苦尽甜来-根治糖尿病希望之路

国际最新糖尿病研究信息與知识编译丛书

前　　言

糖尿病是对我们人类健康威胁最大的一种难治的疾病。各个国家都在面对这个难题, 我们编译此书主，要是针对目前中国的糖尿病呈爆发趋势,我们希望通过此书能让糖尿病患者以及注意到糖尿病威胁的人有一个基本正确的认识。同时我们也希望书中提供的众多专业信息能够对从事糖尿病治疗和科研工作者有所帮助。

非胰岛素依赖型糖尿病，通常我们称之为 II 型糖尿病则是现在最为常见的病症，据最新的中国中西医结合学会糖尿病专业委员会报道:(2003 年 7 月 26 日北京报道)“目前二型(非胰岛素依赖)糖尿病在中国正处于爆发期，患者已达 4000 万，而且以每天至少三千人的速度增加，每年增加超过 120 万”。这是北京市糖尿病防治办公室提供的最新信息。调查显示，糖尿病很容易发现，但有 80%的病人并没有得到诊断和治疗。统计表明，有一半的糖尿病患者在初次到医院就诊该病时已经合并出现体内血管病变。”

为什么患上糖尿病的人仅有少数人知道或在意去积极治疗？而最终去忍受各种并发病症的痛苦和烦恼呢？众多原因中，主要的是有关糖尿病的预防治疗知识普及教育不够，多数人根本对糖尿病的威胁知道甚少。这也是我们将这本集国际最新的权威性信息和基本知识的小书介绍到中国的目的。

医学界将糖尿病称为万病之源.许多的病症，如动脉硬化；心肌梗塞；脑血管意外；肾盂肾炎等都是由糖尿病引起。在治疗方面全世界医疗各机构目前都在投入人力和物力研究糖尿病的药物，而各国都为此付出巨大的代价。

加拿大卡加利大学糖尿病研究中心从事糖尿病的研究有超过二十年的历史,并在糖尿病的研究上具有全面丰富的经验和成果,我们根据加拿大卡加利大学糖尿病研究中心几十年研究成果的众多文献, 翻译了部分精华的内容, 并就有关糖尿病核心问题编辑了科普性的知识问答。我们的目的是给糖尿病患者和注意到有糖尿病潜在威胁的群体, 一个预防与治疗准确的方向和具体知识.

我们对众多有关糖尿病的信息和内容进行了精心的筛选，尽量浓缩了基本当今最经典的内容，为了节省读者的时间，在重点又较为理论的信息上我们仅点出了方向和根据来源，对特别有兴趣的读者可据此进一步的查询。

此书作为开始, 我们随后还将在国际最新的，在人类健康的领域中, 如家庭卫生管理知识, 正确服用健康食品等最新的知识和信息介绍到中国市场. 同时我们也希望阅读过我们书籍的读者能够與我们建立长期的联络, 我们将有问必回复.

每个人及糖尿病患者都有其特别的经历,从痛苦到希望,每次服用一种药品或进行治疗都是由苦到甜。希望和失望总是相伴的,我们期望通过这本书能给糖尿病患者更多的希望。 祝愿所有的糖尿病患者都能够从此书中获取根治的希望并达到根治的目的,为其人生战胜糖尿病添加辉煌的一章, 同时我们希望在人类预防糖尿病的过程中让人们远离疾病, 让人生的故事篇章充满喜乐愉快.

我们的做事的目标是: 让世界充满爱, 让每个家庭充满欢乐. 让我们共同努力.

錢啓源 加拿大 B.C 省, 溫哥華

Email: healthcareedu@shaw.ca 相关网站：www.cellz.net

出版商序言

当今中国的保健食品市场充斥着众多的不实的宣传成分，致使市场混乱，当然造成了广大消费者的混乱，除了使他们在选择上无所适从外，在使用上也造成了金钱和时间的无形浪费。 做为生产厂家，和媒体的职业道德外，在对全社会健康教育以及全民族的保健水平上，每个人或者相关的当事者，在保健食品的生产和宣传上是否有对社会的责任感。以糖尿病的保健食品市场为例, 成千种繁杂的糖尿病保健食品以及难以置信的宣传, 浪费着社会的资源, 真正糖尿病患者期待的是用什么标准去分辨这些产品和宣传?

我们选择出版此书，最主要的是，本书除了回答了糖尿病患者将其家庭所遇到的问题和保健方法外，还更准确的给了糖尿病消费群体几个选择市场保健产品的非常实用的方向性的准则，我们认为，这些虽然看似简单的准则，不但可作为消费者对保健食品的选择需要，也可作为生产者和宣传者在生产中和宣传时的准则。摈弃不实的宣传，生产货真价实的保健食品。造就人们健康的福祉.

我们常常忧虑社会老年化带来的健康问题，特别是糖尿病的治疗问题,也为家庭和自身的健康担忧，每个人都是家庭的细胞，他关系到社会，所以，让我们面对诸多的社会健康问题时，首先从我们自身做起，常想到社会的责任，家庭的责任，认真对待我们的健康，同时也顾及别人的生存，因为，社会的不同群体是相互依存的。共同建立礼貌；友爱；互助的社会公德需要每个人的努力。

当今世界，不仅是糖尿病威胁着我们的健康，众多的其他疾病和社会问题威胁并困扰着我们，我们必须面对和战胜他们，其实，最好的良药是我们的爱心，我们将以此为原则，将来会编辑出版更多相关的健康保健的书籍奉献给社会。

让我们都来关系健康问题，并用更多的爱心对待社会的健康问题，因为我们赖以依存的社会是我们健康的基本保证.

本书最后附有有关读者俱乐部的信息，欢迎大家加入。

出版商: 2004 年 2 月北京.中国

原版序言

我们周围有很多人因糖尿病而受苦。据统计仅中国现有4000万名以上的糖尿病患者。而在世界上1亿3500万名糖尿病患者中，每年有 280 万人因糖尿病而死亡。更为可怕的是糖尿病患者的数量每年以更快的速度在增加。

到目前为止，糖尿病依然被认为是难治之症、不治之症，而且有众多的合并症，严重时会引起失明，甚至死亡。因此，一旦患上糖尿病、就要调节一生的食谱，还要吃各种药物、打胰岛素，但仍不能消除会出现合并症的恐惧。

幸运的是，最近报道了有希望根治糖尿病（尤其是非胰岛素依赖型糖尿病）的实验结果，即发现了调解血糖、促进胰岛素的分泌、强化胰岛素受体机能的新成份。通过动物实验和临床试验，其效果已经被确认了。同时舆之这种新成分形成的产品也已经通过了重金属检测及毒性的安全检测、并被证实长期服用的显著效果。

本书是为了介绍与此相关研究的内容而编写的。以通俗易懂的形式介绍了实验结果，同时分析了现存的对糖尿病及其治疗的常识性认知错误，并记载了可供选择的正确的治疗方法。本书围绕一般人容易产生的疑问，以问答的形式整理内容，所以相信不十分了解糖尿病的人们也容易看。

愿本书能给因糖尿病而受苦的广大群众带来新的希望。

加拿大东林堂生物研究公司
Eastwood Bio-Medical Research Inc.

目录索引:

第一章 有关糖尿病的众多传闻…… 6
糖尿病真是可怕的疾病吗？ …… 6
糖尿病是“富人病”？ …… 6
年轻人不会患糖尿病？ …… 7
对于糖尿病，调理好就行？ …… 7
一旦患上糖尿病，平生只能吃粗粮、喝菜汤？ …… 7
啤酒不能喝，但喝白酒或洋酒与糖尿病无害？ …… 7
蚕粉能治糖尿病？ …… 7
人参能治糖尿病？ …… 8
糖尿病没有特效药？ …… 8
糖尿病是不治之症？ …… 8

第二章 认清糖尿病才能治好糖尿病。…… 9
小便里出现糖就是糖尿病吗? …… 9
什么叫糖尿病? …… 9
如何诊断糖尿病? …… 10
糖尿病有多少类型? …… 10
糖尿病有什么症状? …… 11
据说糖尿病的合并症更可怕，是真的吗? …… 11
糖尿病的进展速度有多快? …… 11
糖尿病也会遗传吗? …… 11
究竟多少人患有糖尿病? …… 12

第三章 在家里也能做到的糖尿病的预防和调理。……12
如何预防糖尿病? …… 12
如何早期发现糖尿病? …… 12
食疗对糖尿病的预防和调理很重要，这是真的吗? …… 13
糖尿病患者需要遵守食疗原则? …… 14
为什么糖尿病患者需要运动疗法? …… 19
在家里也能做到的预防和调理糖尿病的民间疗法有哪些？ …… 19

第四章 目前所有治疗糖尿病的药物。……20
目前所有治疗糖尿病的药物是什么样的? …… 20
如果换上糖尿病，一定要注胰岛素吗? …… 20
因为血糖高才叫糖尿病，为什么还要担心会出现低血糖? …… 21
理想的治疗糖尿病的药物和保健食品要具备什么样的条件? …… 21
如何鉴别现有的糖尿病保健食品的好坏? …… 21

第五章 有关糖尿病研究得最近的实验结果。…….. 22
P—700 有什么样的实际效果**?** ……..…… 23
P—700 真能治疗糖尿病吗**?** ……..…… 23
P—700 的作用原理是什么**?** ……..…… 23
P—700 与利尿作用有什么联系？ ……..…… 24
P—700 的主要成分是什么**?** ……..…… 25
P—700 是药还是食品**?** ……..…… 25
P—700 与中药有什么不同？ ……..…… 25
P—700 的安全性如何**?** …… …… 26
P—700 有没有副作用**?** …… …… 27
P—700 是否得到许可证**?** …… …… 27
P—700 对于哪些人有效果**?** …… …… 27
P—700 如何服用**?** …… …… 27
P—700 服用时的注意事项是什么？ …… …… 27
P—700 服用后就不需要一般的食疗吗？ …… …… 28
P—700 服用时能喝酒吗**?** …… …… 28
P—700 中途停止服用会怎么样**?** …… …… 28
P—700 服用后需要多长时间会见效呢？ …… …… 28
P—700 对糖尿病的预防也有效吗**?** …… …… 29
P—700 服用后会使性功能恢复正常吗？ …… …… 29
P—700 服用后可以改善睡眠吗**?** …… …… 29
P—700 对减肥也有效吗**?** …… …… 29
P-700 有相关的产品吗**?** …… 29

附录

<附录>现有糖尿病的药理作用和副作用。 …… 30
<附录>关于 P—700 疗效的实验结果。 …… …… …… 34
<附录>P—700 的药理作用。 …… 42
<附录>利用天然食品治疗糖尿病的有关文献及其他献。……43

第一章　有关糖尿病的众多传闻。

有关糖尿病的传闻，与糖尿病的历史一样由来已久。想治好糖尿病吗？想从糖尿病的困扰中解脱出来吗？那么首先要仔细分析有关糖尿病的各种传闻是对还是错。

糖尿病真是可怕的病？

的确，糖尿病是很可怕的病。古有“自己的苦衷，只有自己清楚”的话，糖尿病患者经过体验会知道糖尿病是多可怕的疾病。认清糖尿病是治好糖尿病的第一步。糖尿病为什么那么可怕？现举出四个理由来说明。

第一、糖尿病可以在患者不知不觉的情况下发展。如果被确诊为非胰岛素依赖型糖尿病，那么大概可以估计到患者七年前已经有了糖尿病。因为总是疲惫不堪，所以到医院诊断，这才发现自己已患有糖尿病，而且比较严重的患者为数不少。

第二、糖尿病有众多合并症。如:脑血管意外、视网膜病变、心肌梗塞、动脉硬化、肾盂肾炎、肾功能不全、坏疽等为多见。尤其是与高血糖引起的血管病变相关的合并症最多。合并症严重时会导致失明、截断手足、甚至死亡。

第三、糖尿病的治疗很困难。为了治疗好糖尿病，要经常去医院抽血化验，也不能忽视食疗及运动疗法，而这些事做起来很烦琐，没有很大的决心是做不来的。食疗和运动疗法的成功率一般不会超过 10%，何况食疗和运动疗法只能抑制糖尿病进展速度，而不能终止糖尿病的进展或根治糖尿病。此外，糖尿病患者在家里必须具备血糖仪、血压计，体重计，食品交换表，而且平时要带血糖调剂，糖块等，以防低血糖症状的出现。

第四、治疗糖尿病需要花费很多直接和间接的费用，据统计糖尿病比普通疾病的花费要多出三倍以上。因为治疗难，所以时间越长，需要的费用就越多，而且,随着糖尿病合病症的出现，需要追加更多的钱。人们向来把糖尿病称为“富贵病”的理由也在于此。一旦患上糖尿病，不用说本人，给家庭也带来了相当大的经济负担。

由于以上原因，40 岁以上的人一定要时刻注意预防糖尿病，而已经患上糖尿病的患者则要积极认真地治疗糖尿病。不能因为一时的感觉良好而停止治疗.

糖尿病是“富贵病”？

说糖尿病是“富人病”，并不是指只有富人才会得糖尿病。谁都有可能患上糖尿病，只是因为要治疗糖尿病，需要只有富人才能负担的起的庞大的费用，所以称作“富贵病”。

在美国每年用于糖尿病管理的直接的和间接的费用约为一千亿美元，与美国所有房地产业的租赁总额相当，换句话说，与一年内美国所有房地产业租赁总额相当的金额要用在糖尿病的管理上。而且与糖尿病相关的医疗费比其他疾病高出三倍以上。在美国也不例外，除了 5%以内的上等收入水平的富人阶层之外，糖尿病管理费用都是自身负担。

正因为糖尿病的管理上需要庞大的费用支出，故把糖尿病称为与富人相配的“富人病”。

年轻人不会患糖尿病？

不幸的是最近年轻人中的糖尿病患者也在增加。糖尿病的原因，有肥胖，精神压抑，药物滥用等因素，而随着收入水平的提高和社会进程的复杂化，在年轻人中具备这些因素的逐渐增多。尤其是过量摄取能量的饮食习惯被认为是引起青年人糖尿病主要原因。因此要改正“因为年轻，所以不会患糖尿病”的放松的观念。从年轻起就要注意养成良好的生活和饮食习惯. 正确对待生活和工作压力. 保持健康的精神生活.

对于糖尿病，调理好就行？

糖尿病患者通过一些治疗也能像正常人一样生活。即虽然患有糖尿病，但只要做好运动疗法，食疗或注射胰岛素则生活无碍。从这种意义上可以说“对于糖尿病，调理好就行”。

但是, 只依靠这些方法并不能治好糖尿病。这些方法只不过是抑制糖尿病的进展速度或缓和症状而已，而糖尿病的症结仍留在体内并会继续生长。单纯依靠“糖尿病的调理”不能脱离糖尿病的威胁。要去从根本上找解决的方法。最近的实验结果对此做出了解答。

一旦患上糖尿病，平生只能吃粗粮、喝菜汤？

以前对糖尿病没有正确的认识，所以认为一旦患上糖尿病平生只能吃粗粮，喝菜汤。在没有好的治疗方法的情况下，只能试着用食疗来抑制糖尿病的发展。

而最新的研究结果表明，糖尿病患者只要调节好食量和能量得摄取，就可以吃大部分食品，只要戒火腿、排骨、五花肉等脂肪含量高的食品，另外，蜂蜜、糖、巧克力、羊羹、关东糖等单糖类含量高的食品也在戒口之列。推荐给糖尿病患者的食谱是各种营养成分调配合理的食谱。

但一定要注意的是，一般的食疗只不过是抑制糖尿病的进展而已。食疗是很好的辅助疗法，但不能治疗糖尿病本身。为了治好糖尿病，需要更根本的治疗方法。

啤酒不能喝，但喝白酒或洋酒对糖尿病无害？

有不少糖尿病患者说不能喝啤酒，但可以喝白酒或洋酒。因为啤酒含糖，而白酒或洋酒中不含糖。听起来似乎很有道理，但这是缺乏正确认识的说法。事实正好相反，因为白酒或洋酒具有比啤酒高出 4 倍的热量，因此更有害于糖尿病患者。不管什么种类的酒，对糖尿病患者来说都不利。如果服用磺脲（Sulfonylurea）类等口服降糖药的糖尿病患者喝酒，会因此出现急性酒精中毒，和严重的低血糖症状而陷入危险。还有的糖尿病患者肝功能比较差，如果这部分人喝酒，容易导致肝功能的损害。而且有些糖尿病药物会因为喝酒和失去药效。

蚕粉能治疗糖尿病？

据说蚕粉对糖尿病的治疗有利，而且确实有科学根据。蚕粉可以阻止食物中的淀粉转变为糖，从而降低血糖值。这类内容在很多的媒体和电视台都有相关的新闻报道。许多糖尿病患者服用了蚕粉，而且确实也有人取得了效果。但是

遗憾的是，蚕粉有不少副作用，蚕粉阻止淀粉的糖化的同时也影响其他食物的消化。所以服用蚕粉的人中多见腹胀、腹泻、消化不良等症状。长期服用的人当中也有人反映服后容易感冒或身体变得虚弱消瘦等。

因此，蚕粉确实有降低血糖的作用，但不能根治糖尿病，同时也有副作用等缺点。

人参能治糖尿病？

人参中含有皂甙（Saponin）。人参皂甙促进体内胰岛素的分泌，故有明显的调解血糖的作用。但最近的研究表明，人参皂甙在血糖调节上存在几个问题。首先根据报告，他的作用只具有 15-45 日左右的短期效应。即使长期服用，只要哪一天停止服用，15—45 日后血糖还会恢复到原来的状态。另据研究表明，对胰腺的 **β** 细胞已受损害的人来说，已不能产生胰岛素，如果这些人为了促进胰岛素的分泌而摄取人参皂甙，那么反而会加重 **β** 细胞的负担。

人参是有益于人体的健康品。长期服用人参对糖尿病患者也是有利的，但遗憾的是，即便长期服用人参也不能根治糖尿病。

糖尿病没有特效药？

糖尿病患者听得最多的一句话，那就是“糖尿病没有特效药”，甚至连糖尿病专家也会说出类似的话，如“糖尿病是终身性疾病，不能根治。”等。许多糖尿病患者，就是因为这些话而放弃了对糖尿病的积极治疗的信心。

但“糖尿病没有特效药”的真正的含义是这样的：

回顾漫长的与糖尿病的斗争史，增出现过许多治疗糖尿病的药物。全世界已发现的或以开发的糖尿病的药物，糖尿病保健食品和民间治疗法约有 1500 种以上。我们周围也有很多科学上已证实其疗效的糖尿病治疗物和糖尿病保健食品。

但是大多数糖尿病药物及糖尿病保健食品只对糖尿病的一两个症状有效。还有不少是随着服用时间的延长，效果递减或有损害肝肾功能的副作用，甚至有的导致心脏麻痹，有的导致癌症。所以，据有关统计， 市场上出现的众多的治疗药物或健康保健食品， 通常多数的市场生存期只有六个月，就是说多数治疗药物或健康保健食品不能被市场和人们认可，因为它们的副作用等因素而很快在市场消失，或以其他名字再次出现。总之，到目前尚未开发出能放心地长期服用的治疗糖尿病的药物和保健食品。对此，作为患者和消费者应该谨慎选择适合自己和规范的产品。

理想的糖尿病治疗药物和糖尿病保健食品要具备以下 7 个条件:

1. 科学上已经证明其药效。
2. 没有副作用。
3. 对糖尿病有整体调节作用，不会对某一部分有不良影响。
4. 增强整个身体的健康状态。
5. 没有耐药性。
6. 不仅有短期的调解血糖的作用，而且长期服用会有根治效果。
7. 一般人也便于使用，有预防的功效。

具备以上七个条件中 3—4 个条件的糖尿病药物和糖尿病保健食品已有不少，只是因为尚未出现完全具备以上七个条件，而且可以放心服用，长期服用，对糖尿病有根治效果的物质，所以糖尿病专家们说“糖尿病没有特效药”。

糖尿病是不治之症？

糖尿病并不是不治之症。只要服用有效的糖尿病药物和糖尿病保健食品并坚持健康的生活习惯，那么大部分糖尿病患者可以平安地度过一生。最近学术界也声称，不久就可能研制出安全有效，调配适当的对糖尿病有根治效果的药物。最近的实验结果也表明同时具备七个条件的糖尿病治疗物质确实存在。

第二章　认清糖尿病才能治好糖尿病。

知己知彼，百战百胜。孙子的这一忠告，也适合于糖尿病的治疗。认清糖尿病，就能治好糖尿病，纠正了对糖尿病的误解，该认真学习糖尿病本身的具体知识。

小便里出现糖就是糖尿病吗？

为了正确理解糖尿病，先要弄清血液中的糖含量与小便中的糖含量之间的关系。人体血液中含有葡萄糖。表示血液中含糖量的指标就叫血糖。血液中的糖含量超过正常水平就会通过小便排出体外，这时小便中含有的糖量就是尿糖。根据这种原理，可以推测，如果尿糖高，那么血糖肯定也高。

但是单纯依靠尿糖不能诊断糖尿病。因为正常人也有暂时血糖升高的时候，糖从尿中排出，而即使是糖尿病患者，只有血糖达到一定水平（180mg/dl）以上，尿里才会出现糖。因此为了正确地诊断糖尿病一定要测血糖。

在无法检测血糖的年代，如果小便中的糖含量高就叫糖尿病，而现在正确地说法，糖尿病指的是血糖高于正常的疾病。所以也有些医生主张应该把糖尿病改为“糖血病”。

什么叫糖尿病？

人体为了维持日常活动需要的能量，而其能量之源在于物质中的碳水化合物。人体吸收的碳水化合物平时以血液中的葡萄糖形式储存在体内，而必要时，在肌肉组织内转变为能量或在脂肪组织内以脂肪的形式被储存。

这其中重要作用的就是胰岛素。产生胰岛素的胰腺 β 细胞内形成的胰岛素可把葡萄糖转化储存在肌肉组织，或在脂肪组织利用葡萄糖产生能量等过程中起重要作用，胰岛素是人体内的重要激素。正常人以葡萄糖为能源，以胰岛素为催化剂，获得必要的能量。

糖尿病指的是这一过程中某一环节出现异常。具体如下：

1．胰腺 β 细胞丧失功能，不能分泌胰岛素（胰岛素不足）
2．能正常分泌胰岛素，但肌肉组织的胰岛素受体（receptor、在肌肉组织的表面，与血液中的胰岛素相结合、把胰岛素送到肌肉内的物质）丧失机能，不能正常吸收胰岛素。

由上述原因产生的疾病就是糖尿病。其结果是葡萄糖不能被正常利用，而是累积在血液中，导致血糖值升高。医学上的糖尿病指的是由于高血糖状态的持续而引发的各种症状及合病症。

如何诊断糖尿病？

如前所述，确认血糖值即确认血液中的糖含量后才有可能正确诊断糖尿病。医生们一般来用以下三种方法：

1．早晨空腹状态下血糖值超过 140mg/dl 的情况（即所谓“空腹血糖”，Fasting Plasma Glucose Test）
2．饭后 2 个小时的血糖值超过 200mg/dl 的情况（即所谓“随即血糖”，Random Plasma Glucose Test）
3．口服 75g 葡萄糖过 2 个小时后血糖值超过 200mg/dl 的情况（即所谓“口服 75g 葡萄糖耐量测试”，75-gram Oral Glucose Tolerance Test）

正常人的血糖参考值为 75-120mg/dl

糖尿病有多少类型？

临床糖尿病大体上分为青少年发病型糖尿病和成人发病型糖尿病

1．青少年发病型糖尿病

指的是由于先天因素或病毒感染，胰腺 β 细胞被破坏，不能正常产生胰岛素。到目前为止，对青少年发病型糖尿病的治疗主要为注射胰岛素。因此，英语称为“IDDM（Insulin-Dependent Diabetes Mellitus）”，即“胰岛素依赖型糖尿病”。一般在 15 岁之前容易患这种类型的糖尿病，因此称为青少年发病型糖尿病。

2．成人发病型糖尿病

胰腺 β 细胞正常生产胰岛素，但不能正常分泌胰岛素，或由于肌肉组织的胰岛素受体功能减弱，不能正常利用血液中的胰岛素，这两种情况同称为成年发病型糖尿病。因此把这种类型的糖尿病称为“NIDDM (Insulin-Dependent Diabetes Mellitus)”，即“非胰岛素依赖型糖尿病”。第一种情况多见于东方人，目前主要通过注射促进胰岛素分泌的药物或注射胰岛素来治疗。第二种情况多见于西方人，到目前为止，还没有完善的治疗方法。这种类型的糖尿病大多出现于 40 岁以上，故称为成年发病型糖尿病。

在世界上非胰岛素依赖型糖尿病患者占全部糖尿病患者的 80-90%，而在中国，非胰岛素依赖型糖尿病患者也超过全部糖尿病患者的 90%。

为什么会出现糖尿病？

胰岛素依赖型糖尿病是由于先天性因素或病毒感染，产生胰岛素的胰腺 β 细胞被破坏或功能减低而产生的。如果用专门术语来解释，则是指人体通过自身免疫（Autoimmunity）效应破坏自身的 β 细胞。

与此相比，非胰岛素依赖型糖尿病的原因则有数种,其中最主要的原因有以下三种：

1．肥胖是重要原因之一。

肥胖使得肌肉组织的胰岛素受体数量减少，不能结合必要数量的胰岛素。留在血糖中的胰岛素会刺激食欲增强，而更加重肥胖。肥胖和糖尿病就形成恶循环。

2．精神压抑也起很大的作用。

精神受压抑是各种激素的分泌超过正常，妨碍胰岛素的分泌和作用的发挥。

3．滥用药物也是原因之一。

有些药物会导致血糖的升高或影响胰岛素的作用。

总之，为了预防和治疗糖尿病，要适当的饮食，减少精神压抑，禁止滥用药物是绝对必要的。此外，胃切除术、妊娠等也可成为糖尿病的原因。

糖尿病有什么症状？

糖尿病的症状随着病史的延长而会逐渐加重，最初的症状为尿频，口渴等，而后会逐渐出现血管病变，继而发展为神经病变，高血压，肾功能不全等合病症。

糖尿病最初，典型的症状是多尿，多饮，多食。患上糖尿病后，则血糖值升高，为了糖的及时排出，就要多尿，多尿的结果会导致体内水分不足，就要多喝水。尤其是半夜解小便后，一定要喝水的人应该要检查有无糖尿病。

血糖高也说明不能正常供应肌肉所需要的糖份，而大脑把这种信号解释为饥饿，并使人继续进食。高血糖导致多食，多食再加重高血糖症状，如此形成恶性循环。多食而体重减轻的人，和因慢性疲劳而受苦的人，就应该怀疑有无糖尿病。

如果有持续的尿糖，那么血液中的糖份累积，就会导致血管病变。糖尿病患者中，很多会出现与血管相关的合并症，原因也在于此。尤其是分布于肌肉中的毛细血管，先出现病变。如果皮肤的毛细血管出现异常，就会出现皮肤瘙痒症；视神经的毛细血管出现异常，就会导致视力下降或失明；如果生殖器的毛细血管出现异常，就会出现性功能障碍，在严重时，就会出现从手足末端开始向上坏死的现象。因此有皮肤瘙痒症，湿疹，脚气，阴部瘙痒症等症状的人，应该考虑有没有糖尿病。

如果这种状态持续下去，糖尿病患者就会出现经常性的神经痛，尤其是腓肠肌痉挛和坐骨神经痛为多见。因此，如果有比较严重的神经痛，也应该考虑是否有糖尿病。

通常把糖尿病称为“成人病的百货店”，恰好生动地表现了糖尿病症状的复杂，合并症众多的特点。

据说糖尿病的合并症更可怕，是真的吗？

如上所述，糖尿病指的是产生能量的最基本的新陈代谢发生异常的疾病。因此患有糖尿病，不可避免会出现众多的合并症。在医学界把糖尿病称为“万病之源”的理由也在于此。

实际上在糖尿病患者中因脑血管意外、视网膜炎、心肌梗塞、动脉硬化、肾盂肾炎、肾功能不全、坏疽等合并症而受累的人很多，尤其是血液中的高血糖导致的血管病变相关的合并症众多。长期患有糖尿病的患者严重时，会出现失明，截断手足、甚至死亡。

糖尿病的进展速度有多快?

胰岛素依赖型糖尿病，和非胰岛素依赖型糖尿病的进展速度各有不同。如果是胰岛素依赖型糖尿病，就会从某一天开始，突然觉得明显口喝或多尿，或体重减轻。这一类型的糖尿病，大多在发病早期就有症状，所以，反而容易应付。反过来，非胰岛素依赖型糖尿病的早期几乎没有异常症状。在体内慢慢发展，到 40 岁左右才会出现临床症状，其后迅速发展，直至病情严重。如果被诊断为非胰岛素依赖型糖尿病，那么大概可以认为七年前开始已经有了糖尿病。

正确地说．血糖的增高因个人体质和保养状况，而有所差异，但一般人为每平均十年血糖增高 100mg／dl.。正是由于在发病初期没有异常症状，所以对非岛素依赖型糖尿病的早期治疗就有困难。故而，平时应多注意饮食，并注意身体的细微异常变化。

糖尿病也会遗传吗?

糖尿病本身不会遗传。但是，父母是糖尿病患者的人比一般人患糖尿病的概率高。如果父母都是糖尿病患者的人，那么其子女患糖尿病的可能性为 57．6％。如果父母中一人为糖尿病患者，那么其可能性变为 27．3％。在医学上把这种现象解释为糖尿病本身不遗传，但糖尿病体质会遗传。因此，父母中只要有一人是糖尿病患者．子女就要比其他人更加小心。

究竟有多少人患有糖尿病?

糖尿病的发病率随着收入水平的提高而增加。据统计记载，到经济困难的 79 年为止，在中国 40 岁以上的成人当中糖尿病患者所占的百分比为 1％，而到了 96 年增加到了 3．21％。根据这一统计，到 2000 年后，中国可能约有 4000 万名以上的糖尿病患者。在美国，糖尿病的发病率更高。1993 年非胰岛素依赖型糖尿病患者数为 750 万名，而 1996 年增加到 1600 万名，占全体人口的 6％．到 1997 年又增加到了 1700 万名。随着将来收入水平的提高以及生活习惯与食谱的西方化，中国患糖尿病的比例也会越来越高。最近糖尿病患者的增加速度迅速发展。在日本，过去的三年内糖尿病患者数量增加了 39％。根据最近的统计资料，世界上已有 1 亿 3500 万名因糖尿病而受累，而每年因糖尿病死亡的人数达 280 万人。

第三章　家里也能做到的糖尿病的预防和调理。

与所有的成人疾病一样，没有比预防更重要的，而许多人是患病后才忙于治疗，时间还是一样付出，钱还是一样地浪费，而且更不用提身心之苦，如果知道预防糖尿病的方法，就不仅可以节省那些钱和时间，而且也不用受苦了。

如何预防糖尿病?

只有消除日常生活中可以导致糖尿病的因素，才有可能有效预防糖尿病。肥胖、精神压抑、药物滥用为糖尿病的主要原因。尤其是父母中有糖尿病患者的人、肥胖的人、体重变动明显的人、曾分娩过超重儿的女性、经常感觉身体上精神上疲劳的人容易患糖尿病。这些人要注意有没有糖尿病，应该定期检查血糖或尿糖。

如何早期发现糖尿病?

到了四十岁以上，是容易患糖尿病的年龄，应该每年检查尿糖、血糖，和其他相关的体检。这对糖尿病的早期发现很重要；即使是四十岁以下．对于那些上述提及的人，即父母中有糖尿病患者的人、肥胖的人、体重变化大的人，曾分娩过超重儿的女性、容易感到疲劳的人也应该每年检查血糖，尿糖，这样才有助于糖尿病的早期发现。一般在医院做糖尿病检查不需要多少时间，对日常生活不会有大的影响。

食疗对糖尿病的预防和调理很重要，这是真的吗?

食疗是预防和调理糖尿病的最基本方法。尤其是因肥胖而患上糖尿病的患者，单用食疗获得显著效果的人也不少。食疗中要摄取纤维丰富的食物很重要，因为纤维丰富的食物在消化道内逐渐缓慢地消化，有利于血糖的调节。可是通过食疗只能改善糖尿病症状，并不能认为能治好糖尿病。一般的食疗不能完全治好糖尿病，因为它只能延缓糖尿病的进展，不能消除引起糖尿病的根本因素。

糖尿病患者需要遵守的食疗原则是什么?

如上所述，食疗对糖尿病患者很重要，因为饭后谁都会血糖升高，而调节食量和种类可降低饭后血糖，同时为了防止低血糖，调节热量摄入、维持正常的脂质代谢，食疗还是很重要的。糖尿病患者要遵守的原则有以下四个：

1，为了健康，糖尿病患者要充分均衡地摄取营养。

2．为了避免血糖升高，糖尿病患者要在允许的范围内尽量摄取最少的热量。

3. 糖尿病患者要绝对禁食油腻食品。

4．糖尿病患者每顿都要遵守这些原则。

星島日報 1998年8月26日 星期三

糖尿病患者最新喜訊

卡大發明帶來控制血糖食品

ELEOTIN

**有关最近糖尿病新发现的报道.

糖尿病教育报 (特刊)

主办 南京糖尿病患者协会
协办 南京尚书医疗保健公司
南京尚书保健品有限公司

总编：张 伟 戴天鸣 张 赵
顾问：保石初 许学斌 徐成志

特刊

教育资料 注意保存

来自加拿大 Calgary 医大糖尿病研究中心的喜讯

你已经自由了

"艾莉奥汀"帮助糖尿病患者摆脱困扰

——南京保康保健品公司总经理安康一席谈

艾莉奥汀真的能治疗糖尿病吗？

艾莉奥汀中国总代理

南京保康保健品有限公司

地址：南京市上海路 157 号 2 楼

电话：3319810 传真：3301180

艾利奥汀南京经销处

南京尚书糖尿病专科门诊部

地址：南京市鼓楼路 124 号

电话：4503803

南京尚书医疗保健公司专卖店

地址：大桥南路 14 号（大桥电影院门口）

电话：3402436

附: 糖尿病營養原則與建議:

美國糖尿病學會每一年都會公佈”臨床應用之建議”，而 2003 年針對營養的建議部份，做了較大的修正，尤其是對於營養治療原則與建議之研究證據方面，它依照美國糖尿病學會之“證據分級系統” (見表一)加以分級，讓此營養治療原則與建議之聲明更加明確。以往之聲明大都根據於科學知識、臨床經驗，和專家共識；然而在臨床應用時，確無法判斷其研究證據多寡，以建構理想之營養治療原則，對於研究證據較缺乏者，則可能因沒有持保留態度，以致於在執行數年後，需大幅修改，甚至推翻前論，因此今年之營養治療原則與建議標題，特別加上“以證據為基礎”之字句，內容則是依“證據分級系統”將營養治療之原則與建議加以分級。

表一. 美國糖尿病學會臨床應用建議之證據分級(Evidence Grading System)

階級	敘述
A	有清楚的證據:證據來自於管理完善和隨機取樣有對照組之試驗，且統計強度適當。 證據來自於有良好設計與控制之多家中心試驗。 證據來自於 meta-analysis 之研究為強制非實驗之試驗 有支持的證據: 證據來自於管理完善和隨機取樣有對照組之試驗，且統計強度適當。 證據來自於有良好設計與控制，在一或多家機構執行。 證據來自於 meta-analysis 之研究
B	有支持的證據: 證據來自於管理完善之 Cohort 研究。包括 證據來自於有良好執行與有對照組之 Prospective cohort 研究 證據來自於有良好執行與有對照組 Cohort 之 meta-analysis 研究。 有支持的證據: 證據來自於管理完善之 Case-control 研究。
C	有支持的證據: 證據來自於有對照組不好或沒有控制之研究。 證據來自於隨機臨床試驗。 證據來自於觀察研究且很可能有偏見。 證據來自於 Case report。 有衝突之證據: 證據之比例較支持此建議。
E	專家之共識與經驗。

如何知道是否遵守食疗原则?

如果是住院病人，那么医院的营养师会给他们配食. 所以不用担心。可是一般人并不知道哪一种食物里含有什么样的营养成份。这些人最好参考“糖尿病患者食物交换表”。食物交换表是把营养成份相似的食物归于一类来分类，属于同一类的食物之间，可以交换食用，方便糖尿病患者使用分类表进行饮食调节。

附：糖尿病醫療營養治療目標：

糖尿病醫療營養治療目標也做了內容與次序上的修正(見表二)。今年目標的第一項：維持理想的代謝值，即是去年(2001 年)目標的前二項。今年目標的第二項：避免和治療糖尿病慢性合併症，即是去年目標的第四項。今年目標的第三項：經由健康飲食選擇和運動，改善健康，即是去年第五項的目標。而今年目標較大改變是增加了第四項目標，它強調了個人狀況的差別，以及尊重個人意願的重要。新目標說明了治療目標之優先次序，以及強調以病人為中心導向之治療方式，在執行上的重要性。

表二. 糖尿病醫療營養治療目標 (Goals of Medical Nutrition Therapy)

2001 年	2002 年
1. 經由均衡飲食、運動和藥物，儘可能將血糖控制在正常或接近正常值。	1. 維持理想的代謝值，包括: 血糖值 血脂肪值 血壓
2. 維持理想的血脂值。	2. 預防和治療糖尿病慢性合併症。
3. 提供適當的能量，以維持或達到合理的體重或正常的生長發育。	3. 經由健康飲食選擇和運動，改善健康。
4. 避免和治療急性與慢性合併症。	4. 依個人狀況和文化差異，以及尊重個人之改變意願，調整其營養需求。
5. 經由適當的營養，改善整體健康。可利用飲食指南或食物金字塔來建議糖尿病病人及其家屬。	

碳水化合物 (醣 類)

糖尿病患的飲食應包括碳水化合物，特別是從全穀類、水果、蔬菜和低脂牛奶等食物中獲得。影響血糖值之因素包括醣類的含量、糖的種類(葡萄糖、果糖、蔗糖和乳糖)、澱粉的天然組成(Amylose、amylopectin、resistant starch)、食物烹調與製作(膠化程度、分子大小、細胞型態)、食物型態，與食物中其他成份(脂肪、天然成份中影響消化之物質如 Lectin、phytate、tannins、和 starch-protein 與 starch-lipid 組合等)。另外，食物對血糖的反應，空腹血糖和飯前血糖值，患者之血糖不耐之嚴重程度，以及下一餐或醣類食物延長效果，亦是影響因素之一。然而，不管是第 1 或第 2 型糖尿病患，在消化各種醣類或蔗糖後，其對立即或至六周之血糖反應，如果其進食醣類總量相同，則對血糖的影響是沒有差別的。因此，在飲食中所攝取之醣類總量，對血糖的影響較食物之種類或來源重要。

有關阻抗性澱粉質(Resistant starch)，是指含較多 Amylose 之澱粉。它可能會改變飯後血糖值，以及避免低血糖和高血糖的發生，它也說明了有些食物對昇糖指數的差異性。然而，並沒有相關研究證明，長期食用對糖尿病病人有幫助。

營養治療中 “醣類” 之建議

研究證據之級數	內　　容
A 級	l 健康飲食之醣類食物應含括全穀類、水果、蔬菜、和低脂牛奶。 l 就醣類對血糖的影響而言，醣類在正餐或點心的總量，較種類或來源重要。 l 以相等熱量之醣類而言，蔗糖並不會對血糖影響較大，所以蔗糖或含蔗糖之食物並不需要受限制；然而它必須取代醣類食物，而不是額外進食，若是額外攝取，則需以胰島素或其它降血糖藥物控制。 l 非營養性之代糖如 saccharin，aspartame，acesulfame potassium，和 sucralose，若每日攝取量在建議範圍內，則是安全的。
B 級	接受胰島素密集治療者，應依照食物中醣類含量為基礎，調整其飯前胰島素。 雖然食用低昇糖指數之食物，可能可以減少飯後高血糖現象，但是並沒有足夠證據證明其長期利益。 我們鼓勵一般民眾多攝取纖維質，但沒有理由建議糖尿病患者要攝取比對一般人建議的更多。
C 級	患者若接受固定量之胰島素，則應儘量固定每日飲食中之醣量。
E 級	醣類和單元不飽和脂肪酸應提供總熱量之 60~70%，但是在體重下降時，單元不飽和脂肪酸在食物中的量應考慮其代謝需要。 健康飲食中應含有蔗糖或含蔗糖之食物如水果。

蛋 白 質

在美國，蛋白質的攝取相當穩定，所有的年齡層其蛋白質的攝取大約佔總熱量之 15~20%，糖尿病患者亦同。高血糖可能會增加蛋白質更新周轉率，因此建議提高蛋白質需要量，然而一般人的蛋白值攝取量都多於需求量的百分之五十，所以繼續維持平日攝食量，不會造成營養缺乏。另外，在一些第 2 型糖尿病之研究發現，葡萄糖若來自蛋白質的攝取，並不會出現在一般的循環裡；而且單獨攝取澱粉，與含澱粉和蛋白質混合食物之飯後血糖高峰值是相近的，因此認為蛋白質並不會延緩醣類的吸收。

營養治療中 “蛋白質” 之建議

研究證據之級數	內　　容
B 級	第 2 型糖尿病病人，血糖在控制的情況下，雖然蛋白質如同醣類食物，會刺激胰島素分泌，但攝取蛋白質並不會增加血液葡萄糖濃度。 對於那些血糖控制不理想者，蛋白質需要量可能較建議量多，但非多於平日攝食量。
E 級	如果腎臟功能正常，並沒有證據顯示糖尿病患平日蛋白質攝食量(佔每日總熱量之 15~20%)應該改變。 對於高蛋白質低醣類飲食之長期效果，並不清楚。

脂　肪

在許多代謝的研究發現，攝取低飽和脂肪酸、高醣類或添加順式單元不飽和脂肪酸，可以降低血中 LDL 膽固醇。低飽和脂肪酸高醣類飲食，會增加飯後血糖、胰島素和三酸甘油脂；而且在一些研究中發現，與等熱量高單元不飽和脂肪酸飲食相比，它會降低血中 HDL 膽固醇。然而，高單元不飽和脂肪酸飲食並未證明可以改善空腹血糖或糖化血色素值。 植物醇和酮酯類食物可以阻擋膳食或膽道膽固醇之吸收。大約每天 2 公克之植物醇或酮酯類食物可以降低血液中總膽固醇和 LDL 膽固醇量。

營養治療中 “脂肪” 之建議

研究證據之級數	內　　容
A 級	飽和脂肪酸應少於總熱量之 10%。若 LDL ³ 100 mg/dl，則飽和脂肪酸應少於總熱量之 7%。 每天食物中之膽固醇應少於 300 毫克。有些人之 LDL ³100 mg/dl，則飲食中之膽固醇應少於 200 毫克。
B 級	患者若需控制體重，為了降低 LDL 膽固醇，則應減少以飽和脂肪酸作為熱量來源；若患者體重是滿意的，則應以醣類或單元不飽和脂肪酸取代飽和脂肪酸。 反式不飽和脂肪酸之攝取應減少。 減少油脂之飲食，對長期體重控制和改善血脂肪有幫助
C 級	多元不飽和脂肪酸應約佔總熱量之 10%。

熱 量 與 肥 胖

因肥胖對胰島素阻抗性有影響，所以體重控制為第 2 型糖尿病病人重要的治療目標，短期研究證明第 2 型糖尿病病人減輕體重，與減少胰島素阻抗性、改善血糖和血脂，和降低血壓相關。然而，長期的研究評估其改善是否維持，則未確定。運動對體重控制雖只有中等的影響，但它可改善胰島素的敏感度，快速降低血糖，重要的是它對減輕體重可以長期維持。食物代餐提供了明確的熱含量，每天若以它取代 1 至 2 餐，則可有效的降低體重，但是若要維持體重下降，食物代餐並必須繼續攝取。非常低熱量飲食(VLCDs)每天約提供 800 大卡或更少的熱量，它對體重控制有實質的改善，且可很快的降至血糖和血脂。然而，停止食用非常低熱量飲食，改為自由選擇食物，則體重通常回升。因此，使用非常低熱量飲食在治療第 2 型糖尿病患時，應考慮用於與一有結構性之體重維持計劃結合。減肥藥在體重控制上可能有效，然而其效果有

限，目前的研究建議，這些藥物只有在有吃藥且結合生活型式改善時才有效。此藥物應僅用於BMI > 27 kg/m^2 之患者身上。

營養治療中 “熱量與肥胖” 之建議

研究證據之級數	內　　容
A 級	對胰島素有阻抗性之患者而言，減少熱量攝取和適度的減肥，可以短期間改善胰島素阻抗性和血糖。 有結構性的課程，如加強生活方式的改變、教育、降低油脂攝取(減少每日熱量之 30%)、熱量攝取，和規律的運動，可以長期控制體重，約降減重前 5~7%。 作為減重附屬的策略項目，運動和行為改變是最有效的辦法，運動有助於減重的維持。 標準的減重飲食，若僅單獨執行，則無法達到長期減重效果。有結構性且密集之生活方式改變計劃是有需要的。

微 量 營 養 素

一般而言，糖尿病患者食物中的微量營養素的建議量應與正常人一樣。缺乏某些礦物質如鉀、鎂、鋅和鉻可能對醣類的耐受性有影響，而鉀和鎂的補充量是否足夠很容易測出來，但鋅和鉻則較困難測出。糖尿病患每日鈣質攝取建議量約為 1000~1500 毫克，尤其是年長的患者更應達到。

營養治療中 “微量營養素” 之建議

研究證據之級數	內　　容
B 級	沒有清楚的證據證明糖尿病患若沒有營養素缺乏時，補充維生素和礦物質有好處。 不建議固定在食物中補充抗氧化劑，因為其長期之效益與安全性未知。

酒 精

糖尿病患者與一般人相同，應避免大量喝酒。倘若要喝酒，則建議男性每日勿超過 2 份酒精當量，女性每日勿超過 1 份酒精當量。1 份酒精當量含酒精 15 公克，相當於 12 盎斯啤酒，5 盎斯釀造酒，1.5 盎斯蒸餾酒。流行病學研究，糖尿病患每日攝取適量酒精(5 至 10 公克)，則與降低心血管疾病的危險性，此可能是由於提高了高密度膽固醇所致。另外，有研究報告指出，每日酒精攝取量超過 30~60 公克，則與血壓上升相關。

營養治療中 “酒精” 之建議

研究證據之級數	內　　容
B 級	若要喝酒，女性應限制在 1 酒精當量，男性應限制在 2 酒精當量。1 酒精當量即 12 oz 啤酒、5 oz 釀造酒，和 1.5 oz 蒸餾酒。 為減少低血糖發生，喝酒時應同時攝取食物。

为什么需要运动疗法?

在糖尿病的预防和控制上，运动疗法也很重要，因为通过运动，肌肉便兴奋，就会促进胰岛素的分泌和血糖的利用，提高胰岛素受体的功能。适当的运动对促进新陈代谢、预防和治疗糖尿病具有良好的效果。对于糖尿病患者来说，全身运动优于部分运动，有规律的轻量的运动优于无规律的激烈的运动。但是正在口服降糖药或注射胰岛素的患者、有糖尿病视网膜炎的患者、重症糖尿病患者，也会因运动而出现危险。所以这一部分患者要向医生咨询什么样的运动量和运动方式适合于他们自己。

在家里也能做到的预防和调理糖尿病的民间疗法有哪些?

有一种方法是每天饮用大量研磨的绿茶。服法是连水带茶一并吞下。为了对糖尿病起作用，这样每天要喝 10 杯以上。绿茶中含有大量叫作“表儿茶酸”(Epicatechin)的成份，这种成份具有强化胰腺 β 细胞的功能、促进胰岛素分泌的作用。但是如此多量饮用．就会同时大量摄取绿茶中的咖啡因成份，所以对咖啡因敏感的人不利。在前面提到的人参中含有的皂甙 (Saponin) 成份也具有类似作用。可是人参促进胰岛素分泌的效果是暂时的，只能维持 15-45 日。红薯类植物中含有的天然糖份虽然也甜，但具有调节血糖的作用。此外有益于糖尿病的食物不计其数，但是一定要清楚这些食品只是降低血糖，不能完全治好糖尿病。甚至有些食品，对其作用原理尚未明了，或有毒性，或有副作用。

**** 当糖尿病研究中心的专家们经过严格漫长的实验确认了 ELEOTIN/胰乐啶具备根治糖尿病的希望后, 他们向饱受糖尿病折磨的患者宣布”你们自由了!”**

**** 希望更多的患者亲身体验这个宣布的意义, 去体验病后痊愈的自由.**

第四章 目前所有的治疗糖尿病的药物

糖尿病由来已久、也有不少糖尿病药物已开发使用。但是什么都要试着吃，不能为治好糖尿病。挑着吃广告上宣传的对糖尿病好的药物、也不是正确的方法。

下面整理介绍了到目前为止所有的治疗糖尿病药物。

目前所有治疗糖尿病的药物是什么样的?

糖尿病由来已久，也有不少糖尿病药物已开发使用，可是目前使用的治疗糖尿病的药物作用单一，大部分都有副作用。下面举例说明治疗
非胰岛素糖尿病的口服降糖药。

磺脲类药(Sulfonylurea)

目前仍在使用的第一代糖尿病药物“特泌胰”(Diabinese)和第二代口服降糖药“甲糖宁”(Orinase)、“达安疗”(Diabeta)、“优降糖”(Micronase)、“美吡达”(Glucotrol)等药属于这一类。磺脲类药品直接刺激胰腺 β 细胞释放胰岛素。可是长期服用会使 β 细胞疲劳、
功能降低，而且有损肝肾功能．导致低血糖、消化系统不良反应、头痛头晕、倦怠、内分泌系统异常等副作用。

双胍类药(Biguanides)

这类药具有帮助胰岛素的作用，抑制肝脏葡萄糖异生，调节血糖的功效。“达美康”
(Glucophage) 等药属于这一类。副作用包括，因乳酸增多而导致酸中毒、加重心脏疾患而增加死亡率等。

a - 糖苷酶抑制剂类(Acarbose)

“拜糖平”(Glucovey) 等药为代表，延缓糖的吸收，防止饭后血糖迅速升高。与蚕粉一样人工地抑制糖的吸收。副作用有消化不良、导致低血糖等。

噻唑烷二酮类(Thiazide)

最近在国际市场销售的“曲格列酮”(Rezulin) 等药属于这一类。这类药增加胰岛素受体数量，改善胰岛素耐性，增加葡萄糖的储存，抑制葡萄糖异生。可是这类药基本作用于抗体．长期服用可能导致癌症，服用者中 2％的人出现心脏功能损伤。因此，最近在英国已禁止销售这类药。另外该类药还有导致肝炎、头痛、红细胞异常、心脏病变等副作用。总之，现存的治疗糖尿病的药物只作用于新陈代谢过程的部分环节，所以不可避免地有副作用和耐药性的存在。理想的治疗糖尿病的药物应该是综合作用于碳水化合物消化过程的各阶段，而并不产生耐药性，不存在副作用。本书的<<附录>>中刊载了有关前面所述糖尿病药物的功效和副作用的英文材料。

如果患上糖尿病，一定要注射胰岛素吗?

糖尿病患者的治疗以胰岛素的发明为标志，进入了崭新的阶段。胰岛素依赖型糖尿病患者、不能单靠食疗的孕妇、口服降血糖药无效者、或糖尿病患者做大手术时、因高血糖导致休克时。注射胰岛素是最有力的治疗方法。但并不是所有糖尿病患者都要注射胰岛素。长期注射胰胰岛素会损伤产生胰岛素的 β 细胞的功能。因此“只要注射胰岛素就能治好糖尿病”的想法是危险的。

因为血糖高才叫糖尿病，为什么还要担心会出现低血糖?

糖尿病患者的血糖中糖份过度，故表现为高血糖症状。可是为了降低血糖所用的胰岛素，或口服降糖药过量的时候，或药物服量适当而食量减少或进食时间推迟的时候，或食量和药物适当而运动量比平时大因而消耗更多血糖的时候，会出现暂时低血糖症状。低血糖指的是血糖低于 50mg / dl。如果出现低血糖，就会出现冷汗、手足颤抖、眩晕、情绪不安、心跳加快，头痛或全身无力、甚至惊挛和休克。如果出现上述低血糖症状，应该即时补充糖份。喝糖份含量高的饮料或吃糖块后出现意识障碍时，要通过静脉推注葡萄糖。因血糖高而受苦的糖尿病患者都要带糖块或服用低血糖调节剂的理由也在于此。血糖高但还得服用低血糖调节剂的矛盾真可谓糖尿病患者的最大悲剧了。

理想的治疗糖尿病的药物和保健食品要具备什么样的条件?

如上所述，现有的治疗糖尿病的药物或保健食品只对糖尿病的一两个症状有效，而大部分效果越来越低或有损伤肝脏和肾脏的副作用。甚至有的药导致心脏损害，有的药导致癌症。由此看来，理想的治疗糖尿病的药物和保健食品要具备以下 7 个条件：

1．科学上证实了药效。
2. 没有副作用。
3．作用于糖尿病整体, 没有对其他部分的不良作用。
4．改善整个人体的健康状态。
5．没有耐药性。
6，不仅有短期的血糖调节作用, 而且有长期的根治效果。
7．一般人也便于使用，有预防的功效。

具备上述 7 个条件中 3-4 个条件的治疗糖尿病的药物和保健食品已有很多。只是尚未出现完全具备上述 7 个条件的治疗糖尿病的方法。但是最近实验表明，学术上也声称，不久就有可能研制出安全有效、调配适当的根治糖尿病的药物。

如何鉴别现有的糖尿病保健食品的好坏?

到目前为止，对人类健康有很大帮助的保健食品已很多，但徒有虚名、有害人体或给服用者带来经济损失的食品也不少。政府通过颁发许可证的方法来保护患者，但并未完善，最重要的还是消费者自身的判断。随着时间的延续，每个消费者的经验综合起来，便形成对一个产品的最终评价。

如果事先确认如下 8 个事项。那也一般人也能轻而易举地识别出糖尿病保健食品的好坏：

1．是有权威的研究单位开发的吗?
2．是否通过了严格的动物实验?
3．是否通过了严格的临床实验?
4．是否通过了严格的毒性检查和重金属检查?
5．治疗作用是否具有理论上的和医学上的根据?
6．是否有经确认了的证明功效的文献?
7．是否有统计使用者反应的资料?
8，药典或国家法定食品登记册上有无记载?

第五章 最近的实验结果。

疾病的原因和治疗同出一源。有关糖尿病的最近的实验结果也为其中一例：就是从具有有益成份的天然植物中摄取出了根治糖尿病的物质。

有一位因长期糖尿病和肾脏病受苦的老妇人。这位老妇人因糖尿病恶化，加上各种严重的合并症，到了快要截断下肢的境地。一直拒绝截断下肢的老妇人决心要在离开人世之前尽情地去旅游，就整装出发了。后来得知，这位老妇人遍游东南亚各地，收集了治疗肾脏病和糖尿病的传统民间疗法，并直接在自己身上试验。令人惊奇的是，经过漫长的旅行，这位老妇人的肾脏病竟痊愈而归了。同时发现不知不觉之间不仅是肾脏病，她的糖尿病也消失了。由于这个事件而受到震撼的几个糖尿病专门研究小组开始详细追踪了老妇人的足迹。后得知那位老妇人服用的药和食品大部分是在东方国家数千年前开始作为补药来使用的药草。研究结果表明其中与净血作用、利尿作用相关的药草在老妇人的疾病治疗上起了很大的作用。而且这些药草安全可靠，长期服用可起增进健康的效果，完全具备如上所述的理想的治疗糖尿病药物的 7 个条件。糖尿病研究小组认为治疗糖尿病的钥匙就在于此，于是就收集并分析了与这位老妇人的经历相似的事例。并对散布于世界各国数百种天然净血食品、天然利尿食品进行了研究，其结果终于发现了综合作用于糖尿病各种症状的新成份。这一新成份的名称，在本书上称为“试验 Protocol 分类号 P—700”（以下略称为”P—700”）。

通过进一步动物实验和临床实验以及与世界著名大学的共同研究，终子用科学的方法证实了 P-700 是具有根治糖尿病的功效的新成份。第五章里将介绍目前仍在继续进行的这项研究结果的一部分内容。

编者注：一個典型的病例，一個偶然的故事，發生在不同的群體中，其最終的結果是一個漫長的研究開始，一個影響人類健康的發明誕生.

加拿大加利大學著名的

JULIA McFarlance 糖尿病研究中心.

發現了具備根治糖尿病的天然物質!

开发治疗糖尿病物质的加拿大Calgary大学Julia McFarlane糖尿病研究中心

P-700 有什么样的实际效果?

当时试验服用 P-700 的糖尿病患者有严重的高血糖。可是服用 P-700 后血糖降至原来的一半水平。基本接近正常水平，而现在已有两年未再复发。以此表明有根治的可能性。而且当时伴随的糖尿病合并症状也大部分消失了。具体来说，发病六个月内的患者服用三个月后有了显著效果，半年后大部分获得痊愈；发病 1-2 年的患者服用六个月后开始出现效果，一年后大部分获得痊愈；发病 5-10 年的患者服用 2-3 年后出现了显著效果。

由加拿大 CALGARY 大学 JULIA McFarlane 糖尿病研究中心主持，经过近五年的实验并市场跟踪统计，临床超过 100 病例，服用 P－700 ELEOTIN/（胰乐啶）的人数超过四万人，群体遍及亚洲及北美洲。美国著名电视台以新闻的形式报道超过九次。电视台以 P－700/ELEOTIN 对糖尿病疗效为主题的研讨及电话采访超过九次。这项实验结果的部分内容收录在本书的“<< 附录 >>“. 由于某些限制我们仅展示了具有代表性质的 10 个糖尿病患者的临床病例统计结果。如果读者希望查阅更多实验结果和信息，可根据本书提供的信息查阅，或参加读者俱乐部，我们的有关人员会协助查阅。

P-700 真的能治疗糖尿病吗?

天然提取物能治疗连强烈的化学药品也不能治疗的糖尿病，这样的事实显然不能让人一下子就接受。可是这就是事实，而且出于最简单的原理。

人体所需要的并不是强烈的刺激．而是合理的均衡。用化学药品给人体以强的刺激，短期内就可有效，但长期来看，不可避免会有药物耐药性和副作用的出现。正确的治疗应该是恢复失去节律的人体的平衡，使所有器官都能正常发挥功能。糖尿病的治疗也一样。为了根治糖尿病，各种复杂的药理作用要和谐的配合。过去的治疗糖尿病的药物各有各的优点，但都有明显的局限性，即不能从整体上协调与糖尿病相关的复杂的新陈代谢过程，而只是作用于特定的身体部位或新陈代谢过程的部分环节，结果只能暂时阻止糖尿病的进展，不能完全根治糖尿病，而且在作用于人体的过程中，给人体带来严重的负担。显然。象糖尿病这样的疾病的治疗，损伤肝脏和肾脏的强的化学药品明显不如天然保健品。天然保健食品促进碳水化合物分解为单糖，利用在其过程中产生的葡萄糖产生能量，促进胰岛素的分泌．帮助胰岛素和受体的结合等，在协调地实现这些复杂的药理作用上占绝对优势。

P-700 就具有上述功效。P-700 整体上作用于与糖尿病相关的全过程，改善机体各种功能，从而达到化学药品所不能治好的糖尿病。一般来说越是严重的疾病，治疗上越要柔和。

P-700 的作用原理是什么?

为了理解 P-700 的作用原理，需要专门的医学知识．在这里先简单介绍最核心的三个作用原理。

1．P-700 对人体将摄取的碳水化合物分解成糖，再进行吸收过程的和谐地调节。

与前面已经介绍的蚕粉起到的相似的作用一样。蚕粉也象 P-700 一样抑制碳水化合物分解成糖份而降低血糖。但蚕粉是人工地影响人体的新陈代谢。故同时具有导致消化不良等副作用。与此相反．P-700 具有预防糖在小肠内被吸收时血糖值的迅速上升，并和谐地调节糖在直到大肠的消化道内均匀地吸收的重要

作用，有助于新陈代谢，降低血糖。

2. P-700 不仅能帮助产生胰岛素的β细胞正常地产生胰岛素，而且提高β细胞的机能，促进胰岛素的分泌。

可以与此作用相比较的就是前面所述的一类药物。磺脲类药物具有促进胰岛素分泌的作用，几乎一半以上糖尿病患者服用此药。可是磺脲类药物只能在 β 细胞的胰岛素分泌功能尚存的情况下才能起作用。此外长期服用反而会加重 β 细胞的负担，影响胰岛素的产生，并出现耐药性，即使增加用量，功效也会降低，引起损伤肾脏等副作用。与此相比，P-700 是从天然植物中提取出来的，没有副作用，不会产生耐药现象，它帮助分泌胰岛素的 β 细胞本身的生成，并使生成的β细胞健康，使其正常的分泌胰岛素，从根本上增进健康。

3．P-700 使肌肉细胞的胰岛素受体再生，促进胰岛素和受体的结合。

胰腺分泌的胰岛素与肌肉细胞的受体相结合，起到将糖转化为能量的催化作用。在这过程中肌肉细胞中的受体不足或功能丧失会使胰岛素变为无用之物，而糖依旧留在血液中导致血糖升高。这种现象就称为胰岛素抵抗。

大部分糖尿病患者的肌肉细胞中一般都存在受体不足或受体功能缺陷等现象，而 P-700 能使肌肉细胞中的受体再生，能从根本上治理糖尿病。这是现有的治疗糖尿病的药物所不具备的，即是 P-700 独有的卓越的优点。

简单地说，P-700 综合作用于与糖尿病相关的新陈代谢过程。它使碳水化合物转变为糖的过程更加自然，明显地改善产生胰岛素的 β 细胞的功能，提高与胰岛素结合的受体的功能，使被破坏的受体重新产生，因而有效地作用于糖尿病的全过程。

本书的<<附录>>中用图表整理了这一内容。

P-700 与利尿作用有什么联系?

首先讨论小便的作用。小便排出体外时同时带出代谢废物，故起解毒作用。由此可知，它在维持人体自愈能力上起很大的作用。大部分补药实际上也是很好的利尿剂的原因也在于此。例如南瓜是很好的保健食品，而实际上它也是很好的利尿剂。

P-700 具有明显的利尿作用．具体起如下的作用：

1． P-700 进人人体后使衰老的胰岛素受体随小便排出体外，而新的充满活力的胰岛素受体重新生成。现有的治疗糖尿病的药物中没有一个具备这种作用。

3．P-700 使血液中的代谢废物尽快排出体外，维持血液的净化。从而强化了人体自身的净化能力，极大地提高了自愈能力，

自古就有疾病的原因和治疗同出一源的说法，而 P-700 就是个很好的例子。小便中出现糖份所以称为糖尿病，因而从具有利尿作用的天然植物中提取出了根治糖尿病的物质。有关利尿剂的应用上存在一种误解，就是认为利尿剂对低血压患者是危险的。其实这只限于用化学利尿剂强力利尿的情况。象 P-700 这样，利用天然利尿剂，强化人体自身调节机能时，对低血压患者也不会有危险。利用天然物质帮助人体自愈能力的东方医学优于利用化学药品的西方医学的理由也就在于此。

P-700 的主要成份是什么?

P-700 部分重要成份如下：

Platycodi Radix，
Schizandrae Fructus，
Capsella Bursa，
GlycyrrhizaeRadix，
Zizyphus Sativa Gaertn.,
Astragalus MembranaceusBunge，
GreenTea，
Lycium Chinese，
Dioscorea Japonica Thunberg，
Acanthopanax Sessiliflomm SEEMAN 等.

这些原料在主要国家的药典或法定食品登记册上都有记载，且数千年来被东方国家作为补药的必须成份来使用。因此，对人体没有丝毫副作用，可以放心使用。

P-700 是药还是食品?

P-700 是药还是食品? 对这一问题可以这样回答："P-700 虽然是食品但比药物更有效”。

从成份或原料来看，P-700 对谁都有利，尤其是对糖尿病患者具有卓越的治疗效果的保健食品的一种。这是在理论上，阐明了对糖尿病具有显著效果的，药草成份的药理作用，并用科学方法论证之后所得出的结论。

从自然界的植物中提取成份来治疗糖尿病的想法，不仅是在东方，在西方也得到了普遍的共鸣。如上所述，对糖尿病有效的天然提取物已达 1500 种以上。把这些物质用科学的方法正确利用，那么将对糖尿病起到良好的治疗作用。这方面的研究已超过数百件。数千年来，戴着东方医学神秘面纱的，天然药草的效果即将被人类开发应用。地球上有些植物对特定疾病具有明显的疗效。中医学上把这种植物称作草药。所谓的补药其实不是西方式药品，而是把草药配合经加工的天然保健食品、是挑选了疗效良好的草药、进行适当的搭配、去除毒性，经过加工后的各类草药之间形成相辅相成的关系而制成的。

P-700 是经加工，对糖尿病有显著效果的草药而制成的保健食品。从医学的角度来看，可以说是把对糖尿病有效的草药搭配，加工而成的专门适合于糖尿病的补药。因此虽说是保健食品，但不能认为效果不如药品。

目前研究人员正在摸索从 P-700 的成份中选出一部分，提高其纯度，以化学合成方式生产。如果成功就不用依赖天然药材的供给而可以大量生产．这样就会更加便于患者的购买和使用。

P-700 与中药有什么不同?

P-700 与中药很相似。但也有不同。首先，在恢复人体选择接受功效来说，取得疗效这一点上，P-700 与中药来源于同一个医学方法论。人体具有选择性地接受外部环境中信号的能力。健康的时候只接受必要的外部信号，因而具有自愈能力。这种选择接受功能如果发生异常，那么自愈能力就会降低．从而容易患

病。而与这种选择接受功能关系最密切的就是小便。大部分传统中医补药与利尿作用有很深的关系，其原因也在于此。P-700 在通过改善人体选择接受能力来治疗方面与中药相似。另外，在形状和服用方法上，P-700 也与传统中药很相似。

但 P-700 在如下几点上与传统中药不同：

1．与依赖于经验的中药不同，P-700 是经过科学分析、通过动物实验及临床实验而开发出来的。

2．与传统中药广泛作用于人体各种新陈代谢的特点不同，P-700 已经用科学方法分析出了在糖尿病各个阶段中起特殊作用的成份．并因此来保证对糖尿病的疗效。

P-700 的安全性如何?

绝对安全。简单地说，P-700 是通过调节人体的新陈代谢来取得良好疗效补药的一种。因此不对人体有害。P-700 中的所有成份都是以在 3- 4 个国家的法定食品登记册和药典上有记载的食品药材为基本原料提取出来的。这些食用药材大部分是数千年来人们信赖的药材。

P-700 不仅通过了动物实验，而且通过了重金属检查和动物实验的第一阶段毒性检查，是安全的食品。实际上，就目前观察的所有服用过 P-700 人，尚未反映有任何副作用。

P-700 有没有副作用?

P-700 无任何副作用。因为它以天然药材为原料。只是有一点要注意、就是服用 P-700 后糖尿病有所减轻但仍继续同时服用降糖药时就会导致低血糖。因此对于按医生的处方服用降糖药的患者，在服用 P-700 出现疗效后。应与医生商量，减少降糖药的剂量。

P-700 是否得到许可证?

与 P-700 有关的许可证有三种：与生产 P-700 时所利用的原料有关的许可证、按保健食品销售 P-700 时必要的许可证、生产利用 P-700 的药品所必要的许可证。

下面介绍这三种许可证。

1． 与生产 P-700 时所利用的原料有关的许可证。

P-700 使用了不仅在加拿大，而且在美国及韩国获得有关机关许可的原料，在原料方面 P—700 不存在任何问题。

2． 按保健食品销售 P—700 时必要的许可证。

在北美地区，如果使用了获得许可的原料，那也按保健食品来销售时不需要其他的许可证。

4．与利用 P—700 生产药品及销售相关的许可证。

这一手续现在正在办理中。一般来说，一个物质做为药品来销售需要 5-10 年的时间，昂贵的费用。因为与医药相关的各种规定既繁多又严格。为了使 P-700 获得以美国 FDA 为首的各个国家公认机关的药品许可，现在有几个公司正在努力。预计获得 FDA 的药品许可将需要 5-7 年左右的时间。

P－700 对于哪些人有效？

P-700 一般对糖尿病患者有效。但 P-700 不只是为了糖尿病患者而制的保健食品。因为糖尿病本身与人体基本的新陈代谢相关，所以治疗糖尿病也就意味着

增强整个人体的健康。实际上 P-700 能促进碳水化合物的正常代谢，加强肌肉细胞的活力，有利于毛细血管和末梢神经的健康。因此不仅有利于糖尿病的治疗．对各种成人病的预防也有特效。已证实了尤其是对与碳水化合物代谢密切相关的糖尿病性功能障碍、失眠、慢性疲劳等症状具有显著疗效。如上所述．没有糖尿病的人服用 P-700 则有显著的增进健康的作用。另一方面。P-700 在预防糖尿病上也起很大作用，因为新陈代谢正常，肌肉细胞充满活力，自然就能预防糖尿病。

为了服用 P-700 后已治好糖尿病的人们，现在正在开发适合于这一部分人继续保持健康和防止糖尿病复发而使用的新物质成份。

P-700 如何服用?

对于患者来说，糖尿病的管理是很烦琐的事。因此开发 P-700 时要找到一个简便的服用方法就成了一个首要课题。 起初 P-700 是以传统的煎熬方式,袋装的(82)P-700 以较为有效的服用方法为主,操作上是把粉末倒进药锅象中药一样熬后服用。详细地说．倒进 2 个半杯(360m1)的水中用温火边煮边拨动 1-2 个小时。水量减至一半就行了。煮的太浓会使苦味加重，药效下降。如果觉得一次服用量太多，可存放在冰箱中分 3-4 次服用，以后逐渐增加服量。对于脾胃功能好的人不仅可以喝汤，也可以少量嚼服药渣，这样会效果更好。P-700 是以含有有益成份的昂贵药材为原料制成的，煮后的药渣中还会剩余有效成份，且含有天然纤维成份。因此和普通中药一样、可以把药渣收集在冰箱中，以后再煮着服用也行。另外，放人微波炉中用弱火煮 20-30 分钟后服用也可以。其实这种方法使多数人感到麻烦,特别是时间的花费. 大约经过 2 年的研究试验,服用方便的 P－700 的胶囊已经形成产品，由于采用特别的工艺制造, 胶囊的效果会比起初煎熬的方式更好. 相信有关 P－700 相关包装不同功效的产品将很快就会在市场出现。

P-700 服用时的注意事项是什么?

P-700 按服用时间分三种不同的配方和包装。分为饭前 30 分钟、空腹时、睡前，各在包装上用图做了表示。当然各个包装中含有用不同方法处理的药草：

各起以下作用：

1．饭前 30 分种服用的:

促进胰岛素的分泌，降低饭后血糖。

2．空腹时服用的:

强化肌肉细胞中胰岛素受体功能。

3.睡前服用的:

作用于 β 细胞的生成与功能的提高.

因此按时区分别服用会更早见效。糖尿病比较重或想取得较早疗效的人，则可以增加服用的次数和剂量，即每次服 1-2 袋、并增加空腹服用的次数。

但服用 P-700 时要注意以下几种情况：

1．脾胃虚弱的人 (消化功能弱的人)，先服少量以后逐渐加量为好。

2．肝肾功能都受严重损伤的人，要从很小的量开始服用。这些患者如果长期服用 P-700，

也可能使肝肾功能恢复不少。

3．P-700 没有毒性，所以推测对孕妇也应该很安全，但尚未通过实验确认。

P-700 服用后就不需要一般的食疗吗?

服用 P-700 时不一定要并行一般食疗。因为食疗只是调节血糖的辅助疗法，而 P-700 是根治糖尿病的保健食品。但采取 P-700 与食疗并行可相应缩短治疗期限。

P-700 服用时能喝酒吗?

一般服用药品或补药时禁饮酒。服 P-700 时也一样。服 P-700 时绝对不能饮酒。因为饮酒会使 P-700 失效。只要忍耐几个月就能治疗糖尿病，但不能忍耐而饮酒后失效的，令人遗憾的事例也经常发生，我们应该尽量避免。

P-700 中途停止服用会怎么样?

如果中途停止服用 P-700，那么对糖尿病的治疗也会中止．可是不会有什么后遗症。因为与化学药品不同，它没有耐药性。停止一段后再服用也会取得与以前一样的效果。只是糖尿病的治疗累了自己也连累了家属，因此为了治好糖尿病，在一定疗程期间内需要专心治疗。

P-700 服用后需要多长时间会见效呢?

服用 P-700 后出现疗效的时间随患者而不同。轻症患者约三个月内可见效，治愈需要六个月左右。病情已有相当进展的患者约六个月后开始见效，治愈需要 1—2 年左右。尤其是因长期服用化学药品 B 细胞丧失功能的患者要服六个月到一年后才会出现比较明显的效果．治愈需要数年。

P-700 对糖尿病的预防也有效吗?

如果理解前面所述的 P-700 的作用原理，就能知道 P-700 不仅是对糖尿病的治疗而且对糖尿病的预防也有显著效果。分泌胰岛素的 β 细胞的数量增加，β 细胞充分分泌胰岛素，肌肉细胞充满活力能充分利用胰岛素，那么就没有理由患糖尿病。有许多人虽然没有糖尿病但仍服用 P-700，已经获得了明显的增进健康的效果。

P-700 服用后会使性功能恢复正常吗?

是。据服用 P-700 的糖尿病患者们的回答，服用 P-700 后，随着糖尿病的治疗，性功能障碍也消失了。成人男女的性功能障碍多出于毛细血管障碍、末梢神经障碍及一般新陈代谢障碍，而 P-700 从整体上调节新陈代谢过程，对性功能障碍有显著效果。

P-700 服用后可以改善睡眠吗?

糖尿病患者因末梢神经病变而多觉全身不适，又因慢性疲劳易陷人运动不足状态。所以糖尿病患者在夜晚也难以入睡，入睡后也会因夜尿频而醒过来。因为没有保证充分的睡眠，因此第二天会疲倦。睡眠不足和慢性疲劳会形成恶性循环。

P-700 的服用者中不少的人睡眠状况已得到改善。服用 P-700 后从整体上改善了新陈代谢，同时能治愈失眠症。

P-700 对减肥也有效吗?

P-700 强化胰岛素受体功能，使新陈代谢顺利进行，并活化肌肉中糖份使之转化为能量。从而能事先阻止糖份转变为脂肪，起到预防肥胖的作用。因此 P-700 对减肥也有好处。另据报告 P-700 对健美也有好处。过去的减肥食品有时带来严重的副作用，导致肾脏病变等。与此相比，使肌肉细胞充满活力并有助于肌肉细胞对糖份的分解利用的 P-700 才是安全有效的减肥食品。

P-700 有相关的产品吗？

科学研究的成果转变成市场的产品，造福于人类是科研的最终目的。经过有关人员的努力和巨大投资，與 P－700 相关的产品现在已经在北美洲和亚洲的市场上开始销售，其产品的名称叫 ELEOTIN 中文我们将它翻译成“胰乐啶”。一个很好的名字。如前所述，ELEOTIN/胰乐啶不仅对 II 型糖尿病有效，对预防糖尿病有效，而且其特殊性质，在美容；减肥等潜在功效上，也为将来的开发奠定了良好的前景。

P－700 系列的 ELEOTIN/胰乐啶产品考虑到人的个性特点，有为一般人喜爱的健康茶系列，可按照人们的不同爱好像咖啡和绿茶一样作为平时的饮品。茶饮料通过加强基本的新陈代谢达到调节体重，美容养颜的作用。 加上适当的味道，可作为款待宾客的茶饮料。

对于部分糖尿病患者，P－700 系列的 ELEOTIN/胰乐啶胶囊更适合其按时服用。此胶囊分早中午和晚间不同时段根据人体的自然生理周期于以不同配方，按每一个月为一个疗程，通常病人在一个疗程中就会见效。巩固疗效大约需要六个疗程。

特别为糖尿病患者服用的 P－700/ELEOTIN/胰乐啶健康茶，考虑到其降糖成分的增多，故而只适用于糖尿病患者。不主张一般人作为预防糖尿病的目的服用。请注意有关说明。

胰乐啶/ELEOTIN 保健茶

有关 ELEOTIN/胰乐啶的减肥美容功效，曾经在美国的西部洛杉矶和西亚图作为减肥食品销售过，就其本质来说，其功效具备，但相应的产品正在开发中。

健康保健食品于药品的最大区别之一，就是健康食品在制作过程中严格的去掉了毒性和符合标准的重金属含量，所以，健康保健食品应该无毒，无副作用。无论对什么人，我们建议在服用健康食品时，应该有计划的先作体检，知道自己的状况，然后，有的放矢的有条理的服用，知己知彼吗。

科学将人们带到了网络时代，信息得来变的容易，但信息的实用性变的重要了，所以我们应该根据自己的确实需要选用真实实用的信息和产品。特别对健康食品，目前，众多的广告让人们眼花缭乱，本书为此明确了一些重要的原则准绳，希望能对此有所帮助。

ELEOTIN/胰乐啶胶囊

以下是三个不同背景的糖尿病患者的实例。鉴于某些限制，还有许多临床的实例。有兴趣者，请参加读者俱乐部或参加关心糖尿病患者俱乐部。具体信息见书后附录。

附录：服用实例。

以下是一些服用 P－700 成分的产品的患者的体验，由于部分局限，我们只选择了三例仅供参考。若有问题，欢迎按本书提供的信息联络有关部门。

1: Sadie Lucan (白人女性) （翻译稿）

我住在加拿大北部的小城市 Dawson Creek.我们家族都患有糖尿病，我也不例外，被糖尿病折磨了好多年。第一次听人家介绍胰乐啶/ELEOTIN 时．我也很犹豫，因为我一直都靠运动和食疗治理糖尿病，从来没有按医生的指示去治疗过。服用胰乐啶/ELEOTIN 后一直到第 10 天没有发现明显的变化，但过了两周以后奇迹出现了，尤其是自觉全身充满活力。在医院检查血糖，医生告诉我血糖竟降到了 85m / dl，以前我的血糖经常是 370mg / dl。到如今已经过了 5 个月，我现在体重也减了，心情也好了，血糖也下降了。如果向我问起对胰乐啶/ELEOTIN 的体验，我乐意介绍。

2 : Lee Wai Wai (中国人,男性 60 岁)

我叫 Lee Wai Wai。13 年来一直被糖尿病所折磨，总觉得疲惫不堪，皮肤干涩瘙痒。曾服过不少降血糖的药，但效果始终不理想。自从服用胰乐啶/ELEOTIN 三周后觉得精力充沛、食欲增进、皮肤病也开始好转了。这么短的时间内血糖值从 222mg/dl 降到 148mg / dl，我对胰乐啶的疗效实在表示感叹。

3: Han Man Kuk (韩国人,男性, 83 岁) （翻译稿）

我是加拿大温哥华的温哥华纯福音教会元老长老。多年来因患有糖尿病和高血压而受苦。有几次昏到在地上，被送进医院急救室。最终还是因糖尿病合并症而一只眼睛失明了。全家人都替我担心。但是自从服用胰乐啶/ELEOTIN 一个月后生活就开始有变化了，食欲变得旺盛，自我感觉也好，而且可以在院子里散步几圈，也不觉得累，而在以前没有家里人的搀扶是不能外出的。我的家庭医生劝我不要服用胰乐啶/ELEOTIN，因为到现在好多产品都是刚出现在市场后不久就被淘汰，说胰乐啶也可能不例外。但是由于自我感觉良好．我一直坚持服用胰乐啶。过了 5 个月后体重恢复到正常，到了第 6 个月血糖恢复到正常值了。最近不仅是精神爽朗，连失明的眼睛也能见光了。估计再服用 1 个月左右后可以不再服用了。

附录：临床病例统计记录.

第一组是 80 个糖尿病人使用 P-700 的血糖变化统计实录

User ID 编号	Mon 服用月	Yd 患病年	Age 年龄	BGLb 前血糖	BGLa 后血糖	Change% 变化率	Changeb 变化量
1	7	1.0	63	214	141	34.1%	73
2	3	10.0	65	200	166	17.0%	34
3	3	26.0	60	290	110	62.1%	180
4	1	7.0	65	234	180	23.1%	54
5	2	4.0	53	230	149	35.2%	81
6	10	2.0	50	230	117	49.1%	113
7	8	10.0	45	320	178	44.4%	142
8	5	7.0	58	198	126	36.4%	72
9	12	10.0	50	250	280	-12.0%	-30
10	3	15.0	61	160	200	-25.0%	-40
11	1	7.0	47	198	171	13.6%	27
12	11	1.0	57	180	110	38.9%	70
13	1	7.0	55	260	220	15.4%	40
14	10	4.0	75	142	148	-4.2%	-6
15	3	1.0	60	163	158	3.1%	5
16	8	25.0	43	250	196	21.6%	54
17	1.5	8.0	40	270	148	45.2%	122
18	1.5	7.0	55	270	120	55.6%	150
19	1.5	7.0	55	330	270	18.2%	60
20	2	10.0	53	180	180	0.0%	0
21	0.5	7.0	55	300	255	15.0%	45
22	1	7.0	55	119	115	3.4%	4
23	1.5	7.0	70	300	105	65.0%	195
24	1.5	7.0	55	134	123	8.2%	11
25	12	17.0	50	306	172	43.8%	134
26	1	0.3	37	330	225	31.8%	105
27	3	12.0	60	200	135	32.5%	65

28	4	15.0	65	230	220	4.3%	10
29	2	5.0	48	400	380	5.0%	20
30	1	10.0	68	384	367	4.4%	17
31	4	25.0	63	380	175	53.9%	205
32	1	7.0	62	280	300	-7.1%	-20
33	5	7.0	55	152	130	14.6%	22
34	5	10.0	67	333	140	58.0%	193
35	3	7.0	60	342	161	52.9%	181
36	6	13.0	73	178	94	47.2%	84
37	3	10.0	55	429	173	59.7%	256
38	3	10.0	44	400	150	62.5%	250
39	3	5.0	55	320	128	60.0%	192
40	3	12.0	52	406	162	60.1%	244
41	3	11.0	55	380	132	65.3%	248
42	3	13.0	55	417	132	68.3%	285
43	3	14.0	55	425	187	56.0%	238
44	3	7.0	55	398	180	54.8%	218
45	3	9.0	55	425	168	60.5%	257
46	3	15.0	55	469	210	55.2%	259
47	3	12.0	55	396	178	55.1%	218
48	3	7.0	56	178	117	34.4%	61
49	3	13.0	60	222	148	33.3%	74
50	1.5	0.2	43	180	120	33.3%	60
51	1	6.0	45	300	150	50.0%	150
52	7	9.0	42	350	150	57.1%	200
53	3	20.0	42	100	80	20.0%	20
54	3	43.0	53	210	143	31.9%	67
55	2.5	33.0	43	287	161	43.9%	126
56	4	10.0	25	120	89	25.8%	31
57	4	29.0	51	120	110	8.3%	10
58	5	0.5	5	350	130	62.9%	220

59	4	0.5	5	220	100	54.5%	120
60	3	2.0	53	370	167	55.0%	204
61	2	11.0	68	259	116	55.4%	143
62	1	18.0	71	141	148	-5.3%	-7
63	2	18.0	71	139	148	-6.7%	-9
64	3	0.3	35	359	83	76.9%	276
65	3	0.3	50	250	248	0.8%	2
66	3	12.0	54	367	297	19.1%	70
67	6	0.3	21	610	145	76.2%	465
68	5	0.5	37	160	117	26.9%	43
69	3	0.3	58	328	323	1.5%	5
70	5	0.3	36	700	161	77.0%	539
71	4	5.0	78	320	128	60.0%	192
72	3	11.0	60	380	132	65.3%	248
73	6	7.0	60	398	180	54.8%	218
74	6	10.0	60	429	173	59.7%	256
75	6	15.0	60	469	210	55.2%	259
76	6	9.0	60	425	168	60.5%	257
77	7	12.0	60	406	162	60.1%	244
78	8	13.0	60	416	132	68.3%	284
79	4	14.0	60	425	187	56.0%	238
80	4	12.0	60	396	178	55.1%	218

mon= Months of Eleotin Usage 服用 P700 的月数
yd= Years of Diabetes 患糖尿病的年数
age=Age of users 患者年龄
BGLb= BGL before Eleotin in mg/dl 服用前的血糖含量
BGLa=BGL after Eleotin in mg/dl 服用后的血糖含量 Changeb=BGLa-BGLb: Reduction of BGL in mg/dl 血糖在服用后的变化量

A typical user was a 53.6 years old patient who had been diabetic for 9.8 years and whose initial BGL was 297.3 mg/dl. He used Eleotin for 3.9 months and his BGL dropped to 167.1 mg/dl. They all maintained their pre-Eleotin therapies and they added Eleotin to their pre-Eleotin therapies. In Table 1-B, we report the changes of the BGL in the control group during the same period

相同周期组的血糖变化统计. (一个疗程为一个月的服用)

User ID	yd	age	BGLb	BGLa	Change
1	2.0	66	214	236	-22
2	9.0	56	200	201	-1
3	20.0	65	290	244	46
4	8.0	66	234	190	44
5	5.0	55	230	220	10
6	3.0	51	230	210	20
7	9.0	45	320	333	-13
8	8.0	58	198	224	-26
9	11.0	51	250	221	29
10	14.0	60	160	180	-20
11	8.0	48	198	213	-15
12	1.0	58	180	256	-76
13	8.0	56	260	280	-20
14	5.0	72	142	150	-8
15	2.0	61	163	180	-17
16	18.0	43	250	220	30
17	9.0	52	270	240	30
18	8.0	58	270	150	120
19	6.0	55	330	280	50
20	9.0	57	180	209	-29

mon= Months of Eleotin Usage
yd= Years of Diabetes
age=Age of users
BGLb= BGL before Eleotin in mg/dl
BGLa=BGL after Eleotin in mg/dl
Changeb=BGLa-BGLb: Reduction of BGL in mg/dl

A typical person in the control group was a 53 year old person who had been diabetic for 8 years and starting BGL was 218 mg/dl, while at the end of the period, BGL was 211 mg/dl. They all maintained their current therapies.

附录：有关实验数据和统计结果。

一．现存糖尿病药物的药理作用与副作用。

二．关于 P-700 疗效的实验结果。

三．P-700 的药理作用。

附录：利用天然食品的糖尿病治疗有关文献及其他文献

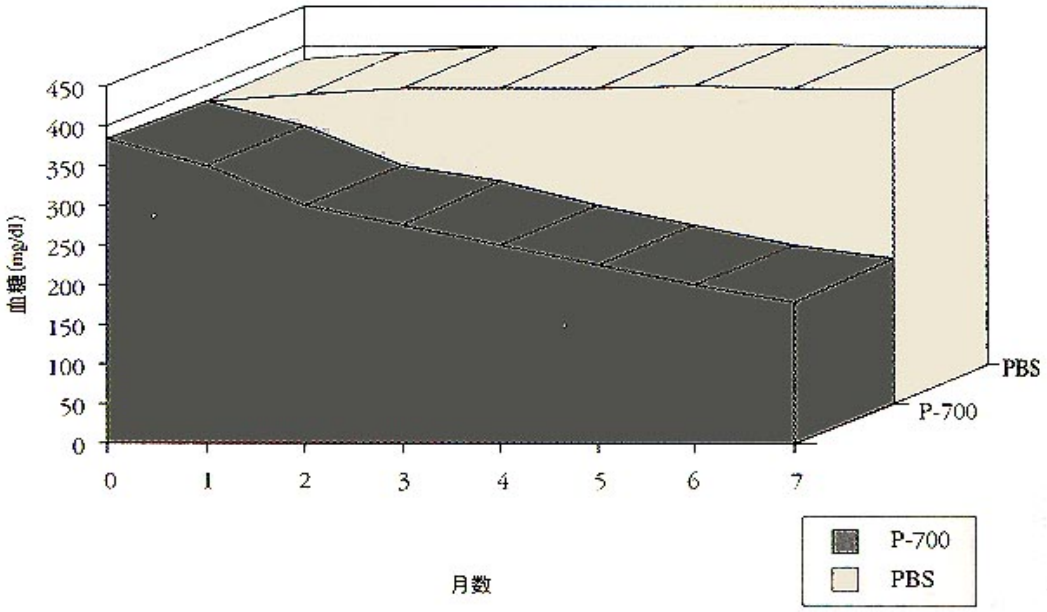
附录 二：关于 P－700 疗效的实验结果。

参考：以下简单扼要地介绍了对 P－700 的各种动物实验及临床的实验结果的一部分。有关综合研究结果即将在世界权威医学专门杂志上刊登。

1．通过通往实验显示的 P－700 的效果：

一.血糖的调节效果：

下面用坐标图显示了给患糖尿病的实验用的老鼠使用 P－700 后每个月血糖的变化。〔PBS 指生理盐水〕此实验很容易比较出使用 PBS 和使用 P－700 的两种情况下的效果。

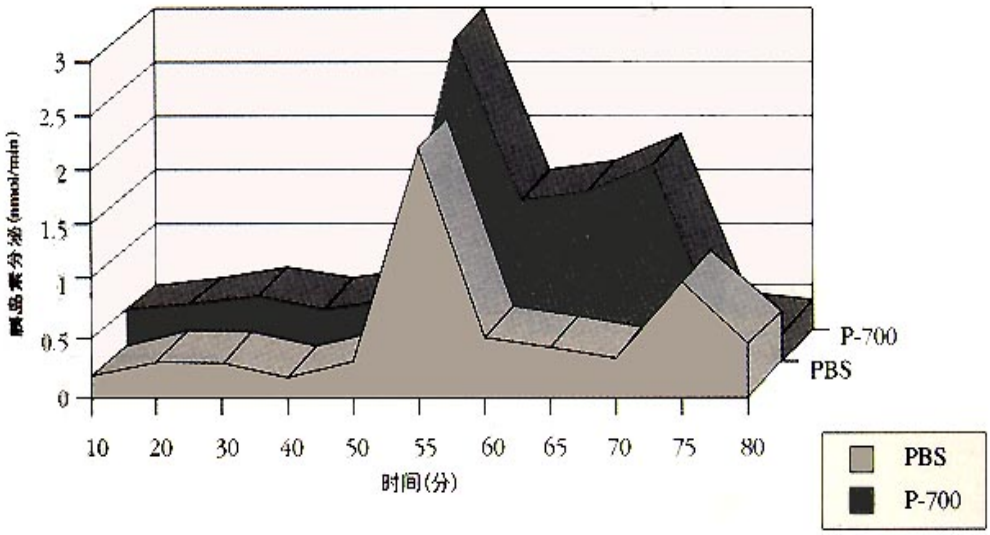


可以看出给予P-700的时候降低血糖效果显著。

二. 提高胰岛素分泌功能。

用图表和坐标图显示了使用 P－700 的实验用老鼠的胰腺细胞对葡萄糖的胰岛素分泌的反映效果。

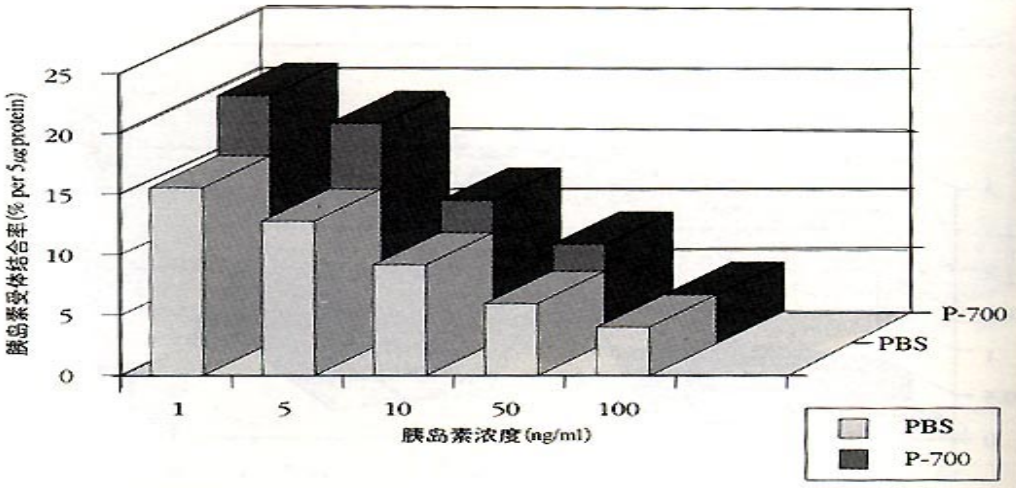
时间(分)	胰岛素分泌(nmol/min)	
	P-700	PBS
10	.5	.2
20	.6	.3
30	.7	.3
40	.6	.2
50	.7	.3
55	3.0	2.2
60	1.5	.5
65	1.6	.4
70	1.8	.4
75	.4	.9
80	.3	.5



可以看出使用P-700的实验用老鼠的胰岛素分泌效果几乎可达2倍以上。

三. 肝脏的胰岛素受体和胰岛素的结合中所起的作用。
用图表和坐标图示显示了给患糖尿病的实验用老鼠使用 P－700 的时候，肝脏的胰岛素受体與胰岛素结合的比率随不同浓度胰岛素的变化情形。

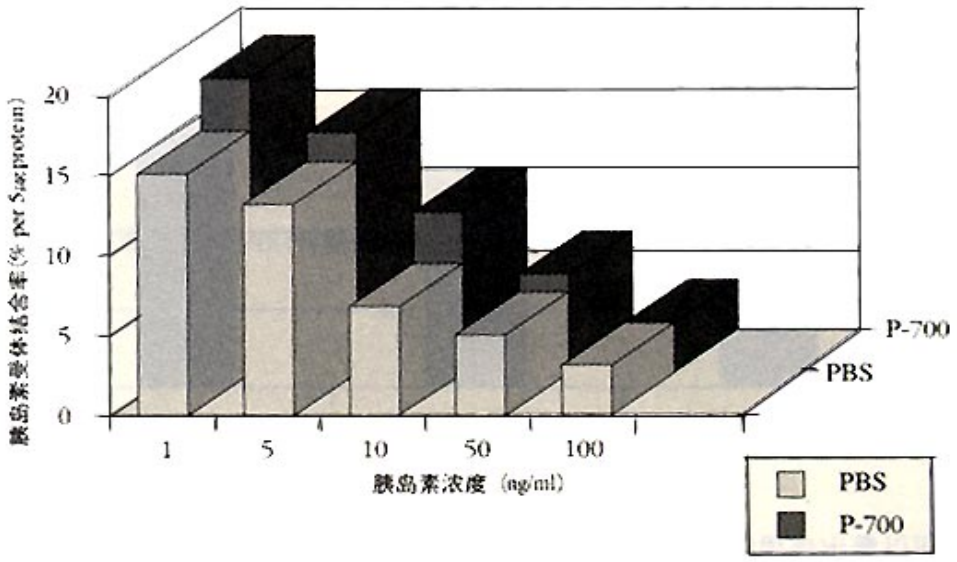
胰岛素浓度 (ng/ml)	胰岛素受体结合率 (% per 5μg protein)	
	P-700	PBS
1	21	16
5	18	13
10	12	9
50	8	6
100	4	4



可以看出使用P-700时肝脏的胰岛素受体与胰岛素的结合率显著升高.

四．用图表和坐标图示显示了给患糖尿病的实验用老鼠使用 P－700 的时候，骨骼肌肉中的胰岛素受体和胰岛素结合比率随不同浓度胰岛素的变化情况。此胰岛素受体结合率是以十只为一组的每个小组的变化平均值。

胰岛素浓度 (ng/ml)	胰岛素受体结合率 (% per 5μg protein)	
	P-700	PBS
1	18	15
5	15	13
10	10	7
50	6	5
100	3	3



与在肝脏中一样，可以看出使用P-700的时肌肉中胰岛素受体与胰岛素结合率显著升高

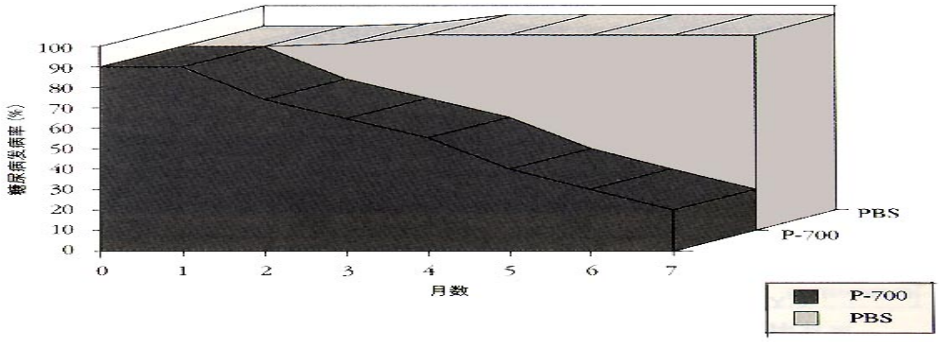
五.　　摄取碳水化合物之后的血糖调节效果。

用图表和坐标图示显示了给普通实验用老鼠喂碳水化合物后，使用 P－700 的时候和没有使用 P－700 的两种情况下血糖水平如何不同。

	血糖(mg/dl)
PBS	82.5
PBS+碳水化合物	130
P-700+碳水化合物	95

摄取碳水化合物之后的血糖调节效果。

用一种方法使实验用的老鼠经过一段时间自然患上糖尿病后，给这些老鼠使用 P－700 时每个月发病率如何变化如下坐标图表。



可以看出使用P-700时糖尿病发病率降低到20%以下

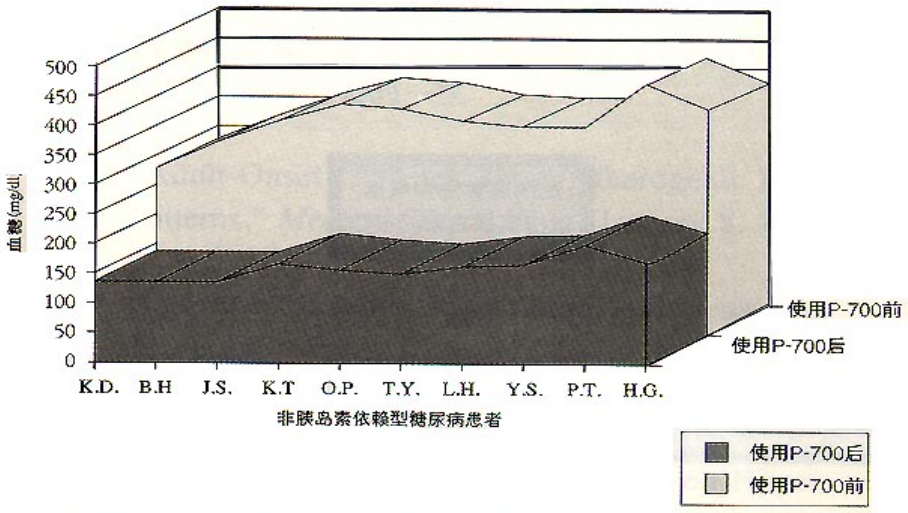
Examination of Retinopathy Slides

* 严格的实验, 精密的统计, 科学的认证.

2．通过对非胰岛素依赖型糖尿病患者的临床实验显示的治疗效果。

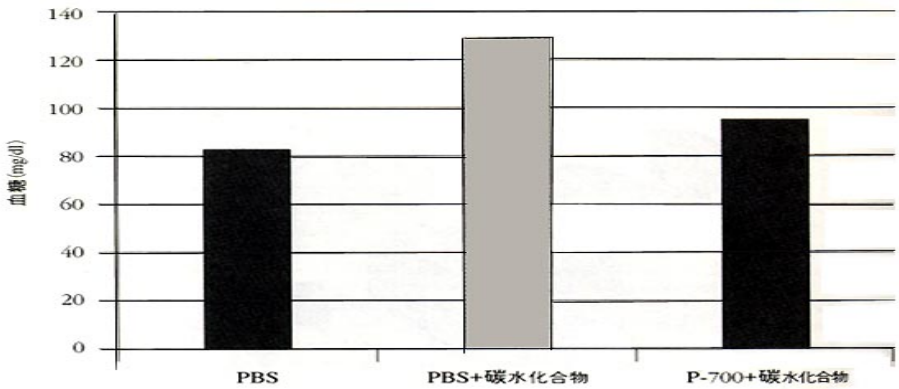
一．　　使用 P－700 的非胰岛素依赖型糖尿病患者的血糖调节效果。
注：由于某些限制仅提供十个具有代表性的临床实例，若希望了解更多，请访问本书提供的网站，或据本书的信息联络有关部门。

患者姓名（首字母）	治病时间（年）	P-700 服用时间（月）	服用前血糖值（mg/dl）	服用后血糖值（mg/dl）	服用P-700时是否注射过胰岛素
K.D.	5	4	320	128	No
B.H.	11	3	380	132	No
J.S.	13	8	417	132	No
K.T.	10	6	429	173	No
O.P.	9	6	425	168	No
T.Y.	12	7	406	162	Yes
L.H.	12	4	396	178	No
Y.S.	7	6	398	180	No
P.T.	15	6	469	210	Yes
H.G.	14	4	425	187	Yes
平均	10.8	5.4	406.5	165.0	



比较使用P-700之前和之后的血糖，可以看出使用后患者的血糖显著降低，基本接近正常值。

	血糖(mg/dl)
PBS	82.5
PBS＋碳水化合物	130
P-700＋碳水化合物	95

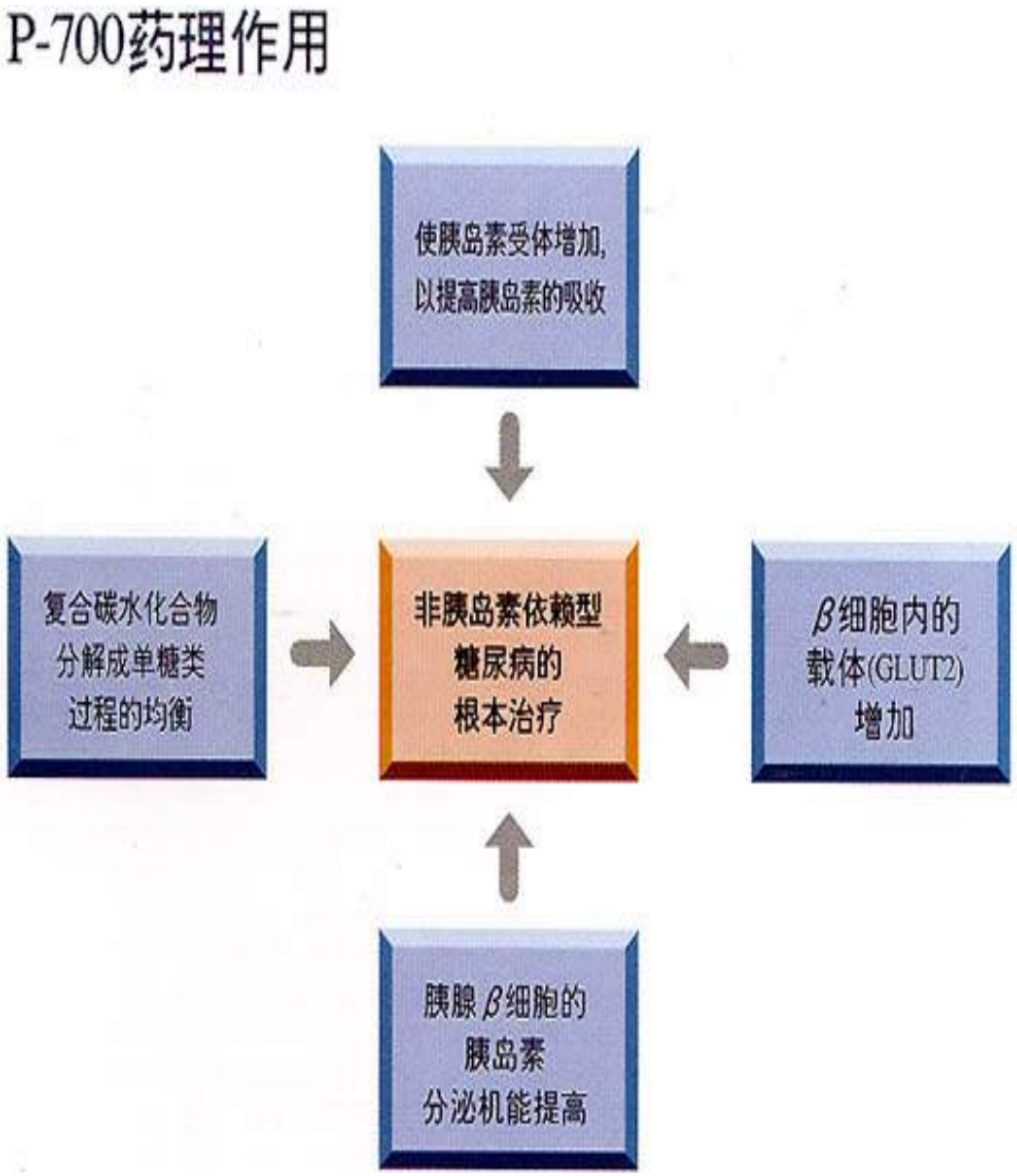


可以看出使用P-700时摄取碳水化合物之后血糖没有明显升高

附录：

P－700 的药理作用原理。

可以说 P－700 是通过人体的整体调节作用达到治疗非胰岛素依赖型糖尿病的一种特别的食疗途径。下列图示简要说明 P－700 是通过什么样的作用治疗非胰岛素依赖型糖尿病的过程。



附录：

利用天然食品治疗糖尿病的有关文献和其他记载：

利用天然食品能治疗糖尿病的认识不仅是在东方，在西方也已被广泛接受和采用。有关的实验及相关文献和发表的论文已超过数千件。P－700 的发现也在很大程度上依赖于这些研究成果。 而编辑本书时也参考了大量有关的这些资料，我们将这些重要的部分介绍给有关读者和有关医务人员或科研工作者，希望对人类战胜糖尿病有些帮助。

1. "Adult-Onset Diabetes Show Atherogenic Lipid Patterns." Medical World News. P56,January 8, 1979.

2. Aguilar-Bryan, L., Nichols, C.G., Wechsler, S.W., Clement, J.P., Boyd, A.E., Gonzalez, G., Herrera-Sosa, H., Nguy, K., Bryan, J., and Nelson, D.A., Cloning of the *β*-cell high-affinity sulfonylurea receptor: a regulator of insulin secretion. Science 268:423- 426, 1995.

3. American Diabetes Association, American Diabetes Association Complete Guide to Diabetes. Bantam, NY, 1996.

4. Anderson, J.W., et al., "Beneficial Effects of a High Carbohydrate, High Fiber Diet on Hyperglycemic Diabetic Men." American Journal of Clinical Nutrition 29:895-899,1976.

5. Anon, Health Foods Business 38(8):13, 1992.

6. Awang, D.V.C., Canadian Pharmaceutical Journal 123: 121-126, 1990.

7. Bamford, D.S., Percival, R.C., and Tothill, A.U., British Journal of Pharmacology 40:161P-162P, 1970.

8. Barber, A.J., Pharmaceutical Journal 240:723-725, 1988.

9. Baskaran, K., et al., Antidiabetic Effect of a Leaf Extract from Gymnema sylverstre in Non-Insulin Dependent Diabetes Mellitus Patients. J Ethnopharmacol 30:295-305, 1990.

10. Beckett, A.H., Belthle, F.W., Fell, K.R., and Lockett, M.F., Journal of Pharmacy and Pharmacology 6:785-796, 1954.

11. Biometric Society, "Report of the Committee for Assessment of Biometric Aspects of Controlled Trials of the Hypoglycemic Agents." Journal of the American Medical Association 231:583-608, 1975.

12. Blumenthal, M., Health Foods Business 35(9):18, 104-105, 1989.

13. Bosco, D., The People's Guide to Vitamins and Minerals. Contemporary Books, Chicago, 1980.

14. Bricklin, M., Encyclopedia of Natural Home Remedies. Rodale Press, Emmaus, Pennsylvania, pp.379-381, 1982.

15. Briggs, C.J., Canadian Pharmaceutical Journal 119:248-254,1986.

16. Bundesanzeiger (Cologne, Germany), May 15, 1985.

17. Bundesanzeiger (Cologne, Germany), January 5, 1989.

18. Burton, J., Lydia Pinkham is Her Name, Farrar, Straus, NY, p.107, 1949.

19. Calvert, G.D., Medical World News, p56, January 8, 1979.

20. Campbell, P., et al., "Pathogenesis of the Dawn Phenomenon in Patients with Insulin-Dependent Diabetes Mellitus." New England Journal of Medicine 312:1473-1479, 1985.

21. Castleman, M., The Healing Herbs. Rodale Press, Emmaus, Pennsylvania, 1991, pp.294-296.

22. Chakravarthy B.K, Gupa S., and Gode K.D., Functional *ß*-Cell Regeneration in the Islets of Pancreas
in Alloxan Induced Diabetic Rats by (-)-Epicatechin. Life Sci 31:2693-2697, 1982.

23. Chakravarthy B.K., et al., Pancreatic *ß*-Cell Regeneration in Rats by (-)-Epicatechin. Lancet 2:759-760, 1981.

24. Chalmers, T.C., ed., "Settling the UGDE Controversy." Journal of the American Medical Association 231: 624-625, 1975.

25. Colata, G., "How Important is Dietary Calcium in Preventing Osteoporosis." Science 233:519-520, 1986.

26. Cooper, W.D., "Cardiac Arrhythmias Following Acute Myocardial Infarction: Associations with the Serum Potassium Level and Prior Diuretic Therapy." European Heart Journal 5:464, 1984.

27. Cornfield, J., "The University Group Diabetes Program: A Further Study of the Mortality Finding." Journal of
the American Medical Association 217:1676-1687, 1971.

28. Coustan, D.R., "A Randomized Clinical Trial of the Insulin Pump vs. Intensive Conventional Therapy in Diabetic Pregnancies." Journal of the American Medical Association 255:631-636, 1986.

29. Cryer, P.E., "Glucose Counterregulation, Hypoglycemia, and Intensive Insulin Therapy in Diabetes Mellitus."
New England Journal of Medicine 313:232-241, 1985.

30. Davidson, J., Clinical Diabetes Mellitus, A Problem Oriented Approach. Thieme, Inc., NY, 1986.

31. Davidson, J.K., "The FDA and Hypoglycemic Drugs." Journal of the American Medical Association
232:854, 1975.

32. Davidson, M.B., Diabetes Mellitus, Diagnosis and Treatment, 2nd ed., John Wiley & Sons, NY, 1986.

33. De Smet, P.A.G.M., Canadian Pharmaceutical Journal 124:5,1991.

34. "Diabetes Diagnoses Grounded on GTT Are Wrong Most of Time." Family Practice News: 1, October 15 1979.

35. Duker, E.-M., Kopanski, L., Jarry, H., and Wuttke, W., Planta Medica 57:420-424, 1991.

36. Dupree, J., "Near Normal Glycemic Control Does Not Slow Progression of Mild Diabetic Retinopathy." Paper presented to American Diabetes Association meeting, 1983.

37. Earon, G., Stern, E., and Lavosky, H., Successful Use of Atriplex halimus in the Treatment of Type II Diabetic Patients. Controlled clinical research report on the subject of Atriplex. Unpublished study conducted at the Hebrew University of Jerusalem, Jerusalem, Israel, 1989.

38. "Fish Oil May Ease Arthritis Pain." Medical World News. July 14, 1986, p.9.
General Practitioner Research Group, "Calcium Pantothenate in Arthritic Conditions." Practitioner 224:208, 1980.

39. Gonzalez, E.R., "Exercise Therapy Rediscovered for Diabetes, But What Does It Do?" Journal of the American Medical Association 242:1591, 1979.

40. Goo, A.K., Carson, D.S., and Bjelajac, A., Metformin: a new treatment option for non-insulin-dependent diabetes mellitus. Journal of Family Practice 42:612-618, 1996.

41. Greene, E-L., "Well-Being Up With Captopril, Down With Two Other Agents." Medical Tribune, p8, September 17, 1986.

42. Hadden, D.R., "Myocardial Infarction in Maturity-Onset Diabetes, A Retrospective Study." Lancet 1:335-338, 1972.

43. Hansel, R., Phytopharmaka, 2nd ed., Springer-Verlag, Berlin, 1991, pp.223-230.

44. Hendler, S.S., The Complete Guide of Anti-Aging Nutrients. Simon & Schuster, NY, 1985

45. Himsworth, H.P., "The Dietetic Factor Determining the Glucose Tolerance and Sensitivity to Insulin of Healthy Men." Clinical Science 2:67-94, 1935.

46. Howes, L.G., Sundaresan, P., Lykos, D., Cardiovascular effects of oral hypoglycemic drugs.Clin.Exp. Pharm. Physiol. 23(3):201-206, 1966.

47. Johnson, N.E., "Effect of Level of Protein Intake of Urinary and Fecal Calcium and Calcium Retention of Young Adult Males." Journal of Nutrition 100:1425-1430, 1970.

48. Kang, S.M., Traditional Korean Herbal Treatment for Diabetes. Hyungsul, Seoul, Korea, 1990

49. Kempner, W., "Treatment of Hypertension Vascular Disease with Rice Diet." American Journal of Medicine 4:545-577, 1948.

50. Keye, W.R., Jr., "Premenstrual Syndrome (PMS)" in Conn's Current Therapy, H.F., Conn and R.E. Rakel, eds., W.B. Saunders, Philadelphia, 1984, pp.1000-1003.

51. Khoo, S.K., Munro, C., and Battistutta, D., Medical Journal of Australia 153:189-192, 1990.

52. Kim, E.J., Choi, M.G., et al., Encyclopedic Knowledge on Diabetes,153 Questions and Answers. Seoeum, Seoul, Korea, 1995.

53. Klachko, D.M., et al., "Blood Glucose Levels During Walking in Normal and Diabetic Subjects." Diabetes 21:89-100, 1972.

54. Knatterud, G.L., et al., "Hypoglycemic Agents on Vascular Complications in Patients with Adult-Onset Diabetes." Journal of the American Medical Association 240: 37-42, 1978.

55. Koto, Y., New Treatment for Diabetes, Medical Journal, Osaka, Japan, 1994.

56. Kuller, L.H., "Unexpected Effects of Treating Hypertension in Men with Electrocardiographic Abnormalities: A Critical Analysis." Circulation 73:114-123, 1986.

57. Lauritzen, T., "Two-Year Experience with Continuous Subcutaneous Insulin Infusion in Relation to Retinopathy and Neuropathy." Diabetes 34 [suppl.3]:74-79, 1985.

58. Lawrence Review of Natural Products, March 1989.

59. Lehmann-Willenbrock, E., and Riedel, H.H., Zentralblatt fur Gynakologie 110:611-618 1988.

60. Lernmark, A., "Islet Cell Surface Antibodies in Juvenile Diabetes Mellitus." New England Journal of Medicine 299:375-380, 1978.

61. Leslie, R.D.G., ed., Cause of Diabetes, Genetic and Environmental Factors. John Wiley & Sons, West Sussex, England, 1993.

62. Levey, Gerald S., and Roger F. Palmer, "Effect of Tolbutamide on Adenyl Cyclase in Rabbit and Human Heart and Contractility of Isolated Rabbit Atria." Journal of Clinical Endocrinology 33:317-334, 1971.

63. Lorenzi, Mara, and Michael Goldman, "Improved Diabetic Control and Retinopathy." New England Journal of Medicine 308:1600, 1983.

64. Lubbos, H., Miller, J.L., and Rose, L.I., Oral hypoglycemic agents in type II diabetes mellitus. American Family Physician . 52:2075-2078, 1995.

65. Mada, Z., et al., Glucose-Lowering Effect of Fenugreek in Non-Insulin Dependent Diabetics. Eur J Clin Nutr 42:51-54, 1988.

66. Mather, H.M., "Hypomagnesaemis in Diabetes." Acta Clinica Chemica 95:235-242, 1979.

67. Mazess, R.B., "Bone Mineral Content of North Alaskan Eskimos." American Journal of Clinical Nutrition 27:916-925, 1974.

68. McDougall, J., McDougall's Medicine, A Challenging Second Opinion. New Century Press, Piscataway, New Jersey, 1985.

69. Medical World News, p9, July 14, 1986.

70. Merrimee, Thomas, et al., "Insulin Like Growth Factors, Studies in Diabetes With and Without Retinopathy." New England Journal of Medicine 309:527-530, 1983.

71. Mertz, W., "Effects and Metabolism of Glucose Tolerance Factor." Nutrition Review 33:1929, 1975.

72. Miranda, Perla M., and David L. Horwitz, "High-Fiber Diets in the Treatment of Diabetes Mellitus." Annals of Internal Medicine 88:482-486, 1978.

73. Mitch, William E., et al., "The Effects of a Keto Acid-Amino Acid Supplement to a Restricted Diet on the Progression of Chronic Renal Failure." New England Journal of Medicine 311:623-629, 1984.

74. Morgan, T.O., "Failure of Therapy to Improve Prognosis in Elderly Males with Hypertension." Australia Medical Journal 2:27, 1980.

75. Murray, M.T., Diabetes and Hypoglycemia, How You Can Benefit from Diet, Vitamins, Minerals, Herbs, Exercise and Other Natural Methods. Prima, Rocklin, CA, 1994.

76. Murray, M.T., The Healing Power of Herbs, The Enlightened Persons's Guide to the Wonders of Medicinal Plants, Rev.2nd ed., Prima, Rocklin, CA, 1995.

77. Nelson, R., "Dysmenorrhea" in Conn's Current Therapy, H.F. Conn and R.E. Rakel, eds. W.B. Saunders, Philadelphia, pp.999-1000, 1984.

78. Nutrition Search, Inc., Nutrition Almanac. McGraw-Hill Paperbacks, NY, 1979.

79. Parham, B., "What's Wrong with Eating Meat?" Ananda Marga Publications, Denver, 1981.

80. Peterson, L., Cardiovascular Rehabilitation: A Comprehensive Approach. Macmillan, NY, 1983.

81. Phillipson, B.E., et al., "Reduction of Plasma Lipids, Lipoproteins, and Apoproteins by Dietary Fish Oils in Patients with Hypertriglyceridemia." New England Journal of Medicine 312:1210-1216, 1985.

82. Pogatsa, G. Potassium channels in the cardiovascular system. diabetes Res. Clin. Practice. 28:591-589, 1995.

83. Rabinowitch, I.M., "Effects of the High Carbohydrate-Low Calorie Diet Upon Carbohydrate Tolerance in Diabetes Mellitus." Canadian Medical Association Journal 33:136-144, 1935.

84. Rabinowitch, I.M., "Experiences with a High Carbohydrate-Low Calorie Diet for the Treatment of Diabetes Mellitus." Canadian Medical Association Journal 23:489-498, 1930.

85. Rabinowitch, I.M., "The Present Status of the High Carbohydrate-Low Calorie Diet for the Treatment of Diabetes." Canadian Medical Association Journal 26:141-148, 1932.

86. Ribes, G., et al., Effects of Fenugreek Seeds on Endocrine Pancreatic Secretions in Dogs. Ann Nutr Metab 28: 37-43, 1984.

87. Roberts, H.J., "Perspective on Vitamin E as Therapy." Journal of the American Medical Association 256:129, 1981.

88. Rose, W.C., "Amino Acid Requirements of Man." Journal of Biological Chemistry 217:997-1004, 1955.

89. Rudman, D., "Megadose Vitamins. Use and Misuse (editorial)." New England Journal of Medicine 309:488, 1983.

90. Sackler, A.M., "On the Nonsense of Official Recommended Daily Allowances (RDAs)." Medical Tribune,p46, September 18, 1985.

91. Sahelian, R., DHEA, A Practical Guide. Avery Publishing Group, NY, 1996.

92. Samsum, W.D., "The Use of High Carbohydrate Diets in the Treatment of Diabetes Mellitus." Journal of the American Medical Association 86:178-181, January 16, 1926.

93. Saudek, C.D., Rubin, R.R., and Shump, C.S., The Johns Hopkins Guide to Diabetes for Today and Tomorrow. The Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1997.

94. Saw, D., Pitman, E., Maung, M., Savasatit, P., Wasserman, D., Yeung, C.K.,1996. Granulomatous hepatitis associated with glyburide. Digestive Dis. Sci.41(2):322-315.

95. Schaumburg, H., "Sensory Neuropathy from Pyridoxine Abuse." New England Journal of Medicine 309:1445-1448, 1983.

96. Schor, S., "The University Group Diabetes Program, A Statistician Looks at the Mortality Results." Journal of the American Medical Association 217:1671-1675, 1971.

97. Seifter, Eli, Ph.D., et al., "Impaired Wound Healing in Streptozotic Diabetes: Prevention by Supplementary Vitamin A." Annals of Surgery 194:42-50, 1982.

98. Seo, J.S., and Yoo, D.J., Encyclopedic Knowledge on Adult Disease, 505 Questions and Answers. Seoeum, Seoul, Korea,1996.

99. Shanmugasundaram, E.R.B., et al., Use of Gymnema sylverstre Leaf Extract in the Control of Blood Glucose in Insulin-Dependent Diabetes Mellitus. J Ethnopharmacol 30:281-294, 1990.

100. Sharma, K.K., et al., Antihyperglycemic Effect of Onion: Effect on Fasting Blood Sugar and Induced Hyperglycemia in Man. Indian J Med Res 65:422-429, 1977.

101. Sharma, R.D., Raghuram T.C., and Rao N.S., Effect of Fenugreek Seeds on Blood Glucose and Serum Lipids in Type I Diabetes. Eur J Clin Nutr 44:301-306, 1990.

102. Sharpe, G.R., and Farr, P.M., Lancet 335:1283,1990.

103. Sheela, C.G., and Augusti K.T., Antidiabetic Effects of S-Allyl Cysteine Sulphoxide Isolated from Garlic (Allium sativum Linn.). Indian J. Exp Biol 30:523-526, 1992.

104. Somogyi, M., Bulletin of the St. Louis Jewish Hospital Medical Staff, May 1951.

105. Somogyi, M., "Dietary and Insulin Therapy of Diabetes." Bulletin of the St. Louis Jewish Hospital Medical Staff:1-16, October 1949.

106. Srikanta, S., "Islet-Cell Antibodies and BETA-Cell Function in Monozygotic Triplets and Twins Initially Discordant for Type I Diabetes Mellitus." New England Journal of Medicine 308:322-325, 1983.

107. Srivastava, Y., et al., Antidiabetic and Adaptogenic Properties of Momordica charantia Extract: An Experimental and Clinical Evaluation. Phytother Res 7:285-289, 1993.

108. Stern, E., Successful Use of Atriplex halimus in the Treatment of Type II Diabetic Patients. A preliminary study. Unpublished study conducted at the Zamenhoff Medical Center, Tel Aviv, Israel, 1989.

109. Strobl, J., and Thomas, J.A., "Chapter 66" in Modern Pharmacology, 3rd ed,. C.R. Craig and R.E. Stitzel, eds., Little, Brown, Boston, pp.882-884, 1990.

110. Struthers, A.D., "Prior Thiazide Diuretic Treatment Increases Adrenaline-Induced Hypokalemia." Lancet 1:1358, 1985.

111. Sweeney, J.S., "Dietary Factors That Influence the Dextrose Tolerance Test." Archives of Internal Medicine 40:818-830, 1927.

112. Tan, G.H., and Nelson, R.L., Pharmacologic treatment options for non-insulin-dependent diabetes mellitus. Mayo Clinic Proceedings 71:763-768, 1996.

113. The Extra Pharmacopoeia-Martindale, 24th ed., vol.1, The Pharmaceutical Press, London, p.614, 1958.

114. The Kroc Collaborative Study Group, "Blood Glucose and the Evolution of Diabetic Retinopathy and the Albuminuria." New England Journal of Medicine 311:1365-1372, 1984.

115. The Kroc Collaborative Study Group, "Hopes for Whole Pancreas, Islet Cell Transplant Falter." Internal Medicine News, September 1-14, 1986.

116. Thomas, J.A., "Chapter 63" in Modern Pharmacology, 3rd ed., C.R. Craig and R.E. Stitzel, eds., Little, Brown, Boston, p.850, 1990.

117. "Tight Control Trial Needs More Diabetics." Medical World News, p6, February 23, 1987.

118. Tyler, V.E., Herbs of Choice, The Therapeutic Use of Phytomedicinals. Pharmaceutical Products Press, Binghamton, NY, 1994.

119. "University Group Diabetes Program: A Study of the Effects of Hypoglycemic Agents on Vascular Complications in Patients with Adult-Onset Diabetes. 11. Mortality Results." Diabetes 19 [Suppl.]:814, 1970.

120. "University Group Diabetes Program." Journal of the American Medical Association 218:1400-1410, 1971.

121. Walker, R., "Calcium Retention in the Adult Human Male As Affected by Protein Intake." Journal of Nutrition 102:1297-1302, 1972.

122. Warmer, Rebecca, et al., Off Diabetes Pills, A Diabetic's Guide to Longer Life. Public Citizens' Health Group, Washington, 1978.

123. Watanabe, Y., et a.:Chem. Pharm. Bull., 32, 3994, 1984: Shoji, K., et al.: ibid. 20, 1729, 1972:21, 308, 1973: 25, 3049, 1977

124. Weiss, R.F., Herbal Medicine. AB Arcanum, Gothenburg, Sweden, pp.275-278, 1988.

125. Welihinda, J., et al., Effect of Momardica charantia on the Glucose Tolerance in Maturity Onset Diabetes. J Ethnopharmacol 17:277-282, 1986.

126. Welihinda, J., et al., The Insulin-Releasing Activity of the Tropical Plant Momordica charantia. Acta Biol Med Germ 41:1229-1240, 1982.

127. Whitaker, J.M., Reversing Diabetes. Warner Books, NY, 1987.

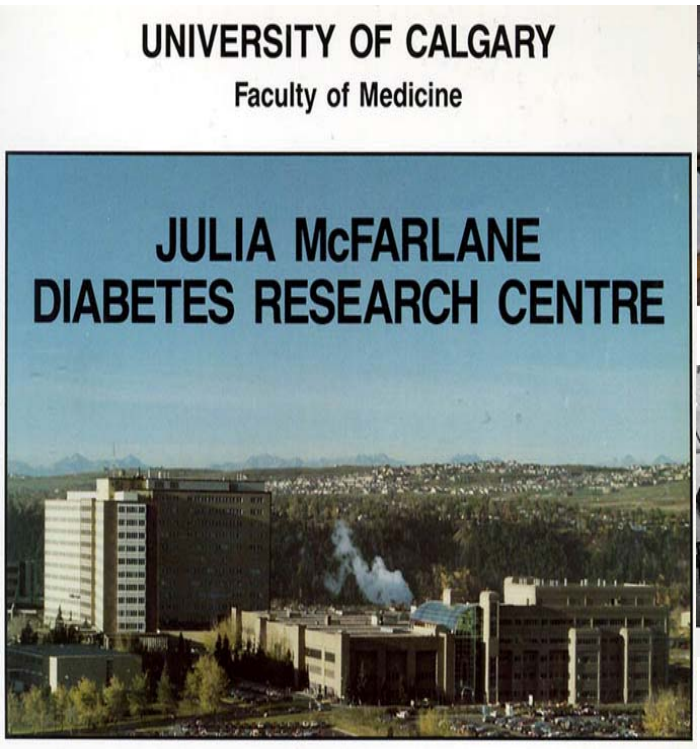
128. Winterhoff, H., Gorkow, C., and Behr, B., Zeitschrift fur Phytotherapie12:175-179, 1991.

129. Woongjin Health Book 2, Diabetes. Woongjin, Seoul, Korea, 1997.

130. Yamahara, J., et al: Yakugaku zasshi, 101, 86,1973.

131. Yoon, J.W., "Isolation of a Virus from the Pancreas of a Child with Ketocidosis." New England Journal of Medicine 300:1173-1179, 1979.

- 他们才是根治糖尿病的希望,
  根治糖尿病的物质就诞生在
  这偏土地和这群辛勤研究的人员中.



Microtome Room

Dr. Rorstad's Team in Diabetes Clinic

*著名的加拿大卡加利大學糖尿病研究中心

以 P-700 为主要天然物质的 ELEOTIN/胰乐啶-预防與根治糖尿病的希望! 天然保健食品

读者俱乐部信息：

鉴于本书的问答内容，相信者
会有更多的疑问，请参加我们的读者俱乐部，们
有国际方面的专家和会员的互相帮助，相信我们
相互扶持，共同保健我们的身体。请联络：
电子信箱：healthcareedu@shaw.ca

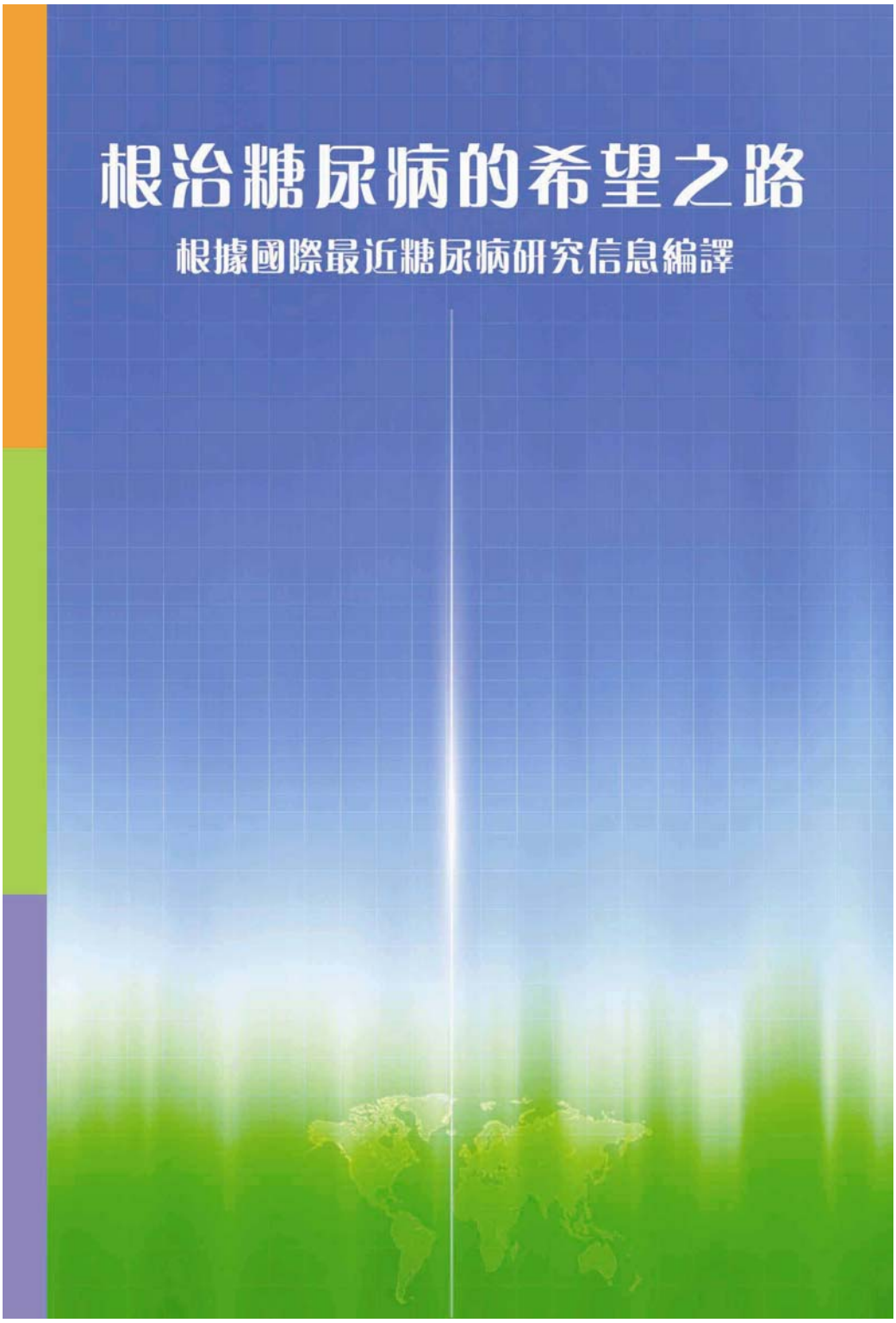
请填写完成下表并邮寄到: 请注明糖尿病读者俱乐部.

腾秀萍 收
北京市朝阳区团结湖北头条九号天和写字楼 507 室
邮编：100026
博特力国际贸易有限公司
电话：65824571

读者俱乐部会员注册表: 会员编号:

姓名:	性别:	年龄:
职业:	出生地点:	生日:
住址:		
兴趣爱好:		
健康状况自我评估:		
有无糖尿病:		
糖尿病史: 初次诊断糖尿病的时间:		
糖尿史简述:		
糖尿病家族史:		
对此书的感想和建议:		
电子信箱:	联络电话:	

此書主要是向糖尿病患者和從事糖尿病研究人員介紹目前最新的有關實驗結果的信息和參考資料。此書所引用的信息和資料均來自權威的研究機構和公認的科研成果。爲了使人們更容易理解，本書盡量避免使用專業術語，并以問答的形式編輯了明確易懂的內容。對于專業者，希望附錄中的衆多信息能對其研究有所幫助。本書的內容不是要取代醫生的指示或處方。祇希望能給人們在健康的保養和治療上一個方向性的指導。根據此書在海外市場的情況反映，此書被譽爲糖尿病患者必讀的指導性讀物。


根治糖尿病的希望之路
根據國際最近糖尿病研究信息編譯

編後語

此書主要是向糖尿病患者和從事糖尿病研究人員介紹目前最新的有關實驗結果的信息和參考資料。此書所引用的信息和資料均來自權威的研究機構和公認的科研成果。爲了使人們更容易理解，本書盡量避免使用專業術語，并以問答的形式編輯了明確易懂的內容。對于專業者，希望附録中的衆多信息能對其研究有所幫助。本書的內容不是要取代醫生的指示或處方。衹希望能給人們在健康的保養和治療上一個方向性的指導

(鄂) 新登记字典 08 号

书名: 根治糖尿病的希望之路

编译: 钱启源
责任编辑: 邹德清
封面设计: 梁子; 启源
出版: 武汉出版社

ISBN 7-5430-2999-5/R . 99

版权所有.