

基于“火不暖土”理论探讨围绝经期综合证的病机及论治

蒋瑞 曲凡

天津中医药大学第一附属医院/中医国家临床医学研究中心，天津市，300193

摘要：围绝经期综合征(menopausal syndrome,MPS)是妇科常见病，[西医激素替代疗法存在适应证限制与潜在风险](#)。传统中医多从阴虚火旺论治，[临床大量虚寒证候患者难以由此涵盖](#)。本文系统梳理“火不暖土”理论的学术源流，[对其核心内涵进行诠释](#)，指出其本质是“五脏相关”与“水火既济”思想在脾肾关系上的投射，病理轴心为肾阳（命门之火）亏虚，失于温煦，致使脾阳不振，运化失常。据此探讨 MPS 的阳虚病机，天癸竭、肾精亏虚为发病之基，肾阳衰微、失于气化为阳虚之始，“火不暖土”所致脾阳失煦，则是病情由肾及脾、由虚转实的关键转折，水湿痰饮内生既为病理产物，又加重病情、变生诸症，甚则虚阳浮越、寒热错杂，终成脾肾阳虚、寒湿内生之局。据此提出温补肾阳、温运脾阳、引火归元三法分治策略，并佐验案举隅。旨在纠偏“更年期即阴虚”的单一认识，为 MPS 阳虚证型的临床辨治提供理论依据与实践参考。

关键词：围绝经期综合征；火不暖土；脾肾阳虚；病机；辨证论治

中图分类号：R271.1 文献标识码：A

作者简介：蒋瑞，硕士研究生，研究方向为中医药防治中老年内科疾病。通讯作者：*曲凡，硕士，副教授，研究方向为中医药防治中老年内科疾病。

引言

围绝经期综合征是指女性在绝经前后由于卵巢功能衰退引起的一系列以自主神经系统功能紊乱为主,伴有神经心理症状的一组证候群, [又称为“更年期综合征”,中医称之为“绝经前后诸证”^{\[1\]}](#)。流行病学调查显示约 50%-75%的女性会出现[烘热汗出、烦躁失眠、潮热面红等血管舒缩症状](#),其中烘热汗出最为明显^[2]。[现代医学以激素替代疗法为主,但存在适应证限制及乳腺肿瘤、血栓事件等潜在风险^{\[3\]}](#)。中医药因其整体调节、多靶点干预的特色优势,在改善 MPS 症状方面具有独特优势。[目前中医辨治多以“肾阴虚-阴虚火旺”为核心,滋肾养阴为常法,亦有从肝郁、痰瘀、玄府三焦等论治者^{\[2,4\]}](#)。笔者临床观察到大量 MPS 患者呈现畏寒肢冷、便溏浮肿、夜尿频多等阳虚证候, [甚或潮热与畏寒并见,单纯滋阴降火法疗效不显且有寒凉伤阳之弊,阴虚病机模型难以涵盖上述复杂证型](#)。本文立足“火不暖土”理论框架,系统探讨围绝经期综合征阳虚证型的病机演变规律与辨治思路,以期为临床提供新的理论参考。

1 “火不暖土”理论的学术源流与内涵

“火不暖土”理论的核心命题可概括为：肾阳亏虚，不能温煦脾阳，导致脾胃运化、腐熟功能减退，临床以肾阳虚（腰膝酸软、畏寒肢冷）与脾阳虚（纳呆腹胀、便溏泄泻）复合证候为特征。其思想源自《内经》，《素问阴阳应象大论》载“南方生热，热生火……火生苦，苦生心……血生脾”，首次从五行生克角度揭示了火与土的化生联系。汉代张仲景虽未明确提出“火不暖土”命题，但《伤寒论》中四逆汤、理中丸等方剂的运用，[践行了温肾阳以救脾土的治法^{\[5\]}](#)。金元时期，[李东垣提出“阴火”论,强调“脾胃为元气之本”,间接揭示了中焦虚寒需赖下焦阳气资助的内在关联^{\[6\]}](#)；朱丹溪主张“阳常有余，阴常不足”，虽以滋阴降火著称，但其对相火理论的深入探讨，从反面推动了后世对“真阳”温煦作用的重视^[7]。至明清时期，命门学说趋于成熟，理论建构取得关键突破，赵献

可在《医贯》中明确提出命门为全身“真君真主”，将“火不生土”的病机明确指向“命门火衰”，使理论从五行泛化走向脏腑实质的精准定位^[8]；张景岳系统阐述命门兼具水火之性，创制右归丸等方，确立了“温补命门以暖脾土”的治法^[8]；叶天士补充“胃阴”学说，区分了“脾阳虚”与“胃阴虚”的不同病机，避免温燥伤阴之弊，使辨证体系更趋完善^[9]。笔者认为，“火不暖土”理论的深层内涵，并非五行生克的简单推演，而是中医“五脏相关”和“水火既济”理论在脾肾关系上的高度凝练。肾阳为全身阳气之根，脾阳的升清运化功能，其动力来源正是肾阳的蒸腾气化。故其本质是“肾阳虚-脾阳虚”的因果链式反应，乃“阳微于下，寒生于中”的动态过程。需要特别指出，“火不暖土”中的“火”具有双重内涵——心火与命门之火，“土”亦涵盖胃与脾的不同功能：胃主受纳腐熟，其动力在心火；脾主运化升清，其动力在肾阳，二者在病理上各有侧重，不可混为一谈。本文所论，特指命门之火不暖脾土这一病理轴心。

2 基于“火不暖土”理论辨围绝经期综合征的病因病机

2.1 中医理论依据

围绝经期综合征虚寒证型的病机虽然涉及脾肾等多个脏腑，但其根本在于肾阳的衰减。肾阳为全身阳气之根本，命门之火一旦衰弱，五脏即失温养，诸病随之而生。就“火不暖土”病机链而言，肾阳虚衰不仅直接导致温煦、气化、固摄等功能的减退，更因其不能上温脾土，引发脾阳失煦、运化无权这一关键转折，进而出现水湿痰饮内停，乃至虚阳浮越、寒热错杂等变局。其病机演变脉络，分述如下。

2.1.1 肾精亏虚，肾阳衰微——发病之本

《素问·上古天真论》载：“七七，任脉虚，太冲脉衰少，天癸竭”，明确指出了围绝经期女性生理转折的根本在于肾精的耗竭^[2]。肾精作为生命活动最根本的物质基础，内寓元阴与元阳，是“水火之宅”。精能化气，此“气”即是肾阳，是机体热力、动力与防御力的源泉。围绝经期肾阳衰微其根源在于天癸竭绝所致的“精不化气”，这是一个自然的、渐进的过程。肾精如同灯油，肾阳如同灯火。随着年龄增长，灯油（肾精）日渐亏耗，所化生的火焰（肾阳）必然随之衰减、削弱。这种衰减并非单纯“量”的减少，更是“气化”功能的减退——即肾精温煦、生发之功衰减。此阶段的肾阳虚，是立足于精亏基础之上的阳微，其病理层次深于单纯的寒邪伤阳，不同于短暂的阳气被遏。患者腰膝酸软、畏寒肢冷、夜尿频多，皆源于“火源”之衰微。肾阳虚，其蒸腾气化水液、固摄下元、温养腰府及四肢的功能随即失司，为“火不暖土”病机埋下了根本性的隐患。

2.1.2 脾阳失煦，运化无权——关键转折

此为“火不暖土”病机链的核心环节，亦是病情由肾及脾、由虚转实的关键转折点。脾阳赖肾阳以温煦，肾阳为脾阳根本动力。肾阳虚衰不能上传热力于脾土，则脾失健运，中焦虚寒。围绝经期肾精亏虚在先，肾阳衰微在后，火既不足，土失其暖，脾阳因此不振。此非单纯脾虚，而是源于肾阳虚的“火不生土”，其病理性质属虚寒，病情程度较单纯脾阳虚更深，波及范围更广。此即“火不暖土”在围绝经期病机中的具体体现，亦是肾虚向脾肾同病转化的关键。脾阳虚弱，运化无权，则纳呆腹胀、便溏泄泻、神疲乏力等症随之而现，标志着病情已从下焦肾虚，蔓延至中焦脾土。

2.1.3 水湿痰饮内生，变证丛生——病理产物

脾阳失于温煦，运化功能减退，中焦气机虚弱，水谷精微不得正常输布，反聚而为湿。湿性重浊黏滞，日久不化，渐次酿生痰浊，此为“火不暖土”病机链中的重要病理产物。痰湿既成，一方面痰湿属阴邪，复又困遏脾阳，进一步削弱运化功能，另一方面痰湿

随气机升降无处不到，可上扰清窍、下注胞宫、旁及四肢，可见头晕目眩、带下清稀量多、浮肿沉重等症状。此阶段标志着病变已从脾肾两脏蔓延至周身，病情由虚转实，由脏及腑，呈现出虚实夹杂的复杂形势。

2.1.4 虚阳浮越，寒热错杂——特殊变局

在“火不暖土”的基础上，阳虚至极，可致虚阳无所依附而浮越于上，形成上热下寒、真寒假热的寒热错杂证。此时，下焦脾肾阳虚如故（见畏寒肢冷、便溏尿频），但虚阳被格拒于上，则反见烘热汗出、面赤心烦、口燥不渴等“假热”之象。这并非病机出现转向，而是阳气虚衰达到一定程度后出现的特殊病理状态，表明病情已由单纯虚寒转为寒热错杂，病机更趋复杂。

2.2 现代医学认识

围绝经期综合征的核心病理基础为雌激素骤降所致下丘脑体温调节中枢功能紊乱，其机制与下丘脑神经肽B/强啡肽（KNDy）神经元过度活化、热耐受带缩窄密切相关^[10]。从中医视角审视，下丘脑体温调节中枢的“设定点”下移，可视为阳气温煦、固摄功能失调的微观体现。KNDy神经元过度活化所致热耐受带缩窄，与中医学“虚阳浮越、格阳于上”的病理状态在表型上具有高度相似性，可视为“火不暖土”所致阳气失其固摄、浮越不归的微观表征。此外，围绝经期女性能量代谢减慢、免疫功能紊乱等改变，则从微观层面反映了“火衰”与“土虚”的生物学基础。目前西医采用现代激素替代疗法治疗围绝经期综合征，虽可缓解部分症状，但存在一定风险，如增加心脏病、卒中及静脉血栓栓塞事件的发生风险等^[3]。中医药通过温补肾阳、益火补土，在调节神经-内分泌-免疫网络、稳定体温中枢等方面显示出多靶点整体调节优势，为“火不暖土”理论提供了现代科学参照。

3 基于“火不暖土”理论探围绝经期综合征治法

基于上述病机分析，本病治疗当以温补脾肾、助阳抑阴为总则，具体治法，分述如下。

3.1 温补肾阳以“益火”——治本之图

此为治本之法，肾阳为脾阳之根，补火即生土。方选右归丸，药用熟地、山茱萸、山药填精补肾，肉桂、附子温壮命火，菟丝子、杜仲、枸杞助阳益精^[11]。需注意“阴中求阳”之配伍原则，张景岳云：“善补阳者，必于阴中求阳，则阳得阴助而生化无穷^[12]。”故温阳方中必伍以滋肾填精之品，使阳有所依，不可纯用辛热燥烈之剂，以免耗伤精血。现代研究证实，右归丸可调节下丘脑-垂体-卵巢轴功能，提高围绝经期模型动物的雌激素水平，改善卵巢功能衰退所致的内分泌紊乱^[13]。其中肉桂、附子所含有效成分能增强机体基础代谢率，改善围绝经期能量代谢减慢状态^[14]。

3.2 温运脾阳以“补土”——治标之要

此为治标急务，脾阳得温，运化复常，则水湿痰饮可消。方选附子理中丸加减，药用制附子、干姜温补脾肾之阳，党参、白术、茯苓健脾益气渗湿，砂仁、陈皮理气和胃^[15]。临床须根据便溏、纳呆、腹胀等脾阳虚症状的轻重，调整温中健脾药物的比例，便溏甚者加重干姜、白术用量；腹胀纳呆者伍以砂仁、白豆蔻；若水肿明显，加茯苓、泽泻利水渗湿；痰湿壅盛、舌苔白腻者，加法半夏、苍术燥湿化痰，使火旺土暖，运化有权。现代药理研究表明，附子理中丸可调节肠道菌群结构，改善消化吸收功能，并能减轻炎症反应，调节免疫功能紊乱^[15]。

3.3 引火归元法——治变之策

引火归元法适用于围绝经期寒热错杂证，虚火上浮，寒生于下，治之当引火归元^[16]。与单纯温补肾阳法不同，其要义在于潜阳与温阳并用，即在温补下焦阳气的同时，重镇潜纳上浮之虚火，使浮阳复归命门，达到“阴平阳秘”之效。适用于上热下寒之候——既有烘热汗出、面赤心烦之上热，又有腰膝冷痛、小腹不温之下寒，舌淡胖苔白滑脉沉细者。此乃虚阳浮越、真寒假热之象，非实火可清，若误投寒凉，必雪上加霜。治当温肾潜阳、引火归元，方选引火汤加减，重用熟地、麦冬、玄参、巴戟天滋养肾水，少佐肉桂、附子引火归元，使浮越之虚阳复归命门，龙骨、牡蛎重镇潜阳，水火既济，寒热自平^[17,18]。若烘热汗出明显，加五味子、浮小麦收敛止汗；心烦不寐者，加黄连少量，反佐清心。临证须严格把握适应证，凡真热假寒、实火炽盛者，切不可误用。从现代医学视角审视，引火归元法之作用机制可能与调节下丘脑体温调定点、抑制 KNDy 神经元过度活化相关，使“热耐受带”恢复正常，从而减轻血管舒缩症状。肉桂所含挥发油成分对体温调节中枢具有双向调节作用，此为“引火归元”提供了生物学解释^[19]。

4 病案举隅

案1 张某，女，49岁，2026年4月15日初诊，主诉：烘热汗出伴畏寒肢冷半年余，婚育史：已婚，孕1产1。既往月经规律，周期26~30 d，经期6~7 d，量少，色淡红，无血块，无痛经，末次月经为2026年3月9日。现症：近半年来阵发性烘热汗出，每日十余次，发作时面红，但随即畏寒恶风，腰膝冷痛，夜尿频多（3~4次/晚），纳呆腹胀，大便溏薄（每日2~3次），四肢不温，神疲乏力。曾服知柏地黄丸等滋阴降火之品，症状反加重，舌淡胖，边有齿痕，苔白滑，脉沉细无力。妇科检查：外阴已婚产式，宫颈正常、光滑。西医诊断：围绝经期综合征，中医诊断：绝经前后诸证（脾肾阳虚），中医治以温肾健脾，益火补土，佐以引火归元，方选右归丸合附子理中丸加减，处方：熟地20g、山茱萸15g、山药15g、肉桂3g、制附子6g、干姜6g、党参15g、白术15g、茯苓15g、菟丝子15g、杜仲12g、龙骨30g、牡蛎30g，14剂，水煎服，每次200ml，早晚2次分服，并嘱患者清淡饮食，情志舒畅。

2026年4月29日二诊，烘热汗出减至每日3~4次，畏寒肢冷明显改善，大便成形，夜尿减至1~2次，舌淡胖，边有少许齿痕，苔白，脉沉细。患者明显脾肾阳虚证候，方用温肾健脾之品，故烘热汗出、大便溏薄、畏寒肢冷较前明显改善。患者大便成形、夜尿减轻，故减轻祛湿、收涩之药，改茯苓10g，龙骨、牡蛎减为20g，但仍有阳虚症状，加桂枝15g、山茱萸15g，10剂，水煎服。

2026年5月9日三诊，诸症俱减，上方去龙骨、牡蛎、制附子、山茱萸、干姜，加当归15g、白芍15g、生地黄20g以养血补血，10剂，水煎服，2周后电话随访，诸症皆除。

按语：本案辨证关键在于真假寒热之甄别。患者年届七七，天癸竭绝，肾精亏耗，精不化阳，命火不足，此为发病之本。命火衰微，不能上温脾土，脾阳失煦，运化无权，此为“火不暖土”之关键转折，故见便溏肢冷、纳呆腹胀。脾虚湿盛，虚阳被格而上浮，发为烘热面赤，此为病之变局。患者烘热汗出，前医误作阴虚火旺，投知柏地黄丸，此以虚阳浮越，为阴虚火旺之误治。阴虚火旺者，舌红少苔、脉细数，治当壮水制阳；虚阳浮越者，舌淡胖苔白滑、脉沉细无力，治当益火消阴。本案舌脉显系后者，寒凉之治反致加重，实犯“寒因寒用”之禁。从“火不暖土”病机链审视，抓住“肾阳虚-脾阳虚-虚阳浮越”这一主线，方选右归丸合附子理中丸加减。右归丸填补肾精、温壮命火，直指阳虚之

本；附子理中丸温运脾阳，针对脾阳失煦之关键。二方合用，火旺土暖，运化复常；佐龙骨、牡蛎潜阳归元，茯苓、白术健脾渗湿，全方温而不燥，故效果明显。

5 结语

近年来，MPS 的临床发病率不断攀升，且发病年龄呈前移趋势。本文立足“火不暖土”理论框架，系统探讨了 MPS 的病机演变规律与辨治思路，通过理论溯源与典型病案分析，肾阳亏虚所致命门火衰、脾土失温，进而寒湿内停，甚至虚阳浮越，是 MPS 虚寒证型的关键病机环节。临证首重舌脉之辨，凡舌淡体胖、苔白滑、脉沉细无力者，纵然烘热汗出显著，亦当从阳虚论治，不可执“阴虚火旺”之定见。治以温肾助阳、益火生土为核心，辅以温脾化湿、潜阳归元之法，诸法相须为用。初步临床观察显示，上述治法对缓解 MPS 相关症候具有积极作用。然本研究尚属理论探讨阶段，所得结论仍需通过大样本随机对照试验及基础实验研究加以验证，以期为 MPS 的中医药防治提供更充分的循证医学证据。

参考文献:

- [1] 《围绝经期综合征(更年期综合征)重点人群治未病干预指南》编写组, 中国医学科学院北京协和医院. 围绝经期综合征(更年期综合征)重点人群治未病干预指南[J]. 北京中医药大学学报, 2023, 46(8): 1048-1062.
- [2] 倪青, 卜祥伟, 庞晴. 更年期综合征(围绝经期综合征)病证结合诊疗指南[J]. 世界中医药, 2025, 20(10): 1633-1643.
- [3] 胡诗宛, 梁海燕, 马堃, 等. 中医药临床优势病种探讨——围绝经期综合征[J]. 中国实验方剂学杂志, 2024, 30(21): 234-242.
- [4] 梁婉诗, 王家竞, 尤雅琳, 等. 基于“痰、郁、火”辨治更年期综合征[J]. 中医杂志, 2023, 64(20): 2142-2145.
- [5] 张钰莹, 谷松. 从《伤寒论》四逆、理中异同解读 277 条“四逆辈”[J]. 环球中医药, 2022, 15(2): 293-296.
- [6] 白建英, 张秀芬, 杨贵真, 等. 李东垣《脾胃论》“阴火”理论探讨[J]. 中华中医药杂志, 2018, 33(10): 4586-4588.
- [7] 朱近人. 论朱丹溪“阳有余阴不足”[J]. 中华中医药学刊, 2015, 33(6): 1461-1463.
- [8] 李晓宇, 张其成. 赵献可的“火”本体论及其传承[J]. 周易研究, 2022(5): 104-112.
- [9] 葛惠男. 叶天士治胃四法探析[J]. 中医杂志, 2015, 56(15): 1344-1345.
- [10] 许丽绵, 欧阳惠卿, 卢如玲. 更年期综合征病因病机及其证治述要[J]. 中医药学刊, 2003(9): 1550-1552.
- [11] 孔小娟, 杨红灵, 薛艳, 等. 右归丸、双丹养血胶囊对早发性卵巢功能不全患者的临床疗效[J]. 中成药, 2024, 46(6): 2118-2120.
- [12] 孙子超, 董志刚. “阴中求阳 阳中求阴”探析[J]. 辽宁中医药大学学报, 2011, 13(4): 134-135.
- [13] 金钊, 黄文强, 许玉冰, 等. 右归丸对围绝经期综合征/肾阳虚证基因表达谱的影响[J]. 中药药理与临床, 2015, 31(4): 11-13.
- [14] 张远哲, 黎豫川, 赵罗娜. 附子-肉桂对慢传输型便秘大鼠 5-HT 信号通路及 c-Kit 表达的影响[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2023, 25(3): 1111-1121.
- [15] 宁晚玲, 唐汉庆, 刘燕平, 等. 附子理中汤对脾阳虚大鼠 AQP4-ANP-pGC 轴的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2017, 23(20): 126-131.
- [16] 纪丛, 刘静君, 王玉超. 基于相火理论辨治围绝经期综合征[J]. 山东中医药大学学报, 2023, 47(1): 24-28.
- [17] 韩佳桐, 张青. 引火归元的治疗层次及代表方药[J]. 中医杂志, 2018, 59(7): 628-630.
- [18] 赵国庆, 赵晓玲. 引火汤治疗女性更年期潮热出汗[J]. 甘肃中医学院学报, 2008(4): 30-31.
- [19] 闫宫花, 郭开恩, 曾鑫, 等. 知母、肉桂对寒热体质大鼠冷敏感通道 TRPM8、TRPA1 表达的影响[J]. 时珍国医国药, 2023, 34(8): 2035-2039.