

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2026.15.015

基于“五脏虚损-内风扰动”思路辨治莫旺综合征

马丹^{1,2}, 宋恩峰[✉]

1. 武汉大学人民医院, 湖北省武汉市武昌区张之洞路99号, 430060; 2. 广东省东莞市松山湖中心医院

[摘要] 认为莫旺综合征(MoS)核心病机为五脏虚损、内风扰动, 痰、热、瘀参与其中, 本虚致风动、生痰化热致瘀。临床分为三期辨治: 急性发作期以标实为主, 风痰热瘀相互胶着, 治宜熄风、化痰、清热、祛瘀; 缓解期本虚标实兼见, 治当标本兼顾; 恢复期以本虚为主, 当以扶正为主。

[关键词] 莫旺综合征; 五脏虚损; 内风扰动

莫旺综合征(Morvan syndrome, MoS)是一种由抗电压门控钾通道(VGKC)复合物抗体介导的罕见自身免疫性疾病, 临床以周围神经过度兴奋(如肌束震颤、神经性肌强直)、严重自主神经功能紊乱(如顽固性便秘、多汗)及中枢神经精神异常(如失眠、幻觉)为特征, 构成一组复杂而危重的临床综合征^[1]。其发病常与VGKC复合物抗体如接触蛋白相关蛋白2(CASPR2)或富亮氨酸胶质瘤失活1(LGI1)抗体相关^[2], 且超过50%的VGKC复合物抗体阳性的MoS患者合并胸腺瘤和小细胞肺癌等肿瘤。该病好发于中老年男性, 男女发病比例为9:1, 平均发病年龄为57岁^[3]。现代医学主要采用抗癫痫、免疫调节等方法^[4-8]治疗本病, 对于合并肿瘤患者多行手术治疗, 虽有一定疗效, 但整体上面临复发率高、药物不良反应明显等问题, 部分患者预后不佳^[4]。由于该病罕见、临床表现复杂且诊治难度大, 患者常面临诊断延迟、治疗困难与经济负担沉重等问题。我国人口基数大, MoS虽属罕见病, 但给患者及其家庭造成的负担不容忽视。

依据MoS核心症状可归于中医学“颤证”“不寐”“便秘”“汗证”等范畴。本团队于2015年采用中医药治疗MoS患者, 并发表了首篇中医药治疗MoS的临床报道^[9], 证实中医药对本病具有改善症状、稳定病情的潜在价值。后基于“内风”立论,

采用分型辨治本病取得了一定疗效^[10], 并相继发表了临床经验及病例系列研究^[11]。随着临床病例积累与辨治规律认识的深入, 本团队进一步总结出“五脏虚损为本, 内风扰动为枢, 痰、热、瘀为标”的病机认识思路。

1 MoS病机分析

MoS病机总属本虚标实。其本在于五脏虚损, 其枢在于内风扰动, 尤其是肝风内动, 标实则以痰、热、瘀为主。风、痰、热、瘀四者相互胶着, 形成本虚致风动、风动生痰瘀、标实反损本虚之动态演变。

1.1 五脏虚损为发病之本

五脏虚损为MoS发病之本。本病平均发病年龄约57岁, 正值《素问·上古天真论篇》“男子七八, 肝气衰, 筋不能动, 天癸竭, 精少, 肾脏衰”之时。MoS常见肌肉颤动、痉挛、疼痛, 顽固性便秘, 严重失眠、精神错乱, 多汗、汗出异常等表现。《素问·至真要大论篇》云:“诸风掉眩, 皆属于肝。”中老年精血亏耗, 肝不养筋、肾不充髓, 故见肌肉颤动、痉挛。肺与大肠相表里, 肺气阴两虚, 肺宣降功能失常, 津液无法下输润养大肠, 肠道津枯, 大便秘结; 脾主运化, 脾虚则津液不布, 肠道失于濡润而发便秘。《灵枢·本神》曰:“心藏脉, 脉舍神。”阴血不足、肾精亏耗则心神失养、髓海空虚, 发为失眠。虚损日久, 阴不制阳, 虚风乃生, 挟痰上扰清窍, 则出现幻觉等精神异常。《素问·阴阳别论篇》谓:“阳加于阴谓之汗。”阴

基金项目: 国家中医药管理局全国名老中医药专家传承工作室建设项目(国中医药人教函[2022]75号); 湖北省卫生健康委员会中医药科研项目(ZY2021Q033)

✉ 通信作者: songef@126.com

虚阳亢或气虚不固,则多汗、盗汗、自汗并见,提示阴阳两虚。

1.2 内风扰动为演变之枢

MoS 患者出现的肌肉不自主颤动、痉挛、抽搐,符合“风性主动”的特点;症状时轻时重、部位游走,符合“风性善变”的特点;《素问·至真要大论篇》明确“诸暴强直,皆属于风”,可见肢体强直属于风病范畴。阴血亏虚,筋脉失于濡养,阳气失制而妄动,化风内扰,诚如何秀山注《通俗伤寒论》谓:“血虚生风,非真风也。实因血不养筋,筋脉拘挛……故曰内虚暗风,通称肝风”。叶桂在《临证指南医案》中所云:“内风乃身中阳气之变动”。李杲论气虚致变,在《脾胃论》中有“元气不足,而心火独盛”之语,明示元气亏虚、气机郁滞亦可化风。故阴虚不能涵阳则阳亢化风,血虚不能荣筋则筋急生风,气虚推动无力则郁滞化风,三者常相兼为患。虚风既成,上扰心神则失眠、精神错乱、幻觉;走窜筋脉则震颤、痉挛、疼痛、肌束颤动;迫津外泄则多汗、盗汗;阻滞气机则发便秘。

1.3 痰、热、瘀为标

MoS 的标实因素有痰、热、瘀。其生成之由,总属因虚致实,即在五脏虚损、内风扰动的基础上,脏腑功能失调、气血津液运行失序而衍生。风邪既成,可挟热、挟痰、挟瘀,相合为患。热之所生,或为阴虚生内热,或为情志郁而化火,或为外邪入里化热。热邪助长风势,加重烦躁、失眠、汗出,临床急性发作期多见肌肉剧烈颤动、痉挛、严重失眠、幻觉、多汗、大便秘结、舌红苔黄腻、脉滑数。痰之所成,或因脾虚水湿停聚,或因热灼津液炼痰,或因久病脏腑失和,津液不归正化。痰既成,既可上痰蒙清窍致神昏、幻觉,亦可阻于经络致肢体沉重、麻木。瘀之所起,或因气虚无力行血,或因血虚脉道枯涩,或因久病入络,瘀阻脉络则疼痛固定、夜间加重,肌肤甲错。虚损可加重风动,痰、热、瘀亦可助长风势,形成“阴虚生热→热盛生风→风动耗阴→阴虚动风”或“风动挟痰→痰阻气机→气滞血瘀→瘀久化热→热又生风”的恶性循环。

2 MoS 分期论治法则

MoS 作为多系统受累的罕见病,急性发作期以风、热、痰、瘀标实为主导,缓解期本虚与标实并存,恢复期则以五脏气血亏虚为主。若固守一法一

方,难以应对这种动态变化。分期论治体现了“病-期-证”结合的思路,既抓住五脏虚损疾病本质,又针对不同阶段的标实或本虚主要矛盾灵活施治。

2.1 急性发作期标实为主,当予祛邪

此期虽以五脏虚损为发病基础,但因外感六淫、情志过极、劳倦过度等因素触发,致风热痰瘀急剧壅盛,标实之象突出。临床表现为肌肉剧烈颤动、痉挛、严重失眠、幻觉、多汗、大便秘结、舌红苔黄腻、脉滑数。此时本虚相对隐匿而标实急迫,当遵“急则治其标”之原则,以清热化痰、祛瘀通络、熄风止痉为法。若痰热症状明显,症见舌红苔黄腻、脉滑数、神识昏蒙,方选羚角钩藤汤合涤痰汤加减,羚羊角、钩藤凉肝熄风以定其动,半夏、胆南星、橘红涤痰开窍以清其蒙;若疼痛剧烈、痛有定处、舌暗有瘀斑等瘀血阻络之象突出,方选血府逐瘀汤加减,以红花、丹参、赤芍活血化瘀以通络止痛。若肝风内动突出,症见肌肉剧烈颤动、痉挛、疼痛、脉弦或细,方选天麻钩藤汤加减,以天麻、钩藤、石决明平肝熄风、潜阳止痉。需注意,标实一去即当转入扶正,不可过用寒凉以免损伤已虚之正气。

2.2 缓解期本虚标实兼见,治当标本兼顾

经急性发作期治疗后标实之势渐平,但五脏虚损之本质尚未恢复,故见症状减轻而反复发作,表现为乏力、口干、腰酸、轻度肌肉颤动、便秘、失眠等。此期本虚与标实并存,治当标本兼顾。根据虚损侧重点不同,立法选方亦有差异。若以阴虚风动为主,症见口干、盗汗、舌红少苔、肢体颤动,治宜滋阴潜阳、熄风止痉,方选大定风珠,以鸡子黄、阿胶、生地黄、麦冬厚味滋液,龟甲、鳖甲介类潜阳;若以气血两虚为主,症见心悸、乏力、自汗、舌淡、脉细弱,治宜益气养血、平肝熄风,方选八珍汤合天麻钩藤汤,双补气血以固其本,平肝熄风以治其标。此期切忌攻伐过度,当以缓图收功。

2.3 恢复期本虚为主,当予扶正

病程迁延或反复发作之后,正气大伤,虚损已及阳气,出现畏寒肢冷、反应迟钝、夜尿频多、肌肉瞤动、舌淡胖、脉沉细等症。此时虚风失于温煦而动摇,属阴阳两虚、以阳虚为著。治宜温阳利水、安风定痉,方选真武汤或三甲复脉汤加减。若阳虚水泛为主,症见畏寒、肢肿、反应迟钝,方选真武汤加天麻、钩藤、山茱萸,以附子温肾阳,茯苓、白术健脾利水,白芍柔筋熄风。若阴虚及阳、虚风内动,既有阴虚见证又有畏寒肢冷,则选三甲

复脉汤加减, 龟甲、鳖甲、牡蛎滋阴潜阳, 配合温阳之品, 以求阴阳互济。此期当以扶正为主, 缓缓图之, 冀其正气来复, 则虚风自定。

3 典型验案

患者, 男, 53 岁, 2024 年 3 月 14 日初诊。主诉: 双大腿内侧肌肉疼痛、颤动 4 个月, 加重 1 个月。患者 2023 年 10 月无明显诱因出现双大腿内侧肌肉持续性疼痛, 伴间断肌肉颤动, 活动或受凉后加重, 无肌力减退及意识障碍。于兰州大学第二医院经抗体检测及肌电图等检查后确诊为 MoS, 予丙种球蛋白、激素、营养神经、止痛等对症支持治疗(具体不详)后症状缓解, 但出院后症状仍有反复。2024 年 2 月症状加重, 累及双肩前侧肌肉疼痛、颤动, 伴记忆力、听力下降, 便秘及失眠。既往史: 筛窦炎, 小儿麻痹症, 胃溃疡术后(20 年前因胃溃疡行胃部分切除术)。否认心脏病、高血压、糖尿病等慢性病病史。吸烟史 30 年, 日均 20 支; 饮酒 30 年, 日均 500 ml, 已戒酒 4 个月。刻下症见: 双大腿内侧及双肩前侧肌肉疼痛、颤动, 口干, 入睡困难, 需要 3~4 h 方可入睡、易醒, 每日最多睡眠 2 h, 大便干结、10 日一行, 夜尿四五次, 记忆力、听力下降。查体: 精神稍差, 血压 131/91 mmHg, 呼吸 20 次/分, 心率 73 次/分, 体温 36.3 °C, 双侧肢体肌力 5 级, 双下肢屈肌张力稍高, 病理征阴性, 双大腿内侧及双肩前侧肌束颤动, 感觉、共济运动基本正常。舌暗红、苔薄白, 脉弦细。辅助检查: 2023 年 10 月兰州大学第二医院颅脑 MRI 示双侧额叶皮层下、半卵圆中心及侧脑室周围散在缺血性脑白质病变(改良 Fazekas 2 级), 颅脑动脉轻度硬化, 双侧筛窦炎。肺部 CT 示双肺门及双肺钙化灶, 双肺小结节, 主动脉壁钙化。CASPR2 抗体阳性(1:100), LGI1 抗体阳性(1:32)。肌电图示四肢可见周围神经兴奋性增高表现(双胫神经、F 波及 H 反射后放电; 肌颤搐、束颤、痉挛放电)。脑脊液常规、速检脑脊液生化、抗酸墨汁染色未见明显异常。西医诊断: MoS; 中医诊断: 颤证(急性发作期), 辨证肝肾亏虚、虚风内动。治法: 滋补肝肾、潜阳熄风。方选天麻钩藤汤加减: 煅石决明 30 g, 桑寄生 15 g, 天麻 10 g, 钩藤 10 g, 盐杜仲 15 g, 炒蒺藜 10 g, 醋鳖甲 30 g, 龙骨 30 g, 牡蛎 30 g, 白芍 30 g, 川芎 20 g, 炒酸枣仁 20 g, 柏子仁 20 g, 醋延胡索 20 g, 蜈蚣 2 g, 全蝎 6 g, 甘草 10 g, 共 3 剂, 每日 1 剂, 水煎服 400 ml, 早晚

各服 200 ml。

2024 年 3 月 17 日二诊: 患者服 3 剂药后便秘明显改善, 大便通畅、每日 1 次, 肌肉抖动、疼痛减轻, 入睡时间显著缩短, 半小时即可入睡, 凌晨 3 时许仍易醒, 醒后约 1 h 可再入睡。口干减轻, 夜尿 3 次, 记忆力、听力下降稍好转。舌暗红、苔薄白, 脉弦细。效不更方, 续予原方 3 剂。

2024 年 3 月 20 日三诊: 睡眠进一步改善, 半小时内入睡, 每晚可睡 5 h, 凌晨 3 时仍醒, 醒后很快入睡, 大便通畅、日 1 次, 偶有下肢肌肉颤动, 夜尿 2 次, 记忆力、听力下降进一步减轻。舌脉同前。继续服原方 3 剂巩固。

2024 年 3 月 23 日四诊: 精神转佳, 二便调, 睡眠正常, 每晚可连续睡 7 h, 偶有肌肉疼痛, 舌脉同前。继续以前方加减, 加八珍丸口服益气养血、扶正固本。具体处方: 三诊方加全蝎至 10 g, 减白芍至 20 g, 减煅石决明至 10 g, 7 剂, 煎服法同前。八珍丸, 每次 8 丸(每 8 丸相当于原生药 3 g), 每日 3 次, 用温开水送服。

2024 年 3 月 30 日五诊: 面色红润, 神清, 精神佳, 自觉肌肉疼痛及颤动均消失, 纳食正常, 夜间可持续睡眠 6~7 h, 二便调。舌淡红、苔薄白, 脉细稍弦。守四诊方案继续巩固治疗 1 周, 继续八珍丸口服 3 个月。2024 年 7 月复查 CASPR2 抗体、LGI1 抗体均为阴性。此后每 3 个月电话随访一次, 随访至今未再复发, 生活完全自理。

按语: 本案患者为中老年男性, 起病隐匿, 就诊时已出现全身肌肉疼痛、颤动、严重便秘、失眠等多系统症状, 结合 CASPR2 抗体、LGI1 抗体阳性及肌电图表现, 可明确诊断为 MoS。患者年过五旬, 肾气渐衰, 精血不足, 加之长期劳倦耗伤, 致肝肾阴液亏乏。肝主筋, 肾主骨, 阴血不足则筋脉失于濡养, 故见肢体震颤、肌肉颤动; 虚火扰心, 心神不宁则失眠; 肠道失于濡润, 传导失职则大便秘结难解。舌暗红、脉弦细, 乃阴血亏少、虚风内动之典型征象。综上, 辨证为肝肾阴虚、虚风内动。初诊处于急性发作期, 患者肌肉剧烈疼痛、颤动, 严重便秘和失眠, 标实症状突出。但其年过五旬, 舌暗红、脉弦细, 本质为肝肾阴亏, 本虚已显, 故属本虚标实、以标实为急。治当标本兼顾、侧重治标。方选天麻钩藤汤加减。方中天麻、钩藤、煅石决明、炒蒺藜平肝熄风以治标; 桑寄生、盐杜仲补益肝肾; 醋鳖甲、龙骨、牡蛎三味介类重镇潜阳, 育阴以涵阳, 潜阳以熄风, 使阴充则阳自

潜、水足则风自息，标本同治；川芎、醋延胡索、蜈蚣、全蝎活血通络止痛；炒酸枣仁、柏子仁养心安神、通便。全方标本兼顾，侧重治标，共奏滋阴潜阳、平肝熄风、活血通络之功。二诊标实渐平，向缓解期过渡。服3剂后便秘明显改善，入睡时间缩短，肌肉抖动、疼痛减轻，标实之势已挫，但余邪未尽，故效不更方，续予原方3剂。三诊进入缓解期，本虚标实兼见，睡眠进一步改善，大便已通畅，偶有下肢肌肉颤动，夜尿由四五次减至两次。标实渐平而虚象显露，此时本虚标实兼见，守方巩固，意在缓图收功。四诊逐渐进入恢复期，精神转佳，二便调，睡眠正常，偶有肌肉疼痛。此时标实已平，以本虚为要，故将煅石决明减量至10g，以防重镇太过；白芍由30g减至20g，防其过于滋腻；加全蝎至10g以增强搜风通络之力。同时加用八珍丸口服，益气养血、扶正固本。五诊诸症悉平，舌淡红、苔薄白，脉细稍弦，唯余气血亏虚之象。守四诊方案巩固治疗1周，继续口服八珍丸3个月。2024年7月电话随访患者诸症消失，复查CASPR2抗体、LGI1抗体均阴性。纵观治疗全程，急性发作期治标、缓解期标本兼顾、恢复期扶正固本，体现了中医辨证准确、方证相应重要性。对于MoS这类罕见疑难病，紧扣其本虚标实的动态病机，分期施治、缓缓图之，可使复杂症状得以同步缓解。

参考文献

- [1] Swayang P S, Nalini A, Preethish-Kumar V, et al. CASPR2-related Morvan syndrome: autonomic, polysomnographic, and neuropsychological observations [J].

Neurol Clin Pract, 2021, 11(3): e267-e276.

- [2] Liguori R, Vincent A, Clover L, et al. Morvan's syndrome: peripheral and central nervous system and cardiac involvement with antibodies to voltage-gated potassium channels[J]. Brain, 2001, 124(Pt 12): 2417-2426.
- [3] Vale T C, Pedroso J L, Dutra L A, et al. Morvan syndrome as a paraneoplastic disorder of thymoma with anti-CASPR2 antibodies [J]. Lancet, 2017, 389 (10076): 1367-1368.
- [4] Irani S R, Pettingill P, Kleopa K A, et al. Morvan syndrome: clinical and serological observations in 29 cases [J]. Ann Neurol, 2012, 72(2): 241-255.
- [5] 孙媛, 赵冰, 赵翠萍. 莫旺综合征1例报告[J]. 临床神经病学杂志, 2019, 32(3): 170, 175.
- [6] 赵青青, 艾明达, 艾青龙. 接触蛋白相关蛋白2抗体和富亮氨酸胶质瘤失活蛋白1抗体均阳性的Morvan综合征1例报告[J]. 中风与神经疾病杂志, 2018, 35(12): 1124-1125.
- [7] Masrori P, Vaesen B H, Raskin J, et al. Caspr2 autoantibody-associated Morvan syndrome predating thymoma relapse by 30 months[J]. Lung Cancer, 2021, 153(3): 117-119.
- [8] Sveinsson O, Al Nimer F, Piehl F. Morvan's syndrome treated successfully with rituximab and lacosamide [J]. BMJ Case Rep, 2019, 12(2): e226832.
- [9] 宋恩峰, 莫郑波, 项琼, 等. 中医药治疗莫旺综合征1例[J]. 医药导报, 2021, 40(9): 1225-1227.
- [10] 马丹, 宋恩峰. 从“内风”论治莫旺综合征的经验探析[J]. 医药导报, 2024, 43(9): 1381-1386.
- [11] Ma D, Xiang Q, Mo Z, et al. A case series: three cases of Morvan's syndrome as a rare autoimmune disorder with anti-Caspr2 antibody [J]. Medicine, 2024, 103 (42): e40159.

Differentiation and Treatment of Morvan Syndrome Based on the Concept of "Five Zang (脏) Organs Depletion and Internal Wind Stirring"

MA Dan^{1,2}, SONG Enfeng¹

1. Renmin Hospital of Wuhan University, Wuhan, 430060; 2. Songshan Lake Central Hospital, Dongguan City, Guangdong Province

ABSTRACT The core pathogenesis of Morvan syndrome (MoS) lies in five *zang* (脏) organs depletion and internal wind stirring, with the involvement of phlegm, heat, and stasis. Root deficiency leads to wind stirring, which further generates phlegm, transforms into heat, and causes stasis. The disease is divided into three stages for treatment. In the acute stage, branch excess predominates with intermingled wind, phlegm, heat, and stasis, for which treatment should focus on extinguishing wind, resolving phlegm, clearing heat, and removing stasis. In the remission stage, both root deficiency and branch excess are present, and treatment should address both the root cause and the manifestations simultaneously. In the recovery stage, root deficiency predominates, and treatment should focus on reinforcing healthy *qi*.

Keywords Morvan syndrome; five *zang* (脏) organs depletion; internal wind stirring

(收稿日期: 2026-01-04; 录用日期: 2026-05-20; 修回日期: 2026-05-21)

[编辑: 贾维娜]