



DAILY NEWS BULLETIN

LEADING HEALTH, POPULATION AND FAMILY WELFARE STORIES OF THE Day
Tuesday

20260825

Software in a syringe? Decoding the world's first personalised cancer vax

Moderna and Merck say a made-to-order mRNA treatment has passed a late-stage melanoma trial — a first for cancer medicine. Unlike a Covid vaccine made identically for millions, each dose is designed from the genetic fingerprint of a patient's tumour. Here's what has been achieved, how it works — and what we still don't know

TANUJ KUMAR

Imagine two patients with the same kind of cancer in a hospital. Both have melanoma. Both have had their tumours removed. Both remain at risk that microscopic cancer cells left behind could cause the disease to return.

Yet, the medicine made for one patient would not be the same as the medicine made for the other.

A sample of each tumour would be analysed to identify mutations unique to that cancer. Scientists would then manufacture a personalised piece of messenger RNA, or mRNA, carrying instructions based on those mutations. It would show the immune system a molecular "wanted poster" of a patient's cancer, helping immune cells recognise and attack cells with the same mutations.

That idea has now crossed an important threshold.

Moderna and Merck have announced that their personalised mRNA cancer treatment, Intasmetax, used with Merck's immunotherapy, Keytruda, succeeded in a large Phase 2 trial involving 1,137 patients with high-risk melanoma whose tumours had been removed.

Patients given the personalised treatment plus Keytruda remained free of recurrence significantly longer than those given Keytruda alone. The combination also significantly delayed the cancer from spreading.

It is the first positive Phase 2 trial for an individualised neoantigen therapy and for an mRNA-based cancer therapy.

There are important qualifications. This vaccine does not prevent cancer. Nor has the treatment yet been shown to cure cancer. The treatment needs regulatory approval before routine use.

What exactly has been achieved?

Melanoma is among the most dangerous forms of skin cancer because it can spread to other organs. Surgery may remove all visible signs of a tumour, but microscopic

FROM TUMOUR TO ITS SPECIFIC VACCINE

A personalised mRNA treatment that teaches your immune system to hunt your cancer

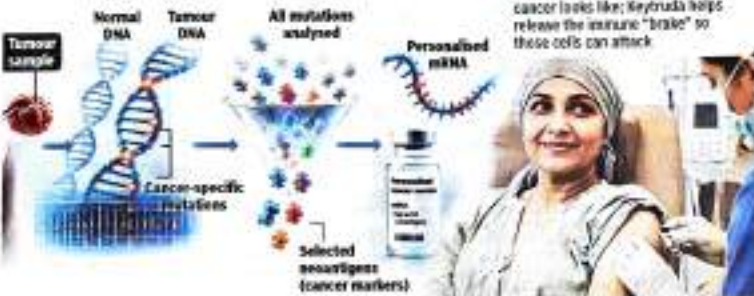
1 **Remove the tumour** | Surgery provides a sample of the patient's cancer

2 **Read its genetic fingerprint** | Tumour and normal genetic material are analysed to find cancer-specific mutations

3 **Pick the targets** | Computational tools select mutations likely to produce distinctive cancer markers — neoantigens — that the immune system can recognise

4 **Make the personalised mRNA** | A unique mRNA treatment encoding up to 34 tumour neoantigens is manufactured for that patient

5 **Train + unleash the immune system** | The mRNA teaches T cells what that cancer looks like; Keytruda helps release the immune "brake" so these cells can attack



or cancer cells that remain can cause the disease to return.

That is why some high-risk patients receive adjuvant therapy after surgery.

Keytruda, or pembrolizumab, is already used for this. It is a checkpoint inhibitor that helps remove one of the "brakes" on immune cells, allowing them to attack cancer more effectively. The new trial asked whether doctors could do better by also teaching the immune system what each patient's cancer looks like.

Patients with completely removed Stage IIB to Stage IV melanoma received either personalised Intasmetax plus Keytruda or Keytruda alone for about a year.

The combination succeeded on the trial's primary measure, recurrence-free survival, and on an important secondary measure, distant metastasis-free survival. The comparison used both progression-free survival and overall survival.

Why is this a milestone?

Because of how the medicine is made. A conventional drug is manufactured first and prescribed later; millions of patients may receive essentially the same tablet or injection.

With Intasmetax, the patient comes before the product.

Cancer cells accumulate mutations as tumours evolve. Some mutations create abnormal proteins, or pieces of proteins, found on cancer cells, not normal cells. These distinctive markers are called neoantigens.

Different tumours can carry different combinations of neoantigens. Intasmetax can contain mRNA instructions encoding as many as 34 selected neoantigens from an individual patient's tumour. The treatment tells the immune system: these are some of the distinguishing flags carried by your cancer. If you see cells displaying them, attack.

Scientists compare genetic material from the tumour with normal tissue to identify cancer-

specific mutations. Computational tools then help select mutations most likely to produce neoantigens that the patient's immune system can recognise.

A customised mRNA sequence is manufactured. Once injected, it temporarily instructs cells to produce the selected cancer-related antigens. The immune system learns to recognise them and generates T cells, which can search for cancer cells carrying the same targets.

What role does Keytruda play?

Cancer can exploit biological safety mechanisms that normally prevent the immune system from attacking healthy tissue. One such mechanism involves PD-1, a molecule on T cells that can dampen immune responses. Tumours can use this pathway to suppress immune attack.

Keytruda blocks PD-1, helping release the immune system's brakes. The personalised mRNA treatment helps tell the immune system what to look for. Keytruda makes it easier for immune cells to attack.

Is this the same mRNA tech used in Covid vaccines?

The underlying principle is similar. Covid mRNA vaccines carried instructions for producing part of the coronavirus spike protein, allowing the immune system to recognise the virus before infection.

Cancer is harder because it arises from the body's own cells. The immune system must distinguish malignant cells from healthy ones, while tumours can also evolve ways to evade immune attack.

Could it work for other cancers?

Possibly, and that may be the bigger breakthrough.

The basic idea is not specific to melanoma: identify mutations in a tumour, select promising neoantigens, manufacture mRNA encoding those targets and train the immune system to recognise them.

Merck and Moderna are also testing personalised mRNA approaches in cancers including non-small-cell lung cancer, bladder cancer and kidney cancer.

What about cost and India?

Personalised manufacturing is inherently more complicated than producing millions of identical doses, and no price has yet been announced.

Each patient's tumour must be analysed, a unique treatment designed, the mRNA manufactured and quality-checked, and the finished product delivered to the hospital. The challenge is not only whether the treatment works, but how quickly and cheaply it can be produced at scale.

That matters particularly in India, where advanced genomic testing and costly cancer immunotherapies are available at major centres but remain unaffordable for many patients.

As of now, there is no reliable data for Indian availability. The treatment has not yet been approved even in the US. Any launch here would depend on regulatory approval, manufacturing, logistics, pricing and reimbursement. For now the significance is earlier in the chain.

A concept that once sounded futuristic has now succeeded in

66 This is not just a breakthrough for melanoma — it is a breakthrough for the entire field of oncology. For the first time, a personalised mRNA-based cancer vaccine has shown benefit in a large, late-stage trial by reducing recurrence and spread when combined with immunotherapy.

What is particularly exciting is that this success builds on a wave of mRNA cancer research over the past few years, with multiple ongoing trials across lung, bladder, kidney and pancreatic cancers. This validates the concept that we can design treatments tailored to each patient's tumour biology, rather than using a one-size-fits-all approach.

From an Indian perspective, melanoma may not be the most common cancer, but the platform itself is highly relevant. If successfully scaled, this approach could potentially be applied to cancers with high burden in India — such as lung and head-and-neck cancers — where recurrence remains a major challenge.

However, we must also be realistic. These therapies are complex and resource-intensive, so the next challenge will be making them accessible, affordable, and adaptable to healthcare systems like ours. But scientifically, this marks a decisive step towards truly personalised cancer care.

— Dr Senthil Kumar
Director — medical & precision oncology, director, clinical and translational oncology research, Sir HN Reddy Foundation Hospital



the kind of large, late-stage trial needed before a new treatment can approach routine medicine.

Covid showed that mRNA could make medicine rapidly for millions of people. Cancer may reveal another side of the technology: medicine made different for each one of us.

Govt Eases Loan Licence Requirement for 'Outsourced' Sterilisation of Medical Gear

But printing details of subcontractor on pack may hit export flexibility, delay shipments: Cos

Teena Thacker

New Delhi: Makers of medical devices will no longer require a separate loan licence for outsourced sterilisation as long as the sterilisation facility holds a valid licence under the Medical Devices Rules, 2017, according to a new government provision.

The new provision has, however, triggered a pushback from the industry, because it requires the licence number of the sterilisation facility to be printed on the label of the medical device. The Association of Indian Medical Device In-

dustry (AiMed) warned that the requirement would hurt exports.

The medical device loan licence allows a company to use its own brand name on products manufactured by another licensed manufacturer. Under the new rules notified on August 20, such a company will not require this licence for the outsourced sterilisation process.

"This change is aimed at making compliance simpler, reducing unnecessary paperwork and supporting ease of doing business for medical device industry," health ministry said. AiMed said no other country required subcontractor details to be printed on pack and that doing so would hurt export flexibility and delay shipments.

"Manufacturers will be forced to wait for sterilisation by the specific subcontractor whose licence number is printed on the packaging, removing the flexibility to choose the fastest available facility. This could delay shipments by

Pros & Cons

Govt

Change reduces paperwork and improves business ease

Industry

EU waiver lacks reciprocal export benefits

AiMed

Warns shipments could face two-week delays



two to three weeks instead of the current turnaround of under a week, a significant competitive disadvantage," said Rajiv Nath, forum co-ordinator, AiMed.

Nath has written to the health ministry seeking suspension and a review of the new rule. His letter requests the ministry to engage with industry stakeholders to explore alternatives that ensure patient safety without undermining competitiveness and exports. The government also amended Rule 63 of the Medical Devices Rules, 2017, to include the European Union among the recognised stringent regulatory jurisdictions for waiver of clinical investigation requirements.

With EU's inclusion, medical devices approved in Europe can benefit from waiver provisions in India, facilitating faster patient access to advanced medical tech without requiring a fresh round of clinical investigations, the ministry said.

Centre moves to simplify medical device regulations

Bindu Shajan Perappadan
NEW DELHI

The Union Health Ministry has proposed amendments to the Medical Devices Rules, 2017, to promote ease of doing business. The amendments seek to simplify regulatory requirements, standardise testing fees and facilitate faster market access for eligible medical devices.

The Centre has eased regulatory requirements for medical device manufacturers by removing the need for a separate licence for outsourced sterilisation and expanding the list of countries and regulatory jurisdictions whose approvals can facilitate waiver of clinical investigation requirements in India, a release issued by the Ministry said on Monday.

Under the proposed amendment to Rule 44, manufacturers that outsource sterilisation of their medical devices to a facility holding a valid licence under the Medical Devices Rules, 2017, will no longer have to obtain a separate



The change is intended to balance regulatory oversight with ease of doing business.

loan licence for the sterilisation activity.

Earlier, manufacturers had to secure a separate loan licence even when the outsourced sterilisation facility itself held a valid licence. The government said removing the duplication would reduce paperwork, administrative burden and compliance costs, particularly for manufacturers without their own sterilisation facilities.

However, a traceability requirement has been retained. Manufacturers will have to mention the licence number of the sterilisation facility on the medical device label. A six-month transition pe-

riod has been provided to allow companies to modify labels, packaging and related processes.

The government said the change was intended to balance regulatory oversight with ease of doing business by retaining traceability while simplifying the licensing framework.

In another change, the amendment to Rule 63 includes the European Union (EU) among the stringent regulatory jurisdictions recognised for waiving clinical investigation requirements for medical devices that do not have predicate devices in India. The provision already recognises the United States, the United Kingdom, Australia, Canada and Japan. With the EU now included, medical devices approved in the EU that meet the eligibility conditions can benefit from the waiver provisions in India. The move is expected to reduce regulatory timelines for importers and manufacturers and facilitate quicker availability of newer medical technologies to Indian patients.

Manipur awaits Centre's decision on Census 2027

Many Meitei, Naga groups demand NRC to be compiled first; govt. sources say review of situation likely in coming days; Manipur HC to hear PIL petition by Kangleipak Students Association today

Vijaita Singh
NEW DELHI

Manipur is awaiting a decision from New Delhi regarding the upcoming Census exercise, which remains in limbo in the State amid the demand by several Meitei and Naga civil society groups for a National Register of Citizens (NRC) to be compiled first. With the Registrar General and Census Commissioner of India (RG&CC) yet to spell out the future course of action, a government source said a review of the situation is likely to be held in the coming days.

On Monday, following a Public Interest Litigation (PIL) petition filed by the Kangleipak Students Association, the High Court of Manipur constituted a Special Division Bench of Chief Justice M. Sundar and Justice A. Guneshwar Sharma to hear the matter on Tuesday at 2 p.m. In a notification issued on Monday, the court said the Special Division Bench would sit exclusively to hear the petition.

The first phase of the Population Census 2027,



Women take out a rally demanding implementation of a National Register of Citizens before the Census in Manipur on Monday. ANI

House Listing and Housing Census (HLO), is scheduled to be held in Manipur from September 1 to September 30. The training of enumerators has been halted in the State due to opposition and protests by several civil society groups.

The self-enumeration portal was scheduled to go live on August 17, but is yet to become operational.

"A decision from the Union Ministry of Home Affairs (MHA) is awaited. The RGI office will assess the situation and there will be some clarity soon," said a State government official.

Delimitation anxiety

Though the Census is not an exercise to determine

citizenship and counts all individuals irrespective of nationality, there is anxiety among a section of people in Manipur that the next delimitation exercise, which will redraw the boundaries of electoral constituencies, may take into account the latest Census data in a manner that could disadvantage the Meiteis and small tribal communities.

Manipur has three major communities – the Meiteis, the Nagas, and the Kuki-Zo people.

At least 14 civil society groups representing Meiteis, Pangals (Meitei Muslims), and the Kom and Rongmei tribes, among others, are in Delhi to seek

an audience with the Centre. The group also has representation from those displaced from their homes as a result of the ethnic violence between the Kuki and Meitei communities that started on May 3, 2023.

Former Manipur Chief Minister N. Biren Singh, who met Union Home Minister Amit Shah in New Delhi last week, said people are apprehensive that the "presence of illegal immigrants in the State has affected demographic imbalance" and that while people are not against the Census, they want the NRC first.

The Congress party on August 20 sought the postponement of the Census exercise in Manipur, citing continuing violence and the displacement of thousands of people.

The Kuki-Zo Council, on the other hand, said that to rebut the "falsehoods and propaganda surrounding our population and demographic status during the Manipur conflict, an impartial Census is essential to establish facts and dispel unfounded claims".

Public health work must go beyond advisories

As swine flu cases rise in the national capital, the administration has advised people to wear masks in crowded places, wash hands frequently, avoid contact with anyone who appears to be infected, and consult a doctor if they develop flu-like symptoms. Such advice may be useful, but the larger question remains unanswered. In cities defined by density — where people live, study, work, commute, shop, and socialise in closely packed spaces — can close contact among residents realistically be limited to control the spread of infections? One could argue that physical distancing was an important part of the Covid-19 containment strategy, but that was a once-in-a-lifetime pandemic needing extraordinary measures, including lockdowns, travel restrictions, alongside masking, testing and other interventions. Influenza A (H1N1), by contrast, is a seasonal viral circulation that public-health systems should routinely manage. Annual flu shots can prevent outbreaks (and boost herd immunity), but they are expensive, with the cheapest costing around ₹1,000. The government could consider vaccinating at least frontline health care and sanitation workers, though.

The challenge is also one of India's urban governance. Overheated spaces, flooded and potholed streets, overflowing drains turning into vector-breeding sites, and toxic winter smog are treated as seasonal woes. Density isn't something governments can control, but ensuring that growing populations are adequately served certainly is. Urban built environments can be dense, and still be managed for public well-being.

The Covid-19 pandemic exposed entrenched health inequities in India. To address these, our cities need guaranteed access to primary care and testing in every neighbourhood. Markets, public transport systems and other crowded spaces need practical infection-control protocols, activated when outbreaks occur. Severely compromised public hygiene needs stronger municipal systems, better housekeeping, and greater public participation. Mere advisories that place the onus on the population can't be the only government action

CSR'S CARE ECONOMY

Beyond Empowerment:
Helping women to stay in work

TIMES NEWS NETWORK

For years, CSR programmes aimed at women have focused on familiar themes such as scholarships, skill training, self-help groups and entrepreneurship. But a more fundamental barrier is increasingly coming into focus: women cannot participate fully in the economy if they carry a disproportionate share of unpaid care work.

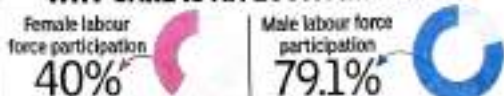
India's 2024 Time Use Survey found that 81.5% of women aged six and above participated in unpaid domestic services on a given day, compared with 27.1% of men. Women who participated spent an average of 289 minutes a day on such work, against 88 minutes for men. The gap is also visible in unpaid caregiving, where 34% of women participated compared with 17.9% of men.



THE CARE GAP

INDICATOR	WOMEN	MEN
Participation in unpaid domestic work	81.5%	27.1%
Time spent on domestic work	289 mins/day	88 mins/day
Participation in unpaid caregiving	34%	17.9%
Time spent on caregiving	137 mins/day	75 mins/day

WHY CARE IS AN ECONOMIC ISSUE



44.4% of women outside the labour force cite childcare or homemaking as the main reason (SOURCE: PLFS 2023)

CSR & CHILDCARE

Vedanta's Nand Ghar

- Nearly 13,000 centres
- 16 states
- Ambition to impact 7 crore children
- Ambition to impact 2 crore women



Mobile Creches

- 1 million children reached
- 20,000+ workers trained
- 500+ industry partners
- 5,000+ childcare centres supported



WHEN CSR MEETS WOMEN'S LIVELIHOODS

Mann Deshi Foundation

- 1 million+ women supported
- 9 lakh reached through women's business schools
- 94% of trained women reported increased monthly income

Average income

- increase: 56%
- 76% gained asset ownership
- 1.3 lakh women reached for financial linkages



INCLUSION BEYOND CHARITY

EnAble India

- 25,900 placements
- 1,725+ companies involved in inclusive hiring
- 59 districts
- 16 states



PRADAN

- 3.4 million households reached
- 42,500 villages
- 2.5 million households reached through livelihood initiatives in FY2024-25

Magic Bus

- 2.14 lakh youth reached in FY2024-25
- Women: 66% of livelihood programme participants



The economic consequences are clear: India's female labour force participation rate was 40% in 2025, compared with 79.1% for men. Among women outside the labour force, 44.4% cited childcare or commitments in homemaking as their main reason.

This is changing how the private sector can think about inclusion. Instead of asking only how to train or employ more women, CSR programmes can address issues that prevent them from entering and staying in paid work.

Childcare is an obvious starting point. The govt's Palna scheme provides day-care facilities for children aged six months to six years, including

early stimulation, pre-school education, nutrition and health services. By March 2025, 11,305 Anganwadi-centres were approved across states and UTs, although only 1,761 were operational.

This gap creates space for corporate and civil society partnerships. Vedanta's Nand Ghar initiative is one example. Mobile Creches offers another model, combining childcare with support for children from marginalised communities.

The significance of such programmes is that childcare need not be viewed simply as a welfare service. It can be economic infrastructure. If reliable childcare frees up women's

time, the next question is whether that time translates into income, assets and greater economic agency.

This is where CSR-backed livelihood programmes can connect with care interventions. Mann Deshi Foundation, for example, reports having supported more than 1 million women, with 9 lakh reached through its women's business schools since 2012.

Its 2024-25 data shows that 94% of trained women reported an increase in monthly average income, with the average rise at 56%, while 76% gained ownership of assets. Its Rural Chamber of Commerce for Women reports reaching

1.3 lakh women for financial linkages, with average monthly income rising from Rs 4,300 to Rs 15,296 afterwards.

The lesson for CSR is important. Training women without looking at constraints on their time, access to finance and ability to reach markets can produce limited gains. A more complete intervention connects childcare and care services with skilling, credit, entrepreneurship, market access and asset ownership.

The same principle applies to disability inclusion. CSR-led organisations are increasingly helping move disability programmes from charity towards employment and economic participation. Other CSR and civil society partnerships address livelihood barriers among vulnerable groups.

What emerges is a broader understanding of inclusion. Women cannot be empowered simply by giving them a training certificate. A person with a disability cannot be included simply by providing an assistive device. A migrant worker cannot be protected merely by registration on a government portal. Effective social investment must address the barriers between a person and economic participation: care, mobility, documentation, accessibility, skills, credit and employment. For CSR, that represents a shift from funding individual interventions to building pathways. The opportunity is significant.



SCAN THE QR CODE TO EXPRESS YOUR INTEREST IN ATTENDING THE SUMMIT, OR VISIT

www.toisocialimpactsummit.com

The TOI Social Impact Summit and Honours 2026, presented by Malabar Gold & Diamonds, is an initiative that will honour organisations whose work is improving lives and setting new benchmarks for social impact. The winners will be felicitated at the summit in Mumbai on Sept 3 and 4.

How much health cover is good for you and your family?

Free@Kulkarni@timesofindia.com

When 46-year-old Gagan Kapoor, founder of a Gurugram-based marketing consultancy firm, saw an acquaintance's family grapple with a medical emergency that left them with a hospital bill of over Rs 55 lakh a couple of years ago, it prompted him to take a closer look at his own health insurance. "They struggled to arrange the funds, and many of us pitched in. I would never want my family to face such a crisis," says Kapoor who has a Rs 1 crore health insurance cover.

With industry estimates pegging annual medical inflation in the country at 12-14%, health insurance industry watchers believe a Rs 5-10 lakh independent health cover, often considered adequate in the pre-Covid-19 era, is no longer sufficient. "A single cardiac procedure or cancer treatment cycle in a metro hospital can exceed Rs 15-25 lakh," says Amarnath Saxena, chief technical officer (commercial), Bajaj General Insurance.

Age, Family Size & Health History

So, how should you estimate the right sum insured needed? Mahavir Chopra, founder, Beshak.org, a research firm focused on retail insurance, believes the minimum coverage should be linked to your age. "If a 30-year-old feels Rs 5 lakh is adequate for today's hospital bills, then he should calculate what cover he would need at, say, 50. Applying, say, a flattened 6-8% inflation over the next 20 years, he would probably need Rs 16-23 lakh," he explains. Maximum coverage needed will depend on affordability — the higher the better, in order to cover major medical emergencies — and your outlook.

"Most people take a small cover when they are young and increase it as they age. This approach should be reversed. You are planning for 50 years, not 15," says Puneet Oberoi, founder, Finwise Services. His rationale is that if an illness is diagnosed along the way, as you age, increasing the cover will be difficult. "So the cover bought at 25 when you are healthy, often becomes the cover a person is struck with at 60, sized for a reality that's decades out of date," he adds.

Family health history and current health status also matter. If you are planning to buy a family floater policy — which covers multiple members under one plan and is economical — you will need a higher sum insured. It is best to buy a separate cover for elderly

What An illness Can Cost You



Source: Policybazaar's internal claims data (2021-2026).
Figures represent average claim size and not necessarily actual treatment costs

Reasons for buying high-value cover



Anoop Kumar Madan, 48

Delhi
CEO, Simplicity Projects, a manufacturing firm



Health cover:
Rs 3 crore

The rising cost of medical treatment procedures necessitates a large cover

parents, as large as your budget permits. "Their frequent treatment expenses could exhaust the sum insured, leaving the rest of the family without adequate cover during the year," says Siddharth Singhal, head of health insurance, Policybazaar.com.

Also, treatment procedures in met-



Gagan Kapoor, 46

Gurugram
Founder, marketing consultancy firm



Health cover:
Rs 1 crore, excluding cumulative bonuses

Certain illnesses and procedures can wipe out smaller covers of Rs 5-10L, so a high-value cover is essential

ro cities can be costlier. "Such individuals should consider a minimum cover of Rs 15-20 lakh, while those in smaller cities towns may find Rs 10 lakh adequate," says Saxena.

Singhal recommends a minimum cover of Rs 25 lakh if you live in a metro city. Keep in mind, however, that you may

have to travel to a metro city for advanced procedures that may not be available in your town. Also, if you prefer large, private hospitals and premium or private rooms, your cover ought to be higher.

The Rs 1 Crore Question

Even if you are convinced of the value of, say, a Rs 1 crore cover, you need to decide whether to opt for a single, large cover or a combination of a smaller base policy and a larger super top-up. These add-on plans, which are more cost-effective, kick in once aggregate claims for the year exceed the chosen deductible limit (base sum insured or own funds). "A base of Rs 10 lakh, with a large super top-up, is the right strategy. For one, it keeps the premium low immediately," says Chopra. Also, it helps when premiums for the base cover become disproportionately high — a challenge many senior citizens currently face. "The premium is close to 40% of the base coverage (in several cases). In such situations, dropping the base, but retaining the super top-up can be of immense help," explains Chopra.

However, views on the right choice vary. "If affordability permits, buy a sufficiently large single health cover rather than combining a small base cover with a large top-up. This can ensure smoother cashless claim processing," says Singhal.

Unlimited Covers

What if you never had to worry about the adequacy of your coverage, even in the future? That's the proposition of unlimited policies offered by companies like ICICI Lombard and Niva Bupa. However, this remains an untested category. Even if premiums appear affordable today, particularly when you are younger, steep renewal premium hikes could render them unaffordable. Moreover, if insurers find such products unsustainable and withdraw them, there is no guarantee that comparable plans will be available for migration. Also, choosing an adequate sum insured is not enough; review it at least every two years or after life-stage changes, such as marriage, children or retirement, when high-cost healthcare needs may arise and the employer-provided coverage may cease.

Healthcare Fund As Back-Up

Over time, look to create a separate healthcare fund to meet expenses that your health policy may not cover, after accounting for medical inflation. It can also come to your aid if your claim is rejected or renewal premiums rise exponentially — two challenges that many policyholders are facing today.

जितनी ज़रूरत उसका सिर्फ 7% ही हो पा रहा किडनी ट्रांसप्लांट: स्टडी

Hemwati.Rajaura1

@timesofindia.com

■ नई दिल्ली: भारत में अंग प्रत्यारोपण की जरूरत और उपलब्ध सुविधा के बीच बड़ा अंतर है। द लैसेट रीजनल हेल्थ साउथ-ईस्ट एशिया में हाल ही प्रकाशित नई रिसर्च के मुताबिक देश में अनुमानित अंग प्रत्यारोपण की जरूरत का किडनी के मामले में सिर्फ 7.2% , लिवर का 1.5%, लंग्स का 1.2%

8-10 % की दर से बढ़े ट्रांसप्लांट तो भी 2040 तक वेटिंग

हेल्थ साउथ-ईस्ट एशिया के अगस्त 2026 अंक में प्रकाशित हुआ है। शोधकर्ताओं ने ग्लोबल बर्डन ऑफ डिजीज 2021, भारत की आबादी के अनुमान और ग्लोबल ऑब्जेक्टिवेरी ऑन डोनेशन एंड ट्रांसप्लांटेशन तथा NOTTO के आंकड़ों का इस्तेमाल कर 2040 तक अंग प्रत्यारोपण की जरूरत का अनुमान लगाया।

और हार्ट का महज 0.2% हिस्सा ही पूरा हो सका। यानी किडनी की करीब 93%, लिवर की 98%, लंग्स की 98.8% और हार्ट की 99.8% जरूरत अधूरी रह गई।

यह रिसर्च हरि शंकर मेश्राम, विवेक कुटे, मनीष बालवानी और सौरभ पुरी ने की है। यह अध्ययन द लैसेट रीजनल



AI Image

जरूरत लाखों में ट्रांसप्लांट हजारों में

किडनी	1,25,894
लिवर	1,84,542
हार्ट	83,841
लंग्स	11,253

4.05 लाख प्रत्यारोपण चारों अंगों को मिलाकर जरूरत (2021 में भारत में हर साल जरूरत का था अनुमान)

इतने ट्रांसप्लांट हुए

किडनी	9,105
लिवर	2,847
हार्ट	151
लंग्स	133

चारों अंगों में हार्ट ट्रांसप्लांट का गैप सबसे बड़ा है। 2021 में अनुमानित 83,841 हार्ट ट्रांसप्लांट के मुकाबले सिर्फ 151 ट्रांसप्लांट हुए।

केंद्र सरकार ने मेडिकल डिवाइस के नियम बदले

AI Image

■ NBT रिपोर्ट, नई दिल्ली

मेडिकल डिवाइस बनाने वाली कंपनियों के लिए केंद्र सरकार ने नियम आसान कर दिए हैं। स्वास्थ्य मंत्रालय ने मेडिकल डिवाइस रूल्स 2017 में बदलाव किया है। इसका मकसद कंपनियों की कागजी कार्रवाई खर्च और इंतजार कम करना और नई मेडिकल तकनीक को मरीजों तक जल्दी पहुंचाना है। अगर कोई कंपनी अपने मेडिकल उपकरणों को साफ और संक्रमणमुक्त (स्टेरिलाइज) कराने के लिए किसी ऐसी बाहरी कंपनी की मदद लेती है, जिसके पास पहले से वैध लाइसेंस है



तो अब उसे इसके लिए अलग लाइसेंस नहीं लेना होगा। इससे खासतौर पर उन कंपनियों को फायदा होगा जिनके पास अपनी स्टेरिलाइजेशन सुविधा नहीं है। इससे समय, खर्च और कागजी कार्रवाई कम होगी।

डेंगू-मलेरिया रोकने पर सदन में चर्चा

■ NBT रिपोर्ट, नई दिल्ली

MCD की बैठक में सोमवार को आवारा पशुओं की समस्या के साथ डेंगू, मलेरिया और चिकनगुनिया जैसी मच्छरो से होने वाली बीमारियों की रोकथाम को लेकर से चर्चा हुई।

मेयर प्रवेश वाही की अध्यक्षता में हुई बैठक में सत्ता पक्ष और विपक्ष के पार्षदों ने अपने इलाकों से जुड़ी समस्याएँ सदन में रखी। मेयर ने कहा कि इन दोनों मुद्दों पर 15 दिन के भीतर सदन की विशेष बैठक बुलाई जाएगी। चर्चा के दौरान AAP के कुछ पार्षद छोटी नाव लेकर सदन में पहुंच गए।



सदन में नाव लेकर पहुंचे AAP पार्षद

इसके बाद विपक्षी पार्षदों ने जलभराव के मुद्दे पर सत्ता पक्ष को घेरने की कोशिश करते दिखे। बैठक में DDA की सलाहकार परिषद के सदस्य के रूप में नीमा भगत, ज्योति अग्रवाल, शिवानी पांचाल, चित्रा विद्यार्थी को निर्वाचित घोषित किया गया।

‘फ्लू से बचने के लिए हर साल वैक्सीनेशन कराना चाहिए’

Expert



डॉ. अक्षय बुधराजा



9220747220

पर हमें सतर्क रहें।
सवाल के शुरू में
SWINEFLU
सिद्ध है। इन एक्सपर्ट के
लिए आप सवाल जवाब
प्रदान करें।

Q मेरी पितृजी की उम्र 73 है।
डायाबिटीज के मरीज है, क्या
उन्हें फ्लू की वैक्सीन लगवाएं?
वैक्सीन कितने दिनों तक काम
करती है? -राकेश प्रजापति

इस उम्र में और डायाबिटीज के मरीजों
के लिए वैक्सीनेशन और भी जरूरी है।
वैक्सीन लेने के 2 हफ्ते बाद प्रोटेक्शन
मिलने लगती है और कम से कम छह
महीने तक प्रोटेक्शन मिलता है। इसलिए
आपने स्वस्थ रहें और इसकी जरूरत हो
सकती है।

Q गवजारा विशुओं को स्वाइन
फ्लू से बचाने के लिए क्या
सलाहें देना चाहते हैं? -दीपक तामर

6 महीने से छोटे बच्चों को फ्लू का टीका
नहीं लगाया जाना, इसलिए बच्चों के
आसपास सुरक्षित बचाना जरूरी है। इसके
लिए परिवार के सभी सदस्यों को टीका
लगावना चाहिए। अगर फ्लूजिस्ट के दौरान
मो वैक्सीन ले लेते हैं, तो बच्चों के लिए
बच्चों को एंटीबायोटिक मिल जाती है। परिवार
के बाकी सदस्यों को भी इन्फ्लूएंजा सल्यूशन
परिचर्या में नहीं जाना चाहिए। बच्चों को

All Image



हमें से पहले हम फ्लू चाहिए। अगर
मो को इन्फ्लूएंजा हो जाए तो इन्फ्लूएंजा
करोगे रहे, इसके लिए बचपन का
टीकाकरण नहीं होना। लेकिन बच्चों को प्रोटेक्टिव
के दौरान मास्क पहनना चाहिए और हाथ
धोने चाहिए। यह महीने से छोटे बच्चों में
संक्रमण के लक्षण अलग होते हैं। बच्चा
सुस्त हो जाता है, खरोंच होता है, शरीर
तेज पड़ने लगता है, ठोठ नीले पड़ जाते
हैं।

Q मुझे स्वाइन
फ्लू हो गया था।
कमजोरी भी है। -उदय

सामान्य तौर पर फ्लू 5 से 7 दिनों तक
रहता है। फ्लू को जल्द से जल्द
को नरें रोकने से जल्द है, सेमिटिक हो
जाती है और यह समस्या दो से तीन हफ्ते
तक रह सकती है। चिकित्सा प्यो जाती
है, लेकिन कुछ लोगों में खरोंच बनी रहती
है। खूब पानी पिएं, फल और हर्ब

में बचना चाहिए। वैसे और हाई प्रोटीन
डाइट में, नोट पूरे करें। खरोंच रोक नहीं
हो रही है या खरोंच फिर आ जाए, बलाघ्न
का रोग बढता जाए, खरोंच पूरने लगे,
बलाघ्न कम होने लगे तो यह कैप्टीवित
इन्फ्लूएंजा हो सकता है। कुछ लोगों में ठीक
से हो सकता है और इसमें निमोनिया का
खतरा कम है। अगर दो हफ्ते से ज्यादा
खरोंच रहे तो खरोंच जरूर कराएं।

Q क्या योग और प्राणायाम से
स्वाइन फ्लू से मदद मिल सकती है?
टीका होने के लिए डाइट चार्ट क्या
होना चाहिए? -राज कुमार अरोड़ा

योग और प्राणायाम से फ्लू रोकने में
कोई साइंटिफिक प्रमाण नहीं है। फ्लू के दौरान
एक्सरसाइज न करें। टीका होने के बाद
थोड़ी-थोड़ी एक्सरसाइज और योग करना
चाहिए। ओसेलामिविर (Oseltamivir)
एक दवा है, जो मोडर्न सेमिटिक के अंदर
आती है। यह लक्षण होने के 48 घंटे के
अंदर लेना चाहिए और यह फलने का कारण
है। फर्न खूब पिएं और वैसे डाइट लें।

Q अगर स्वाइन फ्लू हो गया तो
घर के बाकी लोग क्या

एडिवाइस करते हैं? -NBT रीडर

संक्रमित को अइसोलेशन करें। मरीज को
देखभाल करने वाले मास्क पहनें, फ्लू
अकसर खरोंच और बार-बार हाथ धोएं।
कम से कम 5 दिनों तक मरीज का
तौलिया, बर्तन अइद अलग रखें। संक्रमण
का दर 5 से 7 दिनों तक रहता है। लेकिन
डायाबिटीज, फ्लू, ट्रांसप्लान्ट के मरीजों
को हर छह महीने लेनी चाहिए। फ्लूजिस्ट
मरीजों के लिए वैक्सीन जरूरी है।

Q मेरी पत्नी को स्वाइन फ्लू जैसे
संक्रमण है। परिवार है, गलत बह
रही है, बॉडी पेन है, क्या करना
चाहिए? -अमित कश्यप

अपने मरीज को छुआ और पहले से कोई
बेमारी है या नहीं, इसकी जानकारी नहीं ले
है। लक्षण बढोतल में है तो पित्त को खत
नहीं, स्वेडिज ज्यादातर रोग 5 से 7 दिनों
में ठीक हो जाते हैं। अगर लक्षण बढ़ रहे
हैं तो डॉक्टर को दिखाना जरूरी है। अपने
मन से दवा, खासकर एंटीबायोटिक न लें,
स्वेडिज घागरल में इसका कोई रोल नहीं।
बकी लेने को मास्क पहनना चाहिए और
संक्रमित को अइसोलेशन में रहना चाहिए।

कोविड की तुलना में स्वाइन फ्लू बच्चों को कर रहा ज्यादा बीमार

Rahul.Anand@timesofindia.com

■ नई दिल्ली: दिल्ली में वायरल इन्फेक्शन तेजी से फैल रहा है। ओपीडी में आने वाले करीब 90% बच्चों में इन्फ्लूएंजा-A का संक्रमण मिल रहा है, जिसमें स्वाइन फ्लू भी शामिल है। डॉक्टरों के मुताबिक, कोविड की तरह स्वाइन फ्लू भी वायरल इन्फेक्शन है। हालांकि, कोविड में छोटे बच्चों में संक्रमण के बाद ज्यादा लक्षण नहीं दिखते थे, जबकि इन्फ्लूएंजा-A में बच्चे बीमार पड़ रहे हैं। कुछ बच्चों में संक्रमण गंभीर होने पर निमोनिया और ऑक्सिजन की कमी तक हो रही है। राहत की बात यह है कि इलाज के बाद बच्चों की रिकवरी बेहतर है और सभी ठीक हो रहे हैं। ►► शेष पेज 2 पर

मी योजना में MD MA A

26 गांवों को गोद ले आदिवासियों को स्वस्थ व समृद्ध बना रहा डाक्टर दंपती

इलाज, शिक्षा और रोजगार मुहैया करा रहे हैं डा. गौरव व उनकी पत्नी, पश्चिम वंपारण में लोगों की स्थिति देख पांच साल से कर रहे निशुल्क सेवा

लुईस अलारे • 06/08/22

बिहार : बिहार में पश्चिम वंपारण के आदिवासी और जनजाति बहुत इनकों में कभी बीमारी को भाग्य और मानसिक पोषणों को भूत-प्रेत की जाह समझ जाता था। लोगों के बीमार होने पर अस्पताल नहीं, झाड़ू-पूंक करने वाले ओझा की तलाश होती थी। इस सोच और तरीके में बदलाव किया है चिकित्सक दंपती गौरव कुमार झा और भुक्तिषा झा ने। करीब पांच वर्ष

जागरण विशेष

पहुँच कर अपने गांव रामनगर लौटे डा. गौरव कुमार झा ने झमेलों का दुख-दर्द देखा तो इनके लिए कुछ करने की ठानी। कोरोना काल में उन्होंने मस्क-सेनिटाइजर बाँटने से इसकी शुरुआत की। जहाँ इलाज की व्यवस्था नहीं देखा अन्य की जगह यहाँ काम करने का संकल्प लिया। इसके लिए उन्होंने शेरवा टोन, बखरी, परसोनी एवं बखरी में कर्नाटिक खोलें। उन्होंने प्रतिदिन एक

कर्नाटिक में पहुंचकर यहाँ आने वाले मरीजों को बिना शुल्क इलाज

करना शुरू किया। प्रतिदिन औसतन 150 मरीज पहुंचने लगे। वह विभिन्न (अमसार), एंगजिटी (परावहट), मिर्च, सर्वाइकल रेडिकुलेरियो (लंबिका संबंधी समस्या) सहित अन्य तरह की बीमारियों का उपचार करते हैं। बीमारी की ओपिविषयस नहीं बनने व ओझा के पास नहीं जाने के प्रति लोगों को जागरूक भी करते हैं। दवा पर आने वाले खर्च का खान उनके डाक्टर पिला व पत्नी की ओर से चलाने जा रहे अस्पताल की ओर से उठाया जाता है।



अतिरिक्त सामग्री पढ़ने के लिए स्कैन करें।

4 जगह शेरवा टोन, बखरी, परसोनी एवं बखरी में कर्नाटिक खोल शुरू किया झमेलों का इलाज

150 से अधिक मरीज आते हैं इलाज कराने प्रतिदिन

1200 से अधिक महिलाओं की जांच कराई, जिनमें 598 महिलाएं सक्षमिता मिली

30 हजार से अधिक महिलाएं और किशोरियां अब कर रही हैं सैनेटरी पैड का उपयोग, जिससे सक्षमता की दर में आई गिरावट

50 से अधिक युवतियां आत्मनिर्भर बन चुकी हैं सिलाई सेंटर से प्रशिक्षण लेकर



गांव में आने वाली महिलाएं व मरीजों का उपचार करते डा. गौरव कुमार झा • लुईस अलारे

महामारी मामले में महिलाओं की जिम्मेदारी संभाली

डा. गौरव के अभियान को करीब तीन खत फले तब और बत मिला, जब उनकी पत्नी डा. भुक्तिषा झा ने बरक महिलाओं की संरत और सक्षमता की जिम्मेदारी संभाल ली। पहले पहा की ज्यादातर महिलाएं सैनेटरी पैड से परेशान नहीं थीं। मरिक्त धर्म संबंधी धर्मियों के कारण सक्षमिता हो रही थी। फिले तब किशोरियन मेडिकल कलेज, पैल्लेर के सहयोग से 1200 महिलाओं की जांच कराई गई, जिनमें 598 महिलाएं सक्षमिता मिली। इसके बाद सभी का निशुल्क उपचार किया गया। अब क्षेत्र में करीब 30 हजार महिलाएं और किशोरियां सैनेटरी पैड का उपयोग कर रही हैं, जिससे सक्षमता की दर में काफी गिरावट आई है।

बच्चों के लिए किया जा रहा है टी वी फाउण्डा का संचालन

डा. गौरव कहते हैं कि फेडरल गवर्न में 200 बच्चों के टी वी फाउण्डा संचालित की जा रही है। तीन स्वर्गीय लोग इसमें निशुल्क फलते हैं। बच्चों के लिए फुलक, इस अदि की व्यवस्था हम पति-पत्नी करते हैं।

डा. गौरव समान के अंतिम वाक्य पर खड़े लोगों को मुकामता से जोड़ने में महत्वपूर्ण भूमिका निभा रहे हैं। स्वास्थ्य विभाग भी जनजागृता और बेहतर स्वास्थ्य युक्तियों के प्रसार के लिए प्रयत्नरत है। डा. किशव कुमार, मिश्रित सलन, पश्चिम वंपारण



सिलाई सेंटर से महिलाओं-युवतियों को बनाया आत्मनिर्भर

2022 से बार जगह पर सिलाई सेंटर का संचालन किया जा रहा है। यहां से प्रशिक्षण लेकर 50 से अधिक महिलाएं-युवतियां आत्मनिर्भर बन चुकी हैं। परसोनी की सोनी कहती है कि प्रशिक्षण लेने के बाद हेरवाबद में गारमेट्स बनाने में काम मिल गया है। गैरकॉन की पाठ्या कुमारी ने अपना काम शुरू कर लिया है।



सिलाई का प्रशिक्षण लेती युवतियां।



12 लाख आंखों को रोशनी का इंतजार

राष्ट्रीय नेत्रदान पखवाड़ा: देश में प्रतिवर्ष दो लाख कार्निया की जरूरत, भ्रातियों के चलते संकट

देश में कार्नियाल ब्लाइन्डनेस से जूझ रहे 12 लाख से अधिक लोगों की आंखों में रोशनी लौटाने का इंतजार है। इसकी सबसे बड़ी वजह जरूरत के मुकाबले कार्निया की घाटी कमी है। विशेषज्ञों के अनुसार देश में प्रति वर्ष करीब दो लाख कार्निया की जरूरत होती है, जबकि वर्ष 2024-25 में देशभर में केवल 69,848 कार्निया ही संग्रहित हो सके। संग्रहित कार्निया में भी सभी प्रत्यारोपण के योग्य नहीं होते। संक्रमण, एंजियोपैथिलस सेल कार्डेट और अन्य चिकित्सकीय कारणों से कुछ कार्निया अनुपयुक्त पाए जाते हैं। ऐसे में वास्तविक रूप से प्रत्यारोपण योग्य कार्निया की उपलब्धता और कम हो जाती है। 25 अगस्त से शुरू होने वाले राष्ट्रीय नेत्रदान पखवाड़ा से दैनिक जागरण एक सैरीज शुरू कर रहा है, जिससे लोग इस महत्वपूर्ण विषय के बारे में जागरूक हो सकें। खुद के साथ दूसरों को नेत्रदान के लिए प्रेरित कर सकें। सैरीज की यह पहली किस्त है। वर्ष 2020-21 से 2024-25 के बीच पांच वर्षों में देश में कुल 1,37,761 कार्निया प्रत्यारोपण हुए। तमिलनाडु 16,353 प्रत्यारोपण के साथ सबसे आगे रहा, जबकि मध्य प्रदेश में इस अवधि में 8,472 प्रत्यारोपण किए गए। देश

मृत्यु के बाद छह घंटे अहम, नेत्रदान से नहीं बिगड़ता चेहरा



देहरादून में सिंह आइ हॉस्पिटल के निदेशक डा. अमित सिंह कहते हैं कि सामान्य परिस्थितियों में मृत्यु के लगभग छह घंटे के भीतर कार्निया अथवा आंखों का रिट्रोवत किया जाना चाहिए। इसलिए मृत्यु के बाद बिना वक्त गंवाए नजदीकी आइ बैंक, आइ डोनेशन सेंटर अथवा संबंधित अस्पताल को सूचना देनी चाहिए। टीम के पहुंचने तक आंखें बंद रखने, उन्हें सूखने से बचाने और सिर को बोझ ऊंचा रखने की सलाह दी जाती है। नेत्रदान की प्रक्रिया सम्मानपूर्वक की जाती है। इससे चेहरे पर विकृति नहीं आती। प्रक्रिया में 15 से 20 मिनट लग सकते हैं।

परिवार जरूरतमंद की जिंदगी में लौटा सकता है रोशनी



देहरादून के श्रीमहत इंदिरा अस्पताल की आइ बैंक की डायरेक्टर डा. तरनुम शर्मा कहती हैं कि उम्र, धरमा, मोतियाबिंद की सर्जरी, मधुमेह अथवा रक्तचाप जैसी स्थितियों को देखकर परिवार स्वयं नेत्रदान से इनकार न करे। अंतिम निर्णय प्रशिक्षित आइ बैंक टीम पर छोड़ना चाहिए। मृत्यु के बाद समय पर सूचना देकर परिवार किसी जरूरतमंद की जिंदगी में रोशनी लौटाने का माध्यम बन सकता है। नेत्रदान से जुड़ी भ्रातियां दूर करना हम सभी की जिम्मेदारी है।

उत्तर भारत में नेत्रदान पांच प्रतिशत ही



देहरादून में एसजी आइ केयर की मेडिकल डायरेक्टर डा. संगीता जैन कहती हैं कि नेत्रदान किसी भी उम्र में किया जा सकता है। दक्षिण व मध्य भारत की तुलना में उत्तर भारत में नेत्रदान काफी कम है। यहां नेत्रदान का प्रतिशत पांच के आसपास है। इसे बढ़ावा देने के लिए सामाजिक जागरूकता केन्द्र जरूरी है।

भ्रातियां दूर हुई तो नेत्रदान का लिया संकल्प



देहरादून निवासी मोहन खत्री बताते हैं कि चिकित्सकों के संपर्क में रहने और भ्रातियां दूर होने के बाद उन्होंने वर्ष 2018 में नेत्रदान करने का संकल्प लिया। अब परिवार भी उनके निर्णय का समर्थन करता है। वह मोहल्ले और विभिन्न सामाजिक कार्यक्रमों में लोगों को नेत्रदान के लिए जागरूक करते हैं। उनके प्रयास से अब तक तीन ध्यवित्तों ने नेत्रदान का संकल्प लिया है।

कितने कार्निया की जरूरत है, उतने नहीं मिल पा रहे हैं। ग्वालियर से लेकर राज्य और देश में कार्निया की कमी बनी हुई है। जरूरत और उपलब्धता के बीच लंबे समय से बड़ा अंतर है।

-डॉ. पुरेन्द्र भसीन, वरिष्ठ नेत्र रोग विशेषज्ञ एवं संवातक, रतन ज्योति नेत्रालय, ग्वालियर

में 396 सक्रिय आइ बैंक हैं, लेकिन जरूरत और उपलब्धता के बीच की खाई अब भी बड़ी है। इस संकट की एक बड़ी वजह नेत्रदान को लेकर फैली भ्रातियां भी हैं। अधिक उम्र, धरमा लगना, मोतियाबिंद का आघात, मधुमेह या उच्च रक्तचाप को लोग नेत्रदान में बाधा मान लेते हैं। विशेषज्ञों का कहना है कि परिवार को स्वयं यह निर्णय नहीं करना चाहिए कि मृतक की आंखें दान के योग्य हैं

या नहीं। अंतिम फैसला आइ बैंक की प्रशिक्षित टीम चिकित्सकीय जांच के बाद करती है। मृत्यु के बाद सामान्यता: छह घंटे के भीतर आइ बैंक को सूचना देना महत्वपूर्ण होता है, ताकि समय रहते कार्निया रिट्रोवत किया जा सके। कई परिवार इस ध्रम में भी नेत्रदान से पीछे हट जाते हैं कि इससे मृतक का चेहरा विकृत हो जाएगा, जबकि प्रक्रिया सम्मानपूर्वक की जाती है और

इससे चेहरे नहीं बिगड़ता। दरअसल, पूरी आंख का उपयोग नहीं होता, प्रत्यारोपण के लिए मुख्य रूप से कार्निया लिया जाता है। इसलिए भ्रातियां दूर होना बहुत जरूरी है।

इसलिए वास्तविक जरूरत का आंकड़ा भी अधूरा: कार्निया प्रत्यारोपण के लिए कितने मरीज देश में इंतजार कर रहे हैं, इसका सटीक राष्ट्रीय आंकड़ा उपलब्ध नहीं है, लेकिन स्वास्थ्य मंत्रालय ने

नौ दिसंबर, 2025 को राज्यसभा में स्पष्ट किया था कि कार्निया ट्रांसप्लांट की जरूरत वाले मरीजों की केंद्रीय स्तर पर कोई वेटिंग लिस्ट तैयार नहीं की जाती। ऐसे में वास्तविक मांग कितनी है और उसके मुकाबले उपलब्धता कितनी कम है, इसका सटीक आकलन मुश्किल है।

(ग्वालियर से अनूप भार्गव और देहरादून से सुमित ध्वलियाल की रिपोर्ट)

अध्ययन | विशेषज्ञों ने निधन के बाद 170 लोगों के नेत्रदान से मिले 333 कॉर्निया पर किया अध्ययन, मौत के बाद अभी छह घंटे के भीतर आंखों के दान करने को बढ़ावा दिया जाता है

देहांत के 14 घंटे तक नेत्रदान रोशन कर सकता है किसी की जिंदगी

■ रणविजय सिंह

नई दिल्ली | देहांत होने के बाद सामान्य तौर पर छह घंटे के भीतर नेत्रदान में मिले कॉर्निया का प्रत्यारोपण में इस्तेमाल बेहतर होता है। इसलिए छह घंटे के भीतर कॉर्निया दान को बढ़ावा दिया जाता है। लेकिन, देहांत के 12 घंटे के बाद भी नेत्रदान से दृष्टिबाधित लोगों की आंखों को रोशनी मिल सकती है।

मौलाना आजाद मेडिकल कॉलेज (एनएमएल) के गुरुनानक वैज केंद्र के डॉक्टरों द्वारा किए गए अध्ययन में यह बात साबित हुई है। यह अध्ययन इंडियन जर्नल ऑफ ऑप्टोमेट्री में प्रकाशित भी हुआ है। ऐसे में देहांत के बाद मेडिको लीगल समर्थन में पोस्टमार्टम, कानूनी प्रक्रिया में

यदि अधिक समय लग जाए तो 12 घंटे के बाद भी नेत्रदान करके देहांत में कॉर्निया प्रत्यारोपण बढ़ाया जा सकता है। इससे कॉर्निया में खराबी के कारण दृष्टिहीनता से पीड़ित अधिक लोगों की आंखों को रोशनी दी जा सकती है।

अस्पताल के डॉक्टरों ने देहांत के बाद 170 लोगों के नेत्रदान से मिले 333 कॉर्निया पर यह अध्ययन किया। इसमें 163 डोना के दोनों आंखों के कॉर्निया व सात डोना के सिर्फ एक-एक कॉर्निया का दान हुआ था। इसमें पांच वर्षों से लेकर 102 वर्ष की उम्र तक के डोना शामिल थे।

इन्से से ज्यादातर डोना की मौत हादसों के कारण हुई थी और नेत्रदान से करीब 14 घंटा समय लगे। एक डोना

163 डोना के दोनों आंखों के कॉर्निया व सात डोना के सिर्फ एक-एक कॉर्निया का दान हुआ था



का कॉर्निया तो देहांत के 20 घंटे बाद भी लिया गया था।

प्रत्यारोपण के तरीके भी बेहतर: अध्ययन में पाया गया कि देहांत के 12 घंटे से अधिक समय के बाद कॉर्निया दान होने पर भी 75.68

प्रतिशत कॉर्निया प्रत्यारोपण के योग्य पाया गया और इसका सफलतापूर्वक प्रत्यारोपण किया गया। यह राष्ट्रीय स्तर पर दान में मिले कॉर्निया के प्रत्यारोपण में उपलब्ध हो सकता है। सिर्फ 23.32 प्रतिशत कॉर्निया प्रत्यारोपण योग्य नहीं

अध्ययन में शामिल नेत्रदान करने वाले लोगों की मौत का कारण



देश में अंगों की जरूरत और प्रत्यारोपण में भारी अंतर

देश में करीब 12 लाख लोग कॉर्निया में खराबी के कारण नेत्रहीनता से पीड़ित हैं। इन वर्ष 25,000-30,000 पर मामले जुड़ जाते हैं। देश में वर्ष भर में करीब एक लाख कॉर्निया प्रत्यारोपण की जरूरत होती है। जबकि वर्ष 2024-25 में 69,848 कॉर्निया दान में मिले थे। इसमें भी करीब 50-50 प्रतिशत कॉर्निया का ही प्रत्यारोपण हो पाता है।

था। इसमें 21 प्रतिशत कॉर्निया का शोध में इस्तेमाल किया गया।

अध्ययन के कुछ निष्कर्ष, सिर्फ तीन प्रतिशत कॉर्निया पर संक्रमण के कारण इस्तेमाल नहीं हो पाया। प्रत्यारोपण के तरीके भी अलग थे। छह माह के

फिलोअप में एंटीबैक्टीरियल केमोथेरेप्यूटिक कॉर्निया प्रत्यारोपण के 91 प्रतिशत मरीजों की आंखों की अच्छी रोशनी आ गई थी। इस अध्ययन से लोगों में नेत्रदान को बढ़ावा मिलने की उम्मीद है।



स्वाइन फ्लू जैसे लक्षणों के रोगियों का बिना जांच इलाज

नई दिल्ली, प्र.सं। राजधानी में इन दिनों बुखार, खांसी, गले में खराश, शरीर में दर्द जैसे लक्षण वाले मरीज इन्फ्लुएंजा से पीड़ित हैं। इसमें भी ज्यादातर में स्वाइन फ्लू (एच1एन1) का संक्रमण है, लेकिन दिल्ली सरकार के कई अस्पतालों में इसकी जांच के लिए किट उपलब्ध नहीं है।

अस्पतालों में ज्यादातर मरीजों का इलाज जांच के बगैर लक्षण के आधार पर ही हो रहा है। साथ ही, फ्लू के इलाज में इस्तेमाल होने वाली ओसेल्टामिविर दवा भी उपलब्ध नहीं है। लाल बहादुर शास्त्री अस्पताल के डीएमएस डॉ. योगेश ने बताया कि एच1एन1 अब एंडेमिक संक्रमण की तरह है। सामान्य खांसी, जुकाम या बुखार होने पर हर मरीज की एच1एन1 जांच नहीं कराई जाती। गंभीर रूप से बीमार, निमोनिया, वेंटिलेटर पर भर्ती मरीजों की जांच कराई जाती है। बायरल बुखार से पीड़ित हर मरीज को एंटीवायरल दवा नहीं दी जाती। ओसेल्टामिविर दवा उपलब्ध है

166 मामले सामने आए दो दिन में इन्फ्लुएंजा के, इसमें 138 केस स्वाइन फ्लू के

डेंगू-मलेरिया के केस बढ़े

दिल्ली में डेंगू, मलेरिया के मामले बढ़ने लगे हैं। एमसीडी की मच्छर जनित बीमारियों की 22 अगस्त की साप्ताहिक रिपोर्ट के अनुसार, अगस्त में इस सप्ताह डेंगू के 26 नए मामले, मलेरिया के 15 और चिकनगुनिया के दो नए मामले दर्ज हुए।

और जरूरत पड़ने पर ही दी जाती है। इसके अलावा जीटीबी अस्पताल में यह दवा अभी उपलब्ध नहीं है। अस्पताल के पीआरओ ने बताया कि दवा जल्द उपलब्ध हो जाएगी।

वहीं, जगप्रवेश चंद्र अस्पताल के एक डॉक्टर ने बताया कि दवा ओसेल्टामिविर उपलब्ध नहीं है और मरीजों का फिलहाल लक्षणों के आधार पर इलाज किया जा रहा है।

