پر جاننے اور معلومات کے خزانے ٹی وی، انٹرنیٹ، اخبار، اور قریباً ہر امکانی ذریعہ موجود ہے کہ وہ اس مرض کے متعلق اپنی معلومات دنیا کے کونے کونے سے حاصل کر لیں۔ ورنہ 1930ء تک ذیابیطس کا علاج بچوں اور جوانوں کے لیے نہ تھا۔ آج وہ بچے جسے 6-7 دہائیاں پہلے ذیابیطس ہوئی تھی، انسولین کی دریافت کے سبب وہ آج 60 سال کا معمر شخص ہے۔ ایک بھر پور خاندان کا مالک ہے۔ بچوں کا باپ ہے اور تجربہ سے آدھا ڈاکٹر بن چکا ہے۔ ورنہ اس قدر اتر حالت تھی کہ 6 سے 24 ماہ کی مدت میں مریض شمع کی مانند پگھلتا، کمزور ہوتا جاتا۔ تے، پیٹ درد، نقاہت کا شکار ہوتا۔ بے ہوشی (Diabetic Coma) میں داخل ہو کر اللہ تعالیٰ سے جا ملتا ہے۔

جراثیم کش دواؤں سے پہلے انسولین کی موجودگی زندگی کو 5-6 سال بڑھا سکتی تھی، لیکن سلفا گروپ اور دوسری جراثیم کش ادویات کی ایجاد سے پہلے متعدد بیماریوں نے بچوں کی زندگی کو خاصے عذاب میں مبتلا کر رکھا تھا۔ پھول کھلنے سے پہلے ہی مرجھا جاتے تھے، لیکن ان دواؤں کے استعمال سے زندگی کئی دہائیاں بڑھ گئی ہے۔ گو کہ یہ تاریخی طبی ارتقاء بے حد سُست رفتار رہا ہے پھر بھی گراں قدر ہے۔ حالانکہ آج کے دور میں انسولین کا استعمال بے حد چابکدستی سے ہو رہا ہے، لیکن پھر بھی خطرے کی تلوار ہر آن لٹک رہی ہے۔

Type-1 ذیابیطس کے مریضوں کے لیے ایسے طریقے ایجاد کرنے چاہئیں اور ایسے وسائل پیدا کرنے چاہئیں کہ بیماری کا شروع میں ہی سدباب ہو جائے اور مریض کو شفا کلی نصیب ہو جائے اور اس مثلث العلا جی یا تکون (وزارتہ الصحت، مریض، فیملی کے افراد) میں

عملی ضبط و تعاون بے حد ضروری ہے۔ اس کے علاوہ عام پبلک کا تعلیم یافتہ ہونا، ٹی وی، ریڈیو، دواؤں کی قیمتیں۔ برصغیر میں 80% آبادی نیم حکیم یا اشتہاری جاہل حکیموں کے ہاتھوں میں ہے اور دیگر وسائل کی فراہمی بھی بے حد ضروری ہے۔ آج کا موضوع بے حد اہم، بے حد مشکل اور بے حد حساس ہے۔ اس میں مرض کا وجود اس کی تشخیص اور میرے قلم کی جہالت و کم مائیگی، کم علمی، تہی دامن سب ہی شامل ہیں۔ میں اس کے لیے شرمندہ ہوں۔

بچپن اور جوانی میں درون افراز غدود (Endocrine Glands) کے سبب سے ذیابیطس کے وجود کا علم عام ہے۔ تیس سال پیشتر امریکہ میں دس ہزار میں سے 13% مریضوں کی عمر 17 سال سے کم تھی۔ یہ نسبت سارے امراض کے مقابلے میں 2% ہے۔ امریکہ اور کینیڈا میں اس قدر ترقی کے باوجود معلومات ناقص تھیں۔ صرف اسکندینیویا (Scandinavia) ایک ایسا ملک تھا جہاں قابل اعتماد معلومات میسر تھیں۔ Type 1 ذیابیطس کی نسبت مردوں اور عورتوں میں یکساں ہے۔ ترقی یافتہ ملکوں میں یہ تعداد زیادہ ہے کہ وہاں تجمیل، تشخیص، علاج، ریسرچ کے مواقع زیادہ ہیں اور بہتر بھی ہیں۔

باوجود اس کے کہ بچوں میں ذیابیطس (IDDM) یا انسولین پر منحصر ذیابیطس زیادہ پائی جاتی ہے (اطفال و شباب میں) لیکن اس کے اسباب و عوامل ابھی تک غیر واضح ہیں۔ مسلسل کام ہو رہا ہے اور نئی معلومات منظر عام پر آرہی ہیں، لیکن حتمی نتائج ”ہنوز دور است“۔

کئی مثبت عوامل (Risk Factors) ہیں جو ذیابیطس قسم الاول یا IDDM کا سبب بن سکتے ہیں۔ کچھ اساتذہ کا تجربہ ہے کہ ذیابیطس کے مریض بچوں کے بچوں میں امکان پندرہ فی صد زیادہ ہوتا ہے۔ اگر بچے کو T-1 ذیابیطس ہے اور والدین کو بھی ذیابیطس ہے تو امکان یا رسک 45% بڑھ جاتا ہے اور ایسے بچوں میں رسک زیادہ ہوتا ہے جس کے بہن بھائیوں میں Type-1 ذیابیطس ہے اور والدین کو Type-2 ذیابیطس ہے۔

ایک تجربہ میں یہ بھی پایا گیا ہے کہ کسی مریض کو Type-1 ذیابیطس 20 سال سے ہو اور اس کو شوگر 15 سال سے کم عمر میں ہوئی ہو تو ایسے مریض کے دادا، داوی میں ذیابیطس لازمی ہوتی ہے (18%)۔ اور 14% بچوں کے والدین کو ذیابیطس ہوتی ہے اور 1% کی اولاد اور ڈیوڈ پانک کی اسٹڈی کے مطابق مماثل جڑواں بچوں میں 50% مماثلت ہوتی ہے اور اگر ایک جڑواں کو 40 سال کی عمر میں ذیابیطس ہوئی ہو تو تقریباً 3 سال کے اندر دوسرے بچے کو ذیابیطس

لائق ہوتی ہے۔ تحقیق کے دوران بال کی کھال نکالتے ہوئے یہ اضافہ ضرور ہوا ہے کہ خلا یا میں نیچ سے مشابہت کی جسمانی قابلیت پر کام کرتے ہوئے 6 نمبر کے لونیا (6th Chromosome) نے معلومات میں کچھ اضافہ ضرور کیا ہے اور کئی ریسرچرز جو مورثہ اور مختلف الانواع طبی معلومات Clinical Heterogeneity سے یہ پتا چلا ہے کہ یہ عموماً ذیابیطس کے مریض بچوں میں پائی جاتی ہے اور B-8، B-15، لوکس کو ذیابیطس کے لئے مورثہ الزام قرار دیا گیا تھا مگر بعد میں یہ ثابت ہوا کہ B-15 اور B-8 مورثہ یا Gene کا تعلق براہ راست نہیں ہے۔ بچوں کی IDDM کے سلسلے میں ثابت ہوا کہ رابطہ کا عدم توازن دوسرے Genes ساتھ رابطہ میں ہے اور D، Dw، Df، D3، D4، D3، D4 اور D4 کے Loci کا وجود بچوں کی ذیابیطس کی آبادی میں زیادہ ہوتا ہے اور یہ بھی دیکھا گیا ہے ذیابیطس کے سلسلہ میں مختلف Loci شامل ہوتے ہیں جیسے کہ قاف کے کسان۔ امریکی کالے اور جاپانی، ان میں B-8 کو مورثہ الزام ٹھہرایا گیا ہے کہ اس کا تعلق ICA کی زیادتی سے ہے۔

Type-1 ذیابیطس میں بچوں کے جینوم پر ریسرچ کرتے ہوئے یہ معلوم ہوا کہ توام Twins اور Triplets توام الثلاثی میں سیرم کے اندر کچھ نہیں لیکن گھڑیوں کے خلاف ضد اجسام پائے جاتے ہیں اور کچھ میں نہیں۔ دوسرے غدود الصماء Endocrine Tissue سیرم میں ضد اجسام کی مقدار پائی جاتی ہے۔ جیسے غدود ورقیہ (Thyroid Gland) معدہ کی دیوار کے سلیزیا یا ایڈریٹل غدود Adrenal Gland۔

ایک بات بے حد دلچسپ ہے وہ بچے جن کی زندگی کا انحصار فقط انسولین پر ہوتا ہے ان کے مرض کی تشخیص موسم سرما میں زیادہ ہوتی ہے۔ بہ نسبت موسم گرما کے۔ اس سے ماحول کا عمل دخل بھی واضح ہوتا ہے۔ موسمی تبدیلیاں۔ ان کے ساتھ انفکشن اور Type-1 ذیابیطس کا ظہور ایک دوسرے سے خاصے متعلق ہیں۔ جیسے کن پیڑے۔ پیدائشی رویلا، جگر کی فیروسی بیماریاں، جیسے Hcp. B. C. D چچک، دماغ کے ورم کے وائرس، دل کی جھلی یا غلاف کا ورم، چکن پاکس، جرمن میزلز (German Measles) وغیرہ ہم۔ انسان میں وائرس اور ان سے پیدا شدہ ذیابیطس کا تعلق اور رشتہ ہے وہ وقائی سدباب کرنے سے روکا جاسکتا ہے۔ جیسے ویکسین وغیرہ لگوانے اور پرہیز کرنے سے۔ 15 سال سے کم عمر مریضوں میں یہ بات ثابت ہو چکی ہے کہ ایسی بیماریوں (Infections) کے نزول کے دو ماہ کے اندر اندر ذیابیطس Type-1 ظاہر ہوتی ہے۔

بہت سے محققین کا کہنا ہے کہ نمو السریجہ Rapid Growth کے دوران بچوں میں ذیابیطس زیادہ ہوتی ہے۔ مثلاً بلوغت میں داخل ہوتے ایام اور پانچ سال بچے کی نمو کے دوران دوران کا تعلق ہارمون النمو یعنی Growth ہارمون سے ثابت نہیں ہوا ہے اور یہ تخمینہ لگا ہے کہ سو میٹوسٹین کا بڑھوار سے زیادہ تعلق ہے اور اسی دوران یہ بھی دیکھا گیا ہے کہ بڑی عمر میں جن عورتوں کو بچے پیدا ہوتے ہیں تو ان بچوں میں Type-1 ذیابیطس کا امکان زیادہ ہے۔ ریڈی میڈ کھانوں میں کیمیائی اجزاء ڈالے جاتے ہیں یا جو زائد کیمیائی اجزاء پر بھی یہ الزام عائد ہوتا ہے کہ وہ ذیابیطس نوع الاول کا سبب بنتے ہیں۔ جسمانی صدمہ، کھانے کے منظر و پس منظر سے یا پھر جذباتی صدمہ سے ان کا کوئی تعلق نہیں لگتا۔

مختصر ذیابیطس نوع الاول (IDDM) کے کلاسیکی اسباب میں ایک یا اس سے زیادہ یا مخلوط اسباب ہو سکتے ہیں۔ (1) وراثتی عمل جس کے نتیجہ میں خلا یا اینا سیلز (B-Cell) کو نمو کے لئے صحیح غذا ایت نہیں ملتی (2) Virus Insult یعنی B-Cells پر فیروسات کا حملہ (3) خود کار مناعی رد عمل (4) ماحولیاتی اثر جیسے جسمانی نمو، بلوغت یا Toxic زہریلے مادے۔ اس سلسلہ میں دوسرے اسباب بھی بیان کیے گئے ہیں۔ درون جسمانی خلا یا میں جسمانی نقص یا پھر افزا انسولین کا نقص یا انسولین میں اپنا ذاتی جسمانی نقص۔ یا درون جسمانی خلا یا کے مستقبلین میں جسمانی نقص Endorgan Receptor Abnormality یا پھر افزا انسولین کا نقص یا پھر انسولین کے اپنے جسم میں بناوٹ کا نقص۔

بچوں میں ذیابیطس کے سیبوں نام ہیں ایک اور قسم ہے جو اکثر نوجوانوں میں ہوتی ہے۔ Mody یعنی بچوں میں بڑی عمر کے لوگوں کی ذیابیطس۔ ایسے مریضوں کو انسولین کی ضرورت نہیں ہوتی اور ایسے مریضوں کو DKA کیٹو ایسڈوسس نہیں ہوتی یعنی کیٹونی اجسام نہیں بنتے۔ ایسے 85% مریضوں کے والدین کو ذیابیطس ہوتی ہے اور 46% لوگوں میں عمودی تین نسلوں تک ذیابیطس سے تعلق ہوتا ہے۔ اس نوع کے مریض کم عمر ہوتے ہیں اور ورزش، کھانے کی تنظیم اور گولیوں سے شوگر کو قابو میں لایا جاسکتا ہے۔ کم عمری کے باوجود انسولین کی ضرورت نہیں ہوتی ہے اور ایسے بچوں اور نوجوانوں میں ذیابیطس کا کلیدی کمی راستہ یا طریق کار مختلف ہوتا ہے اور وراثتی پیٹرن (Pattern) بھی۔

اب رہی Glucose Intolerance یعنی گلوکوز کا عدم تحمل یا برداشت یا بغیر کسی علامات و تکلیف کے خون میں گلوکوز کی زیادتی تو پیشاب اور خون کا روٹین چیک اپ، یا اسکول

کے داخلہ کے وقت میڈیکل چیک اپ۔ یا اگر اتفاقاً کوئی حادثہ ہسپتال داخل ہو اور اس کا روٹین کا معائنہ ہو تب اس کا پتہ لگ سکتا ہے۔ آج کل نسبتاً ذرا جلد علم ہو جاتا ہے کیونکہ پہلے کی نسبت آج کل صحت کا وجدان و ادراک اور لوگوں کا پڑھا لکھا ہونا جلد تشخیص کا سبب بنتا ہے۔

نومولود میں عارضی ذیابیطس کا سنڈروم یا Paediatric Mellitis سب سے پہلے 1842ء میں پتہ لگی تھی اور ڈاکٹر کینیئل نے اپنے ہی بچہ کو تشخیص کیا تھا۔ ایسے بچے حمل کی عمر کے حساب سے چھوٹے ہوتے ہیں اور ان میں غیر قدرتی پیلاہٹ ہوتی ہے اور اپنی عمر سے زیادہ بڑے لگتے ہیں۔ جسم میں پانی کی شدید کمی ہوتی ہے۔ آنکھیں بڑی اور ٹھہلی ہوتی ہیں اور غیر معمولی چست و چاق و چوبند نظر آتے ہیں۔ خون اور پیشاب میں شوگر زیادہ ہوتی ہے۔ یکا یک وزن گرنا شروع ہو جاتا ہے %30 ایسے مریضوں میں پیشاب میں ایسیٹون ہوتی ہے۔ یہ علامات ایک دن کی عمر سے 6 دن کی عمر کے اندر ظاہر ہو سکتی ہیں اور خون میں شوگر 250 سے 2000 ملی گرام تک ہو سکتی ہے %35 میں وراثتی ہو سکتی ہے۔ نادرآ زبان موٹی اور بڑی (Hyper Glossia) ہو سکتی ہے یا پھر (Hypothalamic Imbalance) یا زیر عرشہ وسطی دماغ کا عدم توازن یا پھر برگردہ (Adreno-cortical Imbalance) رطوبت کا عدم توازن یا التهاب (Infection) یا پھر انسولین کی مدافعت، یہ سب اسباب انسولین کی جسم میں کمی کا سبب بن جاتے ہیں۔

ثانوی تغیرات جو گلوکوز مینابولزم کے سبب سے پیدا ہوتے ہیں ان کا ذکر کئے بغیر کہانی تکمیل کو نہیں پہنچتی۔ مثلاً (1) اسہال یا نزلہ معویہ۔ اس میں اسہال، سوڈیم اور گلوکوز کی زیادتی کے سبب جسم کے اندر پانی کی کمی ہو جاتی ہے۔ جسم میں گلوکوز 130 یا 180 سے لے کر 600 تا 1200 ملی گرام بھی ہو سکتی ہے اور ایسی حالت میں اگر شوگر کو تیزی سے کم کیا جائے تو دماغ میں ورم یا Odema بھی ہو سکتا ہے اور یہ جان لیوا ہو سکتا ہے۔

(2) سلحہ دار ریٹیکولیوسولی (Cystic Fibrosis) بچوں میں اکثر ثانوی ذیابیطس کا سبب بنتی ہے اور جزائر لینگر ہینز Islet Cells کے اطراف میں سچ بڑھ جاتی ہے اور رفتہ رفتہ کاربوہائیڈریٹ مینابولزم میں عدم استعمال یا Intolerance پیدا ہوتی ہے۔ ایسے بچوں، نوجوانوں اور جوانوں کو انسولین کی ضرورت پڑتی ہے۔ مگر خاص بات یہ ہے کہ ایسے مریضوں میں کیٹونی اجسام نہیں ہوتے۔ (Non Ketotic)

(3) گلوکوز یوریا یا پیشاب میں بغیر ذیابیطس کے گلوکوز کا وجود۔ یہ حالت حمیدہ

Benign ہے۔ اس کا تعلق نہ انسولین کی کمی بیشی سے ہے اور نہ گلوکوز میٹابولزم سے ہے اور اکثر اس کی تشخیص زندگی کی دوسری دہائی میں ہوتی ہے۔ طویل فاقہ کشی اور حمل میں کیٹون ہو سکتے ہیں۔

بچپن اور جوانی کی ذیابیطس میں دوسرے حالات کا اشتراک جو پایا جاتا ہے۔ وہ فہرست طویل ہے اور طبی و فنی حیثیت رکھتی ہے۔ اس لئے گریز کرتا ہوں۔ ہاں باپ کے لیے یہ جاننا بے حد ضروری ہے کہ اکثر دوائیں اور علامات ذیابیطس پیدا کرتے ہیں۔ کچھ دوائیاں گلوکوز کا عدم تحمل پیدا کرتی ہیں جیسے پیشاب والی دوائیں۔ مانع الحمل ادویات، غدود درقیدہ کے علاجات، روماتزم، سل، اعصابی مہدیاات (L.S.D) نشہ آور ادویات نیلی ڈکس ایسڈ، نیکو ٹینک ایسڈ وغیرہ وغیرہ۔

بچوں میں ذیابیطس فوری طور پر پیدا ہوتی ہے۔ پیشاب میں رکاوٹ، پیشاب کی زیادتی، پیاس کی شدت، بھوک کی شدت، مٹلی، تھک، پیٹ میں بے انتہا درد، پنڈلیوں میں ایشٹھن، درد، تھکن، آنکھوں میں دھند، اعصابیت، غصہ، خیالات کا الجھنا، تیزی سے وزن میں کمی اور جسم میں پانی کی کمی، خون میں شوگر کی زیادتی اور اکثر حالت میں پیشاب میں کیٹون کی موجودگی اور اکثر کیٹونی اجسام کے ساتھ تیزابیت جس کے سبب منہ سے سڑے ہوئے سب کی بو آتی ہے اور اگر بروقت تشخیص نہ ہو اور علاج نہ ملے تو انسان بے ہوش ہو جاتا ہے ایسی حالت کو Coma کہتے ہیں۔



## ذیابیطس اور جنس (مردوں میں)

میں پہلے بھی عرض کر چکا ہوں کہ ذیابیطس یعنی گلوکوز کی خون میں زیادتی مرض نہیں ہے۔ گلوکوز جسم کا ایندھن اور ضرورت ہے۔ بس یہ ضرور ہے کہ یہ انسانی شتائم (گالی۔ ظلم) کا نتیجہ ہے۔ جس طرح کوئی بھی مشین یا حرکت کرنے والا جسم بغیر طاقت کے نہیں چل سکتا بالکل اسی طرح زندگی خود طاقت کی محتاج ہے اور یہ طاقت کاربوہائیڈریٹ سے ملتی ہے۔ خالق مطلق نے انسان یا حیوان کو زندگی اور روح بخشی ہے اور اس پر حکم چلانے کے لیے ایک دماغ بھی عطا کیا ہے۔ دماغ بذات خود تو ایک مرکب پروٹین اور اعصابی سیج کا مرکب ہے اور یہ جو نظر آتا ہے یہ دماغی جسم کا ظاہری وجود ہے مگر اس کے ساتھ ساتھ دوسرا پہلو بھی ہے جو نظر نہیں آتا مگر احساس رکھتا ہے، خیال رکھتا ہے، فکرمعمل، ذکا، فطانت کہ انسان سے شیطان بھی پناہ مانگے۔ خود رب العزت سورۃ حشر کی 16 ویں آیت میں فرماتا ہے۔ ”اس کی مثال ایسی ہے کہ جب شیطان نے انسان سے کہا کہ کفر کر اور جب انسان نے کفر کیا تو بولا کہ میں تیرے فعل سے بری ہوں اور میں اللہ رب العالمین سے ڈرتا ہوں“ انسانی تشکیل میں کروڑوں اجزاء شامل ہیں جو ادراک اور احاطہ فکرمعمل سے خارج ہیں۔ دل، گردہ، جگر، دھڑکن استخوان وغیرہ وغیرہ تو نظر آتے ہیں۔ مگر انسان کی تشکیل۔ سوچ، جذبہ حسد، نفرت، الفت، عداوت، قہر، احساس قربت، آرزو، سب مخفی راز ہیں۔ لاسکلی ہیں۔ جن کے ریکارڈ کرنے کے لئے میٹر نہیں لگا ہے۔ سوچ و فکر کی کوئی پکڑ نہیں ہے۔ غالب نے کیا خوب کہا تھا۔

زندگی کیا ہے عناصر میں ظہور ترتیب

موت کیا ہے ان ہی اجزا کا پریشان ہونا

کچھ لوگ اس لئے کھاتے ہیں کہ جی سکیں اور کچھ صرف کھانے کے لیے جیتے ہیں کسی نے سچ کہا ہے کہ لالچ بُری بلا ہے۔ لالچ اور طمع کے لیے عربی میں پُر معنی لفظ ”شہوات“ ہے۔

جو کھانے کے لیے۔ جنسی اشتہا کے لیے بھی استعمال ہوتا ہے۔ شہوانیت کا وجود ایک نشہ ہوتا ہے۔ بُری عادت ہوتی ہے۔ ہر نشہ انسان کو خوار اور ذلیل کرتا ہے۔ خواہ کوئی نشہ ہو، کھانے کا۔ پینے کا، کرسی کا، برا ہوتا ہے۔ پیٹ بھرنے کے احساس کا سینٹر دماغ کے اندر ہوتا ہے۔ یہ (Satiety Centre) ہے یا مرکز الشبع۔ معدہ کی تھیلی زیادہ کھانے سے بڑی ہو جاتی ہے۔ زیادہ کھانا ایک بری عادت ہے اور بس۔ میرے خیال کے مطابق اس بری عادت کو دھوکا دیا جا سکتا ہے۔ اگر تفکیر اور ترکیب سے تدارک کیا جائے۔ دسترخوان پر بیٹھو۔ پہلے پانی پیو۔ پھر سلا دکھاؤ اور معدہ کو بہلاؤ۔ کھانے کے ساتھ کے لوازمات جن کو عربی میں مقبلات بھی کہتے ہیں، جیسے اچار، چٹنی، مخلات جیسے ترشی۔ مرہ اور یہ سب بھوک کو بڑھاتے ہیں۔ چٹ پٹے مصالحے ذائقہ کی Buds کو بہیز کرتے ہیں اور کھانے کی طلب بڑھاتے ہیں۔

مشرقی مملک، برصغیر اور مشرق الاوسط میں مردوں کی زندگی عموماً خارجی ہوتی ہے۔ کام، دفتر، مشغولیت، پھر تھکن کا احساس، جس کا ازالہ گھر آ کر لیٹنا، سونا یا پھر دوستوں کے ساتھ گپ شپ۔ تاش کی محفلیں یا اگر استطاعت ہو تو ہوٹل و سینما وغیرہ۔ اس طرح حرکت کر سکنے کے باوجود ذاتی ورزش کے لیے وقت نہیں نکال سکتے۔ حالانکہ صبح و شام و رات کو ملا کر 24 گھنٹہ ہوتے ہیں۔ اس میں سے صرف ایک گھنٹہ نکالا جا سکتا ہے اس خطہ میں انتہا پسندی زیادہ ہے۔ اعتدال نہیں ملتا۔ میاں بیوی یا تو اس قدر خود غرض ہوتے ہیں کہ ایک دوسرے کی پرواہ ہی نہیں ہوتی اور نہ ہی فیملی و بچوں کی پرواہ یا پھر اس قدر فانی ہوتے ہیں کہ اپنا ہی خیال نہیں رکھتے۔

مردوں کی جنسی مشکلیں کئی ہوتی ہیں:

1- Libido یا جنسی آسودگی۔ مسرت اور شہوت کی کمی۔

2- انزال کے وقت فعالیت میں خرابی۔

3- بڑھتی عمر کے ساتھ جنسی طلب و طاقت میں کمی۔

4- نفوطی نامردگی۔

5- پس خرام انزال۔

6- سرعت انزال۔

7- انزالی کمی

ذیابیطس مریضوں کی سب سے بڑی مشکل جنسی صحت ہے۔ اعضاءے ریئہ کی کمزوری، عضو تناسل کی سختی، جنسی انتساب یہ سب مردوں کی مشاکل ہیں اور جملہ خاص میں شرمندگی کا باعث بھی۔ وہ اس کے ذکر سے بھی ڈرتے ہیں۔ معالج پوچھے بھی تو مشکل سے بتاتے ہیں۔ اس لیے یہ وثوق سے نہیں کہا جاسکتا کہ مردوں میں ذیابیطس کے سبب مردانہ کمزوری ہے۔

نفوطی، نفوط، خیزش یا ایستادہ نسج کی خیزش یا سادہ الفاظ میں کامیاب مردانگی کی حالت۔ اس کا تعلق عمر سے زیادہ ہے۔ پچاس ساٹھ سالہ عمر سے شروع ہوتی ہے اور یہ سبب بھی ہو سکتا ہے ذیابیطس اسی عمر میں شروع ہوتی ہے اور شاید اسی لیے ذیابیطس مورد الزام ہے کہ اس میں مردانہ کمزوری زیادہ ہے۔ میرے اپنے تجربہ میں یہ بات آتی ہے کہ علاقائی تعلق بھی ہے۔ کیونکہ بنگلہ دیش۔ انڈونیشیا۔ فلپائن کے لوگ جو زیادہ تر ذیابیطس کا شکار نہیں ہوتے ان میں شکایت عام ہے۔ شاید اس کا تعلق ماحول اور غذائیت سے ہو۔ یہ بات ضرور ہے کہ جن مردوں میں ذیابیطس ہو ان میں عام مردوں کی نسبت مردانہ کمزوری دس پندرہ سال پہلے ہی شروع ہو جاتی ہے۔ کچھ ایسے بھی مریض میرے پاس آتے ہیں جن کو تیس چالیس کی عمر میں یہ شکایت ہو جاتی ہے۔ کچھ یہ بھی کہتے ہیں ہمیشہ ہم کو پتہ چل جاتا ہے۔ کمزوری ہو تو یقیناً شوگر زیادہ ہوتی ہے اور ہماری جنسی طاقت صفر پر ہوتی ہے۔ ذیابیطس %50-60 لوگوں میں یہ شکایت عام ہے۔ عضو تناسل میں ایستادگی نہیں ہوتی اور یہ کئی قسموں کی ہوتی ہے۔ نامردگی کئی منازل میں ہو سکتی ہے۔ کبھی کبھی جزوقتی کبھی مستقل کھلم طور پر مشکل سے ہوتی ہے۔ مگر پھر یہ سوال اٹھتا ہے کہ نامردگی کیا ہے؟ کیا مکمل طور پر نامردگی۔ یا کبھی کبھی یا مختلف اوقات میں ایستادگی و سختی نادر آئی ہو۔

کبھی کبھی ایستادگی و سختی وظیفہ زور جیت کی انتہا تک قائم رہے۔ یہ بات ماننے کہ اگر عضو تناسل کبھی کبھی سختی برقرار رکھنے میں کامیاب ہوتا ہے تو یقیناً جانے آپ نامرد نہیں ہیں۔ اگر جنسی خواہش میں کمی ہے یا کبھی کبھی سرعت انزال کی شکایت ہو تو آپ اپنے رفیق کار سے پہلے فارغ ہو جاتے ہیں اور ساتھی ابھی اوہے راستے میں ہی ہو اور جنسی تشنگی باقی رہ جائے تو واقعی مشکل ہوتی ہے۔ بدمزگی اور چڑچڑاپن پیدا ہوتا ہے مکمل نامردگی میں بھی ایسے ہوتا ہے۔

عضو تناسل میں جسمانی ایستادگی یا انتسابی نقص وغیرہ نفسیاتی بھی ہو سکتا ہے۔ زیادہ تر سبب ذیابیطس مردوں میں خون کی تالیوں یا اعصابی پیچیدگی کے سبب سے ہوتا ہے اور یہ سبب جسمانی ہے۔ اگر مریض کو ذیابیطس اعصابی سوزش یا اورم ہے یا ذیابیطس کے سبب سے دوران خون اور نظام قلب کا مرض ہے۔ تو یہ مریض کے لیے خطرہ اور رسک کی علامت ہے۔ مریض کو

جنسی کمزوری کے علاج سے پہلے دل اور دوران خون کے نقص کا علاج کرانا چاہئے اور اعصابی پیچیدگی کا بھی اور سب سے ضروری علاج گلوکوز کے کنٹرول کا مسئلہ ہے۔ مریض کو چاہئے کہ حتی المقدور گلوکوز کی خون میں مقدار نارمل ہو اور یہ کنٹرول اگر نارمل سے قریب یعنی 130 ملی گرام کے قریب رہتا ہے تو آپ اعصابی خسارے یا باالفاظ دیگر اعصاب کو مجروح ہونے سے بچا سکتے ہیں۔ سگریٹ اور نشہ آور ادویات کو بالکل ترک کر دیں۔ بلڈ پریشر کو کنٹرول میں رکھیں۔ یہ تشخیص کرنا کہ عضو کی ایستادگی کی مشکل کس کس سبب سے ہے، ذرا مشکل ہے۔ جنسی تعلقات انتہائی لطیف۔ حساس، نازک و اختلاط کا اعلیٰ وارفع حادثہ ہیں اور نکار کے لیے ضروری۔ وحشی درندگی جو پچھلے پچاس پچیس سالوں میں برصغیر میں دیکھی گئی (ممبئی، احمد آباد، بہار، مشرقی پنجاب) وہ جنسی تلذذ سے ذورفظ درندگی ہے جو خنزیر وغیرہ میں نظر آتی ہے۔ وظیفہ زوجیت میں کارفرما دماغی جسمانی تخلیقی عوامل شامل ہوتے ہیں۔ ان کی تشخیص پر وقت لگتا ہے۔ تخیل میں آرزو جاگتی ہے چہرہ، خطوط، قوس، زاویے، چشم جادوگر، کسی رفیق وحبیب کی شکل اجاگر ہوتی ہے جو سوچ و احساس سے شروع ہوتی ہے۔ دماغ اعصابی برقی نظام کے تحت نیچے عضو تناسل کو آگہی دیتا ہے۔ عضو کی نسج جو اسٹیمی مزاج کی ہوتی ہے، پھیلنا شروع ہوتی ہے اور اس خلا میں خون بھرنا شروع ہوتا ہے جس کے سبب تناسلی قد بڑھنا شروع ہوتا ہے اور سختی و ایستادگی اپنے عروج پر پہنچ جاتی ہے۔ تب کہیں گوہر مقصود کا حصول ہوتا ہے اور اس کے لیے ٹیسٹی دیرون (Testiv) ہامون کی ضرورت ہوتی ہے کہ خواہش بیدار ہو ایستادگی کا حصول اور جنسی وظیفہ کی تکمیل ہو۔

دراصل اس مردانگی اور نامردگی کے متعلق اس قدر خرافات بھری ہوتی ہے روزانہ کے اردو اخبارات۔ جرائد میں جو اعلانات شائع ہوتے ہیں۔ مردوں کے لیے خوشخبریاں۔ اس کے پڑھنے سے بہتوں کا بھلا ہوگا۔ فائدہ پانے والوں کی تصویریں اور حلفی بیانات اور سب سے بڑھ کر 80% آبادی کا 30% آبادی میں 100% جہل اور بے جا شرم۔ ان سب عوامل نے مل کر ایک عجیب ماحول پیدا کر دیا ہے۔ جس سے خواہ مخواہ کا خوف، نفسیاتی الجھن اور پریشانی۔ اپنی کسی بد اعمالی کے سبب احساس جرم۔ جنسی وظیفہ سے خوف یا عملی ناکامی کا خوف اور مرد کی اتنا اور مردانگی کے داؤ پر لگے ہونے کا احساس۔ یہ سب اچھے بھلے ذیوڑھے (1-1/2) مرد کو نامرد بنانے کے لیے کافی ہے۔ اگر آپ کو طیب یہ سمجھانے کی کوشش کرے اور آنے والی پیچیدگیوں سے خبردار کرے کہ شوگر کنٹرول کر دو روز نتائج اس طرح کے ہو سکتے

ہیں وغیرہ وغیرہ۔ یہ تو طبیب کی مجرد کوشش ہوتی ہے۔ کبھی کبھی سمجھانے سے معاملہ بگڑ بھی جاتا ہے۔ مریض یہ باور کر لینا ہے کہ اس کو چونکہ ذیابیطس ہے اس لیے لازمی نامردگی ہوگی۔ یہ خوف اور غلط یقین جنسی ناکامی کا سبب بن سکتا ہے۔ کبھی کبھی ایسا ہوتا ہے کہ شخص پر متھکن غالب ہے تو یہ ایک مرتبہ کی ناکامی دماغ میں ایک شک۔ خوف، فحالت کا شعور پیدا کر دیتی ہے اور سب کچھ نارمل ہوتے ہوئے بھی نفسیاتی نامردگی کا سبب بن جاتے ہیں۔ مگر یہ یاد رکھئے اور باور کیجئے کہ یہ سب نفسیاتی مشکل ہے اور ابھی تک آپ کا دماغ، دل، دوران خون، اعصاب کام کر رہے ہیں۔ نقص جسمانی نہیں نفسیاتی ہے۔ رات کو اگر مریض سو رہا ہوتا ہے تو اکثر عالم خواب کے تحت انسان کو عضو تناسل ایستادہ حالت میں ملتا ہے اور وہ شخص آنکھ کھلنے پر ایسی حالت میں پاتا ہے تو وہ یقیناً مریض نہیں۔ چاہئے یہ کہ کسی پڑھے لکھے ڈاکٹر سے رجوع کریں اور ساری کیفیت بیان کریں، وہ آپ کو قائل کر سکتا ہے اور آپ کی مدد کر سکتا ہے۔ جاہل لوگوں کی باتوں، شیم حکیموں، اشتہاری اعلانات سے بچئے کہ ان کا کام ہی لوگوں کی کمزوریوں سے فائدہ اٹھانا ہے۔

نفسیاتی نامردگی فوراً نازل ہوتی ہے۔ مگر عضوی و جسمانی نامردگی آہستہ آہستہ آتی ہے اور روز افزوں بڑھتی ہے۔ ایستادگی کا فعلیاتی نقص (Physiological Erektion Defect) اس میں عضو میں نرمی ہوتی ہے (مباشرت کے دوران) یا جب انسان سو کر اٹھتا ہے۔

وقت گزرنے کے ساتھ کمزوری بڑھتی ہے۔ مباشرت کے مرحلہ میں سختی اپنا وظیفہ نبھا نہیں سکتی اور اس لیے جنسی تلذذ کی تنگی باقی رہتی ہے اور ساتھی بھی نصف سفر میں تشنہ رہ جاتا ہے۔ اپنی جنسی جسمانی صحت جاننے کے لیے سوتے ہیں جو ایستادگی ہوتی ہے اس کے ملاحظہ سے صحیح اندازہ لگایا جاسکتا ہے۔ کیونکہ نیند میں کوئی دباؤ۔ اعصابی تناؤ اور نہ ہی کوئی خارجی اور داخلی نفسیاتی دباؤ ہوتا ہے۔ اسی طرح عضو تناسل اپنی اصلی حالت میں ملے گا۔ مغربی ممالک میں تو تنویری ختمرات ہوتے ہیں اور ایسے آلات بھی جو نیند کی حالت میں عضو کی ایستادگی، تناؤ و سختی کی کیفیت کو ریکارڈ کر لیتے ہیں۔ جیسے ECG-EEG یا مائیو گرام۔

ذیابیطس جانی آثار کچھ ایسے بھی ہیں جو براہ راست اپنا اثر دکھاتے ہیں۔ اگر عضو تناسل میں خون کا بہاؤ پورا اور صحیح نہ ہو تو پھر ایستادگی ممکن نہیں ہے۔ اس کے لیے بھی الٹرا ساؤنڈ سے معائنہ کیا جاسکتا ہے اور دوران خون کی داخلی حالت معلوم ہو سکتی ہے اور صوتی موجیں شراکین اور وہ میں بہتے ہوئے خون گار ریکارڈ کر لیتی ہیں۔ یوں بھی ہو سکتا ہے کہ کچھ ادویات قضیب یا

تناسل میں انجکٹ کی چاکستی ہیں اور اگر خون کا بہاؤ ٹھیک ہے تو خون عضو کو بھر دیتا ہے اور ایستادگی حاصل ہو سکتی ہے اور یہ پتہ چل جاتا ہے کہ خون کے بہاؤ میں رکاوٹ نہیں ہے۔ اگر ایستادگی حاصل نہ ہو تو نتیجہ۔ خون کا بہاؤ ناقص ہے۔ کبھی کبھی اعصاب بھی اس جرم میں شریک ہوتے ہیں۔ وہ اعصاب جو عضو تناسل کو لاسکی یا سکی اشارہ ارسال کرتی ہیں ان میں اگر نقص ہو تو ایستادگی میں فرق پڑتا ہے اور اس کے لیے آپ کو ماہر امراض تناسلیہ و مسالک البولیہ کو کونسلٹ کرنا چاہئے۔ کیونکہ ایسی کمزوری ٹیسٹیورون کی کمی سے بھی ہو سکتی ہے اور پھر یہ مشکل ذیابیطس کے سبب سے نہیں ہوتی۔ کبھی کبھی دوائیں بھی یہ کمزوری پیدا کرتی ہیں۔ اس لیے جنسی بھی دوائیں آپ استعمال کر رہے ہیں وہ ڈاکٹر کو ضرور دکھائیں۔ وہ دوائیں جو بلڈ پریشر پریشانی و فکر۔ اکتیبا نفسی یا ڈیپریس یا معدہ کے السر کے لیے استعمال ہوتی ہیں ان کے جانبی آثار بھی یہ تکلیف پیدا کرتے ہیں۔ گھٹیا دیسی کشید کی شراب اور ولاتی اسپرٹ بھی ایسا کر سکتی ہے اور شراب کے لیے تو قولی فعل ہے کہ شراب کا نشہ خواہش کا اضافہ کرتا ہے مگر عمل سے محروم کر دیتا ہے اور شراب کی تاثر ایستادگی کو کم کرتی ہے۔

نارل فزیکل نقطہ نظر سے بلوغت یا تو عنفوان شباب سے جنسی خواہش جاگنی شروع ہوتی ہے۔ کیونکہ جنسی ہارمونات بننا شروع ہوتے ہیں حتیٰ کہ مرد شباب کی دہلیز سے گذر کر جوان ہو جاتا ہے اور عجیب عجیب خواب در آتے ہیں۔ کچھ لوگوں میں شہوت کی زیادتی تسکین جنس کا ذریعہ ہے۔ جنسی خواہش یا شہوت کا انحصار مختلف لوگوں میں متعدد اسباب کے سبب سے ہوتا ہے۔ شہوت یا جنسی خواہش کی کوئی ایسا بڑا مسئلہ نہیں ہے۔ ڈاکٹر کو چاہئے کہ وہ مریض کو سہارا دے اور اس مرحلہ سے گزرنے میں مدد دے۔ کچھ امراض غدود الصماء کے ایسے ہیں جن میں غدود کی فعالیت کم ہو جاتی ہے جیسے کلائن فیلٹر سنڈروم جس میں جنسی جدائیت کی کمی ہو جاتی ہے یا اس کے برعکس غدود صماد کی زیادتی جیسے برگردہ غدود کے سبب کشتک سنڈروم یا پھر فسل کلاری یا گردوں کے ٹیل ہونے کا عمل یا پھیپھڑوں کی وہ بیماریاں جن میں سانس کی نالیاں تنگ ہوتی ہیں (C.O.P.D)۔

1- انزالی فعالیت کا نقص۔ یہ سن یا س کی بحرانی حالت ہوتی ہے اور جنسی مسرت کی کمی محسوس ہوتی ہے۔

2- مردوں کی ڈھلتی عمر جنسائی سن یا س سے مشابہ ہے۔ چالیس کی عمر سے زیادہ میں زندگی کا خط منحنی نیچے کھسکتا ہے اور زندگی عمر رفتہ کو آواز دینی شروع کرتی ہے۔ سر میں چکر، پسینہ

کی زیادتی، ہاتھ پاؤں سن ہوتے ہیں اور دوسری اسی قسم کی کمزوریاں شروع ہو جاتی ہیں۔ ڈاکٹر سے مشورہ کریں تاکہ ذیابیطس اور دل کی بیماری کا فرق معلوم ہو سکے۔ مردوں کی ذہنی عمر میں ایسی تکلیفیں عام طور پر ہو جاتی ہیں۔ اس لیے گھبرانے کی ضرورت نہیں ہے۔ بڑھتی عمر کے ساتھ ساتھ جسمانی اعضاء ڈھیلے پڑ جاتے ہیں اور کمزوری بھی محسوس ہوتی ہے۔ جنسی عمل بھی ہلکا ہو جاتا ہے۔ مزاج میں بوریٹ شامل ہو جاتی ہے اور اپنے ساتھی سے تسکین نہیں ملتی۔ اس لیے میں نے دیکھا کہ اکثر بوڑھے ذہنی عمر میں جوان و خوبصورت لڑکیاں تلاش کرتے ہیں اور ان سے شادی رچا لیتے ہیں۔ ایسے مرحلہ پر لوگ کبھی کبھی بہک جاتے ہیں۔ دوسری عورتوں میں دلچسپی لیتے ہیں اور سکون کی تلاش گھر سے باہر کرتے ہیں۔ چھپ کر شادی وغیرہ سب کچھ ممکن ہے۔ یہ فارمولہ 100% نہیں ہے انسانوں کی قسمیں ہوتی ہیں۔

3- بچہ پیدا کرنے کی صلاحیت یا زرخیزیت یا جفتہ سازی کی صلاحیت: غدودالصماء کی رطوبتوں کے نقص کی وجہ سے ہوتا ہے۔ ذیابیطسی مریضوں میں یہ نقص پس خرام انزالی کیفیت کا نام ہے (Retrograde Eraction) جس کے سبب انزال کے وقت منی یا اسپرم بجائے باہر آنے کے مشانہ میں چلا جاتا ہے۔ رحم میں نہیں جاتا اور اس طرح حمل پذیر نہیں ہوتا۔ (4,5,6) انزال قبل از وقت بے حد عام حالت ہے اور عضو تناسل کی رخاوت اور نرمی ذیابیطسی مریضوں میں زیادہ ہے اور یہ عام ہے اور نوجوانوں میں زیادہ ہے اور وبائی شکل میں ہوتی ہے۔ یہ حالت ذیابیطسی وغیرہ یا بییطسی ہے اور بڑی عمر کے مردوں میں ہوتی ہے جن کا انزال رک جاتا ہے۔

سلیم اور صحیح جنسی تکمیل کے لیے دماغ۔ حرام مغز اور خون کی سپلائی سب نارمل ہونی چاہئیں۔ ر بڑھ کی ہڈی کے بالکل نچلے حصہ یعنی سیکرم (چوڑی کی ہڈی) سے جو اعصاب نکلتے ہیں وہ ایک جال کی شکل یا شبکہ کی طرح ہوتے ہیں اور سیکرل شبکہ کہلاتے ہیں اور یہ جنسی لذاتی تکمیل کے لیے حد ضروری اور اہم ہیں۔ یہ اعصاب جنسی تحریک شروع کرتے ہیں۔ اس کو قائم رکھتے ہیں اور کامیابی کے مرحلہ تک پہنچاتے ہیں۔ مرکز نفوظ (تاسلی سچ کی ایستادگی) دماغ۔ حرام مغز یعنی نغاعی یا شوکی جسم میں ہوتا ہے۔ اعصابی فعالیت کے تجارب نے ثابت کیا ہے کہ جنسی فعالیت اور کامیاب مباشرت میں تین چیزیں شریک ہوتی ہیں۔

- 1- جنسی اضطراری عمل کا محرک جو کہ دماغ میں ہے۔
- 2- لمسی لذت کا خارجی عمل۔
- 3- بطنی (داخلی محرک)۔ یہ سارے محرک جنسی فعالیت کے لیے ضروری ہیں۔ سب

سے ضروری عمود الفقری یار بڑھ کی ہڈی کا وسطی لبر حصہ ہے جس میں شارکی اعصاب جو خود کار یا آٹومیٹک نظام کا حصہ ہیں اور ساتھ ہی سیکرم 2 سے 4 فقرات۔ جو سب سے نیچے کی ہڈی ہے اس میں خورکار نرشارکی نظام موجود ہوتا ہے (Parasympathetic) جو کہ سیکرم کی ہڈی سے نکلتی ہے۔ شریان پوڈنڈل کا فعال اور کھلا ہونا بھی بے حد ضروری ہے۔ جو عضو تناسل کی تسبیح کو بھرتی ہے اور عضو کو سختی و استحکام بخشتی ہے۔ یہ ساری وحدت یا یونٹ شارکی، نرشارکی عصب اور شریان سب مل کر جنسی فعالیت کو بڑھاتے ہیں۔ لذت کی حس کو بڑھاتے ہیں اور عملی کامیابی کو پایہ تکمیل تک پہنچاتے ہیں۔ ایسا ہوتا ہے کہ نرشارکی خود کار اعصاب خون کو لا کر عضو تناسل کو بھرتے ہیں اور سختی بخشتے ہیں اور غیر ارادی خود کار عضلات یا پٹھے دھاری دار عضلات ہوتے ہیں اور ان کا کنٹرول شارکی خود کار نظام اعصاب سے ہوتا ہے۔ یہ خیال کیا جاتا ہے کہ والو قسم کا کھلنے بند ہونے کا کام خود کار عضلات کرتے ہیں اور عضو کی سختی برقرار رکھتے ہیں۔ اس مرحلے کے لیے اعصاب کا صحت مند ہونا ضروری ہے۔ انزال کے وقت خود کار پٹھے اپنے پھیلنے اور سکڑنے کے عمل سے منی کے جڑوٹہ کو آگے بڑھاتے ہیں۔ اس کے ساتھ غدود پر وٹیسٹ کی رطوبت (یعنی قد امیہ جو صرف مردوں کی پیشاب کی تالی سے دراز ہوتا ہے) اور بیج منی کے آگے بڑھاتی ہے۔ اب عجاں سیون (خصیہ اور مقصد کے درمیان کا حصہ کے پٹھے بھی حرکت میں آتے ہیں۔ یہ شارکی حرکت سے کام کرتے ہیں اور عام حالات میں مشانہ کی گردن کو بند کرتے ہیں اور انزال کو کامیاب بناتے ہیں۔ عورتوں میں خون کی نالیوں کا پھیلاؤ اور اندام نہانی کی تری نرشارکی نظام کے تحت ہے۔

ذیابیطسی مردوں میں نامردگی کے اسباب مندرجہ ذیل ہو سکتے ہیں

- 1- نفسیاتی مشکلات۔ (ا) خود کار نظام اعصاب کی مشاغل، شارکی اور نرشارکی
- 2- اعصابی بیماریاں۔ (ب) حرکی عضلات کے اعصاب میں خرابی
- 3- خورد بینی اور نظر آتے والی خون کی نالیوں میں خون کے بہاؤ میں نقص۔
- 4- ہارمونات کا نقص۔
- 5- ادویات کا بے جا استعمال۔
- 6- مکیلی یا مقامی تسبیح کی خرابی۔
- 7- طے جلے اسباب، اوپر درج ہوئے اسباب میں سے کوئی بھی ملا جلا۔

جہاں تک ذیابیطس مریضوں کی نامردگی کے شمار اور نسبت کا تعلق ہے تو یہ امر واضح ہے کہ ذیابیطس مریضوں کو 40 سے 50 فیصد مردانہ کمزوری کی شکایت ہوتی ہے اور ان کی عمر 50 سے اوپر تھی۔ جوزلین کلینک ہوسٹن کے مطابق 1974ء کی ایک اسٹڈی کے مطابق 175 مردوں پر بحث کے دوران یہ نتیجہ رہا کہ ان کی سٹوڈیوں کی مقدار نارمل تھی۔ 48% لوگوں کو جنسی کمزوری کی شکایت تھی۔ ان میں 8% لوگ نفسیاتی مریض تھے۔ 7% مہمل اشخاص تھے جن کی شوگر کنٹرول نہ تھی۔ 33% لوگوں میں ان دونوں میں سے کچھ نہ تھا۔ 52% کو کسی بھی کمزوری کا اعتراف نہ تھا۔ ذیابیطس اعصاب کی پیچیدگی زیادہ تھی۔ جو 30% تھی۔ 15% کے گردوں اور آنکھوں پر ذیابیطس اثر تھا۔

### مردانہ کمزوری کا علاج

عضو تناسل کی ایستادگی کی مشکل اکثر جسمانی سبب سے ہوتی ہے اور اس کے مختلف علاج ہیں اور آپ کا اپنا فیصلہ ہے جو بھی پسند کریں۔ اس کا انحصار آپ اور آپ کی نصف بہتر پر ہے۔

1- اگر مشکل نفسیاتی ہے تو علاج سے زیادہ یقین دہانی۔ اعتماد، شریک حیات کی حوصلہ افزائی سے دور ہو سکتی ہے۔ ہو سکتا ہے کہ آپ کو نفسیاتی معالج کے مشورہ کی ضرورت پڑے۔

2- انجکشن۔ Alpro-Tadil یہ انجکشن کی شکل میں ملتے ہیں اور براہ راست عضو تناسل میں لگائے جاتے ہیں۔ یہ تھیب کو خون سے بھر دیتے ہیں اس کا اثر آدھا گھنٹے سے لے کر ایک گھنٹہ تک رہتا ہے۔ جانبی اثر یہ ہے کہ اس کا اثر ضرورت سے زیادہ مدت تک رہتا ہے۔ اس طریقہ کار سے کبھی کبھی زخم بن جاتا ہے اور ایستادگی طویل ہوتی ہے۔ جس سے مرد کبھی کبھی اپنے آپ کو زیادہ طاقت ور اور جوان سمجھنے لگتا ہے۔ کبھی کبھی کثرت استعمال سے سنج میں سختی آ جاتی ہے اور عضو ٹیڑھا ہو جاتا ہے اور نصف بہتر کے لیے تکلیف کا سبب بنتا ہے۔ اس دوا کی جتنی یا تخمیلہ بھی ملتی ہے جس کو وظیفہ زوجیت سے قبل عضو کے منہ میں داخل کر دیتے ہیں (وظیفہ سے 5 یا 10 منٹ پہلے)

3- دل کی بیماری کا علاج دریافت کرنے کے سلسلے میں ایک دوا نے جادوئی اثر دکھایا اور مردوں کی زندگی میں نئی روشنی جگا دی۔ امریکہ یورپ کے کئی ادھیڑ عمر جوڑوں میں طلاقیں ہوئیں اور کچھ نے عیاشی و ہوس کا ذریعہ بنایا۔ فائزر کمپنی کی تو چاندی ہو گئی۔ شروع میں گولی

100 ڈالر کی بجلی۔ بلین ڈالر کا فائدہ ہوا۔ حصص کی قیمت آسمان کو جا گئی۔ یہ ”ویا گرا“ تھی۔ مشرق وسطیٰ اور مشرق میں بھی کم نہیں ہوا۔ تھلکہ مچ گیا۔ غلط استعمال سے کئی اموات واقع ہوئیں۔ سلڈ نیافل یا ویا گرا 50,25 اور 100 کی طاقت میں ملتی ہے۔ یہ گولیاں ہر شخص کو اس نہیں آتیں۔ صحیح استعمال کا طریقہ یہ ہے کہ خالی پیٹ کھانے سے دو گھنٹہ قبل اور مباشرت سے ایک گھنٹہ پہلے لینی چاہئے اور دوا کے استعمال سے پہلے دل، گردہ جگر اور جزل چیک اپ ہونا چاہئے تاکہ نقصان کا امکان نہ ہو۔ زیادہ جوانی اور زور دکھانے کی ضرورت نہیں ہے۔

4- اس علاج میں خلا یا ویکيوم پیدا کرنے والا پمپ لگا ہوتا ہے۔ جو ویکيوم پیدا کرتا ہے اور قضب کے اندر خون آنا شروع ہو جاتا ہے اور عضو متاثر بھر جاتا ہے اور اس طرح سختی پیدا کی جاسکتی ہے۔ مگر اس کے لیے نصف بہتر کا راضی ہونا بڑا ضروری ہے۔ ایستادگی کو تحریک دیتا ہے۔ ایستادگی کے بعد سلنڈر کو ہٹا دیا جاتا ہے اور سلنڈر کی بجائے ربز بینڈ باندھ دیا جاتا ہے جس سے خون کی واپسی نہیں ہوتی۔ مگر کبھی کبھی ربز باندھنے سے زخم ہو سکتا ہے۔ ایستادگی کا عمل آدھ گھنٹہ تک قائم رہتا ہے اور اس کے بعد ربز کو کھول دیا جاتا ہے۔

5- ٹیسٹویرون۔ یہ ہارمون مدتوں سے دستیاب ہیں۔ اگر ہارمون کی جسم میں کمی ہو تو ہر 4-6 ہفتہ کے بعد یہ ٹیکے لگوائے جاتے ہیں۔ مگر ڈاکٹر کا مشورہ بے حد ضروری ہے اور اس بات کا یقین ہونا چاہئے کہ کوئی خبیث مرض جیسے کینسر وغیرہ تو نہیں ہے۔ احتیاط اچھی چیز ہے۔

6- آج کل GNC (جنرل نیوٹریشن کمپنی) نے دسیوں دوائیں نکالی ہوئی ہیں۔ دعوے بڑے ہیں مگر اکثر میں ہارمونات ہیں اور اسٹریکٹینس یا پوہمیس وغیرہ۔ میں ذاتی طور سے پسند نہیں کرتا کہ ان دواؤں کے ساتھ نہ کوئی پمفلٹ۔ ریسرچ اور تجربہ لکھا ہوا نہیں ہوتا۔ ہاں UK کی ایک کمپنی نے دوا نکالی ہے جو ہومیو پیتھی سے تعلق رکھتی ہے اور اس پر خاصا کام ہوا ہے۔ نقصانات بھی نہیں ہے اور میں نے جب اپنے ذیابیطسی مریضوں پر استعمال کی تو بے حد افادہ ہوا حالانکہ اکثر میں گلوکوز کا کنٹرول نارمل نہیں تھا۔ مردوں کے لیے Vigorex Forte اور عورتوں کے لیے Vigorex Femme عورتیں ایک کپسول روزانہ اور مرد 2 گولی روزانہ۔

7- یہ طریقہ جراحی کا ہے۔ پمپ قسم کی کوئی چیز قضب کے اندر ڈالی جاتی ہے ہر وقت عضو متاثر کے اندر رہتی ہے۔ ماہر امراض تناسلیہ ہی آپریشن کے ذریعہ اس کو فٹ کر دیتے ہیں۔ انفکشن کا خطرہ رہتا ہے۔ اس کی گارنٹی نہیں ہے۔ کبھی کبھی نصب کیا ہوا آلہ نکال کر دوبارہ

نیا ڈالا جاتا ہے۔

8- ہر علاج اور غیر طبیعی طریقہ خطرہ سے خالی نہیں ہے۔ بعض جوڑے اپنی مرضی سے کس بھی طریقہ کو پسند نہیں کرتے اور ایک دوسرے کے قرب اور لمسی لذت سے ہی، گذرا کر لیتے ہیں اور باقی صناعتی طریقوں پر لعنت بھیجتے ہیں اگر طرفین کا متفق ہونا ضروری ہے۔ میں نے پہلے عرض کیا تھا کہ جنس ایک ایسی لطیف چیز ہے جو صحیح معنوں میں بے حد ارفع و اعلیٰ، بشریت کے نکاڑ کا طریقہ بھی ہے اور لذت کی معراج بھی۔



## ذیابیطس اور جنس (عورتوں میں)

زندگی کے مختلف ادوار میں انسان کو یہ فکر لاحق ہوتی ہے اور ذہن میں سوال بھی اٹھتا ہے ذیابیطس جنس پر کس طرح اور کیسے اثر انداز ہوتی ہے۔ مغرب میں تو خیر جنس جزو حیات ہے۔ جنسی موضوعات پر کھل کر گفتگو بھی کر لیتے ہیں اور اگر ضرورت ہو کسی معالج سے رجوع بھی کر لیتے ہیں، مشورہ بھی کرتے ہیں۔ مگر مشرقی ممالک میں اور خصوصاً برصغیر میں اس موضوع پر گفتگو عیب سمجھی جاتی ہے۔ بے شرمی میں شمار ہوتی ہے حالانکہ ان موضوعات پر اور پوشیدہ و پیچیدہ امراض کے علاج کے سلسلے میں اردو اخبارات بھرے پڑے ہوتے ہیں اور اس قدر ریکورڈس ہوتے ہیں کہ گھن آتی ہے۔ یہ معالج حضرات نہ تو تعلیم یافتہ ہوتے ہیں اور نہ ہی طب سے کوئی رشتہ۔ ہاں ایک بات ضرور ہے کہ وہ انسانی نفسیات اور بشری کمزوری کو خوب سمجھتے ہیں اور اس سے فائدہ اٹھاتے ہیں اور خوب روپیہ بنورتے ہیں۔ شرع میں شرم نہیں کرنی چاہئے۔ اپنی ازدواجی زندگی میں شرمندہ ہونے اور بے لطف ہونے سے بہتر ہے کہ انسان اپنے ماہر امراض معالج سے رجوع کرے اور آج کل تو ہر چوتھے شخص خواہ وہ مرد ہو یا عورت اس کو ذیابیطس یا تو ہے یا ہونے والی ہے۔ عورتوں میں جنسی مشکلیں۔ مردوں میں جنسی تعطل اور کمزوری اور دوسری مشکلیں ہوتی ہیں۔ ہونا تو یہ چاہئے کہ ذیابیطس کو سمجھا جائے۔ اس کے متعلق پڑھا جائے اور معالج کے مشورے پر عمل کیا جائے تاکہ ذیابیطس کی پیدا کردہ پیچیدگیاں سنبھالی جاسکیں اور مقابلہ کیا جاسکے۔

مردوں کی سب سے بڑی مشکل مردانہ کمزوری ہے۔ اپنی ذاتی کمزوریوں اور کمیوں کا سمجھ داری سے تدارک کرنا چاہئے۔ یہ مشکلیں ایسی نہیں ہیں کہ ان کا علاج نہیں ہے۔ ہاں یہ ضرور ہے کہ غلط لوگوں کے ہاتھوں میں پڑنے سے معاملہ بگڑ سکتا ہے۔ ہونا تو یہ چاہئے کہ مرد اور عورت یعنی خاوند بیوی اپنی ذاتی اور جنسی مشکلات کو حل کر لیں۔ ایک دوسرے کی مدد

کریں، مانع حمل ادویات سوچ سمجھ کر استعمال کریں اور حتیٰ الوسع جنسی تعلقات کو کامیاب بنائیں۔ یہ اللہ سبحان تعالیٰ کا نظام نکاثر ہے عیب نہیں۔ فقط جنسی بے راہ روی عیب ہوتی ہے۔ اپنی تسکین کے لیے دوسرا دورازہ کھنکھانا عیب ہوتا ہے۔ جن عورتوں کو ذیابیطس کی شکایت ہوتی ہے ان کی جنسی مسائل میں اندام نہانی میں داخلی رطوبت کی کمی، انتساب کے وقت درد، جنسی خواہش کی کمی، جنسی اختلاط کے وقت لذت کی کمی یا ناکامیابی وغیرہ شامل ہے۔ اگر خاوند اس مشکل کو سمجھے تو علاج ہے۔ دوسری بڑی مشکل عورتوں میں جنسی ہارمونات کے عدم توازن کے سبب ان کا اثر ماہواری شروع ہونے سے پہلے دوران اور بعد میں گلوکوز کنٹرول پر کافی زیادہ ہوتا ہے۔ جب سن یاس یا ماہواری کا سلسلہ اگر بند ہونے لگے تو مزید مشکلوں کا سامنا ہوتا ہے۔ حمل کی خواہش، اس کی کامیابی وابتداء۔ حمل کی تکمیل، بڑھتے ہوئے بچے کی روز افزوں ضروریات سب بے حد اہم انسانی ضرورتیں ہیں اور صحت مند و مسرت خاندان کے لیے ضروری جزو۔ نشاط جسم و روح تخلیق کے مقصد۔ نکاثر و تکمیل حیات کا ضروری فریضہ ہیں۔

ماہواری میں وہ عورتیں جن کو ذیابیطس قسم اول Type 1 ہو۔ وہ متعلم اور سمجھدار ہوں۔ غذائی تناسب بھی برقرار رکھتی ہوں۔ انسولین بھی قاعدہ سے لے رہی ہوں۔ ورزش بھی کرتی ہوں۔ فٹنس پروگرام میں بھی شریک ہوتی ہیں۔ ان سب کامیابیوں کے باوجود ایسا وقت ایک بار مہینہ میں آتا ہے جب سارا نظام درہم برہم ہو جاتا ہے۔ ان سے خون میں گلوکوز کی مقدار بڑھ بھی سکتی ہے اور یہ بھی ہو سکتا ہے کہ کم ہو جائے۔ ایسی حالت ماہواری شروع ہونے سے پہلے یا ماہواری کے دوران بھی ہو سکتی ہے۔ ایک امریکی سروے کے مطابق ذیابیطسی نوجوان عورتوں میں عام عورتوں (غیر ذیابیطسی) میں 27% گلوکوز کی مقدار بڑھی ہوئی تھی اور 12% عورتوں میں گلوکوز کی مقدار کم تھی۔ 45 سال سے کم عمر کی عورتوں کو ذیابیطسی کیتونی اجسام (D.K) کے سبب ہسپتال داخل کیا گیا تھا۔ ان عورتوں میں قریباً 50% ایسی تھیں جن میں ماہواری شروع تھی یا ہونے والی تھی۔ 70% عورتیں ایسی ہوتی ہیں جن میں گلوکوز کی مقدار کو کنٹرول کرنے میں مشکل درپیش ہوتی ہے۔ خصوصاً ایسی عورتیں جو سن یاس میں (مینوپاز) داخل ہو چکی ہوں کنٹرول مشکل ہو جاتا ہے۔

### جنسی ہارمونات اور انسولین کی مناعیت یا مزاحمت

جب سے بلوغت کی ابتداء ہوتی ہے اور جب تک جاری رہتی ہے حتیٰ کہ سن یاس کی ابتدا

ہو تو ہر ماہ نظام قدرت کے تحت نظام نکاش (جس سے تحت نسل بڑھتی ہے) اپنا اثر دکھاتا ہے اور بیضہ ریزی یا انڈے دینے کا عمل وجود میں آتا ہے۔ ہر ماہ بیضہ دانی (Ovary) سے ایک انڈا یا زیادہ (عموماً ایک) جھلی سے پھٹ کر نکلتا ہے اور اس کے ساتھ ہی 12 ویں سے 14 ویں دن تک ماہواری کا عمل جاری رہتا ہے۔ ماہواری کی ابتداء میں نسائی ہارمونائٹ ایسٹروجن اور پروجیسٹرون سب سے کم مقدار میں ہوتے ہیں۔ ایک اور ہارمون F.S.H (یہ بیضہ دانی میں بیضہ کو تحریک دیتا ہے) بیضہ دانی کے عمل کو تحریک دیتا ہے کہ وہ انڈا خارج کرے۔ یہ انڈا ماہواری کے دنوں کے وسط میں خارج ہوتا ہے۔ غدود صماء نخامیہ (Pituitary) سے ایک ہارمون یا رطوبت (L.H) بیضہ دانی میں کارپس لیوٹیم (Corpus Luteum) بنانے میں مدد کرتا ہے جو ایک زرد رنگ کا مادہ ہوتا ہے جو ہارمون ایسٹروجن اور پروجیسٹرون خارج کرتا ہے اور یہ آنے والے انڈے کے لیے استقبالیہ اور تشریف آوری کی تقریب کا انتظام کرتا ہے اور رحم کے اندر بستر سجانا شروع کرتا ہے۔ یعنی رحم مادہ کی اندرونی تہ موٹی ہونی شروع ہو جاتی ہے جس سے انڈا آکر جڑ جاتا ہے اور اگر انڈا اور مردانہ جراثیم (اسپرم) آپس میں نسل سکیں تو بیضہ دانی ایسٹروجن اور پروجیسٹرون نہیں بناتے۔ جب ایسٹروجن اور پروجیسٹرون کا ایک غائب ہو جائیں تو یہ علامت ہے اس امر کی کہ حضرت مہمان تشریف نہیں لارہے ہیں اور اس طرح مہمان کا بستر سمٹنا شروع ہو جاتا ہے اور نتیجتاً رحم کی اندرونی تہ جھڑنا یا الگ ہونا شروع ہو جاتی ہے اور ماہواری کا خون آنا شروع ہو جاتا ہے۔ یہ عمل چار پانچ دن جاری رہتا ہے اور دوبارہ حضرت مہمان کے کمرے کی درستی ہونا شروع ہو جاتی ہے۔

اس ساری حکایت خونچکاں کا مقصد یہ تھا کہ اگر ایسٹروجن اور پروجیسٹرون کی مقدار زیادہ ہو تو یہ گلوکوز کے کنٹرول پر قیامت توڑتے ہیں کیونکہ یہ ریگولیٹری ہارمون کی فعالیت ہے اور یہ شوگر کی مقدار پر اثر انداز ہوتے ہیں، لیکن یہ صرف بعض عورتوں میں ایسا ہوتا ہے۔ علماء کو ابھی مکمل علم نہیں کہ ایسا کیوں ہوتا ہے۔ مگر ایسا ہوتا ہے۔ ماہواری سے ایک ہفتہ پہلے Cells یا خلیا کی باہر کی سطح پر مستقبلین (Receptors) کی پروٹین موجود ہوتی ہے جو انسولین کے ساتھ جڑ کر انسولین کو اپنے خلیا یا نارگٹ یا ہدف تک لے جاتی ہے یا منزل مقصود تک پہنچاتی ہے اور یہ بندھی ہوئی انسولین خلیے کے اندر گلوکوز کو پہنچانے میں مدد کرتی ہے اور جب ایسٹروجن اور پروجیسٹرون کی تعداد یا مقدار بڑھی ہوئی ہو تو یہ خلیے کے اندر انسولین کی فعالیت پر اثر انداز ہوتی ہے اور نتیجہ یہ گلوکوز صحیح استعمال نہیں ہو پاتی اور خون کے اندر گلوکوز کی

مقدار بڑھ جاتی ہے۔ بعض تجارب یہ ظاہر کرتے ہیں کہ گلوکوز کی خون میں مقدار میں ماہواری سے پہلے اور دورانِ فرق نہیں پڑتا۔ کچھ لوگ P.M.S یعنی قبل از ماہواری سنڈروم کو موردِ الزام گردانتے ہیں۔ کچھ عورتوں میں مین ٹنچ، جسم میں پانی کا رک جانا، وزن کی زیادتی، مزاج کی برہمی، ڈپریشن، یاسیت، بھوک کی زیادتی، خصوصاً مرغن مصالحہ دار کھانوں کی طلب کا بڑھنا ان سب کا مجموعی اثر یہ ہوتا ہے کہ انسان زیادہ کھاتا ہے اور نتیجہ یہ کہ گلوکوز کی مقدار بڑھ جاتی ہے (ماہواری سے پہلے) اگر کسی محترمہ کو یہ شک ہو کہ اس کی گلوکوز کی مقدار ماہواری سے پہلے یا دوران میں بڑھ جاتی ہے تو لازم ہے کہ گلوکوز کی ہوم مانیٹرنگ کرے اور اگر ایسا نہیں ہو رہا ہے تو آج اور ابھی سے اپنی شوگر کی مقدار چیک کرنی چاہئے اور ایک ڈائری بنا کر اس میں اندراج کرنا چاہئے۔ یہ سٹ ماہواری سے پہلے اور دوران میں ہونے چاہئیں اور جب بھی انسان کو احساس ہو اس کو اپنی حفاظتی تدابیر کرنی چاہئے تاکہ بروقت تدارک ہو سکے۔ کیوں کہ تحفہ حیات سے گرفتار کوئی چیز نہیں ہے۔ آئندہ را احتیاط۔ اگر آپ کو یہ علم ہو جائے کہ آپ کی شوگر باقاعدگی سے ہر ماہ بڑھ جاتی ہے اور پھر ذاتی تدابیر لازمی ہیں۔ یہ شوگر کی زیادتی قبل از ماہواری سنڈروم (PMS) یا پھر انسولین کی نااہلی کے سبب سے ہیں۔ اگر آپ ماہواری سے قبل علامات بھی گلوکوز کی مقدار کے ساتھ ساتھ نوٹ کریں اور اندراج کریں تو بہتر ہوگا۔ جیسے مزاج کی کیفیت، وزن کی زیادتی، تھکن، پنڈلیوں میں درد، اٹھنٹھن اور کڑل وغیرہ۔ بھوک کی زیادتی، ورم، اگر تاریخ وار ماہواری کے دوران اور پہلے پورا مہینہ یہ سب معلومات نوٹ کی جائیں تو بہتر ہوگا کہ تشخیص میں آسانی ہو سکتی ہے اور معقول علاج بھی مل سکتا ہے۔ دوسری اہم بات یہ کہ اپنی ذات سے اخلاص اور نیک نیتی لازم ہے۔ ہر اندراج صحیح اور سچا ہونا چاہئے۔ اس کنٹرول کے لیے ضروری ہے کہ مندرجہ ذیل اقدامات کریں۔

- 1- کھانے پینے کے نظام کو خوب کنٹرول کریں۔ تھوڑا تھوڑا کھانا۔ نبی کی ہدایت پر چلیں۔ پیٹ نہ بھریں، معدہ کے تین حصہ کریں۔ ہوا، پانی اور کھانا، کھانے میں کالی مرچ، بڑی ٹھنڈی مرچ، تازہ لہسن، زیرہ پارسلے استعمال کریں۔
- 2- کھانا وقت مقررہ پر کھائیں۔ کم کھائیں، تاکہ شوگر کی نسبت ایک جیسی رہے۔
- 3- کیفین، کوک، چاکلیٹ، تہوہ بند کریں۔
- 4- ورزش کریں۔ اگر پہلے سے ورزش کر رہی ہوں تو اپنی ورزش بڑھادیں۔
- 5- نشویات کم کریں۔ تازہ سبزی، ہری سبزی، مولی، شلغم، کھیرا، سلری وغیرہ استعمال

- کریں۔ دھنیا، پودینہ کی سادہ چٹنی استعمال کریں۔ کچھ آپ اور مائیونیز نہ استعمال کریں۔
- 6- اگر انسولین کا استعمال کر رہی ہوں تو معالج سے مشورہ کریں اور انسولین کی ڈوز ٹھیک کریں کم یا بیش۔ اگر انسولین بڑھائیں تو بہت ہلکے اور کم اضافے کے بعد۔
- 7- صبح اٹھنے سے پہلے جسمانی درجہ حرارت نوٹ کریں جو 1/2 سے 1<sup>o</sup> تک کم ہو سکتا ہے اور جیسے ہی انڈی بیضہ دانی سے خارج ہوتا ہے تو درجہ حرارت 1/2 سے 1<sup>o</sup> تک زیادہ ہو جاتا ہے اور اس اندراج سے یہ بات معلوم ہو سکتی ہے کہ اگلی ماہواری کب ہوگی۔
- 8- شرم گاہ یا اندام نہانی کی کیفیت مختلف عورتوں میں مختلف ہوتی ہے جیسے جیسے انڈا خارج ہونے کا وقت قریب آتا ہے اندام نہانی کے اندر سے رطوبت بڑھتی ہے اور جب انڈا خارج ہوتا ہے تو لیسن دار سفید رطوبت خارج ہوتی ہے۔
- اکثر اوقات اس کے بالکل برعکس ہو جاتا ہے وہ ایسے کہ ماہواری کے دوران خون میں گلوکوز کم ہو جاتی ہے اور ایسی حالت میں آپ کو اپنی انسولین کی مقدار کچھ کم کرنی ہوگی۔ تھوڑی ورزش کم کرنی ہوگی اور کھانے میں نشویات بھی بڑھانے ہوں گے۔ اگر آپ انسولین کا استعمال کرتی ہیں تو ”کوشش اور غلطی“ کا اصول آزمانا ہوگا اور وہ اس طرح کہ اپنے آپ پر بھروسہ کرنا اور ہر دو حالتوں میں انسولین کے جرہ کو ایک یا دو یونٹ اوپر نیچے کرنے سے کام بن سکتا ہے۔ اگر آپ کی ماہواری منظم نہیں ہے تو اس بات کا خیال رکھنا ہوگا کہ انڈا کب خارج ہوتا ہے اور شوگر قابو نہیں آرہی ہے تو اس کو قابو میں لانے کے لیے سخت اقدامات کرنے ہوں گے۔ جس میں انسولین پمپ کا استعمال بھی شامل ہے۔ دراصل تجربہ، ٹریننگ، زندگی کے معاملات میں اخلاص اور کوشش سے علاج۔ دسائل کی کمی بیشی کچھ مشکلات پیدا کر سکتی ہے۔ مگر حوصلہ اور بہادری سے ہر مشکل پر قابو پایا جا سکتا ہے۔

## سن یا اس

اس عمر میں حیض کی بندش جو عموماً 40-45 یا 50 سال کی عمر میں واقع ہوتی ہے۔ یہ رفتہ رفتہ شروع ہوتی ہے۔ جسم میں جب ہارمونات (ایسٹروجن اور پروجیسٹرون کم ہونے لگتے ہیں تب یہ شروع ہوتا ہے)۔ ہوتا یوں ہے کہ جب بلوغت شروع ہوتی ہے تو یہ دونوں ہارمون بچے کی آمد آمد کے لیے سارا منظر اور پس منظر بدلتے ہیں اور رحم کے اندر تیاریاں شروع کرتے ہیں اور ایک طرح سے بچے کے استقبال کے لیے بستر بچھایا جاتا ہے اور جب حمل وجود میں نہیں

آتا تو بستر پلیٹ دیا جاتا ہے اور حیض شروع ہو کر رحم کے اندر سے خون کے ٹوٹھڑوں کی شکل میں خارج ہو جاتا ہے اور اس میں 4 یا 5 دن لگتے ہیں۔ بیضہ دانی سے انڈے کا اخراج اور ماہواری کبھی کبھی غیر منظم بھی ہو جاتی ہے۔ کچھ ماہ بیضہ ریزی (انڈا دینے کا عمل) ہوتی ہے اور ماہواری بھی آتی ہے اور کچھ ماہ ایسا بھی ہوتا ہے کہ نہیں بھی ہوتی ہے۔ 40-45 سال تک یہ عمل جاری رہ سکتا ہے۔ کچھ عورتیں ایسی بھی ہیں جو 50-60 سال کی عمر تک بیضہ ریزی کرتی ہیں۔ میں نے ایک ایسی پاکستانی خاتون کو دیکھا ہے کہ وہ 60 سے تجاوز کر چکی تھیں اور ان کے خاوند قریباً 70 سال کے تھے ان کے گھر اللہ نے لڑکا دیا جو ماشا اللہ آج بھی صحت مند ہے۔ تو یہ سب ممکن ہے۔ اوسطاً 50 کی عمر میں یاس کی ابتدا ہو سکتی ہے۔ بعض متعلم، سمجھدار عورتیں اپنی شوگر کو کنٹرول کرنا سیکھ لیتی ہیں۔ کھانے کی تنظیم، ورزش، گولیاں یا انسولین کے مناسب استعمال سے۔ مگر ایسا ہو سکتا ہے ان منظم کنٹرول والی عورتوں میں ماہواری سارا نظام درہم برہم کر دیتی ہے۔ تو ایسی حالت میں نئے سرے سے کنٹرول کے لیے جہد کرنی پڑتی ہے کہ شوگر بڑھنے نہ پائے۔ کچھ عورتوں میں (ہارمونات، ایسٹروجن اور پروجیسٹرون) جو شوگر کو بڑھاتے بھی ہیں اور ماہواری کا سبب بھی ہوتے ہیں ایسٹروجن اور پروجیسٹرون انسولین کی حساسیت و فعالیت کو کم کر دیتے ہیں۔ تو یہ ضروری ہے کہ ذیابیطس کی مریض عورتیں شوگر کنٹرول پر زیادہ توجہ دیں۔ کچھ عورتوں کو شکایت ہوتی ہے کہ ان کا وزن بڑھ رہا ہے۔ سن یاس کے ساتھ جسمانی سستی بھی شروع ہو جاتی ہے۔ لہذا کھانے سے چربی نکال دینی چاہئے۔ ورزش کرنی چاہئے۔ کم چربی والی چیزیں استعمال کریں۔ سب سے افضل ورزش صبح شام تیز چلنا ہے۔ یکا رنگ بیٹھیں بلکہ خود کو مشغول رکھیں۔

40-50 کی عمر کو پہنچنے کے بعد زندگی کی ضرورتیں اور حالات مختلف ہوتے ہیں۔ کیونکہ جسم میں پروجیسٹرون کم ہو جاتی ہے تو انسولین کی فعالیت بڑھ جاتی ہے اور اس کے ساتھ جب ایسٹروجن کم ہوتی ہے تو انسولین کی فعالیت بھی کم ہو جاتی ہے اور شوگر بڑھنے کا امکان ہوتا ہے جن اشخاص کو ذیابیطس ہو ان میں دل کے دورے کا امکان بڑھ جاتا ہے اور فالج کے حملہ کا رسک 4 گنا زیادہ ہو جاتا ہے۔ ایسٹروجن ایک ایسا ہارمون ہے جو دل کے دوروں سے محفوظ رکھتا ہے اور جیسے جیسے ایسٹروجن کم ہوتی جاتی ہے، رسک بڑھتا جاتا ہے۔ جن عورتوں کو ذیابیطس نہیں ہوتی ان عورتوں میں سن یاس یعنی حیض کی بندش کے بعد ہارٹ اٹیک کی نسبت مردوں جیسی ہو جاتی ہے۔ ذیابیطس عورتوں میں مردوں کی نسبت رسک ڈبل ہو جاتا ہے۔ یہ مسئلہ

تنازع فیہ ہے کہ ایسٹروجن کس طرح عورتوں میں دل کی بیماریوں سے حفاظت کرتی ہے۔ مگر یہ بات ثابت ہے کہ ایسٹروجن خون کا دوران بڑھاتی ہے دل اور دوسرے اعضا میں اور یہ بھی ملاحظہ میں آیا ہے کہ ایسٹروجن کے بغیر کولیسٹرول کی مقدار بڑھ جاتی ہے اور HDL چربی کی مقدار کم ہو جاتی ہے۔ اگر ذیابیطس کا کنٹرول صحیح نہ ہو تو مجموعی کولیسٹرول کی مقدار بڑھ جاتی ہے۔ اگر خون میں گلوکوز کی مقدار صحیح ہو اور کولیسٹرول کی مقدار بھی ٹھیک ہو تو توازن برقرار رہتا ہے۔ کھانے کی تنظیم یعنی کم کھانے اور معقول ورزش سے اچھا علاج ممکن ہے۔ اکثر عورتیں ہارمونات کے علاج سے فائدہ پاتی ہیں۔ ایسٹروجن کے استعمال سے ہڈیاں مضبوط اور توانا ہوتی ہیں۔ ایسٹروجن کی کمی سے ہڈیوں کے اندر سے معدنیات خارج ہو جاتی ہیں اور ہڈیاں کمزور ہو جاتی ہیں اور اس قدر کمزور ہو جاتی ہیں کہ ذرا سے حادثہ سے ہڈیاں ٹوٹ سکتی ہیں۔

### کالسیوم سے متوفر غذا

کالسیوم کی گولیاں اضافی طور پر اور وزن اٹھانے والی ورزش جیسے تیز تیز چلنا میں مدد کر سکتا ہے۔ ورنہ مرمرین ہڈیاں یا آسٹیوپورس کا مرض ہو جاتا ہے جس کا علاج دواؤں سے ہو سکتا ہے۔ کئی عورتوں میں ذیابیطس کے مرض میں شرم گاہ میں جراثیم کے سبب درم، لیکوریا وغیرہ یاس کی عمر میں زیادہ ہو جاتا ہے۔ جراثیم اور خمیر (Yeast) کے سبب انفکشن ہو جاتی ہے۔ یہ انفکشن سن یاس سے پہلے بھی ہو سکتی ہے جس سے اندام نہانی کے اندرونی استر میں جراثیم اور خمیر کے سبب احتکاک یا خارش ہو جاتی ہے۔ ان سب کا اساسی سبب گلوکوز کی زیادتی ہے۔ ماہواری کی بندش کے بعد رسک بڑھ جاتا ہے۔ کیونکہ ایسٹروجن اندام نہانی کے اندرونی استر کو غذائیت پہنچاتی ہے اور اس کو تریاگیلا رکھتی ہے۔ سن یاس کے بعد گلوکوز کی زیادتی کے سبب خمیر اور جراثیم پر کنٹرول زیادہ قائم نہیں رہتا۔ اس کو روکنے کے لیے:

1- شوگر کو کنٹرول میں رکھنا واجب ہے اور 24 گھنٹہ کے دوران خون میں گلوکوز کی مقدار 126 ملی گرام سے 130 تک رہنی چاہئے خواہ دن ہو یا رات۔

2- خوب اچھی طرح طہارت لازم ہے، غسل بھی محنت سے کرنا چاہئے تاکہ فضلہ کے جراثیم اندام نہانی میں داخل نہ ہوں۔

3- ہارمونات سے علاج لازمی ہے۔

4- کھانے سے چربی، گھی، مکھن گوشت کی چربی کو بے دخل کرنا لازمی ہے۔

کم چربی کا ذیابیطس استعمال کرنا چاہئے، وہی میں جو تخمیر ہوتا ہے وہ خمیر کے اجزاء کو قتل کر دیتا ہے۔ جنسی ہارمونات مفید ہیں۔ ایسٹروجن دل کی بیماریوں کے لیے مفید ہے۔ فالج کے امکانات بھی ختم ہوتے ہیں اور مریض میں ہڈیوں کی بیماری بھی ختم ہوتی ہے اور ساتھ میں اندام نہانی کی سوزش و لیس دار رطوبت بھی۔ مگر ساتھ ساتھ چھاتی اور رحم کے کینسر کا رسک بڑھ جاتا ہے۔ اگر ایسٹروجن اور پروجیسٹرون ساتھ ساتھ دیئے جائیں اور دونوں کی مقدار مناسب ہو تو رحم اور چھاتی کے کینسر کا رسک کم ہو جاتا ہے۔ کئی علماء نے اس مسئلہ پر تحقیق کی ہے کہ عمر یا س کے ایام میں دل کے سبب سے شرح اموات بڑھ جاتی ہے بہ نسبت ان عورتوں کے جن کو ہارمونات سے علاج دیا جاتا ہے۔ ابھی بحث اور ریسرچ جاری ہے۔ دراصل ہونا اس طرح چاہئے کہ عورتوں کو جب بھی ماہواری آنا بند ہو اور پہلی بار چہرہ پر گرم سرخی آنا (Hot Flashes) شروع ہوں فوراً اپنے معالج سے رجوع کریں اور مدد لیں۔ ہارمونز سے علاج تو ساری عمر کا ہے۔ کئی قسم کے علاجات آج کل بازار میں ملتے ہیں۔ کوئی بھی علاج مناسب آسکتا ہے۔ ہونا یہ چاہئے کہ ایسٹروجن روزانہ اور پروجیسٹرون ہر ماہ کے آخری دس سے چودہ دن استعمال ہونی چاہئے۔ پروجیسٹرون رحم اور رحم کے اندرونی استر کے کینسر سے بچاتی ہے کچھ علاجات ایسے بھی ہیں جن میں ایسٹروجن کے ساتھ پروجیسٹرون کی مقدار کم ہوتی ہے اور کچھ علاجات میں ان دونوں ہارمونات کے علاوہ تھوڑی مقدار ٹیسٹوسٹیرون کی بھی شامل ہوتی ہے جس سے ہڈیاں مضبوط اور جنسی طلب بڑھتی ہے۔

کچھ عورتوں میں ایسٹروجن اور پروجیسٹرون کے استعمال سے وقفہ وقفہ سے حیض کی شکایت ہوتی ہے حالانکہ ماہواری مکمل طور پر بند ہو چکی ہوتی ہے۔ کبھی کبھی جب علاج شروع کیا جاتا ہے۔ تب حیض آتا ہے اور اس کے بعد علاج کے مکمل ہونے تک ایسا نہیں ہوتا۔ ایسٹروجن اور پروجیسٹرون کینسر سے حفاظت کرتے ہیں اور تجارب نے یہ ثابت کر دیا ہے کہ ایسٹروجن کے استعمال سے انسولین کی حساسیت اور فعالیت بڑھ جاتی ہے۔ پروجیسٹرون کا اثر الٹا ہوتا ہے اور اگر خون میں گلوکوز کا کثرت باقاعدگی سے کیا جائے تو علاج آسانی سے کیا جاسکتا ہے۔ اب یہ آپ پر منحصر ہے کہ اپنی زندگی کو کس طور گزارتے ہیں۔ اگر کسی مریضہ کے خاندان میں چھاتی کے کینسر کا مریض ہے یا رحم میں جمیدی ورم (غیر خفیر) ہے یا چھاتی میں فابروسیٹک ورم ہے تو ان ہارمونات سے رسک بڑھ جاتا ہے۔ ایسی حالت میں یہ دوائیں استعمال نہیں کرنی چاہئیں۔ اگر کسی کے خاندان میں دل کی بیماری ہے یا ہڈیوں کے نصلب العظام یا آسٹیوپوروسس

کی بیماری ہے تو ہارمون سے علاج لازمی ہے اور ماہر امراض خواتین سے رجوع لازمی ہے۔

## مینوپاؤز یعنی ماہواری کی بندش یا سن یاس

یہ قدرت کا نارمل و طبعی فعل ہے۔ ایک ذیابیطیسی مریضہ ہونے کی صفت کے باوصف عورت ہونے اور نصف بہتر ہونے کے ناطے آپ کو پورا پورا حق حاصل ہے کہ آپ بھی اپنے شوہر کی طرح پوری طرح لطف اندوز ہوں۔ زندگی رب العزت کا عطا کردہ تحفہ ہے اس کو صحیح طور پر بالغ نظری کے ساتھ گزاریں۔ کوئی انسان خود کسی مرض میں مبتلا نہیں ہوتا۔ "الاما کتب اللہ" اور امر ربی کے سامنے بشر معذور اور مجبور ہے۔ ذیابیطیسی عورتوں میں عام عورتوں کی نسبت کئی چیزیں داؤ پر لگی ہوتی ہیں۔ اس لیے ضروری ہے کہ آپ اپنے معالج سے رجوع باقاعدگی سے کریں۔ ہر مشکل پر گفتگو کریں کہ انسان یا کوئی بھی ذی روح دوسرے نہیں آتا۔ یہ آپ کا قدرتی حق ہے۔ کیونکہ صرف جنسی تلذذ آسودگی ہی نہیں ہوتی بلکہ سن یاس کے ساتھ شخصیت میں بھی تغیر آجاتا ہے۔ سستی، کاہلی، کام میں عدم دلچسپی۔ ڈپریشن بھی ہوتے ہیں اور ان سے زندگی عذاب بن سکتی ہے۔ انسان کو حق حاصل ہے کہ وہ نظام قدرت کے مطابق زندگی گزارے اور اپنی ضرورتوں کو پورا کرے۔ اگر آپ ہارمونات سے علاج لے رہی ہیں اور اس طرح اپنے ناقص ہارمونات کی کمی پوری کر رہی ہیں تو ذیابیطیسی مریضوں کو چاہئے کہ گلوکوز کے کنٹرول کے لیے متعدد بار خون شٹ کریں اور اگر کوئی خون کا شٹ نارمل نہ ہو تو واجب ہے بار بار شٹ کریں جب تک کنٹرول نارمل نہ ہو جائے HbA1C کا شٹ بے حد ضروری ہے۔ سال میں چار بار کرانا چاہئے۔ اسی طرح کولیسٹرول و دوسری قسم کی چربی کا بھی شٹ کرانا چاہئے۔ سالانہ آنکھوں کا معائنہ۔ گردوں کی فعالیت کے وظائف کا کامل پروفاؤل اور پیشاب میں مائیکرو الیومین پوریا کا شٹ۔ جب بھی آپ غسل کے لیے داخل ہوں تو ہر ہفتہ اپنی چھاتیوں کو ہتھیلی سے دبا کر محسوس کریں اور اگر کوئی سختی محسوس ہو تو فوراً میموگرام کرنا لازمی ہے۔ چھاتی کے کینسر کی تشخیص کے لیے یہ ضروری ہے۔ سالانہ نسائی اندرونی ملاحظہ اور Pap Smear تاکہ رحم، رحم کے اندر استر، رحم کی گردن (Cervix) اور شرم گاہ کے اندر کا علم ہو سکے۔

## برتھ کنٹرول

نیپلی پلاننگ، برتھ کنٹرول اور محفوظ جنسی اختلاط، جنسی مباشرت ہر شخص کے لیے ضروری

اور مفید ہے۔ کیونکہ گلوکوز کی زیادہ مقدار بچے کی نمو پر اثر کرتی ہے۔ اگر کوئی عورت حامل ہو اور گلوکوز کا کنٹرول صحیح نہ ہو تو رحم مادر میں پرورش پانے والا بچہ 25% رسک پر ہوتا ہے کہ پیدائشی نقص پیداؤں پر موجود ہوں۔ حمل کے شروع کے دنوں میں حمل ضائع بھی ہو سکتا ہے جس کا احتمال دگنا ہو جاتا ہے۔ اگر حمل کو پلان کے مطابق تکمیل کو پہنچایا جائے اور گلوکوز کا کنٹرول صحیح کیا جائے تو نارمل حمل اور ذیابیطس عورت کے حمل سے بالکل فرق نہیں ہوتا۔ گولیاں، کوائل (I.U.D) اور دوسرے طریقہ جیسے حاجز (رکاڈئیس) سمر دانہ اسپرم مارنے کی دوائیں، اسٹخ، کنڈوم (مردانہ) ان سب سے کسی حد تک ناچا ہے جانے والا حمل ردکا جا سکتا ہے۔ ایک کامیاب طریقہ تو قدرتی ہے کہ اس میں عورتوں کو علم ہو جاتا ہے کہ بیضہ دانی سے انڈا خارج ہونے والا ہے۔ اس ردم میٹھڈ سے حمل ردکا جا سکتا ہے کہ میاں بیوی ایک دوسرے کے قریب نہ آئیں۔ کیونکہ یہ ایام خاصے زرخیز ہوتے ہیں اور مباشرت سے حمل ٹھہر سکتا ہے۔ جن عورتوں کو ذیابیطس ہوتی ہے ان میں یہ طریقہ 100% کامیاب نہیں ہوتا۔ اگر کسی عورت کے پہلے سے بچے ہیں یا بیماری کے سبب یا ذیابیطس کی پیچیدگیوں کی وجہ سے اگر حمل مشکل ہے تو تنظیم Sterilization سب سے بہترین طریقہ ہے۔ ہاں اگر عورت کو دوبارہ حامل ہونے کی خواہش ہو تو پھر یہ ممکن نہیں ہے۔ حمل روکنے کے اور بھی کئی طریقے ہیں جن میں اگر ہارمونٹ کی مقدار یا نسبت کم دیش کی جائے تو کافی کامیاب ثابت ہوتے ہیں۔ ان میں گولیاں بھی ہیں۔ رحم کے اندر رکھنے والے آلات بھی ہیں جو مسلسل پروجیسٹرون خارج کرتے رہتے ہیں۔ مگر پر اہم یہ ہے کہ گلوکوز کی مقدار بڑھ جاتی ہے۔ کچھ ایسے ذرائع بھی ہیں جن میں ہارمونی دخل نہیں ہوتا اور اس طرح گلوکوز بڑھنے کا امکان نہیں ہوتا۔ حمل اس طرح بھی ٹالا جا سکتا ہے اگر مرد خود کوئی میکانیکی حاجز استعمال کرے اور اس طرح بھی کر سکتا ہے کہ مباشرت کے کلائمکس پر باہر انتہا کو پہنچے۔ اصول تو یہ ہے کہ دونوں شرکائے کار کو ایک دوسرے کی صحت کا خیال رکھنا چاہئے۔ اگر کسی شادی شدہ عورت کو ذیابیطس ہے تو اس کو فیملی پلاننگ کرنی چاہئے کیونکہ کثرت الولادہ سے صحت بھی بگڑتی ہے اور شوگر کا کنٹرول بھی اور جانی مضاعفات کا خطرہ ہوتا ہے جیسے آنکھیں، دل، گردے وغیرہ۔

### عقاقیر (گولیاں) مانع حمل

سب سے مقبول طریقہ حمل روکنے کا اقرص مانع حمل ہوتی ہیں۔ مگر ہر جسم اور ہر انسان

کی کیمیائی ترکیب مختلف ہوتی ہے۔ اس لیے جو گولیاں مناسب ہوں وہ ہی استعمال کرنی چاہئیں۔ عموماً تین قسم کی گولیاں ہوتی ہیں۔

1- Monophasic

2- Triphasic

3- پروجیسٹرون فقط

1- مانوفیزک۔ یہ اعدادی الصعود قسم ہوتی ہے جو پورا ماہ استعمال کی جاتی ہیں۔ اس میں ایسٹروجن اور پروجیسٹرون دونوں ہوتی ہیں۔

2- ٹرائی فیزک یا ثلاثی الصعود وہ گولیاں ہوتی ہیں جن کا عمل تین حصوں میں تقسیم ہوتا ہے۔ اس میں ایسٹروجن اور پروجیسٹرون کی مقدار ہر 7 دن کے بعد مختلف ہو جاتی ہے۔

3- تیسری قسم میں صرف پروجیسٹرون ہوتی ہے اور یہ قسم انجکشن کی شکل میں بھی ملتی ہے (Depot Provera) یہ کپسول کی شکل میں بھی ملتی ہے جو جلد کے نیچے Implant کی جاسکتی

ہیں اور رفتہ رفتہ ان سے ہارمون ریلیز ہوتا رہتا ہے۔ مگر ان سب سے بہتر ہوگا کہ گولیاں استعمال کی جائیں۔ کیونکہ یہ آپ کے بس میں ہوگا کہ جب آپ چاہیں گولیاں بند کر کے فیملی

پلاننگ کا پروگرام بدلا جاسکتا ہے۔ صرف پروجیسٹرون کی گولیاں خون میں گلوکوز کی مقدار بڑھاتی ہیں اور اگر ذیابیطسی علاج کے لیے انسولین استعمال کر رہی ہیں تو آپ کے جسم میں

انسولین کی ضد مدافعت یا Resistance پیدا ہو جاتی ہے۔ اگر آپ کو بڑی عمر کی ذیابیطس ہے تو آپ کو خارجی انسولین کے انجکشن کی ضرورت ہو سکتی ہے۔ اگر مختصر عرصہ یا صرف سال

کے لیے گولیاں استعمال کی جائیں تو اعدادی الصعود یا ثلاثی الصعود گولیاں استعمال کرنی مناسب ہیں۔ ابھی تک ریسرچرز اس نتیجہ پر نہیں پہنچ سکے کہ لمبے عرصہ استعمال سے کیا نقصان ہو سکتا

ہے۔ اگر عمر 30 سال سے اوپر ہو اور سگریٹ و تمباکو نوشی، دل کی بیماری، فالج، بلڈ پریشر اور خون کی نالیوں کی بیماری ہو تو گولیوں کا استعمال خطرناک ہو سکتا ہے۔ اگر کسی کو گولیوں کے

استعمال کے دوران بلڈ پریشر کی زیادتی ہو، تو پردہ چشم پر جریان خون اور گردوں کی بیماری کا رسک بڑھ جاتا ہے۔ اگر کوئی شخص تندرست ہو اور اس کو Type 1 یا Type 2 قسم کی

ذیابیطس ہو اور وہ انسولین استعمال کر رہا ہو تو کوئی وجہ نہیں کہ وہ مانع حمل گولیاں نہ استعمال کرے۔ اگر کوئی یہ محسوس کرے کہ ماہ کے استعمال کے دوران کچھ دن اس کی انسولین کی

حساسیت میں کمی پیش ہو جاتی ہے تو اس دوران اگر اعدادی الصعود گولیاں مؤثر کنٹرول میں مدد کر

سکتی ہیں۔ ثلاثی الصعود گولیوں چونکہ ہارمونات کی مقدار مختلف ہوتی ہے اس لئے انسولین کی مقدار کم یا زیادہ کرنے سے گلوکوز کنٹرول ہو جاتی ہے۔ مانع الحمل گولیاں انسولین کی حساسیت کو کم کر دیتی ہیں اس لیے ان بڑی عمر کی ذیابیطسی عورتوں میں جو ذیابیطس کے کنٹرول کے لیے گولیاں استعمال کرتی ہیں یا صرف اپنی شوگر کنٹرول کے لیے ورزش اور کھانے کی تنظیم استعمال کرتی ہیں ان کو کنٹرول میں دقت پیش آسکتی ہے۔ اگر عورتیں مانع حمل گولیاں استعمال کریں ہوں یا دوسرے ہارمونز استعمال کرتی ہوتی تو ان کو چاہئے کہ جب بھی گولیاں استعمال کریں تو ابتدا کے چند ماہ میں اپنی بلڈ شوگر اکثر اوقات ٹسٹ کرنی چاہئے۔ کیونکہ کنٹرول کے لیے ہو سکتا ہے انسولین کے جرعمہ کو بڑھانے کی ضرورت ہو۔ یہ سب معلومات، تغیر و تبدل، شوگر کی مقدار ہر تفصیل کا اندراج اپنی ڈائری میں ضرور کریں تاکہ آپ کا معالج آپ کی کیفیت کا صحیح اندازہ لگا سکے اور آپ کے لیے پروگرام بنا سکے۔ ہر تین ماہ کے بعد HbA1C۔ بلڈ پریشر، کولیسٹرول، چربی (TG) ضرور چیک کرانی چاہئے۔ ڈاکٹر سے مسلسل رابطہ رکھیں۔

رحم میں رکھے والی ٹی (T) شکل کی ایک چھوٹی سی چیز ہوتی ہے جو رحم کے اندر صرف ڈاکٹر ہی رکھ سکتا ہے۔ یہ دو قسم کی ہوتی ہیں۔ ایک میں تابنا ہوتا ہے۔ دوسری قسم میں پروجیسٹرون ہوتی ہے۔ پروجیسٹرون والی IUD میں انفکشن کا احتمال زیادہ ہوتا ہے۔ مگر تانبے کی T میں یہ خطرہ کم ہوتا ہے۔ بڑی عمر کی عورتیں جو بچوں سے فارغ ہو چکی ہوتی ہیں۔ ان میں IUD سال یا اس سے زیادہ عرصہ کے لیے رکھی جاسکتی ہے۔ اگر T کو معقول اور صحیح طور پر رکھا جائے تو یہ طریقہ 97% کامیاب مانع حمل طریقہ ہے۔ مگر کچھ ڈاکٹر اس کو ذیابیطسی عورتوں کے لئے پسند نہیں کرتے۔

### Diaphragm یا حاجز (رکاوٹ)

یہ ربر کا پیالی نما چھوٹا سا ڈھلکا ہوتا ہے جو رحم کے منہ پر سرکس پرفٹ کیا جاتا ہے۔ اس میں ربر کے کپ کے اندر کی طرف مردانہ اسپرم مارنے کی جیلی لگا دی جاتی ہے۔ حاجز ایک ایسی دیوار ہوتی ہے جو منی کے مادہ یعنی اسپرم کو روکتی ہے کہ وہ رحم کے اندر نہ داخل ہو سکے۔ مباشرت کے بعد 6 گھنٹہ سے زیادہ اس کو نہیں رکھنا چاہئے۔ حاجز جتنی مہارت اور صحیح طور پر رکھا جائے گا، حمل سے بچاؤ اتنا ہی بہتر ہوتا ہے۔ پہلی مرتبہ ماہر امراض سے حاجز رکھوانا چاہئے۔ جتنا تجربہ بڑھے گا محفوظ جنسی اختلاط اتنا ہی کامیاب ہوگا۔

## Sponge & Cervical Cap

اسٹنچ اوور سڈیکل ڈھکن یہ طریقہ بھی حاجز کی شکل کا ہے اس میں بھی مردانہ اسپرم کو مارنے کی جیلی لگی ہوتی ہے۔ اسے مباشرت سے پہلے رکھتے ہیں۔ اگر صحیح طور پر رکھا جائے تو حمل روکنے کا بہترین طریقہ ہے اور اگر مناسب وقت کے لیے چھوڑ دیا جائے تو حرج نہیں ہے۔ فم رحم یا گردن رحم بھی ایک چھوٹا سا حاجز یا رکاوٹ ہوتی ہے جو فم رحم پر سختی سے فٹ ہو جاتا ہے۔ یہ کرم منی کو رحم میں جانے سے روکتا ہے۔ اس میں بھی مردانہ کرم منی یا نطفہ کو مارنے کے لیے جیلی لگی ہوتی ہے۔ مگر چند مشکلات کے سبب یہ مقبول نہیں ہے۔

## نسائی کنڈم

یہ بھی حاجز ہی کی شکل ہے۔ سائز میں بڑا ہوتا ہے۔ اندام نہانی میں رکھا جاتا ہے۔ کرم منی کو روکتا ہے۔ مباشرت کے بعد نکال دیا جاتا ہے۔ مانع حمل کے علاوہ یہ جنسی بیماریوں سے بھی محفوظ رکھتا ہے۔

## جراثیم کشی یا تطہیر

اگر عورت واثوق سے یہ چاہتی ہے کہ اس کو مزید اولاد کی ضرورت نہیں ہے تو پھر رحم سے جری ٹیوب جو انڈا وصول کر کے رحم میں بھیجتی ہے ان ٹالیوں کو عمل جراحی سے بندھا کر بند کر دیا جاسکتا ہے۔ جس سے انڈا رحم میں نہیں پہنچتا ہے۔ یہ طریقہ 100% کامیاب طریقہ ہے۔ بہت ہی نادر حادثہ میں انڈا رحم کے باہر کرم منی سے مل بھی سکتا ہے۔ جسے خارجی حمل کہتے ہیں اور اس کو جراثیم کے ذریعہ نکالا جاتا ہے۔ اس طریقہ تطہیر کے لیے بے حد سوچ سمجھ کر فیصلہ کرنا ضروری ہے کہ یہ انتہائی عمل ہے۔

## حمل

ماضی کے ایام میں ذیابیطسی عورتوں کو اگر حمل ہوتا تھا تو بے حد مشکلات کا سامنا کرنا پڑتا تھا۔ مثلاً اسقاط حمل، شکم مادر میں بچے کی وفات۔ بچے میں پیدائشی جسمانی نقص وغیرہ۔ آج کل عورتیں خواہ کم عمر ہوں یعنی ذیابیطس قسم اول یا بڑی عمر کی ذیابیطس (Type 2) والی۔ گولیاں کھانے والی ہوں یا انسولین کی محتاج، ان سب میں حامل ہونے سے لے کر

پیدائش تک کوئی فرق نہیں ہے۔ بس ضروری یہ ہے کہ گلوکوز کا کنٹرول %100 حدود میں ہونا چاہئے اور گلوکوز کی مقدار %90mg سے 130 ملی گرام کی حدود میں رہنی چاہئے۔ ہر حمل کی خواہش مند ذیابیطسی عورت کو حمل سے پہلے پروگرام اور پلان بنانا چاہئے اور شوگر کنٹرول ”مفتاح الفرج“ ہے۔ اس کو ہر سوال کا جواب حاصل کرنا چاہئے اور آپ کو یہ علم ہونا چاہئے کہ کیا کیا مشاغل درپیش ہوں گی اور ان کا کیا حل ہونا چاہئے۔ کیونکہ حمل کے اوپر ہوتے ہوئے دنوں کے ساتھ ساتھ شوگر کنٹرول کا تعلق براہ راست بچے کی صحت، نمو اور جسم سلیم سے ہے اور ساتھ میں حمل کی ضرورتیں، مصارف و اخراجات وغیرہ۔ کیونکہ آج کل کی دنیا میں ہر چیز آسمان سے جا لگی ہے اور دنیا میں فری لنج کوئی بھی نہیں دیتا۔

## وراثت

امرواقعی ہے کہ والدین کو یہ فکر ہوتی ہے کہ ان کا آنے والا بچہ مستقبل میں کیا ہوگا۔ شوگر کے متعلق بھی سوال اٹھتے ہیں کہ کیا ہوگا؟ دراصل حمل سے پہلے ہی یہ ہوم ورک کرنا چاہئے۔ ذیابیطس نوع اول دراصل ایک خود اضعافیت (اپنے ہی جسم سے حساس ہونے کا مرض ہے) حملہ کا نتیجہ ہوتی ہے۔ یہ حملہ غدود پنکریاس کے پینا خلا یا پر ہوتا ہے جن کا کام انسولین پیدا کرنا اور خارج کرنا ہوتا ہے۔ اگر کوئی بچہ Type-1 ذیابیطس کے والدین کا بچہ ہے تو عام لوگوں کی نسبت رسک زیادہ ہوتا ہے اور یہ رسک مختلف ہوتے ہیں۔ اگر والدہ کو ذیابیطس ہے یا والد کو تو ریسرچ اسکالرز نے اس جینوم کا پتہ لگا لیا ہے جو ذیابیطس نوع اول (T1) پیدا کرتے ہیں اور ان وسائل کا بھی جو ذیابیطس کا ماحولی سبب بنتے ہیں۔

اگر ایک 25 سالہ عورت حامل ہے یا اس سے بڑی عمر کی ہے اور اس کو ذیابیطس قسم اول ہے۔ اس کے بچے کو صرف %1 چانس ہے کہ اس کو ذیابیطس ہو۔ اگر ماں کی عمر بچے کے حمل کے وقت 25 سال سے کم ہو تو رسک %4 یا چار گنا بڑھ جاتا ہے۔ اگر بچے کے باپ کو ذیابیطس قسم اول ہو تو بچے کو ذیابیطس ہونے کا چانس %6 ہو جاتا ہے۔ اگر بچے کے ماں باپ دونوں کو ذیابیطس قسم اول ہو اور یہ چھوٹی عمر میں پیدا ہوئی ہو تو رسک ڈبل ہو جاتا ہے۔

## ذیابیطس قسم دوم (T-2) یعنی بڑی عمر کی ذیابیطس

اس میں وراثت اور انداز حیات کو بہت زیادہ دخل ہے۔ Type-2 ذیابیطس نسل در

نسل چلتی ہے۔ ذمہ دار خراب عادات مثلاً زیادہ اور پیٹ بھر کر کھانا، سرخ گوشت، چربی، مکھن، گھی، پرائے، تلی ہوئی اشیاء، پھلوں کی چاٹ، بمع چینی، نمک اور مرچ، مقبلات یعنی بھوک بڑھانے والی اشیاء (اچار، چٹنی، مرہ، اجینو موٹو، سویا ساس وغیرہ)۔ خوردنی کھانے کی طلب کو بھی ہمیز کرتی ہیں اور معدہ کی تھیلی کو بھی بڑا کرتی ہیں۔ چربی اور وزن بھی بڑھتا ہے۔ مناپے کے ساتھ بلڈ پریشر بھی بڑھتا ہے۔ زیادہ کھانا اور حرکت نہ کرنا ان باتوں کا سبب ہے۔ عالمی ریسرچ اور میرا اپنا ناقص ذاتی تجربہ شاہد ہے کہ ذیابیطس نوع دوم نسل در نسل چلنے والی چیزیں ہیں۔ مگر غذائی اعتدال اور صبح و شام کی ورزش سے سدباب ہو سکتا ہے۔ ایسے خاندان کو مزاحمتی یا خاندانی مدافعت کی طاقت رکھنے والا خاندان کہتے ہیں۔

جن عورتوں کو ذیابیطس ہوتی ہے وہ اتنی مہلک، خطرناک اور ہوا چیز نہیں ہیں۔ ایسی عورتیں عام عورتوں کی طرح ہی ہوتی ہیں۔ بچپن، جوانی، شادی، نکاح، بڑھا پاسب ہی مراحل سے گذر سکتی ہیں اور گذرتی ہیں۔ ان کے زندگی کے تقاضے عام عورتوں سے مختلف نہیں ہوتے۔ حامل ہو سکتی ہیں۔ بچہ بھی پیدا کر سکتی ہیں اور 100% بچہ اور ماں صحت مند حالت میں ہو سکتے ہیں بشرطیکہ ماں اپنا، اپنے بچے، اپنے کھانے پینے، جسمانی حرکت اور علاج کا خاص خیال رکھے۔ انسولین صحیح مقدار میں وقت پر اور تعلیمات کے حساب سے لے۔ ہر ٹیکہ نئی جگہ پر لگائے، بازو، پیٹ اور رانوں کے پٹ پر۔ اس طریق کار سے ماں صحت مند، بچہ نارمل اور حتیٰ کہ ڈیوری بھی نارمل ہو سکتی ہے۔ اگر صورت حال اس کے برعکس ہو تو حمل کرنے (اسقاط) کا خطرہ ہوتا ہے۔ یہ خطرہ شروع کے تین ماہ میں ہوتا ہے اور یہ بھی ممکن ہے کہ بچہ میں پیدائشی نقص پیدا ہوں جیسے ہونٹ کٹے ہوئے۔ اوپر کا جبر اور تالو، ریڑھ کی ہڈی میں نقص اور آخری تین ماہ میں بچے کے ساتھ ساتھ ماں بھی داؤ پر لگ جاتی ہے اور اگر پہلے سے ہی شوگر کی زیادتی کی علامتیں موجود ہوں مثلاً بلڈ پریشر، پاؤں اور ٹانگوں پر ورم یا پھر حمل کا زہر بلا مادہ جس سے دماغی توازن پر اثر بھی پڑ سکتا ہے اور پہلے سے موجود ذیابیطسی پیچیدگیوں میں اضافہ بھی ہو سکتا ہے۔ بچہ جنم میں بڑا ہو سکتا ہے۔ سر کا سائز بھی بڑا ہو سکتا ہے۔ ان سب کے سبب ڈیوری میں دقت ہو سکتی ہے اور شاید ڈیوری کے لیے آپریشن کی ضرورت پڑے۔

حمل اور پیدائش کسی بھی محنت شاقہ سے کم نہیں ہے۔ اس عمل سے عورتوں کے جسم پر اثر پڑتا ہے۔ لہذا حمل سے پہلے، حمل کے دوران اور بعد میں عورت کی مکمل مدد، حفاظت، احتیاط اور علاج کے لیے پوری ٹیم کا تعاون بے حد ضروری ہے۔ کیونکہ اس بے چاری اکیلی پر تو سارا

بو جھ پڑ جاتا ہے۔ حمل سے کوئی خاص خطا نہیں۔ بس خیال رکھنا چاہئے۔ اگر حمل کے دوران شوگر کا کنٹرول، کھانا پینا، ورزش و جسمانی حرکت بے حد ضروری ہیں۔ دوئم خاند و سسرال کی کامل سپورٹ اور ہمت افزائی۔ ڈرنا نہیں چاہئے اور سب سے بڑھ کر ان لوگوں سے بچنا چاہئے جو دوسروں کو خوف زدہ کرتے ہوں۔ غلط مشورے دیتے ہیں۔ ایسے نادان ہمدردوں سے بچنا چاہئے۔ اگر کسی مریض کے خاندان میں ذیابیطس قسم دوئم ہے اور نسل در نسل موجود ہو تو حتماً یہ فیصلہ کرنا مشکل ہے کہ ذیابیطس میں وراثتی عنصر ہے۔ عادات و تقالید اور ماحول و طرز حیات کا عمل دخل و سبب ہے۔ کیونکہ موٹاپا، کھانے کی زیادتی، حرکت کی کمی، کالمی، مرغن غذائیں بھی عموماً ذیابیطس قسم دوئم کا سبب بنتی ہیں لیکن یہ بات ثابت نہیں ہے کہ جسم میں موجود انسولین کی مزاحمت یا مناعیت ختم نہیں کی جاسکتی ہے۔ بلکہ یہ ختم ہو سکتی ہے۔ یہ بات ثابت ہے کہ انسانی جسم فاقہ سے نہیں مر سکتا۔ بلکہ کھانے کی زیادتی موت کا سبب ہو سکتی ہے۔ ورزش، کم مقدار میں چھ سات مرتبہ کھانا، حوصلہ و ہمت سے مشکلات پر قابو پایا جاسکتا ہے اور ذیابیطس کنٹرول میں لائی جاسکتی ہے۔ بس سوال تو نفس امارہ کو قابو میں لانے کا ہے اور یہ مطلب نہیں کہ خوف سے حامل نہ ہوا جائے اور بچہ پیدا نہ کیا جائے۔ مگر یہ ضرور ہے کہ اپنے سوالات کو ماہر امراض زچہ بچہ سے ضرور مشورہ کریں اور اگر آپ کی دسترس میں وراثتی مشیر ہو تو ضروری مشورہ کریں۔

حامل عورتوں کے لیے میرا مشورہ ہے کہ حتی الوسع اپنا خیال رکھیں۔ حمل سے پہلے اپنا کامل چیک اپ کرائیں۔ لیبارٹری ورک آؤٹ کرائیں اور اگر ذیابیطس کا مرض موجود ہو تو دل، جگر، آنکھیں اور گردوں کے وظائف کا مکمل چیک اپ ہو۔ اگر کوئی پیچیدگی موجود ہو تو پہلے اس کا علاج کرائیں کیونکہ صحیح علاج سے وہ عورتیں جن کو گردے کی پیوند کاری ہوئی ہے ان کے گھر میں بھی بچہ نارمل صحت کے ساتھ پیدا ہوتا ہے۔ ہاں وقتاً فوقتاً HbA1C ضرور ٹسٹ کرائیں اس طرح مختصر مگر مکمل طور پر گلوکوز کنٹرول کا علم ہو جاتا ہے۔ اگر کسی عورت کو ذیابیطس قسم اول ہے تو اس کو تھائیرائیڈ کے ٹسٹ T4, TSH ضرور کرانے چاہئیں۔ کیونکہ مرض بھی خود کار مناعیت کا مرض ہوتا ہے۔ بعض اوقات ذیابیطس سے تعلق رکھنے والی پیچیدگیاں خطرناک بھی ہو سکتی ہیں۔ ایسی حالت میں حمل کو نظر انداز کرنا یا حامل نہ ہونا ہی عقل مندی کا فعل ہے۔ مثلاً بلڈ پریشر کی زیادتی، گردوں کا ٹیل ہونا، دل کی مہلک بیماریاں یا پھر آنتوں کی معذور کر دینے والی اعصابی بیماریاں وغیرہ۔ حمل کے لیے کافی غور و فکر کی ضرورت ہے۔ حمل میں یہ ساری

تکلیفیں اور پیچیدگیاں مزید بڑھتی ہیں۔ یہ خطرہ بھی ہوتا کہ فالج اور دل کا دورہ نہ پڑ جائے۔ اگر کسی مریضہ کو 10 سال سے زیادہ عرصہ سے ذیابیطس کی شکایت ہے اور اس کو دل کی بیماری کی علامات ہوں۔ جیسے کہ بائیں چھاتی۔ بائیں بازو کی اندرونی طرف۔ بائیں کندھے۔ بائیں طرف جبڑے میں اور کام کرنے، میٹرھیاں چڑھنے سے سانس پھولتا ہو اور سینہ میں گھٹن یا کبھی ایک ٹیس خنجر کی طرح سینہ میں ترازو ہوتی محسوس ہو تو فوراً بغیر تاخیر کے ڈاکٹر سے رجوع کریں اور E.C.G کرائیں۔ مریض کے اعصاب اگر ذیابیطس کی وجہ سے متاثر ہوں اور ان اعصاب کے نقص کی علامتیں موجود ہوں تو رفتار قلب۔ دھڑکن کی تنظیم اور شراغین کے منہ کے کھلنے اور بند ہونے کے نظام میں نقص پیدا ہو سکتا ہے۔ اگر منگی، قے اور اسہال کی شکایت ہو تو فوراً طبیب سے مشورہ کریں۔ اگر ذیابیطس کی مریضہ کے گردوں میں نقص ہو تو حمل کے دوران گردوں کی تکلیف کے بڑھنے کا امکان زیادہ ہوتا ہے اور اس ضمن میں پاؤں اور پنڈلیوں پر گڑھے پڑنے والا درم اور بلڈ پریشر بے حد اہم ہیں۔

ایک اور بات قابل ذکر ہے کہ اگر آپ بلڈ پریشر کے لیے ACE دوائیاں استعمال کر رہی ہیں تو اس کو فوراً ڈاکٹر سے مشورہ کے بعد بند کر دیں کہ ان کے استعمال سے بچے کے گردوں پر اثر پڑتا ہے۔ حمل سے پیشتر ذیابیطس مریضہ کو آنکھوں کے ماہر کو ضرور دکھانا چاہئے تاکہ وہ پتلیاں پھیلا کر پردہ چشم پر تفصیل سے معائنہ کرے۔ اگر جریاں خون یا اور کوئی تبدیلی موجود ہو تو حمل سے پہلے اس کا علاج ہو سکے۔ حمل سے پہلے اور دوران میں حاملہ کو جن افراد کی ضرورت ہوتی ہے وہ ماہر ذیابیطس ماہر ولادہ مستند ماہر تغذیہ اور سوشل ورکر کی ضرورت ہے۔ شوگر کنٹرول سے متعلق یہ ہے کہ جن عورتوں کو ذیابیطس نہیں ہوتی تو ان عورتوں کے بچوں میں 2-3% نقص ہوتے ہیں مگر جن عورتوں کو ذیابیطس ہوتی ہے ان میں نسبت 6-12% ہے۔ اس کے باوجود ان کا علاج اور کنٹرول اعتدال سے ہو رہا ہوتا ہے۔ حمل کے دوران ذیابیطس پیچیدگیاں جن میں اعصاب کا مرکزی سیسٹم۔ دل اور گردے زیادہ اہم ہیں۔ یہ خطرات 100% دور نہیں کئے جاسکتے مگر یہ ہو سکتا ہے جتنا ممکن ہے شوگر کو کنٹرول کیا جائے۔ دوسرے یہ کہ اگر حمل سے پہلے غور صبر و تحمل، بھوک کی برداشت، کرنا سیکھ لے تو عادت پڑ جاتی ہے اور کنٹرول بھی صحیح رہتا ہے۔ نظام حیات ایک مستقل ڈگر کا نام ہے۔ جس میں گھڑی بھی شامل ہے جو رب العزت نے جسم کے اندر فنٹ کی ہوئی ہے۔ بچے کے اعضائے رئیسہ پہلے 6-8 ہفتوں کے درمیان بنتے ہیں۔ ان کی صحت مند و نارمل نمو کے لیے نارمل کے قریب قریب

گلوکوز کی مقدار لازمی ہے۔ وہ عورتیں جو اپنی صحت اور حمل کا پروگرام سیٹ کرتی ہیں۔ ان نقائص کا رسک %1 رہ جاتا ہے۔ وہ عورتیں جو اپنی شوگر کا کنٹرول حاصل ہونے کے بعد کرتی ہیں ان میں رسک %10 بڑھ جاتا ہے۔ ہونایوں چاہئے کہ عورتوں کو حامل ہونے سے پہلے ہی مثالی کنٹرول کرنا چاہئے۔ جن عورتوں کو ذیابیطس قسم اول ہے اور علاج کے لیے انسولین لیتی ہیں، ان کو چاہئے کہ انسولین کا نیکہ کم مقدار میں کئی دفعہ میں لگانا چاہئے تاکہ شوگر کی مقدار خون میں %7 130mg سے زیادہ نہ ہو۔ یہ مناسب ہے اور عالمی ادارہ الصحہ (WHO) کا بھی یہی ارشاد ہے۔ اگر شوگر کنٹرول بے قابو ہو رہا ہے اور ہر حالت میں بچہ و ماں کی صحت ضروری ہے تو انسولین پمپ کا فٹ کروانا ضروری ہے۔ یہ آلہ خود کار ہوتا ہے۔ انسولین کا کارٹریج اس میں فٹ کر دیا جاتا ہے اور سوئی جلد میں داخل کر دی جاتی ہے۔ اس آلہ میں ایک پلیز (Pulser) ہوتا ہے جو خود بخود گلوکوز کی مقدار ناپتا ہے اور اتنی ہی ضرورت کی انسولین خود بخود جسم میں داخل ہوتی رہتی ہے۔ اگر کسی محترمہ کو ذیابیطس قسم دوم ہے تو حامل ہوتے ہی ان کو فوراً انسولین پر شفٹ کر لینا چاہئے اور گولیاں بند کر دینی چاہئیں۔ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ کنٹرول کے لیے صرف انسولین کا لگانا ہی کافی نہیں ہے۔ بلکہ خود اور بچہ کی صحت کے لیے ورزش + تھوڑا تھوڑا کھانا اور مناسب انسولین اور ہر کچھ وقفہ کے بعد HbA1C کا ٹسٹ بے حد ضروری ہے۔ روزانہ صبح جسم کا درجہ حرارت نوٹ کریں۔ اس سے اندازہ ہوتا ہے کہ کب بیضہ دانی سے اٹھا خارج ہوتا ہے اور کب حمل ہو سکتا ہے۔

دوسری سب سے اہم بات عورت کی ذاتی زندگی، آمدنی، اخراجات، معاشی پہلو پر بھی غور کرنا چاہئے۔ اگر شوگر صحیح کنٹرول نہ ہو تو اخراجات بے حد بڑھ جاتے ہیں۔ بس، رکشا، ٹیکسی کا خرچہ۔ روز بروز ہسپتال جانے کی ضرورت۔ ڈاکٹر، لیبارٹری، الٹراساؤنڈ، یہ سب پیسے کے بغیر ممکن نہیں۔ ان سب اخراجات کے بجائے اگر بچہ کی نمو اور شوگر کی مقدار پر نظر رکھی جائے اور ہوم مانیٹرنگ کی جائے تو کم خرچ اور بالائین۔ کیونکہ کنٹرول کا تعلق تو پرہیز، ورزش، غذا، عورت اور بچہ سے ہے۔ ہر چیز عقلمندی اور ترتیب سے انجام دینی چاہئے۔ تاکہ قرض نہ چڑھے اور ولادہ اور بچہ دو جھ نہ بن جائے۔

1- ذیابیطسی مریض کو باقاعدگی سے پوری ٹیم کی ضرورت ہوتی ہے اور یہ مفت ممکن نہیں۔ شوگر کنٹرول رکھنے کے لیے مرض کا اور حالت کا جاننا اور سمجھنا بے حد ضروری ہے۔ انسولین کو حسب ضرورت کم و زیادہ کرنا چاہئے۔ نزلہ بخار کی حالت میں 2 یونٹ انسولین فوراً

بڑھانا چاہئے۔ اگر کسی وقت شوگر کم ہو جائے تو تدارک کس طرح کیا جائے۔ مثلاً میٹھا شربت، جوس، پھل، شوگر کی ڈلی، چاکولٹ کھجور وغیرہ تھوڑی مقدار میں فوراً لے لینی چاہئے۔

2- ذاتی صحت کی نگرانی کے لیے صحیح غذا۔ اس کی غذائیت یعنی کیلو ریز ہر 100 گرام پر یہ سیکھنا جاننا اور اپنی کھانے کی ترتیب کے بعد ضروری ہے۔

3- خون کا سٹ شوگر کے لیے اور اس کا ریکارڈ ضروری ہے۔ گلوکوزسٹ کرنے کا میٹر رکھیں۔ 750 روپیہ کی سٹ اسٹریپ کو حکمت عملی سے استعمال کریں۔

4- اگر جسم میں کیٹونی اجسام کا وجود ہے تو اس کی اسٹریپ بھی خریدنی پڑے گی۔

5- اگر کوئی محترمہ ذیابیطس قسم دوئم ہیں تو حمل کے بعد فوراً انسولین پر شفٹ کرنا چاہئے۔

مگر اس کے لیے بڑا خرچہ انسولین سرنج اور الکول صواب۔ سب ہی خاصی قیمتی اشیاء ہیں۔

خیر سے آپ رب العزت کے کرم سے حامل ہو گئیں ہیں تو اب سوال یہ ہوتا ہے کہ اب خون میں شوگر کنٹرول کے لیے آپ کا لائحہ عمل کیا ہونا چاہئے۔ کیونکہ ہر جسم کا کیمیائی فارمولا دوسرے سے ذرا مختلف ہوتا ہے اور خصوصیات علیحدہ ہوتی ہیں۔ لہذا:

ا۔ ناشتہ سے پہلے خون میں شوگر کی مقدار 70 to 100mg ہونی چاہئے۔

ب۔ ناشتہ سے 2 گھنٹہ بعد 90 to 120mg۔

ج۔ دوپہر کے کھانے کے 2 گھنٹہ بعد 110 to 130mg۔

د۔ رات کو صبح کے 2 یا 3 بجے 60 to 120mg۔

روزانہ سٹ کرنے کی ضرورت نہیں ہوتی اگر ہر چیز نارمل کے قریب ہو۔ بس کھانے کی غذائیت ایک جیسی رہنی چاہئے اور روزانہ کی ورزش کی بھی ضرورت ہے۔

حمل کے شروع کے تین ماہ بے حد اہم ہوتے ہیں۔ کیونکہ اعضاء بننے کی ابتداء ہو رہی ہوتی ہے۔ جس میں خلل پڑ سکتا ہے۔ پیدائشی نقص۔ اسقاط حمل وغیرہ کا خطرہ ہوتا ہے۔ اس لیے حمل کی نگہداشت ضروری ہے۔ حمل کے دوسرے تین ماہ اور آخری تین ماہ بھی بے حد اہم ہوتے ہیں۔ کیونکہ ڈر ہوتا ہے کہ بچہ بڑا نہ ہو جائے۔ وزن زیادہ نہ ہو۔ اگر اس منزل پر کوئی

دقت ہو رہی ہو تو رسک لینے کا کوئی فائدہ نہیں۔ آپ کے ڈاکٹر کو سوچ سمجھ کر قدم اٹھانے اور فیصلہ

کرنا لازمی ہے کہ وہ اس مشکل کا حل نکالے اور مریضہ کی جان بچائے۔ بڑی عمر کی ذیابیطسی

حاملہ میں انسولین لگانا لازمی ہے اور ان کی انسولین کی مقدار کی طلب زیادہ ہو سکتی ہے۔ کیونکہ حمل کی حالت میں آنول (Placenta) سے جو اضافی ہارمونات نکلتے ہیں وہ انسولین کی مزاحمت کو بڑھا دیتے ہیں۔ کچھ عورتوں میں انسولین کی ضرورت چار گنا بھی زیادہ ہو سکتی ہے۔ یہ مشکل معمولی اور عام ہے۔ اس سے پریشان ہونے کی ضرورت نہیں ہے اور آپ یہ نہ سمجھیں کہ آپ کی ذیابیطس خراب ہو رہی ہے۔ آپ خود اپنی جسمانی حرکت بڑھائیں اور کھانا کم کریں اور آپ کا معالج آپ کی انسولین کی مقدار ترتیب دے، اور کھانا چینی کے لئے کھائیں تاکہ بس آپ کی اور آپ کے بچے کی صحت برقرار رہے۔ لذت اور خوش خوراکی بھول جائیں۔ حمل کے نو ماہ میں 22 سے 32 پونڈ وزن بڑھنا نارمل ہے۔ گھبرانے کی بات نہیں ہے۔ اگر حاملہ کا وزن کم ہو تو وزن بڑھائیے۔ حمل ایک مشقت شاقہ ہے۔ اگر بارہ سے پندرہ پونڈ وزن بڑھائیں تو حرج نہیں ہے ایسی حالت میں پیشاب میں کیتونی اجسام کی ٹیس ضروری ہے اور یہ بھی کہ کاربوہائیڈریٹ (نشویات) اور انسولین کا تناسب ٹھیک ہونا ضروری ہے۔ دن میں کھانا 6 یا 7 حصوں میں تقسیم کریں۔ ترتیب اس طرح ہو صبح 7 بجے سے رات کے 12 بجے تک۔ ناشتہ، پھل، پھل، لچ، پھل، ڈنر اور پھر پھل یا دودھ لسی وغیرہ کم چکنائی کی۔ اس ترتیب سے شوگر بھی ٹھیک رہتی ہے۔ حاملہ کی صبح کی منگلی بھی درست رہتی ہے۔ اگر پھر بھی منگلی ہو تو صبح اٹھنے میں کھلی کر کے کریکریٹ کھائیں اور وقتاً فوقتاً منگلی کے دانے بھون کر کھائیں۔ ہر ڈھائی تین گھنٹہ بعد تھوڑا چڑی چوگا ضروری ہے۔ چائے اور قہوہ ترک کر دیں۔ نمک اور چربی کم کریں۔ دو کھانوں کے درمیان میں سوائل یا پانی پیئیں۔ کھانے کے درمیان میں پانی نہ پیئیں۔ اپنے پاس ایمرجنسی کے لیے کوئی میٹھا شوگر کیوب۔ چاکولیٹ بسکٹ رکھیں تاکہ اگر آپ کی شوگر کم ہونے لگے تو کھالیں اور جب تک آپ کی صحت اجازت دیتی ہے، جسمانی حرکت، چلنا پھرا اور حسب ہدایت ورزش ضروری ہے تاکہ جسم چاق و چوبند رہے اور اس سے ذیورگی کی مشقت برداشت کرنے کی صلاحیت بھی پیدا ہوتی ہے۔

اگر جیب اجازت دیتی ہو تو جگہ جگہ فٹنس پروگرام ہوتے ہیں ان میں شرکت کی جاسکتی ہے۔ اپنے ڈاکٹر سے بھی مشورہ کر سکتی ہیں۔ کچھ مدد طبی رسائل سے بھی مل سکتی ہے کم خرچ اور بالائین۔ اگر آپ انسولین لے رہی ہیں اور آپ کا ایک دم جسم کا نپنا شروع کر دے۔ ٹھنڈے پسینے آئیں۔ شدت کی بھوک لگے زبان سن ہو۔ نظروں کے سامنے اندھیرا آئے یا دوہرا دکھائی دے، خیالات میں الجھن ہو تو یہ علامت ہے شوگر کم ہونے کی۔ پہلے کچھ کھائیں اور ساتھ میں

شوگر بھی ٹسٹ کریں۔ اگر شوگر 30mg سے کم ہو تو زندگی کے لیے حد درجہ خطرناک ہے۔ فوراً شربت وغیرہ لیں اور ہسپتال جائیں ایمر جنسی میں۔ اصولاً یہ ہونا چاہئے کہ ہر ماہ حمل کے شروع میں اور چھ ماہ کے بعد پر پندرہویں دن ڈاکٹر سے رجوع کریں۔ 20-15 ہفتہ کے دوران Alpha-Feto Protein کا ٹسٹ لازمی ہے۔ وقفہ وقفہ سے الٹراساؤنڈ۔ بچہ کی رفتار قلب سب پر نظر رکھیں۔ آخری 6 سے 8 ہفتہ بے حد اہم ہیں۔

## پیدائش طفل

ماضی میں ذیابیطسی ماؤں کے بچے بڑے سر کے پیدا ہوتے تھے اور بڑا سر اور زیادہ وزن کے ڈر سے 37 ہفتہ میں ڈلیوری کر دی جاتی تھی۔ مگر اب حالات بدل گئے ہیں مگر اب بھی اگر کوئی مشکل ہو تو آپریشن سے دور کی جاسکتی ہے۔

بچہ کی پیدائش کے بعد ماں کو چاہئے کہ اپنی شوگر ٹسٹ کرتی رہے۔ پہلے ہفتہ میں انسولین کی مقدار گھٹ جاتی ہے۔ ذیابیطسی عورتیں (بڑی عمر کی) ڈلیوری کے بعد انسولین کی محتاج نہیں ہوتیں۔ جب تک عورت ولادت کے بعد کھل صاف نہیں ہو جاتی شوگر کی مقدار اونچی نیچی ہوتی رہتی ہے۔

اگر بچے کو اپنا دودھ پلائیں تو بچے کے لیے مفید غذا ہے۔



## ذیابیطس اور حمل

1922-23ء سے پہلے یعنی انسولین کی ایجاد سے پہلے معدودے چند ہی ایسی خوش نصیب عورتیں ہوتی تھیں جن کی ذیابیطس اور حمل کے معرکہ میں جان بچتی تھی۔ صرف 65% حامل عورتیں اور 40% ان عورتوں کے بچے بچتے تھے۔ ورنہ لقمہ اجل ہو جاتے تھے۔ 1923ء کے بعد انسولین دستیاب ہونے لگی وہ بھی کینیڈا، امریکہ اور انگلینڈ اور یورپ میں نادراً اور اس کے استعمال کے بعد ماں اور بچوں کی جان بچنی شروع ہوئی۔ انسولین ایک معجزہ سے کم نہیں اور اب تو چند دہائیوں سے بچہ اور ماں دونوں ہی خیریت سے ہوتے ہیں۔ بہت کم حوادث اور شرح اموات ہیں۔ اب ذیابیطسی اور غیر ذیابیطسی عورت کی صحت، حمل، ولادۃ اور بچہ میں کوئی فرق نہیں ہے۔ کیونکہ اس کے سبب سے گلوکوز کا کنٹرول اور حمل کا صحت مند اختتام اور طبی ولادت ممکن ہوئے۔

مگر اب بھی متدن ممالک اور تیسری دنیا میں کچھ لوگوں میں بچے کی رحم میں شروع سے ماہی مشکل کا سامنا کر رہی ہے۔ جس میں اکثر شوگر کی کمی، میکروسومیا، پیپھروڈوں کی نامکمل نمو اور نہ کھلنا۔ کالسیوم کی کمی، صفراوی مادے کی زیادتی جس سے بچے کی جلد اور آنکھیں پیلی رہ جاتی ہیں۔ یہ سب چیزیں بے حد اہم ہیں اور فوری علاج کی مستحق ہیں۔ ولادت کے وقت آدھے کے قریب نومولود بچوں میں گلوکوز کی کمی ہوتی ہے اور قریباً ایک تہائی بچوں کو میکروسومیا کی شکایت تھی اور وہ شاید اس لئے کہ ان کی ماں کی شوگر بڑھی ہوئی تھی اور ساتھ میں بچے کی شوگر بھی بڑھی ہوئی تھی اور اس سے بچے میں انسولین کی مقدار بڑھی اور یہ بھی ممکن ہے کہ آنول یا مشمی کے ذریعہ ماں کے ایسیو ایسڈ بچے کے جسم میں چلے جاتے ہیں اور یہ ماں کے پروٹین کے اسٹورز سے ملتے ہیں۔

ایسیو ایسڈ بے حد ضروری پروٹین ہوتے ہیں جو جسم کی نمود تعمیر اور صحت مند رکھنے کے

لئے بے حد ضروری ہوتے ہیں۔ کیوں کہ پٹھے یا عضلات انسولین کے لئے بے حد حساس ہوتے ہیں۔ لہذا جن عورتوں کو ہلکی ذیابیطس ہوتی ہے اور ماں کے خون میں گلوکوز کی مقدار کم بڑھی ہوتی ہے تو ان عورتوں میں میکروسومیک بچے پیدا ہوتے ہیں، لیکن یہ بات ابھی تک تکمیل کو نہیں پہنچی ہے کہ جن بچوں میں میکروسومیا ہے اس کا سبب والدہ کے خون میں گلوکوز کی زیادتی ہی ہے یا پھر کوئی دوسرا سبب۔ کیونکہ ان ہی بچوں میں کیلےسوم کی زیادتی بھی تھی اور صفراوی مادہ بلی روہن بھی زیادہ تھا۔

سانس کی ایک حالت تعب تنفسی یا RDS وہ حالت ہے جو پیدائش کے بعد نومولود میں سانس کی تکلیف کا سبب ہوتی ہے اور ذیابیطسی ماں کے بچوں میں نہیں ہوتی ہے۔ سانس کی اس تکلیف کا سبب ولادۃ قبل از وقت ہوتی ہے۔ بچہ کو اگر قبل از وقت نہ پیدا کیا جائے تو شکم مادر میں ہی پچھنوت ہو جاتا ہے۔ پہلے یہ ولادت 37 ویں ہفتہ حمل میں کر دی جاتی تھی۔ اگر مدت حمل اور طریق کار ولادت کو مد نظر رکھا جائے تو ذیابیطسی ماں کے بچوں میں عام عورتوں کی نسبت چھ گنا زیادہ RDS کی پیچیدگی ہوتی ہے۔

1960ء کے عشرہ میں آر۔ ڈی۔ ایس یعنی ریسیپیٹری ڈسٹرس سنڈروم کی شرح 24% تھی۔ یہ حالت اب بہت بہتر ہے۔ آج کے متمدن دور اور سائنسی ترقی اور ہسپتالوں کی بہتر حالت کے سبب حاملہ کی دیکھ بھال، شوگر کنٹرول، صحیح علاج، انسولین کی موجودگی، جسمانی حرکت، غذائی کنٹرول کے سبب بچے کی رحم مادر میں نمود پرورش بہتر ہوتی ہے اور پچھنوتوں کی حالت بھی صحت مند ہوتی ہے اور بچوں میں اس خطرناک حالت آر۔ ڈی۔ ایس کو برداشت کرنے کی قوت ہوتی ہے، لیکن ابھی بھی ایسی پیچیدگیاں باقی ہیں جن کے سبب دوسری مشکلات باقی ہیں اور بچوں میں یہ پیدائشی جسمانی نقص کی شکل میں ہوتی ہیں اور بچوں میں 40% اموات کا سبب ہیں۔

سب سے زیادہ نقص کی شرح اعصابی نالی یا نیورل ٹیوب کے نقص میں پائی جاتی ہے اور ساتھ میں امراض قلب جو % 2-1 ہیں۔ دماغ کے مادہ کا باہر نکلا ہونا۔ گلوکوز کی زیادتی ان سب حوادث اور پیچیدگیوں کا سبب ہوتی ہے۔ جب بچے تکوین پارے ہوتے ہیں اور خلیات تقسیم ہو رہے ہوتے ہیں اور جسم کی نمو ابتدائی مراحل میں ہوتی ہے تو اس تقسیم کار، تنظیم اور تعمیر نو میں حصہ لینے کے لیے گلوکوز اور دوسرے غذائی مادے بچے کی غذا ایت کے کام آتے ہیں اور انہیں کردار ادا کرتے ہیں۔

تجربات سے یہ ثابت ہوا ہے کہ گلوکوز اور کیتونی اجسام مل کر بڑا ٹوہینک عمل یا الفاظ دیگر بچے کی نارمل نشوونما میں خلل پیدا کرنے کی صلاحیت رکھتے ہیں۔ جس سے پیدائشی نقص وجود میں آتے ہیں اور خلا یا کی نارمل تعمیر میں خلل ڈال دیتے ہیں اور جسمانی نقص پیدا کر دیتے ہیں۔ جیسے خرگوشی ہونٹ، نامکمل تالو، دل میں اوپر کے دونوں خانوں میں سوراخ یا نچلے دونوں خانوں یعنی بطنین میں سوراخ یا اور دوسرے اعضائے جسم مثلاً ریزھ کی ہڈی کا جڑا ہوانہ ہونا، یا گردہ، بیضہ دانی، پھیپھڑے، چھاتی میں خلقی سلحہ تاکسی کلیف مادہ سے بھری تھیلیاں جو ایک بھی ہو سکتی ہے اور کئی بھی۔ پُرسکون بھی ہو سکتی ہیں اور پریشان بھی کر سکتی ہیں۔

بات صرف اتنی ہے کہ ہر ممکن اپنی اور بچے کی حفاظت کریں اور پیدائشی حادثوں سے محفوظ رہیں۔ یہ دیکھا گیا ہے کہ جو عورتیں خوش و خرم رہتی ہیں اور مالی اطمینان میں زندگی بسر کرتی ہیں اور غذا ایت سے بھرپور کھانا میسر نہ تو بچہ مکمل اور صحت مند ہوتا ہے۔

میرے استاد اور ریاض میں میرے سینئر پروفیسر ڈاکٹر محمد صدیق میاں خداوندان کو جزائے خیر دے، انہوں نے حساب لگایا تھا کہ جو ماہیں عبادت کی راتوں میں حامل ہوتی ہیں ان کے بچے اکثر خلقی نقص کے حامل ہوتے ہیں۔

### خون میں کیتونی تیز ابیت (DKA)

ورم گردہ اور سوزش گردہ، جسم میں زہریلے عناصر کا وجود وغیرہ یہ سب کثرت حمل کے سبب ہوتے ہیں یعنی کئی بچوں کی ماں کے حمل میں ہوتے ہیں اور یہ کیتونی اجسام و تیز ابیت بچے کی موت کا سبب بنتی ہے۔ خصوصاً دوسری سہ ماہی یعنی چوتھے سے چھٹے ماہ کے حمل میں ورم گردہ کے سبب زہریلا مادہ بچے کی موت کا سبب ہوتا ہے۔ خوردبینی یا باریک شران اور شہیرات دمویہ کی بیماریاں حمل کے دوران بڑھتی ہیں۔ ورم گردہ کے ساتھ بلڈ پریشر کی زیادتی، پیشاب میں پروٹین کا وجود، پاؤں اور پنڈلیوں پر ورم اگر موجود ہو تو پری اگلیمز یا (Pre Eclamosia) کی تشخیص مشکل ہو جاتی ہے۔ کیونکہ حمل کے آخری ایام میں اسی قسم کی زہریلی اور جان لیوا حالت حاملہ میں پیدا ہو سکتی ہے جو ورم گردہ کی علامتوں سے مشابہت رکھتی ہے۔ ماں (حاملہ) کے تحویلی نظام (جس کے تحت تعمیر و تخریب ہوتی ہے) میں تبدیلی ہوتی ہے۔ کیونکہ ایک ایسی عورت جو بالکل نارمل جسم رکھتی تھی وہ حامل ہو رہی ہے۔ اس نے بچہ کو رحم میں پرورش کرنا ہے جس کے لیے اس کی غذائی طلب بھی بڑھے گی۔ خود اس کا اپنا جسم بھی بڑھے گا۔

وضع سے بد وضع بھی ہوگی۔ بچے کی نمو کے لیے فالٹو کیلوریز، غذائیت خصوصاً پروٹین بھی چاہئے۔ ماں کے جوڑ خصوصاً حوض اور اس کے سارے جوڑ بھی قدرت نے اس طرح کرنے ہیں کہ دس یا گیارہ پونڈ کا بچہ نارمل راستہ سے پیدا ہو۔ تو اس طرح جوڑوں کی صلاحیت تبدیل ہوتی ہے۔ بچے کے ساتھ ماں کا جسم بھی بڑھتا ہے تو بلی نظام کی تبدیلی کے ساتھ ساتھ دوران خون بھی بڑھتا ہے اور گلوکوز کی خون میں مقدار بھی زیادہ ہوتی ہے۔

یہ بات ثابت ہے کہ ماں کے جسم میں گلوکوز کا نارمل کے قریب کنٹرول 24 گھنٹہ کے دوران زچہ و بچہ دونوں کی صحت کی ضمانت ہے۔ اصولاً پیدائش کے بعد بھی بچے کی ماں کو متواتر ڈاکٹر کو دکھانا چاہئے۔ اگر حامل ہونے سے پہلے عورت نے ڈاکٹر سے مشورہ کیا ہے تو حمل کے دوران اور پیدائش کے بعد بھی اسی سے مشورہ بہتر ہوگا کیونکہ اس کو آپ کے متعلق علم ہوگا۔ ناشتہ سے پہلے اور دوپہر کے کھانے کے دو گھنٹہ بعد کی شوگر کی مقدار سے کنٹرول کا پتہ چل جاتا ہے۔ بوٹن امریکہ کے ایک کلینک میں ماں بننے والی عورت کو 30-32 ویں ہفتہ میں داخل کیا گیا تو انہوں نے یہ رپورٹ دی کہ جن عورتوں کے خون میں گلوکوز کی مقدار اوسطاً 150 ریبی تھی ان میں شرح اموات 24% تھی۔ جن عورتوں کے خون میں گلوکوز کی مقدار 100 سے 150 ملی گرام ریبی تھی، ان کی شرح اموات 16% تھی اور جن عورتوں کی شوگر کنٹرول 100mg سے کم تھی ان میں شرح اموات صرف 4% تھی۔

وہ ذیابٹس قسم الاول کی عورتیں جن کو انسولین لگتی ہے ان کا کنٹرول ذرا مشکل ہی ہوتا ہے اور کوشش یہ ہونی چاہئے کہ ایسی حاملہ عورتوں میں آخری تین ماہ حمل کے دوران جسم میں کیتونی اجسام کم سے کم ہوں۔ اس طرح بچے کی دماغی نمو پر فرق پڑتا ہے اور ان کی ذہانت کی صلاحیت (I.Q) پر بھی اثر پڑتا ہے۔ چار سالہ بچے کا I.Q جب سٹ کیا گیا کم نکلا لیکن یہ نظریہ کامل طور پر ثابت نہیں ہے۔

### حمل کے دوران حاملہ کی حالت

عام عورت جب حامل ہوتی ہے تو اگر صبح کو 12 گھنٹہ کے فاقہ کے بعد کی شوگر سٹ کی جائے تو کم نکلے گی، اس کمی کو پورا کرنے کے لیے جسم کی چربی فوراً تحویل ہو جاتی ہے اور پیشاب میں کیتونی اجسام فوراً ظاہر ہونے شروع ہو جاتے ہیں۔ گلوکوز کی کمی خون میں گردش کرتے ایسٹرو ایسڈ کی مقدار کم کر دیتے ہیں اور ان ایسٹرو ایسڈ کی کمی گلوکوز کی پیدائش کے لیے

ضرورت ہوتی ہے۔ اس حالت میں اگر ایمنو ایسڈ ایلا مین (Alanin) دیا جائے تو فوراً خون میں گلوکوز کی مقدار بڑھ جاتی ہے اور اکثر حالات میں یہ بھی دیکھا گیا ہے کہ نئی گلوکوز بنتے وقت (Neo- Glucogenesis) آنول کے فیکٹرز ٹائٹروجن کوروک لیتے ہیں اور اس کو بچانے کی کوشش کرتے ہیں تاکہ یوریا ٹائٹروجن غذائی طور پر استعمال ہو سکے۔ آنول یا مشمی میں لیکٹو جن کی خاصیت ہارمون نمو کی طرح ہوتی ہے۔ جو پٹھوں کی پروٹین کو بچانے کی کوشش کرتے ہیں۔ اس طرح چربی کی تحویل کو حرکت دیتی ہے یا بالفاظ دیگر چربی کو نظام تحویل میں شامل کر دیا جاتا ہے۔

اس سے یہ بات واضح ہو جاتی ہے کہ حالت حمل میں نارمل حالات میں ماں کی ٹائٹروجن کی بچت کی جاتی ہے اور چربی کو حرکت میں لا کر ایندھن کے طور پر استعمال کیا جاتا ہے۔ آنول یا مشمی گلوکوز کو جذب کر کے ٹھکانے لگاتی ہے اور ایمنو ایسڈ یا پروٹینی اجزاء کو جلد از جلد محفوظ کرنے کی کوشش کرتی ہے۔ حمل کے دوران حاملہ کے جسم کی یہ کوشش ہوتی ہے کہ ان ایمنو ایسڈ کو کم سے کم استعمال کر کے محفوظ کر لے۔ یہ بات یاد رکھنے کی ہے کہ نارمل حمل کے دوران انسولین کی ضرورت بڑھ جاتی ہے اور جسم کی چربی زیادہ سے زیادہ تحویلی نظام کے ذریعہ تبدیل کر کے اس قابل بنا دیتی ہے کہ ایندھن کے طور پر استعمال ہو سکے اور اس کی کو دور کرنے کے لیے جسم جلد از جلد چربی کو بناتا بھی ہے کیونکہ انسولین موجود ہوتی ہے اور چربی ایندھن کے طور پر استعمال ہونے کے قابل ہو سکے۔

اگر انسولین کی سپلائی نا کافی ہو تو جلد تبدیل ہوئی چربی یا لیپڈ (Lipids) نئی گلوکوز بنانے سے قاصر رہتی ہے اور یہ جسم میں کیتونی اجسام اور تیزابیت پیدا کرتے ہیں۔ جگر حمل کے دوران نسبتاً انسولین کے لئے مناعیت (Resistance) کا شکار ہوتا ہے ایسی صورت میں جگر حجم میں تھوڑا بڑھ جاتا ہے اور ٹٹولنے سے پیٹ کی ثانی سیدھی طرف محسوس کیا جاسکتا ہے۔ یہ جگر کے خلیات کے بڑھنے سے ہوتا ہے۔ یہ نئی گلوکوز بھی بناتے ہیں اور کیتونی اجسام بھی کم کرتے ہیں اور اس کے لیے انسولین کی معقول مقدار کا ہونا لازمی ہے۔ انسولین کی زیادہ ضرورت کے اسباب اس قدر واضح نہیں ہیں۔ آنول یا مشمی میں جو لیکٹو جن ہوتی ہے اس کو بھی ذمہ دار کہا جاتا ہے۔ عام انسانوں میں لیکٹو جن انسولین کی ضد ہوتی ہے۔ آنول سے اسٹیرائڈ ہارمون بھی خارج ہوتے ہیں یہ بھی کچھ اپنا اثر رکھتے ہیں اور نتیجتاً انسولین کی ضرورت پر اثر ہوتا ہے۔ آنول میں یہ صلاحیت ہوتی ہے کہ وہ انسولین کو باندھ کر غیر فعال بنا دے۔ یا انسولین کی تخریب کر

دے۔ مگر یہ کچھ زیادہ پیمانے پر نہیں ہوتا کہ خطرناک ثابت ہو۔ یہ بات ثابت ہے کہ آنول اور اس کے ہارمونات تھوہلی نظام کو تبدیل کر دیتے ہیں۔

ایک اور خاص ہارمون گلوکوکاگان ہے جس پر حمل کے دوران خاصا کام ہوا ہے۔ یہ بھی انسولین کا ضد ہے اور تخریب کاری کرتا ہے۔ مگر یہ حمل کی ذیابیطس حالت کا ذمہ ارنہیں ہوتا اور نہ اس کا تعلق ذیابیطس نوع حمل سے ہے اور نہ ہی ذیابیطس قسم اول سے ہے۔ حمل کے دوران اگر گلوکوز لوڈ دیا جائے تو گلوکوکاگان دب جاتا ہے۔ مگر حمل کے بعد ایسا نہیں ہوتا۔ حمل کے دوران اس کی کمی کے سبب جو غذا کھائی جاتی ہے وہ تعمیری کام ماں اور بچہ دونوں کے لیے استعمال ہوتی ہے اور غذا اسیت اور ایندھن دونوں کی بچت کرتی ہے۔ اس طریقہ سے حاملہ عورت تعمیری اور تخریبی تھوہلی نظام (Metabolic) کو برداشت کر لیتی ہے جو اضافی تبدیلیاں حمل کے دوران ہوتی ہیں۔ رب العزت نے عورتوں میں یہ صلاحیت رکھی ہے کہ وہ نئے ماحول اور نئی اضافی ذمہ داریوں کو نبھائے اور وقت کے تقاضوں کا ساتھ دے۔

قلب کا کام حمل جیسے جیسے بڑھتا ہے دوران خون کی انتاج رفتہ رفتہ بڑھتی ہے۔ حتیٰ کہ آخری سہ ماہی حمل میں خون کی سپلائی کے ساتھ صلاحیت میں بھی اضافہ ہوتا ہے اور ساتھ میں گردوں کا فلٹریشن یا مصفااتی نظام بھی متاثر ہوتا ہے۔ پیشاب میں گلوکوز کا وجود زیادہ ہوتا ہے۔ کبھی کبھی ایسا بھی ہوتا ہے کہ مریضہ کا شوگر کنٹرول بے حد مناسب ہوتا ہے اور پیشاب میں گلوکوز کی تعداد زیادہ بڑھی ہوتی ہے۔ اس سے گھبرانا نہیں چاہئے۔ کیتونی اجسام جلد از جلد جسم سے باہر بھیجے جاتے ہیں جس کے سبب پیشاب میں کیتون کا وجود ہو سکتا ہے۔ تندرست گردہ اپنا فعل بڑی خوش اسلوبی سے ادا کرتا ہے۔ مگر:-

1- اس حالت سے نبٹنے کے لیے جسم کو زیادہ انسولین کی حاجت ہوتی ہے۔ اگر حاملہ عورت میں انسولین پیدا کرنے کے خلیات ناقص ہوں تو پھر ذیابیطس حمل پیدا ہو جاتی ہے۔ جن عورتوں کو حمل سے پہلے ہی ذیابیطس نوع اول ہو یعنی IDDM اور ان کو حمل ہو جائے تو ان کو اپنی کمی پوری کرنے کے لئے خارجی اضافی انسولین لگوانی پڑتی ہے اور انسولین کی حاجت ڈیڑھ سے تین گنا زیادہ بھی ہو سکتی ہے۔ جن حاملہ عورتوں کو خورد بینی شرانگ کی بیماری ہوتی ہے ان میں انسولین کی طلب اتنی زیادہ نہیں ہوتی کیونکہ ان کی آنول نسبتاً چھوٹی ہوتی ہے اور ان سے جاری ہونے والے ہارمونات بھی کم ہوتے ہیں۔ اسی لیے انسولین کی ضرورت زیادہ نہیں ہوتی۔ آپ کو کتنی انسولین درکار ہے، آپ کا معالج ہی فیصلہ کر سکتا ہے۔ آنول کے چھوٹے ہونے کے

سبب انسولین کے ضد اسباب بھی کم ہوتے ہیں۔ جس سے انسولین کی فعالیت بہتر رہتی ہے۔  
2- حاملہ کونشویات، لحمیات یا پروٹین زیادہ دینے چاہیں تاکہ نمو پاتے بچے کی ضرورت پوری ہو اور آئول زیادہ سے زیادہ گلوکوز اور ایمنیو ایسڈ یا ضروری لحمیات کی ضرورت گٹے لیے ماں سے حاصل کر سکے۔

3- دل اور گردہ میں بھی تبدیلیاں ہوتی ہیں۔ ساتھ ہی کیتونی اجسام کی زیادتی پیشاب میں ظاہر ہوتی ہے۔ پیشاب کا ٹسٹ ایسی حالت میں صحیح نہیں ہوتا۔ جن حاملہ عورتوں کی گلوکوز کنٹرول میں ہو ان میں بھی پیشاب میں گلوکوز موجود ہوتی ہے اور کیتونی اجسام بھی۔ ایسے حالات میں بے حد احتیاط کی ضرورت ہوتی ہے تاکہ جسم میں کیتونی تیزابیت نہ پیدا ہو یعنی (D.K.A) کیونکہ انسولین کی کمی کے سبب نئی گلوکوز کی پیدائش متاثر ہوتی ہے اور کبھی کبھی کیتون کے ساتھ کیتونی تیزابیت بھی ہو جاتی ہے۔

جتنی حاملہ عورتیں ہوتی ہیں ان میں سے 1% کو ذیابیطس حمل پیدا ہوتی ہے۔ ان میں بھی 10 عورتوں میں صرف ایک عورت کو علم ہو گا کہ اس کو ذیابیطس حمل سے پہلے سے موجود ہے۔ یہ ضروری ہے کہ حمل کے ساتھ ہی ذیابیطس کے متعلق چھان بین کرنی چاہئے اور یہ کام ڈاکٹر کا ہے کہ پتہ کرے (L) ذیابیطس کی خاندان میں موجودگی، (B) عورت کی عمر 30 سال یا اس کے اوپر، (T) پیشاب میں گلوکوز کی موجودگی، (C) خون میں ریڈم گلوکوز کا وجود 120 ملی گرام اور اوپر، (H) کیا کبھی حاملہ کو مرہا بچہ تو پیدا نہیں ہوا یا بچہ میں پیدائشی جسمانی نقص۔ بڑا سر، زیادہ وزن وغیرہ۔  
پروفیسر پر سیلا دایٹ نے کچھ اس طرح حمل کی ذیابیطس کو تقسیم کیا ہے۔

## ذیابیطس قسم حمل

جس میں 75 گرام شوگر کھلا کر یا پلا کر خون کا گلوکوز برداشت کرنے کا ٹسٹ (G.T.T) کیا گیا ہو اور صرف غذائی کنٹرول سے علاج ہو رہا ہو یا پھر اس کے علاوہ انسولین بھی دی جا رہی ہو۔

## اقسام یہ ہیں

- 1- درجہ A ذیابیطسی کنٹرول صرف غذائی اور ذیابیطس کسی بھی عمر میں ہوئی ہو۔
- 2- درجہ B حاملہ کی عمر 20 سال یا اس سے زیادہ ہو۔ ذیابیطس کو ہوئے 10 سال ہوں۔

- 3- درجہ C ذیابیطس 10 سے 19 سال کی عمر میں شروع ہو یا ذیابیطس کی عمر 10 سے 19 سال ہو۔
- 4- درجہ D ذیابیطس کی ابتدائی عمر 10 سال سے کم یا ذیابیطس کی مدت 20 سال سے زیادہ یا پردہ چشم پر سوزشی ورم یا بلڈ پریشر کی زیادتی۔
- 5- درجہ R پردہ چشم پر بچہ خیز سوزشی ورم یا آنکھ کے پچھلے خانہ میں نزیف ورم یا بلڈنگ یا جریان خون۔
- 6- درجہ F ورم گردہ کا وجود اور پیشاب میں %500 ملی گرام پروٹین یومیہ کا اخراج۔
- 7- درجہ RF RF اور 6 دونوں کا ملا جلا وجود۔
- 8- درجہ H تصلب قلب کی شرائن القلب کا وجود۔
- 9- درجہ T فغل کلاوی یا گردوں کا فیل ہونا۔ گردوں کی پیوند کاری سے پہلے۔



ذیابیطس حمل ایک مجرد منفرد حالت ہے جس میں ضد انسولین اثرات حمل کی وجہ سے پیدا ہوتے ہیں۔ عام حالات میں ایسے مریضوں کو انسولین کی ضرورت نہیں ہوتی۔ ہاں بچہ کی عافیت کا خیال نہ ہو تو مشکل نہیں۔ مگر ایسی ذیابیطس حالت اس وقت تک ظاہر نہیں ہوتی حتیٰ کہ حمل کے آخری ایام نہ آجائیں۔ اس میں ذیابیطس مراحل سُست رو ہوتے ہیں اور یہ حمل کی پہلی سہ ماہی سے آخری سہ ماہی تک ظاہر ہوتے ہیں۔ اکثر غیر ذیابیطس عورتوں کی کھانے کے 2 گھنٹہ بعد شوگر 2-PP یا RBS 110 ملی گرام سے کم بھی ہو سکتی ہے اور ناشتہ سے پہلے 90mg۔ اگر کسی عورت پر شک ہو کہ اس کو حمل کی ذیابیطس ہے اور اس کی پہلی سہ ماہی کے خون کے ٹسٹ نارمل رہے ہوں تو تیسری سہ ماہی کے شروع میں OGTT (75 گرام شوگر کھلانے کے بعد ٹسٹ) لازمی ہے اور جیسے ہی ذیابیطس حمل کی تشخیص ہو تو فوراً غذائی پرہیز شروع کر دینا چاہئے۔

جن عورتوں کو ذیابیطس حمل ہو تو پیدائش کے بعد ذیابیطس کے علاج کی ضرورت نہیں ہوتی۔ صرف چند عورتوں کو ضرورت ہوتی ہے۔ ایسی عورتوں کو احتیاط کرنی چاہئے اور اپنا چیک اپ کرانا چاہئے اور غفلت میں مار نہیں کھانا چاہئے۔ کھانے کا پرہیز رکھنا چاہئے اور وقتاً فوقتاً خون ٹسٹ کرانا چاہئے۔ کچھ ایسی عورتیں ہوتی ہیں جن کو پوشیدہ ذیابیطس ہوتی ہے اور حامل

ہونے کے بعد پوری طرح ظاہر ہو جاتی ہے۔ کچھ عورتوں کو خفیف قسم کی ذیابیطس ہوتی ہے۔ جس کے علاج کی ضرورت نہیں ہوتی۔ بلکہ ورزش اور کھانے کے پرہیز سے ان کو فرق پڑ جاتا ہے۔

کچھ نوجوان اور جوان عورتیں جو حامل ہونا چاہتی ہیں اور اپنی فیملی بنانا چاہتی ہیں اور اگر ان کو حمل ہو جائے تو کئی معالات پریشان کرتے ہیں کیونکہ انہوں نے ہر کس و نا کس سے اس قدر سن رکھا ہوتا ہے کہ طرح طرح کے سوالات اٹھتے ہیں کہ کہیں حمل سے آنکھوں کی بینائی تو نہیں چلی جاتی۔ یا گردے تو فیمل نہیں ہوتے۔ دراصل ان باتوں میں کچھ جھوٹ، کچھ سچ اور کچھ افواہ ہوتی ہے۔

## آپٹک نرو کی ڈسک

اگر آپٹک نرو کی ڈسک پر نئی خون کی تالیاں موجود ہوں یا بن رہی ہوں (یہ دراصل پردہ چشم پر بچہ خیز سوزش کا آخری درجہ ہے) تو حمل کے دوران یہ مزید بڑھتی ہیں اور آگے چل کر انسان اندھا بھی ہو سکتا ہے۔ اگر حمل میں ایسی حالت موجود ہو تو پھر پہلے اس کا علاج لازمی ہے۔ دراصل حمل سے پہلے ہی چیک اپ اور علاج ہونا چاہئے اور اگر ہو تو پھر اسقاط حمل کے متعلق سوچنا چاہئے۔ اگر بچہ خیز سوزش موجود ہو اور لیزر سے علاج ہو چکا ہو تو پھر آنکھ پر سکون ہو چکی ہوتی ہے تو ایسی معتدل حالت میں حامل ہونے کا فیصلہ مناسب ہوگا۔ بچہ خیز سوزش پردہ چشم پر اگر آنکھ کے اعصاب کی ڈسک پر نہ ہو اور کسی دوسرے حصہ پر ہو تو نتائج کم خطرناک ہوتے ہیں۔ غیر بچہ خیز سوزش اگر موجود ہو تو حمل کے دوران اس کے زیادہ ہونے کا امکان کم ہے۔ پردہ چشم پر اگر خلفی سوزش موجود ہو تو حمل کے دوران زیادہ واضح ہو جاتی ہے اور یہ بچے کی پیدائش کے بعد کم بھی ہو سکتی ہے۔ خواہ کسی قسم کی ذیابیطس آنکھ میں تکلیف ہو تو ڈاکٹر کو ضرور دکھانا چاہئے۔ ماہر چشم کا فیصلہ حتمی ہوگا۔ کیوں کہ آنکھ کے پردہ کی تصویر یعنی ضروری ہے۔ سادہ اور فلوریسین انجکٹ کرنے کے بعد یہ ریکارڈ میں ہونا ضروری ہے۔

## ورم گردہ

اگر حمل سے پہلے گردے بیمار نہیں ہیں تو پھر حمل کے دوران گردوں کے بیمار ہونے کا امکان نہیں ہے۔ ساتھ ساتھ اگر پردہ چشم پر سوزش نہیں ہے تو یہ مزید اطمینان بخش بات ہے کہ

گردے محفوظ ہیں۔ کیونکہ آنکھ میں سوزش پہلے پیدا ہوتی ہے گردوں کے مقابلہ میں اور یہ آنکھ کی پتلی کو پھیلا کر آلہ چشم سے دیکھا جاسکتا ہے اور اگر پیشاب میں پروٹین کا وجود ہے اور 24 گھنٹہ میں 500 ملی گرام یا اس سے زیادہ پروٹین خارج ہو رہی ہو تو فکر والی بات ہے۔ حالانکہ خون میں نائٹروجن و کریاٹینین نارمل بھی ہو سکتی ہے۔ پیشاب میں اگر گہرا پروٹین یوریا ہو یعنی 5 سے 10 گرام یومیہ ہو تو بلڈ پریشر بھی زیادہ ہوگا اور دم بھی ہوگا۔ ایسی حالت میں گھر پر یا ہسپتال میں علاج اور آرام لازمی ہے اور وہ بھی کئی ہفتہ کا آرام اور یہ مکمل آرام پانچویں ماہ حمل سے آخری ایام حمل تک ضروری ہے۔ اگر حمل کی ابتداء میں پیشاب میں پروٹین ہے تو مریضہ اور اس کے لواحقین کو خبردار کر دینا چاہئے اور مریضہ کا پیشاب 24 گھنٹہ کا جمع کر کے پروٹین کا اخراج نوٹ کرنا چاہئے اور کریاٹینین کا بھی 24 گھنٹہ کا نوٹل اخراج نوٹ کرنا چاہئے اور اس کے بعد ہر ماہ ٹسٹ ہوں۔ اگر پیشاب میں پروٹین بڑھے اور کریاٹینین کا مصفاقی عمل بھی ٹھیک نہ ہو تو مریضہ کو مزید آرام بڑھانا چاہئے۔ 2 گھنٹہ آرام صبح دس بجے اور 2 گھنٹہ شام۔ گردہ کے دم کے ساتھ بلڈ پریشر بھی بڑھتا ہے۔ آرام کے ساتھ اس کا علاج بھی لازمی ہے۔ پیشاب آوردائیں ایسی حالت میں استعمال نہیں کرنی چاہئیں۔ کیونکہ ایسی حالت میں پانی کی کمی ”قبل الانساج“ یا پری ایلکٹرمز یا پیدا کر سکتی ہے۔ یہ حالت فوری توجہ کی مستحق ہے۔ اگر گھر پر کنٹرول صحیح نہیں ہو رہا ہے تو پھر ہسپتال کا داخلہ ناگزیر ہے اور وہ بھی ولادت ہونے تک۔ اگر خون میں کریاٹینین نارمل ہے اور جسم سے کریاٹینین کا اخراج کم ہے تو ایسا ہو سکتا ہے اور کریاٹینین کے مصفاقی (فلٹریشن) نظام میں کوئی تبدیلی نہیں ہو سکتی اور یہ بھی ہو سکتا ہے کہ کریاٹینین کا اخراج بہتر بھی ہو جائے۔ یہ بات بھی تقویت پاتی ہے کہ حمل کی حالت گردوں کو ٹھیک ہونے میں مزید مدد نہیں کرتی۔ دوسرے لفظوں میں فٹل کلاوی یا گردے کے ٹھیک ہونے سے حمل کا کوئی تعلق نہیں ہے، لیکن یہ بھی ہے کہ اگر گردوں کی فعالیت گر رہی ہے تو پھر صفاقی گردہ یا گردہ کی پیوند کاری ضروری ہے۔ اگر سیرم میں کریاٹینین 3mg سے زیادہ ہو تو پھر بچہ کی زندگی کو خطرہ ہی نہیں زندگی ممکنات میں نہیں ہے۔

### اعصابی ورم

یہ حمل کے دوران پیدا ہو سکتا ہے۔ اگر پہلے سے موجود ہو تو پھر بڑھ بھی سکتا ہے۔ یہ پریشانی کی بات نہیں ہے۔ ورم کے سبب جو جلدی بے حسی پیدا ہوتی ہے اس میں کبھی کبھار زخم

(السر) پیدا ہو سکتے ہیں۔ علاج سے زیادہ مریضہ کو تسکین کی ضرورت ہوتی ہے۔ مسکنات دیئے جاسکتے ہیں۔ خود کار نظام اعصاب کے تحت معدہ بھی بگڑ سکتا ہے۔ متلی کی شکایت بھی ہو سکتی ہے۔ اس کا علاج چھوٹے چھوٹے اسٹیک یا "پڑی چوگا" دیئے جاسکتے ہیں۔

### کیتونی اجسام کی تیز ابیت

جسم میں تھوہلی نظام (مینا بولک) کے تحت جو حاملہ عورت میں تبدیلی پیدا ہوتی ہے اس کے سبب کئی چیزیں ایسی پیدا ہو سکتی ہیں جو بچہ کے اسقاط کا سبب بن سکتی ہیں۔ آپ کی کوشش حتی الامکان شوگر کے کنٹرول پر ہونی چاہئے اور یہ دن کے 24 گھنٹوں میں 130 ملی گرام سے زیادہ نہیں بڑھنی چاہئے۔ خواہ فاسٹنگ ہو یا کھانے کے دو گھنٹہ بعد یا صبح دو بجے اور اس طریقہ سے کیتونی اجسام کی تیز ابیت سے حتی الوسع نجات مل سکتی ہے اور بچے کے لیے رسک صرف 5% رہ جاتا ہے۔ پیشاب میں مستقل شوگر کی زیادتی، کیتونی اجسام کی موجودگی، متلی، تے، پیٹ میں درد، بد ہضمی، پانی کی کمی اور تیز ابیت خون میں پیدا کر سکتے ہیں۔ اگر بروقت علاج نہ مل سکے تو بے ہوشی کی نوبت پہنچ سکتی ہے۔ فوراً امیر جنسی میں مریضہ کو پہنچانا چاہئے۔ کیتونی اجسام کی تیز ابیت 24 گھنٹہ کے اندر پیدا ہو سکتی ہے۔ لہذا فوری امداد کی ضرورت ہے۔

### حمل پر ذیابیطس اثرات

حمل کے دوران کئی پیچیدگیاں پیدا ہو سکتی ہیں اور طبیعت کو ان کے مقابلے کے لیے تیار رہنا چاہئے۔ مثلاً:

#### 1- اچانک اسقاط حمل:

یہ رسک ذیابیطس اور غیر ذیابیطس عورتوں میں ایک سا ہوتا ہے۔ اگر ذیابیطس صبح کنٹرول نہ ہو تو عورت کی زرخیزیت (فرٹیلٹی) پر اثر پڑ سکتا ہے کیونکہ حیض کی حالت ختم ہو سکتی ہے۔ اگر ایک مرتبہ عورت حامل ہو جائے تو پھر حمل کامیابی کے ساتھ تکمیل تک پہنچ سکتا ہے۔

#### 2- حمل کے دن:

جیسے جیسے آگے بڑھتے ہیں تو بچے کی نمو کے ساتھ ساتھ رحم کا سائز بھی بڑھتا ہے اور اس کے سبب رحم کا میکانیکل دباؤ گہرا، پیشاب کی نالیوں اور مثانہ پر بھی پڑتا ہے اور وقتی طور پر ٹھہراؤ

پیدا ہو جاتا ہے۔ جس کے باعث گردہ میں انفکشن اور ورم ہو جاتا ہے۔ اس ورم کے سبب کیتونی تیزابیت پیدا ہو سکتی ہے۔ پیشاب کی نالیوں میں ورم (U.T.I) غیر ذیابیطسی عورتوں میں بھی اچھے اثرات نہیں رکھتا۔ بلکہ سارے حولِ حمل بچے کی زندگی کے لیے خطرہ ہے۔ خصوصاً اگر ماں کو بلڈ پریشر اور کیتونی حالت ہو۔ بالکل یہی حالت ذیابیطسی عورتوں کو بھی پیش آ سکتی ہیں۔

## 3- سردرد:

کچھ عورتیں سردرد کی شکایت کرتی ہیں۔ مسکنات سے ان کا فوری علاج ہونا چاہئے اگر گھر پر علاج سے فائدہ نہ ہو تو فوراً ہسپتال داخل ہونا چاہئے۔

## 4- پیری اگلیمنز یا یا حالت قبل اشناج:

اس حالت میں بلڈ پریشر زیادہ، پیشاب میں پروٹین (البیومن) اور ٹانگوں و پاؤں پر ورم ہوتا ہے۔ یہ حالت ذیابیطسی عورتوں میں اکثر پائی جاتی ہے۔ ذیابیطسی حمل قسم "F" میں ورم گردہ، جسمانی ورم، بلڈ پریشر کی زیادتی کو عموماً پری اگلیمنز یا میں شمار نہیں کرتے۔ مکمل آرام کی ہدایت کرنی چاہئے بلڈ پریشر اگر کنٹرول نہ ہوتا ہو تو فوراً ہسپتال داخل کرنا چاہئے۔

## 5- پولی ہائیڈرونیاس:

ایک تہائی ذیابیطسی عورتوں میں اکثر یہ شکایت ہوتی ہے رحم کے اندر امینونک سائل بڑھ جاتا ہے۔ گلوکوز کی زیادتی اس کا سبب ہوتی ہے۔ اگر گلوکوز کو نارمل کے قریب شدید کنٹرول کیا جائے تو یہ پولی ہائیڈرونیاس کا حادثہ کم ہو جاتا ہے۔ شوگر کنٹرول کے علاوہ اور کسی علاج کی ضرورت نہیں ہوتی۔ یہ امینونک سائل کبھی کبھی ولادت قبل از وقت کو تحریک دیتا ہے اور یہ خطرناک ہو سکتا ہے۔

## 6- مردہ بچے کی پیدائش:

ذیابیطسی عورتوں کے آخری ایام حمل میں بچے کی شکم مادر میں وفات ایک حادثہ ہے۔ اس کا تعلق گلوکوز کی کمی اور زیادتی سے نہیں ہے۔ کیونکہ یہ حادثہ ان عورتوں میں بھی ہوتا ہے جن کو شوگر یا حمل ذیابیطسی ہو مگر خفیف ہو اور ان کا علاج غذائی تنظیم سے ہو رہا ہو۔ بس بات اتنی ہے کہ ڈیوری ذرا جلدی یعنی 37 ہفتہ میں کر دینی چاہئے اور یہی مناسب ہے۔

## 7- مشہی یا آنول:

ذیابیطسی حاملہ عورتوں میں آنول ذرا بڑی ہوتی ہے۔ غیر ذیابیطسی حامل عورتوں میں نسبتاً کم بڑی ہوتی ہے۔ جن حامل عورتوں کو درم گردہ ہوان کی آنول چھوٹی ہوتی ہے۔ غیر ذیابیطسی عورتوں کو درم گردہ ہوتوان کی آنول چھوٹی نہیں ہوتی۔ ذیابیطسی حاملہ عورتوں میں آنول میں حملہ یعنی انگشت نما، بھاریا Villac ہوتے ہیں اور ان میں خون کی زیادتی ہوتی ہے۔

علاج:

اگر پوری ٹیم (ڈاکٹر، نرس، مریضہ، سوشل ورکر، ماہر غذائیت حاملہ کا خاوند اور سسرال والے) کا تعاون حاصل ہو تو کوئی وجہ نہیں کہ حمل سے لے کر ولادت تک ہر مرحلہ خوش اسلوبی سے نہ گزر جائے اور زچہ بچہ سلامت رہیں۔

## اول سہ ماہی

حاملہ کی پہلی ڈاکٹری وزٹ بے حد اہم ہوتی ہے۔ جس میں ڈاکٹر کو خط اساسی بنانا پڑتا ہے۔ حاملہ کی پوری معلومات درج کرنی ہوتی ہیں۔ حالیہ ہسٹری، ماضی کی معلومات، معاینہ، آنکھ کا چیک اپ وغیرہ۔ لیبارٹری ورک آؤٹ جس میں گردوں کی فعالیت، جگر، بلڈ گروپ، 24 گھنٹہ کا پیشاب پروٹین کے لیے، کولیسٹرول، یوریا، کریاٹینین الیکٹرو لائٹ، ہیموگلوبن، اینٹی باڈی سکریننگ وغیرہ۔ جس سے معلوماتی خط یا لیکر بن جاتی ہے اور پورے حمل کے دوران آسانی رہتی ہے۔

مریضہ کو بے حد آرام سے ہر بات سمجھانا چاہئے اور اگر ممکن ہو تو چھپی ہوئی ہدایات فراہم کرنی چاہئے تاکہ مریضہ کو آسانی ہو۔ کھانے کی تفصیلی ترتیب اور ان کے متعلق کیلوری معلومات، خون شٹ کرنے کا طریقہ، گلوکو میٹر کا صحیح استعمال، پیشاب کی اسٹریپ سے گلوکوز اور ایسینون چیک کرنے کا طریقہ۔ ہر تین ماہ کے بعد Hb Al کا شٹ، صبح کا پیشاب شٹ کرنا ضروری ہے۔ اگر پیشاب میں کیٹون موجود ہوں تو رات کو سونے سے پہلے ایک چھوٹا اسٹیک (پھل، سینڈوچ وغیرہ) ضرور لینا چاہئے۔

## ڈائٹ (غذائیت)

حمل کے آخری ایام تک عورت کا وزن 10-15 کیلوگرام بڑھنا نارمل ہے۔ پہلی سہ ماہی میں اڑھائی کیلو وزن زیادہ ہونا نارمل ہے۔ حاملہ کی جسمانی ضرورت کے لیے 35 کیلو ری فی کیلو جسمانی وزن کے حساب سے اور بالا اضافہ 300 کیلو ری زودہ جو حمل سے پہلے لے رہی ہوں۔ فریہ اندام عورتوں کو کیلوری ذرا کم ہی دینا چاہئے۔ حمل کے دوران وزن کو کم کرنے کی کوشش ٹھیک نہیں ہوتی۔ حمل کی پہلی سہ ماہی میں چونکہ کیلوری ضائع ہوتی ہیں۔ مثلاً متلی، تے وغیرہ کے سبب اور آخری سہ ماہی میں بچہ چونکہ ماں کا پیٹ بھرے رہتا ہے لہذا عورت کی کیفیت عجیب ہی ہوتی ہے۔ بھوک کم ہوتی ہے لیکن دوسری سہ ماہی میں کھانا زیادہ کھایا جاتا ہے کیونکہ بچہ اپنی نمو کے لیے گلوکوز پروٹین اور ایسٹروئید کثید کرتا ہے۔ لہذا ماں کے کھانے میں ضروری مقدار جیسے نشویات 45% ہونی چاہئے۔ کچھ عورتیں 200 گرام یا زیادہ نشویات کی ضرورت محسوس کرتی ہیں۔ پروٹین بھی وزن کے حساب سے 1.5 گرام فی کیلو وزن ہونی چاہئے۔ باقی ایندھن جربی سے حاصل کرنا چاہئے مثلاً۔ دودھ، دہی، پیڑ وغیرہ اور ساتھ ہی فولاد کی گولیاں۔ فولک ایسڈ، مٹی، وٹامن وغیرہ بھی اگر ضرورت محسوس ہو تب وزن بھل کافی ہیں۔

## انسولین

پہلی سہ ماہی میں انسولین ذرا کم ہی استعمال ہوتی ہے۔ اس میں کچھ مشکلیں بھی درپیش آ سکتی ہیں۔ پہلی سہ ماہی میں انسولین کی ضرورت 10% کم بھی ہو سکتی ہے۔ ہر حاملہ عورت کے جسم کو مختلف ضرورت کا سامنا ہوتا ہے۔ آپ کا معالج آپ کو صحیح گائیڈ کر سکتا ہے۔ مثلاً شروع میں انسولین 100 NPH یونٹ جلد کے نیچے۔ صرف صبح کو لگائیں۔ انسولین کی وائل کو زور سے نہ ہلائیں۔ بلکہ دونوں ہاتھوں کے درمیان رکھ کر سی جٹنے کے انداز میں حرکت دیں اور مکس کریں۔ استعمال کے بعد وائل کو فریج کے دروازہ میں رکھیں۔ فریزر میں نہیں۔ ہر ٹیکہ نئی جگہ لگائیں۔ بازو کے اوپر حصہ میں۔ نچلے پیٹ پر ناف کے نیچے۔ دونوں رانوں کے پٹھوں پر سامنے کی طرف۔ سرخ سیدھی رکھیں 90 کے زاویہ پر انجکشن لگائیں۔ سرخ کی سوئی ساری جلد میں داخل ہونی چاہئے۔ بازو، پیٹ اور رانوں پر ٹیکہ انسولین پہلی اور دوسری سہ ماہی تک لگانا چاہئے۔ مگر پانچویں ماہ سے نویں ماہ تک صرف بازو اور رانیں۔

انسولین کی قسم اور مقدار آپ کے شوگر کنٹرول اور آپ کے ڈاکٹر کی رائے پر منحصر ہے۔ گھبر پر خون میں شوگر کی مقدار (ہوم مانیٹرنگ) بے حد ضروری ہے۔ میری ناقص رائے میں (آج کل WHO کا بھی یہی اصول ہے) اور ذاتی تجربہ میں ناشتہ سے پہلے گلوکوز 100mg۔ ناشتہ کے بعد یا دوپہر کے کھانے کے بعد یا نصف رات کے بعد 130mg ہونی چاہئے۔ اس سے زیادہ خطرناک ہوتی ہے۔ صحیح کنٹرول معلوم کرنے کے لیے Hb Alc کا ہر ماہ ٹسٹ ضروری ہے اور نتیجہ 7% سے کم ہونا چاہئے اگر ضرورت ہو تو انسولین پمپ بھی استعمال ہو سکتے ہیں۔ مگر یہ ذرا صبر آزما اور مشکل کام ہے۔ ہسپتالوں میں زیادہ مناسب ہے۔

## دوسری سہ ماہی حمل

یہ حمل کے بیچ کے تین ماہ حاملہ اور اس کے معالج کے آرام اور سانس لینے کا دور ہے۔ حمل کے اچانک سقوط کا زمانہ گزر چکا ہوتا ہے۔ ذیابیطس بھی سنبھل جاتی ہے اور جس متلی کے سبب حاملہ کی زندگی عذاب تھی وہ وقت بھی گزر جاتا ہے۔ اس سہ ماہی میں اگر پردہ چشم پر دم ہو تو پھر بڑی احتیاط کی ضرورت ہے۔ ہر ہفتہ آنکھ کا داخلی معائنہ ضروری ہے۔ اگر پردہ چشم پر خون دھبوں اور شعلہ کی شکل میں نظر آ رہا ہو تو ماہر امراض چشم سے رجوع لازمی ہے۔ اگر پردہ چشم پر بچہ خیز دم ہو یعنی سوزش ہو تو بہت آرام اور کامیابی کے ساتھ لیزر سے علاج کیا جاسکتا ہے۔ ان ہی حمل کے دنوں میں پیشاب بھی ٹسٹ ہونا چاہئے۔ اگر ضروری ہو تو پیشاب کا پلچرو حساسیہ (CIS) بھی ہونا چاہئے۔ حمل سے پیشتر اگر پیشاب میں البیومن ہو تو خون میں کریاٹینین کا ٹسٹ ہر ماہ ضروری ہے اور 24 گھنٹہ کا پیشاب پروٹین کے لیے ضرور ٹسٹ کریں۔ دوسری سہ ماہی میں **انسولین** کا استعمال ہر ہفتہ بڑھتا ہے۔ حمل کے بڑھنے کے ساتھ ذیابیطس بھی بڑھتی اور بگڑتی ہے اور رفتہ رفتہ انسولین کی طلب میں اضافہ ہوتا ہے۔ آنول بھی بڑھتی ہے اور اس سے خارج ہونے والے ضد انسولین ہارمونات بھی بڑھتے ہیں اور اس طرح سارا پس منظر ہی بدل جاتا ہے۔ بچہ کی نمو کے ساتھ بچے کی طلبات بھی بڑھ جاتی ہیں اور ساتھ ساتھ جسم میں کیتونی اجسام اور تیزابیت کا خطرہ بھی بڑھ جاتا ہے۔ پیشاب کا ٹسٹ لازمی ہے۔ دوسری سہ ماہی کی ابتداء اور 20 ویں ہفتہ سے پہلے الٹراساؤنڈ ضروری ہے اور پھر حمل قرار پانے کی تاریخ کا صحیح تعین بھی لازمی ہے۔

## تیسری سہ ماہی حمل

آخری تینوں ماہ کی مدت میں آنکھوں کا معائنہ۔ گردوں کی فعالیت اور ذیابیطس کا مکمل کنٹرول بے حد اہم ہے۔ بڑھتا ہوا حمل، بلڈ پریشر کی زیادتی، پاؤں پر ورم، پیدھاب میں پردھین کا وجود اگر یہ سب موجود ہو تو آرام کرنے کا پروگرام اس طرح ہو کہ دو گھنٹہ صبح کو اور 2 گھنٹہ شام کو 'بائیں کروٹ' ضرور لیٹیں۔ اس آسن میں لیٹنے سے کافی مدد ملتی ہے۔ اگر پھر بھی گردوں کی فعالیت کم ہو رہی ہو تو حاملہ کا ہسپتال میں داخلہ بے حد ضروری ہے۔ تیسری سہ ماہی کے شروع میں دوسرا الٹراساؤنڈ ضروری ہے۔ کیونکہ بچہ بڑھ رہا ہوتا ہے۔ 25 ہفتہ سے 30 ہفتہ تک یہ ضروری ہے اور آخری الٹراساؤنڈ 36 ویں ہفتہ میں لازمی ہے۔ انسولین کی طلب تیسری سہ ماہی میں مزید بڑھتی ہے۔ خصوصاً 34 سے 36 ویں ہفتہ میں۔ ولادت کے بعد عورت اپنے پہلے مقام پر آ جاتی ہے۔ ولادت کے بعد ذیابیطسی حمل میں عورت کی انسولین کی طلب ختم ہو جاتی ہے۔ مگر..... اگر انسولین کی طلب %50 رہ جائے (آخری ہفتہ میں) تو اس کا یہ مطلب ہے کہ بچہ خطرہ میں ہے۔ معالج کو علم ہونا چاہئے کہ %25 طلب میں کمی اتنی نادر نہیں ہے ایسا ہوتا ہے، مگر کیوں ہوتا ہے ابھی کسی کو علم نہیں ہے۔

کبھی کبھی یوں بھی ہوتا ہے کہ عورت حامل ہے اور تیسری سہ ماہی ہے اور ڈاکٹر کو مفا جا علم ہوتا ہے کہ حاملہ کو ذیابیطسی حمل ہے۔ کیونکہ حمل کا ذیابیطسی اثر تیسری سہ ماہی میں زیادہ ہوتا ہے۔ لہذا اس ایمرجنسی حالت سے نپٹنے کے لیے فوراً غذائی پلان نافذ کرنا چاہئے اور ہر ممکن طریقہ سے خون میں گلوکوز کو 105mg پر لے آنا چاہئے۔ ناشتہ سے پہلے اور کھانے کے دو گھنٹہ بعد %120mg شوگر کنٹرول حاصل ہو جاتا ہے تو 40 ویں ہفتہ تک کسی اور چیز کی ضرورت نہیں ہے۔ اگر خدا نخواستہ غذائی کنٹرول ناکام رہتا ہے تو فوراً انسولین کم مقدار میں شروع کر دینی چاہئے۔ ایسے مریضوں کو 38 ویں ہفتہ میں ہسپتال داخل کر لینا چاہئے اور 'لیبر' شروع کر دینی چاہئے۔

## بچے کے پھیپھڑے کی مکمل نمو

یہ جانچ ہسپتال کے داخلے کے بعد ہونی چاہئے امینونک سائل میں جو لیستھین اور سرنجو مائیلین کی نسبت (I.S.Ratio) ہے اس کا جاننا بے حد ضروری ہے۔ جب بچے کے پھیپھڑے

کامل نمونہ چکے ہوتے ہیں تو "L-S Ratio" میں "L" کی نسبت کمی گنا زیادہ ہوتی ہے 2:1 کی نسبت بچے کی زندگی کی ضمانت ہے۔ ذیابیطسی حاملہ میں اس کی نسبت زیادہ ہونی چاہئے 3.5:1 صحت مند نسبت ہے۔

ڈیوری کے وقت اور راستہ کا تعین ماہر ولادت کی حدود میں ہے۔ اگر بچہ تندرست ہے، پھیپھڑوں کی نمو مناسب ہے۔ رحم کا منہ بھی نارمل ہے اور حوض (Pelvis) کی وسعت بھی نارمل ہے تو نارمل ڈیوری کو ترجیح دینی چاہئے۔ اگر حالات نارمل ڈیوری کے لیے سازگار نہیں ہیں تو C/S "سیزیرین سکشن" لازمی ہے اگر C/S ولادت ہی کرنی پڑے تو افضل وقت صبح کا ہوتا ہے۔ کیونکہ اس وقت ذیابیطس کا کنٹرول بہتر طور پر ہو سکتا ہے۔ اگر آنکھ میں پردہ چشم پر بچہ خیز سوزشی ورم ہو تو ولادت سیزیرین ہی بہتر ہے۔ تاکہ آنکھ کی کچھلی جیبیر وٹریس میں جریان خون نہ ہو۔ اگر ڈیوری نارمل کرائی جائے تو جب عورت ولادت کے لئے زور لگا رہی ہوتی ہے تو منفی پریشر پیدا ہو کر جریان خون خطرناک ثابت ہو سکتا ہے۔ اگر رحم کے اندر بچے کی حالت خطرہ میں ہے اور پھیپھڑے کی نمو مکمل نہیں ہوئی ہے تو بھی اپریشن ضروری ہے۔ بچے کی اس ولادت قبل از وقت سے بچے کی زندگی بچائی جا سکتی ہے۔ کیونکہ آج کے دور میں بچے کو سنبھالنے کے لیے جدید آلات اور جدید طریقے وافر موجود ہیں۔

## ولادت کے وقت انسولین

ڈیوری کے دن انسولین کی حساسیت اور فعالیت معقول حد میں آجاتی ہے اور انسولین کی ضرورت آدھی رہ جاتی ہے (حمل سے پہلے کے مقابلہ میں) ڈیوری سے پہلے درمیانی فعال انسولین دینی چاہئے وہ بھی کم مقدار میں صبح کو دینی چاہئے اور ولادت اپریشن کے وقت نارمل سیلان کا ڈرپ لگانا چاہئے اور اگر اپریشن C/S کا پروگرام شام کو یا بعد ظہر ہو تو ڈرپ میں ڈیکسٹروز 5-5% گرام فی گھنٹہ دینا چاہئے۔ حتیٰ کہ ولادت مکمل ہو جائے۔ اگر خون میں گلوکوز زیادہ ہو تو وقفہ وقفہ سے قریباً 6 یونٹ ریگولر انسولین ہر دو گھنٹہ کے بعد لگانی چاہئے۔ اگر ضرورت ہو تو اس سے کم انسولین بھی لگائی جا سکتی ہے۔ ڈیوری کے بعد انسولین کی طلب کم ہو جاتی ہے۔ اگر نارمل ڈیوری ناکام ہو جائے تو شاید زچہ کو خارجی انسولین کی ضرورت نہ ہو۔ یہ بھی ہو سکتا ہے کہ ڈیوری کے دوسرے دن ضرورت پڑے۔ میں نے اپنی سروس اور پریکٹس کے دنوں میں گلوکوز 500 سی سی 5% 1.7% میں 12.5 یونٹ ریگولر انسولین شامل کرنے سے گلوکوز نیوٹرلائز ہو جاتی ہے اور پھر بھی

مزید انسولین کی ضرورت ہو تو 1 سے 2 یونٹ جلد کے نیچے ہر گھنٹہ کے حساب سے دی جاسکتی ہے یہ انفیوژن کی شکل میں بھی دے سکتے ہیں اور ہر گھنٹہ بعد خون کا شوگر کے لیے چیک اپ ہو سکتا ہے۔ انفیوژن ڈیوری کے روز صبح کو شروع ہونا چاہئے حتیٰ کہ ولادت مکمل ہو جائے۔

عام طور سے یہ نظریہ ہے کہ ذیابیطس قسم حمل صرف حمل تک ہی رہتی ہے اور اس کے ساتھ انسولین کی ضرورت بھی۔ یہ صحیح ہے۔ مگر میں نے یہ مشاہدہ کیا ہے کہ مسلسل تین یا چار بار ذیابیطس حمل صرف حمل کی حد تک محدود رہتی ہے مگر کئی ڈیوریوں کے بعد یہ مستقل ہو جاتی ہے اور یہ بھی دیکھا ہے کہ اس حالت میں گولیاں اور پریزی کانی ہوتا ہے۔ مگر کچھ مریض ایسے بھی ہوتے ہیں جن کو لامحالہ انسولین ہی لینی پڑتی ہے۔ یہ بھی دیکھنے میں آیا ہے کہ ذیابیطس حمل میں ڈیوری کے بعد عورت نارمل ہو جاتی ہے اور کسی علاج کی ضرورت نہیں رہتی۔ مگر میں نے یہ دیکھا ہے کہ اگر پریزی نہ کیا جائے۔ بے اعتدالی سے کھانا کھایا جائے تو جلد یا دیر سے ذیابیطس اسی پہلے کے زور شور سے در آتی ہے اور پھر لوٹ کر نہیں جاتی۔ میرا مشورہ ہے کہ پریزی جاری رکھا جائے۔ کم کھانے سے آدمی مرتا نہیں ہے۔ ارشاد نبویؐ ہے کہ معدہ کے تین حصہ کرو ایک حصہ پانی دوسرا ہوا اور تیسرا حصہ کھانا۔ اگر ارشاد رسولؐ کے مطابق کھایا جائے تو ثواب بھی ملے گا اور صحت بھی دستیاب ہوگی۔

ولادت کے بعد نوزائیدہ بچے کو ماہر اطفال اور نرسری کے سپرد کر دینا چاہئے۔ نوزائیدہ بچے میں عموماً گلوکوز کی کمی ہوتی ہے۔ کیونکہ بچے میں انسولین کی مقدار زیادہ ہوتی ہے۔ یہ گلوکوز کی کمی ولادت کے بعد پہلے گھنٹہ میں ہو سکتی ہے۔ اس کا جلد نوٹس لینا چاہئے کیونکہ بچہ سست ہوتا ہے اور حسب توقع زیادہ حساس نہیں ہوتا۔ اگر بچے کو دودھ قبل از وقت دے دیا جائے تو مدد مل سکتی ہے۔ گلوکوز کی کمی کا خطرہ نلنے کے ساتھ ہی تنفسی مشکل جیسے سرعہ التنفس کی مشکل پیش آسکتی ہے۔ کالسیوم کی کمی، صفراوی مادوں کی زیادتی اور بھوک کی کمی بھی ہو سکتی ہے۔

اگر ڈیوری نارمل ہو تو ماں اسی دن سے کھانا پینا شروع کر سکتی ہے۔ ولادت قصریہ کے بعد کئی دن تک ڈرپ میں غذا دینی چاہئے۔ وریڈ کے راستہ بتدریج غذا بڑھانی چاہئے۔ شروع میں نشویات یا کاربوہائیڈریٹ زیادہ ہونی چاہئیں۔ کیونکہ مقصود نرم غذا ہے۔ اس لیے پروٹین اور چربی دستیاب نہیں ہو سکتی۔ انسولین کی ڈیمانڈ بھی بتدریج بڑھتی ہے۔ خون میں گلوکوز کی مقدار کا چیک اپ ضروری ہے اور پیشاب بھی چیک ہونا چاہئے۔ اکثر عورتیں ایک ہفتہ کے اندر اپنی حمل سے پہلے کی حالت میں پہنچ جاتی ہیں۔ آنے والے دنوں میں ماں کا ہارمون ٹھو بھی

کم ہو جاتا ہے جس کے سبب انسولین کی حساسیت پر فرق پڑتا ہے۔ ماں کے جسم سے چونکہ آنول ایک دم خارج ہو جاتی ہے۔ جس کے سبب آنول سے خارج ہونے والے ہارمون بھی ایک دم ختم ہو جاتے ہیں۔ اس طرح سبب اور دوسرے فیکٹرز بھی وجود میں آتے ہیں۔

بس یہ جاننا ضروری ہے کہ حمل کے پہلے دن سے انسولین کی مقدار اور ولادت کے بعد پہلے دن کی انسولینی طلب میں خاصا فرق ہوتا ہے۔ جو مائیں اپنے بچوں کی خود پرورش کرتی ہیں ان کو بڑھتے ہوئے بچے کے لیے بھی اضافی غذا کی ضرورت ہوتی ہے وہ ان کو ملتی چاہئے۔ مگر ماؤں کو خود اپنے لئے اضافی غذا کی ضرورت نہیں ہوتی کیونکہ حمل کے دوران ان کا وزن خاصا بڑھا ہوتا ہے اور ان کے اسٹورز سے چربی نظام تحویل میں داخل ہو کر غذا پہنچاتی ہے۔ ولادت کے 4 سے 6 ہفتہ بعد ڈاکٹرز چہ کو دیکھ سکتا ہے اور انسولین کی ضرورت اور مقدار کا اندازہ لگا سکتا ہے۔



## ذیابیطس۔ عوارض القدم

مہد سے لحد۔ پیدائش سے بستر مرگ تک ٹانگیں اور قدم۔ زندگی اور آخری سانس تک ٹانگیں، حرکت الحیاۃ اور قدم زندگی کے لئے بے حد ضروری ہیں۔ خواہ انسان ہو یا حیوان متحرک اور فعال زندگی کے لیے قدم بے حد اہم ہیں۔ حرکت قدم، یا طرز خرام بکب رفتار یا قلائع نہیں بھرتا ہوا آہو سبک رفتار۔ ان سب نے انسانوں کو بے حد متاثر کیا ہے اور اپنے تخیل، اپنی فنی صلاحیتوں کو ہمبیز کیا ہے۔ غالب سے جب بن نہ آئی تو انہوں نے پاسبان کے قدم ہی لئے۔ حضرت داغ دہلوی بھی محبوب کی چال سے متاثر ہوئے بغیر نہ رہ سکے اور اعتراض کر بیٹھے کہ ”یہ بھی کوئی طرز خرام ہے“۔ حضرت فراق کی طبع نازک نے تو منظر ہی بدل دیا اور کہا اٹھے۔

تکووں سے بھری وہ گلابی جھلکی  
نوسی نقش کف پا سے لہرا کے اٹھی

فراق نے محبوب کے نقش کف پا کی خوبصورتی کا حق ادا کر دیا اور سچی بات تو یہ ہے کہ چھوٹا منہ اور بڑی بات ہوگی اگر میں یہ کہوں کہ ایسے گلابی کف پا تو ہم نے بھی دیکھے ہیں مگر نساد خلق کا خطرہ سکوت کا باعث ہے۔ مزاج اور شعر میں تو سات خون معاف ہوتے ہیں اور فیض صاحب نے ندرت احساس، استعارہ اور نازکی و تحلیل کی انتہا کر دی ”اُس در سے بڑھا وہ تیزی رفتار کا سیما“ کس غضب کا استعارہ ہے اور ندرت خیال کی معراج۔ فیض اس اس شاعر تھے۔ حسن و جمال ان کی فطری کمزوری تھی۔ بات قدموں سے چلی اور کہاں پہنچی۔

در اصل قدم حیوانی یا انسانی زندگی میں بے حد اہم ہیں۔ پاؤں کی تو س ایک تخلیقی مجموعہ ہے۔ پاؤں کے جوڑ انسانی جسم کا وزن بھی اٹھاتے ہیں۔ رفتار بھی بخشتے ہیں اور چال میں وقار بھی بخشتے ہیں اور اگر انسان کا وزن زیادہ ہو تو سب سے زیادہ ان کو ہی مشکل کا سامنا کرنا پڑتا ہے کہ وزن اٹھانے والے یہی جوڑ ہیں یا بقول ڈاکٹر یونس ہٹ ویٹ لفٹنگ یہی کرتے ہیں۔

دوران خون کی کمی۔ اعصابی ورم۔ پھٹی ہوئی خشک جلد اور ایڑیاں۔ شگاف، چھالے، گوشت کے اندر گھسے ہوئے ناخنوں کے زاویے۔ چوٹ، عرن (جلد پر زیادہ دباؤ کے سبب پاؤں کے تلوے میں مردہ مخروطی کیل جس کا سنا جلد کے اندر پیوست ہوتا ہے)۔ صلابت جلد (کھال پر خشک ابھار) اور زخم وغیرہ۔

ان سب عوارض اور ذیابیطس کی پیچیدگیوں کا گہرا تعلق ہے۔ ایک مدت سے یہ بات عام ہے کہ شوگر کے مریضوں میں پاؤں کی مشکلات خاصی پائی جاتی ہیں اور یہ ثابت بھی ہو چکا ہے کہ خون کی بڑی نظر آنے والی تالیوں اور خورد بینی خون کی تالیوں کی بیماریاں ذیابیطس کے مریضوں میں زیادہ ہوتی ہیں۔ کیونکہ ان کے بیمار ہونے سے دوران خون کی کمی واقع ہوتی ہے اس طرح آکسیجن بھی کم پہنچتی ہے اور اگر زخم لگ جائے تو زخم مشکل سے بھرتا ہے اور وقت لیتا ہے۔ سٹچی اعصابی ورم کے سبب جلد کی حس (لمسی) بھی کم ہوتی ہے اور جب یہ دونوں چیزیں موجود ہوں تو پاؤں کی حفاظت میں فرق پڑتا ہے۔

طیب کا بھی فرض بنتا ہے کہ شوگر کے ساتھ بلڈ پریشر، آنکھوں اور پاؤں کا معائنہ کریں کلینک کی نرس بھی توجہ دے اور جیسے ہی کوئی غیر طبعی چیز قدموں پر دیکھیں، فوراً اس کا نوٹس لیں اور اس کی دفاعی اور علاجی تدابیر سے مریض کو آگاہ کریں۔ ان کو بتائیں کہ پاؤں کی حفاظت اور صفائی کن طریقوں سے کریں۔ بڑے شہروں، بڑے ہسپتالوں میں تو یہ سب کچھ ممکن ہے کہ وہاں کارڈ پوڈشٹ، ڈاکٹر، جراح، خصوصی نرس، لیبارٹری، غذائیت کا ماہر موجود ہوتا ہے۔ یہ ایک مکمل ٹیم کا کام ہے جو مل کر مریض کی مدد کریں۔ طب الوقتی کے ذریعہ مریض، فیملی، نرس، دوست احباب کو تعلیمی دروس کی ضرورت ہے اور اس کے لئے تعلیم کا عام ہونا ضروری ہے تاکہ فائدہ ہو سکے۔

## وقف الدم یا دوران خون میں کمی

رفتہ رفتہ دوران خون کی کمی خصوصاً جسم کے نچلے حصہ میں یعنی ٹانگوں میں دوران خون کی کمی کے سبب جلد خشک، چھلکے دار، بغیر بالوں کی رانیں اور پنڈلیاں۔ کھال کے نچلے حصہ کی سبج میں لاغری اور عدم نمونی کیفیت طاری ہو جاتی ہے۔ جس کے سبب کھال میں خشکی، پاؤں اور ایڑیوں میں دراڑیں، چھالے، آبلے پڑ جاتے ہیں اور سنکس یا فطریات یا جراثیم کی پرورش ہونا

شروع ہو جاتی ہے۔ اگر چوٹ لگے۔ زخم بن جائے تو ایسی حالت میں جراثیم حملہ آور ہو جاتے ہیں اور اگر جسم میں گلوکوز کی مقدار بڑھی ہوئی ہو تو زخم مندمل نہیں ہوتا۔ اگر ناخن قوس کی شکل میں نہ کاٹے جائیں تو کناروں سے ناخن گوشت کے اندر بڑھنا شروع کر دیتے ہیں۔ یہ گوشت کے اندر بڑھتے ہوئے ناخن خصوصاً پاؤں کے انگوٹھے کے تنگ اور غیر آرام دہ جوتے۔ آگے سے نوکیلے جوتے، پاؤں پر دباؤ ڈالنے والے جوتے، جوتوں کے سخت تپے، سلوٹس پڑی جرابیں، جوتے کے اندر کوئی بھی کنکر یا پتھر پاؤں میں زخم کرنے کے لیے کافی ہیں۔ پاؤں کی لمسی حس یا گہری حس اگر متاثر ہو تو انسان کو چوٹ، درد، زخم کا احساس نہیں ہوتا۔ جب زخم سے بدبو آنا شروع ہو جائے تو وہ بھی کسی اور کے بتانے سے علم ہوتا ہے۔ سچ میں خون کی کمی کے باعث کئی پیچیدگیاں پیدا ہو سکتی ہیں۔ حتیٰ کہ گنگرین بھی اور اس طرح مریض کو کئی قسم کے علاجات کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔ جیسے دوران خون کو بحال کرنے کے لیے شراہین کی پیوند کاری اور یہ بھی ہو سکتا ہے کہ پاؤں کا قطعہ برید کیا جائے (یعنی پاؤں کاٹ دیا جائے)۔

## ورم اعصاب

کبھی کبھی جلد کی حساسیت بالکل ختم ہو جاتی ہے اور جلدی حس کم بھی ہو سکتی ہے یا مکمل غائب بھی ہو سکتی ہے۔ حساس حالت میں چونکہ حس غیر موجود ہوتی ہے اور ابھار والی جگہوں پر جلد خشکی کے سبب جگھڑوں کی شکل اختیار کر لیتی ہے۔ انسان کو درد کا احساس نہیں ہوتا اور اکثر اوقات اس کے نیچے خون جم جاتا ہے۔ خصوصاً پاؤں کے انگوٹھے۔ عظیم پشت پا (انگلیوں اور ٹخنے کے سچ کی لمبی انگلیوں کی پشت) کے مراکز دباؤ۔ یہ سب مراکز انگوٹھے اور پشت پا کے نیچے ناسور یا پھوڑے کی شکل اختیار کر لیتے ہیں اور اکثر پنچے کی لمبی ہڈیوں کے سروں میں ناسور بن جاتے ہیں۔ ہڈیاں گلنا شروع ہو جاتی ہیں اور پھر بڑھتے بڑھتے یہ ناسور چھوٹی ہڈیوں تک بھی پہنچ جاتے ہیں جس کے بعد علاج جراحی ہی ممکن ہے یعنی استحصال قدم یا انگلیاں اور نتیجہ پنچہ، قدم، لمبند سے ہاتھ دھونے پڑتے ہیں۔ کبھی کبھی دوران خون میں کمی اور اعصابی ورم ساتھ ساتھ ہوتے ہیں، لیکن یہ بات ذہن نشین رکھنی چاہئے کہ دوران خون کی کمی بہ نسبت اعصابی ورم کے زخم کو بھرنے میں زیادہ جارح ہوتی ہے اس لیے یہ فیصلہ ضروری ہے کہ ان سب عوارض کا سبب کیا ہے تاکہ علاج کا تعین کیا جاسکے۔ جگہ جگہ سے ترخی ہوئی، پھٹی ہوئی، شکاف اور سختی و خشکی انفکشن کا سبب بنتے ہیں اور اس کا سبب موسم، خشکی اور جوتے جس سے کھال ترختی ہے۔

چھالے، آبلے، ناخن کے زاویے، چوٹ، جلد یا کھال پر سخت ٹکونی کیلیں یا عرن اور جلد پر دباؤ کے سبب سے پڑنے والے گٹے ہوتے ہیں۔ کھال کے پھٹنے کا سبب خشکی جو خصوصاً ایزی پر شکاف ڈال دیتی ہے۔ Callus (گٹے) کے گرد عفونت جمع ہوتی ہے اور انفکشن ہوتی ہے۔

پاؤں کی مسلسل دیکھ بھال، غسل وضو پانچ بار، ویزلین، موم مراہم یا جلد کو نرم کرنے والی کریمیں اور ساتھ ہی ڈاکٹر کی تجویز کردہ فطریات یا فنگس کے لیے مراہم یا پاؤڈر وغیرہ استعمال کریں۔ انگلیوں کے درمیان جلد پسینے کے سبب پھٹ جاتی ہے۔ نہانے کے بعد پاؤں جگ سے بنیلیں ٹشو پیر سے اور خشک تولیے سے خشک کریں۔ ٹشو صانع کر دیں۔ پاؤں کا تولیہ علیحدہ رکھیں اور اس کو ابالیں۔ جرابیں صاف، خشک، کاٹن کی جن کو دو دن سے زیادہ نہ استعمال کریں۔ دھو کر دھوپ میں خشک کریں۔ اگر فطریات Tenea ٹینیا کی قسم کے ہیں تو مناسب پاؤڈر اور مراہم استعمال کریں۔ جرابیں سفید بہتر ہوتی ہیں۔ مسلسل دو دن سے زیادہ جوتا نہیں پہننا چاہئے۔ دو دن کے بعد سائے میں جوتے کو خشک کرنا چاہئے۔ دھوپ میں نہیں۔

## چھالے

پاؤں میں چھالے عموماً نئے جوتوں کے سبب پڑتے ہیں۔ جوتوں کی رگڑ سے چھالے بنتے ہیں۔ زیادہ چلنے اور کبھی کبھی ننگے پاؤں زیادہ چلنے کے سبب یا جرابوں سے اگر وہ صحیح نہ دھلی ہوں اور جراب میں سلٹوں میں ہوں۔ جوتے کے اندر اگر کنکر یا پتھر داخل ہو جائے اور پاؤں پر رگڑ ڈالے یا اگر گرمی زیادہ ہو، یا ٹھنڈ زیادہ ہو یا کوئی کیمیائی مادہ لگ جائے، یا کوئی آگ کے سامنے بیٹھ کر پاؤں تاپ رہا ہو ان سب حالتوں میں چھالے پڑ سکتے ہیں۔ اگر چھالے پانی سے بھرے ہوں اور دباؤ پڑ رہا ہو تو کھال کا اتار دینا بہتر ہے اور جو مادہ چھالوں سے خارج ہو اس کا جراثیمی کلچر کرانا لازمی ہے اور ان پر نیو اسپورین، پولی مکسین بی، بیکیٹیریسین نیو ماسین مراہم بہتر ہوں گے یا پھر میناؤن 10% چند قطروں سے صاف کریں۔

گرم پانی سے گھور کبھی کبھی نہیں کرنی چاہئے۔ پانی جسمانی ٹشو یا نیچ کو نرم کرتا ہے اور گرمی خون سے عاری نیچ کو جلا دیتی ہے اور یہ ہلاکت خیز تبدیلی مریض کو معلوم نہیں ہوتی۔ کیونکہ اعصاب کو تقریباً محسوس ہی نہیں ہوتی اس لیے کہ وہ مردہ ہوتے ہیں یا یوں کہتے کہ بے حس اور مریض کو یہ علم ہی نہیں ہوتا کہ کیا ہو چکا ہے۔ اسی سبب سے گرم پانی سے گھور، بجلی کے کبل اور گرم پانی کی بوتلیں کبھی کبھی اور کسی حالت میں استعمال نہیں کرنی چاہئیں۔ تمام وہ

علاجی طریقے جن میں شدت و زیادتی ہو۔ خواہ گرم نکلور یا برفانی نکلور سب مضر ہیں۔ ذیابیطسی مریض کو ننگے پاؤں نہیں چلنا چاہئے۔ خواہ گھر کے اندر یا باہر۔ ہر چھالے اور آبلے کو بے حد اہمیت دینی چاہئے اور اس کو ناسور اور ننگرین کا پیش خیمہ سمجھنا چاہئے۔ ننگرین (خورہ یا مردہ) کا علاج عضو کا کاشنا یا علیحدہ کرنا ہوتا ہے۔ پاؤں کے چھالوں اور آبلوں کے ساتھ چلنا منع ہے۔ حتی الوسع بیساکھی کا سہارا لینا چاہئے یا پھر بستر پر مکمل آرام۔

ہاتھوں اور پاؤں کی انگلیوں کے ناخن اگر نارمل بھی ہوں تو ان کے ذریعہ جسم میں جراثیم داخل ہو سکتے ہیں۔ اگر ناخن صحیح نہ کائے جائیں تو ان سے بھی خاصی پیچیدگی پیدا ہو سکتی ہے۔ وہ ناخن جو اندر گھسا ہوا ہو، خواہ نیا ہو یا پیدائشی یا جو توں کے سبب ہو۔ یہ سب ناخن کی اتامتی جگہ کو زخمی کر دیتا ہے جس کے سبب ناخن کی پلیٹ اندر کی طرف مڑ جاتی ہے اور عموماً پاؤں کے انگوٹھے کے ساتھ ایسا ہوتا ہے اور خون کی کمی کے باعث ناخن کو خاصا نقصان پہنچتا ہے۔ ناخن کی پلیٹ اور اس کے چاروں طرف عفونت بھی پیدا ہو سکتی ہے۔ ناخن سخت، لکیر دار، پھنا ہوا اور موٹا بھی ہو سکتا ہے۔ جو نیل کز یا ناخن تراش کی گرفت میں نہیں آتا۔ بہتر یہ ہے کہ نہانے کے بعد کسی چھٹی والے دن ناخن کو احتیاط سے کاشنا چاہئے۔ ورنہ مریض درد کے خوف سے ناخن کاٹنے سے گھبراتا ہے اور اس کے لواحقین بھی۔ اس لیے ناخن بڑھتے رہتے ہیں۔

جن لوگوں کو قسم دوم ذیابیطس ہوتی ہے۔ یعنی بڑی عمر کے لوگ تو ان کی نظر ذیابیطس اور عمر کے سبب کمزور ہوتی ہے۔ ان کو خود سے ناخن کا کاشنا مشکل ہوتا ہے اور اس عمر میں اعصابی درم اور دوران خون کی کمی کے سبب ناخن کی حفاظت ذرا احتیاط سے کرنی چاہئے۔ ناخن کا کاشنا ضروری ہے مگر ناخن کو ذبح کرنا ضروری نہیں۔ اگر ناخن زیادہ کٹ جائے تو زخم کے سبب جراثیم داخل ہو سکتے ہیں اور شوگر بھی اگر زیادہ ہو تو جراثیم خوب پرورش پاتے ہیں۔ خراب پاؤں اور خراب ناخن والے مریضوں کو وقفہ وقفہ سے جراح الاقدام کو ضرور دکھانا چاہئے۔ اگر یہ سہولت اور عیاشی میسر ہو۔ ضرورت سے زیادہ ناخن کو کاٹنے سے بہتر ہے کہ ناخن کو ویسے ہی چھوڑ دیا جائے۔ حتی کہ مناسب علاج مل جائے۔ کیونکہ زخم کے سبب مسلسل سوزش ہوتی ہے اور اس کے سبب ناخن کے اطراف میں فطری درم ہو سکتا ہے۔ اگر ناخن مڑ کر اندر گھسے تو اس کے درد کا علاج لازمی ہے تاکہ ناخن کی پلیٹ پر دباؤ نہ پڑے۔ وقفہ وقفہ سے ناخن کاشنا چاہئے یا جراح سے رجوع کریں تاکہ درد اور درم ختم ہو۔

## پاؤں میں چوٹ، زخم وغیرہ

ان سب کا سبب تنگ جوتے۔ آگے سے نوکیلے جوتے۔ یا سائز سے کم جوتے حساس پاؤں کو ہمیشہ مشکل میں مبتلا کرتے ہیں۔ کبھی کبھی پاؤں کی بناوٹ جوتے سے نہیں ملتی۔ سائز وہی ہوتا ہے مگر اندر سے پاؤں کے لیے فٹ نہیں ہوتا۔ جس کے سبب فوری زخم، آبلے، چھالے پڑ جاتے ہیں۔ پاؤں پر ایک معقول تہہ چربی کی ہمیشہ ہوتی ہے جس کے سبب پاؤں کو ایک نرم کشن دستیاب رہتی ہے اور کبھی کبھی یہ چربی کی تہہ بے حد کم ہوتی ہے جس کے سبب پاؤں کی گدازیت اور حفاظت میں کمی ہو جاتی ہے اور اس کے سبب پاؤں اور جوتے کی مطابقت ناممکن ہوتی ہے۔

معمولی حادثاتی چوٹیں زخم پیدا کرتی ہیں۔ جیسے جلد کی خراش یا سوراخ یا کیل سے زخم عموماً انفکشن کا سبب بنتے ہیں۔ یہ حادثے بڑے آرام سے نظر انداز ہو جاتے ہیں۔ کیونکہ لمبی احساس کے فقدان کے سبب کنکر و کیل کے زخم کا علم ہی نہیں ہو پاتا۔ اس لیے آپ کو بذات خود روزانہ اپنے پاؤں اور جوتے کا معائنہ کرنا چاہئے۔ تیز لوہے کے ٹکڑے ننگے پاؤں چلنے سے بھی چھب جاتے ہیں۔ اگر اکثر زخم جوتے کے تلے (Soles) اگر نرم چمڑے، اسٹینچ یا پلاسٹک کے ہوں تب بھی سخت، تیز دھار اور نوکیلے اجزا پاؤں کے اندر داخل ہو کر زخم کر دیتے ہیں۔ مریض کو پتہ بھی نہیں چلتا جب تک کہ بات آگے نہ بڑھ جائے۔ ورم میں زخم نہ آجائے اور جراثیم اپنا کام نہ شروع کر دیں۔ یہ زخم کھال کی حدود کو توڑ کر گوشت اور پھر ہڈیوں کے سرے تک پہنچ کر ہڈیوں کو گھلانا شروع کر دیتے ہیں۔

## عرن (کارن) یا صلابت جلد (Callus)

یہ جلدی ورم یا ابھار جلد کے نیچے ہڈیوں کے ابھار والی جگہ مسلسل دباؤ کے سبب بنتے ہیں۔ یہ کھال پر دباؤ کے سبب قدرتی عمل ہے اور اس کی حفاظت کرنی چاہئے۔ یہ قدموں کے اوپر پلتے ہیں۔ کبھی کبھی نماز کی قیام کی حالت میں ٹخنے اور پاؤں کی سائڈ پر پلتے ہیں۔ ان لوگوں کے پاؤں کی آرچ یا قوس یا زیادہ اونچی ہوتی ہے یا زمین سے لگی ہوئی بالکل فلیٹ (Flat) اگر اس کو نظر انداز کیا جائے تو پھر زیادہ دباؤ سے ان کے نیچے خون جم جاتا ہے اور تاسور بن جاتا ہے زخموں، عرن، تاسور کا علاج سرجن کا کام ہے اور ان کو بے حد آرام سے سارے مردہ، بے جان اور بے حس نسج کو مکمل طور پر نکال دینا چاہئے۔ اگر تاسور گہرا ہو تو موٹے

سرے والا پتلا اور گول آکھ ناسور میں آہستہ آہستہ ڈال کر زخم کی گہرائی کا پتہ لگانا چاہئے اور زخموں سے ہوا باش جراثیم اور غیر ہوا باش جراثیم کی زراعت یا کلچر ضرور کرانا چاہئے۔ زخموں کو باریک اور صاف ستھری لمل سے ڈھلکانا چاہئے اس کپڑے میں جراثیم کش دوا لگی ہونی چاہئے۔ جیسے نیو سیڈین گاز 10% بیوٹا ڈین یا کلورازین اور ساتھ میں بستر پر مکمل آرام تاکہ وزن کا دباؤ نہ پڑے اور ورم بھی کم ہو۔ کلچر کا انتظار بھی کرنا چاہئے تاکہ مریض کو صحیح دوا مل سکے۔

اگر زخم گہرا ہو، ورم ہو، لفاوئی غدود میں درد اور ورم ہو تو دوا میں وسیع العمل اور زیادہ اقسام کے جراثیم کو مارنے والی ہوں تاکہ فعالیت غیر ہوا باش جراثیم اور ہوا باش جراثیم کا علاج ہو سکے۔ جراثیم کش ادویات ٹیکوں کی شکل میں ملتی ہیں جو پھٹوں میں IM لگ سکتی ہیں یا وریڈ میں یا قطرہ قطرہ محلول کے ساتھ ہر 6-8-12 گھنٹے کے حساب سے۔ زخم کی پٹی روزانہ بدلتی چاہئے۔ زخم کی روزانہ صفائی ضروری ہے۔ گندگی کو باقاعدہ صاف کرنا چاہئے۔ ایک مرتبہ زخم بھر جائے تو پھر آہستہ آہستہ وزن اٹھانے والے جوڑوں کو حرکت دینی چاہئے اور اگر زخم ہمیشہ کے لیے بند ہو جائے تو بے حد احتیاط کی ضرورت ہوتی ہے۔ تاکہ یہ ناسور دوبارہ نہ ہوں اس لیے خیال رکھنا چاہئے کہ جن اسباب کے تحت یہ السر پیدا ہوتے ہیں ان اسباب کا تدارک بے حد ضروری ہے۔

## اعصابی السر یا زخم

جو زخم سٹچی ہوں ان کا علاج تو ہسپتال کے داخلے کے بغیر ڈاکٹر کے کلینک پر ہو سکتا ہے۔ وہ زخم جو گہرے ہوں ان کا خدشہ ہوتا ہے کہ وہ ہڈی تک نہ پہنچ جائیں۔ یا جوڑے کے خلاف تک نہ پہنچیں یا کہیں عضلات کی ڈوریوں یا ٹنڈن تک نہ پہنچ گئے ہوں جن کے لیے سرجری اور ہسپتال کی ضرورت ہوتی ہے۔ اگر ایسی صورت حال ہو تو پاؤں کی لمبی ہڈیوں کے سرے کاٹ کر نکال دینا چاہئے۔ یا پھر دباؤ کے مراکز کو بدل دینا چاہئے، لیکن ایسا عمل جراثیم اس وقت کامیاب ہوتا ہے جب دوران خون معقول ہو۔

خون کی سپلائی کی کمی کے سبب جو السر یا ناسور پیدا ہوتے ہیں وہ دراصل مردہ سبج کے ننھے ننھے مراکز ہوتے ہیں۔ گھر پر ان کا علاج مشکل ہوتا ہے۔ یہ حصہ دراصل متورم ہوتا ہے تاخیر کے حوال پر پھٹی ہوئی کھال کے نیچے اور اس سبب سے انسان معذور ہو جاتا ہے۔ ہسپتال داخلے کے بغیر ان کا علاج مشکل ہے۔ اگر مردہ سبج بڑھ رہی ہو تو ہسپتال کا داخلہ ناگزیر ہے۔

سٹچی زخم جسم کا بوجھ اٹھانے سے ہوتے ہیں۔ اگر گلوکوز کا کنٹرول صحیح ہو تو پھر ان زخموں

کے بھرنے میں دقت نہیں ہوتی ہے۔ بالکل بستر پر آرام، بیساکھی، چار پاؤں والا واکر کا اگر سہارا لیا جائے تو جسم کا وزن کم پڑتا ہے۔ یورپی ممالک میں تو زخم بھرنے والے سینڈل بھی ملتے ہیں۔ جن سے کافی سکون ملتا ہے۔ اس کام کے لیے لکڑی کے سینڈل مناسب ہوتے ہیں۔ مگر کبھی کبھی ان کے استعمال سے پاؤں پر دباؤ میں فرق پڑتا ہے۔ آج کل تو ایسے پاؤں کے جوڑے بنانا فن اور علم فیزیاء کا مرکب ہے۔ جرمنی، انگلینڈ اور امریکہ میں ان کے مراکز ہیں۔ وہ آرڈر پر جوڑے بناتے ہیں جو پاؤں کی شکل اور وزن کے مطابق ہوں۔ آج کل ایسے جوڑے خاص طور پر بن رہے ہیں جو چلتے میں انسانی وزن کو آگے کی طرف دھکیلتے ہیں اور پریشر مراکز سے وزن کم ہوتا ہے۔ یہ موضوع علیحدہ ہے اور میری گرفت سے باہر۔

### فعالی طور پر خراب قدم

عام قدم جو سبحان تعالیٰ نے عطا کیا ہے وہ خوبصورت اور مناسب ساخت کا ہوتا ہے۔ جو جسم کو سہارا بھی دیتا ہے اور ہر برے اور اچھے وقت میں اپنے آپ کو ڈھال لیتا ہے۔ اللہ تعالیٰ کا دیا ہوا قدم مضبوط، دیرپا، وزن اٹھانے والا، رفتار کو سرعت بخشنے والا اور سب سے بڑھ کر چال کو حسن و وقار بخشنے والا۔ جس کے متعلق فیض نے کہا۔

وہ جو خرامان سر گلزار ہے کون

جس کی مست خرامی سے منظر گلزار ہو گیا

مگر ایسا ہو کہ فعالی طور پر قدم خراب ہو۔ صحیح جسم کو نہ سہارا دے سکتا ہو۔ وزن نہ اٹھا سکتا ہو اور پھر کوئی اور سبب، قدم کا ڈھانچہ خراب ہو۔ پٹھوں میں عدم توازن ہو۔ فالج کی شکایت ہو۔ یا کوئی ایسی چوٹ جس کے سبب جوڑ کی بناوٹ میں فرق ہو تب مشکل پیدا ہوتی ہے۔ جسمانی کلینکی معائنہ ہی بتا سکتا ہے۔ نقص، بد وضعی، انگلیوں، انگوٹھا، پشت پا کی لمبی ہڈیاں (میٹاٹارسل) یا دباؤ کے تحت انگوٹھے کے ابھار پر خشک جلد کی موٹی تہہ بن (Keratosi) جاتی ہے یا پھر تلووں یا پھر کف پا پر جس سے رفتار کی سرعت میں فرق پڑتا ہے اور چال بھی بے ربط اور بے ڈھنگی ہو جاتی ہے۔ بالکل نئے قسم کا جوڑوں کا درد پیدا ہو جاتا ہے اور جو ذیابیطس مریضوں میں عام ہوتا ہے ایسے جوڑ کو شارکوٹ جوڑ کہتے ہیں یا اس کی قسم نیورو آسٹیو آرٹھرائٹس (Neuro-Osteo-Arthritis) ہے۔ اس قسم کے جوڑ میں پاؤں کی سہارا دینے والی صلاحیت ختم ہو جاتی ہے اور ہڈی گلنا شروع ہو جاتی ہے اور پاؤں کی قوس یا آرج منہدم ہو

جاتی ہے اور انجام کار نیچے گر جاتی ہے اور اس کے بدل میں بے ہنگم سی سی پی ہڈی بنی شروع ہوتی ہے جس کے لئے نرم خصوصی جوتے چاہئیں جو سہارا بھی دے سکیں۔ میزان قائم رکھ سکیں اور نیز بے پاؤں کو جگہ دے سکیں اور ساتھ میں چلنے کی قوت بھی۔

اگر ایسے جوتوں کا معائنہ کیا جائے تو جوتے کی شکل بد وضع اور خراب ہوتی ہے۔ جوتے کے تلے میں خرابی اور تبدیلی واضح نظر آتی ہے۔ دونوں ٹانگوں کی لمبائی میں بھی فرق پڑتا ہے کیونکہ جوڑوں کی ہلنے چلنے کی صلاحیت ختم ہو جاتی ہے۔ پٹھوں میں تشنج کے سبب سے پاؤں پر کھچاؤ اور دباؤ پڑتا ہے اور پاؤں کی بناوٹ بگڑ جاتی ہے کیونکہ جوڑوں پر دباؤ کے سبب تیج کو نقصان پہنچتا ہے۔ جن لوگوں کی ذیابیطس صحیح کنٹرول نہیں ہوتی تو اکثر ان کے پاؤں میں گنگرین ہونے کا امکان ہوتا ہے اور یہ مرحلہ پیچیدہ ہے۔ دوران خون کی کمی، چوٹ، زخم، جراثیم کا حملہ اور پھر مردہ تیج یا نشو کا وجود اور نتیجتاً جراحت کا عمل جس میں کسی رعایت کی گنجائش نہیں ہوتی۔ اگر آج انگلیوں کا استحصال ضروری ہے اور نہ کیا جائے تو کل پاؤں کا اگلا پیچہ اور اس کے بعد پورا قدم۔ تو اگر کسی انگلی میں گنگرین ہوگئی ہے تو اس کا نکال دینا بہتر ہے اور اگر انفکشن بڑھ رہی ہے تو مثلث یا ٹکونی شکل کا آپریشن لازمی ہے جس میں دو یا تین انگلیاں اور ایک پنجے کی لمبی ہڈی نکالی جاتی ہے۔ یا حسب ضرورت۔ وقت کے تقاضے اور جتنا پاؤں یا ٹانگ اور جو باقی ہے اس کو بچاؤ۔ اپنا خیال رکھو۔ گلوکوز کنٹرول کرو۔ ورزش وقت پر کرو اور کھانا کم کھاؤ اور اتنا جتنا زندگی کے لیے ضروری ہے۔

بستر پر لمبے عرصہ کا ریست یا آرام اتنا صحت مند نہیں ہوتا۔ جسم کے ٹپھے عدم استعمال کے سبب لاغر ہو جاتے ہیں۔ جن مریضوں کو پاؤں کی تکلیف ہوتی ہے اور وہ اپنا خیال نہیں کرتے ان کو بے حد مشکل کا سامنا کرنا پڑتا ہے۔ ان کو ہسپتال داخل ہونا پڑتا ہے۔ یہ دو چار دن کی بات نہیں ہے بلکہ طویل مدت کا کام ہے۔ چند ہفتہ سے لے کر دو چار ماہ کی مدت بھی ہو سکتی ہے اور اس میں مادی خسارہ حکومت کا بھی ہوتا ہے اور مریض کی جب خاص کا بھی۔ مریض کو مکمل شفا یابی کے لیے ڈیڑھ دو ماہ چاہئیں اور ایسے مریض کے آپریشن، علاج کے لیے مریض کو قریباً 3 ہفتہ پہلے داخل کرنا پڑتا ہے تاکہ آپریشن کی تیاری کی جاسکے اور آپریشن کے بعد بھی تین یا چار ہفتہ رکھنا پڑتا ہے تاکہ زخم کی نگہداشت ہو سکے۔

اگر مریض کو متوقع پٹھوں کی لاغری سے بچانا مقصود ہو تو پھر جیسے ہی مریض کو داخل کیا جائے تو اس کو کسی مجوزہ پروگرام کے تحت مریض کی بحالی کا انتظام ہونا چاہئے تاکہ مریض کم

سے کم وقت میں صحت مند ہو کر نکلے اور صحت اور پیہ ضائع نہ ہو۔

بحالی کا پروگرام گروپ پروگرام ہے۔ جس میں فیزیوتھراپسٹ، نرس، ڈریٹنگ علاج، ڈاکٹر، سرجن، پاؤں کا ماہر، غذائیت کا ماہر وغیرہ جو مریض کو صحیح طور پر مریض کو بحال کر سکیں۔ ڈریٹنگ روز ہو۔ شست رفتاری سے زخم اگر بھر رہا ہو تو زخم کے مادہ کو کھچ بھی کرانا چاہئے۔ ڈاکٹر پروفیسر ڈیرک ہاکیڈ نے اسفورڈ میں گہرے زخم کی تین جگہ سے کھچ سہیل لیتے ہیں۔

1- سطحی 2- درمیان 3- زخم کی گہرائی سے۔ تاکہ علاج میں چوک نہ ہو۔ اس طرح سے صحیح جراثیم کش دوائی کا انتخاب ہو۔ مریض بھی جلد فارغ ہو اور یہ سب اقتصادی وسیلہ ہے۔ چستی سے ورزش ہونا چاہئے تاکہ عضلات کی ٹون نہ خراب ہو۔ کرڈٹیں باقاعدہ بدلیں تاکہ پشت پر ناسور نہ پیدا ہوں۔ دوران خون قائم رہے۔ ورزش آپریشن کے دن تک ہونی چاہئے اور آپریشن کے بعد بھی جلد از جلد ورزش شروع کر دینی چاہئے۔ فزیوتھراپی کا ماہر مریض کو چلنے کی تیاری کراتا ہے اور نئے نامساعد حالات سے مقابلہ سکھاتا ہے اور ساتھ ساتھ بیساکھی وا کر یا سپورٹ والے آلات کے ساتھ حرکت کرنا سکھاتا ہے۔

## برگر پروگرام

برگر نے ایسے مریض کے لیے ایک پروگرام وضع کیا تھا کہ مریض کو 30 سے 60 ڈگری تک اونچا کر کے رکھیں۔ اس کے بعد جانبی پوزیشن میں اور پھر چت لٹائیں۔ دس منٹ میں سرکل مکمل ہونا چاہئے۔

1- پاؤں دو منٹ اونچا رکھیں 2- لٹائیں۔ 4 منٹ 3- چت لٹیں 5 منٹ، ہر مرتبہ اس عمل کو چھ مرتبہ دہرائیں اور دن میں 3 یا چار بار اس کو دہرائیں۔ برگر کی ورزشیں دوران خون درست کرتی ہیں اور مریض کو جو 24 گھنٹے لیٹنا پڑتا ہے اس کی یگانگت اور اکتاہٹ سے بھی نجات دہتی ہے۔ مریض کو چلنے کے لئے 4 ٹانگوں والا وا کر بھی دینا چاہئے تاکہ سہارے سے چلے۔ مریض کو مالش کی ضرورت نہیں ہوتی بلکہ فزیوتھراپسٹ کی ضرورت ہوتی ہے۔ جس کو ہر پٹھے اور اس کے وظیفہ کا علم ہوتا ہے۔ یعنی ہر پٹھے یا عضلات کا کیا کام ہے۔ فزیوتھراپسٹ کے بغیر عضلات کا تعین اور علاج ممکن نہیں ہے۔ درد سے معذور عضلات، قدم، پنڈلیاں یا عضو کے کٹنے کے بعد مریض اپنی ٹانگیں پیٹ سے لگا کر رکھتا ہے۔ مریض کو اس حالت میں ٹانگیں رکھنے سے باز رکھنا چاہئے۔ کیونکہ عضلات اس پیچیدہ پوزیشن میں اکڑ کر جام ہو جاتے ہیں۔ اس لیے

آپریشن کے بعد Splints استعمال کرنی چاہئے۔ یعنی ٹانگ کو لکڑی کی چوڑی پٹی کے ساتھ باندھنا چاہئے اور آج کل تو جو بھی حصہ جسم کا کتنا ہے اس کا مصنوعی نعم البدل مل جاتا ہے۔ جیسے کہ ہاتھ، بازو، قدم، ٹانگ وغیرہ اور آج کل تو باقاعدہ پیوند کاری (Transplant) بھی ہو رہی ہے۔ ہاتھ، پاؤں کے خصوصی معالج کا بھی خاص الخاص دور ہوتا ہے جو یہ بتاتا ہے کہ جسم کو نئے حالات میں کس طرح استعمال کرنا چاہئے اور وہ مناسب علاج بھی دیتا ہے۔ کیونکہ آپریشن کے بعد قدم، ٹانگ پر دم بھی آسکتا ہے۔ پٹھے بھی کمزور ہو جاتے ہیں اور ساتھ ساتھ ہڈیوں میں بھی کمزوری پیدا ہوتی ہے۔ جراثیم کی جگہ جو توجیح بنتی ہے وہ بھی کمزور ہوتی ہے اور صرف ماہر اقدام ہی بالکل صحیح مشورہ دے سکتا ہے کہ کیا استعمال کیا جائے۔ منحصر اعضاء پر دم تو اکثر رہتا ہے۔ جو ایک آدھ ماہ رہتا ہے اور وہ جوتے جو جراثیم سے پہلے ٹھیک لگتے تھے وہ جراثیم کے بعد تنگ بھی کر سکتے ہیں اور زخم بھی پیدا کر سکتے ہیں اس نکتہ کو ہمیشہ ذہن نشین رکھنا چاہئے۔ جن مریضوں کو آسٹیوپوروسس (ہڈیوں سے کالسیوم خارج ہونے کی بیماری) ہو ان حضرات میں ہڈیاں ٹوٹنے کا امکان زیادہ ہوتا ہے اور ان میں شارکوٹ جوڑ ہونے کا اندیشہ بھی ہوتا ہے اور پاؤں کے وہ زخم جو جراثیم کے کئی ماہ تک کھڑے انسان کا وزن نہیں اٹھا سکتے ہیں۔

ایسا قدم جس میں انگلیوں کے ساتھ پنچے کی لمبی ہڈی بھی نکالی گئی ہو اس پر خاص توجہ دینے کی ضرورت ہوتی ہے۔ ان کے لیے خصوصی جوتے خواہ وہ کلاڑک کے ہوں۔ ایدیا اس یا پھر کلاڑک، ولابی (Clark-Wallabee) کے ہونے چاہئیں جس میں نرم، دہرا ہونے والا کریپ کا سول ہو چڑا نہیں۔ اگر کسی پاؤں کی کوئی انگلی نکالی جا چکی ہو اور اگر اس کے ساتھ لمبی پنچہ کی انگلیوں کے سرے بھی شامل ہوں یا ایک سے زیادہ انگلیاں نکالی جا چکی ہوں تو بہتر یہ ہوگا کہ اس کے لیے سانچے میں ڈھلا ہوا پلاسٹوزوٹ کا اضافی ٹکڑا جوتے کے اندر رکھا جائے (جوتے کے پنچہ والے حصہ میں) اور جوتے کے تلے میں اضافی سول رکھا جائے جس سے سول کی موٹائی بڑھ جائے تاکہ آپریشن کے بعد جو جسمانی فرق دونوں پاؤں میں پڑا ہے وہ دور ہو جائے اور چلنے میں آسانی ہو اور دوسرے نارمل پاؤں میں فرق نہ پڑے۔

ذیابیطس مریض جب بھی پہلی بار طبیب کے پاس جائے تو اس کو آسان زبان میں پاؤں کی دیکھ بھال کے متعلق اور اس کی اہمیت کے متعلق ضرور بتانا چاہئے۔ مناسب عمر اور سمجھدار مریض کو اگر سمجھا دیا جائے اور غفلت کے نتائج سے آگاہ کیا جائے تو مریض کی زندگی سہل ہو سکتی ہے اور انتظار کے کمرے میں جب مریض بیٹھ کر انتظار کرتا ہے اور اخبار اور رسائل

پڑھتا ہے یا دوسرے موجود حضرات سے گپ لگاتا ہے تو اگر غرض انتظار گاہ میں اگر وڈیو اور ٹیلی وژن رکھ دیا جائے اور ایسی معلوماتی فلمیں ملتی ہیں جن کو دیکھ کر مریض منہ سی لیتا ہے یا کثرت طعام سے توجہ کر لیتا ہے اور یہ بھی ہوتا ہے مریض کے لیے ورزشی پروگرام لگا دیا جائے اور اس کی اہمیت واضح ہو۔ کیونکہ سننے اور دیکھنے کی تاثیر علیحدہ ہوتی ہے۔ یہ ڈاکٹر کا فرض بھی ہے اور وسیلہ ثواب اور خدمت مطلق بھی۔

### مریض کو حسب ذیل ہدایات ملنی چاہئیں:

1- پاؤں کی صفائی پر وقت صرف کرنا چاہئے۔ پاؤں احتیاط اور نفاست سے دھلنے چاہئیں اور کم از کم ایک بار روزانہ نہانا چاہئے۔ انڈرگارمنٹس (بنیان، انڈرنیئر، بریزری) کو صابون اور ڈیٹول میں سوک کرنا چاہئے۔ پاؤں کے اوپر تلے اور انگلیوں کے درمیان کی جھلی کو خشک کر کے معائنہ کرنا چاہئے۔

2- پاؤں خشک کر کے سادہ سی کوئی کریم پاؤں اور ایڑی پر ملنی چاہئے اور پاؤں کی صفائی کے لیے برکانی مٹی (آتش فشاں کی مٹی) استعمال کرنی چاہئے یا پھر دیسی مٹی کا جھاواں، ایڑیوں پر ہفتہ میں ایک مرتبہ۔ رات کو دیر لین لگا کر اور سوتی جرائیں چہن کر سونا چاہئے۔

3- جرائیں خریدتے وقت بے حد احتیاط برتیں۔ جرائیں کاشن کی ہوں تو بہتر ہے گردن لمبی اور ڈھیلی ہونی چاہئے۔ یعنی الاسٹک سخت نہ ہو ورنہ دوران خون میں حارج ہوتا ہے۔ جرابوں کو روز دھونا اور بدلنا چاہئے۔

4- نرم، مناسب فٹ جوتے جن کے اندر نرم اسٹر ہو اور سول بھی (تلا) نرم، گداز اور فٹ، سائز سے 1/2 نمبر بڑا بہتر ہے۔ جوتوں کی سلیکشن میں بھی خوب احتیاط برتنی چاہئے۔ لیس یعنی فیتوں والے جوتے یا پھر چپک کر بند ہونے والے جوتے بہتر رہتے ہیں ان جوتوں کا مقصد پاؤں کو گرفت میں رکھنا اور سپورٹ دینا ہے تاکہ چلنے میں آسانی ہو۔ میں کھلی چپل، سینڈل اور سخت چمڑے کے جوتے کے حق میں نہیں ہوں پاؤں کی سالمیت و صحت کے لیے اوپر دی گئی ہدایات پر ضرور عمل کریں۔ روزانہ نہانے کے بعد پاؤں خشک کرتے وقت پاؤں کا معائنہ لازمی ہے اور وقتاً فوقتاً ڈاکٹر کا مشورہ اور معائنہ بے حد ضروری ہے۔



## ذیابیطس و متعدد بیماریاں (چھوت)

جیسا کہ پہلے بھی کہیں عرض کر چکا ہوں۔ تخلیق اور خصوصاً انسانی تخلیق ایک حیرت انگیز معجزہ ہے۔ عقل حیران رہ جاتی ہے اور کون و خالق کون کے راز نہیں کھل پاتے۔ نہ یہ عقل کام کرتی ہے اور نہ یہ عمر ہی کافی ہے۔ صرف یہ کہ ”آنکھ والا ہی تیرے جلووں کا تماشا دیکھے“۔

حیوانی اور انسانی جسم میں سبحان تعالیٰ نے خود کار دفاعی نظام رکھا ہوا ہے اور ذیابیطس کا تعلق بھی خود کار دفاعی نظام کی کمزوری سے یا کمی سے ہی ہے، تو اس لیے ذیابیطس کے مریضوں خصوصاً Type 1 یا چھوٹی عمر کی ذیابیطس میں اس خود کار نظام کی کمی کی وجہ سے مدافعتی طاقت کم ہوتی ہے۔ جب بھی کوئی بیماری حملہ آور ہوتی ہے تو عام حالات میں جسم اپنی پوری صلاحیتوں کے ساتھ مدافعت کرتا ہے اور جراثیم کا قلع قمع کرنے کی کوشش کرتا ہے مگر ذیابیطس کے مریض میں چونکہ مدافعت کم ہوتی ہے لہذا جسم کو مشکل کا سامنا کرنا پڑتا ہے۔ اس ضمن میں کئی چیزیں سبب بنتی ہیں۔ مثلاً جسم میں گلوکوز کی خون کی مقدار۔ مریض کے ذاتی نظام مدافعت کی موجودہ حالت، خلا یا (Cells) کے سبب سے پیدا ہوا نظام مدافعت۔ غدود صماء کا اثر۔ خون کی تالیوں کی نا اہلیت۔ اعصاب پر درم۔ کان کے باہر کے حصہ میں درم۔ گردہ پیشاب کی تالیوں میں انفکشن۔ گردہ میں ہوائی چھالے کا درم۔ ناک اور دماغ کا فطریاتی درم۔ جلد کی جراثیمی بیماریاں۔ ہڈیوں کے اندر جراثیم کی انفکشن وغیرہ وغیرہ۔

پچھلی نصف آخردی اور موجودہ دور تو سبحان تعالیٰ کی رحمت کا دور ہے کہ اگر روزنت نئے امراض پیدا ہو رہے ہیں تو ساتھ ساتھ ان کا علاج بھی دریافت ہو رہا ہے۔ جو جراثیم اور بیکٹیریا کی نئی نسلوں کا علاج کرتی ہیں۔ انسولین کی ایجاد سے پہلے 1914ء سے 1922ء کے دوران قریباً ذیابیطس مریضوں کی اموات کی شرح 18% جراثیم اور انفکشن تھے۔ یہ شرح اموات 1930ء سے 1943ء کے درمیان کم ہو کر 13% رہ گئی تھی۔ مگر جنوبی امریکہ، افریقہ،

ایشیا اور جنوب مشرقی ممالک کا کیا حشر تھا اس کا علم تو مرنے والوں اور رب العزت کو ہے اور آج کل جس طرح دبائی امراض Hep:A,B,C,D اور دوسرے امراض جاہل اور بے ضمیرے ڈاکٹروں اور دندان سازوں اور دانتوں کے جراحوں کے ذریعہ سے پھیل رہے ہیں کہ الامان الحفیظ۔ کیونکہ کوئی ایسی چیز جس سے مرض رک سکتا ہے اس میں پیسے خرچ ہوتے ہیں۔ مثلاً دستانے، پلاسٹک سرنجیں اور دوسری احتیاطی تدابیر۔ حالانکہ چلتی ریل گاڑی اور فٹ پاتھ پر بھی زہور لئے دانت نکالنے کو لوگ پھر رہے ہوتے ہیں۔ دیہاتوں اور قصبات میں بھی جاہل ڈاکٹر دکان کھولے بیٹھے ہیں اور فارمیسی میں تو اکثر لوگ علاج بھی لیتے ہیں اور انجکشن بھی لیتے ہیں۔ الغرض اتنی جہالت ہے کہ کسی کو نہ علم ہے۔ نہ ہی پرواہ اور نہ ہی خطرہ کا احساس ہے کہ ان احتیاطات سے تو بچا جا سکتا ہے۔ خطرہ ٹل سکتا ہے مگر برا ہو جہالت اور غربت کا کہ کچھ بھی نہیں کہا جا سکتا کہ اخصائے کانہ تصور تھا، نہ فکر، نہ وقایہ کا فکر۔ رہی یورپ، بریطانیہ اور امریکہ کی بات تو وہاں ذیابیطس اور انفکشن کے لحاظ سے شرح اموات 1% ہے اور انتقال کے بعد جن حضرات کی آٹوپسی ہوئی تو مرنے والوں میں زیادہ تعداد براکونمونیا، لو بار (Lobar) نمونیا۔ ورم باریطون (Peritonitis) ورم گردہ، ورم غلاف گردہ یا ناسور حول گردہ (Perinephric Abscess)۔ ورم غلاف قلب (Peri-carditis)۔ ورم حول استقاء (گردن توڑ بخار، سل یا تپ دق، گیس گنگرین یا اور دوسری جراثیمی بیماریاں وغیرہ)۔ جہاں تک مریضوں میں انفکشن ذیابیطسی کا تعلق ہے تو پیشاب کے راستے کی انفکشن (U.T.I) جہاز تنفس یا سانس کے راستوں کی انفکشن اور جلدی بیماریاں بے حد سرعت کے ساتھ پھیلتی اور زور پکڑتی ہیں اور اگر شوگر کا کنٹرول معقول نہ ہو تو شفا بھی دیر سے ہوتی ہے۔ کیونکہ جسم میں شوگر کی زیادتی جراثیم کے لیے کھاد کا کام کرتی ہے۔

1932ء سے 1942ء کی دہائی میں عام غیر ذیابیطسی مریضوں میں جن کی عمر 12 سال سے اوپر تھی اور وہ جن میں ذیابیطس تھی ان ہر دو میں مقابلتا زیادہ فرق نہیں تھا۔ مگر ذیابیطسی مریضوں میں گردہ اور پیشاب کی نالیوں کا ورم انفکشن کے سبب زیادہ تھا اور ہاتھ اور پاؤں میں ورم کی شکایت زیادہ تھی۔ کیونکہ جراثیم کش ادویات اور انسولین دریافت ہو چکے تھے۔ حالانکہ آج کل ریسرچ کا کام زوروں پر ہے۔ جراثیم کش نئی نسلیں بھی پیدا ہو رہی ہیں اور ان کے علاج بھی دریافت ہو رہے ہیں اس کے باوجود انفکشن خاصی تعداد میں پائی جاتی ہے اور ذیابیطسی مریضوں میں شرح امراض اور شرح اموات خاصی زیادہ ہے اور یہ دیکھا گیا ہے

کہ جن مریضوں میں جرٹو مڈ اسٹیفیلو کا کس موجود ہے ان میں حول قلب کے ورم کی نسبت زیادہ ہے۔ اگر کسی ذیابیطسی مریض کو کیتونی تیزابیت (D.K.A) کے ساتھ انفلکشن بھی ہو تو جان کا خطرہ بھی لاحق ہو سکتا ہے۔ انسولین کی ایجاد سے پہلے تو یہ امرحتی تھا۔ 1954ء تا 1963ء کی دہائی میں جاپان نے یہ رپورٹ دی تھی کہ 40% مریضوں کی موت کا سبب ذیابیطسی کو مایا بے ہوشی تھا اور اعلیٰ مریضوں کے پاس انفلکشن تھی۔ 1968ء تا 1970ء کے عرصہ میں جاپان نے ہی رپورٹ دی تھی کہ تپ دق (ٹی، بی) کے سبب وفات 1.8%۔ نمونیا کے تحت 42% اور دوسرے اسباب وفات 11.5% تھے۔ اب تو شرح اموات کی نسبت بے حد کم ہو گئی ہے۔ مگر جان بہ لب اور بستر پر پڑے مریض کی پرائلم اب بھی خاصی ہے اور سبب جراثیمی ٹکوت ہے۔ خصوصاً پیروں اور پنڈلیوں پر زخم، جراثیم، دوران خون کی کمی، خون کی بڑی تالیوں میں تصلب اعصابی ورم اور بے حسی (لمسی) ہوتی ہے۔

ذیابیطسی مریضوں میں چھوت یا انفلکشن کے اسباب میں گلوکوز کنٹرول کو بڑا دخل ہے۔ یہ بات مدافعتی نظام یعنی مناعیت پر بھی لاگو ہوتی ہے۔ اگر گلوکوز کنٹرول ٹھیک نہیں ہے۔ شوگر لیول بڑھی ہوئی ہے اور ساتھ میں کیتونی تیزابیت بھی موجود ہے تو ایسی حالت میں خون کے سفید ذرات جن کا کام دفاعی ہے وہ اپنا کام صحیح نہیں سنبھال سکتے اور اور نتیجہ یہ کہ مشاگل میں اضافہ ہو جاتا ہے اور دوسرے اگر کیتونی تیزابیت ہو تو ایسی حالت میں مناعیت خود موجود ہوتی ہے اور دوسرے یہ کہ خون کے سفید ذرات کی مدافعتی خاصیت میں بھی کمی ہو جاتی ہے۔ کیتونی تیزابیت سے قطع نظر یہ مشکل اور پیچیدگی ذیابیطس کے سبب سے ہی ہوتی ہے۔ خصوصاً ان لوگوں میں جن کو ذیابیطسی ورم اعصاب ہو اور ان میں خون کی تالیاں بھی متاثر ہوتی ہیں جو مریض کے لیے جراثیمی حملہ اور انفلکشن کا سبب بنتا ہے اور نتیجہ یہ کہ حالت مذمن (پرانی) ہو جاتی ہے یعنی کرائک (Chronic)۔

1960ء میں پریلا وہاٹ نے 478 مریضوں پر ریسرچ کی اس نے کہا کہ یہ مریض کم عمری کی ذیابیطس میں مبتلا تھے یعنی Type-1 اور عرصہ 30 سال سے ان کو ذیابیطس تھی۔ ان مریضوں میں انفلکشن کی نسبت خاصی زیادہ تھی 55% کو جلدی بیماری (انفلکشن) تھی۔ 28% لوگوں میں پیشاب کی تالیاں شامل تھیں (U.T.I)۔ 6% مریضوں میں تپ دق (T.B) اور 5% لوگوں میں ورم نخاع العظم یعنی ہڈیوں کے مغز میں سوزش۔ جن اسباب سے ذیابیطسی مریض میں انفلکشن بڑھتی ہے:

- 1- پانی کا شدید فقدان یا کمی۔
- 2- غذائیت کی کمی۔
- 3- خون کے سفید ذرات پولی مارف (Polymorph) کی فعالیت میں کمی۔
- 4- دوران خون کی کمی۔
- 5- ذیابیطسی عصبی سوزش یا درم۔
- 6- اور کسی حد تک خون میں کمی۔

گا ماگلو بولین اور ضد اجسام (اینٹی باڈی) کا وجود اور ہو سکتا ہے کسی حد تک ہارمونات کا بھی عمل دخل ہو۔

خون میں گلوکوز کی مقدار کے متعلق طویل مدت تک یہ ثابت نہیں تھا کہ گلوکوز کی زیادتی انفلکشن پر اثر انداز ہوتی ہے، لیکن 1975ء میں نولان اور رفنائے کار نے یہ معلوم کیا کہ وہ مریض جو ذیابیطسی ہوں، چلتے پھرتے ہوں، ہسپتال میں داخل نہ ہوں اور ان کی گلوکوز ناشتہ سے پہلے 200 ملی گرام سے زیادہ ہو اور مریض کو اسٹیف جراثیم کی سوزش ہو تو ایسی حالت میں خون کے سفید ذرات میں جراثیم کو مارنے اور نکلنے کی صلاحیت بے حد کم ہوتی ہے۔ یہ نقص تو درمیانہ تھا۔ جب ان مریضوں کا گلوکوز کنٹرول نارمل سے قریب کیا گیا تو ان کی کارکردگی کی صلاحیت میں کافی فرق پڑا۔ انفلکشن ختم ہوئی۔ زخم بھر گیا۔ ذیابیطس ختم نہیں ہوئی، اس کے علاوہ وہ سب ہر طرح سے صحت مند تھے۔ یہی رائے اور معلومات ریویوڈ اور رفقاء کی ہے۔ ان کا ذاتی تجربہ ہے کہ اگر گلوکوز کنٹرول نارمل کے قریب رہے تو انفلکشن کے پھیلنے کا موقع نہیں ملتا اور میرا اپنا ذاتی 29 سالہ ذیابیطس کا تجربہ ہے کہ اگر مریض کے خون میں گلوکوز کی مقدار 200 ملی گرام سے زیادہ ہو تو یہی گلوکوز ایک قسم کا کلچر میڈیم یا کھاڈکا کام کرتی ہے جراثیم کی پرورش کے لیے خصوصاً E. Coli اور Staph. Aurius کے لئے۔ ویسے علاج کا ہدف بھی یہی ہونا چاہئے کہ کسی بھی حالت میں دن کے 24 گھنٹوں کے دوران خون میں گلوکوز کی مقدار 130 ملی گرام سے زیادہ نہیں بڑھنی چاہئے۔ یعنی نارموگلیکسیمک مقدار۔ جو مشکل تو ہے مگر ناممکن نہیں ہے۔

انفلکشن کا وجود

جسم میں پانی کی کمی اور غذائیت کی کمی کے متعلق ابھی حتمی طور پر یہ فیصلہ نہیں ہو سکا ہے کہ

کیا واقعی ان تینوں حالات کا کوئی عمل دخل ہے کہ نہیں۔ مگر ڈیو بوس نے اپنے تجربات میں ثابت کیا ہے کہ لیکلک ایسیڈ جو سفید خون کے ذرات بناتا ہے وہ کیتونی اجسام کی موجودگی میں کم ہو جاتا ہے اور اس کے سبب سے خون کے سفید ذرات (WBC) میں جراثیم کشی کی طاقت کم ہو جاتی ہے۔

”مریض کے نظام مدافعت“ میں اساسی نقص کثیر الاشکال مرکزہ یعنی PMN (پولی مارفونیکلیئر ذرات خون) سفید ذرات خون (WBC) کا 70% حصہ ہوتے ہیں۔ حالت انفکشن میں ان کی مقدار بڑھ جاتی ہے۔ PMN ذرات کی فعالیت میں کیمیائی جاذبیت اور کشش۔ جراثیم کو نکلنے کی صلاحیت اور جراثیم کش طاقت بڑھ جاتی ہے۔ اس موضوع پر مختلف ریسرچرز نے ذیابیطس، غیر ذیابیطس اور نائٹروجن کے تیزابی مرکبات کے وجود کی حالت میں PMN خون کے ذرات پر ریسرچ کی ہے اور یہ ثابت کیا ہے کہ جن لوگوں کی گلوکوز کنٹرول اگر مناسب نہ ہو یا گلوکوز کی مقدار 130 ملی گرام سے زیادہ ہو تو ایسے مریضوں میں کثیر الاشکال مرکزہ کی فعالیت میں اور کارکردگی میں کمی واقع ہوتی ہے اور اگر گلوکوز کنٹرول معقول اور صحیح ہو تو انفکشن اور ورم میں فرق پڑتا ہے اور 1970ء میں یہ بات ثابت ہو گئی کہ ذیابیطس مریضوں میں خون کے سفید ذرات میں PMN کی جسمانی حرکت میں کیمیائی کشش کے سبب سے حرکت بے حد سست رو ہو جاتی ہے اور اگر جسم میں زخم، ورم اور انفکشن بھی موجود ہو تو یہ PMN ذرات زخم اور ورم تک سست رفتاری کے سبب قریباً 4 گھنٹے دیرے پہنچتے ہیں۔ کیونکہ PMN کا دفاعی نظام کمزور ہوتا ہے تو یہ تاخیر مریض کے حق میں اچھی نہیں ہوتی اور اگر جسم میں کیتونی تیرابیت بھی موجود ہو تو پھر خون کے ان سفید ذرات کی ہجرت مزید سست ہو جاتی ہے اور ہاں یہ بات بھی دیکھی گئی کہ اگر مریض کے جسم میں یوریا کی تعداد زیادہ ہو تو پھر سفید ذرات کی ورم تک ہجرت سست رو نہیں ہوتی یا اگر جگر میں تلیف (سیروسس) کا عمل ہو یا دماغ میں جریان خون کی وجہ بے ہوشی یا لمبے عرصہ تک اینتھیمز یا دیا گیا ہو خون کے سفید ذرات سست رو ہو جاتے ہیں اور یہ بھی دیکھنے میں آیا ہے کہ خون کے سفید کثیر الاشکال مرکزہ (P.M.N) ذرات میں ترتیب کیمیائی اور جاذبیت (Chemotaxis) کم ہو جاتی ہے۔ اس حالت کا سبب علاج کے لیے گولیوں کا استعمال یا انسولین نہیں تھا اور نہ ہی خون میں گلوکوز اور یوریا کی مقدار۔

اس مسئلہ پر مختلف آرا ہیں لیکن کوئی بھی معین فیصلہ کن رائے نہیں ہے۔ ہاں یہ ممکن ہے

کہ خون میں PMN سفید ذرات کی ترتیب اور جا ذبیت اور خون کی نالیوں کی اساسی تہہ یا استری تہہ کی موٹائی مریض کے دفاعی نظام میں فرق پیدا کرتے ہیں۔ پی۔ ایم۔ این۔ ذرات کی جراثیم خوردگی کی خاصیت کے متعلق کافی تجربات ہو چکے ہیں جس کا سبب لباب یہ ہے کہ جراثیم خوردگی کی صلاحیت ذیابیطس کی تیزی تیزابیت کے سبب بے حد متاثر ہوتی ہے اور کم بھی ہو جاتی ہے اور ایسی حالت ان ذیابیطس مریضوں کی تھی جن کی خون کی نالیاں تنگ تھیں اور ان میں دوران خون کم تھا۔ یہی تبدیلی ذیابیطس نمونیا کے مریضوں میں پائی گئی، لیکن ایسے مریضوں میں انسولین کے استعمال سے یہ نقص دور ہو گیا۔ اس سے یہ امر واضح ہے کہ انسولین کا وجود نظام ہضمی کے تھویلی نظام کے لیے بے حد ضروری ہے۔ جس سے جراثیم خوردگی کے سفید ذرات کی کارکردگی اور چستی پر بے حد اثر پڑتا ہے۔

ذیابیطس پیچیدگی یہ بھی ہے کہ خود کار دفاعی نظام پر اثر پڑتا ہے۔ دبی ہوئی متاخریش حاسیہ، خلا یا لمفو میں نمونی تغیر اور انکو زخم میں دانہ دار سلحہ یعنی زخم بھرنے کے سارے لوازمات پر اثر پڑتا ہے اور اس سبب میں (T) ٹی لمفو سائٹس خلا یا یا مانوسائٹس خلا یا (یک نواتی یعنی ایک مرکز والا خلیہ) میں ترقیق و تخفیف ہو جاتی ہے اور اس سبب انسولین کی کمی ہے۔ کیونکہ انسولین ملنے کے بعد زخم تیزی سے بھرنا شروع ہو جاتا ہے۔ اس معلوماتی تجربہ کے بعد میں نے ہمیشہ اپنے ذیابیطس مریضوں کے زخموں پر ڈرینج کرتے ہوئے (پٹی کرنا) زخم صاف کرنے کے بعد ہلکی سی شفاف انسولین مقامی طور پر ضرور شامل کی ہے اور میرا ذاتی تجربہ ہے کہ اس سے اندمال زخم جلدی ہوتا ہے اور انکو زخم بھی صحت مند ہوتا ہے۔ روتھ کا کہنا ہے کہ زخم کی خرابی میں خون میں گلوکوز کی بڑھی مقدار اور تخریبی عناصر کا دخل بھی ہو سکتا ہے۔ ذیابیطس مریضوں میں اسٹیفیلو کا کائی جراثیم کے ضد پیدا کرنے والے اجزا اور عورتوں میں کنڈیڈا جراثیم کے ضد اینٹی جن بھی کم ہوتے ہیں۔ اس لیے عورتوں میں اندرونی تکلیف خارش اور لیکوریا کی تکلیف زیادہ ہوتی ہے۔ کارٹرنے جن ذیابیطس مریضوں کا معائنہ کیا تو اس کے تجربہ میں ذیابیطس مریضوں میں خلا یا مانوسائٹس میں جراثیم خوردگی کی طاقت کم ہو جاتی ہے اور یہ بھی دیکھا کہ اگر نارمل اشخاص (غیر ذیابیطس) میں اگر گلوکوز کا اضافہ کیا جائے تو ان میں مانوسائٹس کی جراثیم خوردگی صلاحیت میں فرق نہیں پڑتا۔

جہاں تک اینڈوکرین یا غدود الصماء کا تعلق ہے ذیابیطس میں پنکر یاس و انسولین کے علاوہ دوسرے ہارمونات کا مریض کی قوت مدافعت اور جراثیم کشی کا بے حد تعلق ہے۔ مثلاً

ایڈریٹل اسٹیرائڈ کا التهابی ورم کو روکنے میں خوردبینی دوران خون کی نالیوں میں نعوذ پذیری یا رسنے کی صلاحیت بے حد کم ہو جاتی ہے اور ساتھ میں ضد اجسام (ایٹنٹی باڈی) کی تحریک اور R. E. System (بے حدود وسیع جال نما نظام جو نظام مدافعت کا حصہ ہے) جس میں ضد اجسام، خون کے ذرات، صفراوی مادہ وغیرہ شامل ہے اور جال RES لہی ہڈیوں کے اندر، تلی، جگر اور لفاوی نیچ میں ہوتا ہے۔ اس میں بھی تبدیلی رونما ہوتی ہے۔ تھائیر وئڈ غدد کے متعلق ابھی تک کوئی فیصلہ کن چیز پیش نہیں ہو سکی ہے۔ کاس کا کہنا ہے کہ انفکشن یا جراثیمی حملہ کو اگر کلینکی نقطہ نظر سے اگر دیکھیں تو یہ بھی ہو سکتا ہے کہ ذیابیطس کے سبب مریض کے جسم کا دفاعی نظام متاثر ہوتا ہو۔ کیونکہ گلوکوز کی مقدار اگر بڑھے تو جراثیمی نکاثر کی نسبت بے حد بڑھ جاتی ہے۔

## دوران خون کی کمی

دوران خون کا نقص قدم کی انفکشن کے لیے بے حد اہم ہے۔ آج کل تو حالات بے حد بہتر ہیں۔ مگر انسولین سے پہلے اور عالمی جنگ دوئم کے بعد تک یعنی تقریباً نصف صدی تک پاؤں کی نکترین کا سبب تھلج شراٹین تھا جس میں شراٹین کی دیواروں کی نیچ تا قافا بر سخت و خشک ہو جاتی ہے۔ عام مردوں کی نسبت ذیابیطسی مریضوں میں نکترین کی نسبت 55% زیادہ تھی (1975ء)۔ ذیابیطسی عورتوں میں عام عورتوں کی نسبت 70% زیادہ تھی۔ اگر خون کی نالیوں میں کارکردگی کم ہو تو تجمد دومی (خون کا جمن) ہو سکتا ہے جس کے نتیجے میں نیچ مردہ ہو جاتی ہے۔ پاؤں کے علاوہ اس قسم کا حادثہ ہاتھوں میں بھی ہو سکتا ہے۔ جس سے انگلیوں کے پور مُردی کا شکار ہو سکتے ہیں اور نغیرہ یعنی نیچ کی مقامی موت واقع ہو جاتی ہے۔ حالانکہ انفکشن یا جراثیمی حملہ انگلیوں کے ناخن سے شروع ہوتا ہے اور منتشر خون کی نالیوں کے ذریعہ ناصرف ہاتھوں بلکہ گردہ اور دل کی نیچ میں بھی پھیل سکتی ہے اور نتیجہ شدید بیماری اور موت یا خوار ہونے والا مرض یعنی گردہ فیل ہونا شروع ہو سکتا ہے۔ جو نہ جینے دیتا ہے اور نہ موت ہی آتی ہے۔

## وزم اعصاب

ہادی النظر میں ورم یا سوزش عصبی کا تعلق ضمنی و محلی نظر آتا ہے۔ اس کے سبب سے لمسی حس میں کمی یا کامل فقدان ہوتا ہے۔ عام طور پر عام انسان میں لمسی حس آدی کو آگاہ کر دیتی ہے کہ خطرہ

ہے۔ اس کو آپ اضطراری عمل کہہ لیجئے یا منعکس اضطراری عمل (ریفلکس عمل)۔ اگر چوٹ لگ جائے تو منعکس اضطراری عمل کے نقص کے سبب دیر ہو جاتی ہے۔ ایک اور مشکل خود کار عصبی نظام کی سوزش یا ورم ہے جس کے سبب مثانہ کا فاج ہو سکتا ہے۔ پیشاب پر کنٹرول کم ہو جاتا ہے اور مثانہ مکمل طور پر فارغ نہیں ہو پاتا اور مثانہ میں ہر وقت کچھ نہ کچھ پیشاب باقی رہ جاتا ہے جس سے جراثیمی حملہ کا امکان بڑھ جاتا ہے۔ خصوصاً ذیابیطسی مریضوں میں زیادہ ہوتا ہے اور ایک قسم کی مزاحمت یا مناعت پیدا ہو جاتی ہے اور مکمل شفا اور مرض سے نجات نہیں مل پاتی۔

### ذیابیطس میں جراثیمی اسباب

آج کے زمانہ میں یہ بات بُدا اعتماد طور پر کہی جاسکتی ہے کہ ذیابیطس کی پیدائش پر جراثیم کے حملہ کا کس قدر عمل دخل ہے۔ آج سے چند دہائیاں پہلے ہیرین نے اپنا شک ظاہر کیا تھا کہ شاید فیروسات (وائرس) کم عمر کی نوع الاول ذیابیطس کے ذمہ دار ہوتے ہیں۔ کیونکہ تحقیق نے ثابت کیا کہ جن بچوں یا نوجوانوں کو ذیابیطس کی شکایت ہوئی ان پر چند دن یا ہفتہ پہلے فیروسی حملہ ہوا تھا۔ مثلاً نکاف (کن پیڑے)۔ جرمن خسر، پولیو وغیرہ۔ گن ڈرن نے نکاتی ورم کی وبا کے بعد دیکھا کہ ذیابیطس کافی مریضوں میں پیدا ہوتی ہے۔ یہ بات ثابت ہو چکی ہے کہ کئی فیروسات پنکر یا س کے بیٹا خلیا (B-Cells) کے لیے خصوصی کشش رکھتے ہیں جب یہ خطرناک فیروسات حملہ آور ہوتے ہیں تو پھر انسولین پیدا کرنے والے ”خلایا بیٹا“ (Beta Cell) میں سوزش پیدا کرتے ہیں (Insulinitis)۔ اس کے علاوہ کچھ مریضوں میں HLA قسم کے مریض ہوتے ہیں جو بیٹا خلیا میں خصوصی کشش اور جاذبیت رکھتے ہیں جو جراثیم کو دعوت عمل دیتی ہے اور نتیجہ یہ کہ بیٹا خلیا قتل ہو جاتے ہیں۔ اگر پنکرس میں لمبے عرصہ (مدمن) سے سوزش ہو تو بھی ذیابیطس پیدا ہو جاتی ہے۔

### ذیابیطس میں خاص الخاص انفکشن یا جراثیمی ورم

#### گردہ و مثانہ (U.T.I) کی بیماریاں

یہ ذیابیطس میں عام ہوتی ہیں گلوکوز کی خون میں زیادتی و دراصل ایک تو جراثیم کی پرورش کے لیے زرخیز ماحول مرتب کرتی ہے۔ دوئم عورتوں میں گردے، یورینر، مثانہ اور یورینتھرا کے

منہ تک کا راستہ تقریباً 4.25 سنی میٹر کے قریب ہوتا ہے جبکہ مردوں کا یہ فاصلہ 25 سنی میٹر ہوتا ہے۔ تو عورتوں میں یہ فاصلہ کم ہوتا ہے اور جراثیم کو راستہ طے کرنا مشکل نہیں ہوتا دوسرے مقعد بھی دور نہیں ہوتی۔ اس لیے فطری جراثیم، کنڈیڈا، بیکٹیریا، ای، کولائی وغیرہ کے سبب انفکشن عام طور پر مسلسل ہوتی رہتی ہے۔ خصوصاً وہ مرد اور عورتیں جو اپنی داخلی اور اندرونی صفائی کا خیال نہیں رکھتے اور اندر کے لباس روزانہ تبدیل نہیں کرتے۔ ذیابیطس مریضوں میں پیپ پر مشتمل سوزی ورم گردوں (صدیدیت گردہ) اور سوزش گردہ زیادہ ہوتی ہے۔ عام عورتوں کے مقابلہ میں ذیابیطس عورتوں میں پیشاب میں بیکٹیریا کا وجود چار گنا زیادہ ہوتا ہے۔ مردوں میں بھی قریباً یہی نسبت ہے۔ اعلیٰ ذیابیطس کا بغیر کنٹرول کے وجود خاصی خطرناک بیماریوں کو پرورش کرتا ہے۔ مریض کے نظام مدافعت میں بھی تبدیلی آتی ہے اور خود کار اعصابی نظام میں ورم یا سوزش کے سبب مشانہ متاثر ہوتا ہے۔ یہی نہیں بلکہ گردہ میں خورد بینی خون کی نالیاں سوزش اور ورم کا شکار ہوتی ہیں اور یہ سارے عوامل مل کر مرض کو پیچیدہ بناتے ہیں۔ ایک مرتبہ اگر گردہ اور مشانہ کی انفکشن ذیابیطس مریض میں اپنا گھر بنا لیں تو ذیابیطس مریض کی زندگی عذاب ہو جاتی ہے اور مرض بڑھتا گیا جوں جوں دوا کی والی بات۔ ذیابیطس مریضوں میں ہوائی چھالے والی سوزش بھی مشانہ میں زیادہ ہوتی ہے اور گردہ میں جو پھنسی نما نیچ (Papillary) یعنی سرپستان کی شکل کی نیچ میں مردنی آ جاتی ہے یعنی نیکروس شروع ہو جاتی ہے۔

### صدیدیت گردہ اور ہوائی چھال

یہ گردہ کی نیچ کو مردہ کرنے والا مرض ہوتا ہے اس مرض میں جراثیم نیچ کے اندر گیس پیدا کرتے ہیں جو گردہ کے اندر اور گردہ کے چاروں طرف ہوتی ہے۔ زیادہ مریضوں کو بخار اور پیڑ و میں درد ہوتا ہے اور 50% مریضوں میں اگر پیٹ کو ہاتھوں سے محسوس کیا جائے تو ورم محسوس ہوتا ہے جیسے کوئی رسولی ہو۔ کچھ مریضوں میں ای، کولائی کا جرثومہ ذمہ دار ہوتا ہے۔ یہ مرض آسان نہیں ہے۔ بلکہ مریض کو فوراً پتہ لگتے ہی ہسپتال داخل ہونا چاہئے اور V. اڈرپ کے ذریعے اینٹی بائیوٹک دینی چاہئے۔ کیونکہ بیکٹیریا خون میں شامل ہوتے ہیں اور ایک قسم کا زہریلا مادہ گردش ہوتا ہے اور یہ جان لیوا ہو سکتا ہے۔ مریض کے افاقہ ہونے کی صورت میں آپریشن لازمی ہونا چاہئے۔

### حول گردہ صدیدیت وورم (Peri Nephric Absc)

اس مرض کے 1/3 مریض ذیابیطسی ہوتے ہیں۔ بیماری سست رو ہوتی ہے اور علامات صدیدیت کی ہوتی ہیں۔ مرض کے پوری طرح ظاہر ہونے میں تقریباً ایک ہفتہ لگتا ہے۔ سفید ذرات (P.M.N) خون میں بڑھے ہوتے ہیں اور پیشاب بھی جراثیم کی کثرت کا حامل ہوتا ہے۔

### ورم لحمی اور نسج کی موت (Papillary Necrosis)

ذیابیطسی مریضوں میں مسالک البولیہ (K.U.B) کی سوزش وورم بے حد اہمیت رکھتا ہے اور عام مریضوں اور آدمیوں کی نسبت یہ ذیابیطس میں چار پانچ گنا زیادہ پایا جاتا ہے۔ علامات میں بخار، سردی سے کچکپاہٹ، پیٹری و میں بوجھ اور درد، پیٹ میں درد وغیرہ کی شکایت ہوتی ہے۔ اگر ذیابیطسی مریض میں ایسی حالت ہو اور گردوں کی فعالیت یا فلٹریشن میں کمی ہو تو گردوں کی سوزش اور نسجی موت کے متعلق ضرور دھیان دینا چاہئے۔ اگر پیشاب کا خورد بینی معائنہ کیا جائے تو دھاگے جیسے پروٹینی اجزا نظر آئیں گے اور خلفی پائیلوگرانی کرائی جائے تو چھلے دار سائے نظر آئے گا۔ ذیابیطسی مریضوں کی رگتین پائیلوگرانی نہیں کرائی چاہئے کیونکہ خطرناک ہے مریض کے لیے۔

### فطری ورم یا سوزش

فنگس انفکشن: یہ فطریا بناتی زندگی کی سب سے چلی قسم ہے۔ جیسے خمیر یا پھوندی۔ اس میں کلورفل نہیں ہوتا۔ اپنی خوراک بنانے کے لیے ان کو دوسروں کا سہارا لینا پڑتا ہے۔ ان کا شمار طفیلیات میں ہوتا ہے۔ ایسے مریضوں میں جن میں *Trulopsis glarata* قسم کے فطریات کی انفکشن پیشاب میں ہو اور ان کی نسبت یعنی % کا شمار کیا جائے تو 20 سے 90% لوگوں میں ذیابیطس ہوتی ہے۔ کینڈیڈا اور ٹی گھیر نیا مشانہ میں ورم پیدا کرتے ہیں۔ گردہ کا ورم، گردہ کے اندر اور باہر غلاف میں پیپ، فطریاتی گولے اور گرام نیگیو جراثیم کے سبب تعفن (پیپ) اور اگر کینڈیڈا کی انفکشن یعنی جراثیم کی تعداد فی ملی میٹر کے حساب کیا جائے اور شمار 10,000 سے اوپر ہو تو علامات بے حد واضح ہو جاتی ہیں۔ ورنہ وہ مریض جن کے مشانہ

میں قطرہ (ربڑ کی ٹیوب) ہمہ وقت رہتا ہے ان میں کینڈیڈا کا شمار زیادہ ہوتا ہے۔ مثلاً میں اگر انفکشن ہو تو مثلاً کو اینٹی بائیوٹک سے دھونا یا Irrigate کرنا بے حد ضروری ہے۔ ایسفوئیر-سیس۔ بی یا پھر 5- فلوروسیسٹوسیس سے علاج کینڈیڈا اور گلیرینا کے لیے بے حد ضروری ہے اور مفید بھی۔ مثلاً اور گردہ کی انفکشن کا علاج اگر صحیح اور بروقت پیشاب کے کلچر کے بعد کرایا جائے تو آئندہ کی مشاغل سے نجات مل سکتی ہے اور اس کے لیے اساسی طور پر شوگر کا کنٹرول، غذائی تنظیم، ورزش یعنی چلنا بے حد ضروری ہے۔ ورنہ صحت اور پیسہ سب کچھ ضائع ہو جاتا ہے۔

## تپ دق (ٹی۔ بی) اور ذیابیطس

انیسویں صدی کی تیسری دہائی میں ذیابیطس کا مریض اگر بے ہوشی یا کوما سے بچ جاتا تو یقینی طور پر ٹی بی کا شکار ضرور ہوتا تھا۔ تپ دق یا T.B. تین شکلوں میں ملتی ہے۔

- 1- پھیپھڑے۔
- 2- آنتیں اور ان کے غدود و لفاویہ۔
- 3- ہڈیاں خصوصاً ریزہ کی ہڈی۔

غیر ذیابیطسی مریضوں کے مقابلہ میں ذیابیطسی مریضوں میں ٹی بی %16 تک ہو سکتی ہے۔ تپ دق کے سلسلے میں مریض کی عمر، مرض کی مدت، ذیابیطس کا کنٹرول، وزن کی کمی، خوراک (صحت مند) کی کمی وغیرہ۔ ذیابیطس تپ دق پھیلانے میں زیادہ معاون ہوتی ہے۔ چالیس سال سے کم عمر ذیابیطسی مریضوں میں تپ دق یا ٹی بی تین گنا زیادہ ہوتی ہے (طبی کہاوت ہے کہ ٹی۔ بی کو گلابی رخسار پسند آتے ہیں)۔ یہ صورت حال انیسویں صدی کے وسط تک تھی۔ فعال ٹی بی کے سبب سے اور ذیابیطس کے کنٹرول کی کمی کے سبب قریباً 6 گنا زیادہ نسبت ہوتی ہے۔ ذیابیطسی مریضوں میں فعال T.B. %32 پائی گئی ہے جبکہ غیر ذیابیطسی مریضوں میں %11 پچھلی نصف صدی تک تو حالات بے حد خراب رہے ہیں۔ کیونکہ نہ تو انسولین ہی متوفر تھی اور نہ ہی جراثیم کش دوائیاں۔ 1960ء کے دوران اور 1976ء تک اسٹریپٹوماکسیس، آئی این۔ ایچ اور پی اے ایس اور حیوانی انسولین ہی میسر تھی اور یہ بھی ہر شخص کے بس کا روگ نہ تھی اور لاہور میں تو فریک کرش مروج تھا۔ ذیابیطسی ٹی بی کے مریض کی زندگی تو خطرے میں رہتی تھی۔ یہ بات مریض اور معالج حضرات کو ہمیشہ یاد رکھنی چاہئے کہ اگر

ذیابیطس کا کنٹرول ٹھیک نہ ہو تو پھر وہ لوگ جن کے T.B کے زخم بھر چکے ہوں وہ زخم دوبارہ فعال ہو سکتے ہیں اور ٹی۔ بی منتشر ہونا شروع ہو جاتی ہے۔ اگر کسی سابق مریض ٹی بی کا وزن کم ہو رہا ہو۔ ہلکا ہلکا بخار ہوتا ہو، کمزوری بے حد ہو، لاغری بڑھ رہی ہو تو پھر ٹی بی کے متعلق ضرور سوچنا چاہئے۔ ایسے مریض کا باقاعدہ معائنہ ہونا چاہئے۔ ESR۔ ایکسرے، بٹرکلین وغیرہ۔ پھیپھڑوں کی ٹی بی آج کے دور میں نادر ہے۔ مگر بعید از امکان نہیں ہے۔ پھیپھڑوں کے علاوہ بھی دوسری جگہوں پر T.B ہو سکتی ہے۔ مثلاً سسٹم البولیہ (گردہ مثانہ وغیرہ)۔ عورتوں میں بیضہ دانی (Ovaries)۔ ٹیوب اور رحم و آنتوں میں بھی ہو سکتی ہے۔ ہر چھ ماہ کے بعد بٹرکلین ٹسٹ ضرور کرالینا چاہئے۔

### نمونیا

ذیابیطس کے مریضوں میں نمونیا سرفہرست ہے اور اس کا سبب اسٹیفیلو کا کائی یا گرام نیگیو جراثیم۔ کلب سیلابیسی لائی (Kalb: Bacilli) یا پھر اسٹیف آرپوس وغیرہ۔ ذیابیطسی مریضوں میں آدھے سے زیادہ کے ذمہ دار ہوتے ہیں۔ ای۔ کولائی بھی 70% کا ذمہ دار ہوتا ہے۔ ذیابیطس کے نمونیا کے مریضوں میں نسبت 70% ہوتی ہے اور یہ دیکھنے میں آیا ہے کہ ذیابیطسی مریضوں میں نیومو کا کائی کی انفکشن اتنی خطرناک نہیں ہوتی جتنی دوسرے جراثیم سے۔ نمونیا کے وقائی ویکسین کی افادیت اتنی زیادہ نہیں ہے۔ پھر بھی بڑی عمر کے مریضوں میں جن میں گردہ کی بیماری، دل کی بیماری، ہارٹ فیل، پرائیڈم (C.O.P.D) وغیرہ ہو تو ایسے مریضوں میں احتیاطاً وقائی تحفظ کے لیے ویکسین لگالینا چاہئے۔ ویسے حقیقت تو کچھ یوں ہے کہ عمر، مدت المرض، انسولین۔ HbA1C یعنی گلوٹیکو سیلیٹیڈ ہیموگلوبن کا اس سے کوئی واسطہ اور تعلق نہیں ہے۔

### پتہ کا ورم اور ہوائی چھال

جب بھی انفکشن ملی جلی یعنی مکسڈ ہو یعنی ہوا باش اور غیر ہوا باش جراثیم۔ کچھ جراثیم ایسے ہوتے ہیں آکسیجن اور ہوا کے بغیر نہیں رہ سکتے اور کچھ کو ان کی ضرورت نہیں ہوتی۔ ان ایک تہائی مریضوں کو ذیابیطس ہوتی ہے۔ یہ ورم پتہ کے عام ورم سے مختلف ہوتا ہے اور ان میں اکثریت مردوں کی ہوتی ہے۔ پتہ میں سبج مردنی یا گنگرین کی نسبت 30% زیادہ ہے۔

کنگریں کے ساتھ ساتھ پیپ بھی پڑ سکتی ہے اور پتہ میں سوراخ ہو سکتا ہے اور پتہ پھٹ بھی سکتا ہے۔ ایکسے اور بلبلہ کی رطوبت کی CIS یا کلچر ضروری ہے۔ پتہ میں %25 جراثیم کلاسٹریڈ یا قسم کے ہو سکتے ہیں۔ قریباً مندرجہ ذیل جراثیم کی مقدار زیادہ ہے:

1- صوڈوموناس۔

2- اسٹریپٹو اسٹیفلو کاکائی

3- ای۔ کولائی۔

آپریشن و پتہ کا نکالنا بے حد ضروری ہے۔ اینٹی بائیوٹک کا صحیح اور مناسب استعمال ضروری ہے۔ جن لوگوں میں پتہ کا ورم پہلے رہ چکا ہو ان کے پتہ میں پتھری بھی پائی جاتی ہے۔

### بیرونی کان (Pinna) کا شدید مہلک ورم

ذیابیطس مریضوں میں یہ منفرد انفکشن ہے۔ غیر ذیابیطس مریضوں میں شاذ و نادر۔ عموماً مریض بڑی عمر کے ہوتے ہیں۔ کان میں شدید درد، کان سے رطوبت بھی خارج ہوتی ہے، بخار ہوتا ہے، خون کے سفید ذرات بڑھے ہوتے ہیں۔ کان کا آرسکوپ سے معائنہ کیا جائے تو ایک گوشت کا بڑھا ہوا حصہ نظر آتا ہے۔ قریباً آدھے مریضوں کو لقوقہ کی شکایت ہوتی ہے۔ خاکم بدہن اگر مرض بڑھنا شروع ہو تو منتشر ہونا شروع ہو جاتا ہے۔ اور ہڈیوں تک پہنچ جاتا ہے اور لقوقہ کے علاوہ بھی دوسرے اعصاب کا فالج بھی ہو سکتا ہے۔ کبھی کبھی دماغ اور حرام مغز کی خارجی جھلی میں ورم ہو کر گردن توڑ بخار بھی ہو سکتا ہے۔ صوڈوموناس ایروجینس اکثر اس کا سبب ہو سکتا ہے اور مریض کو سرجری اور لمبے عرصہ تک جراثیم کش دوائیں استعمال کرنی پڑتی ہیں۔

### رائنوسیربرل میوکوما ٹیکوسیس

#### (Rhino-Cerebral Muco-mycosis)

اس کا سبب فنگس یا فطریاتی انفکشن ہے۔ یہ عموماً ذیابیطس تیزابیت میں پیدا ہوتی ہے اور دو تہائی ذیابیطس مریضوں میں پیدا ہو سکتی ہے۔ یہ ناک اور دماغ کی انفکشن ہے۔ یکدم شروع ہوتی ہے۔ آنکھ کے گولے کے گرد۔ کاسہ چشم اور ناک کی جیبوں میں شدت کا درد۔ ورم، ناک سے جریان خون، نصف سر کا درد، آنکھوں سے پانی، پھوٹوں پر ورم، ناک کے اندر

جو ابھارتے ہیں وہ کالے نظر آتے ہیں اور مردہ ہو جاتے ہیں۔ دماغی اعصاب بھی فالج زدہ ہو جاتے ہیں۔ آدھے جسم کا فالج۔ گردن توڑ بخار کی علامتیں۔ نالیوں میں خون جم جاتا ہے۔ کاسہ چشم کے راستہ دماغ کے اندر انفکشن پہنچ سکتی ہے۔ جن لوگوں کو علاج نہ مل سکے وہ ایک ہفتہ کے اندر اندر خالق حقیقی سے جا ملتے ہیں۔ مگر ذیابیطس کے صحیح علاج، انسولین، جراثیم کش دواؤں کے معقول استعمال اور عمل جراحی یعنی مردہ حصہ کو باہر نکل دینے سے افاقہ ہوتا ہے۔ مگر بیماری کا سبب کیا ہے، یہ امر جواب طلب ہے۔ مگر بادی النظر میں خون میں بڑھی گلوکوز کی مقدار اور خون میں ذیابیطس تیزابیت ہی معقول سبب لگتے ہیں۔ مگر حتمی نہیں۔

جہاں تک ہڈیوں کی انفکشن کا تعلق ہے تو یہ پیروں میں زیادہ ہے۔ سینہ میں ریڑھ کی ہڈی خصوصاً درمیانہ حصہ کی، زیادہ ہدف بنتے ہیں۔ یہ انفکشن دودھ کے استعمال سے زیادہ ہوتی ہے۔ ریڑھ کی ہڈی کے گریوں کی ڈسک میں ناسور کی شکل بھی اختیار کر لیتی ہیں، ہڈیاں گل جاتی ہیں۔ ریڑھ کی ہڈی بیٹھ جاتی (Collapse) ہے۔ نچلے دھڑ کا فالج ہو سکتا ہے۔

قصہ مختصر مرض تو مرض ہوتا ہے۔ دشمن جان ہوتا ہے۔ دشمن ہمیشہ پیچھے سے وار کرتا ہے۔ غفلت اور سستی اچھی نہیں ہوتی۔ علاج کے لیے قوت ارادہ، جینے کی خواہش، ورزش (چلنا) تھوڑا تھوڑا 6 مرتبہ کھانا، ہلکی و مفید غذا، جراثیم کش ادویات اگر ضرورت ہو اور جراحی علاج اگر ضرورت ہو۔ اکثر ایک دوا سے کام نہیں چلتا مختلف دوائیوں کے استعمال کی بھی ضرورت پڑ سکتی ہے۔ کنبوسی اور تسامل سے گریز کریں۔ آپ صحت مند ہوں گے تو روپیہ بھی آئے گا۔ اکثر ہوا باش اور غیر ہوا باش دونوں جراثیم کو ختم کرنے کی دواؤں کی ضرورت کے ساتھ کسی ایسی دوا کی ضرورت بھی پڑ سکتی ہے جو درم کو کم کرتی ہے اور نیچ کو صحت مند بناتی ہے۔ انسولین اور اس کے ساتھ ضروری دوائیں باقاعدہ استعمال کرنی چاہئیں۔ ہاں بات صرف اتنی ہے کہ علاج اور باقاعدہ طبیب کے بل انسان کو بلبلدا دیتے ہیں۔ ہاں ایک نئی انسولین ڈبل ریلیز NOVO-Mix 30 یہ دوا بار میں کام کرتی ہے صبح و شام کی ڈوز ایڈجسٹ کرنے کی صلاحیت ہے۔ یہ انسولین حسب ضرورت کھانے کے دو منٹ پہلے لگانی چاہئے۔ یہ انسولین خمیرہ کے خلا یا سے بنتی ہے۔ اس میں مناعیت بھی نادر ہی ہو سکتی ہے۔ فی الوقت الحاضر مستقبل کے افق پر کرن تو پھوٹی ہے، امید بندھی ہے۔ آج کل دمہ کی دوا کی طرح کے Inhaler ملنے لگے ہیں۔



## ذیابیطس اور آنکھیں

زمانہ ترقی کرتے کرتے زمان و مکان کی بندش سے آزاد ہو چکا ہے۔ ایک وقت تھا کہ برصغیر میں کھلے تاروں بھرے آسمان کے نیچے سرجری ہوتی تھی یہ کمپ لگتا تھا۔ ماہر امراض چشم شام کو ہاتھ دھو کر آپریشن شروع کرتے تھے اور رات کے دس بجے سلام پھیرتے تھے۔ میرا خیال ہے کہ سات روپے لگتے تھے شجاع آباد میں۔ پانچ روپے آپریشن کی فیس، دو روپیہ تانگہ والے کی اجرت۔ نہ مائیکرو سکوپ نہ آنکھ کے اندر جھانکنے کے آلات۔ نہ ٹانگوں کا جھیلنا اور کھڑاگ اور آج لنن رحمت اللہ چیرٹی ہسپتال لاہور میں باقاعدہ اعلیٰ پیمانے پر مائیکرو سکوپ کے نیچے بغیر ٹانگوں کی مدد کے لیزر سے آپریشن ہوتے ہیں۔ ہر قسم کے آپریشن، بڑے کالج اور ہسپتالوں کو جانے دیجئے وہاں اس سے بھی ارفع و اعلیٰ انتظام ہے۔ مگر اس کے باوجود چونکہ مریض کی عمر ذیابیطس کے کنٹرول سے بڑھ گئی ہے لہذا ذیابیطس کی مشکلات اور آثار روز افزوں ترقی پر ہیں۔ کیونکہ ذیابیطس کی مدت اور مشکلات، پیچیدگیوں کا چولی دامن کا ساتھ ہے۔

اس مضمون سے میرا مقصد علمی تجربہ نہیں ہے بلکہ میرا مقصد ہے کہ ہر اردو پڑھنے والے تک یہ مضمون پہنچے اور شاید کچھ لوگ فائدہ اٹھا سکیں اور ایسا لائحہ عمل تجویز کرنا ہے جو مریض کو ان خطروں سے آگاہ کر سکے اور علاج میں مدد مل سکے۔

1978ء میں الاملائٹا، امریکہ میں جو ذیابیطس کی کانفرنس ہوئی تھی اس میں قرار پایا تھا کہ مریض کے معائنہ کے وقت پردہ چشم کا معائنہ ضروری ہونا چاہئے۔ تاکہ اگر کوئی خرابی ہو تو اس کا علاج ہو سکے۔ اس کے لئے مریض ڈاکٹر، ماہر امراض چشم، بچوں کے امراض کے ماہر، گردوں کا معالج ان سب کا ایک ٹیم کی شکل میں موجود ہونا ضروری ہے اور ایسے سوالات ضرور پوچھنے چاہئیں کہ نظر دھندلی تو نہیں، کمزور تو نہیں، آنکھوں کے سامنے بجلی سی تو نہیں کوندنی یا حرکت کرتے جسم تو نظر نہیں آتے۔ آنکھوں کا معائنہ ڈائریکٹ آنکھوں کو سکوپی سے کرنا

چاہئے۔ خاص طور پر خون کی نئی بنتی نالیوں کا میکولالوٹیا آنکھ کے پردہ پر زرد دھبہ جو بے حد حساس ہوتا ہے اور اس پیلے دھبے پر کوئی ورم کی علامت، رشحہ، وریڈ میں ننھی ننھی گانٹھیں اور جریان خون کی علامات۔ ان کو آنکھ کے معائنہ کے دوران ضرور دیکھنا چاہئے۔

مریض کے تفصیلی معائنہ کے وقت یہ ایک اساسی لیکر کی حیثیت رکھتا ہے۔

بچوں کو کسی بڑے تجربہ کار ماہر امراض چشم کو دکھانا چاہئے کم از کم بیماری شروع ہونے کے پانچ سال بعد۔ بڑی عمر کے مریضوں کو تشخیص کے فوراً بعد ماہر امراض چشم کو دکھانا چاہئے۔ یہ حقیقت ہے کہ ذیابیطس کا مرض بڑی تیزی سے بڑھ رہا ہے اور اس کے ساتھ ساتھ

لوگ بینائی بھی کھو رہے ہیں۔ ہم تیسری دنیا کے باسیوں میں تو اعداد و شمار، مرکزی ڈیٹا بنک، اندھوں کا اندراج اور نہ ہی کوئی رجسٹریشن سسٹم ہے۔ لہذا کوئی قیاس آرائی ممکن نہیں۔ امریکہ کی ایک رپورٹ کے مطابق آنکھ کے پردہ پر غیر سوزشی ورم (D.R) قریباً 10% نئے اندھے پن کا ذمہ دار ہوتا ہے۔ 45 سے 75 سال کی عمر کے لوگوں میں 20% سبب بنتا ہے۔ ان میں وہ لوگ شامل نہیں ہیں جو ذیابیطس کے سبب سفید موتیا، کالے موتیا یا لیزر کے علاج کے سبب اندھے ہوتے ہیں۔ آنکھوں میں جو پیچیدگی ذیابیطس کے سبب پیدا ہوتی ہے ترقی یافتہ ممالک میں ان پر کروڑوں ڈالر خرچ ہوئے۔ (حکومت اور پرائیویٹ)

ذیابیطس پر اگر صحیح کام کیا جائے تو صحیح معلومات فراہم ہونی چاہئیں۔ مثلاً (1) مریض کی جنس، (2) عمر، (3) ذیابیطس کے شروع ہونے پر مریض کی عمر، (4) ذیابیطس کی کل مدت، (5) معائنہ کے وقت مریض کی عمر۔ اس حساب سے یہ پتہ چلا کہ پردہ چشم پر غیر سوزشی ورم دس سال کے عرصہ میں لازمی ہے۔ اگر مرض کو پانچ سال ہو گئے ہیں تو ایسے مریضوں کی اگر فلوروسین انجیوگرافی کے ساتھ ساتھ فنڈس فوٹوگرافی کی جائے تو چھوٹی عمر کی ذیابیطس کے 70% کے مریضوں میں پردہ چشم پر غیر سوزشی ورم نظر آتا ہے اور 14 سالہ ذیابیطس کے مرض میں تو 100% لوگوں میں پیچیدگیاں ہوتی ہیں۔

حیران کن امر یہ ہے کہ کچھ مریض جن کی عمر 18 سال یا کم ہو اور ان کی ذیابیطس کو ایک سال کا عرصہ ہو گیا ہو ایسے مریضوں میں فلوروسین انجیوگرافی کی جائے تو 67% مریضوں کے پردہ چشم پر پیچیدگیاں نظر آئیں گی۔ جیسے جیسے بچوں، نوجوانوں اور جوانوں کی عمر بڑھتی جاتی ہے پیچیدگیاں بڑھتی جاتی ہیں جو پانچ سال کے عرصہ میں بے حد واضح ہو جاتی ہیں اور سترہ سالہ ذیابیطس کے عرصہ مرض میں قریباً ہر شخص میں پیچیدگیاں ملتی ہیں۔ دیکھا گیا ہے کہ ذیابیطس

کے پانچ سالہ دور میں پردہ چشم پر غیر سوزشی ورم پایا جاتا ہے۔

چالیس سالہ ذیابیطس کے مریض میں جو تبدیلیاں خلیہ (Cele) کی تقسیم کی وجہ سے پیدا ہوتی ہیں ان کو پردہ چشم پر بچہ خیز سوزشی ورم کہا جاتا ہے اور یہ ذیابیطس کی حالت میں آنکھوں کے مرض کی آخری منزل ہوتی ہے۔ زیادہ تر ریسرچ کرنے والے سکارلس بات سے اتفاق رائے رکھتے ہیں کہ ذیابیطس کی مدت المرض اور پردہ چشم پر غیر سوزشی ورم کا گہرا تعلق ہے۔ اکثر ایسا ہوتا ہے کہ مریض کو شوگر عرصہ دراز سے ہو اور اپنی کم علمی، سستی، جہالت یا کنجوسی کے تحت اپنے مرض کو پالتا رہتا ہے اور جب تشخیص ہوتی ہے تو پردہ چشم پر غیر سوزشی تبدیلیاں پہلے سے موجود ہوتی ہیں لیکن چھوٹی عمر کی ذیابیطس میں پردہ چشم پر پیچیدگیوں پیدا ہونے میں کافی عرصہ لگتا ہے۔ یہ واضح ہے کہ ذیابیطس کی کلاسیکی علامات اگر واضح نہ ہوں (پیشاب کی کثرت، بھوک کی شدت اور شدت کی پیاس) تو تشخیص دیر سے ہوتی ہے۔ 40% لوگوں میں عمر اور پردہ چشم پر غیر سوزشی ورم میں کوئی تعلق نہیں ہے۔ اصل تعلق ذیابیطس اور اس ورم کا مرض کی طوالت اور مدت المرض سے ہے، عمر سے نہیں۔ پہلے ماہرین کا خیال تھا کہ آنکھوں کی حالت سے آئندہ زندگی کا اندازہ لگایا جاسکتا ہے اور یہ بات صحیح ثابت ہوئی ہے۔

آج سے 24 سال پہلے فیلڈ آئی ہسپتال، آکسفورڈ میں ڈاکٹر کلائیو پیکر اور میں نے (جزوقتی ریسرچ معاون کی حیثیت سے) (Method of Quantifying Retinopathy) پر کام کیا تھا جو 1981ء میں شائع بھی ہوا تھا۔ اس کا سبب اس کا یہ تھا کہ اگر شروع میں ہی تشخیص ہو جائے اور ذیابیطس کا معقول کنٹرول ہو جائے، ورزش، کھانے کی تنظیم، ادویات کے استعمال اور خصوصاً انسولین کے مناسب استعمال سے جو بھی ابتدائی تبدیلیاں پردہ چشم پر ہوتی ہیں وہ چھ ماہ کے عرصہ میں ختم ہو جاتی ہیں اور آئندہ نہیں پیدا ہوتیں بشرطیکہ گلوکوز کنٹرول رہے اور اگر آنکھوں میں بچہ خیزی کی کیفیت شروع ہو گئی ہو تو ایسی حالت میں گردے بھی شامل ہو چکے ہوتے ہیں اور ساری اموات کے میڈیکل ریکارڈ کے مطالعے سے یہ پتہ چلا کہ مریض کو پیشاب میں مستقل ایلبو من پروٹین رس رہی تھی اور خون میں کریاٹینین (پروٹین مینا بولازم کا فالتو مادہ) کی مقدار بڑھی ہوئی موجود تھی اور یہ سب پیچیدگیوں پردہ چشم پر بچہ خیز سوزشی ورم کے ساتھ ہی شروع ہو گئی تھیں۔

جہاں تک ذیابیطس اور آنکھ پر بصری فعالیت اور آنکھ کے گوتے کے صحت مند ہونے کا تعلق ہے تو یہ کہنا کافی ہو گا کہ ذیابیطس آنکھ کے ہر حصہ پر اثر انداز ہوتی ہے۔ جس میں

آنکھوں میں بدلتی بینائی کی تبدیلیاں، قرینیا، قزحیہ یا آئرس لینس یا عدسہ، پردہ چشم (ریشنا)، بصری عصب (آپٹک نرو)، آنکھ کے بیرونی پٹھے یا عضلات اور کاسہ چشم وغیرہ سب شامل ہیں۔ حتیٰ کہ آنکھوں کے چاروں طرف کے اجزا مثلاً پٹھے، آرٹ اور جیبوف انف یا ناک کے سائنس (Sinuses) تک میں پیچیدگیاں پیدا ہو سکتی ہیں اور یہ تبدیلیاں بصری چشمہ کے نمبر سے لے کر کامل اندھا پن تک ہو سکتی ہیں اور خدا نخواستہ آرٹ میں شروع ہوں تو اختتام جان لیوا بھی ہو سکتا ہے۔

آنکھوں میں نظری تھوڑی سی بھی کمزوری طرز حیات کو بدل سکتی ہے۔ اگر آنکھوں کا نمبر 20/40 سے کم ہو تو ڈرائیونگ لائسنس نہیں مل سکتا۔ اس سے کم نظر مریض کو انسولین کا ٹیکہ لگانے، سرخ کو بھرنے میں ممانع ہوگا۔ اگر نظر اس حد تک محدود ہو کہ وہ فقط انگلیاں گن سکے۔ ہاتھوں کی حرکت دیکھ سکے یا ہلکی روشنی دیکھ سکے تو مریض کو سفید چھڑی یا پھر مدد کے لئے کتے کی مدد کی ضرورت ہوگی۔

قرینیا کی طرح سے اثر انداز ہو سکتا ہے۔ قرینیا پر لکیریں پیدا ہو سکتی ہیں جو قرینیا میں ٹون کی کمی یا ڈھیلا پن پیدا ہونے سے ہوتی ہیں۔ جسم میں پانی کی کمی، ذیابیطس کے سبب کیشوئی اجسام سبب بن سکتے ہیں۔ مگر آج کے دور میں یہ نادر ہے۔ قرینیا کی باہری جھلی اکثر مجروح ہو جاتی ہے اور اکثر قرینیا کی تبدیلیاں اساسی جھلی کی وجہ سے ہوتی ہیں اور انجام کار قرینیا کمزور ہو جاتا ہے اور یہ توڑ پھوڑ مسلسل رہتی ہے۔ اس کی وجہ سے درد بھی ہوتا ہے۔ روشنی سے ڈر بھی لگتا ہے نظر بھی کمزور ہو جاتی ہے اور اگر قرینیا کا زخم ٹھیک نہ بھرے تو عام آدمی کی نسبت مریض کو انفکشن ہو جاتی ہے اور نتائج خاصے خطرناک ہو سکتے ہیں۔ اگر آنکھ سرخ ہو، درد ہو تو فوری توجہ کی ضرورت ہوتی ہے۔ جو لوگ سخت کالکٹیک عدسہ یا لینس لگاتے ہیں ان کو زیادہ احتیاط کی ضرورت ہے۔ ملائم کنٹیکٹ لینس میں رسک کم ہے زخم لگنے کا لیکن کسی بھی انفکشن کا خیال تو رکھنا چاہئے۔ یعنی صفائی کا خیال رکھو۔ آنکھ میں کئی حصے ہیں مثلاً آئرس یا قزحیہ (2) آنکھ کا اگلہ حصہ، (3) ہڈی جسم اس میں بال نما پٹھے ہوتے ہیں۔ یہ قزحیہ اور کورائڈ کو ملاتا ہے، (4) آنکھ کا پگھلے والا حصہ، (5) آئرس جو دائری شکل کا ہے۔ یہ حرکت کرنے والا پردہ ہے۔ اس کے بیچ میں گول سوراخ ہوتا ہے جسے تپلی کہتے ہیں اور پردہ آنکھ کے اگلے اور پچھلے حصہ کے درمیان ایک بارڈر کا کام کرتا ہے۔ آئرس دائری حرکت کرتے ہیں اور اس طرح سکڑنے اور پھیلنے کی صلاحیت ہوتی ہے اور ذیابیطس میں اس صلاحیت میں فرق پڑ جاتا ہے۔

آنکھ کی اگلی یا امامی جیمبر کے آگے قرنیا کی پچھلی جھلی ہوتی ہے اور پشت پر قزحیہ یا آئرس کا اگلا حصہ۔ سائڈ پر زاویہ چشم اور درمیان میں رقیق مادہ۔ آنکھ کے زاویہ کی مدد سے آنکھ کا اندرونی پریشر کنٹرول ہوتا ہے۔ زاویہ میں بے حد باریک نالیاں ہوتی ہیں جن کے ذریعہ یہ رقیق مادہ خارج ہوتا ہے۔

سیلیری جسم ایک بے حد اہم جزو ہے۔ اس میں بھی دو حصہ ہوتے ہیں ایک حصہ 4mm لمبا ہوتا ہے اور دوسرا تہہ دار ہوتا ہے اور اس میں 70-80 تہیں یا فولڈ ہوتے ہیں جو آنکھ کے مقدم حصہ میں پہنچتے ہیں اور رقیق مادہ بناتے ہیں۔ سیلیری جسم میں عضلات ہوتے ہیں جو نظر کو کنٹرول کرتے ہیں اور یہ عدد سے کی شکل کو کنٹرول کرتے ہیں۔ اگر آنکھ کے اگلے جیمبر میں کوئی بیماری پیدا ہو جائے تو کالا موتیا یا گلوکوما کا مرض پیدا ہو جاتا ہے اور یہ ذیابیطس کے مریضوں میں عام ہے۔

”کالا موتیا یا گلوکوما“: عام آبادی میں کالا موتیا 2% ہوتا ہے اور ذیابیطس کے مریضوں میں 5%۔ کالا موتیا کی کئی قسمیں ہوتی ہیں۔ اگر آنکھ کے اندر کا دباؤ 22mm سے زیادہ ہو تو بصری عصب (آپٹک نرو) کو نقصان پہنچ جاتا ہے اور آپٹک ڈسک میں گہرائی پیدا ہو جاتی ہے جو بینائی پر اثر کرتی ہے لیکن مرکزی بینائی کافی عرصہ تک ٹھیک رہتی ہے۔ قریباً کالا موتیا تین قسم کا ہوتا ہے (1) کھلے زاویہ والا، (2) تنگ زاویہ والا، (3) بچہ خیز نئی شرائن کا مذمن کھلا گلوکوما۔ عام مرض کی نسبت ذیابیطس میں یہ قسم زیادہ ہوتی ہے۔ آنکھ کے زاویہ میں جو باریک باریک نالیاں ہوتی ہیں اصل نقص دینے ہوتا ہے۔ علاج آنکھ کے اندر کا دباؤ کم کرتا ہے تاکہ بصری عصب کو نقصان نہ پہنچے۔ علاج کے لئے قطرے اور مراہم استعمال ہوتے ہیں۔ آنکھ کے زاویہ میں جو خوردبینی نالیاں ہوتی ہیں لیزر سے ان کا علاج کیا جاتا ہے۔

تنگ زاویہ کا گلوکوما مانا در ہوتا ہے۔ یہ اکثر وراثتی ہوتا ہے۔ یہ قسم شدید ہوتی ہے۔ آنکھ کا دباؤ تیزی سے بڑھتا ہے۔ نظر کمزور، سخت درد، روشنی کے چاروں طرف ہالہ۔ متلی، تے، ذیابیطس کے مریض میں زیادہ تر نہیں ہوتا۔ فوری علاج دوامیں، سرجری یا لیزر سے قزحیہ بریدی (آئریڈکٹومی)۔ یہ حالت اضطراری ہے اور فوری علاج چاہتی ہے۔

تیسری قسم کا کالا موتیا خون کی نئی نالیوں کے بننے کے سبب ہوتا ہے اور ریشینا کی وسطی درید میں انسداد کے سبب پیدا ہوتا ہے اور یہ ذیابیطس اور بلڈ پریشر کے مریضوں میں ہوتا ہے جن کی عمر 40 سال سے اوپر ہوتی ہے اور پتلی کے چاروں طرف باریک نالیاں بن جاتی ہیں اور وقت کے ساتھ بڑھتی جاتی ہیں اور موٹی ہو جاتی ہیں اور ان کے درمیان لچکی مادہ پیدا ہو جاتا

ہے جو کچھ پائیدار ہے اور پتلی کی دائری شکل بگڑ جاتی ہے اور آنکھوں کی پچھلی جمیر سے پکنٹ والی جھلی کھچ کر پتلی میں آ جاتی ہے اور آنکھ کے مقدمہ، مایا یا اگلے حصہ میں داخل ہو جاتی ہے اور آنکھ کے زادیہ کی طرف بڑھنا شروع کر دیتی ہیں اور اس کے ساتھ نیچ بھی بڑھتی ہے اور آنکھ کا زادیہ سحاب یا زپ کی طرح بند ہو جاتا ہے۔ راستہ بند ہو جاتا ہے۔ نتیجتاً آنکھ کا داخلی دباؤ بڑھ جاتا ہے۔ بصری عصب پچک جاتی ہے اور لاغر ہو جاتی ہے۔ فعالیت ختم ہو جاتی ہے۔ آئرن یا قزحہ میں خون کی نئی نالیاں پیدا ہو جاتی ہیں اور نیو۔یسکولر گلوکوما کا سبب بنتی ہے۔ اس حالت کا تعلق براہ راست ذیابیطس سے ہے اور قریباً 15 سالہ ذیابیطس ان کی پیدائش کا سبب بنتی ہے اور اس وقت مریض کی عمر لگ بھگ 45 سال کے ہوتی ہے۔ علاج کئی اور بحث طویل ہے۔ یہ کام سرجن کا ہے اور چاہئے یہ کہ جب بھی قزحہ پر درم ہو فوراً آنکھ کے سپیشلسٹ کو رجوع کرنا چاہئے۔ سب کچھ میسر ہونے کے باوجود بھی بینائی چلے جانے کا خطرہ اب بھی ہے۔ ہاں امید کی جاتی ہے۔ سبب بھی دریافت ہوگا اور روک تھام بھی۔

عدسہ

آنکھ کے اندر لینس محدب شکل کا ہوتا ہے۔ یہ شفاف ہوتا ہے اس میں نہ خون کی نالیاں ہوتی ہیں اور نہ ہی کسی اور ذریعہ سے خون کی سپلائی ہوتی ہے۔ یہ محدب شفاف شیشہ پتلی اور قزحہ (آئرس) کے درمیان بے حد باریک نسیجی طنابوں کے ذریعے سے لٹکا ہوتا ہے اور خط استوا پر عدسہ اور سیلیری جسم جڑے ہوتے ہیں اور مقدمہ خانہ میں جو رقیق مادہ ہے وہ سیلیری جسم کے بال نما جسم ہوتے ہیں وہ آنکھ کے مقدمہ حصہ میں رقیق مادہ پیدا کرتے ہیں۔ لینس یا عدسہ ایک کپسول میں رکھا ہوتا ہے اس سے لینس کی شکل تبدیل ہوتی رہتی ہے۔

بصری تبدیلیاں

بصری حساب سے ذیابیطس اور دوسرے مریضوں میں کوئی خاص فرق نہیں ہوتا لیکن یوں ہے کہ ذیابیطس کے جوان اور چھوٹے مریضوں کو دور کی نظر کی شکایت ہوتی ہے اور 45 سال کی عمر کے بعد قریب بصری کی شکایت ہوتی ہے۔ جن لوگوں کو چشمہ کی ضرورت ہوتی تھی وہ چشمہ کے بغیر لکھ پڑھ سکتے ہیں اور بصری ضرورتیں گلوکوز کے کم اور زیادہ ہونے سے کھنٹی بڑھتی رہتی ہیں اور جب تک کہ گلوکوز کی مقدار خون میں سیٹ نہ ہو جائے چشمہ نہیں ہونا چاہئے۔ لہذا ضروری ہے کہ انسولین کی ڈوز بڑھادی جائے۔ اگر جسم میں گلوکوز کی مقدار کم ہو جائے

پھر بھی بصری تبدیلیاں ہوتی ہیں۔ یہ دراصل دماغ کے اعصاب کے سبب محسوس ہوتی ہیں اور کبھی کبھی یہ دورہ کی ابتدا (AURA) کی طرح ہوتی ہیں۔ یہ احساس دراصل ایک رحمت خداوندی ہے کہ بروقت پیش از وقت مریض کو پتہ لگ جاتا ہے اور وہ اپنا بندوبست کر لیتا ہے۔ یہ احساس آنکھوں کے سامنے اندھیرا، ٹھنڈے سینے، سر درد، بھوک کی شدت کی شکل میں ہوتا ہے۔

### سفید موتیا (کیٹریٹ)

اعداد و شمار کے حساب سے ذیابیطس کے مریضوں اور دوسری آبادی میں سفید موتیا کی نسبت میں زیادہ فرق نہیں ہے۔ اس میں شفاف عدسہ میں دھندلا پن آ جاتا ہے جو بینائی میں رکاوٹ بنتا ہے۔ موتیا کئی قسم کا ہوتا ہے اور مرض کی شدت، موقع و محل سے تجویز کی جاتی ہے۔ بچوں اور نوجوانوں کی ذیابیطس میں موتیا کی نسبت پانچ چھ گنا زیادہ ہے۔ ان میں جب موتیا اترتا ہے تو ایک سرعت کے ساتھ اور پورے عدسہ کو شامل کر لیتا ہے اور دو دھیارنگ کی شکل میں پتلی میں سے نظر آتا ہے۔ ایسی حالت میں مریض مشکل سے ہلکی روشنی دیکھ سکتا ہے۔

انسولین کی ایجاد سے پہلے شدت مرض اور جسم میں کیتونی اجسام کے وجود کے سبب مریض میں سفید موتیا پیدا ہوتا تھا۔ مگر اب یہ حالت ایسی نہیں ہے۔ ہوتا تو اب بھی ہے مگر کم اور جب پیدا ہوتا ہے تو تیزی سے بڑھتا ہے۔ دنوں، ہفتوں یا چند ماہ کے اندر اور عدسہ سارا کا سارا آگے سے پیچھے تک بالکل سفید ہو جاتا ہے۔ جن آنکھوں میں سفید موتیا اور بچہ فیض غیر سوزشی ورم دونوں ہوتے ہیں ایسے مریضوں میں نئی خون کی نالیوں کی پیدائش کے سبب کالے موٹے کا خطرہ ہوتا ہے۔

جہاں تک سفید موٹے کی سرجری کے جانی آثار کا تعلق ہے تو ان مریضوں میں جن میں ذیابیطس ہوتی ہے ان میں قزحیہ یا آئرس کی سوزش اور نئی خون کی باریک نالیوں کے سبب کالا موتیا یا بچہ فیض پردہ چشم پر غیر سوزشی ورم کی حالت میں تیزی سے مرض بڑھتا ہے۔ اگر ایک آنکھ کا آپریشن ہو اور دوسری آنکھ کا سال کے بعد آپریشن ہو تو پہلی آنکھ کے معائنہ سے یہ پتہ لگایا جاسکتا ہے کہ آپریشن کے بعد تانج کیسے ہیں۔ اگر آپریشن کے چھ ہفتہ کے اندر کوئی تبدیلی نظر آتی ہے تو یہ تبدیلی پیچیدگی جراحی عمل کے سبب سے ہوگی۔ یہ پیچیدگیاں دو قسم کی ہوتی ہیں۔ زجاجی جریان خون یا سوزش قزحیہ بمع نئی خون کی نالیوں کے سبب کالا موتیا۔ خلاصہ کلام یہ کہ ذیابیطس کے مریضوں کی آنکھ کا معائنہ بے حد احتیاط سے کرنا چاہئے اور اگر پردہ چشم پر

پچھید گیایاں موجود ہوں تو لیزر سے جریان خون کا ضیائی انجماد کرنا چاہئے۔

آنکھ کے پھپھلے حصہ یا جیمبر میں جیلی نما مادہ ہوتا ہے اور آنکھ کے  $2/3$  حصہ پر محیط ہوتا ہے اور یہ پردہ چشم کے آگے ہوتا ہے اور پیچھے مضبوطی سے جڑا ہوتا ہے۔ جہاں پردہ چشم ختم ہوتا ہے۔ یہ آپنک نرو اور میکولا سے بھی جڑا ہوتا ہے۔ بڑھتی اور ڈھلتی عمر کے ساتھ یہ جیلی نرم پڑ جاتی ہے اور جیلی کا پھچلا حصہ کھینچنا شروع ہو جاتا ہے اور جیسے جیسے نرم پڑنے کا عمل بڑھتا ہے، جیلی کا جسم بیٹھنا شروع ہو جاتا ہے اور یہی تبدیلی نئی خون کی نالیوں کی پیدائش اور بڑھنے کا سبب ہوتی ہے۔

اور جہاں تک بصری عصب یا آپنک کا تعلق ہے یہ تین مادوں سے بنا ہوتا ہے اور بالکل اسی طرح ہے جیسے کیبل وائر (1) اعصابی سنج، (2) اعصابی سریش، (3) خورد بینی اعصابی سریش۔ بصری عصب (آپنک نرو) ذیابیطس سے اتنی جلدی اثر انداز نہیں ہوتی جب تک کہ PDR یا پچہ خیز خون کی نالیاں اور پردہ چشم پر غیر سوزشی ورم نہ موجود ہو اور نئی خون کی نالیاں نہ پیدا ہونا شروع ہو جائیں۔ جس کے سبب آپنک ڈسک دباؤ سے ہلکے پیلے رنگ کی ہو جاتی ہے اور آپنک لاغری شروع ہو جاتی ہے۔ کیونکہ پردہ چشم کی خون کی نالیاں تنگ ہونا شروع ہو جاتی ہیں۔ یعنی نمو کی حالت ہوتی ہے۔ آپنک قرص پر ورم کی حالت میں بینائی کم نہیں ہوتی۔ عام طور سے ساتھ میں بہت ہی کم پردہ چشم پر غیر سوزشی ورم ہوتا ہے۔

ریشٹا یا پردہ چشم یا شبکیہ ایک شفاف عصبی سنج ہوتی ہے جو آنکھ کے گولے کی اندرونی سطح بناتی ہے۔ یہ زجاجی جیلی کے بالکل پیچھے ہوتی ہے۔ پردہ چشم کا اہم حصہ میکولا لوٹیا یعنی زرد دھبہ جس سے بینائی بے حد صاف دکھائی دیتی ہے۔ سائز  $1.5\text{mm}$  اور یہ آپنک نرو سے باہر کی طرف ہوتا ہے۔

میکولا کے بیچ میں فوویا۔ اس حصہ میں بینائی  $20/20$  ہوتی ہے۔ ریشٹا کی دس تہیں ہوتی ہیں۔ عام طور پر روشنی کی طاقت پردہ چشم کی شفاف اگلی تہوں سے گزرتی ہے اور وہاں سے پردہ چشم کے رنگ یا صبغہ والی تہ اور پھر روشنی کے مستقبلین خلا یا تک پہنچتی ہے اور کیسائی تبدیلی اس کو اعصابی موج میں تبدیل کر دیتی ہے اور یہاں سے آپنک نرو اور پھر دماغ میں پہنچتی ہے۔ پردہ چشم اور کورائڈ یا مشیمہ کی خونی سپلائی ریشٹا کی مرکزی نالی کرتی ہے۔ پردہ چشم کی موٹائی  $1/2\text{mm}$  آپنک نرو کے پاس اور خط استوا پر  $0.2\text{mm}$  ہوتی ہے۔

ذیابیطس کا اساسی اثر پردہ چشم کی خون کی نالیوں پر ہوتا ہے جنہیں خورد بینی شہیرات

دمویہ بھی کہتے ہیں۔ یہ بات فیصلہ طلب ہے کہ ذیابیطس کس فیکٹر کے سبب ان شعیرات دمویہ پر اثر انداز ہوتی ہیں۔ خون میں شوگر ہی یقینی سبب نظر آتی ہے۔ مگر جسم میں انسولین کی کمی یا عدم وجود یا دوسرے کیمیائی اجزا بھی سبب ہو سکتے ہیں۔ سبب کچھ بھی ہو مگر فعالیت کم ہو جاتی ہے۔ شعیرات دمویہ کی اور پردہ چشم کا دوران خون جسمانی تبدیلیاں پیدا کرتا ہے۔ ذیابیطس میں پردہ چشم پر غیر سوزشی درم میں 5 ظاہری کلینکی تبدیلیاں ہوتی ہیں۔

(1) خورد بینی شریانی پھیلاؤ جس میں شعیراتی دیوار سے تھیلیاں سی نظر آتی ہیں۔  
 (2) پردہ چشم کی خون کی نالیاں ”شریانک اور“ ”اوردہ“ بند ہو جاتی ہیں اور پھر ان میں  
 (3) جریان خون یعنی خون رسنا شروع ہو جاتا ہے اور پھر اس کے بعد (4) نئی نئی خون کی نالیاں  
 بنا شروع ہو جاتی ہیں۔ یعنی شعیرات کی بچہ خیزی اور پھر عصبی سریش پیدا ہو جاتا ہے۔ زجاجی  
 جیلی، عصبی سریش اور سنج میں کھچاؤ پیدا ہوتا ہے جس کے سبب پردہ چشم اپنی جگہ سے اکھڑنا شروع  
 ہو جاتا ہے۔ یہ سارا عمل بتدریج منزل بہ منزل ہوتا ہے۔ BGR(a) یا پردہ چشم پر عقبی تبدیلیاں  
 یا پچیید گیاں PPR (b) پردہ چشم پر غیر سوزشی درم کے ساتھ ماقبل بچہ خیز پچیید گیاں۔ (c)  
 PDOR بچہ خیز پچیید گیاں۔ (d) QDR پردہ چشم پر سکت غیر سوزشی درم۔

اور بھی کئی شکل کی پچیید گیاں پردہ چشم پر ظاہر ہوتی ہیں۔ نقطہ خون کی شکل کے خورد بینی  
 دھے۔ یا شعلہ کی شکل کا جریان خون۔ یا روئی وادون کی شکل کے ہلکے سفید دھے یا چمکدار سخت  
 اور سفید دھے۔ فلور سین اچکٹ کی جائے اور آنکھ کے اندر کی شراین کی تصویر لی جائے تو یہ  
 ساری تبدیلیاں اور پچیید گیاں نظر آئیں گی۔ ”اوردہ“ میں تسج کے دانوں جیسی گانٹھیں۔ یہ  
 سب جریان خون کی زیادتی کی وجہ سے ہوتا ہے۔ ابھی تک یہ عمل معین حد تک واضح نہیں۔

پردہ چشم کے پچھلے حصے پر غیر سوزشی درم اگر موجود ہو تو تشخیصی سلسلہ میں ایک سنگ میل  
 کی حیثیت رکھتا ہے اور یہ پچیید گیاں دراصل شعیراتی پھیلاؤ کی وجہ سے پیدا ہوتی ہیں اور ابتدائی  
 منازل میں سرخ گول خورد بینی دھوں کی شکل میں نظر آتی ہیں۔ ان کا وجود پہلی تشخیصی علامت  
 سمجھئے۔ اگر دقیق مکرر آلے کے ذریعہ دیکھا جائے تو بچوں۔ نوجوانوں اور جوانوں میں 50%  
 مریضوں میں ایک آدھ دھبہ خون کا ضرور نظر آئے گا۔ اس کا سبب ابھی تک نامعلوم ہے۔  
 قیاس آرائیاں بے حد ہیں۔ ہاں یہ امر خوش کن ہے کہ آنکھ دقت پر چیک ہو جائے تو انسولین  
 اور دوسری دواؤں کے ذریعہ اگر خون میں شوگر کنٹرول ہو جائے تو میرا ذاتی تجربہ ہے کہ چھ ماہ  
 کے عرصہ میں یہ دھے غائب ہو جاتے ہیں اور بینائی پر بُرا اثر نہیں پڑتا اور اگر شوگر کنٹرول ٹھیک

نہ ہو اور شوگر لیول 130 سے 200 ملی گرام رہے تو میکولا پرورم آسکتا ہے اور مرکزی بینائی کم ہو جاتی ہے۔ خصوصاً بڑی عمر کے لوگوں میں۔

جریان خون اور رشحہ۔ خورد بینی پھیلاؤ جو ریٹنا کے اندر پیدا ہو جاتا ہے اس کے سبب پردہ چشم یا ریٹنا کے اندر جریان خون اور سخت و مومیائی رشحہ کو آنکھ کے خلفی حصہ پر غیر سوزشی درم کہتے ہیں۔ یہ دراصل خون کے سرخ ذرات کے باہر نکل آنے سے پیدا ہوتا ہے اور اس کے کئی اسباب ہو سکتے ہیں۔ جیسے کہ بلڈ پریشر کی زیادتی بھی سبب ہو سکتی ہے۔ یہ ایک خطرے کی علامت یا وارننگ اشارہ سمجھئے کہ بیماری ایک خطرناک مرحلہ میں داخل ہو رہی ہے۔ ہوشیار ہو جاؤ، سخت اور مومی رشحہ، چمکدار، ہلکا پیلا یا سفید نظر آتا ہے۔ پردہ چشم کے میکولا کے حصہ پر یہ دھبے ذرا اندر کی طرف ہوتے ہیں اور اس کے ساتھ پردہ چشم پرورم بھی ہوتا ہے۔ میکولا پر موجود پیچیدگیاں یا میکولوپیتھی کا مطلب ہے کہ تین شکلوں کے تغیرات (الف) رشحہ، (ب) منفرد سرخ گول دھبے، (ج) چھلہ نما (د) پلک یعنی ابھرے ہوئے بڑے دھبے۔ یہ حسب کامیابی علاج اور شوگر کنٹرول سے کم اور زیادہ ہوتے رہتے ہیں اور آج کل تو لیزر سے کامیاب علاج ہو رہا ہے اور بینائی کی عمر بھی بڑھ گئی ہے۔ جہاں تک دواؤں کا تعلق ہے خصوصاً رشحہ کے سلسلے میں تو کولیسٹرول کو کم کرنے کی دوائیں اور خصوصی غذا کا کافی عرصہ سے استعمال ہو رہی ہے مگر یہ بات واضح ہو گئی ہے کہ سخت قسم کے رشحہ کسی بھی علاج سے ختم نہیں ہوتے۔ درم کم ہو سکتا ہے اور یہ اکثر کم اور زیادہ ہوتا رہتا ہے۔

چھوٹی عمر کی ذیابیطس میں اگر میکولا پرورم ہو جو علاج کے باوجود برقرار رہتا ہے اور یہ اس بات کی خطرناک علامت ہے کہ PPDR یا مائل پچہ خیزی کا پیش خیمہ ہے اور ان چھوٹی عمر کے مریضوں میں جن کا انحصار صرف انسولین پر ہے ان میں یہ بات بھی ہوگی کہ ان کے گردے بھی متاثر ہیں۔ ایسی صورت میں سیرم کریاٹینین ضرور سٹ کرنی چاہئے۔

جہاں تک پردہ چشم پر غیر سوزشی درم کا تعلق ہے اس میں کئی اسباب کام کرتے ہیں مثلاً ذیابیطس کے شروع ہونے پر مریض کی عمر۔ شوگر کنٹرول کی نسبت بلڈ پریشر، حمل، گردوں کی بیماری۔

1980ء تا 1981ء میں نیفلڈ آئی ہسپتال میں مین نے ڈاکٹر کاٹو پیکر کے معاون کی حیثیت سے آکسفورڈ میں کام کیا تھا اور ذیابیطسی مریضوں کی فنڈس نوٹو گرافی کے ذریعہ - Quantification پر کام کیا تھا۔ ہر مریض تقریباً 6 ماہ کی مدت کے وقفہ سے چیک کیا گیا تھا۔ یہ ریسرچ شائع بھی ہوئی تھی۔ ایسی ہی ایک ریسرچ جوز لین کلینک، بوٹسٹن امریکہ میں بھی ہوئی تھی۔ نتائج اس طرح تھے۔

- (1) جن مریضوں میں 40 سال یا زیادہ عمر میں ذیابیطس شروع ہوئی ہو وہ ٹائپ 2 یا بچوں کی ذیابیطس سے مختلف ہوتے ہیں اور جن لوگوں میں 20 اور 30 سال کے درمیان مرض شروع ہوا ہو ان میں کافی حد تک علامات مشترک ہوتی ہیں۔
- (2) بڑی عمر کی ذیابیطس میں عورتوں کی نسبت زیادہ ہوتی ہے لیکن اگر PDR یعنی پردہ چشم پر پچھنیز سوزشی ورم ہو تو مردوں اور عورتوں کی نسبت برابر ہی ہوتی ہے۔
- (3) جن لوگوں میں ذیابیطس بڑی عمر میں ہوتی ہے ان میں دس سال کے اندر PDR پیدا ہو جاتی ہے۔

(4) آنکھوں میں پینائی کی پچھیدگیاں بڑی عمر میں زیادہ ہوتی ہیں۔

(5) بڑی عمر کے مریضوں میں دس سال کے اندر PDR پیدا ہو جاتا ہے۔

(6) میکولاپروڈیم بڑی عمر میں زیادہ ہوتا ہے۔

(7) اگر میکولاپروڈیم پچاس سالہ مریض میں ہو تو PDR لازمی ہوتی ہے۔

مریض کو ذیابیطس خواہ چھوٹی عمر کی ہو یا بڑی عمر کی۔ انسولین لیتے ہوں یا گولیاں ان سب میں ذیابیطس کی پچھیدگیاں پیدا ہو سکتی ہیں۔ لہذا مریضوں پر نظر رکھنی چاہئے اور ماہر امراض چشم سے مشورہ ہر سال یا 6 ماہ کے بعد ضرور لینا چاہئے اور پوری ٹیم کا تعاون بے حد ضروری ہے۔ (ماہر امراض چشم، فزیشن، ذیابیطس کا ماہر اور خاندانی معالج اور اس کو آنکھ کا معائنہ ضرور دیکھنا چاہئے۔)

## شوگر کنٹرول

اس مختصر سے مضمون میں اس کا احاطہ ناممکن ہے۔ یہ بات کافی ہوگی کہ میں نے بذات خود مشاہدہ کیا ہے کہ شوگر کنٹرول کافی اہمیت رکھتا ہے۔ میں نے دیکھا ہے کہ جو اشخاص اپنی شوگر 126 اور 130 کے لگ بھگ رکھتے ہیں ان میں PDR کی نسبت بہت کم ہے یعنی 10%۔ جن لوگوں کا کنٹرول تقریباً متوسط ہے یعنی 150 سے 200 وہ تقریباً 20% PDR کے شکار ہوتے ہیں اور اس کنٹرول کی وجہ سے عورتوں میں اسقاط حمل زیادہ ہوتا ہے۔ پینائی چلی جاتی ہے۔ گردے ٹیل ہونے کا امکان زیادہ ہوتا ہے۔ بلڈ پریشر، شران قلب کی بیماری اور جگر میں چربی اترتی ہے۔ میرا ذاتی تجربہ ہے کہ جن عورتوں کی شوگر دوران حمل 130 کے لگ بھگ رہتی ہے ان کے بچے نارمل پیدا ہوتے ہیں اور ایسے کنٹرول کے دوسرے مریض 90% مشکلات سے دوڑ رہتے ہیں۔

مغرب میں تو خیر خاصا کام ہو رہا ہے۔ آج کل ایک DCCT (ڈیابیطریز کنٹرول اور کمپلیکیشن ٹرائل) اس ریسرچ سے کافی نئی چیزیں ابھری ہیں۔ ہم تیسری دنیا کے باسی ایسے کسی سسٹم سے محروم ہیں۔ نہ ڈیٹا بنک، نہ رجسٹریشن، نہ اموات کی شرح اور معلومات نہ باقاعدہ فالو اپ، نہ ایسے مریض جو ایسے پروگراموں کی اہمیت کو سمجھتے ہیں، نہ رضا کار، نہ سوشل ورکر، نہ سرمایہ %80 آبادی جاہل اور سہولتوں سے محروم اور لطف یہ کہ وہ اس کمی کے احساس سے بھی محروم ہیں اور ہر نا کامی کو من جانب اللہ کہہ کر بری الذمہ ہو جاتے ہیں۔

### بلڈ پریشر

وہ ذیابیطس کے مریض جو بلڈ پریشر کے بھی شکار ہوتے ہیں ان کو DR پر وہ چشم پر غیر سوزشی ورم بھی ہوتا ہے۔ خصوصاً PDR کا تعلق ڈائسٹولک خون کے دباؤ سے کافی ہوتا ہے۔ بہت ریسرچ ہوئی ہے اور مزید کی ضرورت ہے۔ امریکہ کے پیو ما انٹرن قبیلہ میں ایک سٹڈی کے درمیان قلب کے پھیلاؤ کے وقت خون کے دباؤ اور PDR کا گہرا تعلق پایا گیا ہے اور اس کی نسبت زیادہ ہے لیکن امر بھی ہے کہ یہ ثابت نہ ہو سکا کہ بلڈ پریشر اور جریان خون کا کیا تعلق ہے۔ بس یہ ہے کہ ذیابیطس میں اگر بلڈ پریشر کی زیادتی پر وہ چشم پر ورم کے لئے ایک ممکن سبب یا رسک فیکٹر ہے۔

حمل اور پردہ چشم کے ورم کے متعلق ابھی تک معلومات کافی نہیں ہیں۔ مگر یہ بات ملاحظہ میں آئی ہے کہ پردہ چشم پر بچہ خیز سوزشی ورم یعنی PDR موجود ہو تو یہ حمل کی مدت کے ساتھ ساتھ بڑھتا جاتا ہے اور اس کی رفتار حمل کی رفتار سے مماثل یا متوازی ہے۔ کیونکہ دیکھا گیا ہے کہ وضع حمل کے بعد چھ ماہ کی مدت میں PDR میں کمی ہو جاتی ہے۔ خصوصاً تیسری ماہی حمل یعنی 7، 8 اور 9 ویں ماہ میں PDR کا عمل بڑھ جاتا ہے۔ جن حاملہ عورتوں میں حمل سے پہلے لیزر سے علاج ہو چکا ہو ان عورتوں میں DR (پردہ چشم پر غیر سوزشی ورم) زیادہ نہیں بڑھتا کچھ میں یکنگت اضافہ ہوتا ہے اور حمل کے دوران Stable رہتے ہیں اور حمل کے بعد بھی۔ ان کی بصری توانائی میں بھی فرق نہیں پڑتا۔ نظر قائم رہتی ہے۔ مگر کچھ عورتوں میں اگر حمل سے پہلے بچہ خیز غیر سوزشی ورم موجود ہو تو وہ ورم بے حد تیزی سے بڑھتا ہے۔ حتیٰ کہ بینائی کھونے کا بھی امکان ہے۔ مختصر آذیابیطس میں حمل کے دوران:

(1) زیادہ تر مریضوں میں DR یعنی غیر سوزشی ورم پر پردہ چشم پر ضرور پایا جاتا ہے۔

- (2) کافی تعداد میں مریضوں میں حمل کے دوران غیر سوزشی ورم کا عمل تیز نہیں ہوتا۔  
 (3) جن مریضوں میں غیر سوزشی ورم نہیں ہوتا ان کی ذیابیطس کی مدت بھی کم ہوتی ہے۔  
 (4) جن مریضوں میں تشخیص کے وقت غیر سوزشی ورم پردہ پر نہیں ہوتا ان کو حمل کے دوران پردہ چشم پر غیر سوزشی ورم نہیں ہوتا۔

- (5) تیزی نظر یا بصری صلاحیت کی تبدیلیاں عام نہیں ہوتیں۔  
 (6) سارے مشاہدات برحق مگر یہ مسئلہ ابھی تک مشکوک اور متنازعہ ہے۔  
 یہاں مشورہ یہ ہے کہ اگر حامل مریضہ کو آنکھ کی وچھیدگیاں موجود ہیں تو آنکھوں کے ماہر سے مشورہ ضرور کریں۔

جہاں تک گردوں کا تعلق ہے تو اس کے لئے صفائی گردہ، انتقال عضویا پوند کاری کے سبب اب زندگی عذاب نہیں رہی ہے۔ مگر کچھ لوگوں میں مالی مسائل اور علاج کی قیمت مرض سے زیادہ عذاب ہے۔ اگر خون میں پوریا بڑھا ہوا ہو۔ کریاٹینین زیادہ ہو تو لازماً پردہ چشم پر بھی تبدیلیاں ہوں گی۔ مثل پردہ چشم پر سطحی جریان خون اون اور روئی نمادھے۔ شرائین میں تنگی، آپک ڈسک پر ورم، پیشاب آوروائیں گردہ فیل ہونے کے دوران ورم کم کرتی ہیں۔ اس مضمون کا مقصد علاج تجویز کرنا نہیں بلکہ عام معلومات فراہم کرنا ہے۔ اور میرے ہم پیشہ لوگوں کے لیے پردہ چشم پر مختلف منازل کے ورم کے لیے:

- 1- سرگردہ تراشی۔
- 2- ہارمونات نمو۔
- 3- فینٹائین P۔
- 4- جربی کم کرنے کی دوائیں۔
- 5- نخامیہ براری یا جراحی خاتمہ۔
- 6- ریڈیائی خاتمہ۔
- 7- کالسیوم ڈیوسلیٹ۔
- 8- کالسیوم فاسفیٹ۔
- 9- وٹامن E-C اور K۔
- 10- بے بی اسپرین۔
- 11- سلسلات۔

12- لیزر وغیرہ ممکنہ علاجات تھے اور کچھ آج بھی ہیں۔

ذیابیطس میں پردہ چشم پر غیر سوزشی ورم کے سلسلے میں آج کل بے حد مقبول جراحی علاج زجاجی جیلی کی قطع و برید ہے۔ آنکھ کے علاج کے سلسلے میں لیزر سے اجمہاد پہلی منزل ہے۔ دوسرا علاج Vitrectomy یا زجاجی جیلی کی براری یا ایک بے حد نفیس اور باریک آلے سے زجاجی جیلی کو پچھلے حصہ سے کھینچ کر نکال دیتے ہیں اور خون جو جمع ہوتا ہے وہ بھی نکل جاتا ہے۔ آنکھ اس عمل جراحی کو برداشت کر سکتی ہے اور پھر خالی جگہ کو نمکین پانی سے پر کر دیا جاتا ہے۔ یہ عموماً اس حالت میں ہوتا ہے جبکہ آنکھ کے پچھلے حصے میں خون رس کر جمع ہو گیا ہو اور آنکھ کے اندر کھینچ پڑ رہی ہو اور میکولا کے اکھڑنے کا خطرہ ہو۔

کبھی کبھی آنکھ کے خارجی عضلات میں عصبی کمزوری یا فالج بھی ہو سکتا ہے۔ عام طور پر پتلی نارمل ہوتی ہے۔ ذیابیطس میں دماغی تیسری عصب پتلی پر اثر انداز نہیں ہوتی لیکن دماغ کے اندر اگر شریانی پھیلاؤ یا کوئی رسولی ہو تو یہ تیسری عصب کو مفلوج کر دیتی ہے۔ اگر دماغ کی 6 نمبر عصب کمزور ہو یا مفلوج ہو تو ذیل نظر آتا ہے۔ 4 نمبر کی دماغی عصب بھی بینائی کو ذیل دکھاتی ہے۔ یہ بات بے حد ضروری ہے کہ اعصاب کا فالج ایک آدھ ہفتہ سے لے کر پانچ چھ ماہ میں ٹھیک ہو جاتا ہے جن لوگوں کو ذیابیطس لے عرصہ سے ہو ان کی آنکھ کی پتلی چھوٹی ہوتی ہے۔

### کاسہ چشم

وہ پیالہ جس میں آنکھ واقع ہوتی ہے، اگر اس میں کوئی انفکشن ہو جائے تو ورم ہو سکتا ہے اور اگر یہ ورم پیچھے کی طرف بڑھے تو خطرناک نتائج ہو سکتے ہیں۔ خصوصاً فنگس کی انفکشن یا کوئی اور انفکشن۔



## ذیابیطس اور نظام اعصاب

ایک مدت سے لوگوں اور خصوصاً اطباء کو علم چلا آ رہا ہے کہ نظام اعصاب اور ذیابیطس کا گہرا تعلق ہے۔ یہ تعلق ”رولو“ نے 1798ء میں ظاہر کیا تھا اور انیسویں صدی کے وسط تک یہ خیال عام تھا کہ ذیابیطس مرکزی نظام اعصاب کا حصہ ہے۔ مارشل دی کلوی نے 1864م میں یہ رائے ظاہر کی کہ اعصابی پیچیدگی ذیابیطس کے سبب سے پیدا ہو سکتی ہے۔ بجائے تاثیر کے۔ پاوی (Pavy) نے 1885ء میں اعصابی پیچیدگی کو بے حد خوبصورت اور مکمل الفاظ میں کیا خوب بیان کیا ہے۔ ”ذیابیطس کا مریض عموماً اپنی حالت اس طرح بیان کرتا ہے کہ اس کے پیروں اور پنڈلیوں میں لمسی حس مفقود ہے۔ پاؤں بھاری بھاری اور سن محسوس ہوتے ہیں کہ جیسے پاؤں کے ساتھ 20 کیلو وزن بندھا ہوا ہو۔ یا جیسے اس کے جوتے زیادہ کھلے محسوس ہوتے ہیں۔ کبھی کبھی شدید انٹنشن پنوں میں۔ کڑل اور شدید بے چینی اور درد۔ کبھی اس قدر چھتا ہوا درد اٹھتا ہے کہ درد کی شدت برداشت سے باہر ہوتی ہے۔ اٹھنے اور بیٹھنے میں دقت ہوتی ہے اور کہیں کہیں درد کی لمسی حس اس قدر بڑھی ہوئی ہوتی ہے کہ کپڑے کی کریمز یا کلف جب جلد سے چھوتی ہے تو برداشت سے باہر محسوس ہوتی ہے۔ اکثر پنڈلیوں اور رانوں کے اندر شدت کا درد محسوس ہوتا ہے۔ ایسا لگتا ہے جیسے درد ہڈیوں کے اندر بھی ہو۔ اگر دباؤ تو دبانے سے درد بڑھتا ہے۔ یہی دردرات کو بے حساب ہوتا کہ ہر بن مو میں پیوست محسوس ہوتا ہے اور ساتھ ہی گھٹنے کی چھنی ہڈی کا ریفلکس بھی کم ہو جاتا ہے۔“

جہاں تک جدید ریسرچ کا تعلق ہے تو یہ بات ثابت ہے کہ اعصابی پیچیدگی پر بے حد ایڈوائس کام ہو رہا ہے اور لمسی حس کو مرکزی اعصابی حس کے مقابلے میں زیادہ توجہ دی جا رہی ہے۔ خصوصاً بڑی کمپنیاں (دواساز) جیسے کہ فائزر اور دوسری کمپنیاں کام بھی کر رہی ہیں اور انسانی کمزوریوں اور ضروریات کو مد نظر رکھتے ہوئے جنسی مسائل پر تجربے بھی کر رہی ہیں اور خوب پیسہ

بھی کما رہی ہیں۔ خصوصاً پچھلے چار سالوں میں تو خوب کمایا بھی ہے اور لوگوں کی جنسی طلب بھی مٹائی ہے اور ادھر عورتوں کے جنسی مسائل بھی سلجھانے کی کوشش جاری ہے۔ خصوصاً واسٹل ہیلتھ کمپنی یو کے نے مردوں اور عورتوں کے لئے ہومیو پیتھک کی ادویات تیار کی ہیں اور GNC امریکہ نے بھی دسیوں ادویات پیش کی ہیں۔ ان کا نہ کوئی لٹریچر ساتھ ہوتا ہے نہ دوا کے متعلق معلومات وغیرہ نہ یہ علم ہوتا ہے کہ اس کا ذیلی اثر تو نہیں اور قیمت آسمان سے باتیں کرتی ہے۔

لوگوں میں علمی شعور بڑھ رہا ہے اور مردوں و عورتوں کے جنسی مسائل کھل کر سامنے آ گئے ہیں۔ ہر چھٹے آدمی کو شوگر کا مرض ہے۔ لہذا مرض کی طرح مشاغل اور مسائل بھی عام ہو گئے ہیں۔ پہلے لوگ مہربان ہوئے تھے اب اس امید پر کہ شاید علم اور طب ترقی پر ہے کوئی نہ کوئی حل نکل آیا ہو۔ میرے تخمینے سے زیادہ ”ویا گرا“ کا استعمال بڑھ رہا ہے حالانکہ اس کے ناجائز استعمال سے کئی اموات ہو چکی ہیں۔

انسان یا حیوان جو کام بھی کرتا ہے اور جو حرکت بھی وہ کرتا ہے ان سب کا تعلق اعصابی نظام سے ہے۔ کوئی بھی حرکت ہو، پٹھوں کی، جنبش نظر کی، پلکوں کی غلانی جھپک ہو، خواہ اچھے و بُرے خیالات ہوں، سوچ و فکر ہو، نظام تنفس ہو، نگاہ لطف ہو کہ نگاہ برہم یا زلفوں کی گھٹی چھاؤں، یا عارضی گلگوں پر شرم و حیا کی سرخی، ہر کام ہر حرکت میں برقی، سکی و لاسکی نظام کا فرما ہوتا ہے اور اگر گلگوں کو کنٹرول صحیح نہیں ہے تو نظام اعصاب درہم برہم ہو جاتا ہے۔ سبحان تعالیٰ کا کرم ہے کہ ذیابیطس دماغ اور حرام مغز کو متاثر نہیں کرتی لیکن دوسرا نظام اعصاب کافی متاثر ہو جاتا ہے اور خبر رسانی کا نظام غلط ہو جاتا ہے۔ کیونکہ غلط خبریں، غلط وقت اور غلط جگہ بھیج دی جاتی ہیں۔ یا خبر رسانی کی برقی رو سست ہو جاتی ہے۔

ایسا ہو سکتا ہے کہ مریض کے ہاتھوں میں درد ہو مگر مریض کو محسوس ہوتا ہے کہ اس کی کمر، رانوں، پنڈلیوں میں شدید درد ہے یا اور بھی کسی حصہ میں درد محسوس ہو سکتا ہے۔ نظام ہضم اگر خراب ہو جائے تو آنتوں کی حرکت سست ہو سکتی ہے۔ متلی، تے شروع ہو سکتی ہے۔ مثلاً نہ بھی کمزور ہو سکتا ہے جس کے سبب پیشاب روکنا مشکل ہو جاتا ہے۔ وضو سنبھالنا مشکل ہوتا ہے۔ مردانہ جنسی کمی، کمزوری، رغبت کی کمی یا سرعہ انتساب یا نزول۔ عورتوں میں بھی یہی کمی ہو سکتی ہے رغبت کی کمی یا ٹھنڈا پن۔ مریض کے سارے جسم، پٹھوں میں کمزوری محسوس ہوتی ہے۔ ذیابیطس میں یہ تبدیلیاں آتی جاتی رہتی ہیں اور تدارک کے لئے انسانی حوصلہ، ورزش، صبح و شام، بیٹھے اور چربی و مکھن سے پرہیز، کھانا مثل ”چڑی چوگا“، یعنی چھ سات حصوں میں، دو اور

اپنے معالج سے کم از کم ہر تین ماہ کے بعد ملاقات۔ مقصد یہ کہ جسم کی شوگر کو کنٹرول میں رکھے تو ہر مشکل دور ہو جاتی ہے بلکہ قریب نہیں پھلتی۔

ایسی اعصابی تبدیلیاں ان لوگوں میں زیادہ ہوتی ہیں جن میں ذیابیطس ایک مدت سے ہو۔ شوگر کنٹرول ٹھیک نہ ہو۔ دراصل ابھی تک کسی کو بھی یقینی طور پر علم نہیں ہے کہ ذیابیطس میں شوگر کی زیادتی کیونکر اعصاب پر اثر انداز ہوتی ہے۔ یہ ممکن ہے کہ پروٹین گلوکوز کے ساتھ مل کر گلائیکو پروٹین کی شکل میں اعصابی خارجی جھلی کے اندر کوٹنگ یا تہہ بنا دیتی ہے اور یوں قیاس ہے کہ اعصابی سیج کی خون کی سپلائی یا تو بند ہو جاتی ہے یا پھر کم ہو جاتی ہے جس کے سبب آکسیجن کی فراہمی کم ہو جاتی ہے۔ یا یوں بھی ہو سکتا ہے کہ مفرد اعصاب کے چاروں طرف سفید سیج ہوتی ہے وہ اعصاب کو بھینچ دیتی ہے۔ اگر خون میں شوگر کی اوسط مقدار (چوبیس گھنٹوں کی)  $130\text{mg/dl}$  رکھی جائے تو مرض میں افاتہ ہونے لگتا ہے اور مکمل آرام کے لئے قریباً 2 ماہ لگتے ہیں کم از کم اور بعض اوقات 6 ماہ بھی لگ سکتے ہیں۔

یورپ میں ذیابیطس کنٹرول کے سلسلے میں جوئی ریسرچ CDDT کے عنوان سے ہو رہی تھی اور اب مکمل ہوئی ہے ان کا کہنا ہے کہ جن لوگوں میں درمیانہ یا اوسط کنٹرول دیکھا گیا ان میں 60% لوگوں میں اعصاب کی پیچیدگی نہیں ہوئی تھی۔ اگر خون کی نالیوں کو صحت مندر رکھا جائے تو نتیجتاً خون کی سپلائی ٹھیک رہتی ہے اور اعصاب بھی ٹھیک کام کرتے ہیں لیکن یہ بات کبھی بھی نہیں بھولنا چاہئے کہ ورزش یا تیز تیز چلنا صبح و شام، سگریٹ نوشی سے پرہیز، تندرست و مناسب کھانا، دوائیں مع۔ ضروری معدنیات سے بھرپور، تازہ سبزی، سلاڈ  $1\frac{1}{2}\text{Kg}$  اور پھل وقفہ وقفہ سے۔ الکوحل اور منشیات سے کامل پرہیز کیونکہ یہ آخری دو چیزیں اعصاب کے لئے زہر قاتل ہیں اور جگر کے لئے بھی۔

ذیابیطس میں شوگر کی زیادتی کے سبب تین قسم کی پیچیدگیاں پیدا ہوتی ہیں: (1) نظامِ جس لیس، (2) موثر، حرکی یا میکانیکی قوت کا نظام، (3) خود کار نظام (ANS)۔  
سطحی یا جس لیس کی ذیابیطس کے سبب جو خرابی پیدا ہوتی ہے اس کو ذیابیطسی اعصابی بیماری کہتے ہیں۔ یہ اصطلاح لامعنی ہے۔ اس سے یہ ظاہر نہیں ہوتا کہ پیچیدگی کہاں ہے اور کیا ہے۔ صرف ایک اشارہ ہے کہ کسی نظام جس کی خرابی ہے۔ یہ ظاہر نہیں ہوتا کہ اس کا تعلق نظامِ ہضم سے ہے یا کسی دوسرے نظام سے، یہ بات سچی ہے کہ یہ ذیابیطس کا نتیجہ ہے۔ ذیابیطس کی عمر (مدت) اور اعصابی التهاب (درم) یا پیچیدگی کا چولی دامن کا ساتھ ہے۔ جن لوگوں میں اعصابی تکلیف

ہوتی ہے ان کی شوگر کافی عرصہ سے زیادہ ہوتی ہے۔ ہاں کبھی کبھی برعکس بھی ہو سکتا ہے کہ لمسی اعصاب کی تشخیص یا ان کا وجود اس وقت بھی ظاہر ہو سکتا ہے جبکہ مریض کی شوگر کنٹرول اور قابو میں آ چکی ہو اور مریض یہ شکوہ کرتا ہے کہ ایسا کیوں ہوا اب تو میری شوگر کنٹرولڈ ہے۔

یہ بات تجربہ سے ثابت ہے۔ اس تکلیف کا تعلق کیتونی اجسام سے نہیں ہوتا۔ حالانکہ یہ امر واضح اور تقریباً ثابت ہے کہ اعصابی پیچیدگی ذیابیطس میں نظام ہضم کے تغیرات کے سبب ہوتی ہے لیکن اعصابی نظام کی پیچیدگی میں خون کی باریک نالیوں میں تبدیلی کو نظر انداز نہیں کیا جا سکتا۔ کیونکہ گردوں کی باریک خون کی نالیوں میں تبدیلی اور پردہ چشم پر غیر سوزشی درم اور آنکھ کے بے حد خورد بینی شریا تک میں پیچیدگیاں بالکل متوازی یا ساتھ ساتھ چلتی ہیں اور ان سب کو ایک ہی سبب سے منسلک کیا جاتا ہے۔ شاید نظام ہضم میں تبدیلی اور خون کی خورد بینی شریا تک میں تبدیلی یہ سب ایک ہی وقت میں پیدا ہوتی ہے۔

اعصاب جب حرام مغز سے باہر نکلتے ہیں ان کی شکل کیبل کی طرح ہوتی ہے اور جب یہ کیبل تقسیم ہوتے ہیں تو یہ A، B، C اور D مختلف نسجوں یا کیبلات میں بٹ جاتے ہیں اور یہ تقسیم اعصاب کی سرعت رفتار کے حساب سے ہوتی ہے۔ خون سپلائی میں کمی دراصل بڑے بنڈل یا کیبل (A(C-BLB) کی نسجی لمسی احساس کی رفتار کو کم کر دیتا ہے اور وہ اعصاب جو بے حد باریک یا خورد بینی ہیں ان کا تعلق لطیف لمس، شدت درد کا احساس اور وہ اعصاب جو بے حد باریک یا خورد بینی ہیں ان کا تعلق لطیف لمس۔ شدت درد کا احساس اور اندرونی جسم کے خودکار نظام عمل سے ہے۔ باریک نسجی ریشوں سے یہ لطیف کا دردگی ادا کرتے ہیں اور اس کا تعلق نظام ہضم سے ہے۔ 1936ء سے ذیابیطس کے سبب سے اعصاب کی پیچیدگیوں پر کام ہو رہا ہے اور آج بھی جاری ہے۔

اس کی تین قسمیں بیان ہوئی ہیں۔

- (1) ذیابیطس مع آلام شدید (شدید درد) اس قسم میں شوگر کا کنٹرول عرصہ دراز سے بے قابو ہوتا ہے اور مناسب علاج سے درد کی شدت میں کمی ہو جاتی ہے۔
- (2) اس قسم میں اعصابی نسج میں خون کی سپلائی کم ہوتی ہے۔
- (3) کئی رُخنی (Poly) اعصابی درم۔

(4) امعاء، اعضاء شکم یا اندرونی اعضاء کا اعصابی درم۔

یہ ساری تقسیم اسباب کو مد نظر رکھ کر کی گئی ہے لیکن تشریح الجسم کے حساب سے تقسیم یوں

ہے۔ (الف) اعصاب کی جڑ کا ورم، (ب) اگر ملے جلے مخلوط اعصاب کا تعلق ہے تو مفرد (Mono) نیورو پیتھیسی، (ج) اگر اعصاب کے دور کے حصے پر ورم ہے تو مشکل (Poly) نیورو پیتھیسی۔ جہاں تک ذیابیطسی اعصابی ورم کا تعلق ہے تو سطحی اعصابی ورم مرض کے شروع میں پیدا ہوتا ہے اور تجربہ یہ بھی کہتا ہے کہ ذیابیطس کے بہترین کنٹرول کے باوجود کچھ لوگوں میں مرض کی شدت اور درد کی کیفیت میں افاقہ یا فائدہ نہیں ہوتا۔ اس بنا پر کچھ علماء کا کہنا ہے کہ سطحی اعصابی ورم کا تعلق شوگر اور انسولین سے نہیں ہے۔ دوسری طرف یہ رائے بھی ہے بلکہ واضح ثبوت ہے یا شہادات موجود ہیں کہ سطحی اعصابی ورم کا تعلق مرض کی مدت اور شوگر کنٹرول سے زیادہ ہے کیونکہ جن اصحاب میں ذیابیطس کی ابتدا ہوتی ہے ان میں اعصاب کے اندر موصلاتی رفتار کم ہو جاتی ہے جو انسولین کے علاج سے دور ہو جاتی ہے اور قابل علاج یا تحسن تبدیلی یا پلٹ جانے والی تبدیلی ہوتی ہے۔ اعصابی وحدت میں اعصابی خلیہ کی لمبی سنج یا ایکسون بائیو کیمیائی تبدیلی یعنی اعصابی وحدت (نروسیل) کے ایکسون میں مائیوان او سینٹال (Myoinosital) کے نظام ہضم کا بے حد ہاتھ ہے۔ واصل یہ ایک مرکب الکوحلی مادہ ہے جو سطحی اعصاب میں وافر ہوتا ہے اور جب جسم میں شوگر کی مقدار زیادہ ہو تو اعصابی جسم میں گلوکوز، ساربینول اور فرکٹوز یہ سب زیادہ ہوتے ہیں اور اس کے سبب اگر غذا میں مائیوان ایسٹول کی نسبت زیادہ کر دی جائے تو اعصاب میں موصلاتی حس کی رفتار بڑھ جاتی ہے۔

کلینکی مشاہدہ میں اعصاب کی جڑ میں ذیابیطسی ورم

### DIABETIC RADICULOPATHY

یہ نادر سطحی اعصابی ورم ہوتا ہے۔ سبب نامعلوم مگر سطحی مفرد اعصابی ورم سے مشابہ ہے۔ اس کا سبب خون کی سپلائی میں کمی ہوتی ہے اور درد نشتر کی طرح تیز اور گہرا محسوس ہوتا ہے۔ یا مسلسل اندر کی طرف محسوس ہوتا ہے۔ اگر سینے کے اعصاب میں درد ہو تو یہ پیٹ میں درد ہوتا ہے اور وزن بھی کم ہوتا ہے۔ حالانکہ مریض میں تکلیف ناقابل برداشت ہوتی ہے۔ مگر رب العزت کے فضل اور صحیح علاج سے چھ سات ماہ میں مکمل آرام آ جاتا ہے۔ صرف درد سے ذیابیطس سے نہیں کیونکہ ذیابیطس تو زندگی کی ساتھی ہے۔

ذیابیطسی مفرد اعصابی ورم مریضوں میں عام ہوتا ہے اور اس کا تعلق بھی خون کی سپلائی سے ہے۔ سطحی اعصاب کو چوٹ لگنے سے یہ درد ہو سکتا ہے۔ کوئی بھی بڑی لائن کی اعصاب بہ یک

وقت اگر متاثر ہو تو وہ مشکل اعصابی ورم یا مفرد اعصابی ورم کہلاتا ہے۔ جیسے نچلے دھڑکی رانوں اور ٹانگوں کی بڑی اعصاب (فیورل) مفرد اعصابی ورم۔ درد شدید ہوتا ہے۔ حس لمس اور حرکی حس کم ہو جاتی ہے۔ اس کا تعلق خون کی سپلائی میں کمی سے ہے۔ علاج سے فائدہ جلد ہو جاتا ہے اور درد کو کامل شفا ملتی ہے۔ یہ عرق النساء کی شکل ہے۔ بازو، کلائی اور ہاتھوں میں مین اعصاب (وسطی) کے پھنسنے سے مفرد ذیابیطسی اعصابی ورم ہوتا ہے۔ یہ ذیابیطس کے مریضوں میں عام ہے۔ ایسی ہی حالت ذیابیطس کے علاوہ دوسرے مریضوں میں بھی ہو سکتی ہے۔ اس کو کارپل مثل سنڈروم کہتے ہیں۔ کچھ حالتیں ایسی بھی ہوتی ہیں جن میں ہاتھوں اور پاؤں میں درد بالکل نہیں ہوتا لیکن پاؤں بالکل لاچار ہو جاتے ہیں جسے فٹ ڈراپ کہتے ہیں۔

تھف یا کاسہ سر یا کھوپڑی سے نکلنے والی اعصاب کل 12 عدد ہوتی ہیں اور ان کا اعصابی ورم مفرد اعصابی ورم میں گنا جاتا ہے۔ یہ زیادہ تر خون کی تالیوں کے ورم کے سبب ہوتا ہے اور بار بار یہ تکلیف ہوتی رہتی ہے۔ عام طور پر 3 اور 6 نمبر کی اعصاب زیادہ متاثر ہوتی ہیں۔ 4 نمبر کی اعصاب نادر متاثر ہوتی ہے۔ نمبر 3 میں عموماً تپلی متاثر نہیں ہوتی۔ ڈبل نظر آتا ہے۔ درد بھی ہوتا ہے۔ متاثر آنکھ کے پیچھے یا اوپر یہ ثابت ہے کہ فوکل یا محدود حصہ میں خون کی سپلائی کے سبب ایسا ہوتا ہے۔ کئی دن ہفتہ یا کئی ماہ کے علاج سے مکمل افاقہ ہو جاتا ہے۔ 7 نمبر کی چہرے کی اعصاب کا فالج عام ہوتا ہے۔ ذیابیطس کے مریضوں میں علاج کے باوجود وقت لگتا ہے مگر دیر یا سویر آرام آ جاتا ہے۔ اعصاب نمبر 9، 10، 11 اور 12 بہت کم فالج میں مبتلا ہوتی ہیں۔

### ذیابیطسی مشکل یا مخلوط اعصابی ورم

یہ اعصاب کے آخری سرے میں ہوتا ہے۔ یا دونوں طرف بھی ہو سکتا ہے اور سیدھے اور بائیں طرف قریباً ایک سا اثر ہوتا ہے۔ لطیف لمسی حس کی کمی اور حرکی قوت کی کمزوری لمبی اعصاب کے آخری حصہ پر زیادہ اثر انداز ہوتی ہے اور یہ لمسی بے حس ہاتھوں میں دستانوں یا Gloves کی طرح اور پاؤں و پنڈلیوں میں لمبی جرابوں کی طرح محسوس ہوتی ہے۔ ہاتھ پاؤں سن ہو جاتے ہیں۔ ذیابیطس کے مریضوں میں ذرا مستقل قسم کا ہوتا ہے۔ مگر اس میں درد بالکل نہیں ہوتا کیونکہ اعصاب تقریباً بے حس اور مردہ ہوتے ہیں اس لئے کہ جب حس ہی نہیں ہے تو درد کیسے ہوگا۔ یہاں سے ذیابیطسی مریض اور درد کے فقدان کی دردناک کہانی شروع ہوتی ہے کہ اگر کیل زخم ڈالے تو حس نہیں ہوتی۔ جاڑوں میں آگ تاپتے وقت پاؤں جل جاتے

ہیں اور علم نہیں ہوتا۔ زخم میں گنگرین شروع ہو جائے تو علم نہیں ہوتا اور پھر سرجن کا دور اور اعضاء کی قطع و برید شروع ہوتی ہے اور نائگیں رفتہ رفتہ اپنی انگلیوں، ٹخنہ، پنڈلی اور گھٹنے سے محروم ہو جاتی ہیں۔ حتیٰ کہ اگر دل کا دورہ پڑے تو بھی خبر نہیں ہوتی اور روح جسد خاکی کو چھوڑ کر عالم بالا کو سدھارتی ہے۔

مشکل اعصابی ورم میں ورم کی علامات بے حد کم ہوتی ہیں۔ صرف حس لمس مفقود ہوتی ہے جبکہ مفرد اعصابی ورم یا اعصابی جڑوں کے ورم کی نسبت کہ اس میں لمس الکاذب (لمس محسوس کرنے کا غیر معمولی احساس) زیادہ ہوتا ہے۔ شدید درد ہوتا ہے۔ حس اللمس زیادہ، خسر الحس یا ٹکرار کے ساتھ وقفہ وقفہ سے شدید درد اور اٹھٹھن پنڈلیوں میں کڑل یا پاؤں کے تلووں میں جلن اور آگ کا احساس۔ لمبی اعصاب اگر ابتدا میں جتلا ہو تو ارتعاشی حس کم ہو جاتی ہے اور پھر اس کے بعد درد کا احساس ختم ہو جاتا ہے۔ مریض کو اگر آنکھیں بند کر کے بغیر سہارے کے کھڑا کریں تو وہ توازن قائم نہیں رکھ سکتا۔ ڈگمگاتا ہے اور گر جاتا ہے۔ پھوں کی لمسی کمزوری اتنی نہیں ہوتی جتنی لمسی پیچیدگی۔ ہاتھ اور پاؤں کے اندرونی پٹھے نحیف و لاغر ہو جاتے ہیں اور اس طرح ہاتھ اور پاؤں اپنی ظاہری اصلی شکل کھو سکتے ہیں۔

ورم معدہ یا معدہ و آنتوں کی بیماریوں میں تشخیصی مشکلات درپیش ہوتی ہیں۔ مریضوں میں آمعاء کا خود کار اعصابی نظام متاثر ہوتا ہے خصوصاً سینہ کی اعصابی جڑوں میں ورم کی کیفیت ہو سکتی ہے اور اس میں گٹھ ہو سکتی ہے۔ مری، معدہ اور آنتوں کی قدرتی حرکت میں تبدیلی آ سکتی ہے۔ حرکت سست ہو سکتی ہے۔ معدہ ٹھہر سا جاتا ہے۔ قریباً فالج کی کیفیت ہو سکتی ہے۔ معدہ خالی ہونے میں دیر لگتی ہے۔ معدہ کے عضلات ڈھیلے پڑ جاتے ہیں۔ معدہ کا تیزاب ختم ہو جاتا ہے۔ پتہ کی فعالیت میں فرق پڑ جاتا ہے۔ کھانے کے بعد بدہضمی، نفخ، اسہال یا قبض وغیرہ۔

گردہ و مثانہ کے تعلق سے اعصابی کمزوری کے سبب مثانہ اور پیشاب کی نالی میں نقص پیدا ہو جاتا ہے جس کے سبب متاثرہ فرد کا کنٹرول نہیں رہتا۔ ساتھ ساتھ مردوں میں جنسی رغبت کی کمی، انتساب کی کمی اور نامردی لاحق ہو جاتی ہے۔ مثانہ کی ٹون میں کمی آ جاتی ہے اور یہ روز بروز زیادہ ہوتی ہے اور جراثیم بھی حملہ آور ہوتے ہیں۔ ذیابیطس کے 60% مریضوں میں جنسی کمزوری وقت کے ساتھ بڑھتی جاتی ہے۔

ذیابیطس میں قلب و دوران خون کا نظام بھی بے حد متاثر ہوتا ہے۔ خصوصاً پوچرل یا وضعی بلڈ پریشر میں تبدیلی ہو سکتی ہے۔ یہ ذیابیطس میں خود کار نظام اعصاب میں تبدیلی کے سبب

ہوتا ہے۔ مریض کو اس کا سر ہلکا ہلکا محسوس ہوتا ہے۔ نظر دھندلی ہو جاتی ہے۔ بیٹھنے سے کھڑے ہونے پر بے ہوشی سی محسوس ہوتی ہے لیکن کچھ اشخاص کو کچھ بھی محسوس نہیں ہوتا۔ ذیابیطس میں شوگر کی کمی کی علامات، دماغ میں خون کی کمی کی علامات میں تشخیصی شناخت ضروری ہے۔ ایسی حالت میں جسم خود پر قابو پانے کے لئے دل کی دھڑکن کو تیز کر دیتا ہے جس کے سبب مرض زیادہ محسوس ہوتا ہے۔ کبھی کبھی دوران خون اور اعصابی تعلق سے پسینہ بے حد آتا ہے۔ خصوصاً چہرے اور سینہ پر اور ٹپلا دھڑکنگ رہتا ہے۔

جوڑوں میں بھی اکثر تکلیف ہو جاتی ہے۔ گہرے زخم بن جاتے ہیں۔ سبب یہ کہ خود کار اعصابی نظام ناکارہ ہو جاتا ہے۔ خون کی سپلائی کی کمی کے سبب جسم، ہاتھوں اور پاؤں سے لاغر ہو جاتا ہے۔ اعصاب کی کم لمبی بیج میں لاغری کے سبب لمسی حس جب کم ہوتی ہے تو ساتھ ساتھ خود کار اعصابی نظام کی فعالیت بھی درہم برہم ہو جاتی ہے۔ اسی وجہ سے مفاصل کا درم ہو جاتا ہے۔ مکرر چوٹیں، بیج حرکاتی نظام کی موجودگی کے بعد درد کی بے بسی کے سبب پاؤں کے تلے کا وسطی حصہ موٹا ہو جاتا ہے اور نارٹل پاؤں کی حرکت میں فرق پڑ جاتا ہے اور نتیجہ پاؤں باہر کی طرف نہیں مڑ سکتا۔ کف پایا پاؤں کی 7 عدد چھوٹی ہڈیاں جو پاؤں کی توس بنتی ہیں اور اس سے آگے کی لمبی ہڈیاں جو انگلیوں سے ملتی ہیں ان میں تخریب کاری شروع ہو جاتی ہے۔ جوڑوں کے درمیان جگہ تک ہونی شروع ہو جاتی ہے۔ کف پا اور اس سے اگلی ہڈیاں علیحدہ ہونے لگتی ہیں اور ہڈیاں اندر سے ترخنے لگتی ہیں۔ جوڑوں کی اندرونی سطح کھردری ہو جاتی ہے اور نتیجہ جوڑوں پر درم آ جاتا ہے مگر نہ بخار ہوتا ہے، نہ جوڑوں پر سرنخی ہوتی ہے، نہ درد کا عذاب کیونکہ یہ درم بغیر سوزش کے ہوتا ہے اور پاؤں پر وزن پڑنے سے پریش زخم بن جاتے ہیں اور ان حصوں پر بھی فرق پڑتا ہے جو بوجھ نہیں اٹھاتے۔

ذیابیطس میں پٹھوں یا عضلات کی لاغری حوض اور رانوں کے پٹھوں میں لاغری پیدا کرتی ہے۔ اس میں نیم شدید درد آ میز کمزوری پائی جاتی ہے۔ رانوں کے سامنے کے پٹھے اور خصوصاً الوی یا چوڑوں کے عضلات اور ہپ کے پٹھے شدید متاثر ہوتے ہیں۔ درد گہرا اور شدید ہوتا ہے۔ ذیابیطس میں پٹھوں کی لاغری عموماً یکطرفہ ہوتی ہے۔ یعنی سیدھی طرف یا بائیں طرف فقط۔ مگر کبھی کبھی دونوں طرف بھی ہو سکتی ہے۔ گھٹنا کا گہرا احساس (Knee Jerk) باقی رہتا ہے۔ ہنسی اور کندھے کا طوق اکثر بچا رہتا ہے۔ بڑی عمر کے مریضوں میں 60 سال کی عمر کے بعد اگر کنٹرول صحیح نہ ہو تو ہنسی اور کندھے میں درد ہوتا ہے لیکن ساتھ ساتھ ناگلوں میں

کمزوری پیدا ہو جاتی ہے۔

میرے ذاتی ناقص تجربہ میں انسولین سے بہتر کوئی علاج نہیں ہے کیونکہ یہی علاج بدیل ہے۔ مگر اس میں بھی کبھی کبھی پیچیدگیاں پیدا ہو جاتی ہیں۔ اعصابی لمس کی نسوں میں ورم اور درد اور سن ہونے کی شکایت ہو جاتی ہے اور اگر گولیوں سے بھی علاج ہو رہا ہو اور شوگر کا کنٹرول بھی صحیح ہو پھر بھی ایسا ہو جاتا ہے اور اعصابی ورم ان لوگوں میں بھی ہوتا ہے جن میں ذیابیطس کا مرض نہ ہو۔ جن کے خون میں انسولین کی زیادتی ہو اور کافی مقدار میں خون میں کمی ہو۔ کبھی کبھی نادر انسولینی بیٹا خلیا کے جزیرے میں ورم ہو تو دونوں پاؤں لٹک جاتے ہیں اور ڈھیلے پڑ جاتے ہیں۔ ہاتھ پاؤں میں لمسی حس کا خلل پڑ جاتا ہے۔ ہاتھ پاؤں میں کمزوری، پٹھوں میں لاغری اور لرزش یا ارتعاش اور اس کی تشخیص ذیابیطس لمسی ورم سے مشکل سے تفریق ہوتی ہے۔

مختصر شوگر کی کمی کی وجہ سے جو اعصابی ورم پیدا ہوتی ہے وہ خالصاً حرکتی ہو سکتا ہے یا خالصاً لمسی ہو سکتا ہے یا ملا جلا حرکتی لمسی بھی ہو سکتا ہے۔ شوگر کی کمی کے سبب جو اعصابی نیچ میں ورم کے سبب تہدیلیاں پیدا ہوتی ہیں اس میں اعصابی نیچ کے اوپر جو غلاف ہوتا ہے اس میں جگہ جگہ خلا پیدا ہو جاتا ہے اور امانی اعصابی جزیں جو حرام مغز سے باہر نکلتی ہیں ان میں ورم اور جڑ کے پاس جو جو اعصابی نسبی گانٹھ یا عقدہ ہوتا ہے اس میں تخریب لازمی ہے۔

مختصر شوگر کی کمی کے باعث مرکزی اعصابی نظام (CNS) میں اور جو اعصابی ورم پیدا ہوتا ہے وہ بالکل حرکتی (Motor) ہو سکتا ہے۔ یا بالکل ہی لمسی ہو سکتا ہے یا پھر ملا جلا ”حرکتی لمسی“ بھی ہو سکتا ہے۔ گلوکوز کی کمی کے سبب جو اعصابی نیچ میں ورم کے سبب تہدیلیاں پیدا ہوتی ہیں۔ ہر جگہ پیچیدگی پیدا ہو سکتی ہے خواہ حرام مغز ہو یا مخ (دماغ) کا خلفی نچلا حصہ یعنی دماغ یا دماغ کے ذاتی خلیا (سیربرم)۔ سر کے پچھلے حصہ میں درد، کبھی کبھی بے ہوشی بھی۔ مگر دماغ کو اللہ سبحان تعالیٰ نے وہ صلاحیت بخشی ہے کہ وہ گلوکوز کی کمی کی حالت میں چربی، گلوکوز اور کیتونی اجسام بھی استعمال کر سکتا ہے۔ شوگر کی کمی کے سبب جو دماغی دورے پڑتے ہیں وہ مرگی کے دوروں سے ملتے جلتے ہیں اور کبھی کبھی شوگر کی کمی مرگی کے دوروں کا سبب بنتی ہے۔ اس لئے ضروری ہے کہ خون میں گلوکوز کی مقدار مناسب ہو اور ساتھ ساتھ مرگی کے دروں کا بھی علاج کیا جائے اور شوگر کا بھی۔

اعصاب، کیتونی اجسام اور کیتو ایسڈ وکس (DKA)

جہاں تک مرض اور جسمانی طبعی فعالیت کا تعلق ہے اس میں کچھ دخل دوسرے تغیرات کا

بھی ہے۔ اعصابی تبدیلیوں کا کیتونی ایسڈ سے اتنا علاقہ نہیں ہے۔ کیتو ایسڈک اعصابی درم دراصل سطحی اعصاب کے درم عصب پر دباؤ کے سبب ہوتا ہے۔ بے ہوشی کی حالت میں کیتونی غشی اور دوسرے امراض یا جراحی کے مریضوں میں ظاہری زیادہ فرق نہیں ہوتا۔ علامتیں ایک سی ہی ہوتی ہیں۔ بس خون کی کیمیائی تحلیل کے بعد ہی صحیح تشخیص ہو سکتی ہے۔ دماغی کنفیوژن اور کوما (کامل بے ہوشی) دراصل اس وقت ظاہر ہوتا ہے جب دماغ کے اندرونی سائل CSF کا PH (ہائیڈروجن آئنوں کا ارتکاز) 7.15 سے نیچے گر گیا ہو۔ CSF یا دماغی نخاعی سائل کا PH (ایسڈ اور الکالی کا توازن) اور خون کے PH کا موازنہ کیا جائے تو نخاعی سائل کا PH بے حد اہم ہے۔ کیونکہ علاج اور خالق الکون کے حکم سے جب مریض صحت مند ہونے لگتا ہے تو دماغی نخاعی سائل کا توازن پوری طرح سنبھل نہیں پاتا اور یہ مسئلہ اس قدر اہم ہے کہ اس توازن کو درست کرنے کے لئے اگر سوڈا بایکارب (میٹھا سوڈا) زیادہ مقدار میں مریض کو دیں تو دماغ پر درم ہو سکتا ہے جو موت کا سبب بن سکتا ہے۔

غیر کیتونی ذیابیطسی کو ماجوجون میں شوگر کی زیادتی کے سبب ہوتا ہے، ایسے مریضوں میں دماغی نخاعی سائل (CSF) کا دباؤ زیادہ پایا گیا ہے اور بعض ایسے مریضوں میں مرگی کے دورے بھی پڑ سکتے ہیں۔ مرگی کی دوائیں ایسے مریضوں پر اثر انداز نہیں ہوتی ہیں۔

ان سارے صفحات کو سیاہ کرنے کا مقصد طب پڑھانا نہیں۔ فقط اس قدر ہے کہ ہمارے برصغیر میں لوگ میٹرک، ایف اے، بی اے وغیرہ تو کر لیتے ہیں مگر جنرل ناچ کا فقدان ہے۔ لوگ ورزش، غذا کی اہمیت اور علاج کی ضرورت اور فعالیت کو اتنی اہمیت نہیں دیتے۔ بد پرہیزی عام ہوتی ہے اور خصوصاً ان کو یہ علم نہیں ہوتا کہ اس جہل اور احمال سے کیا کیا نتائج پیدا ہو سکتے ہیں اور اعضاء الجسم ایک ایک کر کے کس طرح متاثر ہوتے ہیں اور یہ سب پیچیدگیوں ذرا سی احتیاط سے روکی جاسکتی ہیں۔ صرف منہ کو سینا پڑتا ہے اور نفس امارہ کو قابو کرنا پڑتا ہے اور جو لوگ ایسا نہیں کرتے وہ پانچ سال کے عرصہ میں بینائی سے محروم ہو جاتے ہیں۔ گردے فیل ہونے شروع ہو جاتے ہیں۔ فالج، جنسی کمزوری، حمل، بچے کی صحت، اسقاط حمل، بلڈ پریشر اور دل کی شریانوں کی بیماریاں۔ میری یہی کوشش ہے کہ سادہ سے سادہ الفاظ میں اپنا تجربہ اور تھوڑا بہت علم لوگوں کو پہنچا دوں۔ ”و ما توفیقی الا باللہ“



## ذیابیطس و مشکلات الجراحیہ

رب العزت نے گلوکوز ایک ایسی کیمیائی مرکب بنائی ہے جو ہر ذی روح اور ہر جاندار کی ضرورت ہے۔ گلوکوز مرض نہیں ہے۔ ہماری ہر سانس گلوکوز کی موجودگی کی مرہون منت ہے اور یہ ضرورت مرنے کے بعد ہی ختم ہوتی ہے۔ کیونکہ اس وقت جسم کی ہر حرکت بند ہو چکی ہوتی ہے ورنہ ہر جاندار اور ہا ہوش شخص ہر بات کے لیے گلوکوز کا محتاج ہوتا ہے۔ مثلاً اگر وہ سوچتا ہے انسانی دماغ ایک منٹ میں 25۔1 کیلوریز خرچ کرتا ہے۔ لوہا کوٹنے والا شخص قریباً 4.5 یا 5.0 کیلوریز خرچ کرتا ہے۔ عام انسان جیسے کلرک، ٹیچر وغیرہ 24 گھنٹہ میں 1500 کیلوریز صرف کرتا ہے۔ بے ہوشی کی حالت میں یا کوما میں انسان 800 یا 900 کیلوریز صرف کرتا ہے اور اس کا تعلق جسم کے حجم سے زیادہ ہے۔ منحنی شخص کی ضرورت کم ہوگی بہ نسبت موٹے آدمی کے اور حالت کوما میں صرف دماغ ہی تو معطل ہے مگر غذا آیت تو اس کو پہنچ رہی ہوتی ہے اور باقی کا پورا آدمی تو سفر میں ہوتا ہے۔ بقول شاعر۔

بنفیس رواں خون رواں زندگی رواں

منزل پہ جو مقیم ہے سو وہ بھی سفر میں ہے

اور حرکت کا دوسرا نام زندگی ہے۔ عام حالات میں اگر جراثیم کا عمل ہو تو مشکل نہیں ہوتی۔ مگر خون میں گلوکوز کی زیادتی جراثیم کے لئے کھاد بن جاتی ہے۔ ویسے عمل جراثیم بذات خود رسک رکھتا ہے۔ کچھ بھی ہو سکتا ہے۔ خواہ جراثیم کتنی ہی معمولی ہو۔ مگر ذیابیطس کے مریض کے لیے رسک بڑھ جاتا ہے اور اضافی مشکلات کا سامنا بھی پڑ جاتا ہے۔ آج سے چند سال پیشتر امریکی سروے کے مطابق امریکہ میں 15 ملین ذیابیطسی مریض تھے۔ جس میں تقریباً 30% لوگوں کو کسی نہ کسی طرح کی سرجری کی ضرورت تھی۔ سائنس، طب، سرجری اس قدر ترقی پزیر ہے کہ ہر ممکن کوشش کی جاتی ہے کہ مریض کو زیادہ سے زیادہ آرام دیا جاسکے اور

بچیدہ سے بچیدہ عملیات جراحی زیادہ سے زیادہ آرام سے اختتام پذیر ہو۔ اس مضمون میں میری کوشش یہ ہوگی کہ اپنا ذاتی ذیابیطسی تجربہ جو کہ 30 سال پر محیط ہے اور جو بھی میرا درسی ناقص علم ہے اور اس کو بروئے کار لاؤں اور ایک ترتیب سے بیان کر دوں۔ یہ تین مرحلوں میں ہے (1) جراثحت سے پہلے (2) جراثحت کے دوران (3) جراثحت کے بعد کے جو مشکلات درپیش ہوتی ہیں۔

### آپریشن سے پہلے:

ذیابیطس کے مریضوں کو عملیات سے پہلے وقت ملنا چاہئے۔ ان کے آپریشن کے لیے باقاعدہ پلان بننا چاہئے۔ کامل تخطیط کرنی چاہئے۔ جس میں کئی عوامل کارفرما ہوتے ہیں۔ مثلاً مریض کی عمومی صحت، مریض کا مناسب علاج اور شوگر کنٹرول۔ حتیٰ کہ اگر ایمر جنسی حالت ہو تو بھی بے حد احتیاط کی ضرورت ہے۔ مریض کو ہسپتال داخل کر کے تین دن کے اندر کنٹرول کرنا چاہئے۔ پاؤں کے مریض کے لیے مثلاً قدم کی گنگرین، ورم اور قبل از عملیہ کا عرصہ ایک ہفتہ سے زیادہ نہیں ہونا چاہئے اور اس تیاری کے عرصہ میں حسب ذیل باتوں کا خیال رکھنا چاہئے۔

(1) خون میں گلوکوز کا کنٹرول (2) غذائیت کو بہتر بنایا جائے۔ جسم کی کیلوریز، پروٹین، وٹامن اور ضروری معدنیات (3) خون کی کمی کا ضروری علاج (4) مناسب و صحیح تشخیص۔ مریض کی حالت کا اندازہ اور اگر مریض کو دل، سانس، پھیپھڑے اور ہلڈ پریشیا گردوں کی کوئی شکایت ہے تو اس کا مناسب علاج (5) جسم میں مناسب پانی کی مقدار اور نمکیات کا توازن اور اگر مریض کے معائنہ کے وقت اور حال و ماضی کے حالات۔ بیماری کی تاریخ وغیرہ اگر یہ اندازہ کراتی ہو کہ مریض کو کوئی مرض ہے تو مرض کا معائنہ ECG- قلب کے ورزش کاسٹ۔ ایکو کارڈیو گرافی، تھیلیم اسکین اور جو بھی ضرورت ہو تو وہ امتحان ہونے چاہئیں اور پھر مناسب علاج بھی اور یہ بھی ممکن ہے ان سب سے پہلے مریض کا دل کا آپریشن ہو جانا چاہئے۔ کچھ لوگوں کو دل کی شرائین کا قسطرہ یا CABG یا ہائی پاس کی ضرورت ہو سکتی ہے اور اس کے بعد دوسرا آپریشن کیا جاسکتا ہے جو کہ منتخب سرجری ہوگی (Elective Surgery) گردہ کی بیماری کے سلسلے میں گردہ کے افعال کاسٹ ہونا چاہئے۔ جس میں یوریا، کریٹینین اور پیشاب کاسٹ ضروری ہے۔ 24 گھنٹہ کا جمع شدہ پیشاب مائیکروالٹیوٹن لے لے۔ اگر گردہ واقعی مرض ہو تو وہ تمام ادویات جن میں آیوڈین ساکلی صورت میں ہوتی

ہے، بے حد کم مقدار میں استعمال ہونی چاہئے Angiography کے سلسلے میں جن لوگوں کی بھی انجیوگرافی کرنی ہو ان کے جسم میں پانی کی مقدار ٹھیک ہونی چاہئے اور پلازما کے اندر نمکیات یا برقی پاش عناصر پر نظر رکھنی چاہئے اور گردوں کے فعل کا بھی حساب رکھنا چاہئے اور دوائیں یا اینٹی بائیوٹک جو گردوں کے لئے مضر ہوں نہیں استعمال کرنی چاہئیں اور اگر ممکن ہو تو مرکب ادویات جیسے امینوگلائیکو سائڈ مع سیفیلو اسپورین حتی الامکان ان سے پرہیز کرنا چاہئے اور اگر ایسی دواؤں کا استعمال ناگزیر ہو تو بہت زیادہ احتیاط کی ضرورت ہے اور دواؤں کی سیرم میں لیول روزانہ کرنی چاہئے۔ خصوصاً ان مریضوں میں جن میں گردوں کا فعل پہلے سے ہی ناقص ہو اور جن لوگوں میں شوگر کا وجود دس سال سے یا زیادہ عرصہ سے ہو ان کے دماغ کے دوران خون کی انجیوگرافی ضروری کرانی چاہئے۔ اگر مریض میں اعصابی علامات پہلے سے موجود ہوں جن کا تعلق عرق وسطیٰ کے انقباض یا Carotid Stenosis سے ہو سکتا ہے یا کوئی واضح گردن میں Bruit یا کوئی اضافی سرسراہٹ والی آواز سنائی دے۔ تو اس کے لیے مزید تحقیقات کی ضرورت ہے۔ آپریشن سے پہلے نظام تنفس کا بھی معائنہ اور تحقیق بھی ضرورت ہے۔ اگر مریض چلتا پھرتا ہو تو پھر ورزش کرانی چاہئے اور یہ میٹھیوں سے چڑھنے اور اترنے سے کی جاسکتی ہے اور ساتھ ہی شرائین بلڈ عازات بھی ہونی چاہئے اور پرانے سگریٹ پینے والوں کو سگریٹ نوشی بالکل روک دینی چاہئے۔ چھاتی کی فزیو تھیراپی۔ سانس لینے کی ورزش اور Ultrasonic Nebulizer کافی فائدہ ہے اور سب سے زیادہ ضروری مریض کی غذائی حالت ہے۔ کہیں کمی تو نہیں۔ اس کا تعلق قوت مدافعت سے ہے۔ یہ سب چیزیں وقت کا ضیاع نہیں ہے بلکہ ضروری ہے۔ سب سے بہتر پروٹو کول منہ کے راستہ یا ۱.۷ کے ذریعہ نمکیات یا برقی پاش اجزا کا توازن ہے۔ ذیابیطسی مریضوں کو ۱.۷ اعذائیت پہنچائی جاسکتی ہے ذیابیطسی مریضوں کے خون اور پیشاب کا مناسب ٹسٹ لازمی ہے۔

### ذیابیطسی مریضوں کا عمدہ بندوبست:

بہت سے مریض ہسپتال میں اس حالت میں داخل ہوتے ہیں کہ ان کا کنٹرول مناسب نہیں ہوتا اور کبھی کبھی (خصوصاً برصغیر کے لوگوں میں) تو جب وہ داخل ہوتے ہیں تو ان کی تشخیص نہیں ہوتی ہوتی اور ان میں وہ پیچیدگی ذیابیطس کے سبب ہو جاتی ہے جس کا آپریشن ہونا لازمی ہوتا ہے۔ بہر حال ایسے مریض کی غذا مرتب ہونی چاہئے اور نشویات، لحمیات، (چربی) کی نسبت

مناسب ہونی چاہئے اور غذا کا تناسب وزن کے حساب سے ہونا چاہئے۔ بڑی عمر کے بالغ مریض جن میں اکثریت بزرگوں کی ہوتی ہے ان کی غذائیت کا مطلوبہ نسخہ اس طرح ہونا چاہئے۔

1- کاربوہائیڈریٹ 150 سے 225 گرام

2- پروٹین 70 سے 100 گرام

3- چربی 40 سے 100 گرام

سب ملا کر 1200 سے 2200 کیلوریز۔ مریض کی حالت اور وزن کے حساب سے۔ مریضوں میں کچھ لوگ ایسے ہوتے ہیں جن کو صرف غذا کی مناسب ترتیب سے شوگر کنٹرول کرنی ہوتی ہے اور کچھ (اکثریت) ایسے مریض بھی ہوتے ہیں جن کو انسولین ضرورت کے مطابق استعمال کرنی ہوتی ہے۔ ایک سے زیادہ مرتبہ دن میں اور معالج کو یہ یاد رکھنا چاہئے کہ بالغ مریض کو 36 یونٹ انسولین کی 24 گھنٹہ روزانہ ضرورت ہوتی ہے۔ اکثر مریضوں کو جو آپریشن سے پہلے گولیوں سے کنٹرول کرتے ہیں ان کو انسولین کی لازمی ضرورت ہوتی ہے اور یہ عین ممکن ہے کہ آپریشن کے بعد دوبارہ گولیوں پر واپس آجائیں اور ایسے مریض جو گولیوں پر ہوں آسانی سے انسولین پر لے جائے جاسکتے ہیں اور یوں بھی زخم بھرنے کے بعد انسولین بند کر کے پھر گولیاں شروع کی جاسکتی ہے۔

ویسے تو کئی قسم کی انسولین ہے اور کئی ڈیلیوری سسٹم بھی لیکن میری رائے میں NPH یا لینٹ انسولین اور ساتھ میں ریگولر انسولین حسب ضرورت ملائی جاسکتی ہے اور یہ یاد رکھنا چاہئے کہ جب بھی سرخ بھری جائے تو شفاف یا ریگولر انسولین پہلے بھری جانی چاہئے اور یہ ایک مرتبہ بھی کافی ہو سکتا ہے۔ مگر آج کل تو مکسڈ انسولین 70/30 زیادہ بہتر ہے۔ دو ڈوز صبح ناشتہ سے پہلے۔ شام کورات کے کھانے سے پہلے اور بلڈ شوگر کنٹرول 130-116 کے اندر 24 گھنٹہ میں مناسب و کامیاب ہے۔

### جراثیم کے مریض کا آپریشن کے دوران اور بعد کا علاج:

آپریشن کے دن مریض کو سٹ پر دوپہر کے فوراً بعد رکھا جانا چاہئے اور مریض کو اس دن رات کے نصف سے منہ سے کچھ نہیں ملنا چاہئے اور ڈیکسٹروز 5% لگنا چاہئے اور اس میں ریگولر انسولین کا اضافہ ہونا چاہئے۔ 500cc میں 10.12u۔ ڈیکسٹروز 1000 ملی ہونا چاہئے اور NPH 15u جلد کے نیچے لگنی چاہئے۔ ریکوری روم میں بھی آپریشن کے بعد کم

مقدار INPH انسولین لگنی چاہئے۔ اکثر انسولین اگلی صبح تک کے لیے کافی ہوتی ہے۔ ڈیکسٹروز %5 انفیوزن مریض کو لگنی چاہئے جس سے 100 سے 150 گرام کاربوہائیڈریٹ سرجری کے دن مریض کو مل جائے۔ سرجری کے بعد ایک ادھ مرتبہ گلوکوز کا ٹیسٹ ہونا چاہے اور گلوکوز کی مقدار اگر 150 سے 200 بھی ہو جبکہ %5 DW لگا ہوا ہو تو مناسب ہے۔ اس سے زیادہ اگر گلوکوز لیول ہو تو فزیشن کو مطلع کرنا ضروری ہوتا ہے۔ آپریشن سے پہلے اور دوران میں اس پروگرام کے مطابق مریض کافی بہتر رہتا ہے۔

1- مریض ایسی صورت میں انسولین کے سبب خاصا محفوظ رہتا ہے۔ (2) دوئم یہ کہ اس طریقہ سے مریض کا بار بار پیشاب نہیں لینا پڑتا کہ انسولین کی مقدار معلوم ہو سکے۔ (3) اور فزیشن سلائڈنگ اسکیل اور ریگولر انسولین کے لیے ضروری ہے۔ اس سے بھی نجات مل جاتی ہے اور خون میں گلوکوز کی کمی بھی واقع ہوتی۔ ایسی حالت میں مریض کا پیشاب قسطرہ سے اکٹھا کرنا ہوتا ہے جو مریض کے لیے اچھا نہیں ہوتا کیونکہ قسطرہ سے انفکشن کا احتمال زیادہ ہے اور یہ پیشاب کے ٹیسٹ کرنے کا طریقہ صحیح بھی نہیں ہوتا کیوں کہ ہو سکتا ہے پیشاب میں شوگر زیادہ تیز یعنی +4 یا اس سے زیادہ ہو مگر خون میں شوگر کم ہو سکتی ہے اور انسولین سے مریض کو مایوس جا سکتا ہے اور خصوصاً کمزور اور منحنی آدمی کے لیے تو بے حد مشکل کام بھی ہے اور نقصان دہ بھی۔

کچھ لوگ اس بات سے اتفاق نہیں کریں گے ان کو ڈر ہوگا کہ کہیں گلوکوز کم نہ ہو جائے کیونکہ آپریشن والے دن کھانا تو براہ نام ہی کھایا جاتا ہے۔ مگر ہوتا یوں ہے کہ D5W اور تھو ملی نظام دباؤ اور Anaesthesia کے دباؤ کے تحت انسولین کا اثر حیرت انگیز حد تک بیلنس برابر کر دیتا ہے اور خود کار چیک اپ کے سلسلے میں ایک یا اس سے زیادہ مرتبہ خون میں گلوکوز کا ٹیسٹ کر لینا چاہئے۔ وہ بھی دو پہر یا عصر کے وقت۔

یہ اضافہ بہتر ہوگا اور اوپر دی گئی حالتوں کے علاوہ کہ مریض کی حالت اور دوئم عملیہ کی ضرورت اور ایمرجنسی کی حالت کا تعین اور یہ بھی کہ کیا آپریشن کچھ گھنٹہ یا کچھ دن آگے بڑھایا جا سکتا ہے اس حالت میں مریض کو اس کی موجودہ حالت کے حساب سے ڈیل کرنا چاہئے اور اگر مریض کو DKA یا DK کی حالت ہو جو کہ اکثر ہوتی ہے تو فوراً سواک، برق پاش، انسولین سے علاج شروع کرنا چاہئے اور انشاء اللہ چند گھنٹوں میں مریض کی حالت بہتر ہو سکتی ہے اور ایمرجنسی سرجری کی جا سکتی ہے۔ دوسری حالت آپریشن کے وقت سے متعلق ہے جو سب سے زیادہ مفصل ظہر کے فوراً بعد اور اگر ایسا ممکن نہ ہو تو پھر فزیشن سے مشورہ کرنا چاہئے۔ آپریشن کے اگلے دن صبح

Infusion کو انسولین کی پہلے والی ڈوز لگنی چاہئے ناشتہ سے پہلے اور اگر ایسا نہیں تو انفیوزن D5W سے پہلے۔ عموماً یہ ہوتا ہے کہ آپریشن کے بعد انسولین کی ضرورت نہیں رہتی کیونکہ اگر مریض کی گلوکوز آپریشن سے پہلے گولیوں اور ڈائٹ سے کنٹرول ہے اور آپریشن کے 3، 4 دن بعد انسولین بند کر کے گولیاں شروع کی جاسکتی ہیں اور اس کے لیے ظہر کے بعد یا عصر کے وقت خون ضرور ٹسٹ کیا جاسکتا ہے اور اس کے بعد علاج طے کیا جاسکتا ہے۔

### آپریشن کے دوران:

بے ہوشی (Anaesthesia) کی دوائیاں یہ مخدر کار یا Anaesthesiologist کا کام ہے اور وہ اپنے تجربے سے بے حسی پیدا کرنے کی کوشش کرتا ہے اور جو طریقہ اس کو پسند ہو۔ ویسے سطحی آپریشن کے لیے لوکل یا (محدود) عملیات جیسے ہرنیا کی Repair کیراند آرٹری پر آپریشن یا D&C وغیرہ اس کے موضوعی بے حسی کافی ہے۔ ذیابیطس مریض آپریشن کے دوران بھی بے حد دیکھ بھال کی ضرورت ہوتی ہے۔ کیونکہ ایسے مریضوں کے آپریشن عموماً رسک والے اور خطرناک ہوتے ہیں اور ان کے آپریشن بھی بڑے ہوتے ہیں۔ پاؤں کے آپریشن لوکل مخدر میں نہیں کرنا چاہئے کہ اکثر کونگنرین ہوتی ہے اور ہر آپریشن میں درجہ حرارت کا میزاج، ریڈیل شریان کی لائن، مرکزی اور دہ کے پریشر کا قسطرہ اور حتیٰ کہ سوان گائز کا قسطرہ اور یہ سب جملہ چیزیں موجود ہونی چاہئیں۔ ان کی کسی وقت بھی ضرورت پڑسکتی ہے کیونکہ خون کی حالت میں ٹھہراؤ نہیں آنا چاہئے اور ساتھ ساتھ بلڈ پریشر کی کمی یا زیادتی بھی کنٹرول کرنے کی ضرورت پڑسکتی ہے۔ خصوصاً ان مریضوں میں جن میں بلڈ پریشر کی زیادتی یا قلب کی شریان تاجی کی بیماری ہو Lidocaine, Dopamine, Nitropruside Propanalol قسم کی دوائیں ہر وقت دستیاب رہنی چاہیں کہ ضرورت پڑسکتی ہے اور کبھی کبھی یہ دوائیں ڈرپ میں بھی ملائی جاسکتی ہیں۔

### سوائل، برق پاش، تیزابیت اور الکائی کا تناسب:

اگر زیادہ خون ضائع ہو جائے تو ایسے مریض کو خون تو دینا ہی پڑتا ہے۔ مناسب نمکیات کا محلول خون کی نالیوں کے اندرونی حجم کو بیلنس میں رکھتا ہے اور قدرتی اندرونی سائل کو قائم رکھتا ہے اور کیونکہ آپریشن کے طویل ہونے کے سلسلے میں سائل ضائع ہو سکتے ہیں اور اس کے

لیے بے حد تندی سے مراقبہ کرنا چاہئے اور وقت و وقت سے ضروری علامات، Vital Signs، BP اور دوسرے Haemo-dynamics میزان نوٹ کرنے چاہئیں۔ وقفہ وقفہ سے اور مریض کی عمومی حالت کی نگہداشت اور سیرم برقی پاش (Electrolytes) خصوصاً پوٹاشیم اور شراہنی خون کی غازات بھی شٹ ہونی چاہئیں اگر ضرورت ہو۔

### جسم کا سٹرنا یا روائیت (Sepsis):

اگر کوئی زخم کھلا ہوا ہو یا پھر آنتوں یا آمار الفلظ یعنی GIT یا پھر UTI یا V.II اینٹی بائیوٹک شروع کر دینی چاہئے اس امید پر زخم اور انفکشن کو بچایا جاسکے۔ سفیلو اسپورین۔ آج کل سب سے کامیاب ہیں اور میرے تجربہ میں سفیلو اسپورین کے ساتھ بیکٹرم صبح و شام اور ورم اتارنے کے لیے دو ٹرن اور کچھ حالات میں زخم کو بند کرنے سے پہلے اینٹی بائیوٹک سلوشن سے آبیاری کرنی چاہئے تاکہ رسک نہ رہے۔

### آپریشن کے بعد کا بند و بست:

زخم کا مندرجہ ہونا: ان مریضوں میں جن کی ذیابیطس خاصی کنٹرول میں ہوتی ہے۔ زخم بڑے آرام سے عام حالات کی طرح بھرتے ہیں بس صرف اتنا فرق ہے جسم کے بعض حصوں میں خون کی سپلائی کم ہوتی ہے۔ روز بختمال نے جو ہوں پر تجربات سے یہ ثابت کیا کہ جن چوہوں میں شوگر نارمل کے قریب رہی ان میں زخم آسانی سے بھرے گئے بہ نسبت عام جانوروں کے اور صاف ستھرے زخم میں بھی 2% to 1 انفکشن کا امکان ہوتا ہے۔

### نظام قلب و تنفس کی مشکلات:

پیٹ کے اوپر کے حصہ کے لیے آپریشن کے بعد خصوصاً ان مریضوں میں جن کو پھیپھڑوں یا سانس کی پہلے سے تکلیف موجود ہو ان کے لیے ضروری ہوتا ہے کہ ان کو Volume Respirator پر رکھا جائے خواہ وہ کچھ دیر کے لیے (مختصر عرصہ) یا کچھ دنوں کے لیے۔ ریسیپیٹرز سے علیحدگی اور ٹیوٹ نکال دینے کو ذرا انتظار کرنا پڑے گا جب تک مریض بلڈ گیسز اور معقول تنفس واپس نہ آجائے Acid-Base کا تناسب نارمل نہ ہو جائے۔ آپریشن سے پہلے اور بعد رددوں کو کم کرنے کی ادویات خصوصاً ذیابیطس مریضوں کو نارمل سے کم دینی چاہئے اور اکثر

مریضوں پر زیادہ اثر ہوتا ہے ورنہ خطرناک بھی ہو سکتا ہے۔ اکثر اوقات عدم تہدیر (پھیپھڑوں کی ہوائی تھیلیوں کا نہ کھلنا جس کو ٹھوس پھیپھڑا بھی کہہ سکتے ہیں) کی حالت متوقع رکھنی چاہئے اور اس کا تدارک اور علاج عام طریقے سے ہی ہونا چاہئے اور وہ اس طرح کی مریض کو جلد حرکت دینی چاہئے۔ فزیو تھیراپی، کھانسی کرانی چاہئے اور لمبے گہرے سانس دلوانے چاہئے اور Spirometry اور چھاتی کی فزیو تھیراپی اہم ہیں۔ جسم میں سواکھ کی زیادتی کا بھی خیال رکھنا چاہئے اور زندگی کی ضروری علامات پر بھی نظر رکھنی چاہئے اور ایک محتاط چارٹ رکھنا چاہئے جس میں اندراج ہو کہ کتنی ٹوٹل سواکھ لی گئیں اور پیشاب کی مقدار بھی ناپنی چاہئے اور رجسٹر پر اندراج ضروری ہے۔ پیشاب کی Sp. Gravity اور خون کی Ser. Osmolality کا ٹسٹ بھی بے حد ضروری ہے اور خون میں برق پاش بھی نوٹ کرنے چاہئے تاکہ جب ضرورت ان سب کو Adjust کیا جاسکے۔

ذیابیطسی مریضوں میں زیادہ خطرہ اور مشکلات خون میں گلوکوز کی کمی کے سبب ہوتی ہیں بہ نسبت گلوکوز کی زیادتی کے۔ اس لیے مریض کو کسی نہ کسی صورت میں D5W I.V ضرور لگنا چاہئے جب تک یہ علم نہ ہو جائے کہ مریض نے یا قاعدہ کھانا شروع کر دیا ہے اور ڈیوٹی نرس کو ہدایت ہونی چاہئے کہ وہ مریض کے کھانے اور انسولین پر نظر رکھے۔ تاکہ ضرورت کے وقت Dext دی جاسکے میرے ساتھ بھی ایک مرتبہ اس طرح ہوا کہ میں صبح کاراؤنڈ لے رہا تھا کہ فوراً سیر سے طلب آئی۔ خوش نصیبی سے میں مریض سے زیادہ دور نہ تھا اور مریض کو بروقت امداد مل گئی۔ ہوا یوں تھا کہ نرس کھانے کی ٹرے رکھ گئی اور انسولین لگا دی۔ مریض نے کھانا نہیں کھایا اور وہ کوما میں چلی گئی۔ الحمد للہ کہ بچ گئی۔ ایک اور واقعہ اس طرح ہوا کہ میری ہم وطن خاتون کو خون میں تیزابیت پیدا ہوئی تو ان کو 5 یونٹ انسولین لگوانے کا نسخہ دیا وہ دوا خانہ سے دوا لے کر ایک عزیزہ جو نرس تھیں ان کے پاس گئیں ان حضرت نے بجائے 5 یونٹ کے 5cc انسولین جو کہ 500 یونٹ ہوتے ہیں لگا دی۔ میری اور انکی خوش بختی ملاحظہ ہو کہ وہ ٹیکہ لگوا کر میرے پاس آئیں۔ تو مجھے علم ہوا اور میں نے ان کو ہسپتال میں داخل کیا جہاں الحمد للہ بچالی گئیں۔

### اعصابی مشانہ:

اکثر اوقات مشانہ کمزور یا نیم فالج کا شکار ہو جاتا ہے ان مریضوں میں جن کو لمبے عرصہ سے ذیابیطس ہو۔ اگر ایسے مشانے لمبے عرصہ تک پھیلے ہوئے چھوڑ دیئے جائیں تو مشانہ کے

عضلات جن کا کام مثلاً کٹھنوں میں رکھنا ہوتا ہے وہ اپنی کارکردگی میں کمی کرتے ہیں اور ٹون واپس آنے میں لمبا وقت لگتا ہے۔ اگر مریض تھوڑے تھوڑے وقفہ کے بعد تھوڑا تھوڑا پیشاب خارج کرتا ہے تو اس کا مطلب ہوگا کہ مریض کو اعصابی کمزوری ہے مثلاً میں۔ مثلاً کی تربیت اور Uricholine کا استعمال مریض کو شفا بخش سکتا ہے اور مثلاً میں قوت بحال ہو سکتی ہے۔

### ذیابیطسی مریضوں میں انفکشن:

کتابوں میں بھی لکھا ہے اور میرے طویل تجربہ نے بھی یہ نتیجہ دیا ہے کہ اگر ذیابیطس کا کنٹرول صحیح نہ ہو (گوکہ یہ امر سمجھنا مشکل ہے) تو خون کے سفید ذرات جن کا کام مدافعت کرنا ہے اور جراثیم کو نکل کر قتل کرنا ہے ان کی قاتلانہ صلاحیتوں میں کمی واقع ہو جاتی ہے۔ عملی نقطہ نظر سے یہ بہت ضروری ہے کہ ذیابیطسی مریضوں کو نظر انداز نہ کیا جائے۔ احترام کیا جائے اور ان کا علاج بے حد احتیاط سے کیا جائے۔ سب سے پہلے زخم کی کچھ جراثیم کے لیے کی جائے۔ آکسفورڈ میں پروفیسر ہاکیڈے کو میں نے دیکھا کہ وہ زخم کی تین سطح سے کچھ سپل لیتے۔ (1) سطحی (2) بیچ میں سے اور (3) گہرائی سے اور کچھ کے نتائج آنے کے بعد صحیح علاج شروع ہوتا۔ یہ مشکل ہے کہ آپ سرجن کو معقول حد تک زخم Drain کرنے پر مجبور کریں۔ اس کا طریقہ یہ بھی ہو سکتا ہے کہ اس حصہ کو ماتحت بہاؤ کے ذریعہ سے Drain کیا جائے۔ جراحہ اس طرح کرنی چاہئے کہ ساری اطراف سے جہاں جہاں ورم ہے کٹ لگنا چاہئے تاکہ Pus خود بخود بہنا شروع ہو جائے اور بغیر تکلیف کے نکل پڑے۔ زخم گہرا لگانا چاہئے کھال کے نیچے کی چربی سے بھی نیچے تک، گرم ٹکڑیاں جذب کرنے کے طریقہ کو نظر انداز کرنا چاہئے کیونکہ یہ جسم جلنے کے سبب بن سکتے ہیں۔ ذیابیطس میں اعصاب تقریباً مرے ہوئے ہوتے ہیں۔ خون کی سپلائی بھی کم ہوتی ہے۔ احساس بھی نہیں ہوتا اور اس لئے جسم جل سکتا ہے۔

### پیٹ کے ایمرجنسی امراض ذیابیطسی مریضوں میں:

بہت ممکن ہے کہ ذیابیطسی مریض میں شدید حالت جراحیہ موجود ہو اور درد کی کمی کے سبب محسوس نہ ہو رہی ہو کہ مریض کو ذیابیطسی اعصابی بیماری ہو۔ ایسی حالت میں مریض کو بے حد خطرہ ہوتا ہے۔ آپ کو ایک بات بتانا چلوں کہ میرے ہسپتال کے دنوں میں اکثر مریض ایسے آتے تھے کہ ان کی نبض کی رفتار 150 بلڈ پریشر نیچے 100/50-100/95 درجہ حرارت

زیادہ 40° یا زیادہ اور خون کے سفید ذرات 25-30 ہزار۔ ان میں سے ایک مریضہ یاد ہے جس کا پیٹ پھولا ہوا سخت اور ہاتھ لگانے سے مریضہ سر پر ہسپتال اٹھا لیتی تھی۔ کیونکہ اپنڈکس پھٹ چکا تھا اور Pus سارے پیٹ کے اندر پھیل چکی تھی۔ ایسے مریضوں کا مرض آپریشن کے بعد بھی قابو میں نہیں آتا۔ ان کو مزید آپریشن کی ضرورت پڑتی ہے۔ ہسپتال میں قیام بھی لمبا ہو جاتا ہے اور لمبے عرصے تک عملیاتی سلسلے چلتے ہیں۔ کبھی بھی Fistula بھی ہو جاتا ہے۔ الغرض موت تو اس وقت آتی ہے جب وقت لکھا ہو مگر عذاب اور تکلیف لمبی ہو جاتی ہے۔ جراح کا عمل خواہ پیٹ کے اندر کا ہو خواہ پاؤں کی سرجری۔ سب اپنی جگہ بے حد اہم ہوتے ہیں۔ مگر جو چیز میں نے دیکھی ہے وہ یہ کہ حوصلہ نہ ہو تو کچھ بھی ممکن نہیں۔ اس میں مریض اور معالج دونوں ہی شریک ہوتے ہیں۔ Pus کی مناسب نکاس Drainage بے حد ضروری ہے اور یہ بھی کہ جو بیماری ہے اس کا بھرپور علاج کیا جائے تاکہ مریض چین کی نیند سو سکے اور معقول انٹی بائیوٹک بھی مریض کو مل سکے۔ دوسری چیز یہ کہ جتنا بھی بیماری کو جراح کے ذریعہ ختم کیا جائے گا اتنا ہی مریض کو آرام آئے گا۔

### صفاوی نالیوں اور معدہ و آنتوں کی سرجری:

صفاوی راستوں (Biliary Tract) یہ طے کرنا مشکل ہو گا کہ اگر پتہ کے اندر پتھری ہے اور مریض کو کوئی بھی تکلیف نہیں ہے تو اگر ایسا مریض اس کے حال پر چھوڑ دیا جائے تو بہتر ہے۔ عموماً ایسے مریضوں کا آپریشن ہونا چاہئے جو 70 سال سے کم ہوں اور جن کی سرجری میں رسک نہیں ہے، لیکن اگر مریض کو شدید پتہ کا ورم ہو، انفکشن ہو۔ صفاوی سنٹرل نالیوں میں پتھری ہو یا صفاوی راستوں یا نالیوں میں انفکشن اور ورم ہو۔ کچھ محققین اور جراحوں نے ذیابیطس کے ایسے مریضوں میں شرح اموات 22% بتائی ہے اور ایسے ہی عام مریضوں میں 0.7% یعنی ایک سے بھی کم اور اگر ذیابیطسی مریضوں کی مخصوص سرجری کی جائے۔ ایسے مریض جن میں کوئی رسک نہیں ہے ان میں شرح اموات 0% ہے۔

پنکر یاس:

پنکر یاس کا ورم یا کیفنر ذیابیطسی مریضوں میں بہت زیادہ ہے۔ سب نامعلوم۔ ایسے مریضوں، ان کی عملیات اور انتظام تو عام مریضوں جیسا ہے مگر نتائج اس قدر اچھے نہیں ہوتے

معدہ:

معدہ ایک منفرد پرابلم پیش کرتا ہے اور اس کا سبب ذیابیطسی اعصابی مرض ہوتا ہے اور اس کی علامات میں مبہم سادرد بے چینی، وزن میں کمی، قے اور اسہال، ایکسرے میں بڑا اور ڈھیلا معدہ نظر آتا ہے جو بے حد آہستگی سے خالی ہوتا ہے۔ نم المعدہ یا تو نارمل ہوتا ہے یا پھیلا ہوتا ہے۔ کیسٹرو جینو ناسٹمی یا استحصال معدہ کا آپریشن کیا جاتا رہا ہے مگر اتنی کامیابی نہیں ہوئی۔ علاج اس سے زیادہ کامیاب ہے جیسے - (1) چھوٹے کھانے، حجم زیادہ نہ ہو (2) ذیابیطس کو کنٹرول کیا جائے۔ (3) چلنے کی ورزش صبح و شام (4) نئی ادویات میں Meto-Clopramide کے نتائج حوصلہ افزا ہیں، لیکن نتائج نا کافی ہیں۔

چھوٹی اور بڑی آنت:

چھوٹی آنت (اشنی عشری) میں عمل جراحیہ کی نادر آہی ضرورت ہوتی ہے ذیابیطسی آبادی میں۔ اگر سرجری کی ضرورت محسوس ہو تو کلینیکی موقع و محل کے حساب سے ہوتا ہے۔ السر میں سوراخ کم ہی ہوتا ہے اور اگر ہو تو پتہ بھی نہیں چلتا۔ پیٹ یا شکم کی سب سے بڑی پرابلم کولوں کا کینسر ہے جو عام طریقے سے ہی Manage کی جاتی ہے۔ کیونکہ Superior Mesent Artery کا انسداد نظر انداز ہو جاتا ہے اور اس کے متعلق سوچنا چاہئے اگر مریض کا وزن بے سبب کم ہو رہا ہو اور کھانے کے بعد پیٹ میں درد ہو۔ اگر شرائین کی Aeortogram کی ایکسرے لی جائے تو پتہ چل جاتا ہے اور ریسی شریان کی پیوند کاری ہو سکتی ہے۔ قبض و اسہال عموماً ہوتے ہیں۔ سخت قسم کے اسہال بھی اکثر ہو جاتا ہے اور جب بھی مریض کو داخل کیا جائے تو یہ بات ذہن نشین رکھنی چاہئے۔

نچلے دھڑ کی مشکلات:

یہ اندازہ لگایا گیا ہے کہ 25% مریضوں میں پاؤں اور پنڈلی کی پرابلم زیادہ ہوتی ہیں۔ امریکی بوٹن کے ہسپتال کے داخلوں کے انداج مریضوں میں شمار ہوتے ہیں اور سارے ہسپتال کے مریضوں کے جو داخل ہوتے ہیں آدھی تعداد بنتی ہے۔ ذیابیطسی مریض

تین خانوں میں بانٹے جاسکتے ہیں۔ (1) خالص انفلکشن کے مریض، (2) ذیابیطسی اعصاب، (3) وہ حالات جو خون کی تالیوں کی خون کی فراہمی میں کمی۔

## انفلکشن:

پاؤں یا اقدام ایک ایسا عضو ہے جہاں بار بار چھوٹی موٹی چوٹیں لگتی رہتی ہیں جیسے ناخن کے کونے بڑھ کر بغیر علم میں آئے، مردار کھال کی ٹکٹی (Calluses) چھالے، آبلے، جو سب کے سب جراثیم کے مدخل یا Portal of Entry بن سکتے ہیں۔ ان کے سبب سے جتنے بھی درم پیدا ہوتے وہ کافی بڑے نیشیو کے درم بن سکتے ہیں اور آس پاس کے خلا یا کوگلا سزا سکتے ہیں اور جن کے سبب سارے جسم میں زہر پھیل سکتا اور موت بھی واقع ہو سکتی ہے اور اس سبب کا علاج زخم کی صفائی، احتیاط، گلوکوز کا کنٹرول (جو کسی حالت میں 130mg سے زیادہ نہیں بڑھنا چاہئے چونکہ گھٹنے کے اندر) پاؤں کو مزید چوٹوں سے بچانا، معقول علاج، نرم و گداز جوتے اور ننگے پاؤں پھرنے سے احتیاط اور یہ یاد رکھنا چاہئے کہ ہر حالت میں علاج کے اصولوں پر چل کر ہی علاج کرنا چاہئے۔

## جراثیم کی قسمیں اور ان کی اکثر موجودگی:

ایک امریکی اسٹڈی کے مطابق 100 مریضوں میں جن میں ذیابیطسی پاؤں میں زخم یا السر ہے۔ ان میں تین گروپ میں مریض تقسیم کیے گئے تاکہ زیادہ سے زیادہ بہتر علاج ہو سکے اور یہ گروپ زخم کے حساب سے کیے گئے۔ (1) وہ مریض جن کے زخم اور السر زیادہ Complication والے نہ تھے اور ان کی حالت Stable تھی۔ ان میں گرام (-) جراثیم 35% تھے اور ہوا باش جراثیم 53% تھے۔ اس گروپ کے کسی مریض کو آپریشن کی ضرورت نہیں پڑی۔ ان میں صرف اتنی ہی جراحی دخل اندازی کی گئی جتنی ضروری سمجھی گئی اور جہاں تک علاجی سطحوں کا تعلق ہے تو (1) لوکل دیکھ بھال۔ زخم کی صفائی و ڈریسنگ (2) زخم والے حصہ کے آرام کا خیال اور (3) جراثیم کش ادویات۔ تقریباً 83% مریضوں میں درمیانے درجہ کے زخم یا انفلکشن ذرا Severe قسم کی تھی، لیکن جسم میں زہر بادی نہیں پھیلا تھا اور حقیقتاً ان 83% مریضوں کو ایک یا دو بار آپریشن کی ضرورت پڑتی ہے وہ بھی معمولی۔ ان کو Septicaemia نہیں تھا مگر 85% مریضوں کو آپریشن کی ضرورت پڑتی تھی۔ 50% لوگوں کو

جن میں درمیانہ درجہ کی انفیکشن تھی ان کو اسٹیصال قدم (Amputation) کی ضرورت پڑی تھی۔ یا قدم کے اگلے حصے کی انگلیوں کی Amputation اور 20% لوگوں کو ٹخنہ سے اور یا کھنٹے سے نیچے کا اسٹیصال کرنا پڑا اور 20% لوگوں کی شراہین کے دوران خون کو دوبارہ کھولنے کی ضرورت ہوئی۔ جس سے اسٹیصال کے آپریشن کی کمی ہوئی۔ جب زخموں کی کچھ کرائی گئی تو اوسطاً 2.9 مریضوں میں (1) ہوا باش گرام (+) جراثیم قریباً 85% مریضوں میں تھے اور گرام (+) ہوا باش جراثیم 58% تھے اور 34% مریضوں میں غیر ہوا باش جراثیم اور ان جراثیم میں Peptostreptococcus سب سے زیادہ ہے۔

تیسرے گروپ کے لوگ وہ تھے جن کے زخم یا السر زیادہ خراب تھے اور ان میں جسمانی نشوونما ہو چکا تھا اور ان کے لمغادہ نالیوں میں ورم تھا۔ ذیابیطس کا کنٹرول برائے نام تھا جسمانی درجہ حرارت زیادہ تھا کیونکہ جراثیم کا زہر پھیل چکا تھا۔ متلی بھی۔ طبیعت الٹی کو کرتی تھی اور میرے اپنے مریضوں میں جسم میں کیٹونی اجسام بھی آخری حد کو پہنچتے ہوتے تھے۔ 93% لوگوں میں گرام (+) ہوا باش جراثیم تھے اور 50% مریضوں میں گرام (-) جراثیم جس میں Proteus, Enterococci 64% کچھ میں تھے۔ غیر ہوا باش 69% گروپ III میں تھے۔ 67% مریضوں کی قدم کی جراحت کی ضرورت رکھتے ہیں اور ان میں پاؤں کی انگلیوں کے پوروں سے لے کر اسٹیصال قدم تک کی طرف سے بڑی۔ اصول یہ ہے کہ جیسے ہی تشخیص مکمل ہو فوراً علاج شروع ہو جانا چاہئے۔ وہ زخم جن سے بدبو اٹھ رہی ہو یا زخم کے اندر سرسراہٹ سی ہو تو معنی یہ ہوئے کہ غیر ہوا باش جراثیم (Anaerobic) بھی موجود ہیں جن کے سبب غازات پیدا ہو رہی ہیں اور یہ فساد پھیلا رہی ہیں اور ایسے مریضوں میں جہاں تک علاج کا تعلق ہے اس میں کم از کم دو یا تین قسم کی جراثیم کش دواؤں کی ضرورت ہے کیونکہ نہ صرف پاؤں یا قدم کو خطرہ ہے بلکہ پوری ٹانگ خطرے میں ہے۔ ہسپتال میں داخل ہوتے ہی وسیع العمل مضاد حیوبہ (Broad Spectrum Antibiotic) کی ضرورت ہے، لیکن اس سے پیشتر کچھ کے لیے سیپل اکٹھا کرنا چاہئے وہ بھی تین جگہوں سے (1) خارجی یا سطحی (2) وسط زخم (3) زخم کی گہرائی سے تاکہ سارے زخم کی انفیکشن کا علم ہو جائے اور مناسب علاج ہو سکے۔ اس کے فوراً بعد ہی Broad Spectrum Antibiotic شروع کر دینی چاہئے جو معقول علاج ہیں وہ (1) Aminoglycosid + Ampicillin Clindamycin یا (2) Cephaloposin + Chloamphcol یا یہ ضروری ہے کہ علاج کے ساتھ

ساتھ خون ادویات کی Toxicity پر نظر رکھی جائے اور پھر جیسے ہی ہیکٹر یا کی سچھر کے نتائج آئیں تو پھر معقول لمعاد حیوید شروع کر دینا چاہئے۔ ایک سے زیادہ جراثیم کش دواؤں میں امینو گلائیکوسائڈ Piprilline - Ticarcilline - L-Carbicilline بالکل اسی طرح جراثیم میں جہاں Enterococci + Profesus شامل ہوں وہاں (50%) سخت شدت سے جراثیم کش دواؤں کی ضرورت ہوتی ہے۔ اب تو خیر نت نئی دوائیں اور مضاد حیون نکل رہے ہیں اور جراثیم پر بھی اچھا اثر رہا ہے، لیکن یہاں فزیشن۔ جراح Antibiotic Expert کی توجہ ہونی چاہئے جو حالات کے مطابق مدد کریں۔ Antibiotic کے علاوہ پاؤں یا ٹانگ کی اصلی حالت میں لانے کے لیے غذائی تناسب۔ ذیابیطس کا معقول بندوبست، بیمار حصہ کا مناسب آرام، زخم سے جتنا بھی ممکن ہو فاسد مادہ کھال وغیرہ نکال دینی چاہئے اور Pus وغیرہ کے معقول نکاس کا انتظام اور اگر تعمیر جدید کی ضرورت ہے Reconstruction یا جتنا بھی پاؤں بچا ہے۔ گرم کمادات (ٹکڑ) کبھی بھی نہیں استعمال کرنی چاہئے۔ کیونکہ جلنے کا خدشہ ہے۔

### سطحی اعصابی سوزش:

ان مریضوں میں جن میں ذیابیطس لمبے عرصہ سے ہو اور ان میں خصوصاً گلوکوز کا کنٹرول بھی ناقص ہو ان میں اعصابی سوزش کا احتمال ہوتا ہے اور سب سے پہلے سوزش پنڈلیوں اور قدموں کو متاثر کرتی ہے۔ یہ کیونکر ہوتا ہے، اس کے متعلق معلومات مبہم ہی ہیں لیکن تشخیص کے لیے علامات کافی ہوتی ہیں اور پھر ہوتا یوں ہے کہ مشارکی (Sympathetic) جو خود کار عصبی نظام کا حصہ ہیں۔ اس نظام کے عصب اور عقدہ غدہ غصب (عصبی سچ کا اکٹھ) جس کو Ganglion کہتے ہیں وہ بھی متاثر ہوتے ہیں۔ حیرت انگیز امر یہ ہے کہ جب احساس لمس یا درد پیدا کرنے والے محرک اپنی فعالیت کم کر دیتے ہیں تو درد، اکڑ، اٹیشن (کڑل) بے حد شدید ہوتے ہیں۔ اس کے علاج کے لیے مخدرات نہیں استعمال کرنے چاہیں مگر (Tagretrol سے میرے مریضوں کو کافی فرق پڑتا ہے)۔

سب سے زیادہ پیچیدگی اعصابی سوزش کی جو مشکل پیدا کرتی ہے مستقبل میں وہ پاؤں کی حس لمس پر اثر کرتی ہے اور غائب ہو جاتی ہے۔ عام قدم میں اگر ذرا بھی معمولی سے معمولی تکلیف ہو جائے تو چال میں فرق پڑ جاتا ہے اور وہ حصے جو وزن اٹھاتے ہیں وہ تکلیف کو کم

کرنے کے لیے چال میں فرق ڈالتے ہیں تاکہ Stress کے سبب سے نقصان نہ ہو۔ اعضاء میں بہت کم حس رہ جاتی ہے یا بالکل بھی نہیں ہوتی جو یہ تبدیلی لاسکے اور نتیجہ یہ کہ بڑے بڑے Calluses یعنی گانٹھیں سی بن جاتی ہیں اس حصہ پر جہاں جسم کا وزن پڑ رہا ہو اور ایسی گانٹھ پتھر کی طرح سخت ہو جاتی ہے اور یہ اتنی ہی خطرناک چیز ہے جیسے جوتے کے اندر پتھر گھسا ہوا ہو اور نتیجہ یہ کہ اس قدر خطرناک آتش فشاں بن جاتا ہے جس کے نتائج قدم کے استحصال پر ختم ہوتے ہیں۔ وہ اس طرح کہ جلد کے نیچے خون بہتا ہے۔ چھالا بنتا ہے اور اس کے بعد Callus کے نیچے انفلکشن ہو جاتی ہے اور پھر بربادی کی طرح پھیلا شروع ہو جاتی ہے۔ لوکل درد تو ہوتا نہیں لہذا مریض کو درد و تکلیف تو ہوتی نہیں اس لئے مریض کو خبر بھی نہیں ہوتی اور جب خبر ہوتی ہے تو بات کہیں سے کہیں پہنچ جاتی ہے اور ہاتھوں سے نکل چکی ہوتی ہے اور سچ بڑے طریقے سے برباد ہو چکی ہوتی ہے۔

### عصبی چھالوں و زخموں کی روک تھام:

اعصابی قدموں میں پڈیوں اور جوڑوں میں نارٹل سے ہنی ہوئی شکل پیدا ہو جاتی ہے۔ مثلاً اکڑا ہوا پاؤں کا انگوٹھا۔ مینا نارسل کے سرے پر درم۔ ہتھوڑا نما انگوٹھا۔ یا بگڑی شکل کی پشت دست یا مینا نارسل۔ ان سب اشکال سے غیر ضروری وزن اور بوجھ پڑتا ہے کھال پر جس کے سبب السر ہو جاتے ہیں اس کے علاوہ سارے ذیابیطس مریضوں کو ہدایت دینی چاہئے کہ:

1- گرم پانی اور کسی دوسری گرم چیز سے گور نہیں کرنی چاہئے۔

2- تیز قسم کی ادویات مقامی محل پر نہیں لگانی چاہئیں۔

3- ناخن پر خاص توجہ دینی چاہئے۔

4- ننگے پاؤں نہ چلو۔

5- اپنے پاؤں کا خیال رکھو روزانہ پاؤں کا معائنہ کرو اور اگر خود نہیں دیکھ سکتے تو کسی

اور سے معائنہ کروالو۔

### پاؤں کے زخم اور چھالوں کا علاج:

چھوٹے سطحی السر یا زخم جن میں دوران خون اچھا ہو وہ زخم بھر سکتے ہیں۔ بشرطیکہ کاٹ دیئے جائیں۔ بیساکھی اور بستر پر آرام سے زخم جلدی بھرتے ہیں۔ اگر معقول مرہم پٹی کی

جائے۔ عموماً Povidene - Iodine (Betadine) جس کی قوت 1/4 ہوا استعمال کی جاتی ہے اور سادہ کاشن کی ڈریسنگ بیٹاڈین لگی ہوئی استعمال کرنی چاہئے اور اتنی بڑی ہو کہ زخم پر آجائے اور اس کے اوپر اسٹیرائل ڈریسنگ لگانا چاہئے دن میں ایک سے تین مرتبہ۔ دیکھنے اور تجربہ میں آیا ہے کہ اس سے زخم آرام سے مندمل ہوتا ہے۔ اگر ٹھیرہ (سج کی مقامی موت) زیادہ ہو تو عمل جراحی سے زخم کو صاف کرنا چاہئے اور پتلا ڈاکن کالوشن استعمال کر کے بیٹاڈین سے پٹی کرنی چاہئے اور Podiatric چیزیں استعمال کرنی چاہئے تاکہ بوجھ نہ پڑے۔

کچھ السر ایسے ہوتے ہیں جو بار بار بنتے ہیں کیونکہ زخم کی جگہ سبب زیادہ ہوتی ہے۔ دوران خون کی کمی ہوتی ہے جس کے سبب سے مندمل ہوتی سطح کی تہہ پتلی ہوتی ہے۔ جس کے سبب بار بار انفکشن ہوتی ہے اگر ایسا ہو اس حصہ کا استیصال ضروری ہے۔ جس میں ہڈی کا ابھار بھی شامل ہے اور کبھی کبھی ایک انگلی اور پشت پا کی ایک ہڈی نکال دینی چاہئے۔ یا ہڈی کا کچھ حصہ کاٹ دینا چاہئے۔

بڑے اور گہرے زخم جن کے چاروں طرف انفکشن ہو یا نہ ہو ان کے لئے یقینی سرجری کی ضرورت ہوتی ہے۔ ان میں سے اکثر زخم Callus کے بعد ہی پیدا ہوتے ہیں جو کہ ہڈی کے ابھار کے سبب پیدا ہوتے ہیں۔ یہ ضروری نہیں کہ ان میں ہڈی میں درم نفع العظم (ہڈی کے مغز میں سوزش) ہی ہو مگر اس کو نکال دینا چاہئے۔ اب سوال یہ پیدا ہوتا ہے کہ زخم والے حصہ کو پہلے اس کے فاسد مادے کو نکال دینا افضل ہے یا پھر اس کے لیے دوسرا آپریشن ضروری ہے۔ اگر جوڑ اور ہڈی سلامت ہیں تو دو منازل میں آپریشن افضل ہے۔

زخم کے فاسد مادے کی نکاسی کا خیال رکھنا چاہئے اور چار پانچ دن کے بعد زخم بند کر دینا چاہئے۔ اگر باقی حصے زخم کے نارمل حالت میں آچکے ہوں۔ یہ ساری کہانی ایک انگلی یا ایک پشت پا کی تھی لیکن بسا اوقات یہ دیکھا گیا ہے کہ سچ کا کامل استیصال زیادہ کامیاب رہتا ہے۔

### وسیع پیمانے پر پاؤں کا قلعن (Sepsis):

کبھی کبھی اس طرح بھی ہوتا ہے کہ وسیع پیمانے پر پیپ زخم میں پڑ جاتی ہے اگر مریض احتیاط نہ کرے تو پھر پورے پاؤں کا استیصال ضروری ہو جاتا ہے (قطع عضو) ہاں یہ ضروری ہے کہ اگر ٹخنے کا جوڑ اور نازمل (کف پا کی ہڈیاں) سالم ہوں اور پاؤں میں دوران خون ٹھیک ہو تو پاؤں بچایا جاسکتا ہے۔ کم از کم اس کا کچھ حصہ۔ یہ بات اور ہے کہ یہ عمل جہد و وقت طلب

ہے لیکن اگر مریض کی صحت ٹھیک ہو اور دوسرے پاؤں میں قطع عضو ہو چکی ہو تو پھر مریض کی مدد کرنا جائز ہے۔ کچھ لاپرواہ مریضوں میں ہو سکتا ہے کہ انفلکشن ٹخنہ سے اوپر پہنچ چکی ہو یا پھر گھٹنہ تک۔ ایسی حالت میں لمبا چیرا ضروری ہے۔ ڈرین کے لیے ٹیوب نہیں ڈالنی چاہئے۔ بلکہ آخر تک کھلا رکھنا چاہئے نیچے سے لے کر ایزی اور اس سے اوپر گھٹنے تک۔ چیرا اس قدر مکمل ہونا چاہئے کہ زخم سے فاسد پیپ اور رطوبتیں براہ راست نکاس کے راستہ خارج ہوں۔ دراصل پٹھوں کی ڈور یا وتر کے خلاف کے راستے انفلکشن اور سفر کرتی ہے۔ جب زخم بھر جائے تو پھر عملیہ تجزیہ کی جاسکتی ہے۔ ایک اور ضروری بات کہ بعض اوقات مریض کے پاؤں میں سوج میں گیس کی سرسراہٹ محسوس ہو یا پھر ایکسرے میں نظر آئے اور یہ غیر ہوا باش جراثیم کے سبب ہوتا ہے اور یہ کلوسٹریڈیل یا غیر کلوسٹریڈیل ہو سکتے ہیں۔ یہ انفلکشن ضروری سوج قطع کرنے اور ماوہ کی نکاسی سے اور یہ یقین کر لینا چاہئے کہ کوئی بند جگہ ایسی نہ رہ جائے جس میں پیپ اور گیس مقید ہو اور مقامی علاج کے علاوہ V.A. اینٹی بائیوٹک کی ضرورت ہوتی ہے۔

بعض اوقات اس طرح ہوتا ہے کہ اعصابی قدم جن میں دوران خون اچھا ہو اس کو بچایا نہیں جاسکتا اور ایک بڑی قطع عضو ضروری ہوتی ہے۔ ہاں اس میں گھٹنے کا سالم چھوڑنا ضروری ہوتا ہے تاکہ مصنوعی ٹانگ فٹ کی جاسکے اور وہ قابل استعمال بھی ہو لیکن بعض اوقات انفلکشن کو ختم کرنے کے لیے گھٹنے سے اوپر ٹانگ کا ٹی پڑتی ہے اگر پہلے آپریشن کے بعد جو گھٹنہ سے نیچے ہوا ہو۔ مریض کو دوسرا گھٹنہ سے اوپر آپریشن کچھ وقت کے بعد۔ ویسے اصول یہ ہونا چاہئے کہ جتنا بھی بچایا جاسکتا ہے وہ بچالیا جائے۔

### ذیابیطسی اعصابی جوڑوں کی تکلیف (شارکوٹ جوڑ):

1868ء میں شارکوٹ نے اعصابی جوڑ کی تبدیلیاں بیان کیں یہ ان مریضوں میں ہوتی ہے جن کو 12 سے 18 سال سے ذیابیطس ہو۔ پاؤں میں دوران خون اچھا ہوتا ہے مگر احساس لمس ذرا کم ہی ہوتا ہے اور چونکہ مشارکی اور اعصاب (Sympathetic) کو نقصان پہنچا ہوا ہوتا ہے تو پاؤں اور چنڈی میں پسینہ نہیں آتا۔ جوڑ میں ورم، السر، ارتفاع حرارت اور ہڈی و جوڑ میں تبدیلی شکل ہو جاتی ہے۔ ایکسرے تشخیص مکمل ہوتی ہے اور اس کا علاج لمبا بستر پر آرام، جوڑ اور ہڈی پر وزن نہیں پڑنا چاہئے۔ آرام آنے میں 6 سے 12 ہفتہ لگتے ہیں۔ اس کے بعد Podometry کو مریض کو سونپنا چاہئے۔

## شریانی کوتاہی:

شریانی بیماریوں اور خصوصاً نچلے قدم میں اور یہ بیماری بالغ عمر میں جن میں سکر ہو مرد اور عورتوں میں برابر کے شریک ہوتے ہیں اس کے برعکس غیر ذیابیطسی مریضوں شریانی نااہلی کافی زیادہ ہوتی ہے۔

## تشریح:

ذیابیطسی مریضوں میں شریانیں کے انسداد کا رجحان نہیں پایا جاتا۔ سب سے باریک اور چھوٹے Arterioles تو یقیناً مصاب ہوتے ہیں اور کبھی کبھی بڑی شریانی نالیوں میں بھی انسداد پایا جاتا ہے۔ سب سے زیادہ Tibial شریانیں میں انسداد ملتا ہے۔ یہ غیر ذیابیطسی مریضوں میں شریانی نالیاں کھلی ہوتی ہیں۔ قریباً 40% ذیابیطسی لوگوں میں پیڈل نبض محسوس نہیں ہوتی، لیکن Popliteal نبض محسوس ہوتی ہے جس کا مطلب ہے کہ اوپر کی ساری شریانیں کھلی ہیں۔ یہ حالت غیر ذیابیطسی مریضوں میں نہیں ملتی۔ ذیابیطسی مریضوں میں Tibial شریان کے علاوہ بھی چند لوگوں میں بڑی شریانیں میں یہ حالت ملتی ہے اور ان میں Aortic, Iliac, Femoral بھی متاثر ملتا ہے۔ اگر ان میں سے ایک یا اس کے زیادہ بڑی خون کی نالیاں متاثر ہوں تو نتائج بے حد خطرناک ہو سکتے ہیں۔

ان دو منطقوں کے علاوہ اگر خورد بینی شریانیں بھی متاثر ہوں تو حالات بے حد سنگین ہیں اور دوسری سب سے بڑی مشکل ذیابیطس میں یہ ہے کہ مریضوں میں زائد یا ٹائٹنوی (Collateral) شریانیں پیدا کرنے کی صلاحیت کم ہوتی ہے۔ اگر تشریح کی جائے تو بڑی شریانیں عام آدنی و ذیابیطسی مریض میں زیادہ فرق نہیں ہوتا۔ شریانیں کی اندر کی تہہ میں چربی جمع ہوتی ہے اور یہ چربی چھوٹے چھوٹے ٹکڑوں میں جمی ہوتی ہے۔ کبھی کبھی چھوٹی موٹی جوتوں سے Necrosis ہو جاتی ہے کیونکہ پہلے سے ہی خون میں کمی ہے۔ تنگ جوتوں سے بھی چوٹ لگ سکتی ہے۔ تنگ جرابیں بھی سبب بن سکتی ہیں سطحی زخم بنتا ہے۔ جراثیم حملہ آور ہوتے ہیں۔ خون کی نالیوں میں خون کی پھٹکی انسداد کر سکتی ہے اور لمبا پکڑ چل پڑتا ہے۔ خون کی نالیوں میں انسداد کے بعد زرم سبج میں مرگی آ جاتی ہے اور اس کے سبب مزید خون جم جاتا ہے۔

## خون کی نالیوں کے سبب خون کی کمی اور خلل:

صاف خون کی سپلائی کی اولیٰ علامتیں ہیں کہ عضو میں خون کم سپلائی ہوتا ہے جو مختلف عضلات کو متاثر کرتا ہے اور اس کا انحصار اس پر ہے کہ خون میں رکاوٹ کہاں ہو رہی ہے اور یہ متاثرہ علاقہ پیٹھ سے قدموں تک کا ہوتا ہے۔ حیرت کی بات یہ ہے کہ جبکہ شدید درد ہی علامت ہوتی ہے تشخیص کی مگر بعض مریض تھکن، کمزوری یا سن ہونے کی شکایت کرتے ہیں۔

دوسری اہم علامت ہے جب کہ مریض شدید درد محسوس کرتا ہے رات کو جب وہ لیٹتا ہے لیکن درد کبھی کبھی اٹھ کر بیٹھ جانے یا نائٹس لٹکا کر بیٹھ جانے سے آرام ملتا ہے۔ قوت نفل کے ذریعہ مزید خون پنڈلیوں میں داخل ہو جاتا ہے۔ تیسری چیز جو اہم ہے وہ ٹشو کی موت ہے۔ جس میں جلد مرنا شروع ہو جاتی ہے۔

## شرانین کی جراحت:

1954ء سے شرانین کی پیوند کاری خاصی مقبول ہوئی ہے خصوصاً ان مریضوں میں جن میں یہ انسداد شرانین کی تکلیف ہے اور بڑی شرانین انسداد ہو اور غیر ذیابیطسی مریضوں میں نہیں جیسے Aortal, Iliac اور فیورل ارٹری۔ اگر فیورل نبض غائب ہو تو Aortal میں یا Iliac میں انسداد ہے سب سے بہتر طریقہ رٹکٹین ارٹریو گرام ہے جس سے صحیح لوکیشن کا پتہ لگتا ہے اور جب سے یہ پیوند کاری کی سرجری شروع ہوئی ہے کافی لوگوں کو فائدہ پہنچا ہے۔ پلاسٹک کے گرانٹ اس قدر کامیاب نہیں ہیں۔ انجیوپلاستی، قسطرہ اور بیلون کے ذرائع بھی کافی ایڈوائس ہو گئے ہیں یہ اور بات ہے کہ یہ طریقہ ہر ایک کے بس کا نہیں کافی مہارت طلب ہے۔

## قطع العضو:

قدم کی مشاغل کے دوا اہم اسباب ہیں ذیابیطسی مریضوں میں (1) ذیابیطسی اعصاب کی بیماری اور خون کی عضو میں کمی، اگر پیچیدگی بڑھ گئی ہو اور نقصان اس قدر زیادہ ہو گیا اور نسج قریباً گل گئی ہو۔ تو نقصان اس قدر زیادہ ہے کہ اس کی تلافی ناممکن ہے تو اس عضو کا کشا ہی بہتر ہے کہ باقی بچایا جاسکے۔ پاؤں کے لیے اس حصہ کی حالت کا جلد از جلد جاننا ضروری ہے۔ گلوکوز کا کنٹرول، انفکشن کا کنٹرول اور اس عضو کی معقول علائشوں و پیپ کا نکاس بے حد

ضروری ہے اور آپریشن سے پہلے یہ جاننا ضروری ہے کہ اس علاقہ میں خون کی ترسیل کیسی ہے۔  
کہیں زیادہ کمی تو نہیں۔

### سپر اکنڈائسیر قطع عضو:

ران کے وسط کی قطع عضو اب بھی بہت سے ہسپتالوں میں رائج ہے، لیکن اس طریق کار کو ترک کر دینا چاہئے اور خط جراحہ کو یا جراحی چیرا کو پیٹلا (چھنی کی ہڈی) کے اوپر ہونا چاہئے اس جگہ نرم نسج کم ہوتی ہے اور عملیہ کے وقت آسانی بھی ہوتی ہے اور جلدی ختم بھی ہو جاتا ہے اور سب سے بڑی بات تو یہ ہے کہ ذیابٹیس اور نحیف مریضوں میں رسک بھی کم ہو جاتا ہے اور یوں بھی ہوتا ہے کہ وہ مریض جن کا آپریشن گھنٹے سے نیچے قدیم کلاسیکی جراحیہ سے رسک بھی کم ہے اور با آسانی قابو نہیں آسکتا ایسے مریضوں میں فوق عقدہ العظیمیہ (کنڈائل کے اوپر) کا آپریشن ان مریضوں میں بے پناہ کامیاب ہے جن میں گھنٹے سے نیچے وہ چیچیدگیاں ہوں جن کا علاج مشکل ہو اور خطرناک ہو۔ بالعموم وہ مریض جن کا تعلق بے حد خطرے والے مریضوں میں شمار ہو اور ان میں دل کی شکایت اور گردہ کی چیچیدگیاں موجود ہوں یا جن میں بے حد وسیع پیمانے پر سطحی بیماری ہو۔

### کر آئنڈ آرٹری سرجری:

ذیابٹیس مریضوں میں اسٹروک یا فالج یا نیم فالج یا فظ اعصبی کمزوری جو نصف جسم یا کسی خاص خطہ کی کمزوری کا احتمال بے حد زیادہ ہوتا ہے۔ یہ سارے حملے خفیف (لقوہ) یا شدید قسم کے ہوتے ہیں اور یہ سب ٹھیک ہو سکتے ہیں اگر کیرائڈ آرٹری یا عرق الوسطی کی عملیات سے دور کیا جاسکتا ہے اور ان رسک فیکٹرز کو سمجھنا اور جاننا اشد ضروری ہے اور TIA یا خون کی عارضی کمی کا حملہ پیش خیمہ سمجھا جانا چاہئے کسی بڑے جھٹکے یا فالج کے۔ اگر گردن کی سائڈ کی آئہ کشف (Stethoscope) سے کان میں لگا کر سنا جائے تو خون کی نالی کی تنگی کے سبب ایک خاص آواز Bruit یا روٹی یا ایک سرسراہٹ کی آواز سنائی دیتی ہے۔ تو یہ اساسی شک کی بنیاد ہونی چاہئے اس کے بعد کلرڈ وپلر یا انجیوگرام ہی تشخیص کو مکمل کرتا ہے اور شریان کے اندر اگر کوئی واضح تنگی یا خزم اندر کی سطح پر ہو تو کیرائڈ سرجری (Carotid Endarterctomy) کرنی چاہئے۔

## :Necrobiosis Lipoidica Diabeticorum

ذیابیطس یا ماقبل ذیابیطس مریضوں (Prediabetios) میں اکثر اوقات خاص قسم کی جلدی تبدیلی واقع ہوتی ہے جو پنڈلی کے سامنے کے حصہ پر یا ٹخنہ پر واقع ہوتی ہے یہ پیرنگی ابھار والی بھی ہو سکتی ہے یا مسطح بھی۔ اس حالت کا تشخیص ضروری ہے کہ بعد اوقات غلط تشخیص خطرناک فیصلے کر سکتی ہے جن میں قطع عضو شامل ہے اس کے علاج کی ضرورت نہیں ہے صرف ذیابیطس کا کنٹرول اور پنڈلی پر کریم لگانا چاہئے۔

### نتیجہ:

ذیابیطس مریض کو کچھ جراحی مسائل کا سامنا پڑ سکتا ہے جن کی شناخت و تشخیص مشکل ہوتی ہے اور اس کے واسطے خاص الجاس جراحی فنی صلاحیتوں کی ضرورت ہو سکتی ہے۔ ذیابیطس اعصابی سوزش اکثر اوقات شدید باطنی التهابات (Acute Abdomen) کی تشخیص کا سبب بن سکتی ہے اور جو تقسیم الجراحی اور فاسد مادہ (Pus) کے نکاس کے لیے مشکل ہو سکتا ہے اور اس کا علاج مشکل ثابت ہو سکتا ہے اور جن کے لئے شدید علاج (I.V Antibiotics) کی ضرورت پڑ سکتی ہے اور کبھی کبھی ذیابیطس اعصابی سوزش عجیب و غریب پاؤں کی شکل پیش کر سکتی ہیں جن کا علاج اہل نہیں ہوتا۔ شرابی خون کی کمی بہت عام ہے مگر عملیہ جراحیہ مشکل نہیں ہوتی۔



## ذیابیطس میں جلدی بیماریاں

ذیابیطس کے سلسلے میں اگر میں جلدی امراض کا ذکر نہ کروں تو نا انصافی ہوگی۔ میں نے اپنے کسی مضمون میں انسانی جسم کو ایک مملکت سے تشبیہ دی تھی تو وہ میری ادنی لاف زنی نہ تھی بلکہ سچی حقیقت ہے۔ انسانی جسم میں اور کسی ملک میں فرق نہیں۔ جو مکمل مطلق العنان ملک ہے۔ جس کا دماغ بادشاہ ہے اور غدہ درقیدہ (Thyroid) وزیر اعظم ہے۔ جس میں اس کا قلعہ ہے اپنی ذاتی حدود ہیں۔ فوج Lymph gl اور WBC۔ سپاہی ہیں جو مدافعت کرتے ہیں۔ دشمن پر حملہ آور بھی ہوتے ہیں قتل بھی کرتے ہیں اور جسم کا بچاؤ بھی۔ نظام غذا بیت اس کی نرسیں۔ سڑکیں جانے اور آنے کی۔ کھانا بنانے کی فیکٹری اور فاضل کھانے کو اسٹور کرنے کی صلاحیت۔ نظام تحویل یا Metabolic نظام۔ اپنی بجلی اور اپنا پانی اور اس کو صحت مندر کھنے کی صلاحیت۔ آنکھیں جو OP یا ابزرویشن پوسٹ کا کام کرتی ہیں، لذت سے ہمکنار کرتی ہیں، اچھے برے کو پرکھنے کی صلاحیت اور تصویر کی ترسیل جہاں تصویر ثبت ہو جاتی ہے، اور میرے اس بڑھاپے میں بھی اپنے پرانے ساتھی جوان ہی رہتے ہیں۔ آنکھیں بند کیوں اور تصویر سامنے۔ خطرے سے آگہی اور کیا کیا کچھ۔ میرا مضمون (ترجمہ) تخلیق کائنات اور سلسلہ حیات ”معجزات“ میں تفصیل دی ہے کہ کس طرح خالق نے اپنے محبوب خلیفہ فی الارض کے لیے زمین بنائی اور کائنات کی تخلیق کی کہ حضرت آدم آن بان و شان سے اتریں اور ہمارے نبی آخر الزماں سیدنا وسیلتانی دارین تشریف لائیں۔ ورنہ سبحان تعالیٰ تھا اور پانی تھا اور اس کا عرش پانی پر تھا اور حمد و ثنا کے لیے فرشتے تھے۔ یہ علیحدہ موضوع ہے اور میں اس پر کافی لکھ چکا ہوں۔ اب رہا ذیابیطس اور جلد کا تعلق اس طرف آتا ہوں کہ برصغیر کی اکثر آبادی دو بیماریوں کا نام سن کر اپنی آنکھیں شتر مرغ کی طرح بند کر لیتی ہے اور یہ ما۔ ننے کو تیار نہیں ہوتی کہ اس کو ذیابیطس یا بلڈ پریشر کی بیماری ہے وہ ہر طریقہ سے اس کو کسی نہ کسی بات پر رکھ کر ٹالتا ہے۔ خواہ

اس کو تکالیف متوفر ہوں اور خصوصاً مرد حضرات جو جنس پر بحث کو فاشی سمجھتے ہیں اور میرے پاس جب علاج کے لیے کئی سال بعد آتے ہیں تو وہ مرض جو ابتداء میں ہی کنٹرول ہو سکتا ہے بعد میں مشکلات اور پیچیدگیوں کا سامنا کر رہا ہوتا ہے اور اب تیر کمان سے نکل چکا ہوتا ہے اور کچھ ایسے بھی حضرات ہیں جو بڑی عمر کے باوجود نئی شادی رچاتے ہیں اور وہ بھی کسمن سے کہ ایک نظر یہ یہ بھی کہ بڑھاپے میں جوان لڑکی سے شادی مرد کو جوانی واپس کرتی ہے اور پھر ڈاکٹروں کے یا اشتہاری مجرموں یا معالجوں کے اشتہار اخبار پڑھ کر دوائیاں کھاتے ہیں۔ یہ عطائی ڈاکٹر اپنی آمدنی بڑھاتے ہیں اور کشتہ ہائے آب حیات بیچتے ہیں۔ ”اس کو پڑھ کر بہتوں کا بھلا ہو گا۔“ معالج کے اشتہار اور حلفیہ بیانات، بیع تصویر کے جب چھپیں تو ان کا شمار فاشی میں نہیں ہوتا۔ ذیابیطس میں یہ ہو سکتا ہے کہ شوگر بڑھی ہوئی ہو تو پتہ نہیں چلتا۔ مگر عام طور پر دانے، پھنسیاں جلد پر ظاہر ہوتی ہیں اور ذیابیطس کی تشخیص کا سبب بنتی ہیں۔

ذیابیطس کے وہ مریض جن کو اپنی جان عزیز نہیں ہوتی یا اپنی ذات پر پیسہ لگانا گناہ جانتے ہیں یا وہ مرض کی مستقبل کی حالت سے بے بہرہ ہیں ان مریضوں کی حالت اس کمزور کنٹرول کے سبب ان کو انفکشن یا التهاب کے چانسز زیادہ ہیں بہ نسبت غیر ذیابیطسی مریضوں کے، لیکن اگر گلوکوز کا کنٹرول صحیح اور تقریباً تفریباً نارمل کے قریب یا تھوڑا نیچے ہو ان میں بھی کچھ ذیابیطسی تغیرات دکھائے جاسکتے ہیں اور ان کا خصوصی تعلق ذرہ والے سفید خون کے ذرات کے بگڑے ہوئے عمل سے ہوتا ہے اور ان میں چکنے والی خاصیت، کیمیائی جاذبیت، جراثیم کو نکلنے والے فعل اور بیسیئر یا کوئل کرنے کی صلاحیت سے ہے۔ دوسری جلد کے نقائص ذیابیطسی مریض میں اس قدر زیادہ ہیں بہ نسبت غیر ذیابیطسی مریض کے ان کے وجود سے ذیابیطس کی تشخیص تکمیل کو پہنچتی ہے۔ جیسے پنڈلیوں کے سامنے والے حصہ پر مردہ کھال میں چربی کے نشان (NBND) پنڈلی پر داغ، یا ذیابیطسی چھالے یا زرد ننھی ننھی رسولیاں (چربی کی)۔

## Pathophysiology (علم مرضیات و فعلیات)

خارجی جلد کی تہ تک گلوکوز کا داخلہ خلیہ کی جھلی کا محتاج نہیں ہے اور انسولین گلوکوز کی ترسیل میں کوئی کام نہیں کرتی اور آزاد گلوکوز خلیہ کے اندر ہیکسوز کائی نیز سے اختلاط کرتی ہے اور خلیہ کے اندر عملیات گلوکوز کے استعمال کا تعین کرتی ہے۔ یہ ہیکسوز کائی نیز کی فعالیت ATP کی زیادہ مقدار جو گلوکولیسس (Glycolysis) کے سبب سے بڑھ جاتی ہے۔ ہیکسوز کائی نیز

فاسفیٹ گلوکوز کے ساتھ مل کر گلوکوز 6 فاسفیٹ بناتا ہے۔ اس کا 75% یا 70% حصہ آکسیڈائز ہو کر نظام تھوہلی میں شامل ہو جاتا ہے۔ 5% فاسفو جلیو کونیٹ ہنٹ میں شامل ہو جاتا ہے۔ دوسرا 5% گلائیکوجن بناتا ہے۔ 2% نظام تھوہلی میں داخل ہو کر نظام کربس (Kerbs cycle) میں شامل ہوتا ہے اور 15% آزادانہ گلوکوز بناتا ہے۔ جلد میں فاسفو جلیو کومیوٹیز (Phosphorylase) کی موجودگی اس بات کا مین ثبوت ہے کہ جلد میں گلائیکوجن اور مرکب نشویات (Polysach) بنتے ہیں۔ بالغ عمر میں گلائیکوجن عام حالات میں جلد کی باہر کی تہہ (Epidermis) میں نہیں پائی جاتی اور نہ ہی والدہ کے رحم میں بچے کی خارجی جلد میں ہوتی ہے مگر 6 ماہ کی جنین کی خارجی جلد میں ہوتی ہے۔ انفکشن، ورم، خارجی جلد پر ہلکی سی بھی چوٹ اور الٹرا وائلٹ روشنی کی اسواج عارضی طور پر خارجی تہہ جلد میں گلائیکوجن ظاہر ہوتی ہے۔ انسانی جلد جو چربی صنع کر سکتی ہے وہ ثابت ہے اور یہ بھی ثابت ہے کہ گلوکوز اور انسولین جلد کو چربی بننے کی تحریک دیتے ہیں۔ ذیابیطس تیزابیت کے دوران جلد کی چربی صنع کرنے کی صلاحیت کم ہو جاتی ہے۔

صحت مند آدمی میں اگر گلوکوز کھلائی جائے یا ویدی انجکشن دیا جائے تو جلد کے خارجی خلا یا میں گلوکوز کی مقدار بڑھ جاتی ہے اور جب خون میں گلوکوز کی مقدار انتہا کو پہنچے تو اس کے بعد جلد میں گلوکوز کی مقدار بڑھ جاتی ہے۔ جن لوگوں کو Dermatitis کی شکایت ہو تو ان میں گلوکوز جلد میں زیادہ ہوتی ہے۔ بہ نسبت ان ذیابیطس مریضوں کے جن میں جلد کی بیماری نہیں ہوتی۔ ارباخ (Urbach) نے اس کو جلدی ذیابیطس کا نام دیا ہے۔ ارباخ نے یہ بھی محسوس کیا کہ ایسے مریضوں کو اگر نشویات کھانے میں کم کر دیں یا پھر انسولین بھی دی جائے یا نہ دی جائے۔

ارباخ نے یہ بھی تجربہ کیا کہ جلد کی بغیر کھانے (FBS) سکر خون میں گلوکوز کی مقدار کا پتہ دیتی ہے جبکہ صحت مند آدمی کی جلد کی گلوکوز کی مقدار خون کی گلوکوز کی مقدار کا آدھا ہوتی ہے۔

### جلد ایک آلہ تشخیص ذیابیطس

ایک زمانے سے جلد کی حالت نشاندہی کرتی ہے کہ ذیابیطس موجود ہے۔ جیسے کہ انفکشن، خشکی اور بے سبب خارش، اس بات کی کوشش کی گئی ہے کہ خون میں شوگر کی موجودگی اور

پسینہ کی شوگر میں کس طرح کی نسبت ہے اور جو بھی کامیابی ہوئی ہے وہ پرانے نام ہے۔ امریکہ میں 86 ذیابیطسی مریضوں پر جو تجربات ہوئے ان میں خون، پیشاب اور پسینہ میں گلوکوز کا خون میں وجود اور پیشاب دکھان میں کچھ نہ کچھ رشتہ ضرور ہے۔ ویسٹ راکویل اور ولف نے اپنے تجربات میں یہ دیکھا کہ پسینہ میں شوگر کی موجودگی اس قدر مثبت اور بین ثبوت نہیں ہے اور اس قدر حساس بھی نہیں ہے کہ یہ ثابت ہو سکے کہ ذیابیطس کا مرض موجود ہے۔

اگر عام انسان کے مقابلہ میں ذیابیطسی مریضوں کی جلد میں واضح فرق ہوتا ہے اور نمایاں بناوٹ اور ساخت میں بھی فرق ہوتا ہے اور ڈرمس Dermis یا کھال میں Mast Cells موجود ہوتے ہیں وہ بھی خصوصاً سطحی تہہ ہیں اور خون کی نالیوں کے چاروں طرف اور جلد کے ملحقہ حصوں پر بھی اور اگر جلد کے نیچے Histamine کا ٹیکہ لگایا جائے تو سرخ روی عمل ہوتا ہے۔ دوسری خاص نمایاں تبدیلی ذیابیطسی مریضوں میں شعیرات و مویہ بے حد نازک ہو جاتی ہیں Fragile ہو جاتی ہیں اور کھال میں درجہ حرارت کم ہو جاتا ہے اور یہ خیال ظاہر کیا جاتا ہے کہ شعیرات و مویہ کا دوران خون کم ہو جاتا ہے ابھی تک یہ حتمی طور پر ثابت نہیں ہوا ہے۔ مگر روشنی اور برقی مکمرات سے پتہ چلتا ہے کہ ذیابیطسی مریضوں میں شعیرات کی اندرونی استر میں تبدیلیاں واقع ہوتی ہیں اور خصوصاً ذیابیطسی مریضوں میں اور ان لوگوں میں جن میں مدتوں سے ذیابیطسی ہو اور بغیر کنٹرول کے ہو یا جن میں پردہ چشم پر سوزش ہو یا گردوں میں درم اور سوزش ہو اور کبھی کبھی یہ تبدیلیاں ماقبل ذیابیطس میں بھی پائی جاتی ہیں۔ یعنی Prediabetic میں۔

## Necrobiosis Lipodica Diabatricorum

یہ جلد کی بے حد ڈرامائی تصویر ہوتی ہے جو ذیابیطس پیش کرتی ہے۔ یہ پیچیدگی ذرا نادر ہی ہوتی ہے اور ذیابیطسی مریضوں میں 0.3% ہوتی ہے۔ بہر نوع یہ مریضوں میں مختلف رویہ رکھتی ہے اور ”اوپن بلٹن“ نے 1929ء میں اس حالت کو جانا تھا اور ”ارباخ“ نے 1932ء میں اور اس کا نام NLD دیا تھا۔ نام اتنی تفصیلی حالت کو بیان کرتا ہے۔ کبھی کبھی عام آدمیوں میں بھی یہ حالت دیکھی گئی لہذا اس نام کے آخر سے Diabetocorum اڑا دیا گیا ہے اور جن لوگوں کو مستقبل میں ذیابیطس ہونی ہوتی ہے ان مریضوں میں بھی یہ جلدی حالت پائی گئی ہے طبی رسائل میں مذکور ہے کہ جلدی حالت ذیابیطس شروع ہونے سے 4-5 سال پہلے بھی پائی گئی ہے بہت سے اطبانے

نیکر دباؤ سوس کی حالت اس طرح بیان کی ہے کہ اگر یہ پوری طرح ظاہر ہوتی ہے تو اس کو نظر انداز نہیں کیا جاسکتا۔ ہاں یہ اور بات ہے کہ کبھی کبھی تشخیص نہیں ہو پاتی اگر مرض کا ظاہر ذرا عام سے ہٹ کر ہو۔ عموماً ابتدائی حالات، خلل اعضا یا زخم ابھار کے ساتھ ہوتا ہے اور چمکدار ہوتا ہے اور 1 سے 3MM (3 ملی میٹر) چوڑا ہو سکتا ہے۔ کبھی کبھی چھلکا بھی اوپر ہوتا ہے یا متوسط سرخی نمایاں ہوتی ہے کبھی زخم کا چھلکا تھریوں والا ہوتا ہے اور کبھی باریک خون کی نالیاں گذرتی نظر آتی ہیں۔ کچھ عرصہ بعد زخم بچک جاتا ہے اور پھر لاغری (Atrophy) شروع ہو جاتی ہے اور زخم السر کی طرح ہو جاتا ہے۔ زخم کی سطح اس طرح ہوتی ہے جیسے وارنش کی گئی ہو۔ کبھی کبھی زخم گہرے عصابی رنگ کا ہو جاتا ہے اور یہ کنکرین یا خورہ کی طرح نظر آتا ہے۔ نیکر دباؤ سوس کا مرض عورتوں میں زیادہ ہوتا ہے۔ یہ خلل الاعضاء اکیلا بھی ہو سکتا ہے یا کئی Lesions ہو سکتے ہیں۔ عموماً یہ زخم پنڈلی کے سامنے Shin پر یا پاؤں کی اوپر کی سطح پر ہوتے ہیں۔ مگر ضروری نہیں رانوں، بازو، ہاتھ، پیٹ اور پشت پر بھی ہو سکتے ہیں۔ عورتوں میں NLD کا وجود تباہ کن لگتا ہے کیونکہ آج کل کے عریاں لباس ان کو چھپا نہیں سکتے اور عورتوں کو شرمندگی ہوتی۔ جمالیاتی نقطہ نظر سے یہ حالت بغیر کسی تکلیف کے ہوتی ہے اور آہستہ آہستہ غائب بھی ہو سکتی ہے کئی سال تک بھی چل سکتی ہے۔ صرف اتنی سی بات ہے کہ عورتوں کو ذہنی جھٹکا لگتا ہے۔ کبھی کبھی اس طرح بھی ہوتا ہے کہ اگر انفکشن ہو جائے اور چونکہ سطحی جلد پر خون کا دوران کم ہوتا ہے۔ اس لیے السر ہو سکتا ہے جو شفا پانے پر نشان چھوڑ جاتا ہے جس کو چھپانا مشکل ہوتا ہے۔ اکثر نیکر دباؤ سوس کے Lesions دونوں پنڈلیوں پر ہوتے ہیں اور اگر جلد کی تشریح کی جائے اور مائیکروسکوپ کے نیچے دیکھا جائے تو کافی تعداد فوم خلیا، کچھ چربی اور دوران خون کی نالیوں میں تبدیلی نظر آتی ہے۔ چھوٹی خون کی نالیاں بند ہوتی دکھائی دیتی ہیں۔

جوز لین کلینک بوشن امریکہ میں 19 مریضوں کی جانچ کی گئی جن میں ذیابیطس نہیں تھی اور ان پر اسٹینڈرڈ گلوکوز برداشت کا ٹسٹ (OGTT) کیا گیا جس میں 3 افراد ٹسٹ غیر عادی نکلے اور باقی 16 میں سے 5 مریضوں جو کارٹیسون کے ساتھ (OGTT) منسلک تھان میں بھی GTT غیر عادی نکلا باقی 11 میں سے 6 نارمل (OGTT) سے تھے اور ان میں خاندان میں ذیابیطس موجود تھی۔ جس سے ظاہر ہوتا ہے کہ وراثی رشتہ ہے جلد اور دوسری جسمانی عوارض ہیں اور اگر ایسے مریضوں کا واقعی پیچھا کیا جائے تو ان میں چند سالوں میں ذیابیطس ہو جائے گی یعنی یہ لوگ ما قبل ذیابیطسی ہوتے (Prediabetics) یہ موضوع تو بحث طلب اور ریسرچ

طلب ہے مگر ”ہاپرن“ کا کہنا ہے کہ جن مریضوں میں NLD ہوتی ہے ان میں ذیابیطس ذرا جلد ظاہر ہوتی ہے اور کافی شدت رکھتی ہے اور کچھ پھر بھی مصر ہیں کہ NLD اور نشویات کے نظام تحویلی کا کوئی علاقہ نہیں ہے۔

20 مریضوں پر چار سال کی ریسرچ ان مریضوں پر جن میں NLD موجود تھی۔ ان میں 2/3 فیصد مریضوں میں نشویات کے تحویلی نظام میں تبدیلی تھی اور ان 75% مریضوں میں لہیو پر دہین خون میں موجود تھی یہ بات متنازع فی ہے کہ NLD ایک حقیقی شعیرات ومویہ کی بیماری ہے۔ بہر نوع ذیابیطس شعیرات ومویہ کی بیماری کا سبب ابھی تک متنازع ہے اور صاف نہیں ہوا ہے لیکن یہ بات واضح ہوئی ہے کہ یہ حالت گلائیکو پروفین کی زیادتی کے سبب ہوتی ہے جو بے حد باریک شعیرات ومویہ کے چاروں طرف جمع ہو جاتی ہے۔ کچھ ذیابیطس مریضوں میں یہ حالت پہنچائی جاتی ہے۔ ظاہری طور پر NLD کے آثار کالے لوگوں میں نہیں پائے گئے یہ عارضہ صرف سفید فام اور گندی رنگت میں پایا جاتا ہے اور یہ بھی ہو سکتا ہے کچھ NLD کے وجہ شروع میں ہوتے ہیں اور وہ رنگت کی وجہ سے نظر نہ آتے ہوں۔ یہ جو کچھ بھی کام اور ریسرچ یہ ظاہر کرتی ہے کہ اس مرض بے در اسے میں دلچسپی بڑھی ہے اور علم میں اضافہ ہوا ہے۔ ایک زمانہ تھا کہ مریض اور مرض کی تشخیص کے لیے مثلث الکلاسیکی کا نام دیا جاتا تھا۔ یعنی پیشاب کی زیادتی۔ پیاس کی زیادتی اور بھوک اور کھانے کی زیادتی۔ اس نئی ریسرچ سے یہ پتہ لگا کہ NLD عام حالات اور عام غیر ذیابیطس افراد میں جن میں OGTT گلوکوز کے عدم استعمال کی حالت میں بھی پائی جاسکتی ہے۔

## علاج (NLD)

جہاں تک NLD کے علاج کا تعلق ہے کوئی واضح طریق کار نہیں ہے اور کوئی ایسے شواہد نہیں ملتے جو ذیابیطس کے علاج سے ربط رکھتے ہوں، لیکن یہ امر واضح ہے کہ اگر ذیابیطس کنٹرول میں گزرے ہو تو NLD کے زخم خراب ہوتے ہیں کیونکہ نقلشن اور السر کے چانسز زیادہ بڑھ جاتے ہیں۔ ان حضرات میں بھی جن میں دوران خون محدود ہو۔ تحت الجلد کارتیزون کے انجکشن مفید بنائے گئے ہیں۔ میڈیسن نے اپنے چار مریضوں میں کیتونی اجسام بھی پائے جبکہ مریض ذیابیطس تھا اور پیشاب میں گلوکوز موجود نہ تھی۔ Deposteroid کا انجکشن مفید ہے کچھ لوگوں نے عمل جراحی بھی کیا عملیہ کامیاب علاج ہے کہ عمیق Fascia تک کھال کو نکال دیا

جائے اور اس کے عمل جراحی سے فلیپ کے ذریعہ چونڈ کاری کر دی جائے اور مریض کی نفسیات بھی بہتر ہو جاتی ہے اور مریض کی حالت کے مطابق بھی جیسی کنڈیشن ہو علاج کرنا چاہئے۔ لوکل انجکشن کاربیزون، مرہم پٹی اینٹی بائیوٹک اور سب سے ضروری صفائی۔ یہ بات ضرور ہے کہ مرض مذمن ہے اور کبھی کبھی یہ مرض شفا یابی کے بعد واپس آ جاتا ہے جس کے سبب سے علاج کا لائحہ عمل کا یقین مشکل ہے۔ بوشن کے کلینک میں اسپرین اور Dipyridamol کے کمبیشن نے کافی فائدہ پہنچایا ہے۔

## Diab, Dermopathy ذیابیطسی جلدی بیماری

اس میں براؤن رنگ کے ڈبے پنڈلی کے اگلے حصہ پر جو ہڈی (Shin) کے ساتھ ہے۔ ان چھوٹے، گول، براؤن، لاغر، جو دائری حدود رکھتے ہیں ذیابیطسی مریضوں میں پنڈلیوں پر پائے جاتے ہیں۔ یہ افرادی یا مجموعی بھی ہو سکتے ہیں۔ تعدد و مختلف ہوتی ہے۔ کم یا زیادہ اور ان کی تقسیم میں کوئی اصول نہیں ہوتا۔ ان میں نہ درد ہوتا ہے اور نہ زخم بنتا ہے۔ مریض اکثر ان دھبوں کو چوٹ کا نتیجہ سمجھتا ہے اور کئی مریضوں میں چوٹ لگنے کی کوئی ہسٹری نہیں ہوتی "میلین" نے 277 ذیابیطسی مریضوں کا جائزہ لیا جن کی عمر 15 سے زیادہ تھی یعنی بالغ تھے۔ ان میں 65% لوگ مرد تھے اور 29% عورتیں تھیں۔ 104 مریضوں میں صرف 7 میں یہ ڈبے تھے مگر ان کا OGTT غیر عادی تھا۔ ان سارے ذیابیطسی مریضوں میں پر وہ چشم پر سوزش بھی تھی اور اعصابی سوزش بھی تھی۔ ان لاغر دھبوں اور ذیابیطسی موجودگی کا کوئی حساب نہ تھا۔ بنکے نے اس کا نام ذیابیطسی جلدی سوزش کا نام دیا۔ بنکے نے بتایا ہے کہ Lesion 5 سے 12 ملی میٹر چوڑائی میں اور ایک لمبی لائن تھی کبھی زاہر سکونت ہے اور نہ بازو اور پنڈلیوں پر پائے جاتے ہیں۔ ان کے وسط میں کھرغڈ کا چھلکا ہو سکتا ہے۔ ان میں درم بھی ہو سکتا ہے اور کبھی کبھی چھالے سے بھی نظر آتے ہیں اور بعد میں لاغری، نسج کا بنا (Fibrosis) اور پرانے زخموں میں گہرا رنگ پڑ جاتا ہے جو براؤن ملائین کے نتیجے میں ہوتا ہے۔ ڈینوسکی نے ان زخموں کو Shin Spots کے نام سے پکارا ہے۔

## Lipo-Dystrophy

چربی (Lipids) کی لاغری (Atrophy) چونکہ اس کا تعلق انسولین لگنے سے ہے تو

یہ حالت صرف ذیابیطسی مریضوں میں پائی جاتی ہے۔ یہ ہر دو شکلوں میں ہو سکتی ہے۔ (1) اس میں جلد کے نیچے کی سطح پر چربی اور سچ ہوتی ہے اس کی بیش نمو Hypertrophy ہو جاتی ہے۔ اس کے سبب جسم بھدا ہو جاتا ہے اور اس جگہ ابھار پیدا ہو جاتے ہیں۔ بیش نمو میں جگہ جگہ جہاں انسولین کا ٹینک لگتا ہے نرم و گداز ابھار پیدا ہو جاتے ہیں۔ بازو، پیٹ کے نچلے حصہ، رانوں پر اور چوتڑوں پر، کبھی کبھی غیر متوقع جگہ پر بھی جیسے چہرہ، گردن اور چھاتی پر جہاں انسولین نہیں لگائی جاتی وہاں پر بھی یہ تبدیلی نمایاں ہو سکتی ہے۔

دراصل یہ منظر بیش نمو اور لاغری دونوں سے متج ہوتا ہے۔ اس Lipo Distrophy کو کھانسی لیپو اٹروفک ذیابیطسی سے دھوکہ نہیں کھانا چاہئے۔ آخر الذکر واصل عمومی حالت ہے جس میں جلد کے نیچے کی اور پیٹ کے اندر اور گردوں کے چاروں طرف چربی غیر موجود ہوتی ہے ایسے مریضوں میں انسولین ذیابیطسی مریضوں میں مدافعت نہیں ہوتی اور کیتونی اجسام بنانے کی صلاحیت بھی کم یا بالکل نہیں ہوتی۔ امریکہ میں 1957ء میں قریباً 1100 مریضوں کا سروے ہوا تو ان لوگوں میں جن میں ایک سال سے انسولین لگائی جا رہی تھی 24% میں کسی نہ کسی قسم کی لاغری پائی جاتی تھی۔ 342 مریضوں میں جن کی عمر 20 سے کم تھی ان میں 44% میں لاغری موجود تھی اور ان میں جو 20 سے اوپر تھے 15% لاغری (Atrophy) موجود تھی۔ لاغری عورتوں میں 7 گنا زیادہ تھی وہ اس لیے کہ عورتوں میں چربی کی تہہ ذرا موٹی ہوتی ہے بہ نسبت بالغ مردوں کے اور جس جگہ لاغری پیدا ہوتی ہے تو ایسا لگتا ہے جیسے ان جگہوں سے چربی کھینچ گئی ہے اور یہ بڑی واضح نظر آتی ہے۔ بیش نمو اس کے برعکس ایک سفید لیکر چھوڑ دیتی ہے جو سچ کے وجود کے سبب ہوتا ہے اور اس جگہ کے اوپر کی جلد میں بھی حس لمس کم ہو جاتی ہے اور یہ چربی کی لاغری (Lipo distrophy) اس کا سبب گلوکوز کے کنٹرول میں فرق بتایا گیا ہے اور اگر اس جگہ انسولین کا ٹینک لگایا جائے تو درد کم ہوتا ہے اور یہ جگہ مریض کو پسند ہوتی ہے مگر داخل کی گئی انسولین فعال نہیں ہوتی۔

## بیماری کے اسباب

یہ جو چربی کی تہہ ہے اس میں مندرجہ ذیل چیزوں کے سبب سے تبدیلیاں نہیں ہوتی ہیں۔ مثلاً وہ کیمیائی مواد جو انسولین کی بقا اور طول العمر کے لیے + انسولین میں شامل ہوتے ہیں یا خمرہ لاپچیز (Lipase) کا وجود انسولین انجکشن میں یا کھال پر ٹینک لگنے سے جو چوٹ لگتی

ہے۔ ان سب کا اس لاغری سے کوئی واسطہ نہیں ہے۔ جو زلین کلینک، بوشن امریکہ کی اسٹاٹ نے یہ نتیجہ نکالا ہے کہ (1) انسولین کے سبب سے لاغری میں جو چربی غائب ہوتی ہے وہ "نیوٹرل" چربی ہوتی ہے۔ (2) چربی غائب ہونے کے درمیان کو التهاب (Inflammatory) نہیں پایا جاتا۔ (3) انسولین کے سبب سے یا تو لاغری ہوتی ہے یا پیش نمو ہوتی ہے۔ (4) لاغری کے لیے ضروری نہیں ہے کہ ان اسباب کا سبب نیوٹرل یا تیزابی ہو۔ ایک اور بات یہاں واضح کر دوں کہ یہ تبدیلیاں انسولین لگانے کے میکاٹنکی صدمہ کے سبب سے ظاہر ہوتی ہیں اور یوں بھی ہے اگر PZI انسولین لگانے والوں کو ہی اس لاغری سے زیادہ واسطہ پڑتا ہے موجودہ دور میں عام رائے یہ ہے کہ یہ سب انسولین سے الرجی کے سبب سے ہوتا ہے۔ انسولین کی قسمیں بھی اب اثر رکھتی ہیں۔ جیسے حیوانی انسولین۔

### لاغری کا علاج

(1) مریض اور اس کے لواحقین کو سمجھانا چاہئے کہ یہ حالت عارضی ہے اور جلد ٹھیک ہو جائے گی اور یہ خطرناک چیز نہیں ہے۔ (2) انسولین کا ہر انجکشن 90° کے زاویہ پر اور ہر مرتبہ نئی جگہ لگنا چاہئے اور یہ احتیاط برتنے کہ کھال کے نیچے، چربی کے بعد جو سچ ہے، وہاں انجکشن لگے حتیٰ کہ اگر انسولین پٹھوں تک پہنچ جائے (I.M) تب بھی کوئی حرج نہیں ہے اور یوں بھی ہو سکتا ہے کہ ان حصوں پر جسم کے نیکا لگے جو پبلک کے سامنے عریاں نہیں ہوتے جیسے چوڑیا پیٹ یا اوپر کے بازو کا پچھلا حصہ اور یہ بات بھی یاد رکھئے کہ وہ انسولین کی وائل جو استعمال ہو رہا ہے اس کو کمرے کے درجہ حرارت پر رکھئے اور باقی انسولین فریج کے دروازے میں۔

انسولین کے سبب سے چربی کی لاغری 20 سال سے کم کے بچوں میں زیادہ ہے اور لڑکے و لڑکیاں دونوں برابر متاثر ہوتے ہیں۔ اس لئے Mono component انسولین کا استعمال زیادہ بہتر ہے۔

### الرجی انسولین

کیونکہ انسولین ضروری طور پر ایک مرکب گروپ ہے جس میں 51 مختلف ایسیو ایسڈ ہوتے ہیں اور یہ پروٹین ہوتے ہیں تو یہ ہو سکتا ہے کہ یہ عمومی الرجک رد عمل پیدا کر سکتے ہیں اور یہ بھی ہو سکتا ہے کہ صرف جلد تک محدود رہیں اور دھڑہائی بن سکیں۔ اکثر حالت میں محدود علاقہ میں

یہ ہو کہ جلن ہو اور سرخ ابھار نکل آئیں اور Erythema اور سوجن ہو۔ اس کا علاج الرجی کی دواؤں سے ہی ہوتا ہے اور یہ ہونا چاہئے کہ انسولین کی قسم بدل دینی چاہئے اور اگر مریض حیوانی انسولین لے رہا ہو تو اس کی قسم بدل دینی چاہئے اور بشری انسولین سے علاج شروع ہونا چاہئے۔

## عقاقیر سے جلدی رد عمل

اس رد عمل میں بازو اور ٹانگوں پر دھبہ یا ابھار اور سرخی و خارش پائی جاتی ہے اور کبھی کبھی عام رد عمل کے طور پر سارے جسم کی کھال پر ری ایکشن ہو سکتا ہے۔

## مخصوص عارضہ بغیر ظاہری اسباب

یہ حالات ہاتھوں اور پاؤں پر خاص طور پر نمایاں ہوتے ہیں۔ اکثر مریضوں میں لمبے عرصہ سے ذیابیطس ہوتی ہے اور چھالے نما Lesions نکل آتے ہیں ایسے مریضوں میں ذیابیطس کے ساتھ اعصابی سوزش بھی ہوتی ہے اور Lesions بغیر کسی حادثے اور چوٹ کے ظاہر ہوتے ہیں۔ غیر علامتی چھالے بڑی سرعت سے انگلیوں کے پوروں اور پاؤں کی انگلیوں پر نکلتے ہیں اور سال کے اندر دوبارہ بھی نکل سکتے ہیں۔ ان کا سبب نامعلوم ہے۔ یہ متعدد چھالے نما ہوتے ہیں اور جلنے کے نشان سے تشابہ ہوتے ہیں لیکن ان کے چاروں طرف سرخی اور سوزش نہیں ہوتی اور یہ بغیر آثار چھوڑے شفا یاب ہو جاتے ہیں۔ بڑے چھالوں یا بلسٹریز میں عموماً جلد کے بنے ہوتے ہیں اور ان کے اندر ہلکے سے رنگ کار قیق مادہ بھرا ہوتا ہے جس میں مردہ شدہ سفید ذرات خون کے ہوتے ہیں کبھی کبھی دوسرے ذرات خون (WBC) بھی موجود ہوتے ہیں اگر ان کی جلد چکچک کر کے مواد نکال دیا جائے تو کھال صاف کر کے مرہم لگایا جا سکتا ہے اور کوئی بھی اینٹی بائیوٹک کا مرہم لگایا جا سکتا ہے۔ زخم چند ہفتوں میں ٹھیک ہو جاتا ہے اور نشان تک بھی نہیں چھوڑتا۔

## جلدی بیماریاں۔ انفکشن

ذیابیطس اور غیر ذیابیطسی مریضوں میں جلدی انفکشن ایک ہی طریقے سے ہوتی ہے۔ فرق یہ ہے کہ جن ذیابیطسی مریضوں میں پاؤں سن ہوتے ہیں ان میں احساس نہیں ہوتا اور اگر پاؤں کی کھال میں ذرا سا بھی موقع ملے تو جراثیم فوراً کھال میں داخل ہو جاتے ہیں اور مریض کو

ذرہ برابر علم نہیں ہوتا۔ حتیٰ کے زخم سے بدبو پھوٹی ہے اور زخم متعفن ہو جاتا ہے اور اگر صحیح علاج نہ ہو سکے تو قطع و برید تک نوبت پہنچ سکتی ہے۔ حتیٰ کہ گنگریں تک اور اس کا تعلق زیادہ تر ذیابیطس کنٹرول پر انحصار ہوتا ہے۔ اگر گلوکوز کا لیول زیادہ ہو تو جراثیم انسان کو موت کے منہ تک لے جاتے ہیں۔ پرانے زمانے میں جراثیم کش دوائیں مشکل تھیں تو مریض کے جراثیم کو کھلی چھٹی تھی۔ علاج محدود تھا اور اکثر مریض مردہ حال میں ہوتے تھے۔ صفائی، تعلیم، کم کھانا اور علاج کے مناسب استعمال سے بہتر آج بھی کوئی نعم البدل نہیں ہے۔ دانے، نسج کا ورم یا سوزش Cellulitis اور ناسور (Carbuncles) کو بہت اہمیت دینا چاہئے کیونکہ تصلب شراہتی، دوران خون کی کمی اور خلیا ذیابیطس اعصبی سوزش پر خصوصی توجہ دینی چاہئے۔ کیونکہ ذیابیطس مریض میں اگر انفکشن شدید ہو۔ اس کی پرواہ نہ کی جائے اور خصوصاً ذیابیطس مریضوں میں ایسے زخم زیادہ مشکل ہوتے ہیں۔ خصوصاً اگر پاؤں کی مچلی سطح میں اگر کھال پھٹی ہو، خشک ہو اور ساتھ میں اعصبی ذیابیطس سوزش بھی ہو تو ذیابیطس قدم کے لیے راہ ہموار ہو جاتی ہے۔ اکثر زخموں سے Psuedom یا Staph قسم کے جراثیم نکلتے ہیں اور یہ بھی ہو سکتا ہے کہ ایک قدم کے معمولی زخم سے حالات بگڑ جائیں اور زخم بے قابو ہو باقی پاؤں کے اوپر کی حصہ کی طرف منتقل ہونا شروع ہو جائے یہ ذیابیطس پاؤں کی بد نصیبی ہے کہ ذرا بھی عدم توجہی قطع و برید کا سبب بنتی ہے اور معمولی سی سببی سوزش، گنگریں تک پہنچتی ہے اور مجبوراً پاؤں، پنڈلی یا ٹانگ سے محروم ہونا پڑتا ہے۔

## Dermatophytosis

جلد کی فطریات کی انفکشن۔ یہ حقیر سے جراثیم جو عموماً زمین، قالین اور دروہوں پر عام طور سے موجود ہوتے ہیں عام طوم پر معمولی مگر بے حد خطرناک ثابت ہو سکتے ہیں اور ان کے سبب سے آدمی اپنا پاؤں، پنڈلی، ٹانگ تک ضائع کر سکتا ہے اور سب سے عام حالت یہی ہے جو پاؤں، ٹانگ کی جلد پر پائی جاتی ہے۔ اس کے لیے سب سے بڑی بات پاؤں کی ہائجین یا صفائی ہے۔ خصوصاً ان حالات کی مخصوص جگہ پاؤں کی پھٹی اور ترخی ہوئی ایزلی، پاؤں کے ناخن کی جڑ کی جگہ، انگلیوں کے درمیان کی کھال بڑے مرغوب تر مقام ہیں۔ پہلے تو شروع میں معمولی خارش ہوتی ہے۔ سرخی چھلکے یا رگڑ جیسے نشان جس سے کھال کی تیج نظر آئے۔ شدید حالت میں ابھاریا آبلہ نما۔ پاؤں میں Taenia-Pedis ہاتھ اور جنگ سوں میں ہو سکتے

ہیں۔

## تدارک

- 1- متعدد بار دھونا، خشک کرنا، ننگے پاؤں نہ چلنا، خصوصاً ان فرشوں پر جہاں فطریات موجود ہوں۔ مثلاً ورزش کرنے کے مکان Gym میں، تیرنے کے تالاب میں، شاور کے نیچے۔
- 2- غیر ضروری پسینہ کو روکنا۔ ہو ادار جوتے یا سینڈل، قطن کے جراب بجائے نائلون یا مصنوعی کپڑے کے بھیڑکی کھال کا استعمال یا نائک کم پاؤں۔
- 3- جلد کے خشک ابھار۔ Callus اور ناخن، ٹھل دیکھ بھال اور صفائی۔
- 4- اگر شدید پاؤں کی انفکشن ہو تو پاؤں کو جراثیم کش محلول کے پانی میں کچھ دیر ڈالنا چاہئے جیسے پوٹاشیوم پرمیکینیٹ وغیرہ۔
- 5- بازار میں کچھ بے حد مفید دوائیں ملتی ہیں وہ۔ یا وہ جو آپ کا معالج نسخہ لکھتا ہے۔ یہ کریم کی شکل میں لوشن کی شکل میں ضرور لگانا چاہئیں۔
- 6- مزید شدید انفکشن کے لیے جو جلد یا ناخن پر فطریات کے سبب سے ہوتی ہے اس کے لیے گرائسوفلوین بے حد مفید ہے۔

## Moniliasis

یہ فطریات کینڈیڈا کی چھوت سے لگنے والی بیماری ہے جو جلد، حلق، اندام نہانی کے اندرونی حصہ پر اور مقعد کے خاتم پر بھی نمودار ہوتی ہے C. Albicans عام بیماری ہے جو ذیابیطس کے مریضوں کو لاحق ہوتی ہے۔ کھال سرخ ہو جاتی ہے۔ ہلکا سا درم بھی ہوتا ہے جو اعضائے تناسلیہ میں ہو جاتا ہے۔ ساتھ ساتھ مقعد (خاتم) کے چاروں طرف، رانوں کی اندرونی طرف اور عورتوں میں خصوصاً چھاتی (Breast) کے نچلے حصہ پر خصوصاً بڑی عمر کی ذیابیطسی مریضوں میں۔ قریباً 50% ذیابیطسی عورتوں میں V.V کنڈیڈا کے سبب سے ہوتا ہے اور عورتوں میں اندرونی خارش کا عام سبب یہی ہے اور عورتیں لیکوریا یا سفید پانی کے خارج ہونے کی شکایت کرتی ہیں۔ اندام نہانی سے پھٹے ہوئے دہی جیسا سفید پانی اور اندام نہانی کی اندرونی لبوں میں خمیر (Yeast) جو یک خلوی فطریات میں ہیں ان کی کالونیز پائی جاتی ہیں اور یہی انفکشن مردوں اور عورتوں میں ناخنوں کے بارڈر پر پائی جاتی ہے۔ ایک ریسرچ کے

مطابق %40 ذیابیطسی مریض جن کے پیشاب میں گلوکوز پائی جاتی ہے اور %8 ان مریضوں میں جن کے پیشاب میں گلوکوز موجود نہھی۔ ان میں Yeast موجود تھی اور غیر ذیابیطسی مریضوں میں %10 میں Yeast موجود تھی اس سے یہ ثابت ضرور ہوا کہ فطریات کا وجود پیشاب میں گلوکوز کے وجود سے ہوتا ہے اور ذیابیطس سے تعلق نہیں ہے۔ ذیابیطسی اور غیر ذیابیطسی مریضوں میں عورتوں میں کینڈیڈاز زیادہ پائی جاتی ہے۔

C. Albicans کا انتشار کا سبب اسٹی بائیوٹک کا استعمال۔ کارٹیزون کا استعمال یا مانع حمل گولیاں، خون کی ٹالیوں میں خون کا ٹھہراؤ۔ ذیابیطسی مریضوں میں گلوکوز کا وجود، شراب نوشی، جلد میں پانی کی زیادتی۔ وٹامن B کی کمی یہ مرض ان مریضوں میں عام ہے جن میں گلوکوز کا لیول کنٹرول میں نہیں ہوتا۔

صحیح علاج کے لیے سب سے پہلے ذیابیطس کا علاج ضروری ہے Mycostatin عورتوں میں بے حد مفید ہیں۔ صبح و شام اندر رکھنے کی گولیاں یا Pessaries اور اس کی ہی کریم یا مرہم شرمگاہ کے لبوں، جنگا سوں، ران کے اندرونی حصوں، مقعد کے چاروں طرف لگانا چاہئے۔ علاج کے لیے لوکل کریم بے حد مفید رہتی ہیں، لیکن اگر ساتھ میں اگر ورم ہو، شدید درد ہو اور لوکل التهاب ہو تو 1/2 چمچ سفید سرکہ کی گولہ سفید ہے۔ عموماً ان چیزوں کے علاج کے لیے ضروری ہے ذیابیطس کو کنٹرول کرو۔ صفائی رکھو اور متعلقہ ڈاکٹر سے رجوع کرو۔ کینڈیڈا کے ساتھ مشکل یہ ہے کہ ذیابیطس میں جلد اور زخم Mucous سے نکل کر یہ انفکشن منہ کے ذریعہ، سانس کے ذریعہ، پھیپھڑوں میں داخل ہو سکتی ہے اور GIT کی انفکشن بھی ہو سکتی ہے۔

اس کے علاوہ بھی جلد پر مختلف امراض ظاہر ہوتے ہیں۔ جن کا تعلق نظام تحویلی سے ہے۔ مثلاً Xanthomas یہ کھال کے اندر چربی کی ہارک اور ننھی تھیلیاں ہو جاتی ہیں جو جلد میں اور پٹھوں کی ڈور میں پیدا ہو جاتی ہیں اور ان کے اندر وہ سفید خون کے خلا یا ہوتے ہیں جو چربی کو نگل جاتے ہیں Foam Cell بھی ہوتے ہیں۔ پوزینتھوماز چار قسم کے ہوتے ہیں۔ یہ کئی حالتوں میں پائے جاتے ہیں۔ بلیری سرورس، تھائیروائڈ کی کمی، لیپو پروٹینمیا کی زیادتی، خون میں گلوبولین کی گڑبڑ، پتھر یا س کے التهاب وغیرہ میں اور ذیابیطس کے مریضوں میں اور جن لوگوں میں ذیابیطس صحیح کنٹرول نہیں ہوتی ہے ان میں بھی۔ کچھ وہ حالتیں بھی جن میں کو لیسٹرول اور ٹرائی گلسرائڈ کی زیادتی ہو۔ ابھار والے Xanthomas ذرا پریشان کن ہوتے ہیں کہ وہ جمالیاتی طور پر بُرے لگتے ہیں اور یہ گھٹنے، کہنی، سینہ، کندھے اور چوتڑوں پر

ظاہر ہوتے ہیں اور ان کی خون کی کولیسترول 1000 سے زیادہ تک پہنچتی ہے اور جب ذیابیطس کا علاج اور خون کی چربی کا علاج معقول ہوتا ہے یہ غائب ہو جاتے ہیں مگر کبھی بقایا رہ جاتے ہیں۔ ذیابیطس مریضوں میں اگر لیپو پروٹین زیادہ ہو تو یہ کھال پر پھوٹ نکلتے ہیں اور ان کو ذیابیطس زینتھوما کہتے ہیں اور ان میں ساتھ ساتھ فحوم الثمائی (T.G) بھی زیادہ ہوتی ہیں۔ اب ان کی خاصیت اس طرح ہوتی ہے کہ یہ سخت چمکیلے سرخ، دانے دار، گہرے گلابی رنگت کی ملاوٹ کے ساتھ اگلے بازو پر جانبی جگہ اور پیچھے کی جلد پر، کبھی پر موجود ہوتے ہیں اور ان کے چاروں طرف التہابی شکل ہوتی ہے۔ یہ باریک اور ننھے ابھار کے علاوہ 5 mm تک قطر میں ہو سکتے ہیں۔ ذیابیطس مریضوں میں جب ذیابیطس صحیح کنٹرول میں ہوتی ہے تو یہ غائب ہو جاتے ہیں ہاں یہ ہو سکتا ہے کہ آثار باقی رہیں اور ساتھ میں Pigment بھی۔

## Xanthlasma

اگر یہ آنکھ کے پونوں پر ظاہر ہوتا ہے تو یہ Xanthelasimo Pallpebrin کہلاتا ہے یہ بہت عام قسم کا زینتھوما ہے اور جب یہ شروع ہوتا ہے پیمپریں کے سر کی طرح ہوتا ہے اور رنگت میں پیلا اور نارنجی رنگ کا ہوتا ہے۔ کئی ماہ کے گزرنے پر یہ ایک دوسرے سے جڑ جاتے ہیں اور ایک بڑے سائز کا زینتھوما بناتے ہیں اور یہ ایک چوڑی پلک کی شکل اختیار کر لیتے ہیں اور یہ ہنسن یا ہونے کی ساری سطح کو گھیر لیتے ہیں۔ پلک آنکھ کے اندرونی زاویہ سے شروع ہوتی ہیں اور پھر گھوڑے کے قدموں کے نعل کی طرح ہوتی ہیں۔ یہ عموماً مستقل، بڑھنے والی، متعدد ہوتی ہیں۔ یہ حالات بد وضع ہوتی ہیں۔ مگر خطرناک نہیں۔ ان کا تعلق ذیابیطس یا اور کسی چیز سے نہیں ہوتا۔ کولیسترول کی زیادتی اور فحومات الثمائی (TG) بھی تازہ ہو سکتے ہیں اور لپسڈ بھی زیادہ ہو سکتے ہیں لیکن کولیسترول کی زیادتی اور ذیابیطس کنٹرول سے اس کا کوئی تعلق نہیں ہے۔ عملیہ جراحیہ سے ان سے چھٹکارا پایا جاسکتا ہے۔

## Xanthochromia

اس میں جلد کی رنگت پیلی رنگ کی ہوتی ہے اور خون میں کیروٹین اور کولیسترول کی زیادتی ہوتی ہے۔ خضاب Str. Coruum میں جمع ہو جاتا ہے اور خصوصاً کشفید، کشف پا، ہونٹ و ناک کے درمیان نظر آتا ہے اور یہ اس لیے ہوتا ہے کہ مریض کی تھیلی قوت جو

کیروئین کو Vit-A میں تبدیل کرتی ہے وہ متاثر ہوتی ہے۔ کیروئین اکثر سبز و پھلی سبزی میں ملتی ہے اس کے علاوہ انڈے کی زردی اور مکھن میں بھی ملتی ہے۔ مگر مریض کو یہ بات باور کر لینی چاہئے کہ اس حالت کا تعلق بس جمالیاتی ہے۔ نقصان کوئی نہیں ہے۔

### وہ جلدی بیماریاں جو ذیابیطس میں اتفاقاً ملتی ہیں

سخت خارش: ذیابیطس مریضوں میں خارش اکثر اوقات پائی جاتی ہے اور اکثر اطبا اس کے ذریعہ سے ہی ذیابیطس کی تشخیص تک پہنچتے ہیں۔ یہ خارش نہ صرف ذیابیطس اور بھی کئی حالتوں میں پائی جاتی ہے جیسے لمفوما اور دوسرے خطرناک سرطانی حالات (سرطان الخبیثہ)۔ صحیح معنوں میں اس کا سبب ذیابیطس نہیں ہے۔ ہاں یہ امر ضروری ہے عورتوں میں جس میں ذیابیطس کا علاج صحیح نہ ہو تو زیادہ نسبت میں گلوکوز کی موجودگی ایسے فطریات کو پیش نمو کرتی ہے۔ عورتوں اور مردوں کے عضو خصوصی کے آس پاس اور اعضاء میں خارش اور کنڈیڈا کی انفکشن اکثر پائی جاتی ہے اور لیکوریا کی شکایت بھی عام ہوتی ہے۔ غیر مختص علاجات جیسے شدید صفائی، کالڈمزون کی کریم۔ مغذی کریمیں استعمال کریں سو مند ہوں گی لیکن انحصائی امراض سے مشورہ عورتوں کے لیے خصوصاً بے حد مناسب رہے گا۔

### Contractures

اس میں تھیلی یا کفویڈ کی نتج جو سخت ہو کر کھچاؤ پیدا کرتی ہے جس کے سبب ایک یا ایک سے زیادہ انگلیاں مڑ جاتی ہیں اور بند ہو جاتی ہیں۔ اس کا تعلق ذیابیطس سے نہیں ہے مگر یہ جلدی حالات میں پائی جاسکتی ہیں۔ ڈاکٹر شائڈر کا خیال ہے کہ حالت واپس اصلی شکل میں ہو سکتی ہے اور عمل جراحی سے بھی اس کا علاج ہو سکتا ہے۔

### Kaposi Sarcoma

یہ مرض الخبیث بھی کبھی کبھی ذیابیطس کے مریض میں پایا جاتا ہے۔

### چنبل Psoriasis

یہ حالت متنازعہ ہے کہ کچھ کہتے ہیں کہ ذیابیطس مریضوں میں ہوتا ہے اور کچھ اس

نظریہ کے خلاف ہیں اور کہتے ہیں کہ اس کا تعلق ذیابیطس سے نہیں ہے مگر آج سے پچیس سال پہلے بوٹسن میں ریڈز اور اس کے ساتھیوں نے قریباً 25% ذیابیطسی مریضوں میں اس کو پایا اور قریباً اسی قسم کی معلومات ”آمبر۔ اٹلی“ میں بھی دیکھی گئیں اور یہ بھی کہ ان مریضوں میں ان مردوں میں جن کی عمر 50 سے اوپر تھی یہ حالت پائی گئی۔

## Acanthosis Nigricaus

یہ متوازن پگمنٹ جسم کے ہر دو طرف یکساں طور پر جہاں جہاں کھال کے فولڈ ہوں پایا جاتا ہے اور عموماً یہ بالفوں میں سرطان الخبیثہ کے ساتھ پایا جاتا ہے اور اس کی حمیدہ (بے ضرر) کے حالات غدود الصماء (Endocrine) کے امراض میں بھی پائے جاتے ہیں جیسے Lipo-Atrophic-Acromegaly-Cushing-Addison D.M اور دو خاندانوں میں وراثی Acanthosis, Nigra پائی جاتی تھی۔ ”کان اور اس کے ساتھیوں“ نے کچھ مریضوں میں انسولین سے Resistance Virulism کے ساتھ اور Acath Nigra بھی پایا۔ ایک T.I. DM جو کم عمر تھی اور ان میں نموزیادہ تھی اور زہیت یعنی عورت ہونے کے ساتھ یا مردوں کی خاصیت اور علامات پائے گئے اور کچھ بڑی عمر کے ذیابیطسی (Type-II) میں عورتوں کے خون میں انسولین کے ضد اجسام (Anti-bodies) پائے گئے۔

## Verner Synd

اس نادر الوجود بیماری میں جو بلوغت کے بعد پائی جاتی ہے انسان وقت سے پہلے بوڑھا ہو جاتا ہے۔ مریض کا قد چھوٹا، بالوں کی سفیدی قبل از وقت، بال گرنا، سفید موتیا، جلدی لاغریت، جلد کی تسخ موٹی، اور ناک کا بانسہ پتلا جس کے سبب پرندے جیسی شکل نظر آتی ہے اور ایسے مریضوں میں 2/3 لوگوں میں ہلکی قسم کی ذیابیطس ہوتی ہے اور ان کی ذیابیطسی علامات بڑی عمر کی ذیابیطسی کی طرح ہوتے ہیں۔

## Lipid Proteinosis

یہ حالت بے حد نادر ہے اور وراثی نظام تحویل سے تعلق رکھتی ہے اور جلد کے نیچے Lipid Protein جمع ہوتی ہے اور یہ Mucous Memb کے نیچے بھی جمع ہوتا

ہے اور یہ پیلے رنگ کی Plaque کی شکل میں ہوتی ہے۔

## Porphyria

ان مریضوں میں 25% مریضوں میں جو اکثر مرد ہوتے ہیں پائی جاتی ہے اور اس کا سبب خون میں حدید کی زیادتی ہے۔

## Glucagonoma Syndrome

پنکریاس کے گلوکوگان خارج کرنے والے خلیا کے ورم سے پیدا ہوتا ہے اور یہ نثریہ زدہ منتقل ہونے والا سرخ قطعہ (Necrolytic Migratory Ertheynea) حقیقتاً مرض السکر، وزن کی کمی، خون کی کمی، منہ میں چھالے جو زبان پر بھی ہوتے ہیں۔ عورتوں میں ان مریضوں کی نسبت زیادہ ہے اور مردوں سے نسبت چار گنا زیادہ ہے۔ ثورات جلدی (سرخ دانے) Macule کی شکل میں جگہ جگہ سے۔ مقعد کے چاروں طرف، چوڑے اور رانوں پر سرخ داغ یاد ہے جو پھر آبلوں کی شکل اختیار کرتے ہیں اور پھر رسنے لگتے ہیں۔ اس کے بعد کھال اتر جاتی ہے اور زخم بھر جاتا ہے۔ قریباً علاج کی ضرورت نہیں ہوتی۔ یہ آتے رہتے ہیں اور جاتے رہتے ہیں اور بھی بہت سے حالات ہیں جو پیدا ہوتے رہتے ہیں، لیکن اس کا تعلق ذرا سی اسحاق سے ہے۔



## تعلیم بطور ذریعہ علاج ذیابیطس

1955ء میں جوز لین ڈرایا پینک کلینک کی ذیابیطس کے علاج کی وحدت (Diabetic Unit) کے باہر ایک پتھر پر کندہ کیا گیا ”یہ عمارت ہزاروں مریضوں اور مریضوں کے دوستوں کی طرف سے تحفہ ہے تاکہ ذیابیطس کو کنٹرول کیا جاسکے اور چند خوش نصیبوں کو موقع فراہم ہو سکے۔“ ذیابیطس مریضوں کی تعلیم و تربیت آج سے قریباً آسی (80) سال پہلے شمالی امریکہ کے شہر بوسٹن کے جوز لین کلینک (میاچوسٹ) میں شروع ہوئی تھی۔ ڈاکٹر ایلینٹ۔ پی، جوز لین منے ذیابیطس مریضوں کی اس ضرورت (تعلیم و تدریب برائے ذیابیطس) کو بطور علاج کے سمجھا اور مانا۔ اس کو عملی جامہ بھی پہنایا۔ ایک زمانہ تھا جب اس طریق علاج کو عیاشی محض جانا جاتا تھا۔ مگر ڈاکٹر جوز لین نے فرمایا۔ ”جو مریض اس مرض کو زیادہ جانتا ہے وہی طویل العمر ہوتا ہے“ اور ساتھ ساتھ بعد میں WHO نے بھی اعتراف کیا ”ذیابیطس علاج کے لیے تعلیم ایک سنگ میل کی حیثیت رکھتی ہے۔ لازم و ملزوم ہے۔ ذیابیطس مریضوں کو معاشرے میں جذب کیا جائے“ حالانکہ رائے عامہ اس بات پر متفق ہے کہ ذیابیطس کے علاج کا جزو تعلیم بھی ہے۔ مگر اس سلسلہ میں جو بھی ترقی و عمل ہوا ہے وہ برائے نام ہے اور بے حد سست رو ہے اور ابھی تک تعلیم ذیابیطس طبی کتب میں اپنا مناسب مقام نہیں بنا سکی ہے۔

### تعلیم کی ضرورت

ذیابیطس ایک ایسا مرض ہے جس میں بیماری کو سمجھنا بے حد ضروری ہے۔ میں خود کوئی مرتبہ عرض کر چکا ہوں کہ ذیابیطس کوئی مرض نہیں ہے۔ ہاں اگر گلوکوز خون میں زیادہ ہو اور مسلسل رہے تو کم سے کم مقدار بھی یعنی 140 ملی گرام سے زیادہ ہوتو ”گوڈے گٹے میں بیٹھ جاتی ہے“۔ صحتہ دولیہ نے محفوظ ترین 126 بتائی ہے اور ہر قسم کی پیچیدگی پیدا ہونے کے

امکانات ہیں۔ اس لیے میں نے اس کا نام ”ام الغیث“ رکھا ہے۔ گلوکوز کی جسم میں موجودگی مرض نہیں ہوتی۔ گلوکوز تو جسمانی ضرورت ہے۔ جسم کی کرنسی ہے۔ ایک تحریر میں میں نے جسم کو ایک ملک سے تشبیہ دی تھی یہ کوئی ادبی ہرزہ سرائی نہ تھی بلکہ حقیقت ہے۔ آپ جو بھی کھاتے ہیں وہ نظام ہضم کے سپرد ہو جاتا ہے اور اس نظام کو Metabolic یا تحویلی نظام کہتے ہیں۔ تحویلی نظام کا کام نوالے کو منہ میں رکھتے ہی شروع ہو جاتا ہے۔ نوالہ چباتے ہی نشویات کا ہضم منہ سے ہی شروع ہو جاتا ہے۔ گوشت و دیگر پروٹینات معدہ سنبھالنا ہے۔ چربی، سبزی، نشویات، چاول، روٹی وغیرہ کے لیے چھوٹی آنت اور اس کو ٹھکانے لگانے کے لیے اور باہر خارج کرنے کے لیے بڑی آنت۔ قولوں اور ریگیم (آخری سرا)۔ آنتوں میں جو کچھ کھانا پہنچتا ہے وہ ایک ملفونہ یا سکچرین جاتا ہے اور خون کی نالیاں اس کو جگر تک پہنچا دیتی ہیں اور یہ جگر بحیر العقول فیشری ہے لاکھوں خوبیوں کی مالک جس میں مختلف تحویلی طریقوں سے سب کچھ گلوکوز میں تبدیل ہو جاتا ہے اور اگر شوگر ضرورت سے زیادہ ہو تو جسم اس زیادہ شوگر کو جگر میں واپس کر دیتا ہے اور ایک دوسرے نظام کے ذریعہ چربی میں تبدیل کر کے جمع کرنے کے لیے خزانہ میں جمع کر دیتا ہے۔ یعنی زیادہ شوگر چربی میں تبدیل ہو جاتی ہے اور موٹاپے کی اساس رکھ دی جاتی ہے۔ ہم دیکھتے ہیں۔ سوچتے ہیں، سوتے ہیں، حرکت کرتے ہیں، چلتے پھرتے ہیں حتیٰ کہ پلک جھپکنے کے لیے بھی ازجی یا طاقت کے لیے گلوکوز کی ضرورت ہوتی ہے۔ اگر ایک منٹ سوچا جائے تو قریباً ایک کیلوری طاقت صرف ہوتی ہے۔ اسی طرح ہر حرکت کے لیے اس کے تناسب سے گلوکوز کا احتراق طاقت کے حصول کے لیے ضروری ہے۔ گلوکوز کی ضرورت صرف اور صرف ”وفات کے بعد نہیں ہوتی“۔

تو ان سب باتوں کو جاننے سمجھنے اور مرض سے بچنے کے لیے تعلیم ہی ذریعہ نجات ہے۔ تعلیم کے سلسلے میں بے حد اہم یہ ہے کہ محتاج بے حد سمجھدار ہو۔ نہ صرف ڈگری ہولڈر بلکہ پڑھا لکھا بھی ہو اور دردی بھی ہو۔ خود بھی مرض کو سمجھتا ہو اور مریض کو سمجھانے کی قابلیت بھی ہو اور مریض کو بتا سکے کہ لاپرواہی کے نتائج خطرناک ہو سکتے ہیں۔ چونکہ مریض ڈاکٹر تو ہوتا نہیں اس لیے یہ عمل ایک اجتماعی ضرورت و فرض ہے۔ ہونا تو یہ چاہئے کہ بڑے ہسپتالوں میں مریضوں کے گروپ کو اکٹھا کیا جائے۔ نرس، ہیلتھ وزیٹر، ماہر غذا ڈاکٹر۔ لیڈی ڈاکٹر سب مریضوں کو انتظار گاہ میں بٹھائیں اور وہاں ویڈیو شیپ ریکارڈر ڈیٹیلوڈن پر مریضوں کو ذیابیطس، اس کے حالات، پیچیدگیاں اور عواقب سے مریض کو آگاہ کریں اور یہ بھی کہ اگر احتیاط، علاج، پرہیز

اور ورزش سے یہ سب روکا جاسکتا ہے۔ آنکھیں، گردے، خون میں چربی، خون کی نالیوں کی بیماریاں، اعصاب کی بیماریاں۔ دل کے دورہ کے متعلق۔ اعصابی پیچیدگی کی تفصیل جنس۔ مردانہ کمزوری۔ حمل کی مشاغل۔ پاؤں ہاتھ میں گنگرین۔ جلدی بیماریاں۔ اندرونی خارش و لیکور یا وغیرہ وغیرہ کے متعلق مریضوں کو جنرل نائج فراہم ہو ورنہ سارے مریض انتظار گاہ میں ایک دوسرے سے غیبت، غلط مشورے وغیرہ کی بجائے علم میں اضافہ کریں اور سیکھیں۔ قریباً پندرہ بیس سال سے تعلیم ذریعہ علاج نہ صرف قومی بلکہ بین الاقوامی سطح پر بے حد اہم بن گئی ہے اور امریکہ میں تو یہ قانونی ذمہ داری ہے ہیلتھ کیئر کی کہ وہ مریضوں کی تعلیمی سرگرمیوں پر بھرپور توجہ دیں اور مریض کو مرض کے سمجھنے اور جاننے میں مدد دیں۔ تعلیم تو اب ایک مکافات المرض اور ایسی ٹریننگ کی ذمہ داری کا نام ہے جو زندگی کی نارمل سے قریب تر بحالی کر سکے (Rehabilitation) اور بقول ”آصال و مارٹن“ کے کہ ”پہاڑ کی چوٹی کے اوپر حفاظتی جنگلہ بنانا بہتر ہے نسبت اس کے، کہ نیچے ہسپتال بنایا جائے“ اور موجود تحریر سے میرا مقصد بے حد نیک اور ارادہ اچھا ہے کہ یہ مریض اگر پڑھے گا تو بھی اور اگر کسی فاضل طبیب کی نظر سے گذرے تو اس کا Revision یاد ہراؤ ہو جائے گا اور مریض شاید اس کے دل میں میری بات اتر ہی جائے اور مریض کو پوری طرح مرض کا علم ہو جائے اور وہ یہ سیکھ جائے کہ شوگر کس طرح کنٹرول کی جاسکتی ہے اور اس تعلیم سے مریض خون، پیشاب کا شٹ، ورزش اور غذائی تعلیم کا اہمیت سے متعارف ہو کر اپنی زندگی کو آسان بنا لے اور خود مختار بھی ہو جائے اور اس طرح اقتصادی طور پر بھی فرق پڑے گا۔

آخر تعلیم کیوں اہم ہے؟.....

- 1- تاکہ زندگی لمبی اور خوش گوار ہو۔ مقدار الحیات کے ساتھ کواٹھی بھی بہتر ہو۔
- 2- مریض کی مدد ہو۔ ذیابیطس پیچیدگیوں سے کم، اہل اور کم سے کم بیمار پڑ سکیں۔
- 3- زندگی کوئی ضرورتوں اور نئے تقاضوں کے حساب سے گزارا جاسکے۔
- 4- زندگی زیادہ سے زیادہ فعال، کارآمد اور نارمل سے قریب تر گذاری جاسکے۔
- 5- اقتصادی طور پر بھی زندگی پر کم سے کم بوجھ پڑ سکے۔ اپنی ذات جیب اور حکومت کے مصارف بھی کم سے کم ہوں۔
- 6- مریض زیادہ سے زیادہ خود کا تحفظ کر سکے۔ صحت بحال رہ سکے۔ سکول، کالج،

برنس، سروس یعنی ہر سچ حیات میں کامیابی سے نارٹل زندگی گذاری جاسکے۔



1922ء سے لے کر آج تک اس ضمن میں روز افزوں ترقی ہو رہی ہے۔ انسولین کے استعمال سے زندگی طویل ہوئی اور اب طویل تر ہو رہی ہے۔ نہ صرف طویل بلکہ صحت مند بھی۔ مثلاً دس سال یا اس سے کم عمر کے بچوں کو اگر ذیابیطس ہوئی تھی تو وہ زیادہ سے زیادہ دو یا ڈھائی سال با مشکل رہتی تھی۔ (میری ایک مریضہ جس کو 2 سال کی عمر میں ذیابیطس ہوئی آج وہ چودہ سال کی ہے اور دسویں کلاس کی طالبہ ہے)۔ آج سے پچیس سال قبل اسے مریضوں میں 30-35 سال کا اضافہ ہو گیا تھا اور اب تو مزید بہتر ہو گئی۔ میرے سمجھدار مریض جو WHO کے میزان کے مطابق چل رہے ہیں اور اپنی شوگر 126 130t ملی گرام چوبیس گھنٹوں میں کنٹرول کر رہے ہیں۔ وہ قریباً نارٹل زندگی گزار رہے ہیں۔ ان کی ازدواجی زندگی بھی خوشگوار ہے۔ ایسے مریض عموماً 60 سے تجاوز کر جاتے ہیں۔ لب لباب یہ ہے کہ اگر شوگر تناسب میں ہو تو ہر سہ ماہی ڈاکٹر کی وزٹ ضروری ہے۔ ہر 6 ماہ کے بعد خون کا عام کیمسٹری ٹسٹ ضروری ہے اور ہر سال آنکھوں کا تفصیلی معائنہ۔ اب اس طرح ہے کہ ساری دنیا میں ذیابیطس آبادی کی مشاغل و مسائل مشترک ہیں۔ سب میں ہی بے ڈھنگی چال پائی جاتی ہے۔ مریض معالج سے رابطہ قائم نہیں رکھتے۔ برصغیر کی آبادی خواہ وہ غریب ہوں، امیر ہوں، تعلیم یافتہ ہوں، جاہل ہوں اور کسی بھی شعبہ حیات سے تعلق رکھتے ہوں کئی کئی سال تک اپنے مرض کے باوجود رجوع نہیں کرتے اور نہ ہی علاج کی پرواہ کرتے ہیں۔ ذرا بہتر محسوس کرتے ہیں تو علاج ترک کر دیتے ہیں اور علاج ختم ہو جائے تو دوبارہ خریدنے کی زحمت نہیں گوارا کرتے اور عرصہ تک نہ علاج کی ضرورت محسوس کرتے ہیں اور نہ ہی لیبارٹری ٹسٹ ہی کرواتے ہیں۔ علاج کی ضرورت محسوس نہیں کرتے اور بس اس بات پر اکتفا کرتے ہیں کہ ٹیٹھے کو ہاتھ نہیں لگانا۔ وہ زمین کے اوپر کی ہر چیز حلال سمجھتے ہیں۔ میرا ذاتی تجربہ ہے قریباً تین دہائیوں کا اور اب WHO کا بھی یہ منصوبہ ہے کہ خون میں گلوکوز کی مقدار 126 سے 130 ملی گرام پورے چوبیس گھنٹوں میں رہنی چاہئے یعنی (Round The Clock) اور تجربہ نے ثابت کر دیا ہے۔ اگر دن میں تین مرتبہ کھانا اور چار مرتبہ وقفہ وقفہ سے پھل کھایا جائے اور پیٹ نہ بھرا جائے۔ صبح شام کی تیز چہل قدمی کی جائے۔ پھل 60 سے 70 کیلوری کا حامل ہونا

چاہئے۔ (مالٹا، سیب، فروٹز، کیلا، آڑو، خوبانی، امرود وغیرہ)۔

عام طور پر اصول یہ ہونا چاہئے کہ ضرورت کے لیے لائف اسٹائل بدلا جائے جس سے زندگی آسان اور لمبی ہو سکے۔ ذیابیطس کے لیے نہیں، یہ اصول تو ہر مرض کے لئے ہوتا ہے۔ صرف پیمانے بدلتے ہیں۔ جیسے بلڈ پریشر، دل کی بیماریاں، جگر کے امراض، خون میں چربی کی زیادتی، ذیابیطس مریض کے متعلق یہ ہے کہ اگر مریض کو مرض کی صحیح جانکاری نہیں ہے۔ تو وہ ساری زندگی نفس امارہ اور ذیابیطس کے گرداب میں پھنسا رہتا ہے اور ڈاکٹروں کی جیبیں گرم کرتا رہتا ہے۔ اکثر و بیشتر ہسپتالوں کے چکر، کبھی شوگر کی زیادتی، کبھی شوگر کی کمی کبھی ذیابیطس کی ٹونی تیزابیت، کبھی کنگرین، کبھی زخم، کبھی گردوں کی فشل کے سبب، اگر مریض لا پرواہ ہو تو، ہر فن مولا اور زیادہ چالاک بنتا ہو۔ دانا و عظیمند سمجھتا ہو تو ایسے مریض کی شوگر اکثر زیادہ ہی رہتی ہے۔ (کیونکہ یہ عقیدہ عام ہے کہ 180 ملی گرام نارمل لیول ہے) جس کے سبب آنکھیں شرانین۔ دل گردے، اعصاب، قدم اکثر بیماری سے متاثر رہتے ہیں۔ لارڈازما ہسپتال اور پرائیویٹ ڈاکٹروں کے پاس چکر تو لگتے رہتے ہیں۔ اکثر سرجن حضرات سے بھی سابقہ پڑتا ہے اور ایسے لوگوں کو ماہر نفسیات کے پاس بھی جانا پڑتا ہے۔ کیونکہ فکر اور اعصاب کے توازن سے کام پر جانے کو دل نہیں کرتا۔ رات کو نیند کی کمی بھی ہوتی ہے۔ جنسی مشکلات بھی ہوتی ہیں اور وہ حسین و جمیل زندگی جو ذرا سے پرہیز، ورزش اور علاج سے بڑے سکون اور آرام سے گذاری جاسکتی ہے وہ حوادث، پریشانیوں اور مالی مشکلات کی نذر ہو جاتی ہے۔

ذیابیطسی احتیاطی تدابیر سے زندگی کس قدر کم خرچ و بالا نقیص ہو سکتی ہے؟ یہ امر مسلمہ ہے کہ تعلیم و تدریب سے یقیناً خرچ کم کیا جاسکتا ہے اگر ہیلتھ کیئر (Health Care) سے تعلق رکھنے والے حضرات کو ذرا پیسہ خرچ کر کے ٹریننگ دی جائے اور وہ آگے چل کر مریضوں کو ذیابیطس کے متعلق معلومات فراہم کریں اور خود مددگار بننے میں معاون ہوں جس سے مریض خود بخود صحت مندرآہ عمل پر چل نکلیں گے۔ یہ حکومت اور خود مریض کے لیے منفعت بخش ہو سکتی ہے۔ اگر ایسے پروگرام نافذ کئے جائیں جس میں ایک سٹم کا تعین کیا جائے۔ لوگوں کو شامل کیا جائے جس میں ڈاکٹر، ذیابیطسی ٹیلیفون ایمر جنسی سروس، رجسٹرز اور دوسرے افراد بھی حصہ لے سکتے ہیں۔ مریض کی بروقت مدد کی جاسکتی ہے۔ اس طریقے سے مریض کی زندگی بچائی جاسکتی ہے۔ پیچیدگیوں کی روک تھام کی جاسکتی ہے۔ قیمتی وقت بچایا جاسکتا ہے۔ ہسپتال کے داخلے کم ہو سکتے ہیں۔ مریض بھی فعال ہوگا اور کم سے کم چھٹیاں کرے گا۔

پرائیوٹ ڈاکٹروں کے پاس وزٹ بھی کم ہو سکتی ہے اور اس طرح میری ناقص رائے میں حکومت اور مریض کو 50% کی بچت ہو سکتی ہے۔ ایک اور طریقہ ہے کہ ایسی ٹیم کو تدریب دی جائے جو Para-medics قسم کی ہو۔ یہ ٹیم اگر صحیح طور پر مدرب ہو (Trained) جیسے امریکہ کی Red Cross یا ہلال احمر وغیرہ کی ٹیمیں جو ایمرجنسی حالات سنبھالنے کی قدرت رکھتی ہیں تو یہ ٹیمیں چھوٹے موٹے حوادث اور حالات کو سنبھال سکتی ہیں اور یہ امر اب واضح ہے کہ تعلیم کے ذریعہ سے بے حد واضح نتائج برآمد کئے جاسکتے ہیں۔ ذیابیطسی مریضوں میں 25% تو وہ مریض ہوتے ہیں جن کی پیچیدگیوں کی ذمہ داری اور ہسپتالوں میں داخلہ کا سبب تعلیم کی کمی ہوتی ہے اور تقریباً 20% کی ذمہ داری اور سبب مالی و اقتصادی مجبوریوں ہوتی ہیں۔ ہونا تو یہ چاہئے کہ ذیابیطسی مریض کو بوجھ نہ سمجھا جائے۔ بلکہ معاشرے کا فعال جزو بنایا جائے۔ مریضوں کی مرض سے متعلق تعلیمی آسانی فراہم کی جائے اور اگر ہو سکے تو مریض کو قبل از وقت مرض کے متعلق علم ہو جائے (یہ آج کل ہو سکتا ہے) اور مرض کا سدباب کیا جاسکے۔ اس طریق کار سے مرض کی ابتدا میں ہی تداویری اقدام لئے جاسکتے ہیں۔ نئی نئی راہیں نکلتی ہیں۔ پاؤں کے امراض، زخم، منگرن، قطع برید اعضاء پر خاصہ فعال اثر پڑتا ہے۔ جس کے سبب ہسپتالوں میں داخلہ کم ہوں گے۔ اخراجات بھی کم ہوں گے (مخفی و حکومتی) اور سب سے بڑی بات یہ ہے کہ علمی طور سے مرض پہچانا جاتا ہے اور اس کا نتیجہ یہ ہو سکتا ہے کہ DK اور DKA یعنی ذیابیطسی کیٹونی تیزابیت کا بھی تدارک کما حقہ ہو سکتا ہے۔

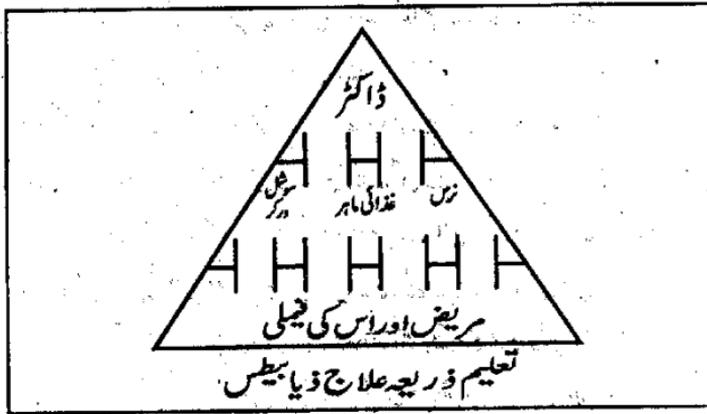
اگر مریض کو تعلیمی آسانی (یعنی اپنے مرض کے متعلق تفصیلی معلومات) میسر ہو تو زندگی کے تحفظ اور صحت میں کافی فرق پڑتا ہے۔ مثلاً مریض خود گھر پر شوگر کا چیک کرے اور ریکارڈ بھی رکھے۔ مریض کو پتہ لگتا ہے کہ اس کی شوگر کی سطح کتنی ہے۔ اگر کم ہے تو سبب کیا ہے اور زیادہ تو کیوں زیادہ ہے اور کھانا کیا کھایا تھا۔ اگر مریض کو کیلوری کاؤنٹر دستیاب ہے تو اپنا کھانا خود ترتیب دے سکتا ہے اور مینو (Menu) بنا سکتا ہے۔ کیونکہ جو لقمہ بھی انسان حلق سے اتارتا ہے اس میں کیلوری ہوتی ہے طاقت ہوتی ہے اور یہ کیلوری حرکت کرنے سے ہی جلتی ہیں یعنی صرف ہوتی ہیں اور اپنے ورزشی پروگرام پر بھی نظر رکھ سکتا ہے۔ نہاتے وقت اپنے پورے جسم کا خود معائنہ خصوصاً آئینے میں دیکھا جاسکتا ہے اور خصوصاً پاؤں کی نگہداشت ضروری ہے اور یہ بات بھی مد نظر رکھنی چاہئے کہ کسی انفارمیشن یا ذیابیطسی طبی معلومات کی فراہمی کا مطلب اس وقت مکمل ہوتا ہے۔ جب مریض کو ساری بات ذہن نشین ہو جائے اور اس کی تعلیم مکمل ہو

جاتی ہے۔ مغربی ممالک میں تو اب یہ بات ہے کہ انشورنس کمپنیاں تک ذیابیطس مریضوں کی تعلیم کے حق میں ہیں۔ کیونکہ تجربہ نے یہ ثابت کر دیا ہے کہ اس طریقے سے ان کا پیسہ بچتا ہے۔ خرچ کے مقابلے میں بچت زیادہ ہے، لیکن مشرق وسطیٰ اور مملکت خداداد میں تو ذیابیطس مریض کو انشورنس کوریج تک نہیں ہے، لیکن بحیثیت انسان کے اتنا تو حق پہنچتا ہے کہ ہر ہسپتال اور ڈسپنسری میں نرسوں کو اس طرح تربیت دی جائے کہ وہ مریض کو عمومی و اساسی معلومات فراہم کر سکیں۔ جس میں جسم کی صفائی، غیر ضروری بالوں کی صفائی، جراثیم، بنیان، انڈر ویر وغیرہ کی صفائی کی اہمیت کا علم ہونا چاہئے۔ جوتوں کے متعلق معلومات کہ جوتے کس قسم کے پہننے چاہئیں۔ پاؤں کے زخم کی اہمیت بھی کم نہیں ہوتی کہ جیسے ذرا سی آگ پورے جنگل کے جلنے کا پیش خیمہ ہوتی ہے۔ نزلہ، زکام، بخار، متعدی بیماریوں میں انسولین کی مقدار کس طرح بڑھانی چاہئے۔ اگر انسولین لگانی لازمی ہو تو سرخ کا طریق استعمال۔ سرخ لگانے کی جگہیں سرخ کا رخ اور کھال سے زاویہ و مختلف اقسام کی انسولین ان کے لیے مختلف سائز کی نیڈل۔ خون اور پیشاب کس طرح ٹسٹ کرنا چاہئے اور اگر مریضوں کو انسٹیون موجود ہو تو فوری ہسپتال کی طرف رجوع لازمی ہے اور یہ کہ شوگر زیادہ ہونے کی علامات، شوگر کم ہونے کی علامات اور ان کا تدارک کس طرح ہونا چاہئے۔ گھر کے افراد، دوست احباب، مدرسہ کے ساتھی، استاد کا بھرپور تعاون ہونا چاہئے اور یہ بھی کہ رمضان المبارک میں جب دن طویل ہوں تو انسولین لینے والے مریضوں کو کن مشکلات کا سامنا کرنا پڑ سکتا ہے اور یہ کہ انسولین پر انحصار کرنے والے مریضوں کو تھوڑے تھوڑے وقفے سے کھانا کیوں کھانا چاہئے۔ کھانا کھانے کے متعلق معلومات بے حد ضروری ہے۔

مخاطب اندازے کے مطابق جو مریض اپنے مرض کو سمجھتے ہیں اور خود کو حالات کے مطابق ڈھالنے کی صلاحیت رکھتے ہیں۔ باقاعدگی سے صبح شام آدھا آدھا گھنٹہ چلتے ہیں۔ وقت پر دوا کھاتے ہیں۔ کھانے کا پرہیز کرتے ہیں اور دقت کا احترام کرتے ہیں تو ان کی انسولین کی مقدار، یا گولیوں کی مقدار کم ہو جاتی ہے۔ کیونکہ ورزش انسولین کی طرح ہے اور گلوکوز کو کم کرنے میں معاون ہوتی ہے اور اس طرح مریض اقتصادی فائدہ میں رہتا ہے اور حکومت کے وزارت الصحہ کے بجٹ میں کئی بلین روپیہ کی بچت ہو سکتی ہے۔ یہ بات میں لکھنا نہیں چاہتا۔ مگر جب میں سرکاری نوکری میں تھا اور میرے پاس غریب اور مسکین آتے تھے تو میں ان کو 15 سرنجیں ایک ماہ کے لیے دیتا تھا اور وہ اس سے فی سرنج 4 ٹیکے لگاتے تھے۔ یہ سلسلہ سالہا

سال چلا۔ اب بھی ریٹازمنٹ کے بعد ٹسکینوں کو یہی مشورہ دیتا ہوں کیوں کہ اب وہ خود خریدتے ہیں۔ سرنج بھی مہنگی اور انسولین بھی مہنگی۔ مگر میرے یہ مریض اپنی جلد بے حد احتیاط سے صاف کرتے ہیں انجکشن لگانے کے بعد اس کو صاف پلاسٹک میں بند کر کے فریج کے دروازے میں رکھ دیتے ہیں اور خدا کے فضل سے وہ ٹھیک رہتے ہیں۔

یہ مسئلہ اپنی جگہ بے حد اہم ہے کہ کن کن مریضوں کو تعلیم کی ضرورت ہے۔ تو سب سے پہلے تو ان لوگوں کی صحیح تدریب ہونی چاہئے جن کے ذمہ تعلیم دینے کا فرض سونپا گیا ہے۔ تعلیمی نظام کا جو مثلث بنتا ہے وہ اس طرح ہے۔



اساسی شخصیت تو ڈاکٹر کی ہوتی ہے۔ طبیب عام، اسپیشلسٹ اور اس کے بعد کنسلٹنٹ۔ اطباء کے لیے مرض کے اقتصادی، معاشرتی، نفسیاتی پس منظر کا جاننا ہے حد ضروری ہے اور یہ بھی کہ ان مسائل کا حل کیا ہو سکتا۔ عموماً یہ دیکھا گیا ہے کہ اطباء کو نفسیاتی و معاشرتی و اقتصادی مسائل سے زیادہ سروکار نہیں رہتا۔ تو اس موضوع پر توجہ ہی نہیں دی جاتی۔ دوسری جو اہم بات ہے وہ ہے آنکھوں کا اندرونی معائنہ جس سے پردہ چشم (Retina) کا ملاحظہ بے حد ضروری ہے کہ کسی بھی تبدیلی کو نوٹ کیا جائے۔ (خوشی کی بات ہے کہ اب پاکستان میں (HANDS) (Health & Nutrition Development Society) کا ادارہ حکومت اور مخیر حضرات کے توسط سے کام کر رہا ہے اور اب امید کی کرن پھوٹی ہے)۔ جس کے لیے سننے ڈاکٹروں کو بھی آہستہ آہستہ سکوپ کا استعمال سیکھنا چاہئے اور ساتھ ساتھ پیشاب میں مائیکرو البیومن یوریا کی اہمیت کا جاننا بے حد ضروری ہے۔ بروقت امداد گردوں کو فیل ہونے

سے بچا سکتی ہیں۔

1976ء میں دہلی، انڈیا میں IDF کی میٹنگ ہوئی تھی اس میں خاصہ زور دیا گیا تھا۔ Para-medic اور نرسنگ اسٹاف پر جو حقیقتاً مریض سے براہ راست متعلق ہوتا ہے اور حقیقتاً طبیب تو بالکل آخری سرے پر ہوتا ہے۔ اس ضمن میں 6 ٹیڑھیاں شمار ہوتی ہیں۔

1- نرس جس کا تجربہ، انسولین کے انکشن سے لے کر جسمانی تندرستی سے متعلق معلومات تک نرس کی ذمہ داری ہے۔

2- ماہر تغذیہ۔ جو ہر قسم کی تفصیل مریض کو پہنچاتا ہے۔ یہ نہیں کہ ”زمین کے اندر پیدا ہونے والی چیز کھانا منع ہے“ سبحان اللہ کیا اختصار کلام ہے۔ Dietician کو مریض کے لیے غذا سبب کی ساری معلومات فراہم کرنا فرض ہے۔

3- سوشل ورکر جس کا کردار بے حد اہم ہے کیونکہ وہ مریض اور اس کے علاج کا باقاعدہ رابطہ ہے اور مریض کا سوشل و نفسیاتی لنک بھی ہے۔

4- فارمیسیٹ، جس کا اپنا علم، ادویات ان کے فائدے و نقصانات والرحمی Reaction وغیرہ کے متعلق معلومات مریض کے لیے بے حد ضروری ہیں۔

5- جراح القدم (Podiatrist) ماہر امراض قدم کا کردار بھی خاصا اہم ہے۔

6- فزیوتھیراپسٹ۔ جو مریض کو اس کی خاص ضرورت کے مطابق صحیح پروٹیشنل رائے

دے سکتا ہے۔

کاروباری یا صنعتی امراض اور اس کے علاج کے ماہرین پر بھی ذیابیطسی مریضوں کی کسی حد تک ذمہ داری عائد ہوتی ہے۔ یہ بات بے حد اہم ہے کہ برصغیر ہی نہیں ساری دنیا میں ایسے لوگ ہیں جو اپنی ذرا ذرا سی مسئلہ کل کے لیے کونے والے دافروشی کارخ کرتے ہیں کہ امیر جنسی میں علاج مل جائے اور برصغیر میں تو باوا آدم ہی نرالا ہے۔ آج کل تو بے حد معتبر ذرائع کی خبر ہے کہ لاہور شہر میں قریباً 6 پرائیویٹ ہسپتال ہیں جن کا کام ہی گردوں کی پیوند کاری ہے۔ جن کے کارڈنٹس مشرق وسطیٰ اور خلیج میں آج کل خصوصی طور پر مریض تلاش کرتے ہیں۔ ذیابیطسی اور گردے ٹھل ہوئے مریض لاہور آتے ہیں اور ان کے گردے تبدیل کر دیے جاتے ہیں۔ اب گودے کہاں سے آتے ہیں۔ یہ سب صفحہ راز میں ہے۔ پہلے یہ کام انڈیا میں ہوتا تھا۔ آج سے تیس سال پیشتر ہندی اطباء کمیشن پر مریض بھیجتے تھے۔ ایک لاکھ سرجن کا اور تیس ہزار ڈاکٹر کے اکاؤنٹ میں جمع ہوتے تھے۔ حکومت ہند نے اس کاروبار کو سختی

سے روک دیا ہے اب یہ فریضہ لاہوری ڈاکٹر انجام دے رہے ہیں۔ (میں اس لیے لکھ رہا ہوں کیونکہ ذیابیطس میں گردے متاثر ہوتے ہیں اور پیوند کاری کی ضرورت ہوتی ہے اور میری نئی اطلاعات کے مطابق لوگوں کو بھانے سے ہسپتال داخل کر کے ان کے گردے چوری کیے جا رہے ہیں وہ گردے پیوند کاری کے کام آتے ہیں)۔ یہ ناجائز کاروبار خاصی ترقی پر ہے۔ ذیابیطس مریضوں کے لیے جو بھی تعلیم پر مقرر ہو اس کا اعلیٰ تعلیم یافتہ اور انسان ہونا بے حد ضروری ہے۔ تعلیم تو ہر شعبہ حیات کے لیے ضروری ہے۔ نہ صرف بڑے ہسپتالوں میں بلکہ چھوٹی چھوٹی ڈسپنسریوں اور پرائیوٹ کلینک پر بھی انتظام ہونا چاہئے۔

### مریض اور اس کے رفقاء

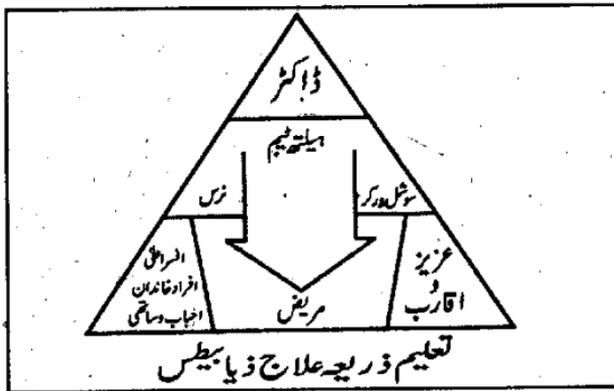
(1641ء میں جورج ہربرٹ نے کہا تھا۔ ”ایک کیل کے لیے جو ضائع ہوتا ہے۔ ایک جو تے کی ضرورت کے لیے گھوڑا ضائع ہو جاتا ہے اور ایک گھوڑے کی ضرورت کے لیے گھڑ سوار ضائع ہو جاتا ہے۔“) بالکل اسی طرح مریض کی ذیابیطس کے ساتھ مشکل ہے۔ تعلیم کو بے حد اہم جزو ہے علاج کے لیے اور اگر یہ نہ حاصل ہو سکے تو سب کچھ ضائع ہو سکتا ہے۔ تعلیم و تربیت کے بغیر مریض کو یہ علم نہیں ہو سکتا کہ مریض کے ساتھ کیوں اور کس لیے یہ علاج اور پرہیز ہو رہا ہے اور اس کے بغیر سارا نظام علاج شفا دینے سے قاصر ہے۔ تعلیم و تدریب کے بغیر مریض اکثر غلطی کرتے ہیں۔ اکثر اوقات انسولین کا ٹیکہ غلط لگاتے ہیں۔ انسولین کی کئی بیشی مشکلات پیدا کرتی ہے۔ کبھی کبھی خطرناک نتائج سامنے آتے ہیں۔ مریض کبھی کھانا مس کرتا ہے کبھی ڈڈمس کرتا ہے۔ برصغیر کے مریض تو سالانہ کی طرح کبھی دس تین سال کے بعد، اگر استفسار کرو تو کہتے ہیں کہ وہی علاج کر رہا ہوں جو آپ نے لکھا تھا۔ اب اس کا کیا جواب ہے کہ تین سال تو بے حد طویل عرصہ ہے عدم احتیاط سے تو ماہ دو ماہ میں بے حد خرابی پیدا ہو سکتی ہے۔ ایسے مریضوں کی کئی نہیں مرض بڑھتے بڑھتے اعصاب کو مردہ کر دیتا ہے اور وہ اس وقت آتے ہیں جب گنگرین کا ابتدا ہو جاتی ہے اور علاج کے مصارف ان کے قابو سے باہر ہو جاتے ہیں۔ بعض برادران تو (جن کی اکثریت ہے) صرف فون پر گزارا کر لیتے اور وہ مشورہ مفت لے لیتے ہیں۔ اگر میں یہ کہ دوں کہ بھائی عرصہ سے اس کو چیک نہیں کیا اگر آ کر دکھا دو تو بہتر ہوگا۔ تو خطرہ ہے کہ وہ لالچ کی تہمت لگا دیں گے۔ اکثر صاحبان کلینک میں داخل ہوتے ہی نعرہ لگاتے ہیں کہ وہ کئی سال سے بے کار ہیں۔ بے دوزگار ہیں۔ یہ مشکل گزارہ ہے وغیرہ

وغیرہ۔ کچھ صاحبان جب وہ جموٹ بولتے ہیں تو اس قدر پیارے لگتے ہیں کہ کیا عرض کروں اور کئی ماہ، کئی سال کی مدت کے بعد جب آتے ہیں تو آنکھیں جھکی ہوتی ہیں۔ اعتراف جرم کرتے ہیں اور کہتے ہیں اوڈاکٹر صاحب میں نے بڑا ظلم کیا اپنے اوپر۔ بے حد زیادتی کی ہے اپنے ساتھ۔ بالکل احتیاط نہیں برتی۔ یا یہ کہ کئی دن سے علاج ختم ہو گیا۔ خریدنے کی فرصت نہ ملی یا میرے خاوند کو فرصت نہ تھی علاج خریدنے کی اور ایسا اکثر رمضان المبارک اور عیدین کے بعد ہوتا ہے۔ اب انشاء اللہ ایسا نہیں کروں گا۔ اب میری توبہ ہے میں ہر مہینہ آیا کروں گا۔ اب کون سمجھائے کہ اے میرے پیارو! میرے پاس نہ آتے ہو نہ آؤ مگر دوا، پرہیز، ورزش تو جاری رکھو۔ نمونیا، کھانسی، ڈسنٹری وغیرہ تو چند دن میں ٹھیک ہو جاتے ہیں۔ مگر شوگر، بلڈ پریشر، دل، جگر کے بعض امراض کو تو مستقل علاج اور پرہیز کی ضرورت ہوتی ہے۔ اس ضمن میں پڑھے لکھے اور جاہل حضرات ایک ہی صف میں کھڑے ہوتے ہیں۔ کبھی کبھی اچھے بھلے لوگ عمرہ یا حج کی سعادت سے سرفراز ہوتے ہیں اور کئی دن لگتے ہیں۔ گرمی، پیدل چلنے سے پاؤں میں آبلے پڑ جاتے ہیں۔ زخم ہو جاتے ہیں اور شوگر بھی زیادہ ہوتی ہے کیونکہ سفر میں ہیں۔ علاج بے ترتیب ہوتا ہے۔ کھانا بھی خوب بد پرہیزی کا ہوتا ہے لاکٹر کو ٹنگرین کی ابتدا ہوتی ہے۔ اس وقت وہ باقاعدگی سے حاضری دیتے ہیں اور خدا کے فضل سے شفا یاب ہوتے ہیں۔ میرے قریباً سب ہی مریض رب کی مہربانی سے ٹھیک ہوتے ہیں۔ اللہ میری شرم رکھتا ہے۔ ہاں ایک مریض آج سے تین سال پہلے پاکستان گیا۔ لاہور پہنچا۔ ہسپتال داخل ہوا اور اگلے دن اس کی ٹانگ ٹخنہ سے اوپر کٹ گئی کہ اس طرح ہسپتال اور سرجن کا بل تندرست بنتا ہے۔

1985ء کی ایک امریکی اسٹڈی میں 162 ذیابیطسی مریضوں سے تین مختلف کلینک کے مریضوں سے علم ہوا کہ 58% مریض انسولین کی ڈوز میں غلطی کرتے ہیں۔ جس میں سے 35% لوگوں نے بتائی ہوئی ڈوز سے مختلف (کم یا زیادہ) ڈوز لگائی۔ کچھ مریضوں نے غیر مکمل یا ناقافی غذا استعمال کی اور کچھ لوگ ڈاکٹروں سے مشورہ ہی لینے نہیں آئے۔ تیسری دنیا کے لوگوں کے اگر اعداد و شمار لیے جائیں تو خوفناک نتائج سامنے آئیں۔ اگر میں اپنے ہی کلینک کی اعداد و شمار دوں تو 80% سے 90% مریض سال دو سال تو عموماً غائب رہتے ہیں۔ فون کر کے نام لینے ہیں اور کئی دنوں کے بعد تشریف لاتے ہیں۔ کچھ ایسے تعلیم یافتہ حضرات بھی ہیں جو معدودے چند ہیں اور باقاعدگی سے آتے ہیں۔ عرب ملکی اور غیر ملکی 50% ریگولر ہوتے ہیں۔ کچھ ایسے حضرات ہیں جو کسی بھی انفکشن کے سلسلے میں فون پر مشورہ جاتے سمجھتے ہیں۔ مثلاً

ایک صاحب جن کے والد مشنری میں تھے اور ان کا انتقال ہو چکا ہے اللہ ان کو جو رحمت میں جگہ دے۔ ان کا انتقال شوگر، فالج، دل کی بیماری سے ہوا۔ ان کے صاحبزادے کلینک میں دندتاتے داخل ہوئے فرمایا پاس سے گذر رہا تھا سو چا سلام کرتا چلوں۔ یہ سلام آدھے گھنٹے تک جاری رہا۔ آخر میں رخصت ہونے کے لیے اٹھے تو جیب سے لیبارٹری رپورٹ نکال کر دکھائی جس میں شوگر بارڈر پر تھی۔ چربی زیادہ تھی اور گردوں کا فعل بھی متاثر تھا اور وہ مشورہ کھڑے کھڑے لے کر چلے گئے۔ ”ہمارے بھی ہیں مہربان کیسے کیسے“ تھے امریکہ پلٹ مگر ذہنیت دیسی۔

گو کہ ذیابیطس کا اساسی نارگٹ تعلیم ہے مگر مریض کے لواحقین اور جو بھی شخص ماحول میں مریض سے علاقہ رکھتا ہے ان سب کو پروگرام میں داخل کرنا ضروری ہے۔ خصوصاً بچے و نوجوان (Teen Agers) اور وہ جو 15-16 سال کی عمر سے تعلق رکھتے ہیں ان لڑکے اور لڑکیوں پر اگر توجہ مرکوز کی جائے تو محنت کی قیمت وصول ہو جاتی ہے اور ان بچوں کے مستقبل میں کام آتی ہے۔ اگر ان بچوں کی سوچ کا دھارا بدل جائے اور زندگی سے دلچسپی پیدا ہو جائے اور وہ خود کو نارمل محسوس کرنے لگیں تو وہ بے حد تعاون کرتے ہیں اور ایسے بچوں کا ہسپتال کا داخلہ 75% کم ہو سکتا ہے۔ مریض کے علاوہ جن لوگوں کو دائرہ تعلیم میں شامل کیا جائے وہ ہیں خاندان کے افراد۔ عزیز واقارب۔ پڑوسی، دوست، اسکول کے ساتھی و دست، کام پر ساتھی، دفتر کے ساتھی، مدیران حضرات، اساتذہ، امام مسجد ممکن ہو تو دو خانہ کے حضرات، حتیٰ کہ پولیس والے تک۔ کیونکہ گلوکوز کی کمی یا زیادتی سے اگر مریض کی چال بہکی بہکی ہو، نیم بے ہوشی یا پھر مریض راہ چلتے بے ہوش ہو جائے اور گر پڑے تو پولیس اس کو شرابی سمجھ کر دھرنے لے۔



## تعلیم کی قسمیں

- یہاں پر پھر سب ایک مثلث میں کام کرتے ہیں جو معلومات مریض تک پہنچی جائیں:
- 1- ذیابیطس کی تعریف اور اس کا خون اور پیشاب سے تعلق۔
  - 2- غذائی برنائج یا پروگرام اور اس کی اہمیت۔
  - 3- پیشاب ٹسٹ کرنے کا طریقہ اور فائدہ اور اگر پیشاب میں کیٹون ہو تو اس کی اہمیت و خطر۔
  - 4- انسولین اور گولیاں کس طرح اپنا کام کرتی ہیں۔
  - 5- جسم کا چارٹ جو یہ ظاہر کرے کہ ہاؤڈ، ران، پیٹ کے نچلے حصہ پر کن کن جگہوں پر نیکہ لگ سکتا ہے۔ انسولین سرخ کیسے بھرنی چاہئے۔ کیسے پکڑنی چاہئے اور کس زاویہ سے (90 angle) کھال میں داخل ہونی چاہئے۔
  - 6- انسولین وائل کو آہستہ آہستہ تھیلیوں کے درمیان گھمانا چاہئے۔ زور زور سے جھٹکے کے ساتھ Shake نہیں کرنا چاہئے۔
  - 7- سرخ انسولین کی Icc ہونی چاہئے۔ اگر دوبارہ استعمال کرنی ہو تو کس طرح اس کی حفاظت کرنی چاہئے۔
  - 8- ایسیون یا کیٹون کے وجود میں گولیاں (شوگر کی) نہیں استعمال کرنی چاہئیں فوراً ڈاکٹر یا ہسپتال ایمرجنسی سے رابطہ کرنا چاہئے اور انسولین لگانی چاہئے۔
  - 9- شوگر کی زیادتی یا کمی کی صورت میں کیا کرنا چاہئے اور ان کی علامات کیا ہیں علاج کیا ہے۔
  - 10- ذیابیطس کی جو پیچیدگیاں یا جانبی آثار ہیں ان سے کس طرح بٹھا چاہئے۔
  - 11- جوتے کی سلیکشن اور پاؤں کی حفاظت کس طرح کرنی چاہئے۔
  - 12- پھیسی ہوئی ایزویوں پر ویزلین لگانی جانی چاہئے اور پاؤں گیلاکر کے جھانوسے آتش فشاں کی مٹی سے بنے پتھر سے صاف کر کے ویزلین لگائیں۔
  - 13- ننگے پاؤں نہ چلیں، جوتے بند ہونے چاہئیں اور آرام دہ جیسے اسپورٹ کے آگے سے چوڑے منہ والے۔ جوتوں کے تلے نرم ہونے چاہئیں۔

## مزید یہ کہ - A

ابتدائی تعلیمات جو زندگی کی بقا کے لیے ضروری ہیں لیکن رفتہ رفتہ آہستہ آہستہ مریض اپنے مرض کو سمجھتا ہے۔ شروع میں ہر مریض حالت صدمہ (Shock) میں ہوتا ہے۔ جیسے ایک بچہ چھوٹا یا بڑا جو ابھی ابھی تو نامل تھا اور وہ ایک لمحہ میں اپنے ہم عمروں، ساتھیوں، بہن بھائیوں سے بالکل علیحدہ ہو جاتا ہے۔ اس کے لائف اسٹائل، اوقات طعام اور کھانے کے انداز میں بالکل فرق ہو جاتا ہے۔ میٹھا نہیں کھانا، برگر نہیں کھانا، پیپسی اور دوسرے مشروبات پر پابندی وغیرہ۔ لہذا ایسا بندوبست کرنا چاہئے کہ تفصیلی غذائی معلومات مریض کو دی جائیں۔ متبادل اشیاء کی فہرست دی جائے کہ مریض کو کھانے کی تنگی کا احساس نہ ہو۔ مریض کو کھانے سے نہ خوف ہونا چاہئے نہ ہی نفرت اور نہ ہی وہ چوری چھپے دے قدموں سے فریج تک پہنچتے اور اپنے گھر کے کھانوں کی چوری کرے اور نہ ہی گھر سے باہر سکول کی کینٹین سے سینڈویچ وغیرہ لے کر کھائے۔

## خاص معلومات و تعلیم - B

جو ہر مریض کے لیے ضروری ہیں۔ مثلاً: سفر پر جانے کے متعلق، دعوتوں اور پارٹیوں میں شرکت، سا لگرہ، عید، دوستوں کی پارٹیوں، پکنک پر جانے کی احتیاط، غذا، انسولین اور حرکت جسمانی کا تناسب وغیرہ کا مریض کو ضرور علم ہونا چاہئے۔ کیونکہ اب صورت حال یہ ہے کہ ماشا اللہ علاج موجود ہے۔ زندگی بھی طویل ہے اور اس کے لئے جسم جتنا تندرست تو اتنا ہو گا زندگی میں اتنی ہی آسانیاں ہوں گی۔ اس طرح مریض کو علم ہوتا ہے کہ صحیح کنٹرول شوگر کا کس طرح کیا جاتا ہے اور خون میں ذیابیطسی کیٹونی تیزابیت کے لئے کیا کرنا چاہئے۔ میرا ہمیشہ یہ موقف رہا ہے کہ بچہ طبی طور پر نمونہ پائے، بڑا ہو۔ سکول، کالج، دفتر، بزنس میں کامیاب رہے کم سے کم غیر حاضر ہو۔ خود کو نامل نہ صرف سمجھے بلکہ محسوس بھی کرے اور کھیلوں میں باقاعدہ حصہ لے۔ مریض کو ہر طور پر خود کفیل ہونا چاہئے اور خود اعتمادی ایسی ہو کہ جس چیز کی ضرورت محسوس کرے تو فوراً متعلقہ افراد سے مدد مانگ لے۔ محتاجی نہ ہو۔

## الٹرا ماڈرن سامان - C

آج کل اس قدر الٹرا ماڈرن سامان دستیاب ہے جس سے بھرپور طریقے سے مریض

فائدہ اٹھا سکتے ہیں اور بچوں کو علم ہونا چاہئے کہ کس طرح ان کی مشکلات کا حل ہو سکتا ہے۔ زندگی اچھے پیمانے پر گزارنے کے لیے کام کا ملنا بھی ضروری ہے اور اس کی تلاش بھی یہ سب نئے طریقے تارل کے قریب زندگی گزارنے کے لیے بڑے مددگار و معاون ثابت ہو سکتے ہیں۔

## ہدف یا OBJECTIVES

اصل کامیابی کے حصول کے لیے کن چیزوں کا ہونا ضروری ہے، اس کے لیے عرض ہے کہ مریض کی معلومات عامہ، مرض کی اصلیت، علاج کی اہمیت، مرض کی عقوبت اور پیچیدگیوں وغیرہ کا جاننا بے حد اہم ہے۔ ذرا سی بد احتیاطی، نفس امارہ کی غلامی، دنیاوی شہوات اور چنور پن کس طرح انسان کو ذلیل و خوار کرتا ہے۔ علم کے بغیر طرز زندگی نہیں بدلا جاسکتا۔ دوسری بات ہے انسان کی آگہی اور مقصدیت، کسی چیز کا حصول بغیر مقصد کے ناممکن ہے اور نہ ہی اخلاص العمل پیدا ہوتا ہے۔ اگر یہ سب ممکن ہو تو اطوار کی تبدیلی اور زندگی کی رفتار و عمل ممکن ہو جاتا ہے۔ آج تک جتنی بھی سرگرمیاں ذیابیطس کے مریض کے لیے دکھائی گئی ہیں اور جتنی بھی جدوجہد کی گئی ہے اور کتابیں سیاہ کی گئی ہیں کسی بھی مصنف نے یہ اعتراف نہیں کیا کہ مریض کو مرض کے متعلق عمل و ادراک تھا۔ ذیابیطس مریض کو ہی مرض کی نسبت سے ذمہ دار نہیں ٹھہرانا چاہئے۔ بلکہ ذمہ داری خاندان کے دوسرے افراد پر بھی عائد ہوتی ہے۔ علم و معارف کوئی رقیق مادہ نہیں ہوتا کہ دوسرے کے دماغ میں انڈیلا نہیں جاسکتا۔ بلکہ رفتہ رفتہ دماغ میں اتاری جاتی ہے اور وقت بھی ضائع ہوتا ہے۔

اکثر ذیابیطس پر وگرام مقصدیت کے بغیر ہوتے ہیں۔ بالکل بدمزہ اور پھیکے پکوان کی طرح۔ کوئی طبی معلومات بغیر تفسیر و سہل طریقے سے سمجھانے کے علاوہ بے سود ہوتی ہے۔ یہ اس طرح ہے کہ اگر ایک شخص موٹر کار چلا رہا ہو اور تیز رفتاری کے سبب چالان ہو تو اس کو علم ہونا چاہئے کہ یہ سزا کیوں اس کو ملی ہے اور اس کو یہ بھی بتانا ہوگا کہ تیز رفتاری سے حادثہ کی صورت میں خود اس کی جان کو خطرہ ہوتا ہے۔ سرسری طور پر بتانا کافی نہیں ہے۔

عام طور پر تو یہ ہوتا ہے وہ لوگ جن کو ذیابیطس قسم الاؤل (T-1) ہے اور ان کا گذارا انسولین کے انجکشن کے بغیر نہیں ہو سکتا۔ ان حضرات کو نہ مرض کا پتہ ہوتا ہے۔ نہ ان کو یہ علم ہوتا ہے کہ اگر انہوں نے احتیاط نہیں برتی تو اس سے جو پیچیدگیاں پیدا ہوں گی وہ کس قدر خطرناک

ثابت ہو سکتی ہیں اور انسان کو پانچ بھی بنا سکتی ہیں۔ اگر وہی انسان نفس امارہ پر قابو پالیں، علاج باقاعدگی سے لیں اور کھانے کا پرہیز کریں تو بالکل نارمل زندگی گزار سکتے ہیں۔ مثلاً عالمی شہرہ آفاق باڈی بیلڈنگ اکریم صاحب جو صبر، قوت ارادہ اور نفس امارہ پر قادر ہیں بے حد شاندار کردار کے مالک ہیں۔ انسولین بھی لیتے ہیں اور فٹنس میں بھی لاجواب ہیں۔ عالمی ریکارڈ کے مالک ہیں۔ اس بیماری کو ان کے عزم، ہمت، عقلمندی اور حوصلہ نے شکست دی ہے۔ انہوں نے نہ صرف اپنی پر فارمنس قائم رکھی۔ کپتانی بھی اچھی کی۔ وکٹوں کا ریکارڈ بھی قائم کیا اور وطن کا نام بھی روشن کیا۔ دراصل طبیب کا کردار بے حد اہم کردار ہے اور طبیب کا مزاج، رویہ، طرز عمل و طریق کار علم کے ساتھ اخلاص العمل اور خلوص نیت پر مبنی ہو تو بات میں وزن بھی ہوگا اور ہر بات اخلاص العمل میں رچی ہوئی ہوگی اور مریض کے دل میں ترازو ذکر جائے گی۔ ہدف اور Motive کے بغیر مریض اور لوہا حقین کی تعلیم بے مقصد و بے معنی ہوگی۔

جب مریض پر مرض کا انکشاف ہوتا ہے وہ وقت بے حد اہم ہوتا ہے۔ کیونکہ مریض صدمہ میں ہوتا۔ اس کو پہلی مرتبہ علم ہوتا ہے کہ کیا مشکل آن پڑی ہے۔ ہلکی چوٹ پڑنے سے لوہا موم کی طرح مڑ جاتا ہے۔ اس لیے یہ ضروری ہے کہ مریض سے گفتگو اس طریقے سے شروع کی جائے کہ مریض کو حوصلہ ہو۔ اگر مریض کو یہ باور کرایا جائے کہ ذیابیطس مرض نہیں ہے۔ شوگر کی زیادتی مرض نہیں ہوتی بلکہ شوگر تو جسم کی ضرورت ہے۔ ہم جو کچھ بھی کھاتے ہیں وہ ایک پول (Pool) میں جمع ہوتا ہے اور نظام تحویلی کے ذریعہ جگر میں گلوکوز میں تبدیل ہو جاتا ہے اور جسم کے خلا یا صرف گلوکوز ہی استعمال کرتے۔ مہد سے لے کر لحد تک۔ پیدائش سے لے کر موت تک جسم صرف گلوکوز استعمال کرتا ہے، لیکن اگر گلوکوز کی مقدار خون میں بڑھ جائے تو امراض پیدا ہوتے ہیں جو ابتدا میں بالکل معمولی ہوتے ہیں اور آئندہ چل کر آنکھوں کو بینائی، خون کی نالیوں میں چربی، دل کا دوزہ، جگر میں چربی اور گردے فیل اور ہاتھ پاؤں میں سنگریں قطع برید اعضاء۔ ورنہ شوگر تو فقط جسمانی غذا ہے۔ یوں بھی کہہ سکتے ہیں جسمانی کرنسی صرف گلوکوز ہے۔ جو کچھ بھی کھائیں وہ گلوکوز میں تبدیل ہوتی ہے۔ اس کے بغیر زندگی محال ہے۔ پلک جھپکنے سے لے کر مکا بازی، دل کی دھڑکن سے لے کر دوران خون، جگر اور گردوں کے افعال وغیرہ سب کے لیے گلوکوز چاہئے۔ تو پھر کھانے کو اس طرح ترتیب کیوں نہ دیا جائے کہ زندگی عذاب سے بچ جائے۔ وہ اس طرح کہ مطلوبہ ورزش غذا کم از کم چھ حصوں میں۔ دو اوقات پر، سب سے بڑھ کر قوت ارادہ اور ان سب کا ایک دوسرے کے ساتھ بے حد ارتباط ہے۔ بس اس سب

کو اس طرح ترتیب دیا جائے کہ شوگر نارمل رہے۔

مریض کے دل سے خوف دور کیا جائے، پریشانی دور کی جائے اور مریض کے اندر جو غصہ، رد عمل، صدمہ و انتقامی کیفیت پیدا ہوتی ہے اس کو دور کیا جائے خصوصاً نو عمر (Teen Agers) اور یہ سب تشفی کے ابتدائی ایام میں ہی تکمیل کو پہنچانا چاہئے۔ رفتہ رفتہ، تھوڑا تھوڑا، مریض کی طبیعت، فیملی بیک گراؤنڈ، معاشی، معاشرتی اور تعلیمی حیثیت کے مطابق سادہ و براثر انداز میں، شروع مرض کے ایام میں ہی نہیں بلکہ مرض کو تو بار بار، وقفہ وقفہ سے اسی اخلاص و محبت کے ساتھ کہ مریض کو یہ محسوس ہو کہ واقعی وہ اہم ہے اور لوگ اس کی پرواہ کرتے ہیں۔ وقت گزرنے کے ساتھ یادداشت کمزور ہو جاتی ہے۔ مقصدیت میں بھی کم ہو جاتی ہے اور اکثر نفس امارہ سرکش و باغی ہو کر بد پرہیزی کرواتا ہے۔ وقتی محرک شیطانی غلبہ میں آ جاتا ہے۔ شاید نشور و احدی نے آج سے ساٹھ سال پہلے کہا تھا۔

توبہ میری جامِ شکن، جامِ میرا توبہ شکن  
سامنے ڈھیر ہیں ٹوٹے ہوئے پیانوں کے  
کے مطابق روز توبہ کی جاتی ہے اور توڑی جاتی ہے

### اطاعتِ مریض

اطاعت کرنا ایک خود اختیاری فطرت ہے اور یہ جباری نہیں ہو سکتی اور اگر جباری ہو تو چند روزہ تو ہو سکتی ہے۔ بیہوشی نہیں اور نہ ہی یہ حادثاً پیدا ہو سکتی ہے۔ کچھ معدودے چند مریض ایسے ہوتے ہیں جو جلدیکہ لیتے ہیں اور اپنی شوگر کنٹرول ساری عمر رکھتے ہیں۔ یہ خود ارادی ہوتے ہیں اور ایسے ڈاکٹروں کے پاس۔ ہسپتالوں اور کلینک میں جانا پسند کرتے ہیں جہاں مریض کی بہتر دیکھ بھال کی جاتی ہے۔ ان کے قدم خود بہ خود اس طرف اٹھتے ہیں، لیکن اکثریت ایسے مریضوں کی ہوتی ہے جو کمزور ارادہ ہوتے ہیں اور ان کے اہل خانہ۔ ماحول کے لوگ اور احباب جو مرض کی اہمیت نہیں سمجھتے اور ساتھ میں مریض بھی کمزور ارادہ کا ہودہ مہربان ایسے مواقع فراہم کرتے ہیں جو ارادوں کی مضبوطی کو بھی ذرا سی ٹھیس سے توڑ دیتا ہے۔ دراصل یہ ذمہ داری لوگوں کی نہیں بلکہ انسان کی خود ہے کہ وہ اپنی ذات میں خود دلچسپی لے اور اپنا رویہ اور طرزِ حیات بدلے اور اس پر قائم رہے۔ سکھانے پڑھانے والا تو کوشش ہی کر سکتا ہے، کامیابی کے لیے مریض کے ارادہ کو بے حد دخل ہے اور اس سب کے حصول سے پہلے یہ

ضروری ہے کہ جتنی تعلیم کی جدوجہد میں کامیابی ہوئی ہے اس کا صحیح اندازہ لگایا جائے اور یہ بھی دیکھا جائے کہ ”مشن“ کس حد تک کامیاب رہا ہے۔ کیونکہ یہ ملاحظہ میں آیا ہے کہ تغذیہ کا پروگرام اگر مریض کے ماحول سے مختلف ہے تو مریض کے لیے ہمیشہ ہمیشہ اس بد مزہ کھانے پر چلنا ممکن نہ ہوگا۔ کچھ دن تو آدمی جھیل لیتا ہے۔ ڈائیٹ اسپیشلسٹ کو مریض کے ساتھ سر جوڑ کر بیٹھنا چاہئے کہ پہلی غذا کا متبادل مل جائے اور کھانا مریض کے ذوق کے مطابق ہو اور ساتھ ساتھ جو بھی لقمہ اٹھایا جا رہا ہے اس کی کیلوریز (K. Cal) کا حساب ذہن میں رکھا جائے۔ ہونا تو یہ چاہئے کہ مریض اور معالج آپس کی مفاہمت کے حساب سے آگے بڑھیں تاکہ مطلوبہ ہدف حاصل ہو سکے۔ یکطرفہ تماشا ممکن نہیں ہے اور یہ بھی ہو سکتا ہے کہ عہد عتیق کی مانند کی ایک مجوزہ عہد نامہ لکھا جائے جس پر مریض اور معالج دونوں کے دستخط ہوں۔ اس عہد نامہ پر یہ ضرور لکھا ہو کہ مریض کو کیا کرنا ہے اور اس کے لیے کون کون اقدام ضروری ہیں۔ استاد کے فرائض میں کیا شامل ہوگا اور طرفین اس عہد نامہ کے ذمہ دار ہوں گے اس سے یہ ہوگا کہ مریض کو اپنی ذمہ داری کا احساس ہوگا اور وہ اپنی اہمیت کو ضرور سمجھے گا اور عمل پیرا بھی ہوگا۔

بقول ایلیوسٹر (Alivistor) مریض کی اطاعت و تعاون کا انحصار کئی باتوں پر ہے۔ جس میں طبیب کے وجود کے علاوہ مریض کی حالت، علاج کی کیفیت اور شفا یابی کے مدارج اور مریض کا تقاضا ہے۔ حد ضروری ہے کہ وہ غذائی پابندیوں کی اہمیت کو سمجھے۔ دوا (عقاقیر) وقت سے حسب تعلیمات استعمال کرے۔ خود انسولین لگانا سیکھے۔ انسولین کے جرعہ میں کمی و بیشی نہ کرے۔ کیونکہ علاج کی کامیابی صرف اور صرف اس طرح ہو سکتی ہے۔ مریض کا طبیب سے تقاضا ہے حد ضروری ہے۔ ڈاکٹر پر واجب ہے کہ وہ مریض کو آرام سے عام فہم زبان میں سمجھائے اور عام فہم زبان میں ساری معلومات چھپوا کر بھی دے۔ میں خود اس پر عمل کرتا ہوں۔ ڈائیٹ شیٹ، مختلف کیلوریز کے متعلق 900-1200-1500-1800 اور 2500 کیلوریز ہر عمر اور ہر بشر کی ضرورت کے مطابق۔ قریباً تین زبانوں میں اردو، انگریزی اور عربی۔

انسولین لگانے کا طریقہ اور جسم کا نقشہ کہ کہاں انسولین لگائی جاتی ہے اور زبانی بھی کہ شاید ”کسی طور سمجھ آ جائے میری بات“ مریض کی تعمیل نصیحت (Patient Compliance) سے فقط میری مراد یہ ہے کہ کسی بھی طور سے مریض کا طرز حیات بدلے۔ مریض کی نفسیات کا رخ بدلے۔ وہ خود کو نارمل سوسائٹی کا نارمل فرد محسوس کرے اور یہ طریقہ آج کل کے ذیابیطسی علاج کے لیے بے حد ضروری ہے۔ میں ناقص العلم یہ دعویٰ تو نہیں کر سکتا کہ اس طرز علاج سے

کتنا فائدہ مریض کو پہنچ سکتا ہے۔ مگر یہ ضرور کہہ سکتا ہوں کہ میرے اس مضمون کو اگر وہ پڑھے اور باقی وہ مضامین جو ذیابیطس کے متعلق چھپے ہیں ان سے مریض کئی مشکلات سے نجات پاسکتا ہے اور یہ امر واضح ہے کہ مرض کو سمجھئے۔ احتیاط علاج سے کئی حادثے مثلاً۔

1- گلوکوز کی شدید کمی۔

2- ذیابیطس کی ٹوٹی تیزابیت۔

3- انفکشن۔

4- اہم اعضاء، قدم، انگلیاں، ٹانگیں، ہاتھ کی کئی انگلیاں قطع و بریدے بچائے جاسکتے

ہیں۔

5- اسکولوں، کالج، دفتر سے غیر حاضری، ہسپتالوں کے متعدد داخلے کم کئے جاسکتے ہیں

اور روزانہ کی زندگی میں اگر دیکھا جائے تو انسولین کے رد الفعل اور مناعیت (Reaction & Resistance)۔ خون میں گلوکوز کی زیادتی اور دوسری مصروف مشکلات اگر موجود ہوں تو زندگی ذلیل و خوار ہوتی ہے اور ان مشکلات سے نجات مل سکتی ہے۔

## ذیابیطس کا تعلیمی منہج و طریق کار

ذیابیطس مریض کو کس طرح سکھایا جائے اور اس طریقہ کار کے لیے کس کس چیز کی ضرورت پڑ سکتی ہے اور یہ کہ سب سے بہتر طریق کار کیا ہونا چاہئے؟ کچھ علماء کی رائے ہے کہ ذیابیطس کلینک، ہیلتھ سنٹرز، اطبا کے آفس، ذیابیطس کیپ یا دوسرے سوشل ادارے، گروپ ایجوکیشن وغیرہ اور اخلاص عمل بے حد ضروری ہے۔ رسالے، طبی میگزین، اخبارات کی کننگ، T.V. و ڈیو۔ C.D. - DVD وغیرہ کا استعمال مفید ہو سکتا ہے۔ ان میں سے جو بھی طریقہ استعمال کیا جائے وہ حالات، اقتصادی حالات، مریض کا ذاتی I.Q اور معلم کی اپنی مرضی اور مریض کی مفاہمت پر ضروری ہے اور یہ بھی کہ سیکھنے والا کتنی مستعدی سے سیکھتا ہے اور جو کچھ بھی کیا جائے اس میں نیت اور (Motivation) کو بڑا عمل دخل ہے اور مریض کو اپنی ذمہ داری کا احساس ہو۔ اپنے خاندان سے محبت ہو، اپنے بچوں سے پیار ہو تو وہ اپنی پوری توجہ اور دیانت داری سے سیکھ سکتا ہے۔ جینے کی خواہش پیدا ہو سکتی ہے اور انسان ہر مشکل سے گذر جاتا ہے۔ مریض کو سمجھانا۔ سکھانا کوئی مشکل کام نہیں ہے۔ مگر یہ بات ذہن نشین رہنی چاہئے کہ مرحلہ چند گھنٹوں۔ چند دنوں یا چند ہفتوں کا نہیں ہے بلکہ ایک لاتناہی عمل ہے۔ مریض کو بار بار

یاد دہانی کرنی پڑتی ہے اور مستقبل کے خطرات اور پیچیدگیاں سے آگہی دینی پڑتی ہے۔ تعلیم کسی محدود چیز کا نام نہیں ہے بلکہ یہ تصور اور آگے بڑھتا عمل ہے۔ ذرا سی بے توجہی خطرناک اور اپاہج کر دینے والے نتائج پیدا کر سکتے ہیں۔ مریض کو ایسی جگہوں کا اور اداروں کا علم ہونا چاہئے جہاں مستقبل میں ان کو ضروری معلومات مل سکیں۔ گروپ تھیراپی اپنی مریضوں کی بڑی تعداد کو جمع کر کے اسٹڈی گروپ کی شکل میں تعلیم دینا اور ایک مہذب سوشل طریقہ ہے۔ سستا بھی ہے آسان بھی ہے۔ مگر اس کو جمع کرنا بے حد مشکل کام ہے۔ مگر اتنا مشکل بھی نہیں۔ فلاجی اداروں کی مدد سے مریضوں کو اکٹھا کرنے کے لئے چھوٹی بیسین استعمال ہو سکتی ہیں اور اگر کیوئی سنٹر موجود ہو تو ایک جگہ آڈیٹوریم بھی بن سکتا ہے۔ مریضوں کو اکٹھا کر کے لیکچرار صاحب کا بندوبست کیا جاسکتا ہے۔ وڈیو ٹیپ۔ DVD کے ذریعہ سے یا کسی اور معقول طریقے سے سکھایا جاسکتا ہے اور اگر مریض خود متعلم ہو تو بذات خود کمپیوٹر استعمال کر کے کسی بھی ویب سائٹ سے معلومات حاصل کر سکتا ہے۔ یہ بھی ہو سکتا ہے کہ وطنی اداروں۔ طبی کمپنیوں کے ذریعے اور ان کی Sponsorship میں I-Day Symposium کرایا جاسکتا ہے اور عام فہم زبان میں مریضوں، نرسوں اور ڈاکٹر صاحبان کو لیکچر، سلائیڈ Tapes اور Workshop کے ذریعہ مریض اور معلم دونوں کو سمجھایا جاسکتا ہے اور ذیابیطسی پیچیدگیوں کے متعلق وڈیو ٹیپ دکھائی جاسکتی ہے۔ جیسے خون میں چربی کی زیادتی کے سبب خون کی نالیوں کے انسداد، اعضاء میں انفکشن کے سبب گنگرین، گردوں کا فیل ہونا، دل کی شراٹین کا انسداد، پیشاب میں مائیکرو البیومن یوریا کا وجود اور اس کے گردوں کے وظیفہ پر اثرات۔ آنکھوں کے پردے پر خون کا رسنا اور کولیسترول کے دھبے وغیرہ جس سے مریض کو اندازہ کرایا جاسکتا ہے کہ بینائی چند سالوں کی مہمان ہے۔

اگر فلاجی ادارے (پرائیوٹ دسرکاری) چاہیں تو اخلاص و محنت سے خصوصاً بڑی عمر کے مریضوں کو جو معذور ہیں۔ چل پھر نہیں سکتے۔ آمدنی بھی محدود ہو۔ یا بالکل مفلس ہوں۔ کم تعلیم ہو تو ان کے گھر جا کر بھی تعلیم دی جاسکتی ہے۔ ایسے مریضوں کے لیے تعلیم یافتہ نرسیں۔ ہیلتھ کیئر یونٹ کے افراد کافی کام کر سکتے ہیں۔ جس سے مریض کی بھی مدد ہو۔ اللہ اور اس کا رسول بھی راضی ہوں، گروپ تعلیم کے بڑے فائدے ہیں کہ ایک وقت اور ایک جگہ کئی مریضوں کو معلومات مہیا ہو جاتی ہیں۔ دوئم یہ کہ سوال و جواب کے سیشن میں معلوماتی سوالات کئے جاسکتے ہیں اور اپنی الجھنیں دور کی جاسکتی ہیں اور ان جوابوں سے دوسرے سننے والے بھی استفادہ

کرتے ہیں۔ معلومات میں اضافہ ہوتا ہے اور اگر مستقبل میں کوئی مشکل پیدا ہو تو مریض کو فائدہ پہنچ سکتا ہے اور پھر یہ بھی کہ آدمی میل ملاپ اور سوشل اجتماع سے خود کو بہتر محسوس کرتا ہے اور یہ بھی علم ہوتا ہے کہ وہ دنیا میں تنہا نہیں ہے۔

## علاجی لائحہ عمل

سب سے ضروری بات یہ ہے کہ مریض کی ضرورت کو جانا جائے کہ اس کو کس کس مشکل کا سامنا ہے۔ اس سے یہ بھی پتہ چلتا ہے کہ مریض کو مرض کا کتنا علم ہے۔ مریض کا تعلیمی لیول کیا ہے۔ صحت کی عام حالت کیسی ہے۔ گھر کے حالات، مالی حالات، افراد خانہ کی تعداد، مریض کی نفسیاتی حالت، ایسے کاغذات جس میں سوالات لکھے ہوں تیار ہونے چاہئیں۔ ان مرتب شدہ سوالات کے جوابات حاصل کر کے ہدف مقرر کیا جاسکتا ہے اور پھر اسی اعتبار سے لائحہ عمل العلاج تیار کیا جاسکتا ہے اور پھر اسی نہج پر تعلیمی سرگرمیاں شروع کی جاسکتی ہیں۔

## پروگرام کی ترتیب

شروعات یا ابتداء OPD سے کی جاسکتی ہے۔ بڑے مراکز یا ہسپتالوں میں کنسلٹنٹ، اسٹنٹ، ٹریینڈ نرسز، ماہر تغذیہ ہوتے ہیں جن سے بھرپور فائدہ اٹھایا جاسکتا ہے (یہ سہولت ہر جگہ نہیں ہوتی)۔ ہفتہ میں ایک دن ایسا ہونا چاہئے۔ جس دن مریض کی آسانی کا خیال رکھتے ہوئے اس کی فیملی، اصحاب وغیرہ کو بھی بلا کر گروپ تعلیم دی جانی چاہئے۔ آکسفورڈ میں میں نے دیکھا ہے کہ خاصے بڑے گروپ کو تعلیم کے لیے بلایا جاتا ہے۔ آکسفورڈ شارڈ کا جو تعلیمی ادارہ ہے وہ جب سپوزیم کراتے ہیں ذیابیطس کے لیے تو اس میں نہ صرف ڈاکٹر بلکہ نرسیں، مریض اور ان کے لواحقین بھی بلائے جاتے ہیں۔

روزمرہ روٹین میں نرسیں ہی فریضہ انجام دیتی ہیں اور یوں بھی ہو سکتا ہے کہ چند ایک طبی (ادویات کے مینوفیکچر) ادارے مل کر مریضوں کی نگہداشت (Patient Care) اور تعلیم کا تعاون کر سکتے ہیں۔ ایک بڑے علاقے سے مریض جمع کرنا اور انتظام ممکن ہے۔ آج اس قدر چیزیں بازار میں میسر ہیں کہ ہر ارادہ عمل میں تبدیل ہو سکتا ہے۔ مریض کو لاپیچ، پمفلٹ، بروچر، سیکپل (Samples)۔ ادویات کی معلومات، انسولین کی قسمیں، انسولین لگانے کے طریقے۔ کھانے اور کیلوریز کی معلومات اور باقاعدہ ایسا نظام ترتیب دیا جاسکتا ہے

کہ چھوٹے ہسپتال، کلینک، ڈسپنسری کا تعلق درابطہ بڑے Tertiary ہسپتالوں سے قائم کیا جا سکتا ہے۔ بڑے ہسپتالوں میں آج کل اڈیٹوریٹیم بھی ہوتے ہیں۔ بیٹھنے کا انتظام بھی ہوتا ہے۔ یہاں پر بڑے آرام سے تعلیمی پروگرام پیش کئے جاسکتے ہیں۔ اس سلسلہ میں حکومتی اداروں کا تعاون حاصل کیا جاسکتا ہے۔ سوشل ورکر وسیلہ بن سکتے ہیں۔ کیونکہ اس میں حکومت کا ہی آئندہ چل کر فائدہ ہوگا کیونکہ مریض کے اخراجات کم ہو جائیں گے۔ بڑے ہسپتالوں میں یہ سب بڑی آسانی سے پایہ تکمیل کو پہنچ سکتا ہے۔ کیونکہ ہر مریض ایک فرد کی حیثیت رکھتا ہے اور حسب ضرورت ہر قسم کی امداد مل سکتی ہے۔ قریباً 60 سال سے زیادہ بڑے ہسپتالوں میں (ساری مغربی دنیا میں) یہ کام ہو رہا ہے۔ ہمارے ملکوں میں نادرا یہ کام ہو رہا ہے۔ مثلاً کراچی میں آغا خان ہسپتال وغیرہ لاہور میں چونکہ وطن عزیز کا دل ہے تو دل والوں کو علم ہوگا وہاں تو ارباب ثروت کو بسنت بہار منانے اور عرسوں سے فرصت نہیں۔ کروڑوں روپیہ خرچ ہوتا ہے بسنت میلہ منانے میں۔ دعوتیں، ہیڈلائٹس اور جیو چینل پر تو مردوں کو بھی بسنتی دوپٹے کلف لگے پہنے دیکھا۔ ”کیا شان مجاہد اور مرد مسلمان تھی“۔ یہی پیسہ فلاح و بہبود انسانی پر خرچ ہو سکتا تھا۔ اگر اندر سجا سے فرصت ہوتا۔ قوم کس قدر مصروف ہے ابھی نواز سے فرصت ملی تھی کہ بسنت آگئی۔ قوم تو اس قدر متفاد تو توں میں گھری ہے کہ میں کوئی بھی مضمون لکھنے بیٹھوں یہ گھس آتی ہے۔ بڑے بڑے ہسپتالوں اور شہروں میں یہ سب تعلیمی و تدریسی آسانیاں بہم پہنچانی جاسکتی ہیں۔ قریباً یہ سب آئے میں نمک سے بھی کم ہے مگر اغلاص سے بڑھایا جاسکتا ہے اور ایسے اداروں (فلاحی) سے تعاون مل سکتا ہے۔

جیسے ایڈیٹیو ٹرسٹ، ان کو تجربہ ہے اور ایسے اصحاب خیر ارض پاک پر موجود ہیں جو دل کھول کر ایسے کار خیر میں شریک ہو سکتے ہیں اور ایسے ہی نیک اصحاب کے ہی سبب سے اس ارض پاک کا تختہ نہیں الٹا۔ ورنہ سونامی و ورنہ تھا، اور کام کس طرح ہو رہا ہے اس کا اندازہ مریض کی ترقی کی رپورٹ دیکھ کر کیا جاسکتا ہے کہ کس حد تک کامیابی حاصل ہوئی ہے۔ نیکی کا جذبہ ہر انسان میں موجود ہوتا ہے بس اس کو چگانے کی ضرورت ہوتی ہے۔ غذائیت کے متعلق بھی یہ ہے کہ ایسے ہی گروپ پروگرام میں ورکشاپ دکھائے جاسکتے ہیں جس میں غذائیت اور کھانے کے نمونے دکھائے جاسکتے ہیں اور ایسے کھانا پکانے کے نسخے ماہرین طعام کام دہن سے لکھوا کر پیش کئے جاسکتے ہیں جو کم طاقت (کیلو ریز) کے ہوں اور لنڈیز بھی ہوں اور مریض کو بتایا جاسکتا ہے کہ پیٹ بھرنے کا مرکز (Sateity Centre) دماغ میں ہوتا ہے معدہ میں

نہیں۔ معدہ تو ایک تھیلی کی طرح ہے جو بھرنے کام دیتی ہے اور یہ نفسیاتی پہلو بھی واضح کیا جا سکتا ہے کہ ایک لقمہ کا ذائقہ اور بیس لقموں کا ذائقہ ایک جیسا ہی ہوتا ہے۔ فرق سوچ اور ہوس کا ہے اور دنیا میں دو قسم کے کھانے والے ہوتے ہیں۔

1- وہ جو چینی کے لئے کھاتے ہیں۔

2- وہ جو کھانے کے لیے جیتے ہیں۔

اور دوسرے یہ کہ خاتم الانبیاء کی دو حدیثیں ہیں اس ضمن میں۔

1- معدہ کو تین حصوں میں تقسیم کرو۔ پانی، ہوا اور کھانا۔

2- دوسری حدیث قدسی ہے کہ ہم وہ قوم ہیں جو اس وقت تک نہیں کھاتے جب تک کہ

بھوک نہ ہو اور جب کھاتے ہیں تو پیٹ نہیں بھرتے۔ میرے آقا کی اتباع کی جائے تو زندگی جنت بن سکتی ہے۔ کم کھانا سنت رسول ہے اور اس پر عمل صحت و ثواب کا حامل ہوگا۔

### خاص الخاص اصحاب کی تعلیم (ذیابیطس)

بچوں، کم عمروں اور نوجوانوں کے لیے تعلیمی طریقے ذرا مختلف ہوتے ہیں۔ مشکل اور پیچیدہ بھی۔ کیونکہ وہ ماشا اللہ لمبے عرصہ تک زندہ رہتے ہیں اور لمبی زندگی میں زیادہ ذیابیطس پیچیدگیوں سے واسطہ پڑتا ہے۔ معالج کے لیے یہ جاننا ضروری ہے اور اس پر عمل کرنا بھی کہ جس بچے کو وہ علاج دے رہا ہے وہ اپنی عمر کے اس دور میں ہے جہاں کئی فیکٹر برسرِ پیکار ہیں۔ جسمانی نشوونما، جسمانی تغیر، عقلیت، نفسیاتی منظر اور پس منظر، بلوغت کی جسمانی ظاہری اور سوچ کی باطنی تبدیلیاں اور ضرورتیں یہ سب بے حد Challenging مسائل پیدا کرتی ہیں۔ بڑھتا ہوا بچہ ایک تو اپنی بلوغت کے آثار سے پریشان ہوتا ہے۔ اس پر متضاد ذیابیطس مسائل اور ضرورتیں، پابندیاں، غذائی تبدیلی، انسولین کی ضرورت وہ بھی مسلسل صبح و شام کے ٹیکے، گلوکوز کی کمی بیشی، ساتھیوں کی زندگی، اپنے ہی گھر میں دوسرے اہل خانہ اور بہن بھائیوں کے ساتھ فرق، احساس مرض، احساس حریت، جسمانی نمو۔ روز کی نئی نئی جسمانی و ذہنی خواہشات و طلبات۔ یہ سب مل کر مریض کو عجیب احساس دلاتی ہیں۔ جو بڑھتی عمر کے بچوں (Teen Age) اور (Young) یعنی نوجوان اور جوان بچوں میں ذہنی خلفشار اور ڈپریشن پیدا کرتا ہے۔ جب بچے اپنے سکول کے ساتھیوں کو دیکھتے ہیں اور گھر پر بہن بھائیوں کو دیکھتے ہیں تو خود سے سوالی ہوتے ہیں کہ ”آخر میں ہی کیوں؟“ ”Why Me“۔ ایسے ہی

بچوں، نوجوانوں اور جوانوں کے لیے مرض کا سمجھنا۔ اس کا علاج اور چھوٹے چھوٹے کھانوں (Small Snacks) کی اہمیت واضح کرنا اور سمجھانا بے حد ضروری ہے۔ وہ لوگ جو ایسے مریضوں کو اس منزل پر تعلیم دینے پر مامور ہیں۔ انہوں نے یہ مرحلہ طے کر لیا تو پھر بیڑا پار ہے۔ وہ شاباش کے مستحق ہیں۔ کیونکہ اس مرحلہ کی کامیابی پر مریض کی آئندہ زندگی اور وہ بھی صحت مند زندگی کا دار و مدار ہے۔ آکسفورڈ کے ایک ایسے ہی کلینک میں ایک اسٹڈی (ریسرچ) نے یہ ثابت کر دیا ہے کہ جن بچوں کو کامیابی سے تعلیم دی گئی تھی ان کے ہسپتالوں کے ایمرجنسی اور روٹینی داخلی برائے نام رہ گئے تھے۔ اس میں مریضوں مناسب تعلیم دی گئی تھی اور ان کی نگہداشت کو بھی بڑا عمل دخل تھا۔ ”لارون“ نے 1977ء اور 1981ء میں یہ ثابت کر دیا تھا کہ ان بچوں کا کنٹرول اس قدر لائٹا تھا کہ ان بچوں میں ذیابیطس پیچیدگیاں برائے نام بھی نہ تھیں اور ہسپتال کے داخلی بھی ناپود تھے۔ ”لارون“ نے یہ بھی واضح کیا تھا کہ بچوں کے والدین اور ان کی فیملی اور اہباب کا کردار بھی بے حد اہم اور مثالی تھا اور ایسے بچوں میں پیچیدگیاں برائے نام بھی نہ تھیں۔ کیونکہ یہ بچے اپنے ناتوان کاندھوں پر ساری ذمہ داری نہیں اٹھا سکتے۔ میرے ذاتی تجربہ میں کئی سو ڈانی، ایرتري و عرب بچے جن کی مائیں سمجھدار تھیں انہوں نے نارمل نمونائی اور وہ آج جوان ہیں تعلیم یافتہ ہیں۔ کئی کی شادی ہو چکی ہے اور خوش و خرم عام زندگی گزار رہے ہیں۔ بہت چھوٹی عمر میں۔ بچوں اور نوجوان میں بے حد فرق ہوتا ہے۔ بلکہ اگر میں یوں کہوں کہ شروع کے پانچ سال اور اس کے بعد کی بیس سال کی عمر میں۔ عمر کی ہر منزل پر جسم و دماغ کی ارتقائی منازل کے حساب سے بچے علیحدہ Behave کرتے ہیں۔ ان کی ذہنی و جسمانی قابلیت میں بڑا فرق ہوتا ہے اور اسی نسبت سے بچوں کے تعلیمی معیار میں بھی بڑا فرق ہوتا ہے۔ چھوٹے بچوں کی ضروریات بڑوں سے مختلف ہوتی ہیں۔ اس لیے یہ ضروری ہے کہ تعلیم کے لیے ہر عمر کے بچے کے حساب سے سامان مہیا کیا جائے۔

ڈانٹ ڈپٹ، سرزش، پیار، انعام کا لالچ اور تھوڑی بہت مناسب سختی سے کام لیا جائے تاکہ بچہ ضدی، خود سر، اور انتقائی جذبہ کا شکار نہ ہو جائے۔ تعلیم کے سلسلہ میں ایک واقعہ سنانا چلوں، آج سے پچیس سال پہلے ایک یرمائی لڑکی جس کی شادی بارہ سال کی عمر میں ہوئی اور چوبیس سال کی عمر میں وہ نوجوان کی ماں تھی اور اس کو حمل کی ذیابیطس تھی اور وہ انسولین پر منحصر تھی۔ پہلے وہ حیوانی انسولین لگاتی تھی۔ پھر اس کو انسولین بدلتی پڑی اور حسن اتفاق سے بشری

انسولین آچکی تھی اور وہ یہ بشری انسولین حمل کے دنوں میں لگا رہی تھی کہ اس کو زبردست الرجی شروع ہو گئی اور انسولین کر سلاٹن بھی لگانا مشکل ہو گیا۔ اس کا حمل کا تیسرا مہینہ تھا۔ اس لڑکی نے یہ باقی چھ ماہ صرف ورزش اور متعدد بار چھوٹے چھوٹے کھانے اور اسٹیک کھا کر شوگر کنٹرول کی اور اس کے گھر مدت مکمل ہونے پر چاند سا بیٹا پیدا ہوا۔ اس لڑکی کو میں زندگی بھر بھلا نہ سکوں گا کیونکہ وہ بے انتہا صابرہ۔ مستقل مزاج اور عزم والی تھی۔ اس حکایت سے مقصد یہ ہے کہ اگر وہ کر سکتی ہے تو ہر شخص ایسا کر سکتا ہے۔

بڑی عمر کے مریض جن کی ذیابیطس T-2 ہوتی ہے اور بالعموم ان کو انسولین کی ضرورت نہیں ہوتی اور ان کو ذیابیطسی کیوٹی تیزابیت بھی نہیں ہوتی اسے مریضوں کو بھی اکثر اوقات مشاكل بھی پیش آتی ہیں۔ معلمین کو ایسے مریضوں کے لیے بھی سوچنا چاہئے کہ ان کی اپنی جہد سے کسی حد تک ان کا معیار زندگی اور طرز حیات بدل جائے۔ آج کل مختلف علاجات طبی امداد اور ورزش کی وجہ سے عمر طویل ہے اور مغربی ممالک کے افراد تو 90 کی عمر کو پہنچ رہے ہیں۔ اگر وہ بزرگ ذیابیطس کے مریض ہوں اور بد قسمتی سے رنڈوے یا بیوہ بھی ہوں اور تہارتے ہوں (ایسے کو مریض آج کل 50 سے 65 کی عمر میں ذیابیطس لاحق ہوتی ہے)۔ اکثر مریضوں کو تو پتہ تک نہیں چلتا کہ وہ مریض ہیں۔ کچھ مریض ایسے بھی ہوتے ہیں جن کو ذیابیطس چالیس سال کی عمر کے بعد شروع ہوتی ہے۔ ان کی تعداد 30% تک پہنچتی ہے۔ شوئی قسمت سے بڑی عمر کے افراد میں قوت ارادہ بھی کم ہوتی ہے یا دداشت بھی ذرا کمزور ہوتی ہے۔ وہ نفس امارہ کے سامنے سر بھی جھکاتے ہیں اور مرض سے لاتعلقی بھی برتتے ہیں اور یوں بھی ہوتا ہے کہ ریٹائرمنٹ کے بعد آمدنی بھی کم ہوتی ہے۔ صحت بھی ڈاؤن ہوتی ہے غذائیت بھی کم ہو جاتی ہے اور وٹامن و پروٹین سپلیمنٹ بھی کم یا نا بود ہوتی ہے۔ دانتوں کی حفاظت ورزش کی کمی اور ستم بالائے ستم تنہائی کا عذاب جو انسان سے چینی کی آرزو اور جسمانی کارکردگی بھی کم دیتا ہے وہ مشرق اور مشرق وسطیٰ میں تاور ہے۔ مگر جن ملکوں میں انسانی اقدار ہیں اور انسان کو بڑی عمر میں اہمیت دی جاتی ہے جیسے برطانیہ میں BDA بڑی عمر کے لوگوں کے لیے Tours اور Holiday Trips کا انتظام کرتی ہے اور ہاں تعلیمی پروگرام کا بھی باقاعدہ انتظار ہوتا ہے۔ پبلک بھی اعمال الخیر کرتی ہے۔ سوشل ورکر بھی ہیں اور آج کل تو ریٹائرمنٹ کی عمر بھی ستر سال ہو گئی ہے کہ انسان کم از کم ستر سال تک تو کارآمد نفع انجام دیتا ہے۔

جاہل و کم تعلیم یافتہ لوگوں کے لیے مزید مشکلات کا سامنا ہوتا ہے اور معلمین کو تکلیف

بھی ہوتی ہے مشکل بھی۔ یہ دیکھا گیا ہے کہ کم علمی اور جہالت کے سبب لوگ نہ اپنے مرض کو سمجھ پاتے ہیں اور نہ تعلیم کا خاطر خواہ فائدہ اٹھا سکتے ہیں۔ نہ ان کو دوا کی خوراک، ورزش کے فوائد اور کھانا تقسیم کر کے کھانے کے نتائج و فوائد کا پتہ ہوتا ہے اور سمجھنا بھی مشکل ہوتا ہے۔ اگر وہ تعلیمی پروگرام پر عمل بھی کریں تو کچھ عرصہ کے بعد اکتا جاتے ہیں اور پروگرام سے بھاگنے لگتے ہیں اور اگر مشکل ہو تو مشورہ بھی طلب کر لیتے ہیں اور فائدہ بھی اٹھاتے ہیں۔ اب بات تعلیم کی چلی ہے تو تعلیمی معیار، پرائمری، ہائی اسکول اور یونیورسٹی کا لیول ہوتا ہے۔ I.Q کو بھی بڑا دخل ہے۔ جب انسان پرائمری مدرسہ میں الجھا ہوتا ہے، کتابیں اس کے کام کی نہیں ہوتیں۔ اس کو فائدہ صرف ڈاکٹر۔ نرس کے کلینک سے ہی پہنچ سکتا ہے۔ ایسے مریضوں کے اندر ہدف کی آرزو (Motivation) کی ضرورت ہوتی ہے کہ زندگی بغیر ہدف یا مقصد کے نہیں گذاری جا سکتی ہے اور قریباً بے معنی ہوتی ہے۔ حصول مقصد اگر مریض کی سمجھ میں آجائے تو اس پر یہ واضح ہو جائے گا کہ شوگر کنٹرول ہونے کے بعد زندگی رنگین، صحت مند، فعال اور بہتر طریقہ پر گذاری جا سکتی ہے۔

تعلیمی پروگرام میں ناکامی ہو سکتی ہے کیونکہ نتائج 100% نہیں آئے۔ اس کا سبب کئی وجہیں ہو سکتی ہیں۔ سب سے پہلا سبب تو ڈاکٹر بذات خود ہو سکتا ہے کہ وہ خود تعلیم ذریعہ علاج کی اہمیت کو نہ سمجھ کا ہو۔ دوئم یہ بھی ہو سکتا ہے کہ وہ ٹیم جس کے سپرد یہ تعلیمی ذمہ داری سونپی گئی تھی وہ ہی باہمی نتیجہ فراہم کرنے میں ناکام رہی ہو۔ یہ بھی تو ہو سکتا ہے کہ مریض بذات خود صحیح معنوں میں اپنی ذات کو تیار نہیں کر پا رہا ہو۔ ارادہ کا کمزور ہو۔ بھوک پر قابو نہ ہو۔ نفس امارہ کا غلام ہو اور یوں بھی ہو سکتا ہے کہ تعلیمی ادارے کے لوگ پوری محنت، اخلاص اور احساس ذمہ داری سے اپنا کام نہ سرانجام دے رہے ہوں، اور بھی کئی فیکٹرز ممکن ہو سکتے ہیں۔ مثلاً توہمات، دیسی اور جعلی حکیم، اشتہاری حکیم، بے یقینی، ڈپریشن، زبان کا مسئلہ (Communication) کی کمی۔ تعلیم دینے والے کا انداز بیان و اسلوب۔ تعصب، مریض کی عدم اعتمادی و بے یقینی کی کیفیت وغیرہ اور اس کے علاوہ بھی وسیوں و مسائل درآپیش آ سکتی ہیں۔

یہ بھی تو ہو سکتا ہے کہ تعلیمی ذرائع غیر مکمل ہوں دلچسپی سے خالی ہوں۔ معلم پڑتائیر نہ ہو اور یہ بھی دیکھا گیا ہے کہ دواؤں کی زیادتی بھی مریض کو تنگ کر دیتی ہے اور مریض کے اندر ایک کراہت سی پیدا ہوتی جاتی ہے۔ خصوصاً بڑی عمر اور مزمن یا لمبا مرض، مرض کی مدت زیادہ ہو اور شروع علاج سے کسر رہ گئی ہو تو پیچیدگیاں پیدا ہو جاتی ہیں۔ جیسے خون میں چربی کی

زیادتی۔ شراکین کا تنگ ہونا۔ گردوں کا فیل ہونا۔ بلڈ پریشر کی زیادتی۔ دل کی بیماریاں، یہ ہو سکتا ہے کہ مریض میں کئی پیچیدگیوں ہوں تو علاج کا نسخہ تو ایسا لگتا ہے کہ شاعر کا قصیدہ ہو۔ مریض تو اس کو دیکھ کر ہی گھبرا جائے گا کہ اتنی دوائیں کس طرح استعمال ہوں گی اور اگر مریض کی مالی حالت اچھی نہ ہو تو پھر تو خدا حافظ۔ مریض اگر انسولین استعمال کرتا ہو اور اس کو الرجی ہو یا منعیت (Resistance) پیدا ہو گیا ہو اور کام سے بیماری کے سبب غیر حاضری بھی ہو رہی ہو اور اس کے سبب نوکری چلی جائے تو مالی مشکلات کا دیو سامنے کھڑا ہو جاتا ہے۔ ایسے مریضوں کے لیے ڈاکٹر کی فیس، دوائیں، غذائی ضرورتیں، تعلیمی پروگرام کی شرکت کیسے ممکن ہو سکتی ہے۔ ایسے پیچیدہ حالات میں حکومتی ادارے۔ اصحاب الخیر کی امداد۔ چرٹی کلینک مریض کا اپنا حوصلہ، سوشل ورکر ہی کچھ کر سکتے ہیں اور ڈوبتے کو منجھنا ہمارے نکال سکتے ہیں۔

اب ایک بے حد اہم بات بھی سامنے آئی ہے کہ جس تعلیم و تربیت کی میں بات کر رہا ہوں وہ کس حد تک کامیاب ہے یا ہو سکتی ہے؟ اس کے لیے باقاعدہ پلاننگ کی ضرورت ہے۔ ساتھ میں اخلاص العمل، تفہیم المقصد، مرض کا ادراک اور یہ اندازہ کرنا کہ اس طریقے سے مریض کو کس حد تک فائدہ پہنچایا جا سکتا ہے اور یہ بھی خیال رکھنا کہ مریض کو روز کی نئی نئی معلومات، انسولین کی افادیت اور اس کی قسمیں اور عقاقیر سے باخبر رکھا جائے۔ ادویات بنانے والی کمپنیاں نئی ایجادات کر رہی ہیں اور نئی ریسرچیز سامنے آرہی ہیں۔ نئے نئے تجربات، تعلیم، مہمات ذرائع ابلاغ اگر صحیح طور پر آزمائے جا رہے ہیں تو یہ فیصلہ کرنا اور اندازہ کرنا بے حد ضروری ہے کہ ان سب ذرائع علاج سے مریض کو کتنا فائدہ پہنچ سکتا ہے یا ہو رہا ہے اور کیا اتنے مصارف جائز ہیں۔ امریکہ میں باقاعدہ پچیس سالوں سے یونیورسٹی لیول پر پوسٹ گریجویٹ لیول پر کورسز ہو رہے ہیں اور اس ضمن میں لاکھوں ڈالر خرچ کئے جا رہے ہیں۔ مگر کامیابی چند کے مقدر میں آئی ہے۔ گو کہ ترقی بے حد تیز رفتار ہے مگر پھر بھی نئی ہے اور اس پروگرام کا احتسابی طریقہ تو بالکل ہی نیا ہے۔ ہم خواہ کچھ بھی کر لیں۔ عملی و سائنسی ترقی خواہ کس قدر ہی ارتقائی منازل طے کر لے مگر 100% کامیابی بشر سے ممکن نہیں ہے کیونکہ ہر شخص ایک دوسرے سے مختلف ہوتا ہے۔ جسم مختلف، مزاج مختلف، جسمانی طلبات مختلف اور ذاتی حالات بھی مختلف ہوتے ہیں۔ حتیٰ کہ سوچ، سمجھ، عمل، مال و زر بالکل مختلف ہوتے ہیں۔

آج کل دنیا کو ایک عالمی قریہ یا گاؤں کا نام دیا گیا ہے۔ بات بھی صحیح ہے کہ فوجوں کی ضرورت بھی نہیں ہے۔ مٹن دباؤ جس ملک کو چاہو برباد کر دو۔ ہزاروں میل کی رفتار سے ساری

دنیا کا چکر لگا لو اور بڑی طاقتیں اتنی بڑی اور ترقی یافتہ کہ باقی دنیا جاہل۔ گنوار اور دیہاتی۔ بالکل صحیح نام دیا گیا ہے۔ سارا عالم ایک دوسرے سے قریب آ گیا ہے، لیکن پھر بھی عالمی برادری میں دیواریں ہیں۔ متمدن قومیں غریب مسکین اور تیسری دنیا کے لوگوں کو ان کے مقام پر رکھنا چاہتی ہیں۔ یہ سب اقوام صرف اپنے ہی لوگوں کو فائدہ پہنچاتے ہیں۔ یہ عالمی گاؤں کے بڑے کھیا انگلیوں پر گئے جاسکتے ہیں۔ یورپ، انگلینڈ، نیوزی لینڈ، آسٹریلیا، شمالی امریکہ، جاپان، چین۔ چلئے ان ممالک کے مریضوں کو تو اپنی منزل مل گئی۔ باقی کروڑوں مریض جو افریقہ و ایشیا کے ہیں وہ کہاں جائیں؟ کیونکہ خارجی حکمران حکومتوں نے ان مسکین ممالک کے اوپر یا تو پابندی لگا دی ہے یا قبضہ کر رکھا ہے۔ ان پر جنگیں مسلط کر رکھی ہیں۔ ان کے خزانے فریز کر دیئے ہیں۔ اب ان باقی تیسری دنیا میں صرف تین قسم کے لوگ ہیں۔

1- غریب Poor

2- غریب تر Poorer

3- غریب ترین Poorest

ان غریب اور غریب تر ملکوں کی اوسط عمر 45 اور 60 سال ہے اور ترقی یافتہ ملکوں میں عمر کا اوسط 75 سال اور اس سے بھی زیادہ ہے اور اس حساب سے ہی فرد کی اوسط آمدنی ہے اور یہی حال صحت کے حکومتی بجٹ کی نسبت ہے۔ زمین اور آسمان کا فرق ہے۔ دوا تو دور کی بات ہے صاف پینے کا پانی بھی میسر نہیں ہے۔

ذیابیطس تو ساری دنیا کا مسئلہ ہے۔ یہ مرض بچوں اور نوجوانوں میں بھی خاصا ہے اور چالیس سال سے زیادہ کی عمر سے اوپر بھی روز افزوں ترقی پر ہے اور اگر سروے کرنے کی توفیق ہو تو گلوکوز کا عدم تحمل (Glucose Intolerance) تو ہر چوتھے شخص کے پاس ہے۔ انڈیا کے پروفیسر بجاج اور IDF کے سابق چیئرمین کا کہنا ہے کہ کلاسیکی ذیابیطس ہر شخص میں نہیں ہوتی۔ اگر کالسیوم ہنکریا میں جمع ہو جائے تو ذیابیطس ہو سکتی ہے۔ یہ غیر متمدن قوموں میں زیادہ ہے اور بعض جڑیں جو غریب ممالک میں استعمال کی جاتی ہیں جیسے Casava یہ بڑی عمر کی ذیابیطس پیدا کرتی ہے۔ مگر آج کل جو سب سے بڑا مسئلہ ہے کھانے کی زیادتی۔ مٹاپا، کسی حد تک وراثت، حرکت کی کمی وغیرہ جو ذیابیطس پیدا کرنے میں معاون ہوتی ہیں۔

ذیابیطس کا بڑھنا تیسری دنیا کی شکست کے مترادف ہے۔ حالانکہ صحت الدولیہ WHO نے 2000ء تک کا نارگٹ دیا تھا کہ ”صحت سب کے لیے ہوگی“۔ کیونکہ محتاط

اندازے کے مطابق 20 سے 30 بلین ڈالر کا خرچہ ہوگا۔ جو مستحیل ہے۔ علاج تو دور کی بات ہے لوگوں کو تو صاف پانی بھی میسر نہیں ہے۔ پانی بھی میٹھے کمپنی مہیا کر رہی۔ عالم ثالث اس سے بھی معذور ہے۔ ذیابیطس کا احوال اس وقت تک درست نہیں ہو سکتا جب تک کہ صحیح عامہ درست نہ ہو۔ اگر تقابل کیا جائے تو چلی میں امریکہ کی نسبت ذیابیطس زیادہ ہے اور یہی حال TB کا ہے جو غریب ممالک میں زیادہ ہے۔ سبب غربت، غذائی کمی، جہالت اور صفائی کا فقدان ہے۔ اگر مختلف جماعتیں مل کر کارخیز کریں، علم کی روشنی پھیلائیں تو دس بیس سال پھر بھی لگیں گے۔ غربت کا یہ حال ہے کہ عارف والا میں اگر ایمر جنسی ہو جائے تو مریض کے بچنے کا امکان نہیں کہ وہاں ایویٹنس تک نہیں ہے۔ نہ کوئی مرکز ایمر جنسی کہ بروقت طبی امداد مل سکے۔ حالانکہ ساہیوال 2 میل کے فاصلہ پر ہے۔

اب ہر شخص کو یقین ہے کہ تعلیم جزو ضروری ہے، لیکن اس کے باوجود لوکل باڈی، ضلعی حکومت، صوبائی حکومت اور مرکزی حکومت کے پاس اس کے لیے معقول فنڈز نہیں ہیں۔ اب امریکہ ہی کو لیں کہ 1975ء تک امریکی حکومت ڈالر کا 40% ہسپتال میں داخل مریض پر صرف کرتی تھی اور بیماری کے روکنے، تدارک اور تعلیم پر صرف 3 سینٹ خرچ کے تھے۔ 1-1/2 سینٹ تعلیم پر صرف ہوا تھا۔ بات دراصل یہ ہے کہ ہر شخص تعلیم و صحت کا مفہوم بھی نہیں سمجھتا۔ میں اپنی بات ختم کرتا ہوں مگر مکرر عرض کرتا ہوں کہ تعلیمی پہلو کو نظر انداز نہیں کیا جاسکتا۔ اس کے بغیر ذیابیطس کی روک تھام مشکل ہے بلکہ ناممکن ہے۔ ”وما علینا الا البلاغ“

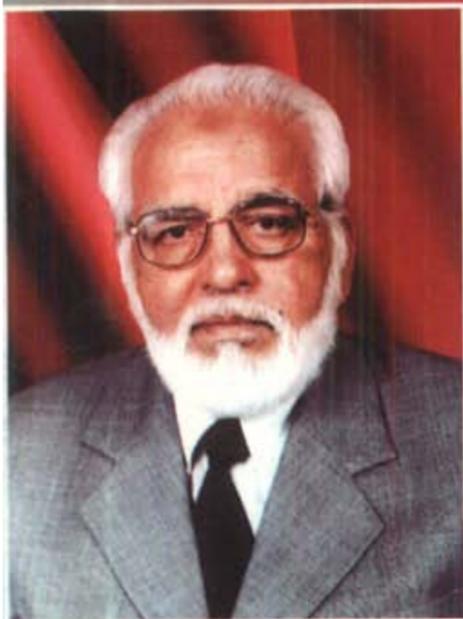
شاید کوئی ذی روح اس کو پڑھے اور اہمیت سمجھے اللہ مسلمانوں کا حافظ و ناصر ہو۔

(آمین)

+ ختم شد +



## ڈاکٹر محمد صادق رضاوی



ڈاکٹر محمد صادق رضاوی 1932ء میں پیدا ہوئے، میٹرک اور انٹرمیڈیٹ الہ آباد سے کیا۔ اسی دوران پاکستان معرض وجود میں آ گیا تو ہجرت کر کے پاکستان تشریف لے آئے مگر خود کو کبھی مہاجر تصور نہ کیا بلکہ ہمیشہ پاکستانی

کہلانے پر فخر محسوس کیا۔ پاکستان میں گورنمنٹ کالج لاہور اور نشتر کالج ملتان سے پوسٹ گریجویشن کیا۔ اس کے بعد آکسفورڈ یونیورسٹی انگلینڈ سے تحصیل علم کی اور ڈاکٹری کولپور پیشہ اپنایا۔ 32 سال تک وزارت صحت میں اپنی خدمات پیش کیں، آج کل الریاض (سعودی عرب) میں اپنے پرائیویٹ کلینک میں پریکٹس کر رہے ہیں۔

ذیابیطس کے موضوع پر ان کی یہ کتاب ”ذیابیطس میں کیسے جیا جائے؟“ عام بازاری کتابوں سے ہٹ کر ایک منفرد حیثیت کی حامل ہے۔ اس کتاب کو پیش کرنے کا مقصد پاکستانی عوام میں ذیابیطس کے بارے میں پائی جانے والی غلط فہمیوں اور جہالت کو دور کرنا ہے۔ موصوف نے اپنی پیشہ ورانہ زندگی کے تمام تجربات و مشاہدات کو اس کتاب میں سمودیا ہے۔

پبلیشرز اور بازار لہور

فون: 7234137 - 7312159

# طاہر سنز