陈棉智运用三通法治疗痛风医案3则

刘梓浩[1]，李永军[2]，蔡铧督[1]，张家和[1]　　指导：陈棉智[2]

1. 广州中医药大学，广东 广州 510006
2. 广州中医药大学顺德医院，广东 佛山 528300

[关键词] 痛风；三通法；陈棉智；医案
[中图分类号] R249　　[文献标志码] B　　[文章编号] 0256-7415（2026）10-0195-06
DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2026.10.031

陈棉智教授系全国基层名老中医药专家，从事骨伤科临床40余载，深研岭南地域气候特点与居民体质禀赋，认为岭南地处亚热带，气候湿热氤氲，民众多嗜海鲜、生冷冻饮，致脾胃运化失司，湿浊内蕴，血热沸腾，更易诱发痛风。陈棉智教授在继承丹溪对痛风认识的基础上，结合叶天士“久病入络”之论，提出“湿浊黏滞三阶段”动态病机观，立“三通法”分阶辨治体系，制“通滞化浊汤”为基础方，随症化裁，疗效卓著。现将陈棉智教授运用三通法治疗痛风病的医案3则整理介绍如下。

痛风即痛风性关节炎，是一种因嘌呤代谢紊乱、血尿酸升高致单钠尿酸盐结晶沉积于关节及周围组织而引发的炎症性关节病。随着现代饮食结构改变，其发病率逐年攀升，且呈年轻化趋势。现代医学以抗炎、降尿酸为主，虽能缓解急性症状，但停药易复发，且存在胃肠道反应、肝肾功能损害等副作用[1]。

本病属中医痹证、历节、白虎历节等范畴。《素问·痹论》云：“风寒湿三气杂至，合而为痹也。”《金匮要略》载“历节病”，其“诸肢节疼痛，身体魁羸，脚肿如脱”[2]之描述，与痛风急性发作表现高度契合。至元代，朱丹溪在《格致余论》中首提“痛风”病名，提出“热血得寒，污浊凝滞”[3]之病机，为后世辨治本病奠定理论基础。然历代医家多从湿热、痰瘀、脾虚等静态角度立论，对疾病动态演变过程中的病机传变规律阐发未详。

1　运用三通法之理法方药心得

朱丹溪在《格致余论·痛风论》中首次系统论述痛风病机，提出：“痛风者，大率因血受热已自沸腾，其后或涉冷水，或立湿地，或扇取凉，或卧当风。寒凉外搏，热血得寒，污浊凝滞，所以作痛。”[3]陈棉智教授认为，此论揭示了痛风的病机核心，即内有热血，外感寒湿，浊邪胶凝，气血运行不畅，遂生疼痛。“热血”者，乃过食膏粱厚味、醇酒肥甘，脾胃运化不及，湿浊内生，郁而化热，入于血分，血热沸腾；“得寒”者，非独外感风寒湿邪，更指现代生活中空调冷饮、贪凉露宿等，致寒邪外束，腠理闭塞，经络壅遏；“污浊凝滞”者，热血遇寒则凝，湿浊与热互结，胶着于经络关节，如油入面，难解难分。陈棉智教授进一步指出，痛风湿浊之邪，其性黏滞，非

[收稿日期] 2025-10-06
[修回日期] 2026-03-27
[基金项目] 全国基层名老中医药专家陈棉智传承工作室建设项目（国中医药人教函〔2024〕256号）；佛山市“十四五”高水平医学重点专科建设项目（佛卫函〔2021〕107号）
[作者简介] 刘梓浩（1999-），男，硕士研究生。
[通信作者] 陈棉智（1963-），男，主任医师，教授，硕士研究生导师。

若六淫之邪可一汗而解，也非食积之滞可一下而除。其致病特点有三，一是壅遏三焦：湿浊内蕴，阻滞气机，上焦失宣则胸闷口苦，中焦失运则纳呆腹胀，下焦失司则二便不利；二为流注关节：湿性趋下，易袭阴位，加之足趾、踝、膝等处皮薄肉少，脉络浅显，更易为浊邪凝滞；三即久病入络：湿浊盘踞日久，由气分渐入血分，由经络深入隧络，与痰瘀互结，终成痛风石，胶固难消。

基于此，陈棉智教授创立“三通法”分阶辨治：急性期湿热浊邪暴壅，闭阻三焦，治以通利水道，给邪出路；亚急性期湿浊稽留，气机壅滞，治以斡旋气机，化湿醒脾；慢性期痰瘀互结，络脉瘀痹，治以通补兼施，搜经剔络。

为统摄三通之旨，陈棉智教授参酌岭南湿热体质特点，创制通滞化浊汤作为治疗本病之基础方。该方由土茯苓30 g，茯苓15 g，泽泻15 g，薏苡仁20 g，桂枝6 g，牡丹皮6 g，葛根15 g，土牛膝12 g组成。方中重用土茯苓为君，取其甘淡性平，归肝、胃经，功擅解毒除湿、通利关节。现代药理研究证实，土茯苓具有促进尿酸排泄、抑制炎症因子释放之效[4]，且性平和而不伤阴耗气，实为治痛风之要药。臣以茯苓、泽泻、薏苡仁，淡渗利湿，健脾除痹，三药协力导湿浊从小便而出。佐以桂枝辛温通阳，既助膀胱气化以利水湿，又防诸寒凉药冰伏湿邪；牡丹皮苦辛微寒，凉血活血，散瘀止痛。二者一温一凉，调和寒热而宣通经络。使以葛根升清阳而鼓舞胃气上行，土牛膝苦酸性平，归肝、肾经，活血祛瘀，通利关节而引血下行，二药一升一降，调畅气机而引湿浊下行。全方寒温并用，升降相因，共奏利湿泄浊、活血通络之功。

临证运用时，可随三期病机特点灵活化裁：急性期三焦骤闭而热重者，加蒲公英、忍冬藤清热解毒；关节红肿甚者加生石膏、知母清气分热。亚急性期湿浊稽留而气滞者，去牡丹皮，加陈皮、厚朴、枳实理气宽中；湿重者加藿香、佩兰芳香化浊。慢性期络脉瘀痹而正虚者，加黄芪、太子参、白术益气健脾，土鳖虫、地龙等虫类药搜剔通络；痛风石坚硬者加浙贝母、牡蛎软坚散结。

此外，陈棉智教授常予配合降尿酸茶饮方（玉米须30 g，布渣叶15 g，茯苓15 g）代茶频饮，用于各期巩固治疗。其中，布渣叶为岭南道地药材，微酸凉，功擅消食化滞、清热利湿，与土牛膝、忍冬藤相伍，体现“因地制宜”之用药特色。

2 病案举例

例1：三焦骤闭阶段，治以疏泄水道。叶某，男，45岁，2024年6月10日初诊。患者体胖，嗜酒肉10余载。5天前因夜间豪饮啤酒并进食大量海鲜，翌日晨起即感右足第1跖趾关节灼热疼痛，逐渐红肿，痛如锥刺，不可触碰，彻夜难寐。自行服用双氯芬酸钠疼痛未减，遂来就诊。症见：右足第1跖趾关节红肿明显，皮色发红，肤温升高，触之痛剧，活动受限。伴见口苦黏腻，渴不欲饮，纳呆，大便黏滞不爽，小便短黄灼热，舌质红、苔黄厚腻，脉滑数有力。查血尿酸586 μmol/L，C-反应蛋白67.3 mg/L，血沉45 mm/1 h。西医诊断：痛风性关节炎。中医诊断：痛风，湿热蕴结证。处方：土茯苓30 g，泽泻30 g，车前子（包煎）12 g，薏苡仁20 g，黄柏9 g，桂枝6 g，牡丹皮6 g，忍冬藤30 g，蒲公英20 g。共3剂，每天1剂，水煎200 mL，分早、晚2次服用。另配降尿酸茶饮，处方：玉米须30 g，布渣叶15 g，茯苓15 g。代茶饮，每天2次。并嘱黄水油纱夜间外敷患处。患者疼痛难忍，加予口服塞来昔布胶囊，每次0.2 g，每天2次；秋水仙碱片，每次0.5 mg，每天1次。

6月13日二诊：服药后小便量明显增多，关节红肿热痛大减，疼痛较前缓解，夜间已能安睡。小便较前通畅，口苦减轻。纳食稍增，大便仍稍黏。舌质红、舌苔由黄厚转为薄黄

腻，脉滑缓。复查血尿酸降至480 μmol/L，C-反应蛋白13.2 mg/L。药已中的，湿热之邪得从小便而去。虑其热势已挫，湿浊未净，过用寒凉恐伤中阳，遂去黄柏，减蒲公英至15 g，加苍术10 g，白蔻仁(后下)6 g以醒脾燥湿，续服5剂。

6月20日三诊：关节疼痛基本消失，红肿全消，活动自如，精神转佳，纳谷香，二便调。舌淡红、苔薄白微腻，脉和缓。复查血尿酸420 μmol/L，炎症指标均正常。病情已入稳定期，停用汤剂，改予降尿酸茶饮方(玉米须30 g，布渣叶15 g，茯苓15 g)代茶饮，并嘱其戒酒慎食，调畅情志。随访半年未复发。

按：本案为典型的痛风性关节炎急性发作，属陈棉智教授所谓“三焦骤闭”阶段。陈棉智教授认为，急性发作期多因饮食不节(嗜食海鲜、醇酒)或外感寒湿诱发，湿热浊邪暴壅，闭阻三焦，流注关节。此期病机关键在于“闭”：湿浊壅遏，上焦失宣则胸闷口苦，中焦失运则纳呆腹胀，下焦失司则二便不利；湿性趋下，易袭阴位，加之足跖处皮薄肉少，脉络浅显，更易为浊邪凝滞，故见关节红肿灼痛，痛如刀割，甚则彻夜难寐；湿热蒸腾则口苦黏腻、小便短黄；湿阻气机则大便黏滞不爽。此属实证、急证，病位在气分，以“闭”为要，治当以“通利水道”为第一要义。

陈棉智教授指出，急性期虽湿热壅盛，但“治湿不利小便，非其治也”。方中重用土茯苓至30 g，取其解毒除湿、通利关节之力；泽泻、车前子、薏苡仁三药协力，淡渗利湿，通利下焦，使湿热之邪从小便而去，蒲公英、忍冬藤、黄柏针对关节红肿热痛治以清热解浊。

最妙在于桂枝之用，体现了陈棉智教授对岭南地域患者体质的深刻把握。陈棉智教授认为，急性期虽湿热壅盛，但岭南患者多兼脾虚，且过用寒凉易致凉遏冰伏，使湿浊凝滞更深，反致病情缠绵。桂枝辛温，在此非为温阳补虚，而是通阳化气，助膀胱气化，即《黄帝内经》所云：“膀胱者，州都之官，津液藏焉，气化则能出矣。”牡丹皮凉血散瘀，防热入血分，用以截断向下一阶段的传变。全方集淡渗、清热、通阳、凉血于一体，共奏利湿泄浊、清热解毒、通络止痛之效。

二诊患者小便通畅，关节红肿热痛大减，夜间得寐，此为三焦水道已通，湿热得泄之佳象，提示“闭”势已解，但舌红苔转薄黄腻，大便仍稍黏，提示病机已由“湿热壅盛”向“湿浊稽留”过渡，如叶天士所云“湿温病大便溏为邪未尽……以屎燥为无湿矣”[5]，故去黄柏之苦寒，减蒲公英用量，加苍术、白蔻仁，转以燥湿运脾、理气宽中为法。此种随证转方的思路，体现了陈棉智教授“动态辨证、分期论治”的学术思想，也符合“瘥后防复”之旨，防止急性期过用寒凉而遗留湿浊，为亚急性期的治疗埋下伏笔。

例2：湿浊稽留阶段，治以斡旋气机。张某，男，52岁，2024年8月5日初诊。患者有痛风病史3年余，平素饮食不节，病情反复发作。3个月前因进食海鲜后出现双踝关节肿痛，经西药(塞来昔布、秋水仙碱、非布司他)治疗后，疼痛稍减，但肿胀缠绵不退，每逢饮食稍有不慎即复发。症见：双踝关节轻度肿胀，肤色正常，按之稍硬，疼痛隐隐，活动轻度受限。伴见胸闷脘痞，嗳气频作，纳呆食少，口中黏淡无味，肢体困倦，大便溏薄，每天1次。舌淡红、舌体稍胖，苔白腻，脉弦滑。查血尿酸563 μmol/L，血沉28 mm/1 h。西医诊断：痛风性关节炎。中医诊断：痛风，湿浊壅滞证。处方：陈皮10 g，厚朴10 g，枳实10 g，藿香10 g，佩兰10 g，土茯苓30 g，薏苡仁20 g，泽泻15 g，车前子(包煎)12 g，忍冬藤30 g。每天1剂，水煎200 mL，分早、晚2次服用。另配降尿酸茶饮：玉米须30 g，布渣叶15 g，茯苓15 g。塞来昔布胶囊，每次0.2 g，每天2次；秋水仙碱片，每次0.5 mg，每天1次。

8月12日二诊：双踝关节肿胀明显减退，疼痛较前缓解，活动度增加。胸闷嗳气改善，纳食转佳。舌淡红、苔黄白相兼，脉弦滑。血尿酸降至471 μmol/L。原方加炒麦芽15 g，神曲12 g，以助运脾胃、化湿导浊。

8月26日三诊：双踝关节基本不痛，活动如常。胸闷不作，纳食正常，大小便调。舌淡红、苔薄白，脉平。血尿酸稳定在450^{+} μmol/L。遂停煎剂，仅留降尿酸茶饮巩固，并嘱节制饮食，戒酒限海鲜。6个月后随访未诉复发。

按：本案患者病程已逾三月，关节肿痛反复发作，其势虽无急性期之凶险，却缠绵难愈。观其脉证，虽以关节肿痛、活动受限为主，但未见发红、发热等热壅之象，伴见胸闷嗳气、纳差，脉象弦滑。此乃湿热之邪未彻，由表及里，稽留中焦，阻碍气机升降之候。中焦脾胃为气机升降之枢纽，今为湿浊所困，脾失健运，胃失和降，故见纳差、胸闷、嗳气；湿浊流注关节，则肿痛反复；苔黄腻为湿热内蕴胶着之征；脉弦主气滞，滑主湿浊。

陈棉智教授认为，亚急性期是痛风治疗的关键转折期，临床最易忽视。此期多由急性期经治后，余邪未净，或饮食不慎、复感湿邪所致，湿浊黏滞，稽留中焦，壅滞气机，致脾不升清，胃不降浊，遂该期辨证为“湿浊稽留，气机壅滞证”，其认为此期病机关键在于“滞”：湿浊虽减但未净，然关键已非湿热之盛，而在气机之滞。中焦为气机升降之枢纽，湿困脾胃，则枢机不利，清阳不升，浊阴不降，故虽热退而肿硬不消，虽痛减而缠绵难愈；湿阻中焦，气机不畅，则胸闷脘痞、嗳气频作；脾失健运，胃失和降，则纳呆食少、口中黏淡无味；湿性重浊，则肢体困倦；湿浊下注，则大便溏薄。此属虚实夹杂、迁延期，病位在中焦脾胃，以“滞”为要。

陈棉智教授立“斡旋气机”之法以化滞，通过恢复中焦脾胃升降功能，使气机流转，湿浊自化。处方加以陈皮、厚朴、枳实为调理气机之主药，即《太平惠民和剂局方》平胃散之加减。陈皮理气健脾，燥湿和胃；厚朴行气消胀，燥湿除满；枳实破气消积，化痰散痞。三药相合，辛开苦降，力专于行气导滞，宽中除满，旨在恢复中焦升降之职。藿香、佩兰芳香醒脾，化湿辟秽，外透肌表之湿，内化中焦之浊，与陈皮、厚朴等相配，增强化湿理气之功，正如陈棉智教授所云“治湿首理气，气行湿自化”。然湿浊之邪仍有留滞，故佐以土茯苓、薏苡仁、泽泻、车前子淡渗利湿，使邪有去路。忍冬藤既能清解余热，又能通络止痛，兼顾关节症状。全方以理气芳化为主，淡渗利湿为辅，清热通络为佐使，共奏斡旋气机、分消湿浊之效。

二诊关节肿痛减轻，胸闷改善，纳食转佳，舌苔由白腻转黄白相兼，脉仍弦滑。症有好转，此乃中焦气机得以疏畅，湿浊得以化解之征。然舌脉未平且有转黄化热之象，陈棉智教授云此乃脾胃运化功能尚未完全恢复，有滞而化热之虞，然妄投凉剂恐损伤脾胃，尽弃前功，故于原方基础上加入炒麦芽、神曲。炒麦芽甘平，消食健胃，尤善消米面薯芋之积；神曲甘辛温，消食和胃。二者相合，增强健脾开胃、助运化湿之力，旨在通过导滞解积恢复脾胃正常的运化功能，脾旺则湿不生，以绝化热之源，与赵绍琴治湿喜用焦三仙全功以安脾胃生邪之地之法有同工之妙。且二药性味平和，无温燥伤阴或滋腻碍胃之弊，适合于亚急性期湿浊未清而脾运已伤之病机。

三诊症状基本消失，血尿酸进一步下降，遂停用汤剂，改用茶饮方巩固。此阶段邪气式微，正气渐复，治疗重点转为长期调理，防止复发。茶饮方药性平和，便于坚持，能持续轻清疏利，化解余湿，调理脾胃。

本案充分展示了陈棉智教授“通气机”治法在痛风亚急性期的精妙运用。其核心在于抓住“湿浊稽留，气机失司”这一关键病机，通过疏理中焦气机，恢复脾胃升降，从而达到化

湿浊以和血脉、利关节的目的。本案未用大量清热利湿之品，而以理气芳化为主，同样取得了肿痛消退、尿酸下降的效果。而对于急性期和亚急性期的鉴别，陈棉智教授用比喻对此进行补充："痛风急性期，如猛火煮水，壶中水沸，此时口塞气闭，可急通其壶口；亚急性期是文火焖烧，缓开盖通风即可使水湿蒸气自然消散。"形象地说明了分期论治的要点：急性期重在"通"即通利水道，亚急性期重在"旋"即斡旋气机，通过不同的"通"法，达到邪去正安的目的。此外，陈棉智教授在亚急性期的治疗中，非常注重顾护脾胃功能，初诊即用陈皮、厚朴等健脾理气，二诊更入麦芽、神曲助运，始终将恢复中焦运化置于重要地位，此乃其治疗痛风，尤其是迁延期、缓解期的重要学术特色。对于岭南地区脾虚湿盛体质的痛风患者，此法尤为适用。

例3：络脉瘀痹阶段，治以通补兼施。周某，男，61岁，2023年12月15日初诊。患者痛风病史20余年，双手、双足多处痛风石形成，关节僵硬变形。长期服用别嘌醇，因出现肾功能损害（血肌酐升高）而停药。近5年来，双足第1跖趾关节、双踝关节、双手指关节痛风石渐大，质硬，局部皮肤紧绷发亮，关节屈伸不利，影响行走及持物。症见：面色萎黄，形体消瘦，精神萎靡，倦怠乏力，畏寒肢冷，纳差便溏，腰膝酸软。查体：双足第1跖趾关节、双踝关节可见数枚大小不一之结节，最大约2 cm×1.5 cm，质硬，压痛不明显，皮肤色暗；双手指关节可见多个黄豆大小结节，关节僵硬。舌淡胖大、边有齿痕、苔白腻，脉沉细弱。查血尿酸578 μmol/L，血肌酐115 μmol/L。西医诊断：痛风石关节炎，痛风石。中医诊断：痛风，痰瘀互结兼脾虚证。处方：黄芪20 g，太子参15 g，白术15 g，土茯苓40 g，茯苓20 g，鸡血藤20 g，丹参15 g，土鳖虫6 g，土牛膝12 g，布渣叶15 g，玉米须20 g。每天1剂，水煎，分2次服用。另配代茶饮：玉米须30 g，茯苓20 g。14剂，每天1剂，水煎服。

2024年1月15日二诊：服药半个月后，患者精神转佳，面色渐润，纳谷增加，大便成形，每天1次。关节疼痛稍减，活动较前灵活，部分较小痛风石稍变软。舌淡红、苔薄腻，脉细。血尿酸510 μmol/L，血肌酐109 μmol/L。原方加忍冬藤30 g，以清热通络。

2024年3月10日三诊：服药2个月余，患者生活能自理，可自行缓慢行走，手指关节灵活度提高。双足痛风石未再增大，部分较小者缩小变软，皮肤颜色转淡。血尿酸维持在500^{+} μmol/L，肾功能稳定。舌淡红、苔薄白，脉细弱。遂停煎剂，仅留降酸茶饮以资巩固，并嘱注意清淡饮食、规律运动、定期复查。

按：本案患者痛风病史长达20余载，病情已进入慢性期，出现双手、足多发痛风石，关节僵硬变形。此乃病久屡发，湿浊邪毒未能彻底清解，反复浸淫，深入经络筋骨与血搏结，成痰化瘀胶固不解，终结聚成石。另患者病程迁延日久伤其正气。故伴见倦怠乏力、纳差便溏，舌淡胖、苔白腻，脉细弱，此乃脾气虚弱，运化失健之明证。脾虚一方面导致水湿不化，聚湿生痰，成为痰浊之源；另一方面，气虚无力推动血行，又可加重血瘀。故本病机属本虚标实，虚实夹杂：脾虚为本，痰瘀互结、阻络成石为标，已入陈棉智教授所谓"络脉瘀痹"阶段。

陈棉智教授认为，慢性期多为病久反复发作，迁延数载，湿浊邪毒由经入络，与血搏结，成痰化瘀，胶固不解；且久病耗伤正气，脾虚生化乏源，肾虚气化无权。此期病机关键在于"痹"：湿浊盘踞日久，由气分渐入血分，由经络深入隧络，与痰瘀互结，终成痛风石，胶固难消，故见关节僵硬变形，痛风石累累，质硬拒按；脾虚则运化无权，湿浊内生，故见面色萎黄、倦怠乏力、纳差便溏、舌淡胖大；

肾虚则气化失司，浊毒内停，故见腰膝酸软、畏寒肢冷；舌边齿痕、苔白腻、脉沉细弱，皆为本虚标实之征。此属本虚标实，病位在络脉筋骨，以“痹”为要。

陈棉智教授将该期辨为“络脉瘀痹，痰瘀互结，脾肾两虚证”，治以“通补兼施”为大法。此期治疗最为棘手：若单纯攻邪，妄用苦寒攻下或峻猛逐瘀，恐更伤正气，致正虚邪恋，病情缠绵难愈；若纯用滋补，又恐闭门留寇，助湿生痰，使痰瘀胶结更甚。必当通补兼施，一方面选用虫类、藤类药物深入隧络，搜剔痰瘀，软坚散结；另一方面重用补益之品，健脾益肾，使气旺则血行，脾健则湿消，肾强则骨健，通中有补，补不滞邪，缓消渐散。

遂处方改加黄芪、太子参为君药。黄芪甘温，善补脾肺之气，气旺则能生血，亦能行血，更能利水消肿；太子参甘微苦平，益气健脾，生津润肺，其性平和，补而不腻。二药相合，大补元气，健运中州，从本论治，以杜生痰之源。加白术、茯苓，增强健脾益气、渗湿化浊之力。此四味共筑扶正之基。针对络中痰瘀，选用鸡血藤、丹参、土鳖虫、土牛膝。其中鸡血藤苦甘温，行血补血，舒筋活络，《本草纲目拾遗》载鸡血藤“大补气血，与老人妇女更为得益”[6]，《饮片新参》载鸡血藤“去瘀血，生新血，流利经脉，治暑痧，风血痹症”[7]，乃通补要药；丹参苦微寒，活血祛瘀，凉血消痈，丹参有“一味丹参饮，功同四物汤”之说，其性凉又可制黄芪、白术之温；另外，土鳖虫咸寒，乃虫类搜剔之品，善入络脉，攻剔痼结之痰瘀，同土牛膝、土茯苓组成陈棉智教授针对络中痰瘀而用的经验方“三土汤”，三药相伍集解毒利湿、活血散瘀、搜剔通络之功于一体，共奏祛湿浊、化瘀血、通络脉之效。

陈棉智教授特别强调，此期治疗切不可孟浪攻伐，必须把握“通”与“补”之度。初诊以黄芪、太子参、白术等补益为主，佐以少量虫类药搜剔，待正气渐复即二诊见精神转佳、纳谷增加时乃为续投虫石通药之机，体现“缓消渐散”之旨。此正是治疗慢性痛风石的关键。且全程配伍土茯苓、薏苡仁利湿化浊，陈皮理气和中，防补益之品滋腻碍胃。

本案治疗过程，充分体现了陈棉智教授治疗慢性痛风石性关节炎的学术思想：一是强调“久病入络”，治疗必须选用活血通络，特别是虫类通络之品，如土鳖虫，才能深入隧络，攻剔痼结；二是注重“通补兼施”，尤其重视健脾益气，因脾主肌肉四肢，为后天之本，气血生化之源，脾气健运则湿浊无以生，气血充盈则脉络得以濡养，有利于痰瘀的化解与排出；三是全程不忘利湿化浊，即使慢性期，湿浊作为病理基础依然存在，故布渣叶、玉米须等利湿之品贯穿始终。陈棉智教授指出，慢性痛风石期，治疗非旦夕可功，须守法守方，缓消渐散，切忌孟浪攻伐，伤正败胃。本案治疗周期长，但疗效稳固，正是“通络脉”法在慢性期扎实应用的体现。

3　结语

陈棉智教授运用三通法治疗痛风性关节炎的3则医案，体现了其立足岭南、重视湿浊、分期论治的学术特点。其理法方药一线贯穿，为痛风性关节炎的中医诊疗提供了一种思路，期冀能为同道临床参考。

[参考文献]

[1] 刘维，吴沅皞，卡玉秀，等. 中医药治疗痛风的研究进展[J].中草药，2023，54(23)：7895-7906.
[2] 张仲景. 金匮要略方论[M]. 北京：人民卫生出版社，1963.
[3] 朱丹溪. 格致余论[M]. 北京：人民卫生出版社，1956：38.
[4] 李天润，杨振国. 土茯苓及其活性成分防治痛风性关节炎研究进展[J]. 光明中医，2025，40(14)：3089-3092.
[5] 叶桂. 温热论[M]. 北京：人民卫生出版社，2007.
[6] 赵学敏. 本草纲目拾遗[M]. 北京：人民卫生出版社，1983.
[7] 王一仁. 饮片新参[M]. 上海：上海千顷堂书局，1936：252.

（责任编辑：刘淑婷）