

# 基于“黄家所得，从湿得之”理论探讨黄疸的诊治

孟繁影<sup>1,2</sup>, 郭 卉<sup>1,2\*</sup>

<sup>1</sup>天津中医药大学第一附属医院肝胆科, 天津

<sup>2</sup>国家中医针灸临床医学研究中心, 天津

收稿日期: 2025年11月3日; 录用日期: 2025年12月5日; 发布日期: 2025年12月17日

## 摘 要

近年来黄疸发病率持续增长。中医学对黄疸的认知源远流长，历经数千年实践积累与理论发展，历代医家不断对其病因与病理机制进行系统归纳。张仲景提出“黄家所得，从湿得之”，概括了黄疸形成的核心病机，本文基于这一理论，系统阐述黄疸形成的病因与病机，并以“祛湿退黄”为核心治疗原则，分析不同证型所对应的治疗方法，旨在进一步提升黄疸的中医临床辨证论治能力。

## 关键词

黄疸，从湿得之，张仲景，《金匱要略》

# Exploring the Diagnosis and Treatment of Jaundice Based on the Theory of “Jaundice Originates from Dampness”

Fanying Meng<sup>1,2</sup>, Hui Guo<sup>1,2\*</sup>

<sup>1</sup>Department of Hepatobiliary Surgery, First Teaching Hospital of Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin

<sup>2</sup>National Clinical Research Center for Chinese Medicine Acupuncture and Moxibustion, Tianjin

Received: November 3, 2025; accepted: December 5, 2025; published: December 17, 2025

## Abstract

In recent years, the incidence of jaundice has shown a persistent upward trend. Traditional Chinese

\*通讯作者。

文章引用: 孟繁影, 郭卉. 基于“黄家所得，从湿得之”理论探讨黄疸的诊治[J]. 中医学, 2025, 14(12): 5490-5496.

DOI: 10.12677/tcm.2025.1412788

medicine possesses a profound understanding of jaundice, accumulated through millennia of clinical practice and theoretical development. Throughout history, medical practitioners have systematically summarized its etiology and pathological mechanisms. Zhang Zhongjing's statement, "Jaundice originates from dampness", succinctly encapsulates the core pathogenesis of jaundice formation. Building upon this theory, this paper systematically elucidates the etiology and pathogenesis of jaundice. It analyzes treatment methods corresponding to different syndrome patterns, centered on the core therapeutic principle of "eliminating dampness to resolve jaundice", aiming to enhance the clinical diagnostic and therapeutic capabilities of TCM in managing jaundice.

## Keywords

Jaundice, Caused by Dampness, Zhang Zhongjing, Essential Prescriptions from the Golden Cabinet

Copyright © 2025 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

## 1. 引言

黄疸是以身黄、目黄、小便黄为主要表现的一种病症。随着人们生活习惯的改变、药物的滥用以及恶性肿瘤的高发,黄疸患病人数呈不断上升趋势[1]。从中医角度看,黄疸是因湿邪壅阻中焦,导致脾胃失健,肝气郁滞,疏泄不利,从而引起胆汁疏泄失常,外溢肌肤。本病症与西医所述黄疸意义相同,可涉及西医学中肝细胞性黄疸、阻塞性黄疸和溶血性黄疸[2]。早期常无症状,仅表现为血清碱性磷酸酶(ALP)和 $\gamma$ -谷氨酰转移酶(GGT)水平升高,随病情进展可发展为高胆红素血症,重者甚至出现肝硬化、肝衰竭乃至死亡[3][4]。在治疗方面,现代医学多采用抗胆汁淤积药物,例如核受体激动剂、利胆剂以及胆汁酸合成抑制剂等[5],然而上述疗法效果常不理想,且易见病情反复。与之相比,中医药在黄疸诊治中展现出独特价值。张仲景在《金匮要略·黄疸病脉证并治》中提出“黄家所得,从湿得之”,阐明黄疸的发生主要是湿邪为患。基于这一理论,本文旨在系统分析中医药治疗黄疸的辨证思路,从而为临床实践提供理论依据。

## 2. 中医学对黄疸的认识

春秋战国时期就有关于黄疸病名和主要症状的记载。如《素问·平人氣象论》曰:“溺黄赤安卧者,黄疸……目黄者,曰黄疸”[6]。黄疸相关症状的记载首见于马王堆汉墓出土的,成书于公元前二世纪之前的《足臂十一脉灸经》和《阴阳十一脉灸经》,当时“黄疸”被称为“瘵”,并有“目黄”症状的描述[7]。《黄帝内经·灵枢·论疾诊尺》中也记载:“身痛而色微黄,齿垢黄,爪甲上黄,安卧,小便黄赤,脉小而涩者,不嗜食”,进一步论述了是黄疸的主要症状。从病因病机来看,中医学认为黄疸多因外感湿热疫毒,或内伤饮食劳倦,导致脾胃运化失健,肝胆疏泄失常,致使胆汁外溢肌肤。《黄帝内经·素问·六元正纪大论》中亦提出:“溽暑湿热相薄……民病黄疸而为胛肿”等,阐明时令气候因素,尤其是湿邪与热邪的侵袭[8][9],是黄疸形成的重要原因,从而为该病的辨证论治提供了理论依据。

## 3. “黄家所得,从湿得之”的理论溯源与内涵

### 3.1. 理论溯源

历代医家普遍指出,湿在黄疸的形成过程中占据主导地位,素有“无湿不作疸”之说。张仲景在《金匮要略·黄疸病脉证并治》中论述到:“黄家所得,从湿得之”,明确揭示了湿邪是引发黄疸的核心病理

因素。《素问·六元正纪大论篇》中亦记载：“溽暑湿热相薄……民病黄疸。”该论述首次提出湿邪、热邪与黄疸发病关联密切。张仲景在《伤寒论》中描述“身目为黄……以寒湿在里不解故也”，并在《金匮要略》痉湿喝病脉证治中提到“湿家之为病……身色如熏黄也”[10]；此外，清代医家叶天士在《临证指南医案》中强调：“水谷留湿，湿甚生热……久则痿黄谷疸”。这些论述均基于临床实践，共同凸显了湿邪在黄疸发病机制中的根本作用。

### 3.2. 张仲景对黄疸病因病机的初步阐释

在《金匮要略》中，张仲景不仅提出了“黄家所得，从湿得之”的总纲，还进一步阐述了湿邪导致黄疸的具体病机。他认为，湿邪侵袭人体，首先困阻中焦脾胃。脾作为后天之本，气血生化之源，主运化水湿。湿邪困脾，则运化失职，气机升降失常，水湿内停，久则郁而化热，酿成湿热内蕴之势。湿热相互搏结，上蒸肝胆，导致肝疏泄失调，胆汁不循常道，外溢于肌肤，从而形成黄疸。此外，张仲景还提出“脾色必黄，瘀热以行”的观点，指出黄疸不仅与湿热有关，更与血分瘀热密切相关。湿热深入血分，与血相互搏结，形成瘀热，阻滞脉络，迫使胆汁外溢，从而加剧黄疸。

### 3.3. 理论核心：湿邪为黄疸发病之关键

#### 3.3.1. 湿为阴邪，易阻气机

湿性重浊黏滞，容易阻滞气机。脾胃为人体气机升降的枢纽，主司运化之职。湿邪既可从外感受，也可自内而生。无论是外感湿邪，还是内湿生成，一旦侵犯脾脏，便会导致脾运化功能失常。脾土受困，土壅木郁，引发肝气郁结，致使气液运行通路受阻；水湿内停，弥漫三焦，致使胆道不畅，胆汁不循常道外溢肌肤而发黄。此外，脾运化功能减退，水液代谢失调，湿邪滞留于玄府，影响气机与水液的正常布散，中焦转输失职，导致小便不利，从而引发身体发黄[11]。

#### 3.3.2. 湿郁化热，熏蒸发黄

湿邪侵入人体后，若遇阳热体质或复感热邪，亦或与热结合，则易从阳化热，形成湿热交蒸之势。湿热蕴结于中焦脾胃，熏蒸于肝胆，会阻碍肝气疏泄，迫使胆汁妄行，外溢肌肤[12]，其黄色泽鲜明如橘子色，即为阳黄。正如《医学心悟》所云：“湿热俱盛，则发身黄。”

#### 3.3.3. 湿从寒化，寒湿凝滞

若患者素体阳虚，或过用寒凉，湿邪则从阴化寒，形成寒湿。寒湿内困，损伤脾阳，运化无权，寒湿郁阻中焦，胆液被阻，溢于肌肤，其黄色泽晦暗如烟熏，即为阴黄。正如《伤寒论》所云：“寒湿在里不解故也”。

#### 3.3.4. 脾色必黄，瘀热以行

《金匮要略·黄疸病》中提到：“脾色必黄，瘀热以行”。根据五行理论，脾属土，对应黄色。脾胃为后天之本，气血生化之源。肝为将军之官，体阴而用阳。肝主疏泄，调畅全身气机。若肝失疏泄，往往横逆犯脾，导致脾胃升降失常，运化失职，从而内生湿邪。湿邪滞留于血分，则发为黄疸，此即“脾色必黄”的机理。此外，湿邪久郁，易于化热，形成湿热。湿热之邪耗伤血液与津液，造成血液黏滞、循行受阻，进而形成瘀血。当湿热与瘀血相互搏结，便形成了“瘀热”。瘀热阻滞于肝胆脉络，进一步加重了胆汁的排泄障碍，使黄疸颜色更加鲜明，甚至呈现为橘黄色。

### 3.4. 理论的历史沿革与后世医家的发挥

#### 3.4.1. 宋金元时期

宋金元时期的医学家在《金匮要略》的理论框架下，进一步发展了黄疸的分类与辨证体系。这一时

期, 医家普遍沿袭张仲景的学术观点, 将“湿热”视为黄疸形成的主因。成无己认为是湿与热都能导致发黄, 但两者在黄色上表现有所区别, 并强调湿热困阻于脾是发黄的核心病机。刘完素同样认为“湿热相搏而黄也”, 认为黄疸发病之因不外乎湿与热[13]。朱丹溪提出“湿在上宜发汗, 湿在下宜利小便……则病无有不安者也”。明确提出了湿在上下的不同, 可用发汗和利小便两大治法[14]。

### 3.4.2. 明清时期

明清之际, 中医学体系迎来了全面的发展高峰。随着西方医学知识的传入, 关于黄疸的辨证论治也进入崭新阶段。该时期医家们对黄疸的认识更加深入和全面。他们的关注点不再局限于湿热, 而是进一步认识到寒湿与瘀血在发病过程中的重要作用。清代医家张璐在《张氏医通·杂门》中记载“有瘀血发黄, 大便必黑, 腹胁有块或胀, 脉沉或弦”。此书论述了瘀血内停与湿邪交阻, 导致胆汁运行失常而外溢泛于肌肤, 从而形成黄疸的病理过程。

### 3.4.3. 近现代时期

进入现代, 随着中西医结合研究的深入, 中医对黄疸的认识更加科学化、系统化。著名老中医关幼波先生以“治黄必治血, 血行黄易却”的理论指导, 指出黄疸实为湿热郁滞于血分, 病变涉及全身血脉, 主张瘀热发黄、瘀血发黄[15]。刘学勤教授则认为黄疸发生的根本原因在于脾气不运、毒瘀内结[16]。2023年发布的《黄疸中医诊疗专家共识》系统阐明: “湿邪、热邪、寒邪、疫毒、气滞、瘀血是黄疸的六大病理因素, 其中湿邪为患是其核心病机”[17]。该共识再次确立了“黄家所得, 从湿得之”理论在现代中医临床中的核心地位。共识认为, 无论何种病因导致的黄疸, 其病理过程中都贯穿着湿邪为患的特点。湿邪既可化热形成阳黄, 亦可从寒化发展为阴黄, 从而构成两类不同的证候。这一认识, 既继承了传统中医理论, 又结合了现代医学对黄疸病理生理的认识, 为临床辨证论治提供了权威的指导。

综上所述, 张仲景“黄家所得, 从湿得之”的理论不仅深刻揭示了湿邪在黄疸发病中的核心地位, 也为后世中医辨证论治黄疸提供了根本依据。湿邪为病, 既可化热, 亦可从寒化, 或夹瘀、夹毒, 证候复杂。因此, 厘清湿邪在不同体质、不同阶段的转化规律, 成为黄疸辨证的关键所在。基于此, 本文将系统梳理黄疸常见证型的病因病机、临床表现及其对应的治疗原则与代表方剂, 进一步阐述该理论在黄疸辨证论治中的具体应用, 旨在为临床实践提供理论指导与用药参考。

## 4. “黄家所得, 从湿得之”在黄疸辨证论治中的应用

张仲景提出“黄家所得, 从湿得之”, 明确指出湿邪为黄疸发病之本。因此, 黄疸之辨证论治, 必须以“祛湿退黄”为总的原则, 围绕湿邪的转化与兼夹施治得法, 以下各证型的辨治, 都是以此理论为纲领, 细究湿邪的演变路径与病机特点, 体现“从湿得之”理论在临床中的具体运用。

### 4.1. 基于湿邪的辨证分型

#### 4.1.1. 湿热蕴结证(阳黄)

本证属阳黄范畴, 其病理实质是“湿浊内停, 日久化热”, 充分体现了湿邪郁而化热的演变规律。湿浊中阻, 阻碍气机, 进而化热, 湿热互结, 熏蒸于肝胆, 迫使胆汁外泄而发黄。临床表现为身目黄染, 颜色鲜明如橘子色, 多伴有发热、口干口苦、胁肋胀痛、脘腹痞闷、恶心呕吐、小便短赤及大便秘结等症。舌质红, 苔黄腻, 脉弦数或滑数[18]。治疗应紧扣“湿与热结”之机, 以清热利湿、通腑退黄为主, 常用代表方为茵陈蒿汤, 该方由茵陈、栀子和大黄三味药组成。其中茵陈清热利湿退黄, 为方中君药; 栀子清利三焦湿热, 为臣药; 大黄通腑泻下, 引湿热从大便而去, 为佐使药。全方配伍协同, 共奏清热利湿、通腑退黄之效[11]。若临床表现以热象偏重, 可酌加黄芩、黄柏等药以助清泄热邪; 如湿邪更为显著, 则可配合茯苓、泽泻、猪苓等药以加强利水渗湿之效。

#### 4.1.2. 寒湿阻遏证(阴黄)

本证属阴黄,其核心在于“湿从寒化”,反映湿邪在阳虚体质中寒化的病理特点。因素体脾阳不足,导致寒湿内停,困遏脾胃,影响肝胆疏泄功能。临床表现为身目黄染,但黄色晦暗如烟熏,多伴有畏寒、四肢不温、脘腹痞满、神疲倦怠、大便溏薄等。舌质淡,苔白腻,脉沉迟或濡缓[19]。在治疗方面,应采用温中健脾、化湿退黄的治则。代表方剂为茵陈术附汤,方中茵陈利湿退黄,附子、干姜温中散寒,白术、茯苓有健脾燥湿之效。全方配伍,共同达到温中化湿、健脾退黄的治疗目的。若寒湿之邪较为深重,可酌加肉桂、吴茱萸等药物以增强温阳散寒之功;如脾虚症状显著,则可配伍党参、黄芪等药味以加强益气健脾之效。

#### 4.1.3. 湿重于热证

本证虽属阳黄,但“湿邪偏盛,热象不著”。临床表现常见身目发黄之象,但其黄色鲜明程度通常不及热重于湿证,且多伴有头重如裹、肢体困重、胸脘痞满、纳差食少、口干但不欲多饮,或口中黏腻等症。大便多溏滞而不畅,小便则色黄而短少。舌质红,苔厚腻微黄,脉濡缓或弦滑。治疗宜突出“利湿化浊”,并适当辅以清热。代表方剂为茵陈五苓散,其中茵陈可清热利湿以退黄,五苓散则具利水渗湿、温阳化气之效。若湿邪偏重,可酌情加入藿香、佩兰等芳香化湿之品;如热象相对明显,则可佐以黄芩、黄连等清热燥湿药物。

#### 4.1.4. 胆腑郁热证

本证为“湿热蕴结胆腑”,致肝胆疏泄不利,胆汁外溢,体现了湿邪郁遏、化热郁结于胆腑的特点。症见身目发黄,色泽鲜明,多伴有右胁胀痛、口苦咽干、寒热往来、恶心呕吐、大便秘结等症。舌质红,苔黄,脉弦数。治疗应疏肝利胆、清热退黄,重在疏泄胆腑郁热。代表方剂为大柴胡汤,其中柴胡疏肝解郁,黄芩清利湿热,大黄与枳实通腑泻热,芍药缓急止痛,半夏、生姜和中降逆,大枣调和全方。诸药协同,可达疏肝利胆、清热退黄之效。若热毒偏盛,可酌加蒲公英、败酱草以助清热解毒;若黄疸显著,可配伍茵陈、金钱草等药物以加强利湿退黄作用。

#### 4.1.5. 湿热留恋证

本证见于黄疸渐退而“湿邪未清,余热留恋”,反映湿性黏滞、缠绵难愈的病理特性。症见胃脘痞满,胁肋隐痛,纳食减少,口干口苦,小便黄赤,舌苔腻,脉濡数。治疗宜以清解余热、祛除湿浊为主,可选用茵陈四苓散。该方剂由茵陈、茯苓、白术、泽泻、猪苓及栀子组成,其中茵陈与栀子相配,能协同发挥清热、利湿、退黄的作用;茯苓、白术、泽泻与猪苓则共同健脾、利水、渗湿,以促进湿浊的排出。

### 4.2. 治疗大法:祛湿退黄

#### 4.2.1. 通利二便:洁净府与去菀陈莖

“诸病黄家,但利其小便”是张仲景提出的治疗黄疸的重要原则[20],强调了通利小便在祛湿退黄中的重要作用。《黄帝内经》提出“开鬼门”“洁净府”:前者指开发腠理,使邪热随汗液从体表发散;后者指清利膀胱,使湿浊之邪由小便排出[21]。通过利尿之法,体内积聚的湿邪可随小便疏泄,从而实现退黄之效。在临床实践中,常选用茯苓、猪苓、泽泻及车前子等具有利水渗湿功效的药物。另一方面,通导大便亦是祛湿的关键路径,即《内经》所言“去菀陈莖”。运用泻下之法可涤荡肠腑,使湿热邪气从大便而解,临床多选用大黄、芒硝等泻下药物。综上,通过通利二便为湿邪开辟外泄通路,构成中医治疗黄疸的重要策略。

#### 4.2.2. 调理脾胃:恢复运化功能

根据《内经》的论述,脾胃在运化水湿过程中发挥着核心作用。该书在分析黄疸的病因时,指出其

病位主要在脾,而非肝胆,并强调调理脾胃是应对该病的根本途径[22]。通过健脾益气,可以恢复脾的正常运化功能,促进水湿的正常输布,从而消除湿邪形成的根源。临床上常选用党参、白术、茯苓、甘草等具有健脾益气功效的药物。同时,和胃降逆,可以恢复胃的受纳和腐熟功能,使水谷精微得以正常吸收,为机体提供充足的营养。临床上半夏、陈皮与砂仁等药物常被用于和胃降逆。因此,在黄疸的治疗中,调理脾胃、恢复其正常生理状态是不可或缺的一环。

## 5. 结语

黄疸作为肝胆系统疾病中的常见病症,常受到情绪波动、药物使用及饮食结构等因素的影响,近年来发病率呈现持续增长趋势。中医学对黄疸的认知源远流长,历经数千年实践积累与理论发展,历代医家不断对其病因与病理机制进行系统归纳。在临床中,采用中医药治疗方法在改善黄疸症状方面取得了显著效果。张仲景所提出的“黄家所得,从湿得之”,高度概括了黄疸形成的核心病机,至今仍持续指导着黄疸的临床诊断与治疗。本文基于“黄家所得,从湿得之”这一理论,系统阐述黄疸形成的病因与病机,并以“祛湿退黄”为核心治疗原则,对不同证型所对应的治疗方法进行分析,旨在进一步提升黄疸的中医临床辨证论治能力。

然而,当前研究仍存在一定局限性,例如关于黄疸的疗效大多是临床主观评价,缺乏相关药物作用机制的研究;此外,中医药在黄疸治疗中的具体作用机制,尤其是在基因分子方面的研究仍有待深入。未来研究应进一步结合现代医学技术,加强中医药治疗黄疸的药效物质基础及作用机制研究!

## 参考文献

- [1] Asare, O.K., Osei, F., Appau, A., *et al.* (2020) Aetiology of Obstructive Jaundice in Ghana: A Retrospective Analysis in a Tertiary Hospital. *Journal of The West African College of Surgeons*, **10**, 36-39. [https://doi.org/10.4103/jwas.jwas\\_46\\_21](https://doi.org/10.4103/jwas.jwas_46_21)
- [2] 王玉红, 张若梅, 刘先勇. 茵陈术附汤加减治疗肝细胞性黄疸疗效观察[J]. 山西中医, 2020, 36(11): 20-21.
- [3] Kuntz, K. and Kuntz, H.D. (2006) Cholestasi Hepatology: Principles and Practice. 2nd Edition, Springer, 227-242. <https://doi.org/10.1007/3-540-28977-1>
- [4] Wu, H., Chen, C., Zlanl, S., *et al.* (2021) Fibrotic Events in the Progression of Cholestatic Liver Disease. *Cells*, **10**, Article 1107. <https://doi.org/10.3390/cells10051107>
- [5] Selvakumar, P.K., Hupertz, V., Mittal, N., *et al.* (2019) Pediatric Cholestatic Liver Disease: Successful Transition of Care. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, **86**, 454-464. <https://doi.org/10.3949/ccjm.86a.18140>
- [6] 田代华. 黄帝内经素问[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 35.
- [7] 范永升. 金匱要略[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2016.
- [8] 赵佶. 圣济总录[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1962.
- [9] (清)程国彭. 医学心悟[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006.
- [10] 张仲景. 伤寒论[M]. 王叔和, 撰次. 张永泰, 李秋贵, 整理. 北京: 中国中医药出版社, 2022.
- [11] 曾立伟, 刘永刚, 薛丹, 等. 从肝玄府探讨《伤寒论》《金匱要略》治疗黄疸思路[J]. 环球中医药, 2025, 18(1): 96-99.
- [12] 张梅香. 从“脾色必黄瘀热以行”论黄疸从瘀论治[J]. 光明中医, 2012, 27(3): 429-431.
- [13] 阎小燕. 黄疸中医证治沿革史[D]: [博士学位论文]. 济南: 山东中医药大学, 2006.
- [14] 谭艳, 陈聪, 周聪, 等. 历代医家对黄疸病的认识[J]. 中国中医急症, 2021, 30(1): 149-151+155.
- [15] 北京中医医院. 关幼波临床经验选[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1979: 5-9.
- [16] 史海立, 赵庆华. 刘学勤教授治疗黄疸型肝炎经验[J]. 四川中医, 2009, 27(7): 13-14.
- [17] 中华中医药学会脾胃病分会. 黄疸中医诊疗专家共识(2023) [J]. 临床肝胆病杂志, 2024, 40(10): 1959-1966.
- [18] 孔玲, 宋琦, 孙晖, 等. 基于方证代谢组学的茵陈蒿汤治疗阳黄证的临床疗效及药效物质基础研究[J]. 中草药, 2025, 56(8): 2649-2661.

- [19] 刘子情. 温阳解毒化瘀方对慢加急性肝衰竭大鼠肝组织 IL-10/STAT3 及相关因子表达的影响[D]: [硕士学位论文]. 长沙: 湖南中医药大学, 2022.
- [20] 刘琛. 健脾补肾法治疗肝病高胆红素血症的临床研究[D]: [硕士学位论文]. 武汉: 湖北中医药大学, 2015.
- [21] 费伯雄. 医醇賸义[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1959: 117-120.
- [22] 毕若娴, 梁馨允, 温文建, 等. 基于“阳黄治胃, 阴黄治脾”探讨黄疸病的辨证思路[J]. 中国中医基础医学杂志, 2024, 30(9): 1469-1472.