DOI:10.16016/j.1000-5404.1986.s1.027

甲状腺片治疗乳腺增生症机制的探讨

郭中琦 马小平 唐开业（第二附属医院 普外科）

良性乳腺增生症是妇女常见疾病，据Bradlow[1]等统计，30岁到绝经期约有50%的妇女发生本病。

近来，不少作者对甲状腺素治疗本病进行了观察与研究[2,3,4]，认为可改善乳痛与乳房张力。为探讨乳腺增生症病人的甲状腺功能状态及甲状腺素治疗效果，我们对41例病人进行了T_3、T_4测定，并对其中33例采用了甲状腺片治疗，同时对疗效较好病例的T_3、T_4值与全组进行了比较。

病人选择和方法

病人的诊断根据是临床表现，乳房摄片，细胞学或组织学检查。选用甲状腺片治疗的条件是：（1）过去他种治疗效果不好。（2）无甲亢及心血管疾病。给药方法：甲状腺片20～30mg，每日二次，服药后二周进行复查。开始服药前测定T_3、T_4值。

全部均为女性，年龄26～48岁，平均35.7岁，病程1月～10年，半数在1～5年。

结 果

除2例T_3值（各为46，61ng%）、4例T_4值（各为4.45，5.6，5.45，5.6μg%）低于正常外，处于正常中位值（T_3：100～149ng%，T_4：6～29μg%）较多。各组值病人分布情况见表1

表1 T_3、T_4值病例分布情况

T_3			T_4		
数值(ng%)	例数	%	数值(μg%)	例数	%
<70	2	4.8	<5.7	4	10
70～99	9	22	5.7～5.9	3	7
100～149	21	51.2	6～8.9	20	48.8
150～200	9	22	9～12.5	14	34.2

注：我院T_3正常值为170～200ng%，T_4为5.7～12.5μg%。

用甲状腺片治疗的33例中，有25例获得随诊。服药后3～7天乳痛好转者15例，7～14天好转者6例，无效者4例，总有效率84%。乳房结节变软与乳痛好转基本一致，未见甲状腺片副作用。

如果将治疗有显效病例的T_3、T_4值分组，观察其分布情况（见表2），与表1进行对照，有效组的低值比例略高，但由于病例较少尚不能得出最后结论。

表2 显效11例T_3、T_4值分布情况

T_3			T_4		
数值(ng%)	例数	%	数值(μg%)	例数	%
<70	0	0	<5.7	0	0
70～99	4	36.3	5.7～5.9	4	36.3
100～149	6	54.5	6～8.9	5	45.5
150～200	1	9.2	9～12.5	2	8.2

讨 论

乳腺的发育与生长，受多种激素调节与控制，已知的有关内分泌腺体有下丘脑、垂体前叶、卵巢、肾上腺及甲状腺等，故乳腺增生的病因十分复杂，治疗规律不易掌握，任何一种治疗都有局限性而不易取得确切疗效。祖国医学主张舒肝理气，选用消遥散治疗，但仍有1/4～1/3病例疗效不佳。丙酸睾丸酮在症状严重时可以采用，但副作用大而不能长期使用。维生素E、黄体酮、碘化钾等药物是用来改善与调整卵巢及垂体功能，但多数疗效欠佳。其他对症治疗方法有服用止痛药、外用止痛膏、穿戴磁性乳罩等，但均收效甚微。近来应用一种多巴胺刺激药——溴隐亭，据报道有效率可达72～92%[5]，但价格十分昂贵，国内尚不能生产，不能广泛

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

应用。因此，寻求新的药物是必然趋势，甲状腺素的临床应用增加了治疗方法。

关于甲状腺素对乳腺增生症的作用机制，目前还不清楚，不少作者[6,7,8,9]观察到乳腺增生症病人的垂体前叶泌乳细胞对下丘脑的促甲状腺激素释放激素（TRH）反应增强。Peters 还同时发现乳腺增生症病人黄体周期不足，孕酮（P）分泌减少，雌激素（E_2）相对升高，他推测升高的E_2促进了催乳细胞对 TRH 的过度反应，而甲状腺素可中和过度的E_2，从而抑制了PRL的产生，减轻了对乳腺的刺激和增生，收到治疗效果，但他不能解释为何对泌乳症状无效，因此，对此推测尚有争论。从本组显效的病例来看，约½病例T_3、T_4值处于正常中位值，表明体内并不缺乏可以中和E_2的甲状腺素，故其机制尚需进一步研究。

参 考 文 献

1. Bradlow HL, et al. Steroid hormone accumulation in human breast cyst fluid. Cancer Res 1981; 41:105
2. Peters F, et al. Thyroid hormones in benign breast disease. Cancer 1985; 56(5): 1082
3. Daro AF, et al. The effect of thyroid on cystic mastitis. J Int Coll Surg 1964; 41: 58
4. Estes EC. Mastodynia due to fifrocystic disease of the breast controlled with thyroid hormone. Am J Surg 1981; 142:476
5. Audibert A. Parlodel treatment in benign breast disease. Sandorama 1985; III
6. Peters F, et al. Distribution and dynamics of serum prolaction levels in patients with fibrocysitic breast disease. Obstet Gynecol 1984; 64:381
7. Peter F, et al. PRL, RTSH and TH in BBD. Klin Wochenschr 1981; 59:403
8. Kumar S, et al. PRL response to TRH stimulation and dopaminergic inhibition in BBD. Cancer 1984; 53:1311
9. Dogliotti L, et al. PRL and Thyrotropin Response to TRH in premenopausal women with fibrocystic disease of the breast. Horm Res 1985; 21:137

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net