

文章编号: 1672-3384 (2008) -06-0038-06

## 抗中性粒细胞胞浆抗体相关小血管炎 26 例临床分析

【作者】 汤艳春 杨淑琴 刘颖  
烟台毓璜顶医院风湿科 (山东 264000)

【摘要】 目的 研究抗中性粒细胞胞浆抗体 (ANCA) 相关小血管炎 (AASV) 的临床特征、诊断与治疗, 以进一步提高对该病的认识。方法 回顾分析我院2003~2007年确诊的26例 AASV 患者的临床资料, 总结并分析 AASV 的临床及实验室特征、诊断方法和治疗。结果 26例病例中男17例, 女9例, 平均年龄62 (18~80) 岁, 其中60岁以上者18例 (占69.2%)。cANCA 阳性7例, 均识别 PR<sub>3</sub>; pANCA 阳性18例, 均识别 MPO; 1例 ANCA 阴性。10例行病理检查, 5例有典型的血管炎表现, 如小血管局灶节段性纤维素样坏死、坏死性肉芽肿等。以肾、肺受累最为常见, 受累率分别为 88.5% 和 73.1%。80.8% 有发热、乏力、纳差、消瘦等全身症状, 并且是最常见的首发表现。多数病人有贫血、低蛋白血症、白细胞 (WBC) 及血小板 (PLT) 计数升高、血沉 (ESR) 快、C 反应蛋白 (CRP) 及免疫球蛋白增高、类风湿因子 (RF) 阳性等实验室表现。92.3% 病例入院前误诊, 误诊的疾病多种多样。多数患者接受激素和环磷酰胺治疗后病情明显改善。结论 AASV 好发于老年男性, 临床表现呈多器官受累, 复杂多样, 首发表现和实验室检查缺乏特异性, 常被误诊。ANCA 检测及病理活检有利于本病早期诊断。联合免疫治疗可取得较好的疗效。

【关键词】 抗体; 抗中性粒细胞胞浆; 血管炎

【中图分类号】 R543

【文献标识码】 A

## The clinical analysis of 26 patients with anti - neutrophil cytoplasmic autoantibodies - related vasculitis

【Writers】 Tang Yan - chun Yang Shu - qin Liu Ying  
Department of Rheumatology, Yantai Yuhuangding Hospital (Yantai 264000)

【Abstract】 **Objective** To study the clinical feature, diagnosis and treatment of anti - neutrophil cytoplasmic autoantibodies (ANCA) associated systemic vasculitis (AASV) so as to improve the understanding of this disorder. **Methods** 26 patients with AASV diagnosed in our center from 2003 to 2007 were retrospectively studied and their clinical data were analyzed. **Results** Of the 26 patients, 17 were male and 9 were female with an average age at 62 (18 - 80) years old. 7 of the 26 were cytoplasmic ANCA (cANCA) positive, all of them recognized proteinase 3 (PR<sub>3</sub>); 18 of the 26 were perinuclear ANCA (pANCA) positive, all of them recognized myeloperoxidase (MPO). Only 1 were ANCA negative. Ten patients underwent tissue biopsy. Five patients biopsies showed typical manifestation of small vessel vasculitis, such as focal segmental necrotizing vasculitis and necrotizing granulomatous inflammation. The most common involved systems are kidney (88.5%) and lung (73.1%). Other clinical manifestations included nervous system disorder (38.5%), upper respiratory tract involvement (46.2%), ophthalmic involvement (30.8%), joints and muscle involvement (46.2%), skin involvement (42.3%), cardiac involvement (26.9%) and gastrointestinal symptoms (23.1%). 80.8% patients had general symptoms such as fever, fatigue, anorexia, weight loss, which were the most common initial manifestations. In laboratory examinations, most patients had anemia, hypoproteinemia, an elevated WBC and PLT count, ESR, CRP, Immunoglobulin, RF ect. The rate of pre - ad-

mission misdiagnosis were 92.3%. They had been diagnosed as multiple diseases by error. Most patients improved significantly after being treated with glucocorticosteroid and cyclophosphamide. **Conclusions** Patients with AASV were mainly old male with multi-system damage, the first manifestation and laboratory examinations have poor specificity. So it was frequently misdiagnosed. An ANCA test and biopsy should be helpful for early diagnosis of AASV. Corticosteroid and immunosuppressive treatment may achieve good outcome.

**[Key words]** Antibodies, antineutrophil cytoplasmic; Vasculitis

抗中性粒细胞胞浆抗体 (anti-neutrophil cytoplasmic antibodies, ANCA) 是一种以中性粒细胞和单核细胞胞浆成分为靶抗原的自身抗体。与 ANCA 密切相关的原发性小血管炎也称做 ANCA 相关小血管炎 (ANCA-associated systemic vasculitis, AASV), 包括韦格纳肉芽肿 (WG)、显微镜下多血管炎 (MPA) 和 Churg - Strauss 综合征 (CSS)。病理变化主要是小血管坏死性血管炎, 临床上常有多脏器受累, 病情凶险复杂, 诊断困难, 不及时治疗死亡率高。近年来随着免疫学技术和免疫治疗的进展, 其诊断和治疗有很大进步, 特别是 ANCA 的应用使其早期诊断、及时治疗成为可能, 因此大大改善了疾病的预后。本文分析了本院确诊的 26 例 AASV 临床资料, 旨在提高临床医师对本病的认识, 减少漏误诊, 早诊早治, 以期改善预后。

## 资料与方法

### 1.1 研究对象

2003 ~ 2007 年在我院明确诊断为 AASV 者 26 例, 其中 WG 7 例, MPA 19 例, 均符合 1994 年美国 Chapel Hill 会议 (CHCC) 关于系统性血管炎命名分类法分型<sup>[1]</sup>, 同时参照 1990 年美国风湿病学会 (ACR) 的分类标准<sup>[2]</sup>。

### 1.2 方法

回顾性总结我院 2003 ~ 2007 年确诊的 26 例 AASV 患者的临床资料 (年龄、性别、临床表现、治疗及转归) 和辅助检查资料 (血尿便常规、24h 蛋白定量、血生化、血沉、CRP、ANCA、ANA、补体、免疫球蛋白、RF 等实验室检查, 组

织病理检查及胸片或肺 CT 等影像学检查)。应用 SPSS 10.0 软件做统计学分析, 计量资料采用  $\bar{x} \pm S$  表示, 比较采用 *t* 检验。ESR、CRP、NEUT、HGB 及 ALB 与 BVAS 的相关性研究采用 Spearman 秩相关。

## 2 结果

### 2.1 一般资料

26 例 AASV 中, 男 17 例, 女 9 例, 年龄 18 ~ 80 岁, 平均 62 岁, 其中 60 岁以上者 18 例 (占 69.2%)。

### 2.2 临床表现

首发症状以发热、乏力、纳差、消瘦为主, 多数患者出现肾脏受累 (88.5%, 23 例), 肺部受累 19 例 (73.1%), 此外还累及到神经系统、上呼吸道、胃肠道等, 具体表现及发生例数见表 1。

### 2.3 实验室检查

所有病人血清均行 ANCA 检测 [应用间接免疫荧光法 (IIF)、髓过氧化物酶 (MPO) 和蛋白酶 3 (PR<sub>3</sub>) 抗原特异性 ELISA 进行 ANCA 检测。测定方法均参照文献<sup>[3]</sup>。IF 检测用的粒细胞涂片购自 EUROIMMUN (德国), MPO 和 PR<sub>3</sub> 购自 GENESIS (英国)], 除 1 例 IIF-ANCA 阴性外, 余 IIF-ANCA 均阳性。其中 cANCA 阳性 7 例, 均识别 PR<sub>3</sub>; pANCA 阳性 18 例, 均识别 MPO。73.1% (19/26) 例患者表现为贫血 (血色素 50g/L ~ 152g/L, < 120g/L 为贫血); 61.5% (16/26) 有 WBC 升高 ( $4.45 \times 10^9/L \sim 25.39 \times 10^9/L$ ), 其中 80.8% (21/26) 有中性粒细胞 (NEUT)

表1 26例抗中性粒细胞胞浆抗体相关小血管炎患者临床表现

症状分类	具体表现及例数
首发症状	发热、乏力、纳差、消瘦9例；咳嗽、咯血、胸闷、气短5例；浮肿、肾功能异常、尿检异常3例；鼻塞、鼻息肉、头痛、听力下降、肌肉疼痛、关节炎、腹痛各1例；手足发麻2例
全身一般症状	中高热11例，低热8例；乏力18例；消瘦10例；纳差9例；全身浅表及腹腔淋巴结增大1例
肾脏受累	血尿22例（其中肉眼血尿5例，镜下血尿17例）；蛋白尿14例，其中5例24h尿蛋白>3g；肌酐升高13例，其中>400 umol/L有5例；尿素氮升高17例。8例病人为急性肾衰，表现为急性肾衰，血压升高2例，共计23例。
肺脏受累	肺内湿啰音18例，其中9例为典型Velcro啰音；咳嗽14例；胸闷气短12例；咯血或痰中带血6例；胸痛3例；呼吸困难3例；X线或肺CT显示肺部阴影10例，肺间质病变7例，局部纤维索条影3例，多发结节影3例，空洞、胸腔积液、胸膜增厚各2例，气胸、肺不张各1例，共计19例
其他组织或器官	肺部19例、眼睛8例、上气道12例、神经系统10例、心脏7例、胃肠道6例

表2 AASV患者的血清ESR CRP NEUT HGB ALB与BVAS的水平

ESR (mm/h)	CRP (mg/L)	NEUT ( $\times 10^9/L$ )	HGB (g/L)	ALB (g/L)	BVAS	
					病情活动	治疗后
90.35 ± 34.77	113.31 ± 56.83	10.91 ± 5.39	101.31 ± 26.58	23.17 ± 5.28	20.58 ± 5.71	10.59 ± 3.95

注：治疗后BVAS与病情活动比较  $t=13.842, P<0.001$

表3 ESR CRP NEUT HGB ALB与BVAS的相关分析

项目	ESR	CRP	NEUT	HGB	ALB
$\gamma$ 值	0.359	0.108	0.276	-0.213	-0.144
P值	P>0.05	P>0.05	P>0.05	P>0.05	P>0.05

升高 ( $3.47 \times 10^9/L \sim 23.10 \times 10^9/L, >7.0 \times 10^9/L$  为升高)；69.2% (18/26) 有PLT升高 ( $150 \times 10^9/L \sim 536 \times 10^9/L$ )；92.3% (24/26) 有血清白蛋白 (ALB) 降低 ( $13.2g/L \sim 37g/L, <35g/L$  为降低)，其中  $<20g/L$  有8例；全部患者血沉增快，均大于50mm/h，近半数 (12/26, 46.2%) 大于100mm/h；全部患者CRP升高 ( $16mg/L \sim 254.9mg/L, >5mg/L$  为升高)。但ESR、CRP、NEUT、HGB及ALB与活动期BVAS均无相关 (均  $P>0.05$ ) (见表2, 3)。55.6% (10/18) 补体升高，16.7% (3/18) 补体降低；78.6% (11/14) RF阳性；58.8% (10/17) 免疫球蛋白升高，以IgG升高为主；80% (16/20) ANA阴性，而20% (4/20) ANA阳性。

2.4 病理表现

10例病人行局部组织活检。肾活检2例，1例为肾局灶节段性坏死伴小球硬化性新月体形成，肾间质纤维化，1例为系膜增殖性肾小球肾炎；

支气管镜活检2例，1例病理示坏死性肉芽肿，1例示黏膜慢性炎症；2例胃镜示胃溃疡者活检病理均示慢性炎症；1例鼻窦肿物切除后病理示坏死性肉芽肿；1例鼻黏膜活检示慢性炎症改变；1例眼球摘除后病理示浆细胞肉芽肿。1例皮下结节活检病理示坏死性血管炎、血管外肉芽肿。

2.5 误诊情况

入院前确诊的仅4例，其余22例 (占92.3%) 均误诊。误诊时间为20天~4年，平均10月。误诊的疾病有肺炎、肺结核、肺癌、肺间质纤维化、肾小球肾炎、急性肾功能衰竭、尿毒症、中耳炎、鼻窦炎、鼻咽部肿物、关节炎、系统性红斑狼疮、阑尾炎、败血症、发热待诊等多种疾病。

2.6 治疗及转归

1例确诊后自动出院，其余25例患者均给予激素联合环磷酰胺治疗。诱导缓解期给予强的松  $1mg \cdot kg^{-1} \cdot d^{-1}$ ，4~6周，病情控制后逐渐减

量, 8例有严重肺或肾病的重症病例, 给予甲泼尼龙冲击治疗1~3个疗程, 每个疗程 $0.5 \sim 1.0\text{g} \cdot \text{d}^{-1}$ , 连续3d; 所有患者同时环磷酰胺静脉推注,  $0.4\text{g}$ 每周1次或 $0.2\text{g}$ 隔日1次, 总量 $6 \sim 8\text{g}$ 。维持缓解期以小剂量激素联合静脉推注环磷酰胺或口服硫唑嘌呤 $50\text{mg} \cdot \text{d}^{-1}$ 。1例大量肺部出血者辅以血浆置换治疗。1例死于肺栓塞, 1例死于肺间质纤维化并感染、呼吸衰竭, 1例死于急性肾衰, 其余患者均病情好转出院。

疾病活动性评价采用伯明翰系统性血管炎活动度评分(BVAS)<sup>[4]</sup>, 分别在治疗前后评估。该评分系统主要基于近4周内与小血管炎相关的新出现的临床症状和体征, 涉及到小血管炎可以累及的9个主要脏器, 共计59个指标。理论上最大积分为63分, 15分以上为疾病活动。BVAS分值越高, 临床疾病越为活动, 同时也提示临床预后越差。治疗前BVAS为 $10 \sim 35$ 分, 平均 $(20.6 \pm 5.7)$ 分。治疗后 $4 \sim 20$ 分, 平均 $(10.6 \pm 4.0)$ 分。治疗后BVAS与治疗前比较差异有显著性( $t=13.842, P<0.001$ ), 见表2。

### 3 讨论

#### 3.1 AASV 的诊断标准

AASV目前国际上尚无统一、公认的诊断标准, 临床应用最为广泛的是1990年ACR和1994年CHCC关于血管炎的分类诊断标准。但ACR的分类诊断标准存在一定缺陷, 如关于WG的标准过于宽松, 缺少MPA的诊断标准; 而根据受累血管大小进行分类的CHCC虽确定了10种类型血管炎的定义, 但没有建立正式的血管炎诊断标准。

#### 3.2 AASV 的诊断

临床呈全身多系统受累表现时应高度怀疑本病的可能。组织活检若见到典型的少免疫沉积性小血管炎病变, 如以小血管为中心肉芽肿形成, 小血管局灶节段性纤维素样坏死则可以确诊<sup>[5]</sup>。故病理检查是确诊AASV的一个重要手段。但病理在AASV诊断中有其局限性, 并非每例组织病理都能见到血管炎病变, 部分患者惟一的病理发

现仅仅是广泛的非特异性反应。而且活检和穿刺又都只能取出小部分病变组织, 其中未必含有比较有价值的病理表现。因此, 病理只能起到一定程度的辅助诊断作用。本组10例行病理检查, 5例病理支持诊断, 既表明了病理诊断对AASV的重要性, 又反映了其局限性。

实验室检查缺乏特异性。本组病例多数有白细胞及血小板计数、血沉、C反应蛋白、免疫球蛋白、类风湿因子、补体升高及正色素正细胞性贫血、低蛋白血症, 少部分有ANA低滴度阳性及补体降低, 说明了AASV的非特异实验室表现, 且实验室指标与疾病活动性无相关(均 $P>0.05$ )。但贫血与肾功能损害不平行, 低蛋白血症与尿蛋白不相称是其实验室表现的特点, 为诊断AASV提供重要线索。

ANCA的发现是我们认识血管炎的一个里程碑, 现普遍公认ANCA检测已成为国际上通用的本类疾病敏感而特异的血清学诊断工具<sup>[6]</sup>, 可以作为血管炎的诊断、指导治疗、监测病情活动和预测复发的重要免疫学指标<sup>[7,8]</sup>。有研究显示, cANCA合并PR<sub>3</sub>抗体阳性及pANCA合并MPO抗体阳性, 则诊断AASV的特异性可达到99%<sup>[3]</sup>, 并由于抗体常在病变尚未严重影响肺肾功能前已出现, 故抗体的检测有利于AASV的早期诊断<sup>[9]</sup>。本组病人都行ANCA、PR<sub>3</sub>抗体、MPO抗体的检测, 除1例IIF-ANCA阴性外, 余全部阳性, 且cANCA均识别PR<sub>3</sub>, pANCA均识别MPO, 表明PR<sub>3</sub>-ANCA和MPO-ANCA是AASV的敏感和特异性血清学诊断工具。

#### 3.3 临床表现

AASV可发生于任何年龄, 但多见于老年人。本组病人69.2%为60岁以上老年人, 与国内外报道一致。本组病例80.8%有发热、乏力、纳差、消瘦等全身症状, 并且是最常见的首发表现, 提示本病首发表现缺乏特异性。肾脏和肺脏是AASV最常累及的两个器官。本组88.5%患者有肾脏受累, 主要表现为血尿、蛋白尿及肾功能受

损,部分病人表现为急性肾衰;73.1%有肺脏受累,多表现为咳嗽、咯血、胸闷、气急,肺部影像学检查呈多样化表现,有阴影、结节、空洞、肺间质纤维化、胸腔积液等;此外,还有五官、神经系统、消化系统、心脏、皮肤及关节肌肉受累,说明本病是多系统器官受累的疾病。

### 3.4 AASV 的治疗

对 AASV 迄今尚无十分严格的标准化治疗方案。其治疗多采用联合免疫治疗,糖皮质激素与环磷酰胺的联合治疗是 AASV 治疗的传统方案<sup>[7]</sup>,亦是首选方案特别是对伴有肾损害的 AASV 患者。AASV 虽多起病急、病情重,但对激素及细胞毒药物的联合治疗反应一般较好<sup>[10]</sup>。资料报道<sup>[11]</sup>,联合治疗使 MPA 患者 1 年生存率达 90%,5 年生存率达 55%~75%;WG 1 年生存率达 80%~95%,5 年生存率达 75% 以上。重症患者抢救治疗,可用大剂量甲基强的松龙静脉冲击及血浆置换、IVIG 治疗。本组患者经此治疗,除 3 例死于严重的肺肾受累外,其余均病情好转出院,治疗后 BVAS 与治疗前比较差异有显著性,同样证实 AASV 对激素和环磷酰胺反应较好。近年文献报道,对于难治性 AASV 用抗 CD20 (Rituximab) 及抗肿瘤坏死因子  $\alpha$  (infliximab) 治疗有良好效果<sup>[12-14]</sup>,且如有病情复发,反复使用仍有效<sup>[13]</sup>。

综上所述,AASV 为多系统受累的自身免疫病,早期诊断、及时治疗可使疾病缓解,明显改善预后。但由于本病临床表现复杂多样及临床医师对之认识不足,临床误诊十分常见,特别是专科医生只注意到某系统异常,把诊断思路局限在本专业领域内,没有进行全面综合分析,从“一元论”的角度寻找病因,很可能造成漏误诊。临床上对于:①肺肾同时受累者;②不明原因的肺间质病变、肺出血或久治不愈的肺部感染者;③老年人,不明原因发热、乏力、纳差、消瘦;④不明原因视力减退、听力下降甚至失明、耳聋或久治不愈的鼻窦炎、中耳炎患者;⑤外周神经病变或多发性单神经炎患者;⑥与尿蛋白不相符的

严重低蛋白血症及与肾功能损害不相称的贫血患者;⑦不明原因的腹痛或久治不愈的消化系统溃疡、出血患者;⑧不明原因的关节肌肉痛、关节炎、皮损者;⑨不明原因的血沉明显增快或 CRP 明显升高者;⑩血常规显示贫血但白细胞和/或血小板明显高于正常者,均应想到本病的可能,应常规进行 ANCA、PR<sub>3</sub>、MPO 的检测及病理检查,以使患者能够尽早确诊,尽早治疗。

### 【参考文献】

- [1] Jennette JC, Falk RJ, Andrasz K, et al. Nomenclature of systemic vasculitis: the proposal of international consensus conference. *Arthritis Rheum*, 1994, 37: 187-192
- [2] Hunder GG, Arend WP, Bloch DA, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of vasculitis: introduction. *Arthritis Rheum*, 1990, 33: 1065-1067
- [3] Hagen EC, Daha MR, Hermans J, et al. Diagnostic value of standardized assays for anti-neutrophil cytoplasmic antibodies in idiopathic systemic vasculitis. EC/BCR project for ANCA assay standardization. *Kidney Int*, 1998, 53: 743-753
- [4] Luqmani RA, Bacon RA, Moots RJ, et al. Birmingham vasculitis activity score (BVAS) in systemic necrotizing vasculitis. *Q J Med*, 1994, 87: 671
- [5] 陈旻, 赵明辉. 原发性小血管炎. *中国医刊*, 2007, 42: 7-9
- [6] 彭兴. 抗中性粒细胞胞浆抗体检测及临床意义. *中国实验诊断学*, 2005, 9: 147-148
- [7] Levy JB. New aspects in the management of ANCA positive vasculitis. *Nephrol Dial Transplant*, 2001, 16: 1314-1317
- [8] Girard T, Mahr A, Noel LH, et al. Are antineutrophil cytoplasmic antibodies a marker predictive of relapse in Wegener's granulomatosis? *Rheumatology*, 2001, 40 (Suppl): S47-S51
- [9] 谭立明, 彭卫华, 徐承云, 等. 抗 PR<sub>3</sub> 抗体和抗 MPO 抗体的检测及临床研究. *中华风湿病学杂志*, 2004, 8 (9): 546-548
- [10] 周福德, 章友康, 赵明辉, 等. 急进性肾炎 III 型与原发小血管炎. *中华内科杂志*, 1997, 36 (9): 603-606
- [11] Nachman PH, Hogan SL, Jennette JC, et al. Treatment response and relapse in antineutrophil cytoplasmic autoantibody-associated microscopic polyangiitis and glomerulonephritis. *J Am Soc Nephrol*, 1996, 7: 33
- [12] Eriksson p. Nine patients with antineutrophil cytoplasmic autoantibody-positive vasculitis successfully treated with rituximab. *J Intern Med*, 2005, 257: 540-548

[13] Stasi R, Stipa E, Del - Poeta G, et, al. Long - term observation of patients with anti - neutrophil cytoplasmic antibody - associated vasculitis treated with rituximab. *Rheumatology*, 2006, 45: 1432-1436

[14] Booth A, Harper L, Hammad T, et al. Prospective study of TNF $\alpha$ blockade with infliximab in anti - neutrophil cytoplasmic autoantibody - associated systemic vasculitis. *J Am Soc Nephrol*, 2004, 15: 717-721

文章编号: 1672 - 3384 (2008) - 06 - 0043 - 04

## 多瑞吉对恶性肿瘤治疗相关性疼痛止痛作用的前瞻性研究

【作者】 陆崇 刘魁凤 舒阳春 王新宁 王希成 温宗秋  
广东药学院附属第一医院肿瘤科 (广州 510080)

【摘要】 目的 探讨芬太尼贴剂(多瑞吉)治疗恶性肿瘤放化疗所致中重度口腔黏膜疼痛的可行性及安全性。方法 采用前瞻性随机对照研究的方法,将恶性肿瘤放、化疗后出现口腔疼痛视觉评分(VAS)  $\geq 4$  分的患者,随机分为研究组和对照组。对照组仅给予复合维生素B漱口水含漱;研究组在此基础上加用多瑞吉治疗,起始剂量为2.5mg,每3天更换,依疼痛程度调整。结果 研究组疼痛缓解率为87.8%,而对照组为43.48% 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ );多瑞吉平均起效时间( $2.78 \pm 0.96$ ) d。研究组和对照组在进食时疼痛评分、进食恐惧感、对普鲁卡因的依赖、对治疗的信心及睡眠等方面的差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。不良反应主要表现为头昏、呕吐等,经对症治疗后有明显改善,未出现对多瑞吉成瘾及其他严重的不良反应。结论 多瑞吉对恶性肿瘤放化疗所致口腔疼痛有较好的止痛效果,且较迅速、安全,对放化疗所致中重度口腔疼痛而服用止痛药物困难的患者又提供了一个好的止痛方法。

【关键词】 多瑞吉; 恶性肿瘤; 放射治疗; 化学治疗; 疼痛

【中图分类号】 R971.1

【文献标识码】 A

## Relief severe pain in oral cavity caused by chemotherapy and radiation injury in cancer patients with transdermal fentanyl

【Writers】 Lu Chong Liu Kui - feng Shu Yang - chun Wang Xin - ning Wang Xi - cheng Wen Zong - qiu  
The first Affiliated Hospital, Guangdong pharmaceutical university, Guangzhou, 510080

【Abstract】 **Objective** To study its feasibility of relief the severe pain in oral cavity caused by chemotherapy and radiation injury in cancer patients with transdermal fentanyl. **Methods** 87 cases cancer patients with the severe pain in oral cavity caused by chemotherapy and radiation injury were divided into two groups: the treatment group were with transdermal fentanyl and mucous renovating drug, the control group were with mucous renovating drug only. Observe the relief of pain in oral cavity, and recorded the change of scores with VAS and recorded adverse reactions. **Results** The rate of relief in the treatment group was 87.8%, in the control group was 43.48%, and with statistics difference ( $P < 0.05$ ). We can get the effect in day  $2.78 \pm 0.96$ . in the treatment group and in the control group there were statistics difference ( $P < 0.05$ ) in scores of VAS. / adverse reactions were dizzy, nausea and so on. **Conclusion** the severe pain in oral cavity caused by chemotherapy and radiation injury can be controlled with transdermal fent-