

医生您好！我父亲自 2022 年 2 月 4 日确诊肺腺癌晚期（有骨转移）之后，前期做过四次化疗（21 天一次），（前三次是培美+洛铂，最后一次是单培美）；贝伐是 21 天左右一次，从确诊一直使用至今；2022 年 2 月 18 日测出 EGFR19 突变，开始服用奥希替尼，目前已经 18 个月；每两个月一次复查，右肺下叶肿瘤从确诊时的 3.3cm x 2.6cm，缩小到目前的 1.1cm x 0.8cm（7 月 11 日）；2022 年 2 月 6 日，通过磁共振扫描颅脑（平扫+增强），发现双侧大、小脑半球有多发转移瘤，2022 年 7 月 18 日，复查结果显示，脑部转移瘤已经消失，最近一次复查是 2023 年 5 月 8 日，颅脑磁共振（平扫）结果依旧正常。

目前的问题是：自 2022 年 5 月 13 日开始，偶尔会出现脖子不舒服的症状（酸胀，类似颈椎病），并且伴随头晕，但是通常休息一会缓解，2023 年 2 月 5 日颈椎（平扫）结果显示：颈椎及椎间盘退变，椎间盘向后突出。2023 年 5 月初开始出现双脚脚底发麻的情况，起初只是早上起床后会麻一会，活动一会就会好转，后来变得越来越麻木，目前是脚和小腿都是麻木的，说是控制不了自己的腿，没有知觉，没有力气，但是可以搀扶行走，也能自己抬起腿。病人自己说弯着背（不是腰）会更麻一些。2023 年 5 月 8 日开始出现有尿不能拉干净的情况，2023 年 5 月 15 日泌尿系彩超显示：左肾结石；左肾囊肿；前列腺钙化；当天插尿管，并开始服用药物：锯叶棕果实提取物软胶囊+甲磺酸多沙唑嗪缓释片；2023 年 5 月 22 日，拔尿管，能自行排；2023 年 7 月 20 日，又出现排不出尿的情况，插尿管至今。

主治医生建议对腰椎进行放疗，或许能缓解脚麻和小便的情况，遂于 2023 年 7-18 至 7-31，行腰椎（L1-L5）、部分骶骨、部分髂骨、部分髌臼、部分耻骨放疗，共十次。症状：便秘、严重腹泻、严重腹胀。腿麻和小便的症状无任何缓解。（原定放疗 15 次，但是由于副作用太大，且对脚麻和小便的问题没有任何缓解，最后只放了 10 次。）2023 年 8 月 7 日，磁共振扫描腰段脊髓（平扫+增强），磁共振扫描胸段脊髓（平扫+增强），主治医生称椎管并未受到压迫，脊髓也无异常信号，猜测是腰椎肿瘤破坏腰椎导致腿麻和小便的问题，而且没有办法缓解。我父亲目前除了脚麻和小便的问题，无其他不适，食欲和睡眠尚可，精神状态正常。

请医生帮忙看一下 2023 年 6 月 26 日的磁共振扫描腰椎（平扫），以及 2023 年 8 月 7 日的磁共振扫描腰段脊髓（平扫+增强），磁共振扫描胸段脊髓（平扫+增强）（dicom 格式 电子版 压缩文件），会不会是报告有什么遗漏？或者还可能是什么原因导致脚麻和小便的问题？以及如何处理？

下面是具体的治疗经过和相应的检查报告：蓝色是做的检查；黄色是治疗手段；绿色是出现的症状；灰色是 cea 数值

姓名：陶细荣

年龄：50

性别：男

治疗经过：

2022 年 1 月 26 日：支气管镜见恶性肿瘤细胞。

2022 年 1 月 27 日：PET-CT 显示多发骨转移，肺部占位。右肺下叶底段 3.3cm x 2.6cm

姓名: 陶细荣 性别: 男 年龄: 48 岁 检查号: PT22012704 检查日期: 2022/01/27
检查项目: PET-CT 全身显像 临床诊断: 肺占位、肝占位待查

影像所见:

注射示踪剂 FDG 后, 安静休息 40min 后, 行“躯干+脑”采集, 结果显示:

右肺下叶外底段可见一囊实性结节, 壁不均匀增厚伴壁结节, FDG 摄取异常增高, SUVmax7.6, 大小约 33mm×26mm, 边缘不光整, 可见分叶、毛刺、小血管支气管束征及胸膜凹陷征; 右肺下叶前底段可见片状高密度影, FDG 摄取增高, SUVmax3.4; 另双肺弥漫分布实性粟粒结节, FDG 摄取不高。气管居中。纵隔(4、5、6、7 组)及右侧肺门区可见多发 FDG 摄取增高淋巴结, SUVmax4.1-7.6, 大者位于纵隔 7 组, 约 14mm×8mm。心肌轻-中度显影。胸膜局部增厚, 胸水征阴性。胸部软组织未见 FDG 摄取异常增高影像。

采集野内多区域多发骨骼 FDG 摄取增高灶, 部分见混合性骨破坏, 累及: 1. 脊椎多发椎体及附件可见 FDG 摄取异常增高灶, SUVmax12.4; 2. 双侧多发肋骨可见 FDG 摄取增高灶, SUVmax6.4; 3. 双侧第 6 后肋骨骨质不连续伴 FDG 摄取增高, SUVmax6.1; 4. 双侧肩胛骨可见 FDG 摄取增高灶, SUVmax6.0; 5. 双侧髌骨可见多发 FDG 摄取增高灶, SUVmax7.3-10.3; 6. 左侧股骨颈可见 FDG 摄取增高灶, SUVmax6.8。

口咽部两侧腺体显影对称, 鼻咽部未见 FDG 摄取异常增高。甲状腺两叶不大, 形态可, 腺实质内未见 FDG 摄取异常增高灶。左侧颈部 III、IV、V 区多发 FDG 摄取增高淋巴结, SUVmax5.3, 大者约 6mm×5mm。

腹部胃充盈好, 胃壁 FDG 摄取略高且较均匀。肝脏形态可, 轮廓光整, 肝叶比例正常, 肝 S3 可见一稍低密度肿块, FDG 摄取略高, SUVmax2.4, 大小约 36mm×26mm×47mm, CT 值约 40HU; 肝 S6 及包膜下可见 FDG 摄取增高灶, SUVmax3.3, 大者约 4mm×3mm; 另肝 S8 可见一稍低密度结节, FDG 摄取不高, 大小约 13mm×12mm。肝内外胆管无扩张。胆囊大小正常, 密度均匀, 胆囊壁无增厚。肝门结构正常。胰腺形态正常, 未见 FDG 摄取异常增高影像, 胰管不扩张。脾脏轻度 FDG 摄取, 分布均匀。右肾肾盏内可见点状致密影; 两侧肾脏 FDG 摄取大致对称、较均匀, 肾实质密度均匀, 肾盂、肾盏及输尿管无扩张。两侧肾上腺大致正常、对称, 未见 FDG 摄取异常增高影。腹部可见条索状肠影, 结肠显影尤著。胰颈后可见一 FDG 摄取增高淋巴结, SUVmax2.7, 大小约 5mm×4mm。腹水征阴性。腹壁软组织未见 FDG 摄取异常增高灶。

膀胱内尿液可见 FDG 聚集。盆腔及两侧腹股沟未见 FDG 摄取异常增高淋巴结。前列腺大小正常, 内见点状致密影, FDG 摄取及分布大致正常。

脊椎多发椎体边缘骨质增生变尖。

大脑形态如常, 皮层各叶 FDG 摄取分布均匀。皮层下各神经核团显影清晰, FDG 摄取分布对称。大脑灰质沟回未见明显增宽加深, 脑实质未见异常密度影, 中线无移位。脑室无扩大。小脑显影如常, 两侧小脑对称。

备注: 纵隔血池: SUVmax1.8; 肝脏血池: SUVmax2.3

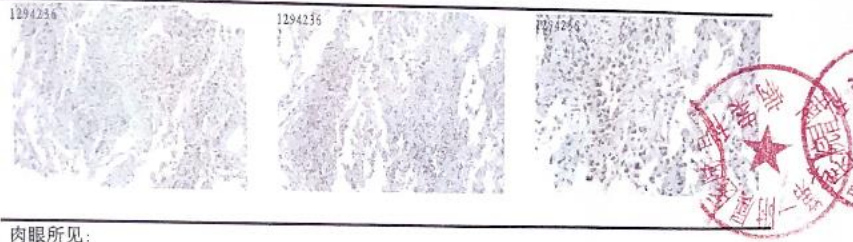
诊断意见:

- (1)右肺下叶外底段 FDG 代谢异常增高囊实性结节, 考虑肺癌可能大, 建议结合活检; 右肺下叶前底段 FDG 代谢增高实变影, 考虑炎性改变, 随诊;
双肺弥漫性粟粒灶, FDG 代谢不高, 考虑慢性增殖灶或肺尘埃沉积症可能, 建议结合肺 CT 随诊复查;
- (2)左侧颈部 III、IV、V 区、纵隔(4、5、6、7)组及右侧肺门区多发 FDG 代谢增高淋巴结, 考虑转移;
- 胰颈后 FDG 代谢增高微小淋巴结, 随诊;
- (3)采集野内多区域多发骨骼 FDG 代谢增高灶, 考虑骨转移, 累及: 脊椎多发椎体及附件、双侧多发肋骨、双侧肩胛骨、双侧髌骨、左侧股骨颈; 伴双侧第 6 后肋病理骨折;
- (4)肝 S6 及包膜下 FDG 代谢灶, 考虑转移可能大;
肝 S3、S8 血管瘤可能; 以上建议结合 MR 检查;
- (5)躯干其余部位及颅内未见 FDG 高代谢恶性肿瘤转移性征象。
- 2、右肾小结石; 前列腺钙化灶; 脊椎退行性变。

2022 年 1 月 28 日: 行穿刺+基因检测+因卡膦酸二钠(护骨针)。症状: 咳嗽, 胸闷, 呼吸累, 偶尔腰痛, 膏药贴+热水袋热敷十几后痛感消失。Cea:15.89

2022 年 2 月 4 日: 确诊肺腺癌, 分期: T2N3M1 (IVB 期)

姓名: 陶细荣 性别: 男 年龄: 48 岁 门诊号: 700791637800
申请科室: 肿瘤科 住院号: H0193443 床号: 025 免疫组化号:
送检标本: A: 肺组织; 送检时间: 2022-01-29
临床诊断: 肺占位性病变



肉眼所见:

送检肺组织: 灰白条索状组织, 长1.2cm, 直径0.1cm。

病理诊断:

(肺组织) 贴壁生长的癌, 至少为微浸润性腺癌, 但活检所见病变较少(范围约0.4×0.1cm), 不排除存在更重病变的可能性。请结合临床。

2022年2月6日: 磁共振扫描颅脑(平扫+增强), 双侧大、小脑半球多发结节影, 考虑为转移瘤。

检查部位: 磁共振扫描颅脑(平扫+增强)

检查方法: 颅脑MR平扫+增强

检查方位及技术:

横轴位: T1WI, T2WI, DWI

矢状位: T1WI

冠状位: T2-Flair

Gd-DTPA增强扫描T1WI

影像表现:

双侧大、小脑半球可见多发、大小不等的结节状异常信号影, T1WI呈低信号, T2WI高信号, 较大的大小约0.5×0.7cm; 部分病灶周围见片状水肿信号, 增强扫描后病灶呈不规则环形、结节状强化, 周围水肿无强化, 脑沟脑裂变浅, 中线结构无偏移。

意见:

双侧大、小脑半球多发结节影, 考虑转移瘤。

2022年2月5日至2月6日: 第一次化疗。(洛铂 40mg+培美 800mg)

2022年2月18日: 基因检测显示: EGFR exon19del (p.E746-752delins) 当天开始服用奥希替尼 (80mg/天) 至今

1.3.1 靶向治疗相关标志物检测结果

基因	检测结果		变异等级	FDA/NMPA已批准用于本癌种的药物		FDA/NMPA已批准用于其他肿瘤的药物	临床试验阶段药物
	变异	丰度/拷贝数		可能敏感	可能耐药	可能敏感	可能敏感
EGFR	p.E746_S752delinsl c.2236_2255delinsAT exon19	7.82%	I类	奥希替尼(A) 阿法替尼(A) 阿美替尼(A) 埃克替尼(A) 达可替尼(A) 厄洛替尼(A) 厄洛替尼+贝伐珠单抗(A) 厄洛替尼+雷莫芦单抗(A) 吉非替尼(A)	-	-	-

1.3.2 免疫治疗相关标志物检测结果

免疫治疗生物标志物检测结果

检测内容	检测意义	检测结果
PD-L1 蛋白表达	PD-L1 的表达与免疫检查点抑制剂的疗效相关, FDA 已批准帕博利珠单抗用于 PD-L1 表达阳性的非小细胞肺癌、宫颈癌、尿路上皮癌、食管癌、头颈鳞状细胞癌和胃癌的治疗; 已批准阿替利珠单抗用于 PD-L1 表达阳性的非小细胞肺癌、尿路上皮癌和三阴性乳腺癌患者的治疗; 另外, FDA 还批准纳武利尤单抗联合伊匹木单抗用于 PD-L1 表达阳性的非小细胞肺癌患者的治疗。	阳性, TPS 为 1%
肿瘤突变负荷 (TMB)	对于肿瘤突变负荷 (TMB) 较高的患者, FDA 已批准帕博利珠单抗用于既往治疗后疾病进展且没有令人满意替代治疗方案的不可手术或转移性的成人和儿童实体瘤患者。	0.0 Muts/Mb, TMB-L
微卫星不稳定性 (MSI)	FDA 已批准纳武利尤单抗、纳武利尤单抗+伊匹木单抗、帕博利珠单抗用于 MSI-H 的结直肠癌、子宫内膜癌、肾细胞癌等的治疗。	MSS

2022 年 2 月 22 日：服用奥希第四天，咳嗽、胸闷情况明显好转。

2022 年 2 月 27 日：确诊双下肢深静脉血栓。开始服用国产利伐沙班。

超声诊断：

1. 右侧下肢小腿肌间静脉及腘静脉远心端、胫后静脉血栓形成
2. 双侧下肢动脉多发粥样斑块点形成

2022 年 3 月 1 日：第二次化疗。（洛铂 45mg+培美 800mg+贝伐 400mg），第二天：因卡磷酸二钠（护骨针）+升白针。Cea:29.34

2022 年 3 月 23 日（第一次复查）：右肺下叶肿瘤 2.1cm x 1.9cm

检查印象：

颈部结构清楚，鼻咽部软组织未见增厚，咽隐窝存在。咽旁间隙清晰。口咽、喉部及喉腔内未见异常密度影，声带未见增厚。腮腺、颌下腺形态密度正常，双侧甲状腺不大，密度均匀，其内未见明显肿块影。颈部软组织未见异常征象。双侧颈部稍大淋巴结，大者约0.9×1.12cm，增强扫描均匀强化。所示部分副鼻窦及口底结构未见异常。增强扫描未见异常强化病灶。胸廓显示对称，气管居中，右肺下叶可见斑片影，大小约2.1cm×1.9cm，形态不规则，呈分叶状，边缘毛糙，可见细毛刺，其内可见空泡，增强扫描边缘实性成分呈明显强化；右肺中下叶部分小叶间隔增厚；右上肺见散在实性小结节，约0.4*0.3cm，余肺实质内未见明显异常密度影。纵隔位置正常，结构清晰，其内无明显肿大淋巴结影，两肺门见稍大淋巴结，短径约0.9cm。心影不大，大血管未见明显异常。双侧胸腔内无积液密度影。左侧肩部皮下软组织内可见类圆形脂肪密度影，大小约2.4×2.0cm。肝S3、S8段可见斑片状稍低密度影，较大者位于肝左外叶，大小约3.0×3.7cm，增强扫描呈渐进性填充样强化；肝右叶可见多发斑片状稍低密度影，边缘轻度强化。所示胸腰椎、双侧多根肋骨可见斑片状密度增高影，左侧第6、7肋及右侧第6、11肋骨皮质不连续，见骨痂形成。

内容所见：

右肺下叶占位，考虑肺Ca可能性大，并两肺门淋巴结转移。右肺上叶小结节，建议随诊。左肩部皮下脂肪瘤。所示肝S3、S8段多发稍低密度影，考虑血管瘤可能；肝右叶稍低密度影，建议完善腹部检查。双侧颈部稍大淋巴结，请结合临床分析。6. 所示胸腰椎、双侧多根肋骨多发密度增高影，考虑转移，并左侧第6、7肋及右侧第6、11肋病理性骨折及骨痂形成；建议骨扫描。

2022 年 3 月 23 日：第三次化疗。（培美+贝伐+洛铂） cea:6.47

2022 年 4 月 19 日：第四次化疗。（培美+贝伐+地舒单抗） cea:3.22

2022 年 5 月 16 日（第二次复查）：右肺下叶肿瘤 1.8cm x 1.6cm；脑转移瘤：较之前有减少、缩小。

颈部结构清楚，鼻咽部软组织未见增厚，咽隐窝存在。咽旁间隙清晰。口咽、喉部及喉腔内未见异常密度影，声带未见增厚。腮腺、颌下腺形态密度正常，双侧甲状腺不大，密度均匀，其内未见明显肿块影。颈部软组织未见异常征象。双侧颈部稍大淋巴结，大者约0.7×1.1cm，增强扫描均匀强化。所示部分副鼻窦及口底结构未见异常。增强扫描未见异常强化病灶。胸廓显示对称，气管居中，右肺下叶可见斑片影，大小约1.8cm×1.6cm，形态不规则，呈分叶状，边缘毛糙，可见细毛刺，其内可见空泡，增强扫描边缘实性成分呈明显强化；右肺中下叶部分小叶间隔增厚；两上肺见散在实性小结节，约0.4*0.3cm，余肺实质内未见明显异常密度影。纵隔位置正常，结构清晰，其内无明显肿大淋巴结影，两肺门见稍大淋巴结，短径约0.9cm。心影不大，大血管未见明显异常。双侧胸腔内无积液密度影。左侧肩部皮下软组织内可见类圆形脂肪密度影，大小约2.4×2.0cm。胸腰椎及附件、双侧多根肋骨可见斑片状密度增高影。左侧第6、7肋及右侧第6、11肋骨皮质不连续并可见骨痂形成。肝S3、S8段可见斑片状稍低密度影，较大者位于肝左外叶，大小约3.0×3.7cm，增强扫描呈渐进性填充样强化；肝右叶可见多发斑片状稍低密度影，边缘轻度强化，大者直径约0.6cm。胆囊不大，囊腔内未见异常密度影。胰腺、脾脏及双肾未见明显异常强化灶。膀胱充盈良好，壁未见增厚，腔内未见异常密度影；前列腺及双侧精囊腺显示未见异常。腹盆腔内肠管显示未见异常征象。腹膜后未见肿大淋巴结，腹盆腔内未见积液。左股骨颈、骨盆诸骨

内容所见：

1.临床示肺癌化疗后复查，右肺下叶占位，较前病灶范围稍有缩小，请随诊复查。2.两肺上叶小结节，同前相仿，建议随诊。3.左肩部皮下脂肪瘤。4.双侧颈部稍大淋巴结，较前部分稍缩小，请结合临床分析。5.肝S3、S8段血管瘤；肝右叶稍低密度结节影，同前相仿，需除外转移，建议MRI。6.骨盆诸骨、左股骨颈、胸腰椎及附件、双侧多根肋骨多发密度增高影，考虑转移，并多根肋骨病理性骨折及骨痂形成，较前部分密度稍致密，范围大致相仿；建议骨扫描。

检查部位: 磁共振扫描颅脑(平扫+增强)
检查方法: 磁共振扫描颅脑(平扫+增强)
检查方位及技术:

影像表现:

双侧大、小脑半球可见数个结节状异常信号影, T1WI呈低信号, T2WI高信号, 较大的长径约0.5cm, 增强扫描后病灶呈轻度强化, 脑沟脑裂变浅, 中线结构无偏移。

意见:

对比2022-02-06MRI:

原考虑颅脑多发转移瘤, 现较前缩小、减少, 请结合临床, 随诊。

2022年5月16日: 贝伐(400mg)+地舒单抗 cea:2.64

2022年5月23日: 症状: 脖子不舒服, 同时伴随头晕, 但是休息一会可以缓解。

2022年5月27日至31日: 症状: 有些咳嗽, 咳出一次血, 喉咙痒痒的。

2022年6月4日: 出现痔疮, 便血, 使用马应龙痔疮膏后不再便血。

2022年6月17日: 胸部平扫: 右肺下叶肿瘤 1.4cm x 0.9cm (其他医院) cea:2.13

影像描述:

胸廓两侧基本对称。两肺纹理增强、紊乱, 肺野透光度良好。右肺下叶见结节状密度增高影, 大小约1.4*0.9cm, 边缘伴毛刺征, 内见空腔形成, 邻近胸膜牵拉、凹陷。左肺下叶见斑点状密度增高影, 边界清。右肺内侧段见条片状密度增高影, 边界欠清。余肺野内未见明显异常密度影。双肺门不大; 纵隔无偏移, 内未见肿块及肿大淋巴结影。心影大小、形态尚可。无胸腔积液及胸膜肥厚。所示肝实质内见多个结节低密度影, 边界清。多个胸椎、多根肋骨及左侧肩胛骨见异常密度影。

影像诊断:

1. 右肺下叶结节状密度增高影, 请结合临床病史并与老片对比。
 2. 多个胸椎、多根肋骨及左侧肩胛骨异常密度影, 提示转移性病灶。
 3. 右肺内侧段少许纤维化。
 4. 左肺下叶斑点状密度增高影, 建议复查。
 5. 肝实质内多个结节影, 提示占位, 建议行增强扫描。
- 随诊!

2022年6月24日: 贝伐(400mg)+地舒单抗

2022年7月3日至14日: 症状: 7月3日开始颈椎僵硬, 转动的时候有响声, 头晕断断续续。

2022年7月18日(第三次复查): 右肺下叶肿瘤 2.6cm x 1.5cm (医生说从影像来看, 比上一次有好转, ct 报告结果不准确; 脑转移瘤: 没有了, 报告显示发育性静脉畸形和蛛网膜囊肿。 Cea:2.02

检查方法: 多层螺旋CT颈胸全腹部(平扫+增强)

PACS系统影像表现:

颈部结构清楚, 鼻咽部软组织未见增厚, 咽隐窝存在。咽旁间隙清晰。口咽、喉部及喉腔内未见异常密度影, 声带未见增厚。腮腺、颌下腺形态密度正常, 双侧甲状腺不大, 密度均匀, 其内未见明显肿块影。颈部软组织未见异常强化影。双侧颈部未见明显肿大淋巴结。所示部分副鼻窦及口底结构未见异常。

胸廓显示对称, 气管居中, 右肺下叶后基底段见部分实性密度影, 大小为2.6 x 1.5cm, 边缘见长毛刺及胸膜牵拉, 增强呈轻度强化, 两肺见多发实性小结节影, 大小约0.3-0.5cm, 余肺实质内未见明显异常密度影。纵隔位置正常, 结构清晰, 其内无明显肿大淋巴结影。心影不大, 大血管未见明显异常。增强扫描肺内及纵隔内无异常强化灶, 双侧胸腔内无积液密度影。

肝脏大小形态正常, 肝实质内见多发类圆形低密度区, 最大者位于肝左叶, 大小约4.0 x 3.6cm, 增强扫描见边缘填充强化, 肝右下叶见直径约0.8cm稍低强化影, 内见点状强化, 肝内胆管未见扩张; 胆囊不大, 囊腔内未见异常密度影。胰腺尾部体积增大, 未见明显异常密度影, 脾脏及双肾未见明显异常强化灶。膀胱充盈良好, 壁未见增厚, 腔内未见异常密度影; 前列腺钙化, 精囊腺显示未见异常。腹盆腔内肠管显示未见异常征象。腹膜后未见肿大淋巴结, 腹盆腔内未见积液。所及颈胸腰椎椎体及附件、多根肋骨、左侧肩胛骨、骶骨及骨盆诸骨见多发骨质密度增高影, 双侧第6肋见骨质不连及骨瘤。

意见:

临床拟肺Ca治疗后复查, 与2022-05-17日颈胸全腹部CT对比;

1. 右肺下叶后基底段结节, 较前相仿;

磁共振扫描颅脑(平扫+增强)

报告日期:

2022-07-19 15:16:04

检验编号:

pc^MR202207181527

检查印象:

左侧额叶见明显强化血管影, 左侧额部见囊状长T1长T2信号影, 增强扫描未见强化, 直径约0.9cm, 余脑实质内未见明显异常信号影; 脑沟、脑裂未见明显加深; 脑室系统未见明显扩大; 中线结构居中。

内容所见:

1. 左侧额叶明显强化血管影, 考虑发育性静脉畸形, 请结合临床, 随诊。2. 左侧额部蛛网膜囊肿可能, 请随诊。

- 2. 肝内多发异常强化影，考虑为多发血管瘤，较前相仿；
- 3. 胰尾体积增大，考虑为变异；
- 4. 所及颈胸腰椎椎体及附件、多根肋骨、左侧肩胛骨、骶骨及骨盆诸骨多发骨质密度异常，考虑为多发骨转移，较前相仿。
- 5. 双侧第6肋陈旧性骨折；
- 6. 前列腺钙化。
- 7. 颈部CT未见明显异常，仅数个小淋巴结，较前相仿，建议复查。

2022 年 7 月 21 日：贝伐（400mg）+地舒单抗

2022 年 8 月 4 日：腿部彩超 血栓没有了。

2022 年 8 月 12 日：贝伐（400mg）+地舒单抗 期间状态还不错 cea:2.48

2022 年 9 月 1 日（第四次复查）：右肺下叶肿瘤 2.6cm x 1.5cm（医生说从影像来看，比上一次有好转，ct 报告结果不准确）；骨扫描。

检查方法：多层螺旋CT胸全腹部(平扫+增强)1

PACS系统影像表现：

“肺Ca”治疗后复查，与2022-07-19日胸全腹部CT对比：

- 1. 右肺下叶后基底段结节，大小为2.6×1.5cm，较前范围稍减小；
- 2. 肝内多发异常强化影，最大者位于肝左叶，大小约4.0×3.6cm，考虑为多发血管瘤，较前相仿；
- 3. 胰尾体积增大，考虑为变异，较前变化不大；
- 4. 所及颈胸腰椎椎体及附件、多根肋骨、左侧肩胛骨、骶骨及骨盆诸骨多发骨质密度异常，考虑为多发骨转移，较前变化不明显。
- 5. 双侧第6肋陈旧性骨折；
- 6. 前列腺钙化。

意见：

“肺Ca”治疗后复查，如上述，请结合临床分析。

检查项目：全身显像(全身骨平面显像)()		检查日期：	2022-09-01
临床诊断：脑继发恶性肿瘤		检查目的：	
简要病史：			
检查方法或技术：			
检查名字： SPECT			
显像剂：	剂量：	给药途径：	
给药部位：	给药时间：	扫描开始时间：	
矩阵：	扫描速度：	(其他)：	
影像学表现： 静脉注射示踪剂 Tc-99m-MDP，2-4h 后行全身前位及后位骨静态平面显像。 全身骨显影清晰，左侧肩胛骨、多根肋骨、脊柱多个椎体、骨盆见异常显像剂分布浓聚灶。 余骨等显像剂分布基本均匀。			
影像学诊断： 多发骨代谢活跃，考虑骨转移改变，建议结合临床，随诊复查。			

2022 年 9 月 1 日：贝伐（400mg）+地舒单抗。Cea:2.41

2022 年 9 月 26 日：贝伐（400mg）+地舒单抗。 Cea:2.65

2022 年 10 月 21 日（第五次复查）：右肺下叶肿瘤 2.6cm x 1.5cm（医生说从影像来看，和上一次差不多，ct 报告结果不准确）。磁共振扫描颅脑（平扫+增强）： 静脉畸形。 Cea:2.60

检查方法: 多层螺旋CT胸全腹部(平扫+增强)1

PACS系统影像表现:

- “肺Ca”治疗后复查,与2022-09-01日胸全腹部CT对比:
- 1.右肺下叶后基底段不规则结节,大小为2.5×1.5cm,周围条片影,轻度强化,较前相仿;
 - 2.肝内多发异常强化影,最大者位于肝左叶,大小约4.4×3.5cm,考虑为多发血管瘤,较前相仿;
 - 3.胰尾体积增大,考虑为变异,较前变化不大;
 - 4.所及颈胸腰椎椎体及附件、多根肋骨、左侧肩胛骨、骶骨及骨盆诸骨多发骨质密度异常,考虑为多发骨转移,较前变化不明显。
 - 5.双侧第6肋陈旧性骨折;
 - 6.双肾小结石,左肾小囊肿;前列腺钙化。

意见:

“肺Ca”治疗后复查,如上述,请结合临床分析。

2022 年 10 月 21 日: 贝伐 (400mg) +地舒单抗。

2022 年 11 月 21 日: 贝伐 (400mg) +地舒单抗。Cea:3.32

2022 年 12 月 26 日 (第六次复查): 右肺下叶肿瘤: 报告称大小约 1.5cm。cea:4.00

多层螺旋CT颈胸全腹部(平扫 增强)

报告日期: 2022-12-26 15:43:36 检验编号: pc^CT202212260798

检查印象:

“肺Ca”治疗后复查,与2022-10-21日胸全腹部CT对比: 1.右肺下叶后基底段不规则结节,大小约1.5cm,周围条片影,轻度强化,较前相仿。2.肝内多发延时强化影,最大者位于肝左叶,大小约4.4×3.5cm,较前相仿。3.所及颈胸腰椎椎体及附件、多根肋骨、左侧肩胛骨、骶骨及骨盆诸骨多发骨质密度异常,考虑转移,较前变化不大。4.双肾小结石,左肾小囊肿;前列腺钙化。5.颈部未见明显异常。

2023 年 2 月 5 日: 贝伐 (400mg) +地舒单抗。磁共振扫描颈椎 (平扫) cea:4.65

检查项目: 磁共振扫描颈椎(平扫)

报告日期: 2023-02-05 09:15:09 检验编号: pc^MR202302021036

检查印象:

颈椎生理曲度变直,椎体边缘可见骨质增生改变。在T2WI上,多个颈椎间盘信号减低。C3/4、C4/5、C5/6、C6/7椎间盘向后突出,相应硬膜囊受压。颈髓未见异常信号影。

内容所见:

1.颈椎及椎间盘退变。2.C3/4、C4/5、C5/6、C6/7椎间盘向后突出。

2023 年 3 月 7 日 (第七次复查): 右肺下叶肿瘤 1.2cm x 0.7cm

检查项目: 多层螺旋CT颈胸全腹部(平扫 增强)

报告日期: 2023-03-07 11:01:29 检验编号: pc^CT202303061054

检查印象:

“肺Ca”治疗后复查,与2022-12-26日颈胸全腹部CT对比: 1.右肺下叶后基底段不规则结节,大小约1.2*0.7cm,周围条片影,轻度强化,较前稍缩小。2.两肺微小结节,较前变化不大,建议年度随访。3.肝内数个渐进性强化病灶,最大者位于肝左叶,大小约4.4×3.5cm,考虑肝血管瘤,较前相仿。4.所及颈胸腰椎椎体及附件、多根肋骨、左侧肩胛骨、骶骨及骨盆诸骨多发骨转移,部分肋骨病理性骨折,较前相仿。5.双肾微小结石,左肾小囊肿;前列腺钙化。6.颈部CT未见明显异常。

磁共振扫描颅脑(平扫 + 增强)

报告日期: 2022-10-22 08:05:19 检验编号: pc^MR202210201008

检查印象:

左侧半卵圆中心区见细条管状迂曲明显强化灶,脑实质内未见明显异常信号影;脑沟、脑裂未见明显加深;脑室系统未见明显扩大;中线结构居中。增强扫描未见明显异常强化改变。

内容所见:

左侧半卵圆中心区异常强化灶,拟为静脉畸形。

2023 年 3 月 7 日：贝伐（400mg）+地舒单抗。Cea:5.4

2023 年 4 月 10 日：贝伐（400mg）+地舒单抗。Cea:7.33

2023 年 5 月初开始出现双脚脚底发麻的情况，起初只是早上起床后会麻一会，活动一会就会好转，后来变得越来越麻木，目前是脚和小腿都是麻木的，说是控制不了自己的腿，没有知觉，没有力气，但是可以搀扶行走，也能自己抬起腿。病人自己说弯着背（不是腰）会更麻一些。

2023 年 5 月 8 日（第八次复查）：右肺下叶肿瘤：1.1cm x 0.8cm; 磁共振扫描颅脑（平扫）：未见明显异常。

伐（400mg）+地舒单抗 cea:7.82

多层螺旋CT颈胸全腹部(平扫 增强)

报告日期：2023-05-08 15:09:30

检查编号：pc^CT202305081463

检查印象：

“肺Ca”治疗后复查，与2023-03-07日颈胸全腹部CT对比： 1.右肺下叶后基底段不规则结节，大小约1.1*0.8cm，周围条片影，轻度强化，较前相仿。 2.两肺微小结节，较前变化不大，建议复查。 3.肝内数个渐进性强化病灶，最大者位于肝左叶，大小约4.3×3.2cm，考虑肝血管瘤，较前相仿。 4.所及颈胸腰椎椎体及附件、多根肋骨、左侧肩胛骨、骶骨及骨盆诸骨多发骨转移，部分肋骨病理性骨折，较前相仿。 5.双肾微小结石，左肾小囊肿；前列腺钙化。 6.颈部CT未见明显异常。

磁共振扫描颅脑(平扫)

报告日期：2023-05-08 16:35:44

检查编号：pc^MR202305081462

检查印象：

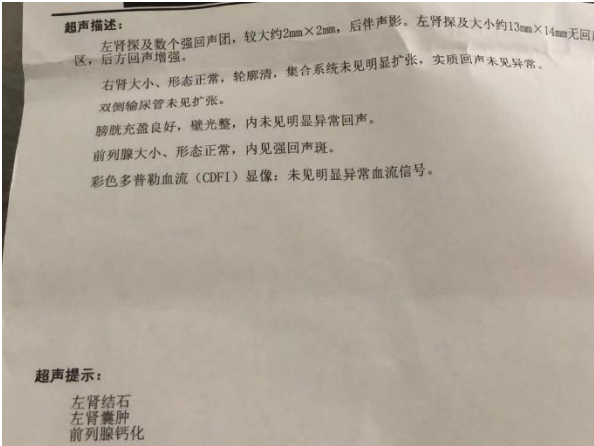
脑实质内未见明显异常信号影；脑沟、脑裂未见明显加深；脑室系统未见明显扩大；中线结构居中。

内容所见：

头颅MRI平扫未见明显异常。

2023 年 5 月 8 日开始出现有尿不能拉干净的情况。

2023 年 5 月 15 日：泌尿系彩超：左肾结石；左肾囊肿；前列腺钙化。插尿管，锯叶棕果实提取物软胶囊+甲磺酸多沙唑嗪缓释片



2023 年 5 月 22 日：拔尿管，能自行排尿。

2023 年 6 月 26 日：磁共扫描腰椎（平扫） cea:8.32

磁共振扫描腰椎(平扫)

报告日期：2023-06-26 12:27:35

检查编号：pc^MR202306261247

检查印象：

腰椎生理性弯曲存在，胸腰椎多个椎体及附件见斑片状长T1短T2信号影；腰椎椎体边缘可见骨质增生改变，在T2WI上，多个椎间盘信号减低，L3/4椎间盘膨出，L4/5、L5/S1椎间盘向后突出继发L4/5椎间盘层面增高狭窄；相应硬膜囊受压，余椎间盘未见明确突出或膨出改变征象。所示腰髓信号未见特殊。

内容所见：

1、腰椎退行性变，多个椎间盘变性。2、L3/4椎间盘膨出，L4/5、L5/S1椎间盘向后突出继发L4/5椎间盘层面增高狭窄。3、多个椎体及附件异常信号影，结合病史考虑转移可能，请结合临床。

2023 年 7 月 20 日：排不出尿，插尿管至今。

磁共振扫描腰椎(平扫)

报告日期：2023-06-26 12:27:35

检查编号：pc^MR202306261247

检查印象：

腰椎生理性弯曲存在，胸腰椎多个椎体及附件见斑片状长T1短T2信号影；腰椎椎体边缘可见骨质增生改变，在T2WI上，多个椎间盘信号减低，L3/4椎间盘膨出，L4/5、L5/S1椎间盘向后突出继发L4/5椎间盘层面增高狭窄；相应硬膜囊受压，余椎间盘未见明确突出或膨出改变征象。所示腰髓信号未见特殊。

内容所见：

1、腰椎退行性变，多个椎间盘变性。2、L3/4椎间盘膨出，L4/5、L5/S1椎间盘向后突出继发L4/5椎间盘层面增高狭窄。3、多个椎体及附件异常信号影，结合病史考虑转移可能，请结合临床。

2023 年 7 月 11 日（第九次复查）：右肺下叶肿瘤：1.1cm x 0.8cm 贝伐+地舒单抗 cea:7.74

检查项目：
多层螺旋CT胸全腹部(平扫 增强)

报告日期：2023-07-11 10:49:33 检查编号：pc^CT202307101940

检查印象：

“肺Ca”治疗后复查，与2023-05-08日胸全腹部CT对比： 1.右肺下叶后基底段不规则结节，大小约1.1*0.8cm，周围条片影，轻度强化，较前相仿。 2.两肺微小结节，较前变化不大，建议复查。 3.肝内数个渐进性强化病灶，最大者位于肝左叶，大小约4.3*3.2cm，考虑肝血管瘤，较前相仿。 4.所及颈胸腰椎椎体及附件、多根肋骨、左侧肩胛骨、骶骨及骨盆诸骨多发骨转移，部分肋骨病理性骨折，较前相仿。 5.双肾微小结石，左肾小囊肿；前列腺钙化。

2023 年 7-18 至 7-31：行腰椎（L1-L5）、部分骶骨、部分髂骨、部分髌臼、部分耻骨放疗，共十次。症状：便秘、严重腹泻、严重腹胀。腿麻和小便的症状无任何缓解。

2023 年 8 月 7 日：磁共振扫描腰段脊髓（平扫+增强），磁共振扫描胸段脊髓（平扫+增强） cea:11.8

磁共振扫描腰段脊髓(平扫 + 增强),磁共振扫描胸段脊髓(平扫 + 增强)

报告日期：2023-08-07 14:29:20 检查编号：pc^MR202308051388

检查印象：

胸腰椎生理性弯曲变直，胸腰椎多个椎体及附件见斑片状结节状长T1短T2信号影，其中L3椎体内见斑片状长T1长T2信号影，增强扫描呈不均匀强化，胸腰椎椎体边缘可见骨质增生改变，在T2WI上，多个椎间盘信号减低，所示胸腰髓信号未见特殊，增强扫描未见明显异常强化。

内容所见：

1、胸腰椎及椎间盘退行性变。 2、胸腰椎多个椎体及附件异常信号影，结合病史，考虑骨转移，请结合临床。 3、胸腰髓未见明显异常强化。