

DOI: 10.12209/CAIM202510210002

· 中西医结合临床案例 ·

1 例高龄患者肺部感染合并泌尿系真菌感染及压疮的中西医结合护理报告

宋江君, 王 爽

(首都医科大学附属北京中医医院 急诊科, 北京, 100010)

摘要: 总结 1 例 96 岁高龄肺部感染合并泌尿系真菌感染、压疮及老年痴呆患者的中西医结合护理经验。患者因生理机能衰退、免疫低下并发多种病症, 护理重点围绕中医辨证施护与西医基础护理相结合, 包括呼吸道管理、感染控制、压疮创面护理、肠内营养支持、中医特色技术干预(中药内服、塌渍、穴位贴敷等)及情志调护。经 9 d 系统性护理干预, 患者感染指标恢复正常, 压疮创面逐步愈合, 营养状态改善, 生命体征平稳后出院。该护理方案为高龄多并发症患者的中西医结合护理提供临床参考。

关键词: 肺部感染; 泌尿系真菌感染; 压疮; 中医护理

A Report on Integrated Traditional Chinese and Western Nursing for a 96-Year-Old Patient with Pulmonary Infection, Urinary Tract Fungal Infection and Pressure Ulcer

SONG Jiangjun, WANG Shuang

(Department of Emergency, Beijing Hospital of Traditional Chinese Medicine Affiliated to Capital Medical University, Beijing, 100010)

ABSTRACT: This paper summarizes the experience of integrated traditional Chinese and Western nursing for a 96-year-old patient with pulmonary infection, urinary tract fungal infection, pressure ulcer and senile dementia. Due to the decline of physiological functions and low immunity, the patient developed multiple complications. The nursing focus was on the combination of traditional Chinese medicine syndrome differentiation-based care and Western basic nursing, including respiratory tract management, infection control, pressure ulcer wound care, enteral nutrition support, traditional Chinese medicine characteristic techniques intervention (oral administration of traditional Chinese medicine, cataplasm application, acupoint application, etc.) and emotional care. After 9 days of systematic nursing intervention, the patient's infection indicators returned to normal, the pressure ulcer wound gradually healed, the nutritional status improved, and the vital signs were stable before discharge. This nursing plan provides a clinical reference for the integrated traditional Chinese and Western nursing of elderly patients with multiple complications.

KEY WORDS: pulmonary infection; urinary tract fungal infection; pressure ulcer; Traditional Chinese Medicine nursing

随着人口深度老龄化, 高龄多病共存患者的综合护理面临严峻挑战。此类患者生理机能全面衰退, 易发生多重感染、压力性损伤等严重并发症, 临床处理棘手。当前标准护理虽在感染控制、风险预防方面已形成规范体系, 但对超高龄衰弱患者效果常欠佳。中西医结合护理为此提供了新

思路。中医强调整体观念与辨证施护, 其特色技术能弥补西医对症处理的不足^[1]。本文报道 1 例 96 岁高龄合并肺部感染、泌尿系真菌感染、压力性损伤及老年痴呆的患者, 通过系统整合西医护理与中医技术, 取得显著成效。本案例为同类复杂情况的临床管理提供了重要参考。

收稿日期: 2025-10-21

通信作者: 王爽, E-mail: wx10051207@Sina.com

OPEN ACCESS

<https://case.jcme.net.cn>

1 病例介绍

1.1 一般资料

患者女性,96岁,因“间断发热1个月”于2025年07月15日由120急救中心接入院。既往有老年痴呆病史1年,长期卧床,生活完全不能自理;否认高血压、糖尿病、冠心病等慢性病史,否认肝炎、结核等传染病史,否认药物及食物过敏史。

1.2 查体

入院查体:体温(T)37.4℃,心率(HR)110次/min,呼吸(R)20次/min,血压(BP)171/89 mm Hg,血氧饱和度(SpO₂)96%,血糖6.0 mmol/L;患者呈嗜睡状态,查体欠合作,不能言语;双肺呼吸音粗,未闻及干湿性啰音;心律齐,各瓣膜听诊区未闻及杂音;腹平坦软,无压痛、反跳痛,肠鸣音正常;骶尾部可见3 mm×2 mm皮肤破溃,创面基底粉红,伴少量渗出;双下肢可凹性水肿。中医四诊:患者饮食清淡且进食量少,舌淡苔白,脉沉细,辨证属脾肾阳虚、痰瘀互结证。

1.3 辅助检查

实验室检查示C-反应蛋白9.63 mg/L,中性粒细胞百分比85.3%,淋巴细胞绝对值0.46×10⁹/L;血红蛋白91 g/L,白蛋白27.7 g/L,血钾2.86 mmol/L,血钠132.6 mmol/L;N末端脑钠素原685 ng/L,高敏肌钙蛋白I 675.64 ng/L;尿蛋白(+++),尿潜血(+++),尿培养示大量白色假丝酵母菌生长。影像学检查:肺CT示双肺慢性支气管炎、间质性改变、下叶膨胀不全、肺气肿、双侧胸腔积液;超声心动图示主动脉瓣退行性变伴反流、左心室舒张功能降低;泌尿系超声示右肾囊肿,右肾旁脓肿待排。

1.4 诊断

西医诊断为肺部感染、泌尿系感染(真菌感染)、胸腔积液、中度贫血、骶尾部Ⅲ期压力性损伤、老年痴呆;中医诊断为脾肾阳虚、痰瘀互结证。

1.5 治疗

入院后予一级护理、鼻导管吸氧(3~5 L/min),持续床旁心电监护。西医治疗:予头孢哌酮钠舒巴坦钠3 g静脉滴注抗感染,1次/12 h;氟康唑0.4 g静脉滴注抗真菌,1次/d;氨溴索30 mg静脉滴注化痰,2次/d;呋塞米20 mg静脉推注利尿;予吸入用乙酰半胱氨酸溶液、布地奈德混悬液雾化吸入解痉平喘;予0.9%氯化钠注射液行膀胱冲洗,2次/d;血钾偏低时,予0.9%氯化钠注射

液+15%氯化钾3 g以2 mL/h速度静脉泵入纠正低钾血症;出现快速性心律失常(心率135~161次/min)时,予去乙酰毛花苷0.2 mg静脉推注,同时予5%葡萄糖注射液41 mL+胺碘酮450 mg以5 mL/h速度静脉泵入,待心率降至81次/min后暂停泵入。

中医治疗:予口服中药(北柴胡15 g、荆芥穗15 g、黑顺片5 g等),以活血化瘀、温经散寒为治法,1剂/d,水煎取汁200 mL,分2次以38~40℃温服;配合中医适宜技术干预,包括双下肢中药塌渍(桑枝15 g、苏木10 g、络石藤15 g等)、耳穴压丸(心、肺、神门穴)、穴位贴敷(天突穴)、穴位按摩(足三里、合谷、肺俞、内关穴)及黄金口护液口腔护理(2次/d)。患者于07月24日经评估病情稳定,家属要求出院,予出院指导后准许离院。

2 护理

2.1 护理评估

日常生活能力评分(Barthel指数评定量表)0分,提示完全依赖照护;跌倒风险评估(Morse跌倒风险评估量表)50分,为高度危险;压疮风险评估(Braden压疮评估量表)11分,属高度危险;营养风险评估(NRS 2002营养风险筛查量表)3分,存在营养风险。严格落实一级护理要求,护理期间每1 h巡视1次,动态监测生命体征、意识状态、创面变化及实验室指标,及时调整护理方案。

2.2 护理诊断

结合护理评估结果确立主要护理诊断:①气体交换受损:与肺部感染、胸腔积液导致肺泡通气功能障碍有关;②体温过高:与肺部及泌尿系真菌感染引发的炎症反应有关;③清理呼吸道无效:与痰液黏稠、咳嗽无力及意识障碍导致排痰能力下降有关;④皮肤完整性受损:与长期卧床致局部持续受压、营养不良影响皮肤修复能力有关;⑤营养失调:低于机体需要量,与感染状态下高代谢、进食摄入不足有关;⑥有感染加重或播散的风险:与患者免疫功能低下、侵入性操作相关;⑦体液过多:与左心室舒张功能减退、低蛋白血症引发胸腔积液及双下肢水肿有关。

2.3 护理计划

以“控制感染、保护皮肤完整性、改善营养状态、维持呼吸功能稳定”为核心目标制定护理计划,具体如下:维持血氧饱和度在95%以上,纠正

并维持体温在正常范围;保持呼吸道通畅,减轻肺部啰音,维持双肺呼吸音清晰;控制骶尾部压疮创面进展并促进愈合;提升血清白蛋白、血红蛋白水平,改善营养状态;预防感染扩散及导管相关并发症,最终实现患者整体临床状态改善。

2.4 护理措施

2.4.1 呼吸道护理

遵医嘱予鼻导管吸氧,氧流量 3~5 L/min,持续监测 SpO₂,定期或根据病情完善血气分析,确保 SpO₂≥95%。每日协助患者取半卧位或低斜坡卧位,抬高床头 30~45°,通过降低膈肌位置增加肺容量,同时减少腹腔脏器对胸腔的压迫,改善通气效率^[2]。每 2 h 协助患者翻身 1 次,翻身时用空心掌自下而上、由外向内轻叩背部,力度以患者无不适为宜,每次叩背持续 3~5 min,通过振动促进痰液松动;当闻及痰鸣音、SpO₂下降至 94% 以下或患者出现呼吸急促时,评估后及时经口负压吸痰,吸痰前予 100% 纯氧吸入 30 s,吸痰时间严格控制在 15 s 内,操作后密切观察面色、呼吸及心率变化,避免刺激引发心律失常^[3]。雾化吸入时协助患者取半坐卧位(病情允许时),调节氧气驱动流量至 5~8 L/min,确保药物有效沉积于气道,每次雾化时间 15~20 min,雾化后协助患者漱口(无法配合者用生理盐水擦拭口腔),预防口腔真菌感染^[4]。

2.4.2 感染控制与发热护理

保持病房环境清洁,温度控制在 22~24℃,湿度 50%~60%,每日通风 2 次,30 min/次,避免直吹患者。每日定时测量体温 4 次,体温≥38.5℃ 时每 1~2 h 复测 1 次,遵医嘱采用 32~34℃ 温水擦浴,重点擦拭颈部、腋窝、腹股沟等大血管走行处,利用水分蒸发散热,擦浴后 30 min 复测体温并详细记录。患者大量出汗时及时更换床单位与衣物,保持皮肤干燥^[5];出现寒颤时加盖棉被保暖,同时加床档做好坠床预防。严格遵医嘱执行抗生素与抗真菌药物治疗,确保给药时间、剂量准确,密切观察用药后有无皮疹、腹泻等不良反应;留置导尿管期间,每日用 0.5% 聚维酮碘棉球消毒尿道口及尿管近端 2 次,尿袋充盈至 1/2~2/3 时及时排空,每周更换导尿管,尿袋每 3 d 更换 1 次,告知家属避免自行拔管或冲洗;膀胱冲洗时严格执行无菌操作,控制冲洗速度为 80~100 mL/h,密切观察尿液颜色、性状及絮状物变化,每周复查尿培养,评估抗真菌治疗效果。

2.4.3 压疮护理

采用气垫床减压,与呼吸道护理同步,每 2 h 协助患者翻身 1 次,翻身时使用转移垫,避免拖、拉、拽动作损伤皮肤^[6]。骶尾部创面护理严格遵循无菌原则,换药前用生理盐水彻底清洁创面,去除坏死组织与渗液,仔细观察创面大小、基底颜色及渗液量;创面予无菌纱布覆盖,渗液较多时改用泡沫吸收性敷料,根据渗液情况更换,若敷料渗湿或污染及时更换。每次翻身时检查骶尾部、足跟等受压部位皮肤,涂抹润肤乳保持皮肤滋润,避免干燥开裂。结合中医护理,双下肢中药塌渍时将煎制好的中药纱布(温度 40~42℃)外敷于水肿部位,30 min/次,1 次/d,外敷后观察皮肤有无发红、瘙痒等过敏反应,通过温热与药物作用促进局部血液循环,减轻水肿。

2.4.4 营养护理

根据中医“脾肾阳虚”辨证,指导家属准备温阳散寒、健脾化痰的食物,如去油当归生姜羊肉汤、山药薏米粥及山楂陈皮饮等,避免生冷、寒凉、油腻及甜腻食物,食物温度控制在 38~40℃,质地软烂以适应患者吞咽功能。患者初期因食欲差予流质饮食,5~6 餐/d,150~200 mL/次;逐渐过渡至半流质饮食,增加鸡蛋羹、肉末粥等高蛋白食物。遵医嘱补充肠内营养制剂,用营养泵控制输注速度,初始 30 mL/h,无腹胀、呕吐等不适时逐渐增至 50~80 mL/h,输注时用肠内营养加温器维持制剂温度在 37℃ 左右,避免低温刺激胃肠道^[7]。每周监测白蛋白、血红蛋白水平,根据结果调整饮食方案,必要时遵医嘱补充人血白蛋白,改善低蛋白血症所致的水肿与创面愈合不良。

2.4.5 中医特色护理

①中药汤剂内服:选用温阳健脾化痰方,药物组成北柴胡 15 g(生用)、荆芥穗 15 g(生用)、黑顺片 5 g(炮制,遵医嘱先煎 30 min)、制巴戟天 10 g(炮制)、党参 15 g(生用)、生白术 20 g(生用)、陈皮 10 g(生用)、当归 15 g(生用)、炙甘草 10 g(蜜炙)、茯苓 20 g(生用)、金银花 20 g(生用)、桔梗 10 g(生用)、炒枳壳 10 g(麸炒)、白芷 15 g(生用)、生姜 10 g(鲜用)、肉桂 5 g(生用)。疗程:1 剂/d,连续 9 d。使用方法:1 剂/d,加水 800 mL,先煎黑顺片 30 min 后加入其余药物,先武火煮沸后转文火煎煮,取汁 200 mL,过滤去渣。分 2 次温服,100 mL/次,温度控制在 38~40℃,餐后 30 min 服用。

②耳穴压丸护理:治疗选取心、肺、神门穴。疗程:每日按压3~4次,每次按压持续3~5 min,按压间隔4~6 h,连续9 d。操作方法:用75%乙醇棉签以螺旋式消毒耳廓皮肤,待自然晾干后,将王不留行籽贴于穴位处,采用对压法(拇指与食指于耳廓前后对应按压)与直压法(垂直按压)交替进行,按压力度以局部出现酸、麻、胀、热感为度,避免过度用力损伤耳廓皮肤。

③穴位贴敷:选用本院自制温阳化痰穴贴,药物组成白芥子10 g、细辛5 g、甘遂3 g、延胡索10 g(均经炮制后研末,加生姜汁调膏),治疗选取天突穴。疗程:1次/d,每次保留4~6 h,连续9 d。操作方法:清洁穴位皮肤后将穴贴敷于天突穴,贴敷前评估皮肤完整性,贴敷期间密切观察局部反应,若出现剧烈刺痛或水疱立即取下,用无菌注射器抽吸水疱内液体并保留疱皮,局部消毒后覆盖无菌敷料,暂停贴敷。

④穴位按摩:治疗选取足三里(犊鼻下3寸,胫骨前嵴外1横指)、合谷(手背第1、2掌骨间)、肺俞(第3胸椎棘突下,旁开1.5寸)、内关(腕横纹上2寸,掌长肌腱与桡侧腕屈肌腱之间)。疗程:每穴按揉1~2 min,2次/d,连续9 d。操作方法:用拇指指腹按揉穴位,力度以局部产生酸胀感为宜,动作轻柔,避免暴力按压。

⑤黄金口护液:药物组成包括金银花10 g、黄芩10 g、苦参10 g、生甘草10 g(均为生用)。疗程:2次/d,连续9 d。使用方法:加水300 mL,煎煮取汁150 mL,过滤后温度调至38~40℃,用无菌棉球蘸取护理液,按照“齿龈—颊部—舌面—硬腭”的顺序擦拭口腔黏膜与牙齿,重点清洁舌苔与牙龈,每次擦拭时间约3~5 min,操作时动作轻柔,避免损伤黏膜,操作后30 min内禁食水。

⑥中药塌渍:药物组成包括桑枝15 g(生用)、苏木10 g(生用)、络石藤15 g(生用)、鸡血藤15 g(生用)、干姜15 g(炮制)、伸筋草15 g(生用)、红花10 g(生用)、桂枝10 g(生用)。疗程:2次/d,15~20 min/次,连续9 d。使用方法:水煎200 mL,过滤后待温度降至38~40℃(最高不超过42℃),将中药纱布外敷于双下肢水肿部位,每次外敷前检查皮肤无破损,外敷过程中观察有无红肿、瘙痒等过敏反应,外敷后擦干皮肤并注意保暖。

2.4.6 情志与安全护理

患者因老年痴呆认知功能减退、反应迟钝,护理时需保持态度和蔼、语言温柔,通过抚摸后背、

微笑对视等非语言方式传递关爱,缓解患者的陌生与不安感。每日定时播放患者年轻时熟悉的舒缓民乐或经典老歌,20~30 min/次,通过听觉刺激唤醒患者的记忆联结,减轻躁动、焦虑情绪。病房内保持安静舒适,避免突发噪音或强光刺激,防止引发患者惊惶情绪;床周加装双侧床档,床头及床尾放置软枕以缓冲碰撞,有效预防坠床风险;安排固定护理人员负责全程照护,减少人员更换频率,帮助患者建立稳定的安全感^[8-9]。

2.5 护理评价

经9 d中西医结合护理,患者各项评估指标及临床症状显著改善:体温恢复至36.5℃,感染指标C-反应蛋白降至5 mg/L以下,中性粒细胞百分比降至70%以下;SpO₂维持在96%~98%,双肺啰音消失,痰液由Ⅱ度黄黏痰转为Ⅰ度白色稀痰;尿色由深黄伴絮状物转为淡黄,尿培养未再检出白色假丝酵母菌;骶尾部压疮创面覆盖新生上皮,渗液明显减少,压疮面积缩小至2 mm×1 mm;白蛋白由27.7 g/L升至35 g/L,血红蛋白由91 g/L升至98 g/L,双下肢水肿明显减轻;跌倒风险评分由50分降至30分,压疮风险评分由11分升至15分(提示压疮风险降低),营养风险评分由3分降至2分,日常生活能力评分因老年痴呆基础疾病仍为0分;患者精神状态改善,可与家属进行眼神互动,进食意愿提升,未出现呕吐、腹泻等不适。出院时家属已熟练掌握翻身、创面护理及饮食指导要点,可独立完成居家基础照护。

3 结果和随访

患者经过9 d(2025年07月15日~07月24日)的中西医结合治疗与系统性护理,病情稳定,达到出院标准,于2025年07月24日准予出院。出院后1周(2025年08月01日),护理人员对患者进行电话随访,内容包括了解患者精神、饮食、二便情况,评估骶尾部压疮愈合进展,核查家属对翻身、叩背、饮食指导等居家照护要点的执行情况,并提醒家属按医嘱带患者近期复诊。家属反馈患者居家情况稳定,精神、食欲良好,骶尾部压疮创面已基本愈合,各项家庭护理措施均能规范落实,未再出现发热、呼吸困难等异常状况。

4 讨论

本例96岁高龄患者合并肺部感染、泌尿系真菌感染、压疮及老年痴呆,存在多并发症叠加、病

情复杂的特点。护理中通过中西医结合的整合干预,将西医的感染控制、气道管理与中医的辨证施护(如中药塌渍、穴位疗法)相结合,实现“多靶点协同改善”的效果。护理重点在于动态评估病情、精准落实措施,尤其针对压疮与感染的相互影响,通过无菌护理与中医外治的结合,有效阻断并发病的恶性循环^[10]。同时,兼顾高龄痴呆患者的情志照护需求与家属居家照护能力的培养,通过个性化指导提升长期护理效果。

本案例的优势在于系统整合中西医护理措施,针对多并发症形成协同干预方案,且在既定的9 d干预周期内取得显著改善效果,为临床高龄多并发症患者的护理提供了可复制的实践参考。但本研究也存在局限性,如仅为单病例研究,样本量有限,且缺乏长期居家护理的随访追踪数据,后续需进一步扩大样本量,开展多中心研究,并加强出院后延续性护理的探索,以完善护理方案并验证其长期应用效果。

患者知情同意:病例报告公开得到患者或家属的知情同意。

利益冲突声明:作者声明本文无利益冲突。

参考文献

- [1] 杜小君. 循证护理在长期卧床高龄老年患者肺部感染预防中的应用效果[J]. 重庆医学, 2021, 50(S2): 414-416.
DU X J. Application of evidence-based nursing in the prevention of pulmonary infection in elderly patients with long-term bed rest[J]. Chongqing Med, 2021, 50(S2): 414-416. (in Chinese)
- [2] 张磊. 高龄患者股骨粗隆间骨折继发肺部感染危险因素分析及闭合复位内固定治疗效果分析[J]. 中国防痨杂志, 2024, 46(S2): 138-140.
ZHANG L. Analysis of risk factors of lung infection secondary to intertrochanteric fracture of femur in elderly patients and the effect of closed reduction and internal fixation[J]. Chin J Antituberc, 2024, 46(S2): 138-140. (in Chinese)
- [3] 沈俊飞, 徐明星, 王书. 高龄肺部感染患者临床特征及院内预后危险因素分析[J]. 临床肺科杂志, 2024, 29(5): 683-688.
SHEN J F, XU M X, WANG S. Analysis of clinical characteristics and risk factors for in-hospital prognosis in elderly patients with pulmonary infection[J]. J Clin Pulm Med, 2024, 29(5): 683-688. (in Chinese)
- [4] 南金梅, 李若和, 姚剑川, 等. 高龄患者股骨颈骨折术后肺部感染预测模型的构建[J]. 中华医院感染学杂志, 2024, 34(16): 2477-2480.
NAN J M, LI R H, YAO J C, et al. Construction of a predictive model for postoperative pulmonary infection in elderly patients with femoral neck fractures[J]. Chin J Nosocomiology, 2024, 34(16): 2477-2480. (in Chinese)
- [5] 俞婷, 余小丽, 李鸿茹, 等. 高龄老年人社区获得性肺炎不同病原体感染的特点及危险因素分析[J]. 临床肺科杂志, 2023, 28(4): 590-593, 599.
YU T, YU X L, LI H R, et al. Characteristics and risk factors of infection with different pathogens in elderly patients with community-acquired pneumonia[J]. J Clin Pulm Med, 2023, 28(4): 590-593, 599. (in Chinese)
- [6] 金凤钟, 黄柏勇, 陈阳, 等. 红细胞分布宽度及 γ -谷氨酰转氨酶对高龄冠心病合并肺部感染患者预后评估的价值[J]. 中华老年多器官疾病杂志, 2023, 22(3): 166-170.
JIN F Z, HUANG B Y, CHEN Y, et al. Prognostic value of red blood cell distribution width and gamma-glutamyltransferase in advanced aged patients with coronary heart disease complicated with pulmonary infection[J]. Chin J Mult Organ Dis Elder, 2023, 22(3): 166-170. (in Chinese)
- [7] 燕雨晴, 史帝, 孟庆亚. 急性脑卒中合并肺部感染相关因素及预后的影响[J]. 中国防痨杂志, 2024, 46(S2): 231-233.
YAN Y Q, SHI D, MENG Q Y. Related factors and prognosis of acute stroke complicated with pulmonary infection[J]. Chin J Antituberc, 2024, 46(S2): 231-233. (in Chinese)
- [8] 谷翠珍. 针对患者高血压脑出血术后并发肺部感染中医护理对策分析[J]. 医学食疗与健康, 2023, 21(33): 221-222.
GU C Z. Analysis of TCM nursing countermeasures for patients with hypertensive cerebral hemorrhage complicated with pulmonary infection after operation[J]. Med Diet Health, 2023, 21(33): 221-222. (in Chinese)
- [9] 邹晖, 蒋娅, 湛于敏, 等. 综合护理对于中西医结合治疗老年性肺部感染患者的效果评价[J]. 中国防痨杂志, 2024, 46(S2): 282-284.
ZOU H, JIANG Y, CHEN Y M, et al. Evaluation of the effect of comprehensive nursing on the treatment of elderly patients with pulmonary infection with integrated traditional Chinese and western medicine

- cine [J]. Chin J Antituberc, 2024, 46 (S2) : 282–284. (in Chinese)
- [10] 冯梓柚, 李瑜, 闫语, 等. 近 10 年中医药治疗慢性难愈性创面研究的可视化分析[J]. 广州中医药大学学报, 2025, 42(6): 1545–1552.
- FENG Z Y, LI Y, YAN Y, et al. Visualized analysis of research on traditional Chinese medicine in treating chronic refractory wounds in the recent 10 years [J]. J Guangzhou Univ Tradit Chin Med, 2025, 42(6): 1545–1552. (in Chinese)

声明: 此案例经过本平台同行评议, 全文开放获取, 采用知识共享(CC BY 4.0)许可协议, 作者可在其他媒体再次发表。