



现代主治医生提高丛书

(第5版)

# 神经内科 主治医生1001问

Q&A 1001 for  
Attending Neurologist

王维治 主编

胡维铭 主审



中国协和医科大学出版社

*Q&A 1001*

*for Attending Neurologist*

神经内科主治医生  
1001 问

(第5版)

主编 王维治

主审 胡维铭



中国协和医科大学出版社

## 图书在版编目 (CIP) 数据

神经内科主治医生 1001 问 / 王维治主编. —5 版. —北京: 中国协和医科大学出版社, 2017. 4

ISBN 978 - 7 - 5679 - 0779 - 9

I. ①神… II. ①王… III. ①神经系统疾病—诊疗—问题解答 IV. ①R741 - 44

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2017) 第 073552 号

## 神经内科主治医生 1001 问 (第 5 版)

---

主 编: 王维治

责任编辑: 田 奇

---

出版发行: 中国协和医科大学出版社

(北京东单三条九号 邮编 100730 电话 65260431)

网 址: [www.pumcp.com](http://www.pumcp.com)

经 销: 新华书店总店北京发行所

印 刷: 北京新华印刷有限公司

---

开 本: 787 × 1092 1/16 开

印 张: 59

字 数: 1230 千字

版 本: 2017 年 6 月第 5 版

印 次: 2017 年 6 月第 1 次印刷

定 价: 160.00 元

---

ISBN 978 - 7 - 5679 - 0779 - 9

---

(凡购本书, 如有缺页、倒页、脱页及其他质量问题, 由本社发行部调换)

## 第五版前言

时光荏苒，回顾本书的成长历程，《神经内科主治医生699问》出生于1997年，那时她是襁褓中的婴儿，虽说是稚嫩有加，却还生的可爱；经过了幼年期（700问）、儿童期（900问）和青少年期（1000问），她始终在众人呵护下成长。如今她已经20岁，这次修订的《神经内科主治医生1001问（第五版）》，我们眼见她已初长成，出落成亭亭玉立的少女。

选择1001问，吾以为这是最佳体量，或许是她永久的体量。尽管她已经成人，但要永葆丰满与秀美的身姿。实际上这一版的篇幅比上一版还要精炼，内容也有大篇幅更新，章节内容重新整合，分出“头痛及面痛”“眩晕及头晕”两章，神经肌肉传递障碍性疾病、肌肉疾病也各立一章，新增了神经系统危重症监护与治疗一章；这一版的另一重大变动是，前四版是哈尔滨医科大学附属第二医院神经科几位医生的作品，这一版我们推向全国，邀请国内23位著名教授参与，希望熔全国专家的学识于一炉，精心打造之。

选择1001问，还期望让她如同讲述《一千零一夜》的美好故事一样，为我们神经科主治医生叙述神经病学的有趣篇章，让我们的医生和学生趣味中学习成长。如果问我，学好一门学问有什么诀窍？回答是肯定的，那就是对这门知识无限的热爱。一本好的图书，凭着恰当的选题、生动的形式、清晰的叙述和简明的言语，定会激发读者对知识的兴趣与热爱。

回想当初编写本书，实际是实现我们主治医生时代的梦想。“问答”的雏形发源于我1979年研究生备考，当时国内尚无规范教材，仅有张沅昌主编的高等医药院校试用教科书《神经病学》（1960年出版），将近20年前的内容显得过于简单陈旧。此时史玉泉主编的《实用神经病学》刚好出版，恰如雪中送炭，但喜出望外之余，看到1000页的篇幅又让人如坠五里云雾。我当时自选重点，编了300多道题目，基本上烂熟于心，后来的考题居然未逃出我的手掌，包括一道“松果体区肿瘤的临床表现和定位诊断”的神经外科题都在我的备题之中，让我尝到了这一方法的甜头。

在本书每一版的前言中，我始终热情地激励我们的主治医生耕耘事业，勇于攀登，植根临床，踏实用功。前不久在美丽的呼伦贝尔草原见到几年前在我科进修的蒙古族陈医生，席间说到这本书时，他居然当众背诵了我在第四版前言中的一段话“主治医师正处于事业的花样年华，他们有理想，有希望，正在向知识的巅峰攀登。要珍惜这段宝贵时光，忍得寂

寞，忍耐清苦，坚韧不拔，才能翘首成功。”这让我非常意外，也非常感动，我仿佛第一次感受到拥有粉丝的快乐。我要再次把这句话送给我们亲爱的读者，让我们共勉！

在此《神经内科主治医生 1001 问》即将问世之际，再次感谢中国协和医科大学出版社对本书一贯的支持，衷心感谢专家及同道的鼓励与爱护，更希望得到读者们的批评指正。

王维治

2016 年 8 月 7 日立秋于哈尔滨

## 第一版前言

20世纪末，生命科学的进展引人注目，神经科学的发展日新月异。新研究方法和诊断技术的应用亦与日俱增。神经科医师欲求不断地提高自己的临床理论素养和实际工作能力，就应当不断地学习和更新知识。

主治医师处于走向成熟的阶段，正值耕耘事业的关键时期，在此阶段他们需要将自己的感性知识和经验上升到理论高度。这通常要借助于教科书或神经病学专著，前者简明而缺乏深度，后者较有深度但又失之简明。如果能得到一本简明精炼问答方式的参考书，就临床常见及某些不常见疾病的临床实践问题和理论问题加以重点突出的阐释，这对于神经科主治医师会大有裨益。我们期望本书能作为一本手册置于你的案头，在一定程度上能为你充当一本工具书使用，为你提供作为一名合格的神经科主治医师所必需的知识、技能和素质。

神经科医师，特别是正在日臻走向成熟的主治医师，要熟悉、掌握和应用当代的新技术。但与此同时，必须注意目前临床上有一种不容忽视的倾向，即少数神经科医师不肯在临床实践中花费“笨功夫”，他们不愿意认真地观察病情，不愿意仔细地询问病史和作详细的神经系统检查。本书的选题更侧重于临床实践的内容，希望年轻的医师在实践中锤炼高尚情操，丰富临床经验，充实广博学识。

尽管编者在本书中力求能反映当前水平，并体现简洁流畅的风格，深入浅出的写法，但因水平所限，不妥及错漏之处也在所不免，敬请读者不吝指正。

王维治  
1997年初秋于哈尔滨

## 第二版前言

临床神经病学涉及的疾病种类繁多，加之近年来基础医学和边缘学科的迅猛发展，新技术的不断涌现和广泛应用，使临床医师始终面临着新知识的挑战。正在不断自我完善的主治医生既要在浩如烟海的文献中涉猎，在目不暇接的网络中搜寻，以积累广博的知识，也要在临床实践中辛勤地工作和思索，以积累丰富的经验。鉴此，我们欣喜地看到《神经内科主治医生699问》自问世以来深得神经科及其他相关学科同道的厚爱，当出版刚刚一年之际，出版社同仁即与作者商讨修订再版事宜，使我们备受鼓舞。故谨借此次再版之机，我们对原有的内容加以认真的审定和必要的补充和删略，以适应当前神经病学诊疗工作发展的需要。同时，书中突出了既阐释临床问题，又涉及相关的基础知识，也介绍最新进展。本书包含了作为一名合格的神经内科主治医生所应具备的临床工作能力、经验和理论素养，对基本功的训练会大有裨益，可以作为他们的临床工具书，对于神经内、外科进修医生和研究生也是一本实用的参考书。我们期望在向知识和科学巅峰的攀登中，这本书能成为伴随你的挚友。

在本书即将付梓之际，我们诚挚地感谢许多关怀本书的同道和专家给予的鼓励和支持，我们也衷心地希望继续得到读者和专家的批评和指正。

王维治

2000年1月18日

## 第三版前言

《神经内科主治医生700问》(第二版)出版已经6年,自问世以来得到神经内科及其他相关学科同道的厚爱,令人欣喜,亦感不安,既是鞭策,也须自勉。

主治医生在事业生涯中正处在走向成熟的关键时期。成功的医学教育和成功人士的经验都证明,年轻医生在这一阶段如能在繁忙的和繁琐的临床工作中,坚持数年至十年如一日,肯吃苦,肯花笨功夫;始终如一地仔细询问病史,认真检查病人,细致观察病情,经历失败,体验成功,反复磨炼,就能积累丰富的经验,充实广博的学识,在专业技能和理论素养方面有所长进,成为一名优秀的医生。坚持不懈的努力,必然会获得成功。

临床神经病学涉及的疾病种类繁多,近年来新知识、新技术不断涌现,年轻医生在成长过程中,始终面临着巨大的挑战。他们要善于总结自己亲历的感性知识或经验,更要善于将这些知识或经验升华到理论的高度。这通常需要借助于教科书或医学专著,但教科书稍嫌简明,专著又略感艰深。本书的初衷正是要以简约精炼的问答方式,阐释常见的或某些不常见疾病的临床表现、诊断及治疗、病因与病理。选题贴近临床,重点突出,条理分明,理论联系实际,使读者在有限的时间内有所获益。问题或简或繁,但不失系统性和完整性。作者期待,这是一本放在医生案头的临床工具书,在病房、门诊和急诊室都能随时为你提供所需要的诊治建议,也是神经病学研究生和神经内、外科进修医生实用的参考书。作者期望,在你构建的知识大厦中,它是一块牢固的基石;在你向科学巅峰的攀登中,它是伴随你的挚友。

这次再版,我们本着立足临床、完善内容、更新资料的主旨,将题目增加至900问,对原有题目也重新加以整理和增删,强调实用性,注意系统性。力求本书的内容含量高于教科书,描述简明易懂又优于专著,许多素材是得益于这几年来我们编写的《神经病学》和翻译的一些译著的积累。

在本书即将出版之时,深切地感谢中国协和医科大学出版社对本书再版的支持,诚挚地感激各位专家与同道的鼓励和支持,并衷心地希望得到专家、同道和读者更多的批评和指正。

王维治  
2007年2月



## 第四版前言

《神经内科主治医生900问》(第三版)出版已经3年,从本书第一版《699问》算起,她经历了婴儿、幼年和童年期,而今已经是13岁了。这次修订的第四版《神经内科主治医生1000问》该是她进到青春期的标志。尽管国内的同行,本书的主要读者对象神经科主治医生,也包括神经科实习医生、进修医生和研究生,以及一些专家们都很喜欢她,觉得她线条明晰,言语简明,生得有几份可爱,更由于看着她一路成长,对她多了一份好感和赞许。回顾她的成长过程,主要是得益于中国协和医科大学出版社《现代主治医生提高丛书》有创意的选题,以及采取这种生动的问答方式,更是凭借读者给予她的鼓励与推动。

本书宗旨始终是紧贴临床,植根实践,使年轻医生不断积累临床经验,也丰富理论知识,理论联系实际,善于举一反三。我们强调不仅向书本学习,也要向病人学习。要时刻记住病人是我们最好的老师,我们尽心尽责、全心全意地为病人服务,才会得到丰厚的知识回报。主治医师正处于事业的花样年华,他们有理想,有希望,正在向知识的巅峰攀登。要珍惜这段宝贵时光,忍得寂寞,忍耐清苦,坚韧不拔,才能翘首成功。

这次修订改掉和删去一些题目,又增加100多个题目,意在进一步完善本书的内容,使她更显出青春期的典雅与完美。这些题目的素材大多取自于我主编的大型专著《神经病学》,以及我近年来为人民卫生出版社主译的五部著作,这其中许多东西令我们大开眼界,使得我们追求内容浓缩性与简明性的希冀得以部分实现,会使读者感觉耳目一新。

然而,作为一本神经内科的案头工具书汇集1000个题目,作者以为体量已经达到了极限。虽说她还只是走到青春期,但如今已经出落成如此高挑的身材。预期将来再修订,只可以在1000个题目范围内增删,期望能永久地保持她丰满与秀美的结合,而不要把她变成一个臃肿的婆娘。

在此版即将面世之际,再次感谢中国协和医科大学出版社对本书再版的支持,诚挚地感激各位专家与同道的鼓励和支持,还望得到专家、同道和读者更多的批评与指正。

王维治  
2010年元旦

# 目 录

第一章 神经系统疾病的临床诊断路径	1
第二章 昏迷和意识障碍	13
第三章 语言障碍	29
第四章 脑神经	45
第五章 运动系统	85
第六章 感觉系统	117
第七章 神经系统病变定位及临床综合征	137
第八章 神经疾病的辅助检查	171
第九章 头痛及面痛	213
第十章 眩晕及头晕	249
第十一章 周围神经疾病	267
第十二章 脊髓疾病	307
第十三章 脑血管疾病	345
第十四章 中枢神经系统感染性疾病	409
第十五章 多发性硬化及其他脱髓鞘疾病	459
第十六章 神经肌肉传递障碍性疾病	511
第十七章 肌肉疾病	531
第十八章 运动障碍疾病	567
第十九章 神经变性疾病	605
第二十章 颅内肿瘤	625
第二十一章 颅脑损伤	657
第二十二章 癫痫和晕厥	673
第二十三章 痴呆及遗忘综合征	725
第二十四章 睡眠障碍	745

第二十五章 神经系统发育异常性疾病·····	763
第二十六章 神经系统遗传性疾病·····	779
第二十七章 自主神经系统疾病·····	827
第二十八章 理化因子及中毒所致神经系统损害·····	845
第二十九章 系统性疾病所致的神经系统并发症·····	869
第三十章 神经危重症监护与治疗·····	901



## 第一章

神经系统疾病的临床诊断路径  
Clinical Diagnostic Pathway  
of Neurologic Diseases

1. 神经系统疾病的诊断思路和临床处理的经典步骤是怎样的? 3  
-----
2. 神经系统疾病的定位诊断应遵循的准则是怎样的? 3  
-----
3. 神经系统疾病的定性诊断应遵循哪些原则? 4  
-----
4. 神经系统疾病病史的重要性及采集遵循的原则是怎样的? 5  
-----
5. 神经系统疾病的常见主诉及临床意义是怎样的? 6  
-----
6. 神经系统疾病现病史的描述应包括哪些方面? 7  
-----
7. 神经系统疾病患者进行全身体格检查的意义何在? 7  
-----
8. 临床应如何进行筛查性神经系统检查? 8  
-----
9. 神经系统不同部位病变的临床特征可提供怎样的诊断思路? 9  
-----
10. 昏迷患者临床检查的目的和可能提供的信息包括哪些? 10  
-----
11. 昏迷患者临床应如何进行神经系统检查? 11  
-----

## 1

## 神经系统疾病的诊断思路和临床处理的经典步骤是怎样的？

神经系统疾病的诊断思路主要包括定位与定性两个方面，全面掌握临床资料，包括详尽的病史、系统体格检查及神经系统检查是神经系统疾病诊断的基础，根据临床症状和体征提示的线索，进行相关的实验室、电生理及影像学检查对确诊神经系统疾病也非常重要。

## (1) 诊断思路包括三个程序

1) 定向诊断：全面分析病情，依据病史及症状体征确定诊断方向，初步确定是神经系统疾病或系统疾病所致的神经系统表现。

2) 定位诊断：确定为神经系统疾病后应对病人的临床症状、体征进行全面的分析，根据神经解剖学原则确定病变部位在中枢神经系统、周围神经系统、肌肉或神经肌肉接头。例如，认知功能异常、视野缺损、反射亢进及伸性跖反射（Babinski 征）是中枢神经系统病变所致；腱反射消失、肌萎缩、肌束震颤等提示周围神经系统疾病。

3) 定性诊断：在定位诊断基础上确定病变性质及病因，依据起病方式、病程经过、症状体征、辅助检查及个人史、家族史等，综合分析找出可能的病因。

(2) 临床系统性处理临床问题包括四个步骤：第一步是做出临床诊断；第二步是确定疾病的严重性或病期；第三步是制定适合疾病严重性或病期的治疗；第四步是监测治疗反应或疗效，包括患者的症状、体征及其他检查。

## 2

## 神经系统疾病的定位诊断应遵循的准则是怎样的？

(1) 确定病变损害水平，在中枢神经系统（脑和脊髓）、周围神经系统（脑神经或脊神经根、神经丛及周围神经）或肌肉系统。例如，一侧大脑病变典型产生对侧躯体症状体征，但半球占位病变引起天幕疝也可压迫对侧中脑的大脑脚，产生病变同侧轻偏瘫；如出现认知障碍和视野异常也提示大脑病变。脑干病变通常产生交叉性功能缺失，如同侧面部与对侧肢体无力及感觉缺失。小脑半球病变产生同侧肢体共济失调。脊髓副神经（XI）属于例外，它接受来自双侧运动皮质的传入，以同侧传入为主，因此皮质病变可见同侧胸锁乳突肌无力。脊髓病变产生病变水平以下功能缺失，上、下运动神经元及各种感觉通路受累取决于病变水平。多发性神经病导致远端对称性感觉缺失及无力，通常下肢重于上肢，伴反射消失。肌病表现近端无力，不伴感觉缺失。

(2) 确定病变空间分布：分辨病变为局灶性、多灶性或弥漫性。中枢神经系统局灶性病变如脑梗死、脑炎、脑肿瘤、脊髓炎等；多灶性病变如多发性脑梗死、多发性硬化及视神经脊髓炎等；弥漫性病变如动脉硬化性皮质下脑病、代谢性或中毒性脑病等。周围神经系统局灶性病变如腕管综合征，多灶性病变如多发性神经病等。此外，系统性病变选择性侵犯某一系统或传导束，如运动神经元病、亚急性联合变性等。

(3) 定位诊断通常的原则是一元论，尽量用一个局限性病变解释全部症状体征，无法解释时再考虑多灶性、播散性（如急性播散性脑脊髓炎）或弥漫性病变。

(4) 应高度重视首发症状，可能提示病变的主要部位或病因，如高血压病患者突发后枕部剧烈头痛伴眩晕、呕吐，出现一侧肢体共济失调，但无肢体瘫痪，高度提示病变部位在该侧小脑半球，病因可能为出血。

### 3

## 神经系统疾病的定性诊断应遵循哪些原则？

神经系统疾病的定性诊断一旦确立，下一步骤就是辨明疾病的病因或进行定性诊断，定性诊断的一般步骤如下。

(1) 回顾病史对确定病因常很重要，患者的过去病史可能包含病因的线索，患者曾罹患的疾病如高血压病、糖尿病、心脏病、恶性肿瘤和艾滋病等都可能与某种神经系统疾病谱有关；许多药物可产生神经系统不良反应，酒精滥用可导致神经系统异常；家族史可能提示遗传性疾病等。

(2) 疾病病程是病原学的重要线索，如卒中、癫痫发作、晕厥的症状可在数分钟内演变；变性疾病和颅内肿瘤呈进展性病程，症状和体征不缓解；炎症性和代谢性疾病病程可能有消长变化。

(3) 先辨明病原学分类，再确定病因，如卒中为脑梗死、脑出血或蛛网膜下腔出血；感染性疾病如细菌性脑膜炎、脑脓肿、病毒性脑炎等；变性疾病如阿尔茨海默病、亨廷顿病、帕金森病、肌萎缩侧索硬化等；发育异常疾病如 Arnold-Chiari 畸形、脊髓空洞症；遗传性疾病如肌营养不良等；免疫性疾病如多发性硬化、Guillain-Barré 综合征、重症肌无力等；代谢性疾病如低或高血糖性昏迷、糖尿病性神经病、肝性脑病等；肿瘤性疾病如胶质瘤、转移癌、淋巴瘤、副肿瘤综合征等；营养性疾病如 Wernicke 脑病、脊髓亚急性联合变性；中毒性疾病如酒精依赖等；创伤性疾病如硬膜下或硬膜外血肿等。

(4) 有些临床综合征可能有多种病因，但要记住，常见的疾病通常是常见的这一准则，常见疾病的不常见表现也要比罕见疾病的经典表现更常见。还需要考虑疾病的固有规律，如

多发性硬化具有常在 20 ~ 40 岁发病，女性较多，北欧家系的个体易于罹患等特点。

## 4

### 神经系统疾病病史的重要性及采集遵循的原则是怎样的？

神经科医生应耐心询问和倾听患者或其家人的叙述，善于与之交谈和沟通，养成床边记录的习惯，尽量收集详细准确的病史。

(1) 神经系统疾病病史的重要性：详尽全面的病史经常是获取疾病关键性信息的来源，是诊断神经系统疾病的基础。神经系统疾病的病变定位信息通常主要来自神经系统检查，但病史也经常可以提供线索。例如，一例癫痫患者起病时头转向左侧，随之出现左手抬举和左上肢抽动，提示病灶位于右侧半球运动皮质，该患者神经系统检查正常，因此所有的定位信息均来自于病史。临床遇到右侧轻偏瘫和失语症患者，如突然发病可能提示卒中，隐袭发病和缓慢进展常提示脑肿瘤。换言之，神经系统检查常提示病变部位，病史可能提供病因，神经科医生必须了解和熟悉这一神经疾病诊断的基本思路。

#### (2) 病史采集原则

1) 遵循客观、真实和准确的原则，患者本人叙述病史，须由了解发病情况的家人加以确认；如患者因意识障碍、精神症状及认知障碍不能叙述，可由亲属代述，家人叙述的病史应记录信息来自亲身观察、他人目睹或他人耳闻等。

2) 应详细描述病情的进展，包括起病状态、首发症状、进展经过及当前的主要症状等，始终引导患者描述疾病进展的过程。如一年轻患者突发剧烈头痛伴呕吐，随即出现意识障碍，数分钟后意识恢复，可能高度提示蛛网膜下腔出血。

3) 准确理解患者表述的真实含义，如患者主诉“头晕”可能是指持续的真性眩晕，或与变换体位有关的短暂的眩晕发作，或指忽悠或不稳定感等，其临床含义完全不同；患者主诉“麻木”可能指感觉丧失或指无力等，也要仔细地分辨。

4) 收集病史切忌片面地局限于神经系统，忽略全身或其他系统的状况，需关注系统性疾病对当前神经疾病的影响或是否有因果关系；也不应忽视阴性症状，它可能对确诊或排除某些疾病有意义。

5) 关注过去史、家族史及社会史等，过去史包括先前的疾病或危险因素，如突发严重偏瘫患者，高血压病史常提示脑出血或脑梗死，高血压及长期糖尿病史更提示脑梗死的可能，风心病伴心房颤动病史可能提示脑栓塞等。家族史或遗传病史可为家族遗传性疾病诊断提供重要的线索。社会史包含患者教育背景和职业史，吸烟、饮酒、使用违禁药物或接触毒物等可能提供危险因素的线索，性病史提供 HIV 感染或梅毒风险等。



## 神经系统疾病的常见主诉及临床意义是怎样的?

主诉是患者就诊的主要原因及其表述的主要症状，通常用一个短语概括疾病的主要表现和发病时间。主诉须准确地传达和理解患者的含义，是引导疾病评估和确诊的指南。神经系统疾病的常见主诉如下。

(1) 意识改变：患者的家人或陪伴者常表述患者对外界刺激无反应或反应迟钝，医生须通过专业检查确定意识障碍的程度；检查时需注意意识模糊状态、谵妄、痴呆或假性痴呆等，如意识模糊可能表现为记忆受损、判定失误、计算力差、理解或生成语言困难、人格改变等，或是某些症状的组合，描述时举一个实例说明可能对准确表述更有帮助。

(2) 头痛：部位、性质、持续性或发作性、先兆及伴发症状等均可能提示病因，如一侧颞部搏动性头痛或双侧颞部交替性头痛伴有先兆常提示偏头痛，如头痛因咳嗽、喷嚏、屏气、用力及排便等加重，提示颅内压增高所致。

(3) 头晕：应与真性眩晕鉴别，眩晕是自身或环境运动错觉，是前庭系统病变所致，需注意是否为发作性或变换体位有关。头晕常见于全脑灌注量降低或为心因性所致。

(4) 无力：通常指肌力减弱或瘫痪，突发轻偏瘫伴失语提示脑卒中，轻截瘫伴尿便障碍常见于脊髓疾病，多发性神经病表现为四肢远端无力，重症肌无力常见特殊部位肌无力如眼睑下垂、吞咽困难等以及晨轻暮重表现，肌无力伴肌萎缩提示下运动神经元病变。

(5) 麻木：通常是指感觉缺失、感觉减退及感觉异常等，需确定痛温觉、触觉及深感觉缺失，完全性或分离性感觉障碍等；感觉异常如针刺感、蚁走感、痒感、电击感、沉重感及束带感等，感觉异常范围常有定位意义。

(6) 疼痛：应注意疼痛部位、性质、规律及伴发症状等，为局部性、放射性（如根痛）或扩散性疼痛（如牵涉痛）等，可能为病因诊断提供依据。

(7) 视物模糊：应确定为视力下降、一过性黑矇偏盲、象限盲或盲点等，或由于动眼、滑车及外展神经麻痹导致的复视，或因屈光不正、眼球震颤所致视力障碍等。

(8) 震颤：应确定为静止性震颤如帕金森病，动作性如特发性震颤，意向性如小脑病变，以及舞蹈症、手足徐动症或肌阵挛等。

(9) 发作性症状：常见抽搐或癫痫发作，确诊通常根据反复发作史、可靠目击者提供的发作过程及表现的描述、发作后进入昏睡或意识模糊状态、EEG 显示痫性放电及视频脑电监测证实等。其他发作症状包括晕厥、偏头痛等。

(10) 精神障碍：典型症状如幻觉、妄想及行为异常，可见于脑病变和精神疾病，也包括抑郁、焦虑、紧张、惊恐及强迫等，常伴睡眠障碍和躯体症状等。