

一例乳腺癌术后腰椎结核合并中毒性表皮坏死松解症患者的护理

黄娟丽¹, 高学农²

1. 三峡大学健康医学院, 湖北 宜昌 443000; 2. 三峡大学附属仁和医院, 湖北 宜昌 443000

通信作者: 高学农, Email: 821913695@qq.com

【摘要】 本文总结 1 例乳腺癌术后腰椎结核合并中毒性表皮坏死松解症 (TEN) 患者的护理经验, 为临床多学科协作护理提供参考。本例患者以术后伤口不愈、腰背部寒性脓肿破溃及全身皮肤黏膜大面积剥脱为首发表现。基于老年综合评估 (CGA) 框架, 从生理、功能、心理社会三个维度实施系统评估, 围绕皮肤黏膜护理、营养支持、疼痛管理、并发症预防及心理干预制定个体化护理方案。经 28 d 精心护理, 患者皮肤创面基本愈合, 疼痛评分由 8 分降至 2 分, 营养风险评分由 5 分降至 2 分, 焦虑量表评分由 12 分降至 6 分, 顺利出院并转入门诊随访。
结论 针对老年共病患者, 实施多学科协作护理模式, 可有效控制 TEN 病情进展, 促进创面愈合, 改善患者预后。

【关键词】 乳腺癌; 腰椎结核; 中毒性表皮坏死松解症; 老年护理; 医养结合

Nursing Care of a Patient with Lumbar Spinal Tuberculosis and Toxic Epidermal Necrolysis Following Breast Cancer Surgery

HUANG Juanli¹, GAO Xuenong² *

1. School of Health Medicine, China Three Gorges University, Yichang 443000, Hubei, China;

2. Renhe Hospital Affiliated to China Three Gorges University, Yichang 443000, Hubei, China

*Corresponding author: GAO Xuenong, Email: 821913695@qq.com

Abstract This article summarizes the nursing experience of a patient with lumbar spinal tuberculosis and toxic epidermal necrolysis (TEN) following breast cancer surgery, providing reference for clinical multidisciplinary collaborative nursing. The patient initially presented with unhealed postoperative wounds, cold abscess rupture in the lumbodorsal region, and extensive skin and mucosal exfoliation. Based on the Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) framework, systematic evaluation was conducted from physiological, functional, and psychosocial dimensions, and an individualized nursing plan was formulated focusing on skin and mucosal care, nutritional support, pain management, complication prevention, and psychological intervention. After 28 days of

intensive nursing care, the patient's skin wounds were basically healed, with pain score decreasing from 8 to 2, nutritional risk score from 5 to 2, and anxiety scale score from 12 to 6. The patient was discharged smoothly and transferred to outpatient follow-up. For elderly patients with comorbidities, implementing a multidisciplinary collaborative nursing model can effectively control TEN progression, promote wound healing, and improve patient prognosis.

Keywords breast cancer; lumbar spinal tuberculosis; toxic epidermal necrolysis; geriatric nursing; integrated medical and elderly care

乳腺癌是全球女性最常见的恶性肿瘤，手术仍是首选治疗方式，但术后并发症发生率较高。瑞典全国人群研究显示，乳腺癌术后 90 天内手术部位感染发生率达 15.7%，任何局部并发症达 21.1%^[1]。常见并发症包括皮下积液、皮瓣坏死、淋巴水肿及切口延迟愈合等，严重影响患者康复与生活质量^[2]。术后患者因免疫抑制及营养状态下降，继发感染风险显著升高^[3]。

值得注意的是，脊柱结核占所有骨关节结核的 50%^[4]，是最常见的骨关节结核类型，可导致椎体破坏、寒性脓肿形成及慢性消耗^[5]。乳腺癌术后患者若继发腰椎结核等肺外结核，病情更为复杂。更需警惕的是，抗结核药物相关严重皮肤不良反应中，利福平和异烟肼是最常见的致病因子。韩国一项纳入 53 例患者的注册研究显示，利福平涉及 81.8% 的严重皮肤不良反应病例，异烟肼涉及 66.7%^[6]。美国疾病控制与预防中心（CDC）及世界卫生组织（WHO）均明确警示：异烟肼、利福平等一线抗结核药物可引发皮肤皮疹、药物超敏反应综合征及中毒性表皮坏死松解

症等严重皮肤黏膜病变^[7-8]。中毒性表皮坏死松解症（toxic epidermal necrolysis, TEN）是一种罕见且危及生命的重症皮肤黏膜疾病，与 Stevens-Johnson 综合征同属严重皮肤不良反应谱系^[9]。TEN 定义为表皮剥脱面积超过体表面积 30%，年发病率约为 0.4~1.2 例/百万人，死亡率高达 30%~50%^[10, 11]。其病理特征为角质形成细胞凋亡及坏死，导致表皮全层剥脱，临床表现为广泛皮肤黏膜糜烂、大量体液丢失及继发感染风险，与严重烧伤病理生理机制相似^[12]。老年患者因皮肤屏障衰退、免疫应答减弱及常合并多种慢性病，TEN 病情进展更快、预后更差，病死率可达 51%，为年轻患者的 2 倍^[13]。

近年来，老年综合评估（comprehensive geriatric assessment, CGA）在慢性病及老年医学领域展现出显著优势。CGA 是一种多维度的诊断评估过程，涵盖生理、功能、心理社会及环境等多个层面，能够为老年共病患者制定个体化照护方案^[14]。系统评价显示，CGA 可改善老年患者生活质量并降低住院日，但门诊 CGA 的效果仍需更多高质量研究验证

[15]。然而，针对乳腺癌术后合并腰椎结核及 TEN 这一罕见且复杂的老年共病组合，相关护理研究仍较匮乏，CGA 框架在此类病例中的应用经验尚未见系统报道。

本文回顾 1 例乳腺癌术后合并腰椎结核及 TEN 患者的临床资料，患者以术后伤口不愈、腰背部寒性脓肿破溃及全身皮肤黏膜大面积剥脱为首表现，经 CGA 框架下的系统

1.临床资料

患者，女，62 岁，因“乳腺癌术后 3 年，腰痛伴发热 1 个月，全身红斑水疱 3 d”于 2024 年 8 月 15 日急诊收入我院骨科。患者 3 年前行右乳腺癌改良根治术，术后规律化疗 6 周期。1 个月前出现持续性腰痛，伴午后低热、盗汗，外院核磁 MRI 示：L₃~L₄椎体破坏伴冷脓肿形成，诊断为“腰椎结核”，予 HRZE 方案抗结核治疗（异烟肼 0.3 g/qd、利福平 0.45 g/qd、吡嗪酰胺 1.5 g/qd、乙胺丁醇 0.75 g/qd）。入院前 3 d，患者躯干出现散在红斑，迅速进展为全身松弛性水疱，伴表皮剥脱，口腔黏膜糜烂（见图 1），急诊转入我科。



图 1：患者入院皮肤状况（2024-8-15）

评估与多学科协作护理干预，最终实现创面愈合与功能恢复。通过总结该类复杂病例的护理要点，旨在为临床提供可借鉴的多学科协同护理模式，推动 CGA 技术融入老年共病综合照护体系，提升护理质量与患者预后。

入院查体：体温 38.9℃，脉搏 102 次/min，呼吸 22 次/min，血压 98/62 mmHg。神志清楚，精神萎靡。全身皮肤可见弥漫性暗红斑，躯干及四肢见大量松弛性水疱，尼氏征阳性，表皮剥脱面积约占体表面积 55%。口腔黏膜广泛糜烂，覆白色伪膜；外阴黏膜充血糜烂，少量脓性分泌物。腰椎 L₃~L₄棘突压痛、叩击痛阳性，双下肢肌力 IV 级，感觉减退。

实验室检查：血红蛋白（Hb）78 g/L，白蛋白（Alb）28.6 g/L，前白蛋白（PA）0.12 g/L；C 反应蛋白（CRP）186 mg/L，红细胞沉降率（ESR）98 mm/h；肝肾功能轻度异常（ALT 86 U/L，Cr 132 μmol/L）。结核感染 T 细胞检测（T-SPOT.TB）阳性。皮肤活检病理：表皮全层坏死，真皮浅层淋巴细胞浸润，符合中毒性表皮坏死松解症（TEN）。

治疗经过：立即停用可疑致敏药物（吡嗪酰胺、乙胺丁醇），保留异烟肼+利福平+左氧氟沙星+阿米卡星抗结核方案。予甲泼尼龙 1 mg/(kg·d) 静脉滴注、静脉注射人免疫

球蛋白 0.4 g/(kg·d)连续 5 d、血浆置换 2 次。创面采用暴露疗法联合银离子脂质水胶敷料换药，请临床营养科、皮肤科、眼科、中医科多学科会诊。治疗周期：2024 年 8 月 15 日—9 月 12 日（共 28 d）。经治疗，患者皮损愈合，腰痛缓解，体温正常，转门诊抗结核治疗。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 生理状况

重度皮肤黏膜损伤：TEN 致 BSA 55%表皮剥脱，大量渗液，伴继发感染风险；口腔、眼部、外阴黏膜广泛糜烂，疼痛剧烈（NRS 8 分），进食困难。重度贫血（Hb 78 g/L）致组织缺氧，表现为头晕、乏力、活动耐力下降。营养不良风险：摄入不足（口腔疼痛、恶心）合并高代谢状态，NRS 2002 评分 5 分，属重度营养风险。腰椎结核活动期：L₃~L₄椎体破坏，存在病理性骨折及脊髓受压风险；抗结核药物肝毒性致 ALT 升高。低蛋白血症（Alb 28.6 g/L）致胶体渗透压下降，加重组织水肿及创面渗液。

2.1.2 功能状态

Barthel 指数评定日常生活活动能力（ADL）为 45 分，属重度依赖；Morse 跌倒风险评估量表 65 分，属高风险（与虚弱、低血压、镇痛药物相关）；Braden 压疮风险评估量表 12 分，属高风险（与皮肤完整性破

坏、活动受限、营养不良相关）。双下肢肌力 IV 级，直腿抬高试验阳性，翻身及体位变换需协助。

2.1.3 心理社会状况

医院焦虑抑郁量表（HADS）焦虑亚量表 12 分、抑郁亚量表 9 分，提示存在焦虑抑郁情绪。患者因病情危重、形象毁损、预后担忧而情绪低落；乳腺癌病史叠加结核诊断，产生“双重癌症”认知偏差，治疗依从性波动。家庭经济压力较大，子女轮流陪护但缺乏 TEN 照护知识。

2.2 护理诊断

根据《NANDA-I 护理诊断：定义与分类（2021—2023）》确定主要护理诊断：1. 皮肤完整性受损：与 TEN 致表皮坏死松解、腰椎结核活动期制动相关。2. 急性疼痛：与大面积皮肤黏膜糜烂、神经末梢暴露相关。3. 营养不良：与口腔黏膜糜烂致摄入不足、高代谢状态及蛋白丢失相关。4. 活动无耐力：与重度贫血、腰椎结核致疼痛及长期卧床相关。5. 焦虑：与病情危重、形象改变、疾病认知不足及经济压力相关。6. 潜在并发症：继发感染（败血症、肺炎）、病理性骨折、脊髓受压、肝肾功能衰竭。

2.3 护理计划

基于老年综合评估结果，确立六大护理诊断及阶段性目标：（1）皮肤完整性受损：住院 28 d 内创面渗液减少 50%，无新发压疮及继发感染；（2）急性疼痛：3 d 内静息 NRS 评分降至 ≤4 分，换药时 NRS ≤6 分；（3）营养不良：

1 周内经口摄入热量达目标需要量 60%，血清白蛋白 ≥ 30 g/L；（4）活动无耐力：2 周内辅助下可床边坐起，血红蛋白 ≥ 90 g/L；（5）焦虑：3 d 内 HADS 焦虑评分下降，能主动配合换药；（6）潜在并发症：住院 28 d 内未发生败血症、病理性骨折及肝衰竭。

2.4 护理措施

2.4.1 皮肤黏膜护理

①环境控制：安置单间层流病房，室温维持 28~32℃，相对湿度 55%~60%，使用支被架避免被服直接接触创面。病房每日紫外线空气消毒 2 次，地面及物表含氯消毒剂

（1000 mg/L）擦拭 2 次。限制探视，进入人员穿隔离衣、戴口罩帽子，严格执行无菌操作。②创面处理流程：a. 水疱管理：直径 > 1 cm 水疱以无菌注射器低位抽吸疱液，保留疱壁作为生物敷料；小水疱让其自行吸收。尼氏征阳性区域严禁摩擦，翻身时采用抬起-平移技术。b. 清创与抗感染：糜烂面以生理盐水冲洗后，覆盖银离子脂质水胶敷料（每 2~3 天更换，渗出多时每日更换），促进湿性愈合。感染创面外涂磺胺嘧啶银乳膏，未感染创面喷洒重组人表皮生长因子溶液。

c. 粉床干性护理：对红斑未糜烂区域（双上肢、背部），均匀扑洒氧化锌滑石粉（氧化锌 33.5 g+滑石粉 66.5 g 混合），每日数次，保持皮肤干燥，减少摩擦。

③黏膜护理：a. 口腔：餐前以 2%利多卡因喷雾镇痛，继以康复新液含漱促进愈合；口腔真菌感染时以制霉菌素甘油涂布。唇部涂抹红霉素眼膏防干裂粘连。b. 眼部：生理盐水

冲洗清除分泌物，白天交替滴注妥布霉素地塞米松滴眼液与氧氟沙星滴眼液，夜间红霉素眼膏涂眼，凡士林油纱覆盖防睑缘粘连。

c. 会阴：便后以 1%聚维酮碘溶液清洗，氦氛激光照射促进愈合，脂质水胶敷料分隔保护。

2.4.2 营养支持与症状管理

①阶梯式营养干预（依据营养不良五阶梯模式）：第一阶段（入院 1~3 d）：口腔剧痛无法经口进食，予全肠外营养（TPN），热量 25 kcal/(kg·d)，蛋白质 1.5 g/(kg·d)，补充谷氨酰胺 0.3 g/(kg·d)维护肠黏膜屏障。第二阶段（入院 4~7 d）：口腔疼痛缓解，过渡至肠内营养（EN），经鼻胃管泵入整蛋白型肠内营养制剂（1.0 kcal/mL，蛋白质占比 20%），起始速度 20 mL/h，逐日增量至目标量。第三阶段（入院 8~14 d）：经口摄入温凉流质（鱼粥、蒸蛋、果蔬泥），每日 6 餐，少量多餐。营养师制定高蛋白食谱（1.5~2.0 g/(kg·d)），辅以口服营养补充剂（ONS）400 kcal/d。第四阶段（出院前）：软食过渡，强调抗结核饮食（高蛋白、高维生素、高钙、适量脂肪），禁用吡嗪酰胺期间限制嘌呤摄入。

②症状监测：每日记录出入量，监测体重、血清 Alb、PA、Hb 变化。观察恶心、呕吐物性状，警惕肝毒性反应。腰椎结核制动期间，每 2 小时轴线翻身，预防压力性损伤。

2.4.3 腰椎结核制动与康复护理

①体位管理：绝对卧床休息，腰部垫软枕维持生理曲度，轴线翻身（头-颈-肩-腰-下肢成一直线），避免脊柱扭曲。翻身时2名护士协同操作，托起患者整体平移，严禁拖拽以防皮肤二次损伤。②牵引与固定：佩戴定制胸腰骶支具（TLSO）下床活动，支具内衬无菌棉垫，每日更换，防止创面受压。双下肢被动关节活动2次/d，10~15 min/次，预防深静脉血栓及肌肉萎缩。③神经功能监测：每日评估双下肢感觉、肌力、反射及大小便功能，警惕脊髓受压征象（如肌力下降、感觉平面上升、尿潴留）。

2.4.4 心理护理与家庭支持

①认知干预：采用动机性访谈技术，纠正患者“结核=绝症”错误认知，讲解乳腺癌骨转移结核鉴别要点，增强治疗信心。②情绪疏导：换药时播放患者喜爱的轻音乐，指导深呼吸放松训练。邀请成功治愈的TEN病友视频分享，建立康复希望。③家庭照护者培训：出院前1周，对家属进行TEN居家护理培训（创面观察、换药流程、营养食谱制作、支具佩戴），考核合格后发放《腰椎结核家庭护理手册》。

2.5 护理效果评价

经多学科协作护理干预，患者各项结局指标均呈显著改善。创面方面，皮损愈合面积由入院时体表面积55%降至出院时5%，创面渗液停止且上皮化完成（见图2）；营养状态明显好转，血清白蛋白由28.6 g/L升至35.2 g/L（ ≥ 35 g/L），血红蛋白由78 g/L升至96 g/L（ ≥ 90 g/L），营养风险评分

（NRS 2002）由5分降至2分，提示营养风险解除。症状与心理维度，疼痛评分

（NRS）由8分降至2分，达到轻度疼痛不影响睡眠标准；焦虑评分（HADS-A）由12分降至6分（ ≤ 7 分），无临床意义焦虑。功能与安全方面，ADL评分（Barthel）由45分升至75分，由中度依赖转为轻度依赖；Morse跌倒评分由65分降至35分，由高风险降至中风险；Braden压疮评分由12分升至18分，由高风险降至低风险。上述结果表明，基于五阶梯营养策略联合创面、心理及康复护理的综合干预模式，可有效促进TEN合并腰椎结核老年患者的整体康复。（具体效果评价见图3）患者出院时创面基本愈合，可借助助行器短距离行走，转门诊继续抗结核治疗（HR方案+左氧氟沙星），定期骨科及营养科随访。



图2：患者出院皮肤恢复状况（2024-9-13）

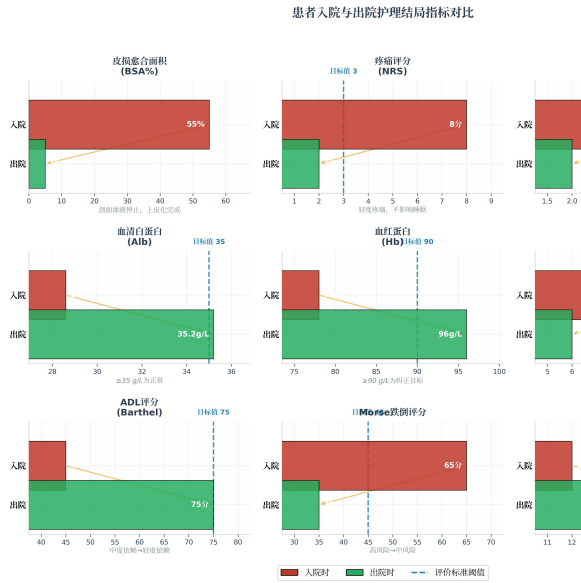


图 3: 患者出入院护理结局对比图

3 讨论

本例 TEN 发生于抗结核治疗第 3 周, 与吡嗪酰胺、乙胺丁醇用药时间窗吻合。有文献指出 SJS/TEN 管理指南中, 此类重症药疹通常在药物暴露后 4~28 天 (中位时间 10 天) 发病, 抗结核药物是常见诱因之一^[16]。TEN 死亡率高达 30%~40%, 及时停用致敏药物是关键^[17]。护理人员需建立用药-皮疹时间轴监测意识, 对乳腺癌术后免疫抑制状态患者使用抗结核药物时, 应高度警惕重症药疹。本例在停用吡嗪酰胺、乙胺丁醇后, 保留异烟肼+利福平+氟喹诺酮+氨基糖苷类方案, 既控制结核又避免重复致敏, 体现了精准护理决策的价值。

本例集乳腺癌术后、腰椎结核、TEN 三重疾病于一身, 涉及肿瘤、感染、免疫、皮肤、营养等多系统问题。传统单科护理难以应对, 启动多学科协作 (multidisciplinary team,

MDT) 机制, 由感染科主导、营养科制定阶梯式营养方案、皮肤科指导创面换药, 形成“西医控制感染-营养重建代谢-护理整合执行”的闭环管理模式。研究显示, MDT 支持的护理干预可显著改善 ICU 患者肌力及功能预后, 缩短机械通气时间和住 ICU 时间^[18]; 系统评价亦证实, 以 CGA 为框架的多学科干预可降低急诊老年患者再入院率并改善日常生活能力^[19]。然而, 针对乳腺癌术后合并腰椎结核及 TEN 这一罕见共病组合, MDT 护理协作的具体方案及效果仍需个案积累与循证探索。

患者处于高分解代谢状态, 广泛表皮剥脱致大量白蛋白及蛋白质经创面渗液丢失, 叠加腰椎结核的消耗性代谢, 营养支持成为创面修复的基石^[20]。本例参照 ESPEN 五阶梯营养策略, 从 TPN→EN→经口+ONS 渐进过渡, 配合高蛋白 (1.5 - 2.0 g/(kg·d))、高维生素饮食, 使 Alb 从 28.6 g/L 升至 35.2 g/L, 为表皮再生提供底物^[21]。Ertuglu 等^[22]在老年 CKD 患者营养管理研究中强调, 早期营养干预对维持老年患者肌肉质量和免疫功能至关重要。鉴于 TEN 的高代谢特性, 临床营养科介入宜早不宜迟, UK 指南与 Delphi 共识均建议在急性期尽早启动持续肠内营养^[23], 本例在确诊后 24 h 内即完成营养评估并制定方案, 符合上述原则。

4 小结

本例乳腺癌术后腰椎结核合并 TEN 的护理提示: ①老年共病患者用药需建立重症药疹预警机制; ②TEN 护理应以暴露疗法为基

础，根据病程分期（红斑期-糜烂期-愈合期）动态调整干性/湿性护理策略；③MDT协作是复杂病例护理成功的组织保障；④阶梯营养护理在控制感染、促进愈合、调节免疫方面具有独特优势。作为单病例报告，本研究尚不能证实该护理方案的普适性，多学

科协作中信息同步存在时滞，出院后长期随访、社区护理衔接及家庭照护质量保障等问题仍需深入探索。

患者知情同意：病例报告公开得到患者及家属的知情同意。

利益冲突声明：作者声明本文无利益冲突。

参考文献

[1] Adwall L, Fredriksson I, Hultin H, et al. Postoperative complications after breast cancer surgery and effect on recurrence and survival: population-based cohort study. [J] BJS Open. 2024 Oct 29;8(6):zrae137.

[2] Ang SWM, Chen HC, Soo KC, et al. Factors associated with postsurgical wound infections among breast cancer patients: A retrospective case - control record review [J] . Int Wound J, 2021, 18(4): 485-494. .

[3] UpToDate. Bone and joint tuberculosis[DB/OL]. (2024-01-01)[2026-05-19]. <https://www.uptodate.com/contents/bone-and-joint-tuberculosis>.

[4] JAIN A K. Spinal tuberculosis: A review[J]. J Clin Orthop Trauma, 2010, 1(1): 15-26.

[5] Pandya S, Patel C, Sojitra B, Karamata H. Causality Assessment of Adverse Drug Reaction Toxic Epidermal Necrolysis With the Aid of ChatGPT: A Case Report.[J] Cureus. 2024;16(5):e60638

[6] Cho YS, Lee YW, Choi JH, et al. Severe Cutaneous Adverse Reactions to Anti-tuberculosis Drugs in Korean Patients[J]. *Yonsei Med J*, 2017, 58(4): 813-819.

[7] Mockenhaupt M. The current understanding of Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis[J]. *Expert Rev Clin Immunol*, 2011, 7(6): 803-813.

[8] Masuka JT, Muzopambwa G, Khoza S, Chibanda D. An Interesting Case of Carbamazepine-Induced Stevens-Johnson Syndrome.[J]. *Drug Saf Case Rep*. 2018 Dec 10;6(1):1.

[9] Thong BY. Stevens-Johnson syndrome / toxic epidermal necrolysis: an Asia-Pacific perspective.[J] *Asia Pac Allergy*. 2013 Oct;3(4):215-23.

[10]JUSTIZ V A, SHARMA S, CALDERON M C. Stevens-Johnson Syndrome[M/OL]//StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [2026-05-19]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459323/>.

[11]中华医学会皮肤性病学分会. Stevens-Johnson 综合征/中毒性表皮坏死松解症诊疗共识[J]. *中华皮肤科杂志*, 2021, 54(5): 369-376.

[12] LEE H Y, CHOI Y J, JUNG J W, et al. Incidence of Stevens-Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis: A Nationwide Population-Based Study Using National Health Insurance Database in Korea[J]. *Drug Saf*, 2016, 39(8): 705-713.

[13] BASTUJI-GARIN S, RZANY B, STERN R S, et al. Toxic epidermal necrolysis (Lyell syndrome) in 77 elderly patients[J]. *Age Ageing*, 1993, 22(6): 450-456.

[14] ELLIS G, WHITEHEAD M A, O'NEILL D, et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital[J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2017, 2017(9): CD006211.

[15] CHEN Z, DING Z, CHEN C, et al. Effectiveness of comprehensive geriatric assessment intervention on quality of life, caregiver burden and length of hospital stay: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials[J]. *BMC Geriatr*, 2021, 21(1): 377.

[16] MCPHERSON T, EXTON L S, BISWAS S, et al. British Association of Dermatologists' guidelines for the management of Stevens-Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis in children and young people, 2018[J]. *Br J Dermatol*, 2019, 181(1): 37-54.

[17] CHO Y S, LEE Y W, CHOI J H, et al. Severe Cutaneous Adverse Reactions to Anti-tuberculosis

Drugs in Korean Patients[J]. *Yonsei Med J*, 2017, 58(4): 813-819

[18] 多学科协作支持的干预模式在重症监护室获得性衰弱患者中的应用[J]. *中国实用乡村医生杂志*, 2025, 32(5): 20-23.

[19] TAN X, MIU X, WANG X, et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to the hospital as emergencies: a meta-analysis of randomized controlled trials[J]. *Geriatr Nurs*, 2025, 64: 103374

[20] Creamer D, Walsh S A, Dziewulski P, et al. UK guidelines for the management of Stevens-Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis in adults 2016[J]. *Br J Dermatol*, 2016, 174(6): 1194-1227.

[21] Brügger M C, Ingen-Housz-Oro S, Horváth B, et al. Delphi consensus for supportive care of Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis[J]. *Br J Dermatol*, 2021, 184(5): 858-873.

[22] Ertuglu L A, Ikizler T A. Nutrition management in geriatric patients with CKD[J]. *Kidney360*, 2024, 5: 310-319.

[23] Weimann A, Braga M, Carli F, et al. ESPEN guideline: Clinical nutrition in surgery[J]. *Clin Nutr*, 2021, 40(7): 4745-4761.