

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2014.23.012

芪竹方联合 FOLFOX4 方案治疗化疗失败的晚期胃癌患者 22 例临床观察

贺海辉^{*}, 卓德斌¹, 沈洪², 单兆伟², 李跃军¹, 甄时建¹, 王大海¹, 尹晖明¹

(1. 湖南中医药高等专科学校附属第一医院, 湖南省株洲市人民路 571 号, 412000; 2. 南京中医药大学附属医院)

基金项目: 湖南省中医药科研计划项目 (201287)

摘要 **目的** 观察芪竹方联合 FOLFOX4 方案治疗一线化疗失败的晚期胃癌患者的有效性及安全性。 **方法** 将 44 例一线化疗失败的晚期胃癌患者随机分为治疗组和对照组各 22 例。治疗组给予芪竹方口服, 每日 1 剂, 同时联合 FOLFOX4 方案化疗; 对照组单纯给予 FOLFOX4 方案化疗。治疗直至病情进展, 或出现不能耐受的毒性, 或患者拒绝接受化疗。比较两组患者临床证候改善情况、生存质量、肿瘤反应情况、无进展生存期 (PFS)、总生存期 (OS)、不良反应以及 P-糖蛋白 (Pg-p)、谷胱甘肽 S-转移酶 (GST- π)、拓扑异构酶 II (Topo-II) 表达情况。 **结果** 治疗组临床证候改善情况、PFS、OS 均明显优于对照组 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。治疗组治疗后 Pg-p、GST- π 、Topo-II 的表达例数均无明显变化 ($P > 0.05$); 对照组治疗后 Pg-p、Topo-II 无明显变化 ($P > 0.05$), 但 GST- π 表达例数明显高于治疗前 ($P < 0.05$)。 **结论** 芪竹方联合 FOLFOX4 治疗一线化疗失败的晚期胃癌有增效减毒作用, 稳定 GST- π 的表达可能为其增效原因之一。

关键词 芪竹方; 化疗失败; 晚期胃癌; 谷胱甘肽 S-转移酶

胃癌是最常见的恶性肿瘤之一。一线化疗失败的晚期胃癌患者采用目前常用的化疗方案解救治疗疗效有限^[1], 多药耐药 (MDR) 为其常见原因^[2], 而 P-糖蛋白 (Pg-p)、谷胱甘肽 S-转移酶 (GST- π) 的过度表达与 T 拓扑异构酶 II (Topo-II) 的表达不足被认为是肿瘤 MDR 的最重要机制。我们临床使用芪竹方联合 FOLFOX4 方案治疗一线化疗失败的晚期胃癌患者, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

西医诊断标准参照《胃癌诊疗规范 (2011 年版)》^[3] 中有关胃癌的诊断标准。

1.2 纳入标准

符合诊断标准并经病理组织学诊断为胃癌; 无手术指征; 一线化疗 (不含奥沙利铂) 失败; 卡氏评分法 (KPS) 评分^[4] ≥ 60 分; 患者签署知情同意; 年龄 18 ~ 75 岁。

1.3 排除标准

患有严重、未控制的内科疾患及感染者; 哺乳

期或孕期妇女; 精神病患者; 过敏体质者; 既往或同时患有其他恶性肿瘤者; 呕吐频繁者; 有化疗禁忌症者。

1.4 一般资料

44 例研究对象来自 2010 年 1 月至 2012 年 12 月湖南中医药高等专科学校附属第一医院肿瘤科收治的一线化疗 (不含奥沙利铂) 失败的晚期胃癌患者, 采用随机数字表法分为治疗组和对照组各 22 例。治疗组中男 15 例, 女 7 例; 年龄 27 ~ 71 岁, 平均 (56.50 $\pm$ 11.03) 岁; 病程 2 ~ 14 个月, 平均 (9.18 $\pm$ 2.48) 个月; 临床 TNM 分期^[5]: III 期 6 例, IV 期 16 例。对照组中男 16 例, 女 6 例; 年龄 28 ~ 69 岁, 平均 (56.86 $\pm$ 8.78) 岁; 病程 2 ~ 13 个月, 平均 (9.32 $\pm$ 2.12) 个月; 临床 TNM 分期: III 期 8 例, IV 期 14 例。两组一般资料比较差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法

治疗组: 给予 FOLFOX4 方案^[6] 化疗, 并口服芪竹方。① FOLFOX4 方案具体用药: 奥沙利铂 (L-OHP) 85 mg/m², 静脉滴注 2 h, 第 1 天; 亚叶

* 通讯作者: hehaihui1212@163.com, (0731) 28290206

酸钙 (LV) 200 mg/m², 静脉滴注 2 h, 第 1、2 天; 5-氟尿嘧啶 (5-FU) 400 mg/m² 静脉推注, 第 1、2 天, 然后 5-FU 600 mg/m² 持续静脉滴注 22 h, 第 1、2 天, 每 2 周重复, 每 28 天为 1 个周期。② 芪竹方组成: 炙黄芪 10 g, 玉竹 15 g, 法半夏 5 g, 仙鹤草 15 g, 莪术 10 g, 薏苡仁 15 g, 灵芝 10 g, 白花蛇舌草 15 g, 化疗前 1 周开始持续服用, 每日 1 剂, 分两次服用。全部病例进行安全性评价, 对完成化疗至少 2 个周期及 1 个周期即出现病情进展的病例进行疗效评价, 治疗前及化疗 2 个周期或 1 个周期即出现病情进展的病例进行胃镜活检。评价有效和稳定的病例继续按照原治疗方案治疗, 直至病情进展, 或出现不能耐受的毒性, 或患者拒绝接受化疗。治疗结束后每 4 周随访, 直至死亡。

对照组: 单纯给予 FOLFOX4 方案化疗, 方法同上。

2.2 观察指标和方法

2.2.1 临床证候改善情况 参照《中药新药临床研究指导原则》^[4], 晚期胃癌常见症状 (纳差、乏力、上腹疼痛、呕吐、消瘦) 按无、轻、中、重分别计为 0、1、2、3 分。治疗后症状总积分比治疗前下降 > 70% 为显著改善; 下降 30% ~ 70% 为部分改善; 下降 < 30% 为无改善。

2.2.2 生存质量 治疗前后采用 KPS 评分^[4] 评价生存质量, 生存质量分为降低 (减少 ≥ 10 分者)、稳定 (降低或提高 < 10 分者)、提高 (增加 > 10 分者)。

2.2.3 肿瘤反应情况 按照实体肿瘤疗效评价 RECIST 标准^[4]: 完全缓解 (CR): 所有病灶完全消失; 部分缓解 (PR): 可测病灶 (最长径的总和) 缩小 > 30%; 疾病稳定 (SD): 病灶无变化, 或缩小未达到 PR, 或增大未达到 PD; 疾病进展 (PD): 病灶最长直径总和增大 > 20%, 或出现新发病灶。近期客观有效率 (RR) = CR + PR, 疾病控制率 (DCR) = CR + PR + SD。

2.2.4 生存状况分析 无进展生存期 (PFS)^[4] 为从治疗开始至疾病进展的时间, 总生存期 (OS)^[4] 为从治疗开始至死亡的时间。

2.2.5 Pg-p、GST-π、Topo-II 表达的检测 所有胃镜活检标本均经 10% 的中性甲醛固定, 脱水, 包埋, 连续石蜡 4 ~ 5 μm 切片, 进行 HE 和免疫组化染色。主要试剂有鼠抗人 Pg-p 单克隆抗体、鼠抗人 GST-π 单克隆抗体、鼠抗人 Topo-II 单克隆抗体 (批号分别为: 140312237A、140212583E、

140124588C, 福州迈新生物技术开发有限公司), 二步法免疫组化试剂盒 (批号: 112123D, 上海太阳生物技术有限公司), DAB 显色试剂盒 (批号: 103274A, 上海太阳生物技术有限公司)。操作步骤按试剂盒说明书进行, PBS 代替一抗作阴性对照。阳性为细胞内出现棕黄色颗粒, Pg-p、GST-π 阳性表达在细胞膜和细胞质, Topo-II 在细胞核。在癌细胞丰富区选取 10 个高倍视野, 每个视野计数 100 个细胞, 阳性细胞数 < 5% 为 (-), 5% ~ 25% 为 (+), 26% ~ 50% 为 (++), > 50% 为 (+++)。

2.2.6 不良反应 按美国国立肿瘤研究所抗肿瘤药物毒性表现和分级标准 (NCI - CTC)^[4] (3.0 版) 分为 0 - IV 度进行观察和记录毒副反应。

2.3 统计学方法

采用 SPSS 10.0 统计软件。计数资料用例数表示, 无序者采用 χ^2 检验, 有序者采用 Wilcoxon 秩和检验。计量资料不符合正态分布者, 组间比较采用两个独立样本的 Wilcoxon 秩和检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3 结果

治疗组 22 例完成化疗周期数为 1 ~ 6 个周期, 其中 1 例为化疗 1 周期后因原基础疾病加重, 停止化疗处理基础疾病, 不能评价疗效, 可评价不良反应。对照组 22 例完成化疗周期数为 1 ~ 5 个周期, 其中 1 例完成 1 周期化疗后失访, 未完成疗效评价, 可以评价不良反应, 1 例因化疗 1 个周期时病情明显进展而停止化疗。

3.1 两组患者临床证候改善情况比较

治疗组临床证候显著改善 10 例, 部分改善 10 例, 无改善 1 例; 对照组显著改善 6 例, 部分改善 8 例, 无改善 7 例。经 Wilcoxon 秩和检验, 两组疗效比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 治疗组明显优于对照组。

3.2 两组患者生存质量比较

治疗组生存质量提高 12 例, 稳定 8 例, 降低 1 例; 对照组生存质量提高 10 例, 稳定 8 例, 降低 3 例。经 Wilcoxon 秩和检验, 两组比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

3.3 两组患者肿瘤反应情况比较

治疗结束时, 治疗组 CR 0 例, PR 6 例, SD 9 例, PD 6 例, RR 为 28.57%, DCR 为 71.43%; 对照组 CR 0 例, PR 4 例, SD 9 例, PD 8 例, RR

表 1 两组晚期胃癌患者 Pg-p、GST- π 、Topo-II 表达例数比较 (例)

组别	时间	例数	Pg-p				GST- π				Topo-II			
			-	+	++	+++	-	+	++	+++	-	+	++	+++
治疗组	治疗前	21	6	9	6	0	12	4	5	0	4	8	7	2
	治疗后	21	11	6	4	0	9	5	7	0	2	7	8	4
对照组	治疗前	21	6	8	7	0	12	4	5	0	4	7	8	2
	治疗后	21	6	8	7	0	6	4	11	0	4	7	8	2

为 19.05%，DCR 为 61.90%。经 χ^2 检验，两组 RR、DCR 比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

3.4 两组患者生存状况比较

治疗组 PFS 为 2~20 个月，中位 PFS 为 6 个月，OS 为 3~24 个月，中位 OS 为 8 个月；对照组分别为 1~18 个月、4 个月、3~22 个月、7 个月。经 Wilcoxon 秩和检验，治疗组 PFS、OS 与对照组比较差异有统计学意义 ($P < 0.01$)，治疗组明显优于对照组。

3.5 两组患者 Pg-p、GST- π 、Topo-II 表达例数比较

表 1 示，经 Wilcoxon 秩和检验，治疗组治疗前后 Pg-p、GST- π 的表达例数差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)；对照组治疗前后 Pg-p 及 Topo-II 无明显变化 ($P > 0.05$)，但 GST- π 的表达例数高于治疗前，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后治疗组 Pg-p 及 GST- π 的表达例数低于对照组，而 Topo-II 的表达例数高于对照组，但差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。

3.6 两组患者不良反应比较

表 2 示，两组患者不良反应主要为骨髓抑制、消化系统反应、外周神经毒性，大多为 I~II 度，均为可逆性，停药或对症处理后均能消失或好转，无化疗相关性死亡。经 Wilcoxon 秩和检验，治疗组患者恶心呕吐、乏力情况低于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。两组其余不良反应比较差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。

4 讨论

胃癌化疗失败经常由耐药特别是 MDR 引起，胃癌患者化疗后表现出的 MDR 是在原发性 MDR 基础上获得的混合性 MDR^[2,10]。Pg-p、GST- π 过度表达与 Topo-II 表达不足被认为是肿瘤 MDR 的最重要机制。Pg-p 能将细胞内蒽环类、长春碱类、鬼臼碱类、紫杉醇类及放线菌素等多种化疗药物泵出细胞外，导致细胞耐药。谷胱甘肽 (GSH) 在相关酶催化下与亲电子性的 DNA 烷化剂药物、具烷化作用的丝裂霉素以及铂类等结合，被泵出细胞外

而耐药。Topo-II 是阿霉素、长春碱、依托泊苷 (VP-16)、羟基喜树碱等多种化疗药物的靶酶，

表 2 两组晚期胃癌患者不良反应比较 (例)

组别	例数	项目	0 度	I 度	II 度	III 度	IV 度
治疗组	22	贫血	14	6	2	0	0
		白细胞减少	5	10	5	2	0
		血小板减少	15	7	0	0	0
		肝功能损害	12	8	2	0	0
		口腔炎	19	2	1	0	0
		恶心呕吐	7	13	2	0	0
		腹泻	19	3	0	0	0
		手足综合征	17	3	1	0	0
		外周神经毒性	5	12	5	0	0
		便秘	7	12	3	0	0
		乏力	13	8	1	0	0
		嗜睡	13	8	1	0	0
对照组	22	贫血	13	6	3	0	0
		白细胞减少	3	10	6	3	0
		血小板减少	15	6	1	0	0
		肝功能损害	12	8	2	0	0
		口腔炎	18	2	1	1	0
		恶心呕吐	2	13	5	1	0
		腹泻	17	4	1	0	0
		手足综合征	15	4	2	0	0
		外周神经毒性	3	13	6	0	0
		便秘	3	14	5	0	0
		乏力	6	14	2	0	0
		嗜睡	6	14	2	0	0

Topo-II 表达阴性者耐药^[11]。

我们认为肿瘤多药耐药与正气不足、瘀凝血瘀、热毒炽盛有关。瘀凝血瘀，血脉不畅，药物难达病所；药物常需借助机体的正气来发挥作用，肿瘤患者多正气不足，不能助药物发挥其功效，药物疗效降低；热毒炽盛，可消烁进入体内的药力，降低药效。芪竹方由炙黄芪、玉竹、法半夏、仙鹤草、莪术、薏苡仁、灵芝、白花蛇舌草等组成，具有益气养阴、化痰祛瘀、清热解毒的功效，对结肠癌耐药株 HCT-8/V 细胞多药耐药基因 MDR1 有体外逆转作用^[12]。莪术、半夏的成分 β -榄香烯可通过下调 MDR1、多药耐药相关蛋白 (MRP1)、Pg-p，上调 Topo-II α ，抑制 Bel-2 的表达从而诱导细胞凋亡来逆转胃癌化疗药物耐药^[13-14]，莪术油含药血清可逆转胃癌耐药细胞株 SGC7901/CDDP

的耐药性^[3], 莪术的成分姜黄素也可逆转胃癌耐药, 玉竹的成分槲皮素可干扰细胞周期、上调 caspase-3 和下调凋亡相关蛋白 Bcl-2 的表达而逆转 MDR^[4]。

经过一线治疗失败的晚期胃癌患者具有体能状况差、消化功能差、耐受性差等体质特点, 很难接受强烈的化疗方案, 而第三代铂类药物奥沙利铂抗癌活性高, 抗癌谱广, 与顺铂和卡铂无交叉耐药, 和传统化疗或紫杉类药物不具交叉抗药性, 与 5-FU 联用对 5-FU 敏感和耐药的肿瘤均有协同抗癌作用, 且毒副反应轻^[7]。

本研究结果表明, FOLFOX4 治疗一线化疗失败的晚期胃癌的中位 PFS 为 4 个月, 中位 OS 为 7 个月, 与现有临床研究结果一致^[1,18]。而芪竹方联合 FOLFOX4 各项分别为 6 个月、8 个月, 优于单纯 FOLFOX4 化疗。本研究也表明芪竹方联合 FOLFOX4 对临床证候的改善优于单纯 FOLFOX4 化疗。可见芪竹方联合 FOLFOX4 治疗一线化疗失败的晚期胃癌有增效作用。Pg-p、Topo-II 与氟尿嘧啶类及铂类耐药无关, 治疗前后对照组无变化, 虽然治疗后治疗组较对照组 Pg-p 降低, Topo-II 升高, 但可能不为芪竹方联合 FOLFOX4 治疗一线化疗失败的晚期胃癌的增效原因。FOLFOX4 化疗诱导胃癌耐药^[1], 对照组治疗后 GST- π 表达高于治疗前, 治疗后治疗组 GST- π 表达低于对照组, 表明芪竹方能稳定 GST- π 表达, 逆转胃癌耐药, 可能为芪竹方联合 FOLFOX4 治疗一线化疗失败的晚期胃癌的增效原因之一。另外, 芪竹方安全性良好, 还可一定程度上减少化疗不良反应。但本试验病例数有限, 部分差异尚无统计学意义, 今后有待扩大样本量进一步研究。

参考文献

- [1] Wesolowski R, Lee C, Kim R. Is there a role for second-line chemotherapy in advanced gastric cancer [J]. *Lancet Oncol*, 2009, 10(9): 903-912.
- [2] Ludwig A, Dietel M, Lage H. Identification of differentially expressed genes in classical and atypical multidrug-resistant gastric carcinoma cells [J]. *Anticancer Res*, 2002, 22(6A): 3213-3221.
- [3] 中华人民共和国卫生部医政司. 胃癌诊疗规范(2011 年版) [J]. *中国医学前沿杂志(电子版)*, 2012, 4(5): 62-71.
- [4] (美) 罗兰 T. 斯基尔, 主编. 癌症化疗手册 [M]. 于世英, 主译. 北京: 科学出版社, 2002: 39-40.
- [5] Edge SB, Compton CC. The American Joint Committee on Cancer: the 7th edition of the AJCC cancer staging manual and the future of TNM [J]. *Ann Surg Oncol*, 2010, 17(6): 1471-1474.
- [6] 孙燕, 石远凯. 临床肿瘤内科手册 [M]. 5 版. 北京: 人民卫生出版社, 2011.
- [7] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行) [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 207-224.
- [8] Eisenhauer EA, Therasse P, Bogaerts J, et al. New response evaluation criteria in solid tumours: revised RECIST guideline (version 1.1) [J]. *Eur J Cancer*, 2009, 45(2): 228-247.
- [9] Colevas AD, Setser A, CTEP/NCI, et al. The NCI common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) V 3.0 is the new standard for oncology clinical trials [J]. *J Clin Oncol*, 2004, 22(14S): 6098-6102.
- [10] 高福莲, 蔡新华, 马开颜, 等. mdrl 基因在多药耐药相关的几种人胃癌细胞系的表达 [J]. *中国现代医学杂志*, 2006, 16(10): 1490-1494.
- [11] 韩军平, 刘斌, 孟晓燕, 等. 多药耐药基因产物及 CerbB-2、ki-67 在胃癌中的表达及其临床病理学意义 [J]. *现代肿瘤医学*, 2011, 19(11): 2281-2284.
- [12] 徐陆周, 单兆伟, 赵万洲. 芪竹方粗提物对 MGC-803 细胞 VEGF、KDR/flk-1 蛋白表达的影响 [J]. *国际中医中药杂志*, 2011, 33(3): 214-216.
- [13] 郝立宏, 赵瑾瑶, 丁艳芳, 等. β -榄香烯逆转 K562/ADM 细胞 MDR 机制的探讨 [J]. *中国肿瘤临床*, 2005, 32(10): 548-550.
- [14] 王利, 魏品康, 秦志丰, 等. 榄香烯对耐药胃癌细胞的逆转实验研究 [J]. *成都中医药大学学报*, 2005, 28(2): 51-53.
- [15] 周素芳, 陈杰, 王敏. 莪术油含药血清逆转胃癌 SGC7901/CDDP 多药耐药的研究 [J]. *中药新药与临床药理*, 2012, 23(5): 508-511.
- [16] 秦凤霞, 霍介格, 王小宁. 中药逆转胃癌多药耐药作用的研究进展 [J]. *中华中医药杂志*, 2011, 26(7): 1571-1573.
- [17] 王琳, 秦叔逵, 钱军, 等. 奥沙利铂联合氟尿嘧啶类药物二线治疗晚期胃癌的临床研究 [J]. *现代肿瘤医学*, 2005, 13(3): 361-362.
- [18] 陈映霞, 秦叔逵, 王琳, 等. 晚期胃癌一线化疗失败后不同解救化疗方案的疗效比较 [J]. *临床肿瘤学杂志*, 2011, 16(7): 613-616.

Clinical Observation on 22 Cases of Advanced Gastric Cancer with Chemotherapy Failure Treated with Combined *Qizhu Formula* and FOLFOX4

HE Haihui¹, ZHUO Debin¹, SHEN Hong², SHAN Zhaowei², LI Yuejun¹, ZHEN Shijian¹, WANG Dahai¹, YIN Huiming¹

(1. First Affiliated Hospital, Hunan Traditional Chinese Medical College, Hunan Province, 412000; 2. Hospital Attached to Nanjing University of Chinese Medicine)

ABSTRACT Objective To observe the efficacy and safety of combined treatment of *Qizhu Formula* and FOLFOX4 on advanced gastric cancer patients after failure of first-line chemotherapy. **Methods** Totally 44 patients with advanced gastric cancer who failed first-line chemotherapy were divided randomly into treatment group and control group, each with 22 patients. Treatment group was given *Qizhu Formula* orally, 1 dose per day, with FOLFOX4 chemotherapy, whereas control group was merely given FOLFOX4 chemotherapy. The treatments were continuously applied unless progression, or intolerable toxicity, or patients' rejection of chemotherapy occurred. Improvement of clinical symptoms, quality of life, tumor response, progression free survival (PFS), overall survival (OS), adverse effects and the expression of P-glycoprotein (Pg-p), glutathione S-transferase (GST- π), topoisomerase II (Topo-II) of two groups were compared. **Results** Improvement of clinical symptoms, PFS, OS in the treatment group was notably better than that in the control group ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). The expression of Pg-p, GST- π , Topo-II in treatment group showed no obvious change after treatments ($P > 0.05$). The expression of Pg-p, Topo-II in control group also showed no obvious change after treatments ($P > 0.05$), but the expression of GST- π after treatments was observably higher than before ($P < 0.05$). **Conclusion** Combined treatment of *Qizhu Formula* and FOLFOX4 on advanced gastric cancer patients who failed first-line chemotherapy has the effect of enhancing efficacy and reducing toxicity. Stabilizing the expression of GST- π may be one of the reasons of its efficacy-enhancing effect.

Keywords *Qizhu Formula*; chemotherapy failure; advanced gastric cancer; glutathione S-transferase

(收稿日期: 2014-04-09; 修回日期: 2014-05-22)

[编辑: 叶晨]

• 快 讯 •

首届中医科学大会在京召开

(本刊讯) 2014 年 11 月 23 日, 由中国农工民主党中央与国家中医药管理局共同主办的首届中医科学大会在北京会议中心隆重举行。全国人大常委会副委员长、农工民主党中央主席陈竺, 国家卫生与计划生育委员会副主任、国家中医药管理局局长王国强出席并作主旨演讲。国家中医药管理局副局长于文明、马建中, 中国科学院院士陈凯先, 中国工程院院士张伯礼、吴以岭、石学敏, 国医大师张大宁、张学文、孙光荣, 以及各级卫生计生委及中医药管理部门领导, 农工民主党各级组织及党员代表, 中医药各大专院校、研究机构及专业协会代表, 中医医院、中药企业管理者代表等 500 余人参加大会。

中医科学大会是由农工民主党中央和国家中医药管理局共同主办的专题会议, 旨在搭建一个由政府引导、社会参与、学术推动的共同平台, 科学推动中医药事业的继承和发展, 为实现“健康中国”助力“中国梦”发挥积极作用。本届大会的主题是“中医药——国家战略资源”, 共有 3 个议题, 分别是: 中医药——具有原创优势的科技资源与优秀的文化资源、中医药——独特的卫生资源与医学发展、中医药——潜力巨大的经济资源与重要的生态资源。

陈竺在报告中指出, 中医药学作为传统医学的突出代表, 是目前保存最完整、影响力最大、使用人口最多的传统医药体系。它植根于中华文化的深厚土壤, 惠及东方、影响世界, 是全人类的共同财富。近年来, 中医药的医疗价值、保健价值、文化价值、经济价值越来越受到全社会的关注, 世界卫生组织也积极倡导发挥以中医药学为代表的传统医学的作用, 并努力使其进入各国的医疗保健体系之中。中医药事业的发展正处于重要的机遇期, 要把握机遇, 科学认识和发展中医药事业: 一是实事求是, 科学认识中医药学的自身特点和与现代西方医学的关系; 二是传承创新, 科学推动中医药事业的健康发展; 三是中西汇聚, 探索构建现代医学体系。陈竺强调, 要求真务实, 持之以恒, 科学地认识、传承、发展好中医药事业, 努力突破中西医之间的壁垒, 建立融中西医思想于一体的现代医学体系, 这种医学兼取两长, 既高于现在的中医, 也高于传统的西医, 既不固步自封, 又兼收并蓄, 既立足于历史, 又着眼于未来, 必将为人类社会的和谐福祉做出新的更大贡献。