

DOI: 10. 13288/j. 11-2166/r. 2022. 13. 004

当代名医

周仲瑛从湿热浊毒入络论治难治性痛风

赵蕊, 周学平[✉] 指导: 周仲瑛

南京中医药大学第一临床医学院, 江苏省南京市栖霞区仙林大学城仙林大道 138 号, 210023

[摘要] 难治性痛风属于中医学“顽痹”范畴。周仲瑛教授临证以病机辨证为主导, 针对其主要病理因素“湿热浊毒”并从络病论治。难治性痛风病位在络, 脾肾功能失调、湿热浊毒内生, 病程日久继发痰、瘀等新的病理因素, 多种病理因素之间因果夹杂, 常表现为湿热浊毒与痰瘀、瘀热兼夹为患。治疗以清泄湿浊、解毒通络为主法, 自拟清络痛消方, 并根据病情进展、病理因素的演变采用化痰祛瘀、凉血化瘀等法进行合治, 衷中参西, 一药多用, 疗效确切。

[关键词] 难治性痛风; 湿热; 浊毒; 络病; 名医经验; 周仲瑛

周仲瑛 (1928—), 男, 南京中医药大学教授, 首届国医大师, 全国第一、三、四、五批老中医药专家学术经验继承工作指导老师, 第一批国家级非物质文化遗产项目“中医诊法”代表性传承人。出身于中医世家, 从事中医临床、教学、科研 70 余年, 主张辨证应首重病机, 临证倡导“以病机证素为辨证论治的核心”, 尤擅于诊治急症、疑难杂症。

痛风是指血尿酸过高, 尿酸盐沉积在关节、组织中造成多种损害的一种代谢性风湿病^[1]。流行病学调查显示, 随着现代人生活方式、饮食结构的改变, 国内外痛风的发病率均呈显著升高^[2]。难治性痛风属痛风的一种特殊类型, 2021 年亚太风湿病学联盟发布的痛风诊疗指南^[3]中将其定义为: 1) 血尿酸 $\geq 480 \mu\text{mol/L}$ 。2) 满足下列临床表现中的至少一条: (1) 过去 1 年半内痛风发作 ≥ 3 次; (2) 痛风石 ≥ 1 个; (3) 痛风性关节炎, 临床或影像学定义为痛风引起的关节损伤。3) 别嘌醇治疗存在禁忌或使用最大剂量别嘌醇治疗 3 个月以上时血尿酸仍不达标。难治性痛风患者病情得不到控制, 血尿酸不能达标, 急性痛风性关节炎反复发作, 日久可引起关节畸形、活动障碍甚至造成肾脏损害, 严重影响患者生活质量。

根据难治性痛风的临床表现, 该病可归属中医

学“痹证”中的“顽痹”范畴。周仲瑛教授创建的病机辨证论治体系, 以病理因素为纲领, 认为病理因素是疾病发生发展的重要环节, 决定疾病的性质、病位、演变及转归^[4]。对于难治性痛风的辨治, 应以病理因素“湿热浊毒”为主导, 动态地分析其病机, 从而把握疾病的实质, 使治疗更具针对性, 从而提高临床疗效。现将周老师从湿热浊毒入络论治难治性痛风的经验总结如下。

1 从湿热浊毒入络探讨难治性痛风中医病机及演变规律

1.1 湿热浊毒入络, 胶结难解

难治性痛风发病的根本原因在于脾肾功能失调。脾失运化, 水液停聚, 湿从内生, 且临床实际中患者多为男性, 阳盛之体病易从阳化热; 或喜食肥甘厚味, 而致湿从热化, 如张介宾《类经》云: “肥者令人内热, 甘者令人中满, 气积成热”^{[5]297}。肾失气化, 分清泄浊功能失司, 使机体内的代谢产物排泄减少, 浊邪与湿邪不能及时排出, 久蕴化热酿毒。

湿热与浊毒相互影响, 互为因果, 如湿热相合则表现为“热处湿中, 湿遏热外, 如油入面”^[6], 湿热浊邪化毒, 邪因毒而鸱张, 病因毒而难愈。根据周老师提出的“伏毒”学说^[7], 此内生湿热浊毒属于伏毒, 其具有伏而不觉、发时始显的病理特性, 稍有饮食不慎或感受六淫即可引动。因此, 痛

基金项目: 国家中医药管理局国医大师传承工作室建设项目 (201059); 江苏省社会发展重点研发计划 (BE2019723)

[✉] 通讯作者: zxp@njucm.edu.cn

风常发病迅速,来势凶猛,大多午夜突发疼痛,且剧烈难忍,如虎咬之状,正如《丹溪心法》所言:“痛风……他方谓之白虎历节风证”^{[8]236}。

《灵枢·脉度》言:“经脉为里,支而横者为络”,认为经脉之别为络。经脉、络脉都是气血运行的通路,湿热浊毒痹阻经络,气血运行不畅,表现为关节红肿热痛。络脉又可分出无数细支,“深而在内者,是为阴络……浅而在外者,是为阳络,阳络浮显”^{[5]107}。叶天士对阴络又有更为具体的阐述,言:“阴络即脏腑隶下之络”^[9]。由此可知,阳络位浅在表,行于皮肤体表,阴络位深入里,连及脏腑组织。《素问·百病始生篇》云:“是故虚邪中于人也,始于皮肤……留而不去,则传舍于络脉”,提示邪侵人体常从阳络而入,后传入脏腑络脉即阴络。痛风急性发作期因湿热浊毒痹阻肢体经络,出现关节红肿热痛。难治性痛风常反复发作,病程日久,湿热浊毒易传入阴络,引起多脏器病变。因此,周老师提出从湿热浊毒入络论治难治性痛风的观点。湿性重着趋下,故该病多发于下肢,以第一跖趾关节、踝关节、膝关节等单关节常见,反复发作,病程进展可累及多关节。体内湿热浊毒久羁,暗耗脾肾脏腑精气,渐成正虚邪盛之势,以至发作间歇期缩短,症状持续时间延长,疾病缠绵难愈。

1.2 湿热浊毒久蕴,因果夹杂

湿热浊毒蕴积体内,往往继发痰、瘀等新的病理因素,多种病理因素之间因果夹杂,常表现为湿热浊毒与痰瘀、瘀热兼夹为患。湿热浊毒作用于人体,因个体的不同,可兼夹痰瘀或瘀热或三者共存而程度有所侧重,需根据患者的具体临床表现进行辨别。

1.2.1 痰瘀内生 痰瘀往往互为因果,胶结难解。久病热邪炼液成痰,煎熬血液为瘀;或久病脾肾亏虚,津液不归正化,痰湿内生,阻滞气机,壅塞血脉,瘀血渐成;或血瘀日久,气机不畅,水湿停聚,湿聚生痰。痰湿与瘀毒胶结,凝聚于经络骨节,表现为关节肿大、僵硬、活动不利、痛风石形成,舌体胖大质暗、舌边有齿痕或瘀点、苔腻,脉弦涩或滑。络脉为病,所涉及的脏腑不同可呈现出不同病症,临床常见有痰瘀阻肾而继发石淋、水肿、癃闭、关格等病。

1.2.2 瘀热相搏 《丹溪心法》言:“病得之稍久则成郁,久郁则蒸热,热久必生火。”^{[8]257}难治性痛风反复发作,由气入血,久郁则生热生火,日久火热与血搏结,煎熬血液,致血运不畅,加重血瘀,

血瘀又可化热,助长热势,病变深入络脉,络热血瘀,瘀热胶结,加重病情。络热血瘀,病位在营血,病性属实,可见面色红或暗红,或有烘热,舌质深红、有瘀斑瘀点、苔黄,脉细数。瘀热浸淫筋骨则表现为病变关节剧痛或刺痛,遇热加重,痛处皮肤色红,自觉有灼热感。

2 基于湿热浊毒入络指导难治性痛风的治法用药

针对湿热浊毒入络的基本病机,以清泄湿浊、解毒通络为治疗大法。湿热浊毒复合为患,应首辨各病理因素的主次,再判断孰轻孰重,根据病理因素的主次、轻重确立治法用药。难治性痛风急性发作期一般是湿热浊毒并重,间歇期以浊毒为主、湿热为次。如间歇期热重于湿则泄浊解毒重于清化湿热,湿重于热则化湿重于清热。

2.1 以清泄湿浊、解毒通络为主法

以清泄湿浊、解毒通络为主法,自拟清络痛消方。组成:苍术、薏苡仁、炒薏苡仁、黄柏、土茯苓、草薢、豨莶草、忍冬藤、川牛膝、山慈菇、鬼箭羽。方中苍术辛散苦燥,燥湿的同时具有健脾之效;薏苡仁淡渗甘补,既能利湿又能健脾,生用长于利湿,炒用长于健脾,生炒同用以达健脾利湿之效;黄柏苦寒沉降,尤长于清泻下焦湿热;草薢味苦性平,善于分清泄浊,土茯苓味甘淡性平,长于解毒利湿、通利关节,两者常合用以泄浊解毒;豨莶草味辛苦性寒,辛善通达络脉,苦寒能清热燥湿解毒;忍冬藤味甘性寒,功似金银花,但忍冬藤兼清泄络热之长;川牛膝苦泄甘缓,长于活血通络,性善下行,能引诸药直达病所;湿热浊毒常会继发痰瘀、瘀热等病理因素,故加山慈菇解毒化痰,鬼箭羽凉血化瘀,两药兼治未病之邪。全方共奏清泄湿浊、解毒通络之效。

在清络痛消方的基础上,关节胀痛重着明显者,常加海桐皮、桑枝、蚕沙等祛风湿药。该类药味多辛苦,能祛经络之湿浊阻滞,其中蚕沙味辛甘性温,归肝、脾、胃经,《本草再新》谓其“治风湿遏伏于脾家”^[10],不仅可祛风湿,还能温化脾胃之湿浊。湿热浊毒的产生,实为脾肾等脏腑功能失调,在急性期病势获得缓解后,可酌情减轻攻邪药物而加强扶正补虚之力,如加用白扁豆、黄芪、炒白术等健脾运脾,续断、菟丝子等补肾培元。

2.2 审症求机,法随证转

伴随疾病的进展,湿热浊毒入络常兼夹痰瘀内生、瘀热相搏,此时需审症求机,有针对性地采用

具体的治法，复法立方，并随症状的不同进行灵活加减。

2.2.1 痰瘀内生，治以化痰祛瘀 痰瘀复合为患，临证时需分清痰瘀的先后及主次关系，但痰瘀必须同治。在难治性痛风的治疗中，痰瘀内生者，可加用胆南星、法半夏、海藻等化痰药及泽兰、赤芍、牡丹皮等化瘀药；效果仍不显者，常选用虫类药如僵蚕、地龙、全蝎等，痰瘀蕴结，深伏血络，需借虫类药以走窜入络、搜剔逐邪。痰瘀阻肾，如继发痛风性肾病而表现为水肿者，常加用车前子、泽泻、茯苓等利水渗湿；蛋白尿、低比重尿、肌酐升高等不同程度肾功能不全者，加用芡实、山萸肉、金樱子等收敛固涩，并常结合现代药理研究加用六月雪^[11]、熟大黄^[12]以改善肾功能。

2.2.2 瘀热相搏，治以凉血化瘀 瘀热相互搏结，痹阻络脉，需凉血与化瘀相结合，凉血可清解血分热邪，除却热邪煎熬血液为瘀之患，化瘀使热邪无所依附，两法合用，可使瘀热祛而脉络通。临证兼有瘀热相搏者，宜加强凉血化瘀药物的使用，可加生地、赤芍、牡丹皮等。瘀与热也存在因果主次关系，因瘀致热者，在凉血化瘀基础上加络石藤、地龙、虎杖等搜剔入络之品；热毒炽盛，因热致瘀者，重用山慈菇、土茯苓、忍冬藤等清热解毒药物。瘀重者加泽兰、苏木、鸡血藤等活血祛瘀药；火热偏盛表现为身热、口苦、尿黄者，加玉米须、车前子、泽泻等利水渗湿药，以导热随小便而出。瘀热伤阴，出现潮热、盗汗、五心烦躁等症状者，加石斛、玄参、黄精等以养阴生津。

2.3 衷中参西，一药多用

周老师临证用药倡导“西为中用”的理念。如清络痛消方中的土茯苓、山慈菇、豨莶草三味药，现代药理研究证明土茯苓具有降尿酸、抗炎镇痛等功效^[13]，山慈菇含秋水仙碱^[14]，豨莶草具有抗炎镇痛等功效^[15]。兼顾西医、中医之病与证，将这三药组于处方中，体现了周老师“一药多用”“衷中参西”的学术观点。临证土茯苓常用量为25~30 g，最大剂量可达60 g；山慈菇常用量为10 g；豨莶草常用量为25~30 g。本病治疗以复法立方，集数法于一方，能充分发挥中药多途径、多靶点、多环节的治疗优势^[16]。在确立病机的基础上，复法立方有主次之别，本病的主法即为清泄湿浊、解毒通络，同时通过“一药多用”使组方更精巧。

3 验案举隅

患者，男，35岁，2012年4月20日初诊。双下肢关节反复疼痛20余年，加重1周。20年前曾发痛风，此后每年反复发作。发作时关节红肿热痛，多发于足踝、拇趾、小趾关节，10天左右缓解。检查血尿酸偏高，长期口服别嘌醇片每次100 mg，每日1次。2011年11月10日复查血尿酸610 $\mu\text{mol/L}$ ，口服别嘌醇片增至每次150 mg，每日2次。2011年12月10日复查血尿酸590 $\mu\text{mol/L}$ ，口服别嘌醇片增至每次200 mg，每日3次。近3个月右足拇指、右踝肿痛已发作3次，饮食稍有不慎或劳累后即复发。

刻下症：右足第一跖趾关节及右足外踝关节红肿疼痛1周，局部皮肤温度稍高，行走不便，口干口苦，未见痛风石形成，纳眠可，小便黄，大便调。舌质暗，舌苔黄中后部腻，脉濡滑。实验室检查：血尿酸550 $\mu\text{mol/L}$ ，血常规、尿常规、肝功能、血脂、肌酐、尿素氮未见明显异常。西医诊断：难治性痛风；中医诊断：痹证（顽痹），辨证属湿热浊毒入络。治宜清泄湿浊、解毒通络。处方：麸炒苍术10 g，黄柏10 g，薏苡仁15 g，炒薏苡仁15 g，土茯苓60 g，萆薢20 g，忍冬藤15 g，豨莶草25 g，川牛膝10 g，山慈菇15 g，鬼箭羽20 g，威灵仙15 g，桑枝20 g，络石藤15 g，赤芍10 g。28剂，水煎服，每日1剂，分早晚餐后半小时服用。嘱其停服别嘌醇片，若痛甚可服用抗炎镇痛药，多饮水，多休息，抬高患肢，避免食用动物内脏、肉汤、海鲜等高嘌呤食物。

2012年5月18日二诊：患者一诊后仅服用中药汤剂，未服用别嘌醇片及抗炎镇痛药。右足第一跖趾关节及右足外踝关节已无红肿疼痛，皮肤温度正常，自觉右足踝关节僵硬，活动不利，两膝酸痛，易疲劳，口干口苦较前好转，晨起小便黄，纳眠可，大便调。舌质暗，舌苔黄中后部腻，脉细滑。复查血尿酸480 $\mu\text{mol/L}$ 。处方以初诊方加制天南星10 g、炙僵蚕10 g、鸡血藤15 g、千年健15 g、续断15 g、黄芪20 g。28剂，煎服法同前。

2012年6月21日三诊：关节已无明显不适，现稍有两膝酸软，疲劳无力，无口干口苦，纳眠可，大小便调。舌质偏红，舌苔黄薄腻，脉细滑。复查血尿酸424 $\mu\text{mol/L}$ ，血常规、尿常规、肝功能、肌酐、尿素氮未见明显异常。处方以初诊方加千年健15 g、续断15 g、炙黄芪20 g，减土茯苓量

至 30 g、萆薢 15 g、山慈菇 10 g。21 剂，煎服法同前。

治疗后关节无明显不适，两膝酸软、疲劳无力缓解，继服初诊方加减汤剂巩固治疗半年。随访至 2013 年初，病情稳定，血尿酸每月复查均低于 360 $\mu\text{mol/L}$ ，痛风性关节炎未再发作。

按语：根据患者的临床表现及血尿酸检测结果，本案病属难治性痛风。脾肾功能失调，清浊升降失司，湿邪浊毒内伏，郁而化热，久病入络，症见右足第一跖趾关节及右足外踝关节红肿疼痛，皮肤温度稍高，行走不便，小便黄，口干口苦，舌质暗、苔黄中后部腻，脉濡滑。治以清泄湿浊、解毒通络。药用清络痛消方加威灵仙通行十二经脉，增强通络之效，桑枝、络石藤通泄络热，赤芍凉血化瘀。二诊时症状明显好转，血尿酸水平也有所下降，自觉右足踝关节僵硬、活动不利，恐久病痰瘀已成，故加用炙僵蚕、制天南星、鸡血藤化痰祛瘀；伴见两膝酸痛、易疲劳，肝肾气血亏虚之象明显，加用千年健强筋骨、续断补益肝肾以缓解病情；正不足而邪有余，故选用生黄芪，取其益气祛湿之功。三诊时患者痛风已近 2 个月未再发作，血尿酸水平已降至接近正常值，故减轻土茯苓、萆薢、山慈菇的用量；因仍有两膝酸软、疲劳无力，故继续予千年健、续断补肝肾、强筋骨；舌苔黄薄腻，说明湿邪渐去，治病求本，故选用作用偏于里的炙黄芪益气补中。患者首诊辨证准确，治疗过程谨守病机变化，诸药合用，多因同治，药后即见良效。

4 小结

难治性痛风是一种慢性疾病，如病情控制不佳可造成肾功能损害，甚至发展为肾功能衰竭。现代有关中医药治疗痛风的研究较多，对于该病病性之阴阳、寒热、虚实之间的相互转化、错杂的认识亦较深入，但对病理因素之间的转化、错杂、兼夹、复合为患的规律总结还未有呈现。周老师治疗难治性痛风时，尤为强调该病病理因素的演变规律，并总结难治性痛风的基本病机是脾肾功能失调、湿热浊毒入络，并据此拟定清络痛消方，以清泄湿浊、解毒通络之法治疗。若病情控制不佳，由湿热浊毒

继发痰瘀、瘀热等新的病理因素，则需采用清泄湿浊、解毒通络、化痰祛瘀、凉血化瘀等复法合治，或在疾病初期即佐以相应的用药，以防患于未然。通过认识难治性痛风的病理基础及演变规律，有利于全面、准确地认识该病，提高疾病的中医药治疗效果。

参考文献

- [1]姜泉,韩曼,唐晓颇,等. 痛风和高尿酸血症病证结合诊疗指南[J]. 中医杂志, 2021, 62(14): 1276-1288.
- [2]PASCART T, LIOTÉ F. Gout: state of the art after a decade of developments [J]. Rheumatology, 2019, 58(1): 27-44.
- [3]LORENZO JPP, SOLLANO MH, SALIDO EO, et al. 2021 Asia-Pacific League of Associations for Rheumatology clinical practice guideline for treatment of gout [J]. Int J Rheum Dis, 2022, 25(1): 7-20.
- [4]周仲瑛,周学平. 中医病机辨证学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2015: 5.
- [5]张介宾. 类经[M]. 北京:中国医药科技出版社, 2011.
- [6]周仲瑛,周学平,郭立中,等. 中医病机辨证新体系的构建及临床应用[J]. 江苏中医药, 2019, 51(2): 1-4.
- [7]郭立中,吴勉华,周学平,等. 周仲瑛教授学术思想简介(一)[J]. 南京中医药大学学报, 2008, 24(6): 361-365.
- [8]朱震亨. 丹溪心法[M]. 北京:人民卫生出版社, 2017.
- [9]叶天士. 临证指南医案[M]. 北京:人民卫生出版社, 2006: 332.
- [10]叶天士. 本草再新[M]. 上海:君学书社, 1931.
- [11]孙响波,于妮娜. 六月雪治疗肾脏疾病探源[J]. 中医药导报, 2013, 19(10): 127-128.
- [12]王云,张雪,麻印莲,等. 熟大黄的炮制、药效及临床应用研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志, 2018, 24(24): 219-226.
- [13]王特,张晓宇,张薇,等. 土茯苓防治痛风的作用机制研究进展[J]. 辽宁中医杂志, 2021, 48(1): 215-217.
- [14]刘婷婷,于栋华,刘树民. 山慈菇的本草考证及现代研究进展[J]. 中国药房, 2020, 31(24): 3055-3059.
- [15]王发辉,冯起校,黄超文. 豨莶草药理研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2011, 13(10): 102-104.
- [16]王志英,叶放,周学平,等. 周仲瑛教授临证思辨特点概要(续)[J]. 南京中医药大学学报, 2007, 23(2): 69-73.

(下转第 1222 页)

- antiplatelet and anticoagulant activities [J]. J Pharmacol Sci, 2012, 118(2): 245-254.
- [7]程先宽.《伤寒杂病论》方剂剂量折算标准研究[D]. 北京:北京中医药大学, 2006.
- [8]刘朴霖, 阎兆君, 刘建民, 等. 张志远运用大黄治疗神志病经验[J]. 中医杂志, 2022, 63(8): 710-713.
- [9]廖华君, 朱章志, 许帅, 等. 从“厚势”角度谈制方之道[J]. 中华中医药学刊, 2016, 34(8): 1859-1861.
- [10]王晶, 欧阳冰琛. 茵陈蒿汤防治肝脏疾病的药理作用及药动学研究进展[J]. 药物评价研究, 2021, 44(3): 628-637.
- [11]颜永刚, 王红艳, 尹立敏, 等. 桃仁-大黄药对对脂多糖所致蓄血证模型大鼠的影响[J]. 中药材, 2016, 39(5): 1148-1151.

Exploration of ZHANG Zhiyuan's Experience in Using Dahuang (*Radix et Rhizoma Rhei*) based on Dose Effect Relationship

DUAN Zhanhui, LIU Guirong

Institute for Literature and Culture of Chinese Medicine, Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Jinan, 250355

ABSTRACT This article discussed ZHANG Zhiyuan's experience in using Dahuang (*Radix et Rhizoma Rhei*) based on the dose-effect relationship. Dahuang has the nature of cold, deep and storage, and can drain heat and store yin; moreover, it's flavor and smelling are fragrant, and keeps wandering but not good at maintaining. Based on these functions, the dosage of Dahuang is divided into small (1-3 g), medium (6-18 g) and large (30-60 g) doses. Dose-effect relationship analysis showed that small doses of Dahuang can strengthen the stomach, direct counterflow downward, unblock meridians, and perform medicinal power, and can be used to treat all kinds of spleen and stomach diseases caused by food stagnation and upward rushing of counterflow *qi*, as well as delayed menstruation, amenorrhea and *bi* (痹) syndrome induced by obstruction of stasis blood. Medium doses of Dahuang can clear heat and resolve toxins, and is used for treating all kinds of heat syndrome. Large doses have the function of breaking up blood and attacking accumulation, and can be used to treat mental diseases. The function and its application in clinical practice can be expanded when different doses of Dahuang are combined with other herbs, such as small doses of Dahuang in combination Zheshi (*Haematitum*) and Banxia (*Rhizoma Pinelliae*), medium doses of Dahuang in combination with Shigao (*Gypsum Fibrosum*), small and medium doses of Dahuang in combination with Zhizi (*Fructus Gardeniae*) and Yinchen (*Herba Artemisiae Scopariae*), and all different doses of Dahuang with Taoren (*Semen Persicae*).

Keywords Dahuang (*Radix et Rhizoma Rhei*); dose-effect relationship; famous doctors' experience; ZHANG Zhiyuan

(收稿日期: 2022-04-05; 修回日期: 2022-05-04)

[编辑: 姜 冰]

(上接第 1218 页)

Experience of ZHOU Zhongying in Treating Refractory Gout from the Theory of Damp-heat and Turbidity Toxin Entering the Collaterals

ZHAO Rui, ZHOU Xueping

The First Clinical Medical College, Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing, 210023

ABSTRACT Refractory gout belongs to “stubborn *bi* (痹)” in traditional Chinese medicine (TCM). In clinical practice, professor ZHOU Zhongying would focus on the disease mechanism and syndrome differentiation, and treat the disease from the theory of “damp-heat and turbidity toxin” (as the main pathogenic factors) entering the collaterals. The location of the disease is at the collaterals, and the basic pathogenesis is the dysfunction in spleen and kidney causing internal accumulation of damp-heat and turbidity toxin. As the disease progresses, new pathological factors such as phlegm and stasis are formulated. Finally, multiple and mixed pathological factors, mainly manifested as damp-heat and turbidity toxin in combination with phlegm stasis and static heat of unclear cause-and-effect relationship, lead to the disease. The treatment should focus on clearing and discharging damp-turbidity, resolving toxins and unblocking the collaterals, and self-made *Qingluo Tongxiao Formula* (清络痛消方) is used. Additionally, professor Zhou will use the methods of dissolving phlegm to dispel stasis and the methods of cooling the blood to dissolve stasis based on the disease progression and pathological factors observed, integrate Chinese and western medicine, and give full play to the multiple effects of each herb, thereby obtaining definitive effect in the treatment of refractory gout.

Keywords refractory gout; damp-heat, turbidity toxin; collateral diseases; experience of famous doctors; ZHOU Zhongying

(收稿日期: 2022-01-01; 修回日期: 2022-03-28)

[编辑: 果 彤, 崔京艳]