

## 躁动-镇静 (RASS) 和 ICU 病人意识模糊评估单

第一步：评估镇静状态

### Richmond 躁动-镇静量表 (RASS)

得分	术语	描述	
+4	攻击行为	明显的好战行为、暴力行为、对工作人员构成直接的危险	
+3	非常躁动不安	抓或拔除引流管或各种插管；具有攻击性	
+2	躁动不安	频繁的无目的动作，与呼吸机抵抗	
+1	烦躁不安	焦虑不安，但动作不是猛烈的攻击	
0	清醒状态且平静		
-1	昏昏欲睡	不能完全清醒，但声音刺激能够叫醒并维持觉醒状态（睁眼 / 眼睛接触， $\geq 10$ sec）	声音刺激
-2	轻度镇静状态	声音能叫醒并有短暂的眼睛接触（ $< 10$ sec）	
-3	中度镇静状态	声音刺激后有动静或睁眼反应（但无眼睛接触）	
-4	深度镇静状态	对声音刺激无反应，但身体刺激后有动静或睁眼反应	身体刺激
-5	不可叫醒状态	对声音或身体刺激均无反应	

RASS 评估步骤：

1. 观察病人

a. 病人清醒，烦躁不安，或躁动不安	(得分：0-4)
--------------------	----------

2. 假如病人没有清醒，呼叫病人的名字，让病人睁开眼睛并看着讲话者。

a. 病人醒来，保持睁眼和眼睛接触	(得分：-1)
b. 病人醒来，有睁眼和眼睛接触，但不能维持	(得分：-2)
c. 病人在声音刺激后有动静，但没有眼睛接触	(得分：-3)

3. 如果病人对声音刺激无反应，采用推摇病人的肩膀和/或按摩胸骨进行身体刺激

a. 病人在身体刺激后出现任何动静	(得分：-4)
b. 病人对任何刺激都没有反应	(得分：-5)

如果 RASS 是 -4 或 -5 分，停止目前评估，过一会再评估

如果 RASS 在 -4 以上（-3 到 +4），继续做第二步评估（CAM-ICU）

第二步：评估谵妄

特征 1：意识状态的急性改变或反复波动

和

特征 2：注意缺损

和

特征 3：思维紊乱

或

特征 2：意识清晰度的改变

= 谵妄



- 意识清晰(alert)—对周围环境完全有知觉，并且有适当的自主互动
- 警惕(vigilant) —过度的警戒状态(hyperalert)或警醒状态
- 嗜睡(lethargic)——整天昏昏欲睡，但易于叫醒；对环境中的某些元素没有知觉，或者不能自主地与检查者进行互动，但给以极小的刺激就能够全部知觉并进行恰当的互动。
- 昏睡 (stupor) ——不易叫醒，对环境中的某些元素或全部元素没有知觉，或者不能自主地与检查者进行互动；只能被强烈的或反复的刺激叫醒，且一旦刺激停止，昏睡病人立即回到无反应状态。
- 昏迷 (coma) ——不能叫醒，对环境中的所有元素全无知觉，且不能自主地与检查者进行互动或没有意识到检查者的存在，因此检查者即使是给予最大的刺激也不会出现互动