

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2022.23.003

当代名医

# 吕仁和从肝论治预防痛风复发经验

傅强<sup>✉</sup>, 吴双<sup>2</sup>, 孙瑞茜<sup>3</sup>, 肖永华<sup>1</sup> 指导: 吕仁和<sup>1</sup>

1. 北京中医药大学东直门医院, 北京市东城区海运仓5号, 100700; 2. 浙江中医药大学附属第二医院; 3. 北京中医药大学

**[摘要]** 总结吕仁和教授从肝论治预防痛风复发的经验。痛风作为慢性代谢性疾病, 治疗上不能仅着眼于急性期的止痛治疗, 更要关注预防痛风复发。痛风发作诱因及临床表现均与肝关系密切, 故提出从肝论治预防痛风复发。认为肝失疏泄、湿热内蕴为痛风复发的基本病机, 肝经血少火盛为痛风疼痛夜甚之基础, 微型癥瘕为痛风反复发作的病理基础; 临证分别运用疏肝理气、清利肝胆湿热、疏肝健脾、补益肝肾之法治疗, 同时注意随症加减, 灵活处之。

**[关键词]** 痛风; 复发; 从肝论治; 名医经验; 吕仁和

吕仁和(1934—), 男, 北京中医药大学教授、主任医师、博士研究生导师, 国医大师, 第三批、第六批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师, 国家中医药管理局重点学科中医内科内分泌学科和肾病重点专科学术带头人。针对糖尿病及其并发症、疑难性肾病, 提出“微型癥瘕”病理假说与散结消癥治法, 总结出“二、五、八”防治方案、“六对论治”辨证方法。

痛风是指由尿酸单钠结晶沉积于关节、骨骼和软组织引发的慢性代谢性疾病, 可能导致急性关节炎、慢性关节病、痛风石病, 以及慢性肾脏病<sup>[1]</sup>。近年来, 痛风患病率逐年增高<sup>[2]</sup>, 且向低龄化发展<sup>[3]</sup>, 痛风急性发作十分痛苦, 其反复发作严重影响患者的生活质量。因此, 除了急性期止痛治疗, 如何预防痛风复发也已成为临床关注的焦点。本病可归属于中医学“痹证”“痛风”“历节”“白虎历节”“淋病”“肾痹”等范畴<sup>[4]</sup>。痛风间歇期临床多从脾<sup>[5]</sup>、浊瘀论治<sup>[6]</sup>, 进而预防痛风的复发。吕仁和教授临床中更强调肝在痛风复发中的作用, 因而提出从肝论治预防痛风复发, 现将其经验总结如下。

## 1 痛风复发与肝的关系

《万病回春·痛风》云:“痛风者, 遍身骨节走注疼痛也。谓之白虎历节风, 都是血气、风湿、痰火, 皆令作痛”, 指出内郁痰火, 外加风湿侵袭关

节, 郁滞不通而作痛。吕老师认为, 痛风发作常与过食肥甘厚味、醇酒炙博, 精神紧张、情绪波动, 过度劳累、熬夜少眠及关节外伤等因素相关<sup>[7]</sup>。既往中医证候研究<sup>[8]</sup>表明, 痛风慢性期的病机为虚实夹杂, 以脾肾亏虚为本、湿热痰瘀为标, 临床表现呈多样性、复杂性。吕老师认为, 痛风慢性期的病机、诱因、临床表现均与肝密切关系, 从肝论治可预防痛风的再次发作。

### 1.1 肝失疏泄、湿热内蕴为痛风发作基本病机

吕老师认为, 湿热内蕴为痛风发作的主要病机。明代龚廷贤《万病回春·痛风》云:“一切痛风肢体痛者, 痛属火, 肿属湿……所以膏粱之人, 多食煎炒、炙博、酒肉热物蒸脏腑, 所以患痛风、恶疮、痢疽者最多”, 可见痛风的发生与湿热内盛关系密切。然而, 湿热的形成不仅是一些食物摄入后助湿化热形成的, 还常由脏腑功能失调湿邪内生后蕴而化热而形成。内湿的形成与脾、肾水液代谢功能关系密切, 故临床常从脾肾论治。而《格致余论》云:“司疏泄者肝也”, 《内科摘要·卷下》云:“肝主疏泄”, 均强调肝具有疏通、条达的作用。《读医随笔·卷四》云:“凡脏腑十二经之气化, 皆必藉肝胆之气化以鼓舞之, 始能调畅而不病。”肝主疏泄, 可以保持全身气机疏通畅达, 可促进脾之运化水湿、肺之布散水津、肾之蒸化水液, 即影响肺、脾、肾的水液代谢功能。反之, 肝失疏泄, 则水液代谢失调, 湿邪内蕴, 进而导致蕴而化热。

基金项目:第六批全国老中医药专家学术经验继承工作

✉ 通讯作者:13693332059@163.com

## 1.2 肝经血少火盛为痛风疼痛夜甚之基础

痛风的典型关节疼痛以局部关节红肿热痛为特点,疼痛入夜加重。《医学入门·痛风》曰:“痛必夜甚者,血行于阴也”;清代刘默在《青瑶疑问·痛风》中指出:“肝藏血,关节乃筋脉之总会。痛风本肝经血脉中风热湿火,稽留于关节之间,肿而且痛,屈伸艰难”,提示痛风发病与阴血受损相关,然肝主藏血,且肝主筋,所以痛风之阴血受损应责之于肝。《医学传灯·痛风》云:“痛风者,遍身疼痛,昼减夜甚,痛彻筋骨……皆由肝经血少火盛,热极生风,非是外来风邪”,指出肝经血少火盛是痛风发病的基础。经常熬夜者,暗耗精血,或素体津伤耗液者,阴血受累,肝经血少,则阴虚内热,热极生风,故见疼痛发作如风猝然而至、入夜加重;血少不荣筋,关节不利,则疼痛累及筋骨关节。

## 1.3 微型癥瘕为痛风反复发作的病理基础

“微型癥瘕”病理假说受叶桂“久病入络”学说的影响而形成,其是从病理角度认识疾病发展变化的<sup>[9]</sup>。癥瘕包含邪气聚而成形,久而成积的病理变化。吕老师认为,癥瘕形成早期多隐匿发生,病灶微小,在微小络脉形成微型癥瘕,故称癥瘕早期为“微型癥瘕”;微型癥瘕进一步发展,由络及经,致各筋、脉、肉、皮、骨、脏腑经脉受损,此发生发展过程称为“微型癥瘕形成”。吕老师认为,“微型癥瘕形成”是糖尿病、肾脏疾病、痛风等慢性疾病发生发展过程中的重要因素,故创“微型癥瘕”病理假说。就痛风而言,受累关节气血运行不畅,致痰热瘀郁互结而形成微型癥瘕。早期以瘀聚为主,多由肝气不舒、气机郁滞所致;后期以癥积为主,在气郁的基础上胶结痰凝、瘀血、热毒形成微型癥瘕,进一步阻滞局部气血运行,故局部关节痛风反复发作,甚至持续不能缓解。痛风石的形成正是痛风微型癥瘕形成的具体体现。痛风石最早易沉积于耳轮、鹰嘴、反复痛风发作的关节等,这些都是微循环差的部位,从经络而言当责之络脉。而病情进展后,病变由络及经,痛风石也可以沉积于内脏、近端大关节,其体积也会明显增大。微型癥瘕的形成不仅体现在形成痛风石,更多是影响痛风的反复发作以及痛风的进展,甚至损伤脏腑组织器官功能。认识到微型癥瘕是痛风复发和发展的病理基础,可指导临床未病先防、既病防变。吕老师认为,肝郁气滞是痛风微型癥瘕早期的主要证型,相较于后期癥积阶段,应重视微型癥瘕的早期干预,

应用疏肝理气、条畅气机的治法以延缓疾病进展。

## 1.4 痛风发作的诱因与肝关系密切

痛风发作有很多诱因,如过食高嘌呤食物、受寒、劳累等;其中,饮酒、劳累、熬夜、情绪紧张、压力大等均与肝有密切关系。肝属木,喜条达,《素问·藏气法时论篇》云:“肝欲散,急食辛以散之,用辛补之,酸泻之。”酒乃辛散之品,适当饮用,可助肝气升发,但忌过量。吕老师认为,酒乃最湿热之品,大量饮酒最易阻碍胆之相火下降,胆火不降,肝木不升,郁滞上焦而成热,形成上实下虚之候。过量饮酒不仅导致湿热内蕴,同时影响肝之疏泄功能,皆为痛风发作的风险因素。

《素问·六节藏象论篇》曰:“肝者,罢极之本,魂之居也”,罢极,即能极、耐受疲劳的意思。《医学入门·脏腑》言:“人身运动,皆筋力所为,肝养筋,故曰罢极之本。”若劳力过度,如久行劳作,或久不运动,突而剧烈运动,易致筋力疲惫,即所谓“久行伤筋”,这亦是形成痛风的常见诱因。长期熬夜,子时不眠,阳气不升;丑时不眠,肝血暗耗;且子时、丑时为肝胆经所主时令,肝胆互为表里,故深夜不眠,肝胆疏泄失职,阴血受损,日久则可能诱发痛风发作。肝为风木之脏,《读医随笔·平肝者舒肝也非伐肝也》云:“肝之性,喜升而恶降,喜散而恶敛”,故长期情绪紧张、压力大也会影响肝脏调达之性,继而影响肝主疏泄之功能。肝疏泄不及,气机郁滞,则导致痛风发作。

## 1.5 痛风的临床表现与肝密切相关

痛风临床表现为关节红肿热痛,其疼痛部位、性质和发作时间均体现了本病与肝关系密切。痛风多发于第一跖趾关节、踝关节和受伤关节。《灵枢·经脉》云:“肝足厥阴之脉,起于大趾丛毛之际,上循足跗上廉,去内踝一寸,上踝八寸,交出太阴之后”,《类经·十二经筋痹刺》曰:“足厥阴之筋病,足大趾支,内踝之前痛,内辅痛”,可见痛风好发部位足大趾和内踝既是肝足厥阴脉经过之处,也是足厥阴筋病好发疼痛的部位,提示痛风与肝关系密切。此外,肝主筋,膝为筋之会,痛风好发之膝关节亦与肝关系密切。

痛风疼痛多突然发作,风性善行而数变,“痛风”一名既包含了其以疼痛为主要症状,同时也体现了其如风一样突然而至的特点。《素问·至真要大论篇》曰:“诸风掉眩,皆属于肝。”因此,猝然发生呈现风特性的疾病多与肝关系密切。痛风疼痛常夜半发作或入夜加重,夜晚 11:00 至凌晨 1:00

为胆经所主之时，凌晨 1:00 至 3:00 为肝经所主之时，肝胆互为表里，可见痛风发作性质或加重时间也与肝关系密切。

## 2 从肝立法，辨证论治

痛风发作与肝关系密切，临证应从肝立论进行辨证施治。肝气郁滞者，宜疏肝理气；肝胆湿热者，宜清利肝胆湿热；肝郁脾虚者，宜疏肝健脾；肝肾阴虚者，宜补益肝肾，同时注意随症加减，灵活处之。

### 2.1 疏肝理气法

疏肝理气法适用于肝气郁滞证，症见胁肋疼痛、胸闷善太息、情志抑郁或易怒、噎气、脘腹胀满、舌苔白、脉弦。临床常用四逆散、柴胡疏肝散加减治疗，药用柴胡、枳壳、芍药、甘草、香附、陈皮、川芎等。其中，柴胡性燥，气虚阴伤者常以佛手、香橼易之；芍药可平肝抑肝阳、养阴柔肝，吕老师常白芍、赤芍同用，用量为 15~30 g。急躁易怒，或情绪抑郁、闷闷不乐，善太息，口苦，或兼脘腹胀满，头晕，舌苔白有沫、舌质略暗，脉沉弦、或细弦、或弦滑，考虑肝郁脾虚者，常用逍遥丸或加味逍遥丸加减治疗，药用柴胡、当归、川芎、白芍、茯苓、白术、甘草、牡丹皮、栀子。若患者时常熬夜，或见目干涩，口干，急躁，并有血少火盛者，即见面色暗、口干咽燥、皮肤干燥、毛发枯干或多油、头晕目眩、午后潮热、盗汗颧红，舌红少津、脉细数，可选用《医学传灯·痛风》所载加味逍遥散，药用当归、白芍、熟地黄、川芎、柴胡、防风、薄荷、连翘、栀子、麦冬、牡丹皮。其中，熟地黄偏滋腻，热盛、腹胀者可以生地黄代之；连翘善散诸经之客热、消诸经之痈肿，常用量为 15~30 g，可配秦艽、牛膝引药直达病所。

### 2.2 清利肝胆湿热法

清利肝胆湿热法适用于肝胆湿热证，症见口苦急躁、胁肋胀满、舌苔黄腻、脉弦滑。常用茵陈蒿汤加减治疗，且茵陈、栀子通常用量较大，茵陈常用 30 g、栀子常用 15~30 g。口苦胁痛、目赤头痛、耳鸣声粗而低、舌苔黄厚腻、脉弦滑者，常以龙胆泻肝汤加减治之，药用龙胆草、黄芩、炒栀子、泽泻、车前子、当归、生地黄、柴胡、甘草。其中，龙胆草味苦性寒，善清利肝胆湿热，常用 10~30 g，但不宜久用，肝胆湿热清去大半即需停用。现代药理研究表明，车前子中毛蕊花糖苷及异毛蕊花糖苷可降低急性高尿酸血症小鼠血尿酸水平<sup>[10]</sup>；泽泻

可抑制黄嘌呤氧化酶而降低血尿酸，泽泻 60% 乙醇提取物对黄嘌呤氧化酶抑制率最高达 86%<sup>[11]</sup>。吕老师临床常用泽泻 10~15 g，但肾功能有损伤者宜弃用；车前子多重用至 30~50 g。吕老师也常联用土茯苓、萆薢以增强清利湿热之功，二药联用乃施今墨治疗痛风、高尿酸血症常用药对<sup>[12]</sup>。

### 2.3 补益肝肾法

补益肝肾法适用于肝肾阴虚者，多有久病劳伤或先天禀赋不足，症见腰酸、眩晕、耳鸣、目干涩。常用杞菊地黄丸加减治疗，若伴有胸满胁痛、吞酸吐苦、舌红、少苔、脉弦细等表现，则以一贯煎加减治疗。若痛风发作集中于某一关节，尤其有旧伤关节，或可伴见面色黯、唇紫有瘀斑、皮肤甲错、舌质暗、脉沉涩弦，可合用活血化瘀通络之品，如红花、茜草、鸡血藤等预防发作，亦可合用血府逐瘀汤，甚者可予活络效灵丹。若慢性关节期疼痛反复发作，可合用秦艽、秦皮、青风藤、络石藤等祛风通络之品以消散癥瘕积聚从而减少复发；若反复发作疼痛但无明显红肿者，可合用半夏、浙贝母、山慈菇、皂角刺化痰散结之品以消散癥瘕积聚从而减少复发；若痛风反复发作关节冷痛，可参考乙癸同源、肝肾同治之理，予龟甲、鹿角补元阴元阳，配伍玫瑰花活血行气，使龟甲、鹿角二药补而不滞。

## 3 结合现代药理研究精准用药

防治痛风复发，控制血尿酸水平必不可少。现代药理研究显示，部分中药有改善嘌呤代谢、降低血尿酸的作用。因此，高尿酸患者临床用药时，在符合辨证的基础上，吕老师常优先选择药理研究有降尿酸作用的药物，而且可以根据具体药理作用不同而进行选择。如黄柏、金银花、葛根、车前子、高良姜、红花、丹参、姜黄、木瓜、大黄等具有黄嘌呤氧化酶抑制作用，可抑制尿酸合成<sup>[13]</sup>；秦皮、桑白皮、山药、杜仲、萆薢有调节尿酸转运蛋白的作用，可促进尿酸排泄<sup>[14-15]</sup>；土茯苓、虎杖、绞股蓝具有抑制尿酸生成和促进尿酸排泄的双重降尿酸作用<sup>[14-16]</sup>；威灵仙不仅可以降尿酸，并且对尿酸性肾病大鼠肾小管间质有保护作用<sup>[17]</sup>。

## 4 临床综合诊治，全面干预，预防复发

临床中吕老师在痛风缓解期治疗强调分期辨证、长期防控、综合治疗，并制定一整套治疗方案，从而预防痛风复发。治疗方案：1) 轻巧治疗：要求患者节饮食、戒烟酒、畅情志，要求医生辨证

准、用药精、简化处方药味；2) 缓解期在从肝论治的基础上，根据脾虚、湿热、血瘀、肾虚等不同，进行辨证加减；3) 中西医结合治疗，合理规避有升尿酸副作用的西药，并联用现代药理研究证实的具有降尿酸作用的中药，以增强临床疗效；4) 整体综合考虑，针对痛风石、痛风肾、慢性痛风性关节炎给予患者全面干预等。总之，痛风为慢性代谢性疾病，不可仅着眼于急性期止痛，需长期防控、综合治疗。吕老师强调“承古求用，纳新求好”，重视从肝论治是预防痛风复发的重要思路。

## 5 验案举隅

患者，男，50岁，2016年1月30日初诊。主诉：痛风间断发作11年，加重3天。现病史：2005年患者进食海鲜、啤酒后，当夜出现右足大趾红肿疼痛，未予重视，3~5天自行缓解。此后每年发作1或2次，每次7天，可自行缓解。发作关节为双侧足大趾、踝关节，交替发作。2015年饮酒频率增加，一年内痛风发作六七次，查血尿酸：480~490  $\mu\text{mol/L}$ 。3天前由于工作紧张劳累，出现右肘、右膝关节红肿疼痛。刻下症见：右肘、右膝关节红肿热痛，腿脚发凉，偶口干苦，纳可，眠可，舌淡红、苔黄腻，脉细缓微弦。否认高血压病、糖尿病、肾脏病等病史。西医诊断：痛风（急性发作期）；中医诊断：痛风（肝郁湿热）。治法：疏肝解郁，化湿清热。处方：北柴胡10g，黄芩10g，威灵仙30g，木瓜30g，青蒿15g，秦艽15g，羌活30g，土茯苓30g。28剂，每日1剂，水煎分早晚两次口服。同时予洛索洛芬钠片备用，嘱疼痛剧烈时口服，每次60mg，每日3次。

2016年3月12日二诊：服上方40剂，期间未用洛索洛芬钠片止痛，无明显不适，现患者关节疼痛已愈，服药期间痛风未复发。患者处于缓解期，现口干，双膝发凉，足部有汗，纳可，眠易醒，舌红、苔白腻，脉细缓。查血尿酸396  $\mu\text{mol/L}$ 。处方以初诊方加鹿角20g、巴戟天10g，28剂，煎服法同前。

2016年4月9日三诊：服上方后，痛风未发作，双膝发凉较前好转，双足踝部仍有凉感，时有发紧，难入寐，多梦易醒，纳可，大便日一行，质可，夜尿一二次。舌淡有齿痕，苔薄白，脉细缓。处方以二诊方加熟地黄15g、川牛膝30g、广郁金10g，巴戟天增至15g，28剂，煎服法同前。

2016年5月7日四诊：服上方后，寐少梦多、

踝部冷感好转，痛风未作，舌苔白，脉滑数、尺寸弱。处方：黄芪30g，当归10g，丹参30g，牡丹皮15g，威灵仙20g，鹿角15g，龟甲15g，巴戟天15g，土茯苓30g，猪苓30g，酸枣仁30g，川牛膝30g，郁金10g。28剂，煎服法同前。

随访患者至2019年5月，痛风未复发，无西药干预，查血尿酸362~432  $\mu\text{mol/L}$ 。

按语：患者嗜食醇酒海鲜，积湿化热，湿热下注关节，致痛风发作。因工作紧张劳累，致气机郁滞，故需从肝论治。初诊为急性发作期，病机肝郁气滞、湿热内蕴，治以疏肝解郁、化湿清热。方予柴胡、黄芩和解少阳；青蒿气味芳香，入肝胆经，青蒿清透少阳邪热，黄芩清泄胆腑邪热，二药相配，增强清泄湿热之功。土茯苓化湿解毒、兼利关节，《本草正义》记载土茯苓可利湿祛热，能入络，搜剔湿热之蕴毒。秦艽能祛风湿、止痹痛，《本草经疏》记载：“秦艽，苦能泄，辛能散，微温能通利，故主寒热邪气，寒湿风痹，肢节痛”。木瓜味酸可平肝舒筋、和胃化湿。羌活、威灵仙亦有祛风湿、止痹痛之功，二者合用可祛百节之风。经初诊治疗止痛后，二诊进入缓解期，继守从肝论治思路以预防复发。二诊患者关节疼痛已愈，双膝发凉明显，于前方加鹿角、巴戟天以温阳通络。三诊时踝部冷凉减，寐少梦多，在温阳基础上加熟地黄以滋肝肾之阴，加川牛膝入肝经以活血通络、利关节，加郁金行气解郁、凉肝血。至四诊，痛风未发，肝主藏血，遂增加补益气血之品，以益气养血、阴阳同调、化湿解毒、凉血解郁为法收功。随访3年患者痛风未作，多年尿酸指标控制尚可。

## 参考文献

- [1] 中华医学会风湿病学分会. 2016中国痛风诊疗指南[J]. 中华内科杂志, 2016, 55(11): 892-899.
- [2] 高尿酸血症相关疾病诊疗多学科共识专家组. 中国高尿酸血症相关疾病诊疗多学科专家共识[J]. 中华内科杂志, 2017, 56(3): 235-248.
- [3] 高千惠. 痛风临床特征变化及发病年轻化相关因素研究[D]. 青岛: 青岛大学, 2021.
- [4] 中华中医药学会风湿病分会. 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.
- [5] 刘芬芬, 羊维, 黄琳, 等. 基于脾主运化理论探讨间歇期及慢性期痛风治疗策略[J]. 中医杂志, 2015, 56(6): 475-477.
- [6] 朱婉华, 顾冬梅, 蒋恬, 等. 浊瘀痹: 痛风中医病名探讨[J]. 中医杂志, 2011, 52(17): 1521-1522.

- [7]赵进喜,肖永华.吕仁和临床经验集[M].北京:人民军医出版社,2009:238.
- [8]朱婉华,张爱红,顾冬梅,等.痛风性关节炎中医证候分布规律探讨[J].中医杂志,2012,53(19):1667-1670.
- [9]傅强,王世东,肖永华,等.吕仁和教授分期辨治糖尿病学术思想探微[J].世界中医药,2017,12(1):21-24.
- [10]曾金祥,许兵兵,王娟,等.车前子中毛蕊花糖苷及异毛蕊花糖苷降低急性高尿酸血症小鼠血尿酸水平及其机制[J].中成药,2016,38(7):1449-1454.
- [11]王晓梅,赵岩,刘丹,等.三种中药提取物对黄嘌呤氧化酶的抑制作用[J].氨基酸和生物资源,2013,35(1):57-60.
- [12]吕景山.施今墨对药临床经验集[M].陕西科学技术出版社,2004:350.
- [13]王爱华,金玥,吴越,等.具有黄嘌呤氧化酶抑制作用的中药及中成药治疗高尿酸血症研究进展[J].天津中医药,2019,36(12):1241-1245.
- [14]魏志林,张杰,李华南,等.单味中药降尿酸作用机制概述[J].中医药通报,2021,20(6):69-72.
- [15]陈光亮,朱立然,那莎,等.草薢总皂苷对大鼠慢性高尿酸血症和肾小管尿酸转运体1表达的影响[J].中国中药杂志,2013,38(14):2348-2353.
- [16]丁瑞,洪权,耿晓东,等.土茯苓治疗小鼠高尿酸血症的机制研究[J].中国中西医结合肾病杂志,2019,20(2):97-100.
- [17]林凤平,任开明,宋恩峰,等.威灵仙对尿酸性肾病大鼠肾小管间质病变的保护作用[J].实用医学杂志,2006,22(1):18-20.

# LYU Renhe's Experience in Preventing Gout Recurrence from Treating the Liver

FU Qiang<sup>1</sup>, WU Shuang<sup>2</sup>, SUN Ruixi<sup>3</sup>, XIAO Yonghua<sup>1</sup>

1. Dongzhimen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing, 100700; 2. The Second Affiliated Hospital of Zhejiang Chinese Medical University; 3. Beijing University of Chinese Medicine

**ABSTRACT** This paper summarized professor LYU Renhe's experience in preventing the recurrence of gout from treating the liver. As a chronic metabolic disease, the treatment goal of gout should not only focus on pain relief in the acute phase, but also on the prevention of recurrence. The causes and clinical manifestations of gout are closely related to the liver in Chinese medicine, therefore, it is proposed to prevent the recurrence of gout from the treatment of liver. The basic pathogenesis of gout recurrence could be the liver failing to govern the free flow of *qi*, and the internal accumulation of damp-heat. Scarce blood and exuberant fire in the liver channel is the basis of gout pain aggravated at night, and pathologically, micro concretions and conglomerations lay the foundation of gout recurrence. In clinical practice, the methods of soothing the liver and rectifying *qi*, clearing the liver and gallbladder damp-heat, soothing the liver and fortifying the spleen, and supplementing and boosting the liver and kidney should be used and adjusted according to the symptoms.

**Keywords** gout; recurrence; treatment from the liver; experience of famous doctors; LYU Renhe

(收稿日期: 2021-06-06; 修回日期: 2022-09-06)

[编辑: 侯建春]