

อภิปรายผลการวิจัย

บทบาทที่แท้จริงของแคปไซซินในการรักษาหลอดเลือดอักเสบลิควิดโคซัยโตคลาสติกยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด สันนิษฐานว่ากลไกการออกฤทธิ์เกิดจาก การที่แคปไซซินไปยับยั้งการเกิด respiratory burst หรือ myeloperoxidase-H₂O₂-halide-mediated cytotoxic system ของเม็ดเลือดขาวนิวโทรฟิล⁽¹⁶⁾ โดยยาทำตัวเป็น สารตั้งต้นของเอ็นไซม์ peroxidase ทำให้เอ็นไซม์ดังกล่าวเปลี่ยนแปลงเป็น compound II ซึ่งไม่มีคุณสมบัติเป็นตัว oxidant แทนที่จะเปลี่ยนไปเป็น compound I ซึ่งเป็นตัว oxidant ที่ดี ทำให้ไม่มีการสร้างกรด hypochlorous เกิดขึ้น⁽¹⁸⁾ กลไกที่สองอาจเกิดจากการที่ยาไปขัดขวาง integrin-mediated adherence function ทำให้เม็ดเลือดขาวนิวโทรฟิลไม่สามารถเคลื่อนออกจากหลอดเลือดเข้าสู่บริเวณที่เกิดการอักเสบได้⁽¹⁹⁾

แม้ว่าจะมีรายงานประสิทธิผลของแคปไซซินในการรักษาหลอดเลือดอักเสบลิควิดโคซัยโตคลาสติกมาเป็นระยะเวลานานมาแล้ว แต่รายงานผลการศึกษายังมีจำนวนไม่มากนักและส่วนใหญ่เป็นรายงานผลการรักษาในผู้ป่วยจำนวนไม่มากและไม่มีการควบคุม การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแรกที่ทำการศึกษากลุ่มของแคปไซซินในการรักษาหลอดเลือดอักเสบลิควิดโคซัยโตคลาสติกเฉพาะที่ผิวหนังซึ่งตรวจไม่พบสาเหตุ โดยวิธีการวิจัยเชิงทดลองทางคลินิกที่แบ่งกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเพื่อเข้ารับสิ่งแทรกแซงที่กำหนดไว้โดยการสุ่ม โดยที่ทั้งผู้ป่วยและผู้วิจัยไม่ทราบว่าผู้ป่วยคนใดอยู่ในกลุ่มตัวอย่างใดในผู้ป่วยจำนวนมากพอ ในการวิจัยนี้มีผู้ป่วยเข้าร่วมทั้งหมด 31 คนและคัดเลือกวิธีการรักษาโดยการสุ่มด้วยการจับสลากทำให้ตัวอย่างผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มการรักษาในการวิจัยนี้มีลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยและลักษณะทางคลินิกของโรคไม่แตกต่างกัน ซึ่งเมื่อพิจารณาลักษณะโดยทั่วไปของผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นอายุ หรือสัดส่วนเพศหญิงต่อเพศชาย ก็ไม่พบว่ามี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ($p > 0.05$) และมีสัดส่วนผู้ป่วยหญิงต่อผู้ป่วยชายในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกันประมาณ 4 ต่อ 1 ลักษณะทางคลินิกของโรคเมื่อพิจารณาจากระยะเวลาเฉลี่ยที่เกิดรอยโรคและจำนวนครั้งเฉลี่ยที่เกิดรอยโรคในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ไม่พบว่ามี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) โดยมีระยะเวลาเฉลี่ยที่เกิดรอยโรคและจำนวนครั้งเฉลี่ยที่เกิดรอยโรคเท่ากับ 226.50 +/- 298.46 วัน และ 3.50 +/- 3.18 ครั้ง ในผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับแคปไซซิน และเท่ากับ 203.53 +/- 335.18 วัน และ 3.40 +/- 4.76 ครั้ง ในผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับยาหลอก ระยะเวลาเฉลี่ยที่เกิดรอยโรคปัจจุบันก็มีค่าใกล้เคียงกันเท่ากับ 6.75 +/- 4.73 วันและเท่ากับ 7.00 +/- 6.09 วัน ในผู้ป่วยที่ได้รับแคปไซซินและยาหลอก ตามลำดับ และไม่มี ความแตกต่างของระยะเวลาดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) เมื่อพิจารณาลักษณะทางคลินิกในผู้ป่วยแต่ละกลุ่มพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของจำนวนรอยโรคก่อนการรักษา ระหว่างผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม โดยมีจำนวนรอยโรคเฉลี่ยเท่ากับ 103.44 +/- 119.22 รอยโรคและ 99.47 +/- 117.52 รอยโรคในผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับแคปไซซินและยาหลอก ตามลำดับ ลักษณะของรอยโรคทางคลินิกแต่ละชนิดในผู้ป่วยแต่ละกลุ่มมีสัดส่วนใกล้เคียงกันโดยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ ประมาณร้อยละ 87.50 และร้อยละ 80.00 ของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับแคปไซซินและยาหลอก ตามลำดับ เกิดรอยโรคแบบ palpable purpura และเมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของลักษณะรอยโรคแต่ละชนิดในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ขอบเขตของรอยโรคส่วนใหญ่พบในบริเวณต่ำกว่าส่วนล่างของขาลงไป ประมาณร้อยละ 62.50 และร้อยละ 40.00 ของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับแคปไซซินและยาหลอก

ตามลำดับ โดยที่ไม่พบว่ามีความแตกต่างของขอบเขตของรอยโรคระหว่างผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

นอกจากนี้ปัจจัยที่อาจมีผลต่อการดำเนินโรค เช่น ประวัติการเกิดรอยโรคร่วมกับและ/หรือเกิดตามหลังอาการหวัด และประวัติการได้รับการรักษาก่อนเข้าร่วมการวิจัยก็พบว่ามีส่วนผู้ป่วยที่มีปัจจัยดังกล่าวร่วมด้วยในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม และไม่มี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) นอกจากนี้ในกลุ่มผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษามาก่อนก็ไม่พบว่าสัดส่วนผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อการรักษาในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอีกด้วย ($p > 0.05$)

กล่าวโดยสรุปคือ ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยและลักษณะทางคลินิก ตลอดจนปัจจัยต่างๆที่อาจมีผลต่อการดำเนินโรคและต่อการรักษาก่อนเข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยนี้ไม่มีอคติที่เกิดจากการนับจำนวนรอยโรคทั้งก่อนการรักษาและขณะติดตามผลการรักษาเนื่องจากการนับจำนวนรอยโรคดังกล่าวกระทำโดยแพทย์ผู้วิจัยเพียงคนเดียวทำให้ไม่เกิดความคลาดเคลื่อนระหว่างผู้วัด นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้พยายามลดความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากตัวผู้วัดคือผู้ทำการวิจัยเองอีกด้วย โดยทำการนับจำนวนรอยโรคทั้งหมดตามครั้งและนำค่าที่นับได้ทั้งสามครั้งมาหาค่าเฉลี่ย ทำให้ความคลาดเคลื่อนดังกล่าวลดน้อยลงมาก นอกจากนี้ยังมีเกณฑ์การประเมินผลการรักษาที่แน่ชัดจำแนกตามสัดส่วนของรอยโรคที่หายไปทำให้การประเมินผลมีความคลาดเคลื่อนน้อยลงอีกด้วย

ผลการวิจัยนี้พบว่าการใช้แคปไซซินเป็นยาเดี่ยวมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคหลอดเลือดอักเสบ ลิวโคซัยโตคลาสติกเฉพาะที่ผิวหนังซึ่งตรวจไม่พบสาเหตุ ไม่แตกต่างจากยานลอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยพบว่าสัดส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยแคปไซซินซึ่งมีการตอบสนองต่อการรักษาอย่างสมบูรณ์หลังให้การรักษา 1 สัปดาห์และ 2 สัปดาห์ ไม่แตกต่างจากยานลอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) และเมื่อพิจารณาจำนวนรอยโรคที่เปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยแต่ละกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการรักษาที่ 1 สัปดาห์ก็ไม่มี การเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบจำนวนรอยโรคก่อนให้การรักษาและหลังให้การรักษาที่ 2 สัปดาห์ในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มก็ให้ผลเช่นเดียวกัน การวิจัยนี้ยังเป็นการศึกษาแรกที่ทำการศึกษาดังผลการกลับเป็นซ้ำของโรคในกรณีที่ได้รับการรักษาด้วยแคปไซซินเป็นยาเดี่ยวโดยไม่มีกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่าในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มที่ตอบสนองต่อการรักษาอย่างสมบูรณ์ที่ได้รับการติดตามผลการรักษาต่อเนื่องอีกประมาณ 5 เดือนมีจำนวนทั้งหมด 21 คน มีผู้ป่วยที่เกิดรอยโรคขึ้นใหม่จำนวน 9 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับแคปไซซินจำนวน 5 คนคิดเป็นร้อยละ 41.67 ของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามผลการรักษาในกลุ่มนี้จำนวน 12 คน และเป็นผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับยานลอกจำนวน 4 คนคิดเป็นร้อยละ 44.45 ของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามผลการรักษาในกลุ่มนี้จำนวน 9 คนและไม่พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของอัตราการกลับเป็นซ้ำระหว่างผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ($p > 0.05$) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มที่กลับเป็นซ้ำเกิดรอยโรคใหม่เป็นๆหายๆตั้งแต่ 1-3 ครั้ง และมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.20 ± 0.84 ครั้งและ 2.00 ± 1.15 ครั้ง ในผู้ป่วยที่ได้รับแคปไซซินและยานลอกตามลำดับ และไม่พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ($p > 0.05$) ระยะ

เวลาปลอดโรคเฉลี่ยในผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับแคปไซซินซึ่งเท่ากับ 106.83 +/- 57.20 วัน ก็มีค่าใกล้เคียงกับผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับยานลอกซึ่งเท่ากับ 107.11 +/- 52.18 วัน และไม่มีมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

ในการวิจัยนี้ ผู้ป่วยที่เกิดรอยโรคซ้ำหลังการตอบสนองต่อการรักษาอย่างสมบูรณ์จะได้รับการรักษาวิธีเดิมจนกว่ารอยโรคจะเกิดการตอบสนองต่อการรักษาอย่างสมบูรณ์กลับคืนมา พบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มสามารถตอบสนองต่อการรักษาอย่างสมบูรณ์ได้ทุกคนและทุกครั้งที่ได้รับยาแสดงว่าผลการรักษาที่ได้ไม่ได้เป็นผลจากยาที่ได้รับ แต่น่าจะเกิดจากการที่รอยโรคสงบไปได้เองมากกว่า อย่างไรก็ตาม ในผู้ป่วยบางรายที่ได้รับแคปไซซินและมีการตอบสนองต่อการรักษาอย่างสมบูรณ์และมีการกลับเป็นซ้ำเมื่อหยุดยาและมีการตอบสนองอย่างสมบูรณ์กลับคืนมาเมื่อให้ยากลับเข้าไปใหม่ ในกรณีนี้อาจมีความเป็นไปได้ที่ผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อการรักษาอย่างแท้จริงซึ่งผลการวิจัยนี้ไม่สามารถกำจัดความเป็นไปได้นี้ออกได้

ในการวิจัยนี้ไม่พบผลข้างเคียงจากการรักษาอันได้แก่ อาการซีด ปัสสาวะดำ อาการปลายมือเท้าเขียวหรืออาการตัวเหลืองตาเหลืองเนื่องจากขนาดของแคปไซซินที่ใช้ในการวิจัยนี้ค่อนข้างต่ำ นอกจากนี้จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับแคปไซซินในการวิจัยนี้ยังมีจำนวนไม่มากอีกด้วย ผู้ป่วยที่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติก่อนเข้าร่วมการวิจัยและผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยทุกรายมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการกลับเป็นปกติเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

Main R. A. เป็นคนแรกที่รายงานประสิทธิผลของการใช้แคปไซซินเป็นยาเดี่ยวในการรักษา allergic vasculitis⁽¹²⁾ จากนั้นก็มีรายงานประสิทธิผลการรักษาโรคดังกล่าวโดยใช้แคปไซซินเป็นยาเดี่ยวตามมามากขึ้นซึ่งได้ผลสอดคล้องกัน⁽¹³⁻¹⁴⁾ โดยแคปไซซินที่ใช้ในแต่ละรายงานนี้มีขนาดแตกต่างกันและเป็นรายงานในผู้ป่วยเพียง 1 รายเท่านั้น ยิ่งไปกว่านั้นบางรายงานยังพบว่ารอยโรคของผิวหนังและอาการทางระบบตอบสนองต่อการรักษาด้วยแคปไซซินอย่างรวดเร็ว และเมื่อหยุดให้ยา รอยโรคและอาการทางระบบจะกลับเป็นซ้ำภายใน 12-48 ชั่วโมง และอาการและอาการแสดงดังกล่าวสามารถควบคุมได้เมื่อได้รับยากลับเข้าไปซึ่งแสดงถึงผลการรักษาที่แท้จริงของ แคปไซซิน⁽¹²⁵⁾ นอกจากนี้ยังมีรายงานประสิทธิผลการใช้แคปไซซินในผู้ป่วย urticarial vasculitis ที่มีระดับคอมพลีเมนต์ต่ำร่วมด้วยโดยใช้ขนาดยา 200 มก./วัน⁽¹²⁸⁾ แต่ไม่เกิดประสิทธิผลในการรักษา urticarial vasculitis ที่มีระดับคอมพลีเมนต์ปกติ⁽¹¹¹⁾ Callen J. P. และคณะได้รายงานผลการรักษาหลอดเลือดอักเสบ ลิวโคซัยโตคลาสติกเฉพาะที่ผิวหนังที่ลักษณะทางคลินิกเป็น urticarial vasculitis โดยใช้แคปไซซินเป็นยาเดี่ยว 4 รายมีทั้งที่ได้ผลและไม่ได้ผลในการรักษา⁽¹¹³⁾ Fredenburg M. F. และคณะได้รายงานผลการรักษาหลอดเลือดอักเสบ ลิวโคซัยโตคลาสติกเฉพาะที่ผิวหนังในผู้ป่วย 3 ราย โดยใช้แคปไซซินเป็นยาเดี่ยวในขนาด 100-150 มก./วันเป็นเวลา 8-16 เดือนได้ผลเป็นที่น่าพอใจโดยมีการตอบสนองต่อการรักษาภายใน 4-8 วัน กล่าวคือ ไม่มีรอยโรคใหม่เกิดขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วย 2 ใน 3 คนมีระยะเวลาปลอดโรคนานถึง 1.5 ปี และ 6 ปี⁽¹¹⁰⁾

ผลการรักษาที่ได้จากการวิจัยนี้มีความแตกต่างจากผลการศึกษาที่มีมาก่อนหน้านี้ สาเหตุอาจเกิดจากการในการศึกษานี้ได้รวบรวมผู้ป่วยที่มีการดำเนินโรคที่แตกต่างกันไปเข้าร่วมการวิจัย โดยได้รวมผู้ป่วยที่มีการดำเนินโรคไม่เกิน 1 เดือนเข้าร่วมในการวิจัยด้วย ผู้ป่วยดังกล่าวส่วนหนึ่งอาจสามารถหายเป็นปกติได้เองและไม่กลับเป็นซ้ำอีก ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผลที่ได้แตกต่างออกไป อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มทั้งที่ได้รับ การรักษาด้วยแคปไซซินและยานลอกมีสัดส่วนผู้ป่วยที่มีการดำเนินโรคไม่เกิน 1 เดือนใกล้เคียงกัน และไม่มีมีความแตก

ต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือมีผู้ป่วยร้อยละ 31.25 (5 คน) ในกลุ่มที่ได้รับแคปไซซินและร้อยละ 40.00 (6 คน) ในกลุ่มที่ได้รับยาหลอกที่มีระยะเวลาการดำเนินโรคไม่เกิน 1 เดือน ข้อจำกัดดังกล่าวจึงไม่น่าจะเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผลการวิจัยที่ได้แตกต่างออกไป สาเหตุอีกประการหนึ่งคือ การที่รูปแบบงานวิจัยไม่ได้จำกัดกิจกรรมทางกายภาพ (physical activity) ต่างๆ ของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มให้ใกล้เคียงกัน เนื่องจากโรคหลอดเลือดอักเสบลิควโคซัยโตคลาสติกนี้อาจมีอาการเรื้อรังได้ถ้าผู้ป่วยมีกิจกรรมมาก ซึ่งอาจเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผลการวิจัยนี้แตกต่างจากการศึกษาที่แล้มาแล้ว นอกจากนี้ในการวิจัยนี้ยังได้คัดเลือกผู้ป่วยที่สามารถตรวจพบสาเหตุซึ่งสามารถรักษาให้หายได้หรือหายเองได้ออกไปทำให้การวิจัยที่ได้เป็นการวัดผลการรักษาที่เกิดจากยาที่ใช้อย่างแท้จริง ในการวิจัยนี้ได้ใช้แคปไซซินเป็นยาเดี่ยวในขนาดต่ำเพียง 100 มก.ต่อวันตลอดการรักษาลดเหลือด็อกซ์เสบลิควโคซัยโตคลาสติกเฉพาะที่ผิวหนัง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาอื่นที่ผ่านมาซึ่งส่วนใหญ่รายงานผลการรักษาโดยใช้แคปไซซินในขนาดยาที่สูงกว่านี้และมีการปรับขนาดยาเพิ่มขึ้นในกรณีที่มีการตอบสนองต่อการรักษาไม่เป็นที่น่าพอใจ ก็อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผลที่ได้แตกต่างออกไป นอกจากนี้ยังมีความเป็นไปได้ที่อาจจะมีพยาธิกลไกอื่นที่นอกเหนือจากเม็ดเลือดขาวนิวโทรฟิลในการก่อให้เกิดโรคแม้ว่าโรคหลอดเลือดอักเสบลิควโคซัยโตคลาสติกจะพบว่ายารักษาที่เกิดจากการแทรกซึมของเม็ดเลือดขาวนิวโทรฟิลเป็นสำคัญก็ตาม โดยที่อาจเกิดจาก cytokine ชนิดต่างๆ เข้ามามีบทบาทแตกต่างกันไป ซึ่งข้อเท็จจริงนี้ยังต้องการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป เหตุผลอีกประการหนึ่งก็คือ ขนาดของยาที่ใช้ในการวิจัยนี้อาจต่ำเกินไปเนื่องจากรายงานบางรายงานที่มีมาก่อนหน้านี้ใช้แคปไซซินในขนาดถึง 150 มก.ต่อวัน เช่นในรายงานของ Fredenburg M. F. และคณะ⁽¹⁰⁾ ทั้งนี้ผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาโดยแคปไซซินในการวิจัยนี้อาจต้องการแคปไซซินในขนาดที่สูงกว่านี้ อย่างไรก็ตาม การให้ยาในขนาดที่สูงขึ้นก็มีโอกาสเกิดผลข้างเคียงที่รุนแรงมากขึ้นด้วยเช่นกัน ระยะเวลาที่ให้การรักษาในการวิจัยนี้คือ 2 สัปดาห์น่าจะเหมาะสมแล้ว การให้การรักษานานกว่านี้ก็ไม่น่าที่จะเพิ่มการตอบสนองต่อการรักษาได้เนื่องจากในการวิจัยนี้พบว่า ผู้ป่วยทั้งหมดที่มีการตอบสนองต่อการรักษาอย่างสมบูรณ์จะเกิดการตอบสนองดังกล่าวภายในระยะเวลา 2 สัปดาห์ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในอดีต

เมื่อพิจารณาถึงผลของแคปไซซินต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคก็พบว่ามีความแตกต่างจากการศึกษาของ Fredenburg M. F. และคณะ ซึ่งพบว่าการใช้แคปไซซินสามารถทำให้ผู้ป่วยมีระยะเวลาปลอดโรคได้นานถึง 1.5-6 ปี สาเหตุสำคัญเนื่องจากระยะเวลาที่ให้การรักษาต่อเนื่องในการวิจัยนี้สั้นกว่าในการศึกษาของ Fredenburg M. F. และคณะ กล่าวคือในการศึกษานี้ให้การรักษาด้วยแคปไซซินอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์และให้ยาต่อเนื่องไม่เกิน 1 เดือน แม้ว่าแคปไซซินสามารถคงระดับยาในระดับต่ำในเนื้อเยื่อได้นานหลังจากหยุดการรักษาก็ตามแต่แคปไซซินก็มีฤทธิ์ต้านการอักเสบที่ไม่มากนัก การให้ยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันกำเริบเป็นซ้ำอาจจะเป็นสิ่งจำเป็น ซึ่งจะต้องทำการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

ในการวิจัยครั้งนี้แม้ว่าจำนวนผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มจะไม่เท่ากันแต่ก็ใกล้เคียงกันมาก และไม่มีผู้ป่วยที่ไม่ได้มาติดตามผลตามที่กำหนดไว้ การวิเคราะห์ผลการวิจัยจึงไม่เกิดอคติในการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล แม้ว่าในการวิจัยนี้จะมีขนาดตัวอย่างจำนวนน้อยแต่ก็ไม่น้อยกว่า 30 คน วิธีการทดสอบทางสถิติที่ใช้แม้ว่าส่วนใหญ่จะเป็นวิธีนันทพารามตริก (nonparametric statistics) แต่วิธีที่ผู้ทำการวิจัยเลือกใช้ได้แก่ Mann-Whitney U test, Fisher's exact test, และ Wilcoxon signed-ranks test ก็เป็นวิธีที่มีกำลังในการทดสอบสูงและใกล้เคียงกับวิธีพารามตริก (parametric statistics) ที่ใช้เป็นมาตรฐานทั่วไป ผลการวิจัยนี้จึงค่อนข้างที่จะเชื่อถือได้