

เวชศาสตร์เชิงประจักษ์กับการแพทย์แผนไทย

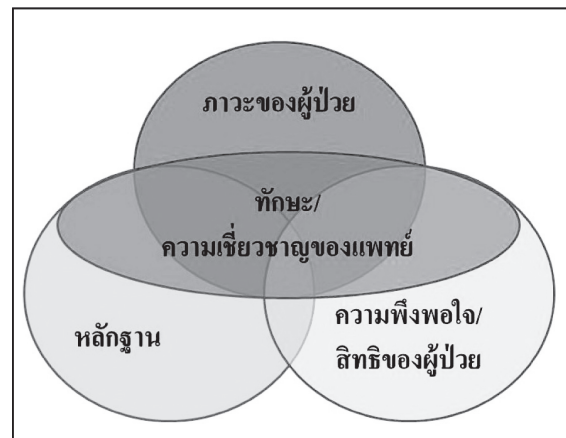
ณัชกร ล้าเลิศกิจ*

นฤมล พูนไพบูลย์โรจน์*

ประวิทย์ อัครเสรินนท์*†

เวชศาสตร์เชิงประจักษ์ หรือ Evidence-based medicine (EBM) หมายถึง การดูแลรักษาผู้ป่วยโดยผสมผสานระหว่างหลักฐานที่ดีที่สุดที่มีอยู่ในขณะนั้น ทักษะ ความเชี่ยวชาญของแพทย์ ความพึงพอใจ ความต้องการของผู้ป่วย และภาวะของผู้ป่วย¹ (แสดงดังรูปที่ 1) โดยหลักฐาน (evidence) หมายถึง อะไรก็ตามที่ประจักษ์ชัดและเป็นเหตุเป็นผล โดยหลักฐานที่ดีจะต้องได้รับการตรวจสอบและปราศจากอคติ² ในทางการแพทย์ แหล่งที่มาของหลักฐานอาจมาจากการวิจัย ประสพการณ์ของผู้เชี่ยวชาญ ความรู้ และประสพการณ์ของผู้ป่วยหรือผู้ที่ดูแลผู้ป่วย และข้อมูลอื่นๆ เช่น ภูมิปัญญาท้องถิ่น นโยบายของชาติ เป็นต้น ทั้งนี้ เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า หลักฐานที่ได้จากงานวิจัย (research evidence) โดยเฉพาะงานวิจัยทางคลินิกที่เป็น systematic review (SR) ของ randomized controlled trial (RCT), meta-analysis และ randomized controlled trial เป็นหลักฐานที่น่าเชื่อถือที่สุด³

ในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา แนวคิดเรื่องเวชศาสตร์เชิงประจักษ์ได้ทำให้บุคลากรทางการแพทย์มีความตื่นตัวในการหาข้อมูลที่ต้องการและครบถ้วนที่สุดมาประยุกต์ใช้ในเวชปฏิบัติ เพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมีประสิทธิผลและปลอดภัยมากที่สุด ดังนั้น การดูแลรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ถ้าจะให้ เป็นไปตามหลักเวชศาสตร์เชิงประจักษ์เพื่อให้บุคลากรทางการ



รูปที่ 1 แนวคิดของเวชศาสตร์เชิงประจักษ์ (ดัดแปลงจาก Haynes RB และคณะ, 2002)¹

แพทย์สาขาอื่นเกิดความมั่นใจและยอมรับนั้น ก็คงต้องผสมผสานหลักฐานร่วมกับประสพการณ์และความเชี่ยวชาญของแพทย์แผนไทยที่มีอยู่เดิม ซึ่งกระบวนการดูแลผู้ป่วยโดยใช้เวชศาสตร์เชิงประจักษ์สรุปโดยย่อมีดังนี้⁴

ขั้นตอนที่ 1 ตั้งคำถาม ซึ่งคำถามที่ตั้งควรเป็นคำถามที่มีจุดประสงค์แน่ชัด เช่น ปัญหานี้พบบ่อยเท่าใด (ถามเรื่องความชุกของโรค) ถ้าไม่ให้การรักษาก็คงเกิดผลอย่างไร (การพยากรณ์โรค) การรักษานี้มีผลดีอย่างไร ผลเสียที่พบได้บ่อยจากการรักษาคืออะไร เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 2 ค้นหาหลักฐานข้อมูลเพื่อตอบคำถาม ซึ่งปัจจุบันนี้การหาหลักฐานจากงานวิจัยสามารถทำได้สะดวกมากขึ้น เนื่องจากมีแหล่งข้อมูลที่สามารถเข้าถึงได้ทาง

* สถานการณ์การแพทย์แผนไทยประยุกต์

† ภาควิชาเภสัชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

อินเทอร์เน็ต เช่น Cochrane database of systematic reviews (CDSR) และ PubMed เป็นต้น ส่วนแหล่งข้อมูลที่เป็นภาษาไทย ได้แก่ เว็บไซต์ Med Plant (<http://www.medplant.mahidol.ac.th/index.asp>) โดยสำนักงานข้อมูลสมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลร่วมกับหน่วยบริการฐานข้อมูลสมุนไพรศูนย์พันธุวิศวกรรมและเทคโนโลยีชีวภาพแห่งชาติ BIOTEC และวารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (<http://www.dtam.moph.go.th/internet/index.php?code=9002>) โดยกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินความน่าเชื่อถือของหลักฐานข้อมูลที่ได้มา โดยใช้เกณฑ์ประเมินหลักฐานที่น่าเชื่อถือ รวมทั้งพิจารณาความสอดคล้องของข้อมูลนั้นกับผู้ป่วยรายที่ให้การดูแล

ขั้นตอนที่ 4 พิจารณาข้อมูลที่ได้มาร่วมกับประสบการณ์ ความชำนาญของแพทย์ผู้ดูแล ความคาดหวัง ความต้องการ และภาวะของผู้ป่วยรายนั้น ๆ

ขั้นตอนที่ 5 ทบทวนและประเมินผลการปฏิบัติของตนเองตั้งแต่ขั้นตอนที่ 1 ถึง 4 เพื่อพัฒนาทักษะการใช้เวช

ศาสตร์เชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยรายต่อไป

แนวทางจัดระดับหลักฐานของ Oxford Centre for Evidence-based Medicine (OCEBM)

แนวทางของ OCEBM จัดทำขึ้นในปีค.ศ.1998 (พ.ศ. 2541) เพื่อให้แพทย์ฝึกหัดใช้ ต่อมาได้ปรับปรุงครั้งแรกเมื่อปีค.ศ.2009 (พ.ศ.2552) โดยระดับของหลักฐาน หมายถึง ความถูกต้องของหลักฐานขึ้นเดียว ซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับการนำมาใช้ทางเวชกรรม ส่วนระดับของคำแนะนำ หมายถึง ระดับของคำแนะนำของการใช้ โดยมากมักได้จากหลักฐานมากกว่าหนึ่งชิ้น การจัดระดับของหลักฐานของ OCEBM ขึ้นอยู่กับความมีอคติและรูปแบบการศึกษาเป็นสำคัญ โดยระดับ 1 หมายถึง หลักฐานที่น่าจะมีอคติน้อยที่สุด และระดับ 5 หมายถึง หลักฐานที่น่าจะมีอคติมากที่สุด ทั้งนี้ แนวทางของ OCEBM 2009 มีข้อดีคือ ระดับของหลักฐานและเกณฑ์ที่ใช้ตัดสินมีความละเอียด ทำให้สามารถตัดสินได้เหมือน ๆ กันไม่ว่าผู้ประเมินจะเป็นใคร สามารถนำมาใช้กับคำถามได้หลากหลาย ได้แก่ ความชุก การวินิจฉัย การพยากรณ์โรค ผลดีของการรักษา และผลเสียจากการรักษา เป็นต้น ทั้งนี้สถานการแพทย์แผน

ตารางที่ 1 ระดับของหลักฐานและระดับของคำแนะนำตามแนวทางของ OCEBM 2009 ที่ปรับปรุงโดยสถานการณ์การแพทย์แผนไทยประยุกต์

ระดับของ		ชนิดของหลักฐาน
คำแนะนำ	หลักฐาน	
A	1	o SR ของการศึกษารูปแบบ RCT ที่แต่ละการศึกษาให้ผลไปในแนวเดียวกัน o งานวิจัยรูปแบบ RCT ที่มีช่วงความเชื่อมั่นทางสถิติ (confidence interval; CI) แคบ
B	2	o SR ของการศึกษารูปแบบ cohort ที่แต่ละการศึกษาให้ผลไปในแนวเดียวกัน o งานวิจัยรูปแบบ RCT ที่ด้อยคุณภาพ (ติดตามผลได้น้อยกว่าร้อยละ 80) และการศึกษารูปแบบ cohort o งานวิจัยเชิงผลลัพธ์ (outcome research)
	3	o SR ของการศึกษารูปแบบ case-control ที่แต่ละการศึกษาให้ผลไปในแนวเดียวกัน o งานวิจัยที่มีการศึกษารูปแบบ case-control
C	4	o งานวิจัยรูปแบบ case-series o การศึกษารูปแบบ cohort และ case-control ที่ด้อยคุณภาพ
D	5	o ความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ o การวิจัยในหลอดทดลองหรือสัตว์ทดลอง

- หมายเหตุ** (1) ดัดแปลงจาก Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence (March 2009)⁵
 (2) ในการประเมินอาจมีการเติมเครื่องหมาย “-” ต่อท้ายระดับของหลักฐาน เมื่อหลักฐานนั้นมี CI กว้าง หรือเป็น SR ที่พบว่างานวิจัยที่นำมาทบทวนนั้นมีความไม่เข้ากันอยู่ ทำให้ไม่สามารถสรุปผลได้ ในกรณีนี้จะจัดว่ามีระดับของคำแนะนำเท่ากับระดับ D⁵
 (3) SR หมายถึง systematic review
 (4) RCT หมายถึง randomized controlled trial

ไทยประยุกต์ได้มีการดัดแปลงนำมาใช้เฉพาะส่วนที่เป็นหลักฐานเกี่ยวกับประสิทธิผลในการรักษา การป้องกันโรค การศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุของโรค และอันตรายจากการใช้ นอกจากนี้ได้มีการจัดระดับของหลักฐานบางระดับออกเพื่อให้เหมาะสมกับการประเมินหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย (ตารางที่ 1)

อย่างไรก็ดี แนวทางของ OCEBM ก็มีข้อด้อยที่สำคัญคือ ไม่มีการบอกวาระดับของคำแนะนำนั้นสามารถนำมาใช้ทางเวชกรรมได้อย่างไร และไม่มีการสรุปว่าข้อมูลนั้นมีประโยชน์หรือไม่

โทษ จึงทำให้ผู้ที่ใช้แนวทางของ OCEBM นั้นส่วนมากจะเป็นแพทย์ เนื่องจากมีความรู้ที่เพียงพอในการนำระดับของคำแนะนำที่ได้จาก OCEBM ไปประกอบการตัดสินใจ ทั้งนี้ระดับของคำแนะนำของ OCEBM สามารถนำไปเทียบเคียงกับระบบอื่น จึงอาจอธิบายได้ว่าระดับ A = มีประโยชน์, B = น่าจะมีประโยชน์, C = ไม่น่าจะมีประโยชน์, D = ไม่ทราบว่ามีประสิทธิผลหรือไม่⁶

ดังนั้น ในปีพ.ศ.2554 OCEBM จึงได้จัดทำเกณฑ์ OCEBM 2011 levels of evidence (ตารางที่ 2) ขึ้นมาใหม่

ตารางที่ 2 ระดับของหลักฐานตามแนวทางของ OCEBM 2011 (OCEBM 2011 Levels of Evidence)

คำถาม	ขั้นตอนที่ 1 (ระดับ 1*)	ขั้นตอนที่ 2 (ระดับ 2*)	ขั้นตอนที่ 3 (ระดับ 3*)	ขั้นตอนที่ 4 (ระดับ 4*)	ขั้นตอนที่ 5 (ระดับ 5*)
ปัญหานี้พบบ่อยเท่าใด	การสำรวจแบบสุ่มในท้องถิ่น ณ เวลานั้น	Systematic review ของการสำรวจซึ่งตรงกับสถานการณ์ของท้องถิ่น [#]	การสำรวจในท้องถิ่นโดยไม่มีกลุ่มตัวอย่าง [#]	งานวิจัยชนิด case-series [#]	ไม่มี
การวินิจฉัยนี้ถูกต้องเพียงใด (การวินิจฉัย)	Systematic review ของงานวิจัยแบบ cross section ที่มีการลอคอคติ	งานวิจัยแบบ cross section ที่มีการลอคอคติ	การศึกษาที่ไม่มีความต่อเนื่อง หรือ การศึกษาที่ไม่มีการใช้ reference standard [#]	งานวิจัยชนิด case-control [#]	ข้อสรุปที่ได้จากการเชื่อมโยงการให้การรักษากับผลทางคลินิก (mechanism-based reasoning)
ถ้าไม่ให้การรักษาส่งผลอย่างไร (การพยากรณ์โรค)	Systematic review ของงานวิจัย Inception cohort	งานวิจัย Inception cohort	งานวิจัย Cohort หรือ กลุ่มควบคุมของ randomized trial*	งานวิจัยแบบ case-series หรือ case-control หรือ งานวิจัย cohort ที่ด้อยคุณภาพ	ไม่มี
การรักษาที่มีผลดีอย่างไร	Systematic review ของ RCT	RCT หรือการวิจัยเชิงสังเกตที่มีคุณภาพ	งานวิจัย Cohort ที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่าง หรือการศึกษาแบบติดตามผล [#]	งานวิจัยแบบ case-series หรือ case-control หรือ historical case-control [#]	ข้อสรุปที่ได้จากการเชื่อมโยงการให้รักษากับผลทางคลินิก
ผลเสียที่พบได้บ่อยจากการรักษานี้คืออะไร	Systematic review ของ RCT หรือ การวิจัยเชิงสังเกตที่มีคุณภาพ	RCT หรือการวิจัยเชิงสังเกตที่มีคุณภาพ	งานวิจัย Cohort ที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่าง หรือ การศึกษาแบบติดตามผล [#]	งานวิจัยแบบ case-series หรือ case-control หรือ historical case-control [#]	ข้อสรุปที่ได้จากการเชื่อมโยงการให้รักษากับผลทางคลินิก
ผลเสียที่พบได้น้อยจากการรักษานี้คืออะไร	Systematic review ของ RCT	RCT หรือการวิจัยเชิงสังเกตที่มีคุณภาพ	งานวิจัย Cohort ที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่าง หรือ การศึกษาแบบติดตามผล [#]	งานวิจัยแบบ case-series หรือ case-control หรือ historical case-control [#]	ข้อสรุปที่ได้จากการเชื่อมโยงการให้รักษากับผลทางคลินิก
การตรวจวินิจฉัยนี้คุ้มค่าหรือไม่ (การตรวจในระยะเริ่มแรก การคัดกรอง)	Systematic review ของ RCT	RCT	งานวิจัย Cohort ที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่าง หรือ การศึกษาแบบติดตามผล [#]	งานวิจัยแบบ case-series หรือ case-control หรือ historical case-control [#]	ข้อสรุปที่ได้จากการเชื่อมโยงการให้รักษากับผลทางคลินิก

หมายเหตุ : ดัดแปลงจาก The Oxford 2011 Levels of Evidence⁸

* ระดับของหลักฐานอาจลดลง ขึ้นอยู่กับคุณภาพ ความไม่ชัดเจน เนื่องจากความขัดแย้งกันระหว่างการศึกษา หรือจำนวนตัวอย่างที่ให้ผลน้อยเกินไป ในทางตรงกันข้ามระดับของหลักฐานอาจเพิ่มขึ้นได้ถ้าจำนวนตัวอย่างที่ให้ผลมีจำนวนมาก

ในกรณีที่ทำ systematic review ของงานวิจัยเหล่านี้ได้ จะมีความน่าเชื่อถือกว่างานวิจัยเดี่ยว

เพื่อให้ใช้ได้ง่ายขึ้น ทั้งนี้ภาพรวมของเกณฑ์ปีค.ศ.2011 เหมือนของปีค.ศ.2009 แต่มีความแตกต่างในบางประเด็น เช่น ปรับให้เน้นการเอาไปใช้ประกอบการตัดสินใจในสภาวะการณ์จริงมากขึ้น⁷ นอกจากนี้พบว่าเกณฑ์ปีค.ศ.2011 ไม่ได้ระบุหลักฐานประเภทความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญหรือการทดลองก่อนคลินิกไว้

โดยสรุป สถานการณ์แพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมีความเห็นว่า OCEBM 2011 levels of evidence เหมาะกับการนำไปประกอบการตัดสินใจอย่างรวดเร็วในการดูแลคนไข้ เช่น ถ้าอยากรู้ว่าใบแปะก๊วยปลอดภัยหรือไม่ แล้วพบ SR จาก Cochrane review สรุปว่ามีความปลอดภัย ก็ทำให้มั่นใจได้ว่าการใช้กับผู้ป่วยจะไม่เกิดผลเสียร้ายแรง ส่วนการประเมินระดับของหลักฐานและคำแนะนำอย่างละเอียด เช่น ในการเขียนบทความ การใช้เกณฑ์ของปี 2009 น่าจะมีความเหมาะสมมากกว่า บทความนี้ได้แสดงตัวอย่างการนำหลักเวชศาสตร์เชิงประจักษ์มาใช้พิจารณาการแนะนำให้ใช้กระเจี๊ยบแดงในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและไขมันสูง เนื่องจาก ปัจจุบันมีการอ้างสรรพคุณของกระเจี๊ยบว่าสามารถลดไขมันในเลือดและลดความดันโลหิตได้

ตัวอย่างการประเมินหลักฐานของกระเจี๊ยบแดงในการนำมาใช้ลดความดันโลหิตสูงและลดไขมันในเลือดด้วยแนวทางของ Oxford Centre for Evidence-based Medicine 2009

กระเจี๊ยบแดงเป็นสมุนไพรพื้นบ้านที่มีการใช้อย่างแพร่หลายโดยนิยมรับประทานเป็นอาหาร เช่น รับประทานยอดอ่อนเป็นผักจิ้มน้ำพริก นำกลีบเลี้ยงแห้งมาทำเป็นเครื่องต้มสำหรับการนำมาใช้ในทางยานั้น ตามภูมิปัญญาดั้งเดิมให้รับประทานกลีบเลี้ยงและใบซึ่งมีรสเปรี้ยวเป็นยาขับเสมหะ แก้ไอ ขับเมือกมันในลำไส้ลงสู่ทวารหนัก รับประทานเมล็ดเป็นยาบำรุงธาตุ บำรุงกำลัง แก้ดีพิการ ขับปัสสาวะ⁹ ในการประเมินว่าหลักฐานที่มาสสนับสนุนฤทธิ์ลดความดันโลหิตสูงและลดไขมันในเลือดของกระเจี๊ยบแดงมีความน่าเชื่อถือเพียงใด อาจเริ่มเป็นลำดับ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ตั้งคำถาม เช่น

- o กระเจี๊ยบแดงสามารถลดไขมันในเลือดได้หรือไม่

o กระเจี๊ยบแดงสามารถลดความดันโลหิตสูงได้หรือไม่

ขั้นตอนที่ 2 และ 3 หาและประเมินหลักฐานที่เกี่ยวข้อง

กระเจี๊ยบแดงมีชื่อวิทยาศาสตร์ว่า *Hibiscus sabdariffa* L. วงศ์ Malvaceae ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ในทางการแพทย์พื้นบ้านของต่างประเทศ เช่น แอฟริกาใต้ใช้เมล็ดกระเจี๊ยบต้มกินเป็นยาขับปัสสาวะ แอฟริกาตะวันออกมีการใช้ใบต้มกินลดความดันโลหิต ขับปัสสาวะ ลดคอเลสเตอรอล ลดความหนืดของเลือด ในอียิปต์ใช้กลีบเลี้ยงรักษาความดันโลหิตสูง ใช้ทั้งต้นรักษาโรคหัวใจ และกัวเตมาลาใช้น้ำต้มกลีบเลี้ยงเป็นยาขับปัสสาวะ¹⁰ สำหรับหลักฐานจากงานวิจัย มีดังนี้

o ในด้านฤทธิ์ลดความดันโลหิตพบ systematic review 1 เรื่อง ประกอบด้วย RCT 4 เรื่อง ซึ่งให้ผลสรุปว่าถึงแม้แต่ละงานวิจัยจะมีแนวโน้มไปในทางเดียวกัน คือ พบว่ากระเจี๊ยบลดความดันโลหิตได้ แต่ผู้นิพนธ์งานวิจัยนี้มีความเห็นว่า เนื่องจากงานวิจัยทั้งหมดมีระยะเวลาทดลองที่สั้น และเป็น RCT ที่ด้อยคุณภาพ (Jadad score น้อยกว่า 3) จึงไม่สามารถยืนยันได้อย่างแน่ชัดว่าสมุนไพรนี้สามารถลดความดันโลหิตได้¹¹ ดังนั้น ระดับของหลักฐานนี้ คือ “1-” ถึงแม้จะมีงานวิจัย RCT 1 งาน ซึ่งรายงานว่าชากระเจี๊ยบสามารถลด systolic blood pressure ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.03)¹² ในการสุ่มระดับของคำแนะนำในการใช้ลดความดันโลหิต จะต้องนำหลักฐานสูงสุดมาตัดสินใจ เนื่องจากมีอคติน้อยกว่า ดังนั้นเนื่องจากระดับของหลักฐานสูงสุดที่พบเป็นระดับ “1-” ระดับของคำแนะนำจึงเท่ากับ D

o สำหรับฤทธิ์ลดไขมันในเลือดพบงานวิจัยทางคลินิก 3 เรื่อง คือการศึกษาเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองที่ทำในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับชากระเจี๊ยบมีค่า HDL สูงขึ้น มี total cholesterol และ LDL ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนได้รับชากระเจี๊ยบ¹³ งานวิจัยที่ 2 เป็นงานวิจัยรูปแบบ RCT ซึ่งทำในผู้ป่วย metabolic syndrome ผลการวิจัยนี้สนับสนุนการให้ชาดอกกระเจี๊ยบเป็นการรักษาเสริมควบคู่ไปกับการรักษาภาวะ metabolic syndrome เนื่องจากสามารถลดไขมันและความดันโลหิตได้¹⁴ และงานวิจัยอีกชิ้นหนึ่งเป็น RCT ที่ศึกษาผลของใบกระเจี๊ยบต่อการลดไขมันในเลือด พบว่าใบกระเจี๊ยบไม่มีฤทธิ์¹⁵ ดังนั้นจึงอาจสรุปได้ว่า ดอกกระเจี๊ยบ

ตารางที่ 3 ผลการประเมินหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับกระเจียบแดง

ข้อบ่งใช้	ระดับของ	
	หลักฐานสูงสุดที่ทำได้	คำแนะนำ
ลดความดันโลหิต	1 -	D
ลดไขมันในเลือด (ส่วน ของกลีบเลี้ยงเท่านั้น)	2	B
ขับปัสสาวะ	5	D

เท่านั้นที่อาจลดไขมันในเลือดได้ โดยหลักฐานระดับสูงสุดที่สนับสนุนฤทธิ์ลดไขมันในเลือดของดอกกระเจียบ คือระดับ “2”

o ส่วนฤทธิ์ในการขับปัสสาวะ มีงานวิจัยในสัตว์ทดลองที่แสดงว่ากระเจียบเพิ่มการขับปัสสาวะได้¹⁶ จึงสรุปว่าเป็นเพียงหลักฐานระดับ “5”

สรุป ระดับของหลักฐานและระดับของคำแนะนำของกระเจียบแดงแสดงในตารางที่ 3

ขั้นตอนที่ 4 พิจารณาข้อมูลร่วมกับความชำนาญของแพทย์แผนไทยและความคาดหวังของผู้ป่วย

จากการประเมินหลักฐานของกระเจียบแดง อาจสรุปได้ว่าการนำดอกกระเจียบมาใช้ในการลดความดันโลหิตและขับปัสสาวะควรมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป เพราะยังไม่สามารถสรุปได้ว่ามีประสิทธิผลด้วยหลักฐานที่มีอยู่ในปัจจุบัน แต่น่าจะมีประโยชน์ในการนำมาใช้ลดไขมันในเลือด ดังนั้น ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการรักษาภาวะดังกล่าวด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ควรมีการพิจารณาถึงภาวะของผู้ป่วยและสมรรถภาพของโรคตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทยว่ามีความเหมาะสมในการใช้หรือไม่

จากตัวอย่างที่ยกมานั้น ชี้ให้เห็นว่า การรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย แท้จริงแล้วก็ใช้หลักเวชศาสตร์เชิงประจักษ์ได้เช่นกัน เนื่องจากมีทฤษฎีที่อธิบายได้อย่างเป็นเหตุเป็นผล และเป็นการปฏิบัติตามแหล่งอ้างอิงที่แพทย์แผนไทยเชื่อถือ นั่นคือ คัมภีร์และจารึกต่างๆ ซึ่งถึงแม้ตามหลักเกณฑ์สากล ประสบการณ์จากผู้เชี่ยวชาญ (ในที่นี้ คือ คัมภีร์และจารึกต่าง ๆ) จะมีระดับความน่าเชื่อถือเท่ากับ 5 เท่านั้น แต่เนื่องจากประสบการณ์ในการใช้ของแพทย์แผนไทยนั้นบางครั้งมีการใช้อย่างต่อเนื่องมายาวนานมากกว่าร้อยปี และหากพิจารณาจะพบว่าคัมภีร์บางเล่มนั้นสามารถเป็นหลักฐานอ้างอิงที่เชื่อถือได้ เนื่องจากเป็นการรวบรวมประสบการณ์ใน

การใช้จากอาจารย์แพทย์แผนไทยที่เชี่ยวชาญและได้รับการตรวจสอบชำระให้ถูกต้อง³ เช่น คัมภีร์แพทยศาสตร์สงเคราะห์ ซึ่งเป็นคัมภีร์ที่ได้รับการตรวจสอบชำระจากหมู่แพทย์หลวงในสมัยรัชกาลที่ 5¹⁷ ดังนั้น ณ ขณะนี้ตามองค์ประกอบของเวชศาสตร์เชิงประจักษ์ การรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย น่าจะขาดเพียงการบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบเท่านั้น ดังนั้น ถ้าแพทย์แผนไทยช่วยกันพัฒนาหลักฐานที่น่าเชื่อถือมาสนับสนุนการรักษา บุคลากรทางการแพทย์แผนปัจจุบันที่ทำงานร่วมกันก็จะเกิดความเข้าใจและมั่นใจ ซึ่งจะส่งเสริมให้การแพทย์แผนไทยอยู่ในระบบสุขภาพ เพื่อดูแลผู้ป่วยเคียงคู่ไปกับการแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งเป็นการแพทย์กระแสหลักได้

เอกสารอ้างอิง

- Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH. Clinical expertise in the era of evidence based medicine and patient choice. EBM 2002;7:36-8.
- Davies HTO, Nutley SM, Smith PC. Introducing evidence-based policy and practice in public services. Davies HTO, Nutley SM, Smith PC, editors. Bristol: The Policy Press; 2000.
- Rycroft-Malone J, Seers K, Titchen A, Harvey G, Kitson A, McCormack B. What counts as evidence in evidence-based practice? J Adv Nurs 2004;47:81-90.
- อักรินทร์ นิมมานนิตย์. เวชศาสตร์เชิงประจักษ์กับการพัฒนาการแพทย์แผนไทย. ใน: ทวี เลหาพันธ์, เอื้อพงศ์ จตุรธำรง, ธาณี เทพวัลย์, บรรณาธิการ. การแพทย์แผนไทยประยุกต์กับการพัฒนาการแพทย์แผนไทยให้ยั่งยืน 2554. กรุงเทพฯ: สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2554. หน้า 11-5.
- Phillips B, Ball C, Sackett D, Badenoch D, Straus S, Haynes B, et al. Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence (March 2009). Centre for Evidence-based Medicine; 2009 [cited 2010 Jun 8]; Available from: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025>.
- Ebell MH, Siwek J, Weiss BD, Woolf SH, Susman J, Ewigman B, et al. Simplifying the language of evidence to improve patient care: strength of recommendation taxonomy (SORT): a patient-centered approach to grading evidence in medical literature. J Fam Pract 2004;53:11-20.
- Howick J, Chalmers I, Glasziou P, Greenhalgh T, Heneghan C, Liberati A, et al. Explanation of the 2011 Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (OCEBM) Levels of Evidence (Background Document). Oxford Centre for Evidence-Based Medicine; [cited 2011 Aug 1]; Available from: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=5653>.
- OCEBM Levels of Evidence Working Group. The Oxford 2011 Levels of Evidence. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine; [cited 2011 July 31]; Available from: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=5653>.
- เสงี่ยม พงษ์รอด. ไม้เทศเมืองไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์กรุงธน; 2522.
- สุภาภรณ์ ปิติพร, ผกากรอง ขวัญข้าว. สมุนไพรเพื่อชีวิต พืชดีโรคภัย “สุขภาพวิถีไทยอภัยภูเบศร์” เพื่อการพึ่งตนเอง. กรุงเทพฯ: ประมัตต์การพิมพ์; 2551.

11. Wahabi HA, Alansary LA, Al-Sabban AH, Glasziuo P. The effectiveness of *Hibiscus sabdariffa* in the treatment of hypertension: A systematic review. *Phytomedicine* 2010;17:83-6.
12. McKay DL, Chen CY, Saltzman E, Blumberg JB. *Hibiscus Sabdariffa* L. tea (Tisane) lowers blood pressure in prehypertensive and mildly hypertensive adults. *J Nutr* 2010;140:298-303.
13. Mozaffari-Khosravi H, Jalali-Khanabadi B-A, Afkhami-Ardekani M, Fatehi F. Effects of sour tea (*Hibiscus sabdariffa*) on lipid profile and lipoproteins in patients with type II diabetes. *J Altern Complement Med* 2009;15:899-903.
14. Gurrola-Diaz CM, Garcia-Lopez PM, Sanchez-Enriquez S, Troyo-Sanroman R, Andrade-Gonzalez I, Gomez-Leyva JF. Effects of *Hibiscus sabdariffa* extract powder and preventive treatment (diet) on the lipid profiles of patients with metabolic syndrome (MeSy). *Phytomedicine* 2010;17:500-5.
15. Kuriyan R, Kumar DR, Rajendran R, Kurpad AV. An evaluation of the hypolipidemic effect of an extract of *Hibiscus sabdariffa* leaves in hyperlipidemic Indians: a double blind, placebo controlled trial. *BMC Complement Altern Med* 2010;10:27.
16. Wright CI, Van-Buren L, Kroner CI, Koning MMG. Herbal medicines as diuretics: A review of the scientific evidence. *J Ethnopharmacol* 2007;114:1-31.
17. มุลินธิพันธ์ ฟุ้งส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิม, โรงเรียนอายุรเวทอํารง สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. ตำราการแพทย์แผนไทยเดิม (แพทยศาสตร์สงเคราะห์ ฉบับอนุรักษ์) เล่มที่ 1 ฉบับชำระ พ.ศ.2550 เนื่องในมหามงคลวโรกาสเฉลิมพระชนมายุ 80 พรรษา พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช. กรุงเทพฯ: ศุภวณิชการพิมพ์; 2550.