

調研／研究報告

《跨專業基層治療膝痺病方案構建研究》

王鈞正副教授，何苑珊副教授，伍尚美教授，衛家聰副教授，程慧琳博士，劉志豪先生，黃少文先生，李文浩先生，盧曉敏小姐

香港理工大學護理學院

內容

	頁碼
摘要	1
正文	1-15
- 簡介	1
- 宗旨和目標	2
- 方法	2
- 結果	5
- 討論	11
- 影響	13
參考文獻	13
刊物（如有）	15
專利和其他知識產權（如有）	沒有
致謝（如有）	沒有
附錄	15

調研／研究報告

1. 摘要

背景：膝痹病影響全球數百萬人，隨著老齡化加劇，成為一項公共健康挑戰。香港政府實行中西醫結合試點項目推動中西醫結合的發展，但醫療人員之間的知識差距和有限的資源阻礙了中醫融入跨專業基層醫療(Interprofessional primary care, IPC) 團隊中。明確醫療人員的角色分工和方案框架對成功實施 IPC 至關重要。**目的：**本研究旨在開發一個基於社區的 IPC 管理膝痹病方案。**方法：**基於文獻回顧和專家焦點小組訪問制定了方案草案。邀請六方專家參與德爾菲研究並對方案進行修訂直到達成共識。**結果：**團隊共搜尋了四十二份有關文獻，了解到中醫在中西醫結合的角色以及促進和阻礙中西醫結合的因素。二十五位專家參與了專家焦點小組訪問，我們發現推進知識共享、增強領導力、明確專業角色和創作更好的協作環境是促進 IPC 管理膝痹病的關鍵因素。十六位專家參與了德爾菲研究。經過三輪評估，任命護士擔任個案經理、明確各領域的角色和責任、建立評估和轉診標準等 88 項內容達到 80% 以上共識。**結論：**IPC 不僅改善了護理協調，還有效應對了膝痹病管理的複雜性。未來的研究應著重於在臨床環境中實施此方案，以評估其實際效果。

2. 簡介

膝痺病是一種退行性關節疾病，影響著全球數百萬人的活動能力和生活質量¹。隨著全球人口老齡化加劇，膝痺病成為一項重要的公共健康挑戰，突顯了在基層醫療中採用有效管理策略的必要性^{2,3}。傳統方法常常忽略膝關節骨關節炎的非藥物治療和心理層面⁴，這凸顯了對以病人為中心的整體管理策略的需要。跨專業基層醫療 (interprofessional primary care, IPC) 強調來自不同學科的醫療專業人員之間的合作，以提供全面的護理。透過利用他們的專業互補，IPC 滿足患者的多樣化需求，這對於管理膝骨關節炎等疾病至關重要⁵。

2013 年，香港政府實行中西醫結合試點項目，在公立醫院試點中西醫結合，以探索不同醫學專業之間的協作方式。但中醫藥的發展及貢獻往往在基層醫療服務中更為明顯，跨專業治療有必要由醫院以及重症項目延伸到基層醫療服務。

然而，中醫和西方醫療專業人員之間的知識差距，加上訓練不足和資源有限，阻礙了中醫有效融入 IPC 團隊中。研究表明，醫療專業人員往往不清楚自己

在跨專業團隊中的角色和職責，且不善於與其他學科合作提供有效的患者護理建議^{6,7}。我們堅信，在香港成功實施 IPC，明確的角色分工和方案框架至關重要。

3. 宗旨和目標

本研究旨在構建一個為膝痺病患者而設的 IPC 方案，清晰及明確地為中醫、西醫、護士、物理治療師、職業治療師和社工分工，規劃出六方在膝痺病治療的職能、角色、服務範圍、權限和責任。

同時，我們也旨在識別並解決跨專業團隊成員之間的知識差距、角色分配、溝通權利及責任等相關因素。

4. 方法

本研究是一項採用德爾菲法的探索性研究。該方法包括探索階段和評估階段。在探索階段，研究團隊進行了文獻回顧和專家焦點小組訪問，初步制定了跨專業工作流程和框架，以及用於評估階段的問卷。在評估階段，我們進行了德菲爾研究。

4.1. 探索階段

4.1.1. 文獻回顧

在文獻探討階段，團隊搜尋包括 MEDLINE、CINAHL、EMBASE 和 Web of Science 在內的數據庫，集中發掘於 2010 到 2021 發佈的文章，文章裡需要有「中醫」和「膝痺病」和「跨專業」和「社區」或「基層」字眼。團隊共進行了兩次的文獻探討，第一次旨在評估關於 IPC 治療膝痺病的現有指南、標準和措施。因現時並沒有 IPC 治療膝痺病指南的文獻，故團隊另外尋找 IPC 治療其他病種的指南及本地醫院對疾病的護理指南作為本方案的參考。而第二次則評估現有干預措施的工作流程及各專業的角色分工方法和成效。

兩名研究團隊人員獨立進行標題／摘要和全文選擇以及符合條件的研究的數據提取。根據兩次文獻回顧的結果，研究團隊確定了 IPC 治療膝痺病的初步方案。

4.1.2. 專家識別

專家的識別和選擇分為三個階段。首先，研究團隊列出專家小組所需的特徵，如技能、經驗、相關專業資格和學術成就。潛在專家包括期刊作者、學術學者、中醫師、西醫、護士、物理治療師、職業治療師和社工，納入標準如下：

- (a) 在香港擁有五年以上臨床經驗，並且積極從事該領域相關工作；
- (b) 與其他選定專家無任何關係。

其次，研究團隊通過審查相關文獻、官方文件和公報名單來驗證潛在專家的身份。

第三，我們通過電子郵件邀請潛在專家參與研究，並解釋研究的性質和目的。如果被邀請的專家未回覆或拒絕參加，我們請他們推薦了其他可能對我們研究感興趣的專家。我們為同意參加本研究的專家提供資訊表和同意書。

4.1.3. 專家焦點小組訪問

我們以各專業分組，透過 Zoom 會議進行了焦點小組訪問，每次訪談持續約 60 分鐘。訪問涵蓋了幾個關鍵的重點領域，包括 (a) 每個專業在管理膝痺病方面的作用和能力，(b) IPC 團隊面臨的挑戰，以及 (c) 促進和阻礙 IPC 團隊合作的因素。訪問被記錄並逐字轉錄以供分析。研究小組對收集到的信息進行集中討論，直到就德爾菲研究的最終草案達成共識。

4.2. 評估階段-德爾菲研究

我們根據草案制做了一份中文問卷（附錄一）。問卷一共 126 個條目，分佈在以下六個領域：工作流程 (n = 5)、角色和責任 (n = 29)、評估 (n = 14)、治療和支援 (n = 54))、團隊協作 (n = 14) 和病人管理 (n = 10)。其中 99 個問題是封閉式問題，27 個問題是開放式問題。問卷允許專家在評估階段對跨專業治療流程和框架表達意見。

我們透過電子郵件發送問卷給參與德爾菲研究的專家，並每週發送一封提醒電子郵件。參與研究的專家將根據他們的經驗和知識提供意見，並對每個問題的內容的認同程度進行 9 分李克特量表評分（1= 強烈不同意，9= 強烈同意），以及該問題是否可以修改以提高其認同程度（是/否）。如果答案是“是”且/或專家提出了修改建議，他們被要求舉例說明如何修訂該問題。如果 $\geq 80\%$ 的專家在 9 分李克特量表上對某項的評分 ≥ 7 ，則該項被視為強烈同意^{8,9}。專家共識的次要衡量標準包括反應穩定性，即四分位變異係數 (qCOV) ($< 5\%$) 和組間相關性 (≥ 0.75) 進行評估¹⁰。如果滿足主要和次要衡量標準，則保留該項目。

第二輪問題包含未達到上述兩個標準及專家小組成員提出建議的項目。專家對每個問題的內容的認同程度進行 10 分李克特量表評分（1= 強烈不同意，10= 強烈同意），以及該問題是否可以修改以提高其認同程度（是/否）。如果中位數 ≥ 8 ，且超過 80%的專家給出的得分在 8 至 10 之間，則保留該項目。當中位數得分 ≤ 4 ，且超過 80%的專家給出的得分在 1 至 4 之間時，則達成共識以刪除該項目。中位數得分在 5 至 7 之間被視為模糊回應，該項目將納入第三輪，專家需要再次使用 10 分李克特量表重新評估該內容。他們會被告知第二輪的結果，並使用描述性統計數據，要求在表達最終意見之前重新考慮對每個項目的認同程度。如果該項目仍然模糊（中位數在 5 至 7 之間），則該項目將被排除。這一意見收集和評估過程將重複進行，直到至少 60%的項目達成共識。

4.3. 數據分析

在文獻回顧中，我們制做了一個數據提取表，以記錄納入文獻的研究特徵，包括作者、出版年份、研究設計、研究目的等。

在專家小組焦點訪問中，採用內容分析法來編碼專家的訪談記錄內容。NVivo 14.0 軟件被用於分析焦點小組的轉錄內容。兩位研究員通過系統地逐行編碼數據生成初始代碼和主題。識別促進和妨礙 IPC 管理膝痺病的關鍵因素。

在德爾菲研究中，定量數據使用社會科學統計套件（SPSS 版本 26）進行分析，以獲得總項目的得分百分比。描述性統計（平均數、標準差、中位數和比例）用於呈現人口統計學變量和每輪的回應。共識定義為 $\geq 80\%$ ⁸。對於開放式問題的數據，使用內容分析法對專家在特定問題上的回答內容進行編碼。該程序包括兩個步驟。首先，兩名研究團隊成員獨立進行編碼。然後，所有研究團隊成員討論結果，直到達成共識。當對專家意見的理解存在分歧，我們通過電子郵件向專家請求了進一步解釋。

4.4. 倫理考量

本研究已獲得香港理工大學倫理委員會的批准（倫理編號：HSEARS20230818001，附錄四）。我們通過書面或口頭溝通向潛在參與者解釋了研究的目的、方法和程序。參與者被告知參加本研究項目是自願的，並將簽署知情同意書。本研究遵循《赫爾辛基宣言》的規範進行。

5. 結果

5.1. 文獻回顧結果

團隊共搜尋了四十二份有關文獻，當中內容涵蓋了膝痺病的中西醫的診斷、治療、護理、跨專業合作的模式等等。文獻資料詳細列於附錄五和附錄六中。

5.2. 專家焦點小組訪問結果

十位中醫師，兩位醫生，五位護士，三位物理治療師，一位職業治療師，四位社工參與了專家焦點小組訪問。參與者名單及資料總結在表 1 中，焦點小組中最常出現的主題及引言分別列於表 2 和表 3 中。

表 1. 專家焦點小組訪問受訪者的人口統計學資料 (N=25)

ID	職業	年齡	性別	教育程度	職業年資/年	基層醫療 保健經驗/ 年	工作機構
001	醫生	45	男	博士	20	18	學術機構
002	醫生	52	男	碩士	28	26	私家醫院
003	中醫師	37	男	碩士	24	14	私人診所
004	中醫師	39	男	博士	15	15	非政府組織
005	中醫師	42	男	博士	13	12	學術機構
006	中醫師	29	女	學士	2	3	學術機構
007	中醫師	30	男	碩士	5	5	私人診所
008	中醫師	43	女	碩士	9	9	私人診所
009	中醫師	40	女	碩士	6	5	私人診所
010	中醫師	33	男	碩士	7	7	私人診所
011	中醫師	41	男	學士	8	8	私人診所
012	中醫師	70	男	碩士	32	40	私人診所
013	護士	36	女	碩士	11	10	其他
014	護士	43	男	碩士	19	0	公立醫院
015	護士	47	女	博士	23	7	學術機構

016	護士	43	男	碩士	18	0	學術機構
017	護士	38	女	碩士	15	0	公立醫院
018	職業治療師	43	男	碩士	20	20	私人診所
019	物理治療師	60	男	碩士	35	0	其他
020	物理治療師	41	男	碩士	20	1	私人診所
021	物理治療師	39	男	碩士	10	0	私人診所
022	社工	32	女	碩士	4	0	其他
023	社工	31	女	學士	8	0	非政府組織
024	社工	31	男	學士	9	0	非政府組織
025	社工	45	男	高級文憑	9	0	非政府組織

表 2. 專家焦點小組最認同的 TDF 領域相關的主題*

TDF 領域	主題	專家提及總次數(n=17)	中醫師(n=6)	醫生(n=2)	護士(n=2)	PT(n=3)	OT(n=1)	社工(n=3)
知識	其他專業人士的認識	11 (64.7%)	2	3	2	1	1	1
社會/職業角色和身份	領導力	9 (52.9%)	0	0	3	5	1	0
	自我認同	9 (52.9%)	3	0	1	3	1	1
	專業角色	14 (82.4%)	1	1	8	1	3	0
	團隊認可	11 (64.7%)	3	1	3	3	1	0
環境背景和資源	資源/物質資源：系統	11 (64.7%)	2	3	4	0	1	1

* 50%或以上的參與者認同該主題。

表 3. 專家焦點小組最認同的主題和說明性引言

領域：主題	副主題	說明性引言
知識：其他專業人士的認識	缺乏了解其他專業的認識 (-)	醫生 ID 001：“我覺得其實是因為我們對中醫了解不夠。” OT ID 018：“職業治療師對中醫治療概念和方法的理解有限。在合作時，由於缺乏對中醫的了解，中醫的作用可能會被忽視或排除在外。”

		醫生 ID 001: “今天，我不能在短時間內劃清醫生、中醫科室、中醫的範圍。” 社工 ID 024: “在跨專業合作中，每個專業人士都有自己特定的領域和培訓，缺乏對其他專業人士的深入了解。” 中醫師 ID 004: “非中醫從業人員並不清楚中醫能處理什麼。”
	擁有足夠的知識來理解其他專業(+)	護士 ID 014: “需要一些相關知識來平衡中西醫的差異，確保中西醫之間不會發生衝突。” 醫生 ID 001: “事實上，了解彼此的工作範圍至關重要。” 物理治療師 ID 021: “物理治療師、護士和職業治療師都適合分診角色。這些專業人士都擁有足夠的醫學背景和知識，可以提供有效的治療和轉診。” 社工 ID 023: “對於社工來說，不僅需要了解自己的專業，還需要掌握其他專業的知識，才能更好地理解和處理問題。” 中醫師 ID 004: “有必要對中醫藥專業人員進行教育，提高中醫師與各類醫療專業人員合作管理患者的能力，從而將適合的患者轉診至中醫治療。”
社會/職業角色和身份：領導力	領導力(+)	護士 ID 014: “個案經理充當個案負責人，負責建立和執行整個專案。個案經理需要與多方溝通和合作，以了解患者的需求。‘領導或總結的角色可以由西醫醫生擔任，但病例管理決策時應考慮其他專業人士的意見。’ 物理治療師 ID 020: “有一個領導負責對患者進行分診，可能是醫生，也可能是護士，他們需要了解每個專業的特點，以確定患者的需求。” “在基層醫療中，除了醫生之外，護士、職業治療師和社工等專業人員也能夠發揮領導作用，特別是在轉診和病例管理方面。” “基層醫療專業人員擁有醫學知識和背景，可以確定自己的專業領域，並在病例管理和轉診過程中發揮領導作用。”
社會/職業角色和身份：自我認同	清晰的自我認知(+)	社工 ID 023: “每個專業都應該明確自己的角色，了解其對決策的影響，以確保合作順利。” “社工在跨專業合作中發揮橋樑作用，整合專業建議以滿足患者的需求。” “社工在處理不同行業之間的糾紛時扮演調解人的角色，努力統一不同專業的觀點和需求。” 護士 ID 014: “護士的角色通常被認為是個案經理，需要與醫生合作。” 職業治療師 ID 018: “我們與其他醫療專業人員（例如醫生或物理治療師）合作，提供緩解疼痛的藥物和物理治療。” 物理治療師 ID 020: “物理治療師可以扮演分診角色，首先評估患者的需求，如果他們無法解決患者的問題，他們將被轉介給其他專業人士，例如醫生或營養師。” 中醫師 ID 003: “中醫和物理治療的功能是重疊的。除了按摩和針灸之外，物理治療還提供肌肉鍛煉方法。”
	模糊的自我認知(-)	中醫師 ID 004: “有些中醫堅持自己做所有的工作。”
	社工的角色(+)	社工 ID 025: “我們會提供陪護服務，例如有些老人行動不便或害怕摔倒，需要有人陪同去醫院複診。”

社會/職業角色和身份：專業分工	護士的角色(+)	護士 ID 013：“護士在基層醫療中發揮著重要作用，當面對膝蓋疼痛時，他們需要進行觀察，以找出為什麼其他專業治療方法無法幫助患者的原因。” “護士教導病人如何在等待治療或複診排隊期間自我控制疼痛并緩解症狀。”
	西醫醫生和中醫師的角色(+)	護士 ID 013：“西醫和中醫的作用主要是開藥或治療，具有治療性質。” 護士 ID 014：“西醫和中醫負責制定治療方案。” 職業治療師 ID 018：“醫生進行影像診斷，例如 X 光或超音波，以了解患者膝痺病的類型和嚴重程度，以及治療的可能性。” 中醫師 ID 004：“在人力資源有限的情況下，中醫可以充當轉介角色。” 中醫師 ID 003：“利用確定患者是否適合手術的單一角度對患者進行分診時，任何醫療專業人士都可以扮演這一角色。從治療的角度來看，物理治療應該作為初步診斷的作用。”
	物理治療師的角色(+)	物理治療師 ID 019：“醫院科室裡可能有很多不同的專職醫療人員坐在一起開會，他們的角色各有不同。” 物理治療師 ID 020：“在基層醫療中，物理治療師非常熟悉許多疾病，因此可以為患者提供多種選擇和建議。” 護士 ID 013：“物理治療師的作用包括陪伴老年人運動和教授輔助設備的使用。”
	職業治療師的角色(+)	職業治療師 ID 018：“職業治療師評估並教育患者有關日常生活中可能加劇病情的風險因素，例如蹲下和起身。” “物理治療師和職業治療師都重視提高患者的日常生活能力。” “兩個專業的干預點可能不同，但最終目的都是提高患者的獨立性。”
社會/職業角色和身份：角色互補	重視護士在團隊中的互補角色(+)	醫生 ID 001：“護士和醫生在膝痺病的治療方面互補。” 護士 ID 013：“在患者接受物理治療師或其他專業人員的治療後，護士扮演提供額外治療的角色。”
	重視中醫師在團隊中的互補角色(+)	護士 ID 014：“中醫的作用更多的是提供一些補充劑，讓患者感覺整體健康狀況更好。” 物理治療師 ID 019：“在私人診所中，物理治療師不僅僅是治療師，而且還充當顧問。” 物理治療師 ID 020：“我們和中醫的角色可以互補，也可以互相交流。” “我們教育病人自我照護對於疾病進展的重要性。我們也教育患者了解膝關節置換手術的好處和效果。我們訓練患者如何進行肌肉鍛煉，例如平衡練習。” “在跨專業合作中，物理治療也參與其他專業人士的工作。職業治療師可能會提供防護裝備或器具建議，但最終的處方是由物理治療師完成的。” 中醫師 ID 004： “病人抱怨說，他不想吃西藥，因為西藥有副作用，而且不能緩解疼痛。中醫可以透過針灸和推拿骨法幫助患者緩解疼痛。”
	重視物理治療師在團隊中的互補角色(+)	中醫師 ID 004：“當物理治療有效時，可以節省針灸治療的時間。”

	忽視中醫師在團隊中的互補角色(-)	中醫師 ID 004：“中醫治療膝痺病可以起到輔助作用，但目前被其他專業人士忽視。”
環境背景和資源：資源/物質 資源：系統	轉診系統不方便(-)	護士 ID 013：“私人診所無法將數據直接上傳到電子醫療系統。因此，這些診所仍然依賴使用紙本文件和傳統的轉診方法。” 中醫師 ID 011：“繼續使用目前的轉診機制將無法將大量患者轉介給中醫師，這將導致中醫師無法參與跨專業合作。”
	建立轉診系統(+)	醫生 ID 001：“關於政府和公共組織要做的事情，就是在一個地區建立一個網絡系統。我覺得如果政府有轉診制度的話，當醫院主動轉診，部門對於轉診的意願也會很強。” 中醫師 ID 003：“為了患者的最大利益，需要一個指南來確定患者應該接受中藥還是西藥。”
	建立資訊共享/反饋的系統(+)	護士 ID 014：“eHealth 平台可以用來建立病歷共享系統，方便團隊跟進患者的治療進展和病情進展。” 醫生 ID 001：“其實大家已經有了一個很好的系統，可以互相分享一些信息。”
	缺乏溝通的系統/平台(-)	護士 ID 014：“理想的狀態是團隊進行定期會議商量，但可能存在資源限制。” 醫生 ID 001：“我覺得基礎設施還不完善，可能不太容易實現面對面討論，甚至通信討論。”
	建立溝通的系統/平台(+)	護士 ID 013：“理想情況下，有一個跨專業團隊討論病例的平台。” 職業治療師 ID 018：“可以利用線上時事通訊和其他方式進行溝通，並將不同專業人士的觀點納入討論。” 社工 ID 023：“技術的改善可以改善溝通，例如建立一個平台，供醫生和其他專業人員在患者病歷中留下筆記，並為病例管理者整合信息，使溝通更加順暢。”

5.3. 德爾菲研究結果

十六名專業人士 (64%) 同意參加研究。表 4 整理了十六名專業人士的資料。

第一輪問卷中，組間相關性為 0.957 ($p < 0.001$)，顯示六個專家組之間的答案具有很高的信度，第一輪評估之後，23 項題目達到共識標準，相關內容被保留在方案中；38 項題目內容經過專家意見修改后被保留在方案中；9 項題目相關內容被刪除；29 項題目在第二輪中重新評估。在第二輪評估中，19 項題目達到共識標準；1 項題目相關內容被刪除；9 項題目在第三輪中重新評估。在第三輪評估中，8 項題目共識標準；1 項題目經過修改后被保留至方案中。附錄七整理了詳細的三輪問卷的結果。

表 4. 德爾菲研究參與者的人口統計學資料(N=16)

ID	職業	年齡	性別	教育程度	職業年資/年	基層醫療保健經驗/年	工作機構
001	醫生	45	男	碩士	20	18	學術機構
002	醫生	52	男	博士	28	26	私家醫院
003	中醫師	39	男	博士	15	15	非政府組織
004	中醫師	37	男	碩士	14	14	私人診所
005	中醫師	42	男	博士	13	12	學術機構
006	護士	47	女	博士	23	7	學術機構
007	護士	43	男	碩士	18	0	學術機構
008	護士	38	女	碩士	15	0	公立醫院
009	物理治療師	60	男	碩士	35	0	其他
010	物理治療師	41	男	碩士	20	1	私人診所
011	物理治療師	39	男	碩士	10	0	私人診所
012	職業治療師	43	男	碩士	20	20	私人診所
013	職業治療師	25	女	碩士	1	0	學術機構
014	社工	31	女	學士	8	0	非政府組織
015	社工	31	男	學士	9	0	非政府組織
016	社工	45	男	高級文憑	9	0	非政府組織

6. 討論

6.1. 文獻回顧

中醫因其整體治療方法和有效性而受到認可，促進了中西醫的協作醫療。然而，中西醫結合仍面臨諸多挑戰。文獻回顧顯示，中醫具有八個關鍵作用，包括減輕西藥副作用、改善心理健康和調節免疫系統等¹¹⁻¹⁴。中醫師在提供中醫診斷、開立中醫處方及進行健康宣教方面的角色與西醫從業人員密切合作^{12, 15}。

中西醫協作的促進因素包括中醫的安全性、認可度、政策支持、可及性和明確的實施指南^{12, 13, 15-18}。阻礙因素包括中醫安全問題、研究不足、其他醫學專業人員對中醫知識的欠缺、態度不明確及中醫可及性低¹⁹⁻²¹。特別是草藥與西藥的相互作用構成了重要阻礙。

在中國，由於政策和資金的支持，中西醫協作相對良好；而在香港等地，合作則較為有限。為了加強協作，未來應集中於改善中醫教育、解決安全問題並制定基於證據的指南，並促進中醫與其他醫學專業人員之間的相互尊重和理解。

6.2. 專家焦點小組訪問

通過專家焦點小組訪問，我們發現推進資訊共享、增強領導力、明確專業角色和創建更好的協作環境是促進 IPC 管理膝痹病的關鍵因素。與文獻回顧結果相似，專家認為中醫和其他醫學專業人員之間缺乏了解是一個重要的阻礙。為了克服這個問題，應促進中醫和其他醫學專業人員之間的相互尊重和理解。

其中，領導力在加強 IPC 方面發揮著至關重要的作用，專家建議任命一名個案經理來協調團隊溝通。由於護士與患者的密切接觸和掌握護理各個階段的信息的作用，其被認為是 IPC 中與醫生並列的核心人物²²。

轉診系統和資訊共享方面的挑戰阻礙了有效的協作，導致護理方案分散和醫療成本增加²³。專家建議引入雙向轉診模式，以改善專業人員之間的溝通和協調，降低醫療錯誤和重複檢查的可能性²⁴。

在 IPC 實踐的每個階段，應關注不同的促進措施，比如提供協作醫療的激勵措施、針對性的培訓和有效的溝通²⁵。

6.3. 德爾菲研究

德爾菲研究旨在就跨專業團隊內管理膝痹病的基本工作流程和框架達成共識。經過三輪評估，任命護士擔任個案經理、明確各領域的角色和責任、建立評估和轉診標準等 88 項內容達到 80% 以上共識。這項研究彌補了文獻中的空白，並為 IPC 管理膝痹病提供了指南。

護士病例經理透過診斷病情、評估影響、提供藥物以及與其他專業人員協調護理，在 IPC 管理膝痹病中發揮著至關重要的作用²⁶。護士擔任個案經理可以提高患者的治療效果和滿意度²⁷。

德爾菲研究再次強調了 IPC 中的衝突常常源於角色不明確。建立明確的角色劃分和營造開放的溝通氛圍對於最大限度地減少衝突和加強協作至關重要²⁸。定期會議有助於提升醫療人員之間的理解和共同決策²⁹。

專業人員之間了解不足可以透過有針對性的教育和培訓來解決，特別是個案經理需要接受中醫培訓來有效地應用中醫知識³⁰。培訓應涵蓋中醫基礎知識和膝痹病的診斷、治療和健康管理。

由電子健康檔案支持的轉診體系可以加強團隊內部溝通並減少不必要的程序，從而改善患者護理效果。電子檔案有助於即時資訊分享，可以及時調整治療方案並減少重複測試，避免導致患者因檢查過多產生的焦慮，並減輕了與分散醫療服務相關的壓力³¹。

7. 影響

該研究基於文獻回顧和專家焦點小組訪談，並採用了嚴謹的德爾菲方法，最終制定了為膝痺病患者而設的基層跨專業治療方案，填補了該領域的文獻空白。這一方案將成為未來驗證基層跨專業治療管理膝痺病的臨床研究基礎，進一步促進相關學術發展。預期該方案能有效提高患者安全性，改善治療效果及生活質量。此外，研究結果將為政府和醫療機構制定相關政策提供重要依據，推動跨專業治療的實施。

8. 參考文獻

1. Wallace IJ, Worthington S, Felson DT, Jurmain RD, Wren KT, Maijanen H, et al. Knee osteoarthritis has doubled in prevalence since the mid-20th century. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2017;114(35):9332-6.
2. Chen H, Wu J, Wang Z, Wu Y, Wu T, Wu Y, et al. Trends and Patterns of Knee Osteoarthritis in China: A Longitudinal Study of 17.7 Million Adults from 2008 to 2017. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(16).
3. Li E, Tan J, Xu K, Pan Y, Xu P. Global burden and socioeconomic impact of knee osteoarthritis: a comprehensive analysis. *Front Med (Lausanne)*. 2024;11:1323091.
4. Nazarinasab M, Motamedfar A, Moqadam AE. Investigating mental health in patients with osteoarthritis and its relationship with some clinical and demographic factors. *Reumatologia*. 2017;55(4):183-8.
5. Rawlinson C, Carron T, Cohidon C, Arditi C, Hong QN, Pluye P, et al. An Overview of Reviews on Interprofessional Collaboration in Primary Care: Barriers and Facilitators. *Int J Integr Care*. 2021;21(2):32.
6. Brault I, Kilpatrick K, D'Amour D, Contandriopoulos D, Chouinard V, Dubois CA, et al. Role clarification processes for better integration of nurse practitioners into primary healthcare teams: a multiple-case study. *Nurs Res Pract*. 2014;2014:170514.
7. Li D. On Role conflict and role ambiguity: the case of Social Workers in healthcare teams. *International Healthcare Review* (online). 2022.

8. Stewart D, Gibson-Smith K, MacLure K, Mair A, Alonso A, Codina C, et al. A modified Delphi study to determine the level of consensus across the European Union on the structures, processes and desired outcomes of the management of polypharmacy in older people. *PLoS One*. 2017;12(11):e0188348.
9. Taherdoost H. What Is the Best Response Scale for Survey and Questionnaire Design; Review of Different Lengths of Rating Scale / Attitude Scale / Likert Scale. 2019.
10. Kalaian SA, Kasim RM. Terminating sequential Delphi survey data collection, practical assessment. *Res Eval*. 2012;17.
11. Hsu PC, Wu HK, Chang HH, Chen JM, Chiang JY, Lo LC. A Perspective on Tongue Diagnosis in Patients with Breast Cancer. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2021;2021:4441192.
12. Ma J, Huang M, Wang SH, Tan QM, Zhang LS. Undiagnosed pleural effusion treated with traditional Chinese medicine: A case report. *Explore (NY)*. 2022;18(3):362-5.
13. Zhang K, Tian M, Zeng Y, Wang L, Luo S, Xia W, et al. The combined therapy of a traditional Chinese medicine formula and Western medicine for a critically ill case infected with COVID-19. *Complement Ther Med*. 2020;52:102473.
14. Zhao YX, Yao MJ, Shen JW, Zhang WX, Zhou YX. Electroacupuncture attenuates nociceptive behaviors in a mouse model of cancer pain. *Mol Pain*. 2024;20:17448069241240692.
15. Pan G, Ji W, Wang X, Li S, Zheng C, Lyu W, et al. Effects of multifaceted optimization management for chronic heart failure: a multicentre, randomized controlled study. *ESC Heart Fail*. 2023;10(1):133-47.
16. Deng X-Y, Xu T-S. [Clinical observation of acupuncture combined with sertraline hydrochloride tablets on tumor-related depression]. *Zhongguo Zhen Jiu*. 2019;39(4):379-83.
17. Fan H, Wang XF, Gao W. [Effect of Qihong decoction on rehabilitation of patients after coronary artery bypass]. *Zhongguo Zhong Xi Yi Jie He Za Zhi*. 2009;29(3):215-8.
18. Tang WR, Yang SH, Yu CT, Wang CC, Huang ST, Huang TH, et al. Long-Term Effectiveness of Combined Treatment with Traditional Chinese Medicine and Western Medicine on the Prognosis of Patients with Lung Cancer. *J Altern Complement Med*. 2016;22(3):212-22.
19. Fung FY, Linn YC. Developing traditional chinese medicine in the era of evidence-based medicine: current evidences and challenges. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2015;2015:425037.
20. McQuade JL, Meng Z, Chen Z, Wei Q, Zhang Y, Bei W, et al. Utilization of and Attitudes towards Traditional Chinese Medicine Therapies in a Chinese Cancer Hospital: A Survey of Patients and Physicians. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2012;2012:504507.
21. Zhu H, Wang X, Wang X, Pan G-X, Zhu Y, Feng Y. The toxicity and safety of Chinese medicine from the bench to the bedside. *Journal of Herbal Medicine*. 2021;28:100450.
22. Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;6(6):Cd000072.
23. Gaboury I, Boon H, Verhoef M, Bujold M, Lapierre LM, Moher D. Practitioners' validation of framework of team-oriented practice models in integrative health care: a mixed methods study. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:289.
24. Wen X, Song Q, OuYang S, Yao Z, Luo Y. Novel use of structural equation modeling to examine the development of a framework of patient-centered two-way referral systems for building digital subjective well-being healthcare: A cross-sectional survey in Central China. *Digit Health*. 2024;10:20552076241253079.
25. Keshmiri F, Rezai M, Mosaddegh R, Moradi K, Hafezimoghadam P, Zare MA, et al. Effectiveness of an interprofessional education model based on the transtheoretical model of behaviour change to improve interprofessional collaboration. *J Interprof Care*. 2017;31(3):307-16.
26. Hill J, Lewis M, Bird H. Do OA patients gain additional benefit from care from a clinical nurse specialist?--a randomized clinical trial. *Rheumatology (Oxford)*. 2009;48(6):658-64.
27. Antonelli MC, Starz TW. Assessing for risk and progression of osteoarthritis: the nurse's role. *Am J Nurs*. 2012;112(3 Suppl 1):S26-31.
28. Ly O, Sibbald SL, Verma JY, Rocker GM. Exploring role clarity in interorganizational spread and scale-up initiatives: the 'INSPIRED' COPD collaborative. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):680.
29. McLaney E, Morassaei S, Hughes L, Davies R, Campbell M, Di Prospero L. A framework for interprofessional team collaboration in a hospital setting: Advancing team competencies and behaviours. *Healthc Manage Forum*. 2022;35(2):112-7.
30. Brown J, Lewis L, Ellis K, Stewart M, Freeman TR, Kasperski MJ. Conflict on interprofessional primary health care teams--can it be resolved? *J Interprof Care*. 2011;25(1):4-10.

31. Iversen MD, Price LL, von Heideken J, Harvey WF, Wang C. Physical examination findings and their relationship with performance-based function in adults with knee osteoarthritis. BMC Musculoskelet Disord. 2016;17:273.

9. 刊物

1. Lee, J.H.T., Kan, M.M.P., & Wong, A.K.C. (2024). The Structure, process, and outcomes of interprofessional care among knee osteoarthritis patients: A scoping review. EFFORT, in press.
2. Wong AKC, Shi N, Ho A, Ho JYS. The roles of traditional Chinese medicine within an interdisciplinary team in predominantly Western medical settings: A scoping review. J Integr Med. 2026 Jan;24(1):65-80. doi: 10.1016/j.joim.2025.11.004. Epub 2025 Nov 6. PMID: 41242889.

附錄

附錄一、德爾菲研究問卷（第一輪）

說明

首先，感謝大家參與較早前的跨專業基層治療膝痺病方案的焦點小組，我們研究團隊在收集各方意見後，重新整理了方案初稿。現希望各位專家能審閱並給予意見。謝謝。

本問卷旨在構建跨專業基層治療膝痺病方案，主要涉及「醫療團隊的工作流程」、「醫療專業人員的角色和責任」、「膝痺病的評估」、「膝痺病的治療和支援」、「團隊的協作」和「團隊對膝痺病病人的管理」六部分。請您在下面的選項中，選出您認同的選項。此外，除已包括的問題外，歡迎您就以上各方面提出其他意見。你可直接在問卷中填寫意見或直接在發放的初稿中用 track-change 方式更改，謝謝您！

受訪者背景資料

姓名：_____

所屬專業：

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| ☐ 中醫 | ☐ 西醫 | ☐ 護士 |
| ☐ 物理治療師 | ☐ 職業治療師 | ☐ 社工 |

聯繫電話：_____

關於醫療團隊的工作流程：

1. 您同意方案中的醫療團隊的工作流程 – 由護士作個案經理與有醫療需要的病人接觸，並作轉介其他醫療專業嗎？

- | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| ☐ 非常同意 | ☐ 同意 | ☐ 中度同意 | ☐ 有些同意 | ☐ 中立 |
| ☐ 有些不同意 | ☐ 中度不同意 | ☐ 不同意 | ☐ 非常不同意 | |

2. 您同意方案中的醫療團隊的工作流程 – 由社工個案經理與病人接觸，並提供情緒支援嗎？

- | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| ☐ 非常同意 | ☐ 同意 | ☐ 中度同意 | ☐ 有些同意 | ☐ 中立 |
| ☐ 有些不同意 | ☐ 中度不同意 | ☐ 不同意 | ☐ 非常不同意 | |

3. 您同意方案中的醫療團隊的工作流程 – 由社工個案經理為病人提供情緒支援後，如有進一步醫療需要，可以轉介至其他醫療專業嗎？

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

4. 您同意方案中的醫療團隊的工作流程 – 中西醫之間可根據病人的病情由哪一方處理較適合而可作互相轉介嗎？

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

5. 您認為醫療團隊的工作流程的部份需要補充或修改嗎？若有，請於下括弧中填寫，謝謝您！

☐有 ☐無
補充或修改：()

一. 關於醫療專業人員的角色和責任：

6. 您同意方案中西醫的角色和責任中講述監察與跟進的內容嗎？(即監察病人的進展，根據需要調整治療計劃，進行定期的跟進會診)

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

7. 您認為西醫的角色和責任的部份需要補充或修改嗎？若有，請於下括弧中填寫，謝謝您！

☐有 ☐無
補充或修改：()

8. 您同意方案中中醫師的角色和責任中講述協助術後恢復的內容嗎？(即在等候手術的時間中改善病人身體狀況，控制好基礎病的數據，如血糖、氣喘，讓病人對手術更有信心，術後恢復效果更好；在術後亦可在飲食中以中藥調理幫助病人，改善病人術後的貧血及血色差的問題)

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

9. 您認為中醫師的角色和責任的部份需要補充或修改嗎？若有，請於下括弧中填寫，謝謝您！

☐有 ☐無
補充或修改：()

10. 您同意方案中護士的角色和責任中講述個案經理的內容嗎？(即有醫療需要的病人首次前往醫療單位[例如地區康健中心]尋求醫療服務時，將與個案經理見面，個案經理將根據病人的意願及專業判斷，將病人轉介到其他單位作進一步跟進。個案經理亦會對病人情況作首次詳細記錄)

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

11. 您同意方案中護士的角色和責任中講述病人教育的內容嗎? (即從科學層面教育病人有關膝痺病的資訊、治療選擇和、自我管理方法如運動、姿勢調整、按摩，確保病人理解病情和治療計劃，並教導他們如何與痛症共存)
- ☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意
12. 您同意方案中護士的角色和責任中講述症狀管理和支援的內容嗎? (即協助管理症狀，由病情初期到手術後的復康，提供任何傷口護理，並回應病人對膝痺病相關的諮詢；提供心理支援，改變病人如何面病症，更積極配合治療。需要時，個案經理亦會聯繫其他醫護人員協助病人管理症狀)
- ☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意
13. 您同意方案中護士的角色和責任中講述協調護理的內容嗎? (即促進跨專業中醫療人員之間的溝通，確保各專業之間的順暢交接，並為病人提供心理支援或中醫治療的轉介服務)
- ☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意
14. 您同意方案中護士的角色和責任中講述病人分流的內容嗎? (即確認病情的階段，進行分流，區分低風險和高風險病人)
- ☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意
15. 您同意方案中護士的角色和責任中講述建立關係的內容嗎? (即傾聽病人，與病人建立良好的關係，幫助他們應對生活中的挑戰，提高其生活質量)
- ☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意
16. 您同意方案中護士的角色和責任中講述病人監察的內容嗎? (即觀察病人的姿勢，例如行走方式是否正常，是否正確使用拐杖或輔助器具；提供密集的觀察和指導，確保病人正確地執行治療；由於中西醫的醫療合作，護士須協助留意中西醫藥之間有否產生衝突)
- ☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意
17. 您認為護士的角色和責任的部份需要補充或修改嗎? 若有，請於下括弧中填寫，謝謝您！
- ☐有 ☐無
補充或修改：()
18. 您同意方案中物理治療師的角色和責任中講述功能評估的內容嗎? (即檢查病人的身體結構和姿勢，為病人進行測試以評估與膝痺病相關的活動能力、強度、活動範圍和功能限制)
- ☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

19. 您同意方案中物理治療師的角色和責任中講述痛症管理的內容嗎? (即採用手法治療和物理療法來管理痛症，改善並恢復病人的肌腱功能，讓病人能進行病前的活動；採用被動治療，如運用電療儀器，推遲病人接受手術的時間)
- ☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意
20. 您同意方案中物理治療師的角色和責任中講述病人教育的內容嗎? (即進行健康教育，教育病人自我護理對病情發展的重要性，讓病人懂得自我護理；教育換膝手術帶來的好處及效果，令病人對手術作好心理準備)
- ☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意
21. 您認為物理治療師的角色和責任的部份需要補充或修改嗎? 若有，請於下括弧中填寫，謝謝您！
- ☐有 ☐無
補充或修改：()
22. 您同意方案中職業治療師的角色和責任中講述日常生活活動評估的內容嗎? (即評估病人執行日常生活活動的能力及加劇病情的風險因素，並提供教育、治療、跟進及復康提供方法或適應性設備以增強獨立能力及下肢的活動能力，減輕病人的不適感)
- ☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意
23. 您同意方案中職業治療師的角色和責任中講述自理能力改善的內容嗎? (即評估個案在進食、梳洗、如廁、洗澡等表現及障礙，提供針對性個別訓練，配佩生活輔具)
- ☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意
24. 您同意方案中職業治療師的角色和責任中講述痛症評估的內容嗎? (即使用視覺類比評估 (VAS)，量度病人的疼痛程度)
- ☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意
25. 您同意方案中職業治療師的角色和責任中講述增加認知的內容嗎? (即加強病人對疼痛和膝痺病的認知，例如對生活範圍、自我照顧、工作和消閒的影響程度；解釋並消除病人對生活輔助工具的擔憂，以確保他們能夠接受並有效使用這些工具)
- ☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意
26. 您同意方案中職業治療師的角色和責任中講述家居改裝的內容嗎? (即進行家居安全評估，建議並協助進行家居改裝，以營造支持病人活動和功能的環境)
- ☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

27. 您同意方案中職業治療師的角色和責任中講述關節保護及省力技巧的內容嗎? (即教導病人在日常活動中保護關節及節省體力的技巧)
- ☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意
28. 您同意方案中職業治療師的角色和責任中講述監察病人的內容嗎? (即監察病人是否遵從治療計劃，並提供定期的反饋，以確保治療效果)
- ☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意
29. 您認為職業治療師的角色和責任的部份需要補充或修改嗎? 若有，請於下括弧中填寫，謝謝您！
- ☐有 ☐無
補充或修改：()
30. 您同意方案中社工的角色和責任中講述個案經理的內容嗎? (即沒即時危險的病人首次前往醫療單位[例如地區康健中心]尋求醫療服務時，將首先與個案經理見面，社工個案經理可先為病人提供心理支援，若後續病人有醫療需要，將根據病人的意願及專業判斷，將病人轉介到其他單位作進一步跟進。個案經理亦會對病人情況作首次詳細記錄)
- ☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意
31. 您同意方案中社工的角色和責任中講述病人跟進的內容嗎? (即定期跟進病人的治療進度，儘管病人已轉介到其他專業，也須關注病人的心理狀況會否有延誤治療的情況)
- ☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意
32. 您同意方案中社工的角色和責任中講述簡化專業用詞的內容嗎? (即將複雜的專業術語簡化，以簡單易懂的方式向病人複雜難明的治療指引，確保病人理解並能夠遵從)
- ☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意
33. 您同意方案中社工的角色和責任中講述團隊橋樑的內容嗎? (即在跨專業合作中扮演橋樑角色，串連各專業的意見，經梳理及整合後向病人講解團隊的診斷及照護方案)
- ☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意
34. 您認為社工的角色和責任的部份需要補充或修改嗎? 若有，請於下括弧中填寫，謝謝您！
- ☐有 ☐無
補充或修改：()

二. 關於膝痺病的評估：

35. 您同意西醫評估由普通科醫生執行，並經由護士個案經理轉介嗎？
- ☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意
36. 您同意西醫評估中講述初步診斷中第一步，進行身體檢查的內容嗎？(即檢查是否存在關節摩擦聲；檢查步姿，特別關注有否不一致和不穩定的情況；檢查行髌關節，確定膝關節疼痛的原因，排除因髌關節異常而引起的膝關節疼痛；觀察是否有關節滲液、結痂、畸形和整體不對齊的情況；檢查韌帶，評估是否有任何不穩定性；注意是否有矯正畸形的能力；對膝關節進行觸診，嘗試定位觸痛的區域；評估膝關節的活動範圍，注意彎曲畸形和膝蓋骨的情況)
- ☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意
37. 您同意西醫評估中講述初步診斷中第二步，對病人疼痛部位的評估的內容嗎？(即在病人病歷中記錄疼痛的位置；有前膝疼痛，並在蹲下或爬樓梯時惡化時，考慮可能涉及髌骨或股骨異常；注意與機械性症狀相關的關節線疼痛，考慮可能涉及半月板病變；注意腰椎和同側髌關節的轉介性疼痛可能呈現為膝疼痛)
- ☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意
38. 您同意西醫評估中講述初步診斷中第三步，與病人討論症狀的內容嗎？(即與活動有關的關節疼痛；早晨關節僵硬或持續超過 30 分鐘的早晨僵硬；功能上的限制)
- ☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意
39. 您認為西醫評估 - 初步診斷的部份需要補充或修改嗎？若有，請於下括弧中填寫，謝謝您！
- ☐有 ☐無
補充或修改：()
40. 您同意西醫評估中講述影像檢查中，使用 X 光 (Kellgren 和 Lawrence [KL]分級法) 的內容嗎？(即使用此分級法確定任何關節腔窄化 [等級 0 = 正常；等級 1 = 存在模糊的骨刺；等級 2 = 存在明確的骨刺但沒有關節腔窄化；等級 3 = 存在關節腔窄化；等級 4 = 完全喪失關節腔])
- ☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意
41. 您同意西醫評估中講述影像檢查中，使用 X 光 (OA Research Society International 開發的 OARS 圖譜) 的內容嗎？(即使用此分級法為關節腔窄化評分，0 [無]、1 [輕度]、2 [中度] 和 3 [嚴重]，骨刺的評分為 0 [無]、1 [小]、2 [中度]和 3 [大])
- ☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意
42. 您同意西醫評估中講述影像檢查中使用 MRI (MRI 膝骨關節炎分數 [MOAKS])的內容嗎？(即膝關節分為 15 個子區域，骨髓水腫 [BMLs] 的評分可以分為 0 [無]、1 [次於子區域體積的 33%以下]、2 [占據子區域體積的 33%至 66%]和 3 [占據子區域體積的 66%以上])

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

43. 您同意西醫評估中講述影像檢查中使用 MRI (前交叉韌帶骨關節炎分數 [ACLOAS])的內容嗎?
 (即特別關注膝痺病情況下的前交叉韌帶損傷。評估的骨關節炎特徵包括軟骨損傷 [等級 0-7]、創傷性關節表面損傷和創傷性和變性的骨髓水腫 [損傷類型等級 0-4；損傷大小等級 0-3]，創傷性和變性的骨髓水腫 [等級 0-3]，骨刺 [等級 0-7]，側副韌帶 [等級 0-3]，原生 ACL [等級 0-3]，ACL 移植物 [等級 0-3]，後交叉韌帶 [等級 0-3]，半月板形態 [等級 0-8]，半月板外移 [等級 0-2]，關節滲液 [等級 0-3]，Hoffa 滑囊炎 [Hoffa 脂肪墊內的高信號變化，作為滑膜炎的代用標記；等級 0-3])

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

44. 您認為西醫評估 - 影像檢查的部份需要補充或修改嗎? 若有，請於下括弧中填寫，謝謝您！

☐有 ☐無
 補充或修改：()

45. 您同意中醫評估由護士個案經理轉介嗎?

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

46. 您同意中醫評估中講述診斷依據的內容嗎? (即初起多見腰腿、腰脊、膝關節等隱隱作痛，屈伸、俯仰、轉側不利，輕微活動稍緩解，氣候變化加重，反復纏綿不愈；起病隱襲，發病緩慢，多見於中老年人；局部關節可輕度腫脹，活動時關節常有彈響摩擦音。嚴重者可見肌肉萎縮，關節畸形，腰彎背駝；發病及病情的輕重常與勞累及寒冷、潮濕等天氣季節變化和勞累作有關。可進一部分為風、寒、濕、熱痺、尪痹，或風濕、歷節、血痺病等，詳情請參考：膝痺病的治療和支援(2)I. 中醫內科辨證論治；可詢問病人是否曾查血沉、抗“O”、黏蛋白、類風濕因子、尿酸、腎功能等，與風濕性關節炎、類風濕性關節炎、痛風性關節炎、紅斑狼瘡相鑒別。如否，可按情況轉介西醫或護士跟進)

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

47. 您同意中醫評估中講述病因病機的內容嗎? (即外因：(1) 感受風寒濕邪：久居潮濕之地、貪涼受冷、當風淋雨、長期於水中(或潮濕)作業等，外邪注於肌腠經絡，滯留於膝部，導致氣血痹阻而發為風寒濕痺。由於感受風寒濕邪各有所偏盛，而有行痺、痛痺、著痺之別。若素體陽氣偏盛，內有蓄熱，復感風寒濕邪，可從陽化熱；或風寒濕痺經久不癒，亦可蘊而化熱；(2) 感受風濕熱邪：久居炎熱潮濕之地，外感風濕熱邪，襲於膝部，痹阻氣血經脈，滯留於關節筋骨，發為風濕熱痺／內因：(1) 勞累過度：勞慾過度，精氣虧損，衛外不固；或活動過劇過久，勞傷筋骨衛御機能降低，外邪乘襲；(2) 年事已高，年老體衰，筋骨失養，致局部筋骨關節退化改變而發病；(3) 久病體虛：肝腎不足，肢體筋脈失養；或病後、產後氣血不足，腠理空疏，外邪乘虛而入／病機：因體虛，年老，勞作過度、外傷等原因傷及膝部經絡，使腠理不密，衛外不固，易受風、寒、濕、熱等邪氣入侵，痹阻經絡，營衛行澀阻滯，不通則痛，發生疼痛、腫脹、酸楚、麻木，或關節活動不利，發為膝痺；痺症日久，風寒濕熱痺日久不癒，氣血運行不暢日甚，瘀血痰濁閉阻經絡，繼而傷及筋骨，可出現皮膚瘀斑、關節周圍關節腫大，屈伸不利。而病久使氣血耗傷，出現不同程度的氣血虧虛症候，更易受外邪所襲)

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

48. 您認為中醫評估的部份需要補充或修改嗎? 若有，請於下括弧中填寫，謝謝您！

☐有 ☐無
 補充或修改：()

三. 關於膝痺病的治療和支援：

從西醫角度的治療——

49. 您同意痛症藥物由普通科醫生處方嗎?

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

50. 您同意痛症藥物講述的內容嗎? (即方案中指出的處方藥及建議劑量，包括撲熱息痛、口服非類固醇抗發炎藥 [非類固醇抗發炎藥 + 質子泵抑制劑，非類固醇抗發炎藥 + 米索前列醇，環氧合酶-2 抑制劑]、非類固醇抗發炎藥、度洛西汀；注射，包括關節內皮質類固醇注射、關節內玻璃酸鈉注射)

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

51. 您認為痛症藥物的部份需要補充或修改嗎? 若有，請於下括弧中填寫，謝謝您！

☐有 ☐無
 補充或修改：()

52. 您同意手術由骨科專科醫生執行嗎?

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

53. 您同意考慮選擇手術的情況講述的內容嗎? (即 f 非手術治療成效不足；由於膝痺病導致重大功能損失或活動能力下降；存在明顯的關節變形或不穩定；關節損害迅速惡化；懷疑有其他潛在疾病，如類風濕性關節炎，可能需要專科治療；病人偏好或要求手術治療)

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

54. 您同意手術種類講述的內容嗎? (即關節置換手術、膝關節截骨術、膝關節鏡手術)

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

55. 您認為手術的部份需要補充或修改嗎? 若有，請於下括弧中填寫，謝謝您！

☐有 ☐無
 補充或修改：()

56. 您同意運動治療由物理治療師執行，並經由普通科醫生、護士個案經理或中醫師轉介嗎?

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

57. 您同意運動治療講述的建議頻率嗎? (即每週至少進行 150 分鐘中等強度的有氧運動，或每週進行至少 75 分鐘的高強度有氧運動，每次至少分散在 7 天內進行 10 分鐘。還建議每週至少進行 2 天或更多天的中等或高強度肌肉加強運動)

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

58. 您同意運動治療講述低衝擊帶氧運動的內容嗎? (即步行或騎自行車有助於增強膝關節的力量和活動範圍。騎自行車可以在戶外或使用靜態自行車室內進行)

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

59. 您同意運動治療講述力量訓練的內容嗎? (即使用重物、阻力帶或體重訓練，以增加肌肉力量，例如股四頭肌、臀大肌。加強膝關節周圍的肌肉可以幫助提高穩定性並減少疼痛)

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

60. 您同意運動治療講述水中復健的內容嗎? (即游泳能提供對關節只有低衝擊性的鍛煉)

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

61. 您同意運動治療講述太極的內容嗎? (即對於老年人尤其是患有膝痺病的人來說，太極是一種受歡迎的運動治療，因為它使用緩慢柔和的運動、重心轉移、在負重姿勢下進行功能性強化 and 深層調節呼吸技巧。太極對患有慢性疾病的病人 [包括膝痺病] 的疼痛、功能、平衡、靈活性和心肺容量都有益處)

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

62. 您同意手法治療由物理治療師執行，並經由普通科醫生轉介嗎?

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

63. 您同意手法治療講述關節活動化的內容嗎? (即方案中指出的手法治療，包括關節活動化、軟組織活動化、按摩療法、激發點釋放、筋膜釋放)

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

64. 您同意手法治療講述軟組織活動化的內容嗎? (即減少疼痛，改善柔軟度，並增加血流到該區域)

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

65. 您同意手法治療講述按摩療法的内容嗎? (即改善循環, 減少肌肉緊張和疼痛, 並提高關節柔軟度)

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

66. 您同意手法治療講述激發點釋放的内容嗎? (即減少肌肉緊張, 並改善關節活動性)

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

67. 您同意手法治療講述筋膜釋放的内容嗎? (即減少疼痛, 改善柔軟度, 並增加血流到該區域)

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

68. 您同意物理性電療由物理治療師執行, 並經由普通科醫生轉介嗎?

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

69. 您同意物理性電療講述超聲波治療的内容嗎? (即改善血液循環, 減少痛楚、炎症)

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

70. 您同意物理性電療講述干擾電波治療 / 透皮神經電刺激的内容嗎? (即減少疼痛)

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

71. 您同意物理性電療講述冷凍治療的内容嗎? (即減少炎症, 減少疼痛)

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

72. 您同意物理性電療講述熱治療的内容嗎? (即改善血液循環, 止痛, 減少肌肉張力, 改善柔軟度, 放鬆關節)

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

73. 您同意物理性電療講述衝擊波治療的内容嗎? (即改善血液循環, 減少痛楚、炎症)

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

74. 您同意物理性電療講述短波治療的内容嗎? (即少痛楚, 幫助血液循環, 放鬆關節)

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

75. 您同意**物理性電療**講述**磁療**的內容嗎? (即消炎，幫助血液循環)
- ☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意
76. 您認為**運動治療**、**手法治療**、**物理性電療**的部份需要補充或修改嗎? 若有，請於下括弧中填寫，謝謝您！
- ☐有 ☐無
補充或修改：(病人經轉介到物理治療後，物理治療師可根據病人情況決定使用那一項物理治療方法)
77. 您同意**提供輔助設備**由**職業治療師**執行，並經由**普通科醫生**轉介嗎?
- ☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意
78. 您認為**提供輔助設備**的部份需要補充或修改嗎? 若有，請於下括弧中填寫，謝謝您！
- ☐有 ☐無
補充或修改：()
79. 您同意**其他醫療支援**講述**藥物評估**的內容嗎? (即評估病人的藥物治療計劃，確保他們按處方使用藥物，並確保沒有不良反應或藥物相互作用。同時，教育病人如何正確使用藥物以及可能的副作用)
- ☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意
80. 您同意**其他醫療支援**講述**運動計劃**的內容嗎? (即與病人合作制定一個適合他們活動水平和體能的運動計劃)
- ☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意
81. 您同意**其他醫療支援**講述**關節保護**的內容嗎? (即教導病人如何在日常活動中保護他們的關節，包括使用輔助器材，如護具或夾板，避免引起疼痛的重複動作或姿勢，以及改善環境以減少跌倒風險)
- ☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意
82. 您同意**其他醫療支援**講述**定期覆診**的內容嗎? (即安排定期覆診預約，以監測病人的進展，根據需要調整治療計劃，並確保他們按時遵從藥物治療計劃和自我護理方法)
- ☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意
83. 您同意以上的**其他醫療支援**由**護士**執行嗎?
- ☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

84. 您認為其他醫療支援的部份需要補充或修改嗎? 若有，請於下括弧中填寫，謝謝您！

☐有 ☐無
補充或修改：()

從中醫角度的治療——

85. 您同意中醫內科辨證論治 - 風寒濕痹的內容嗎? (即 1. 行痹、2. 痛痹、3. 著痹的症狀、治法、代表方、方劑的組成、常用藥及隨症加減的藥材)

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

86. 您同意中醫內科辨證論治 - 風濕熱痹的內容嗎? (即風濕熱痹的症狀、治法、代表方、方劑的組成、常用藥及隨症加減的藥材)

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

87. 您同意中醫內科辨證論治 - 痰瘀痹阻的內容嗎? (即痰瘀痹阻的症狀、治法、代表方、方劑的組成、常用藥及隨症加減的藥材)

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

88. 您同意中醫內科辨證論治 - 肝腎虧虛證的內容嗎? (即肝腎虧虛證的症狀、治法、代表方、方劑的組成、常用藥及隨症加減的藥材)

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

89. 您認為中醫內科辨證論治 - 風寒濕痹、風濕熱痹、痰瘀痹阻、肝腎虧虛證的部份需要補充或修改嗎? 若有，請於下括弧中填寫，謝謝您！

☐有 ☐無
補充或修改：()

90. 您同意外用方劑的內容嗎? (即方案中指出的外用方劑，包括複方溫通散、金桂外洗方、金黃散、棄杖散、雙柏散、四生散、四肢洗方、溫涼散、烏蓮散、五龍散、下肢洗方、消癰散，及各方劑的組成及功效)

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

91. 您認為外用方劑的部份需要補充或修改嗎? 若有，請於下括弧中填寫，謝謝您！

☐有 ☐無
補充或修改：()

92. 您同意針灸療法的治療原則嗎? (即總治療原則為舒筋利節，活絡止痛；選穴以膝部局部經穴和阿是穴為主，再配合辨證及循經遠端取穴)

- ☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

93. 您同意針灸療法的常用穴位及選方特點的內容嗎? (即膝部局部各穴位, 及各辨證的治法、處方和刺灸方法, 包括 1. 行痹、2. 痛痹、3. 著痹、4. 熱痹)

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

94. 您同意針灸療法的針灸方法的內容嗎? (即刺法和灸法是通過刺激腧穴以起到疏通經絡、行氣活血、協調臟腑陰陽等作用, 從而達到扶正祛邪, 治療疾病的目的; 在不同的病理狀態下, 不同的針刺手法可產生不同的作用; 膝關節疼痛、晨僵、腫脹、功能受限者可採用的針灸方法)

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

95. 您同意針灸療法的常用腧穴的定位穴性、主治、及操作的內容嗎? (即 1. 足陽明胃經腧穴、2. 足太陰脾經腧穴、3. 足太陽膀胱經腧穴、4. 足少陰腎經腧穴、5. 足少陽膽經腧穴、6. 足厥陰肝經(LR)腧穴、7. 膝部奇穴)

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

96. 您認為針灸療法的治療原則、常用穴位及選方特點、針灸方法、常用腧穴的定位穴性、主治、及操作的部份需要補充或修改嗎? 若有, 請於下括弧中填寫, 謝謝您!

☐有 ☐無
 補充或修改: ()

97. 您同意推拿的肌筋放鬆手法的內容嗎? (即 1. 鬆筋法、2. 點穴法、3. 展筋法, 三個方法所選擇的穴位, 推拿的方法、次數及持續時間)

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

98. 您同意推拿的解痛手法的內容嗎? (即 1. 循經取穴、2. 以痛為腧, 兩個方法所選擇的穴位及推拿的方法)

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

99. 您同意推拿的關節被動運動手法的內容嗎? (即 1. 拿推竅法、2. 伸屈法、3. 鬆解黏連手法、4. 通三關法, 三個方法所選擇的穴位, 推拿的方法、次數及持續時間)

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

100. 您認為推拿的肌筋放鬆手法、解痛手法、關節被動運動手法的部份需要補充或修改嗎? 若有, 請於下括弧中填寫, 謝謝您!

☐有 ☐無
補充或修改：()

心理支援——

101. 您同意心理支援由社工提供，並經由護士個案經理轉介嗎？

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

102. 您認為心理支援的部份需要補充或修改嗎？若有，請於下括弧中填寫，謝謝您！

☐有 ☐無
補充或修改：(轉介到臨床心理學家/機構或由心理學家跟進會更理想)

四. 團隊的協作

103. 您同意方案中護士擔任個案經理的內容嗎？(即與物理治療師合作制定全面的康復計劃，包括活動能力練習、步態訓練和痛症管理方法；與職業治療師合作制定個人化的護理計劃，納入職業治療師對康復、功能性訓練和輔助設備的建議，以增強病人的獨立性；與中醫師合作，撰寫轉介信 將病人的詳細情況告知中醫；將中醫療法，如草藥治療或針灸，與西醫療法相結合；與社工合作，制定支援計劃以改善健康的社會決定因素，提高病人的整體福祉)

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

104. 您認為由護士擔任個案經理的部份需要補充或修改嗎？若有，請於下括弧中填寫，謝謝您！

☐有 ☐無
補充或修改：()

105. 您同意跨專業團隊會議講述會議頻率的內容嗎？(即根據病人的狀況複雜程度而有所不同。會議可以定期安排，例如每月或每季度一次，或根據病人的進展和調整的治療計劃需要而進行安排) 團隊會議的頻率、會議內容包括檢視病人進度、評估治療計劃、協調護理、評估目標、病人教育和支援、轉介或諮詢)

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

106. 您同意跨專業團隊會議討論的內容嗎？(即 1. 檢視病人進度：每個專業領域提供有關病人進度的更新，包括情況的改善、挑戰、和任何症狀或功能的改變；2. 評估治療計劃：會檢討目前治療計劃的有效性，並根據病人對干預措施的反應來討論需要進行的修改或調整。團隊還可以探討可能有益於病人的新方法；3. 協調護理：評估不同專業領域之間的護理協調，以確保一致和整合的方法。識別和解決護理中的任何空白或重疊；4. 評估目標：根據病人不斷變化的需求和進展，檢討、確立或修改治療目標；5. 病人教育和支援：討論病人教育、自我管理和支援策略，確保病人可以從參與的所有專業領域中獲得一致和全面的信息；6. 轉介或諮詢：如果需要進行額外的專業干預或諮詢，則在跨專業會議中可能會討論和安排適當的轉介或諮詢)

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

107. 您同意**跨專業團隊會議 - 以病人記錄作書面討論**講述的內容嗎? (即改進對檢閱病人記錄的權限，以便作為一個團隊的溝通平台，使跨專業團隊可以隨時查看所有病人記錄，並加強溝通。團隊可以在記錄上進行書面討論，充當團隊會議的非實時替代方案。如果有必要，可以提供直接聯繫方法，如電子郵件或電話號碼，以便促進不同人員之間討論治療計劃)
- ☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意
108. 您同意**跨專業團隊會議 - 透過醫健通查看病人資訊**講述的內容嗎? (即若政府能開放護士能自主輸入病人資料的權限，這樣就可以更方便地將病人資訊連接到中央系統中，從而使團隊可以輕鬆地訪問和查看資料，加強各專業間的資訊交流)
- ☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意
109. 您認為**跨專業團隊會議 - 以病人記錄作書面討論及透過醫健通查看病人資訊**的部份需要補充或修改嗎? 若有，請於下括弧中填寫，謝謝您！
- ☐有 ☐無
補充或修改：()
110. 您同意**跨專業團隊 - 西醫、護士與職業治療師合作**講述的內容嗎? (即三者共同評估病人是否已達到功能性目標，並根據需要對護理計劃進行必要的調整)
- ☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意
111. 您同意**跨專業團隊 - 西醫、護士與物理治療師合作**講述的內容嗎? (即三者共同評估病人的身體狀況，並相應調整護理計劃。然而，未必每個個案都能轉介至物理治療，如果有轉介至物理治療的個案，病人可跟隨物理治療師的運動訓練，否則，病人可以跟隨護士的運動建議)
- ☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意
112. 您同意**跨專業團隊 - 西醫、護士與中醫合作**講述的內容嗎? (即西醫和護士可以與中醫協商，了解中醫治療對病人狀況的進展和潛在影響)
- ☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意
113. 您同意**跨專業團隊 - 西醫與中醫合作**講述的內容嗎? (即中西醫間要病理互通，雙方都能夠查看對方醫療的資訊，縮短中間溝通的時間)
- ☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意
114. 您認為以上**跨專業團隊合作**的部份需要補充或修改嗎? 若有，請於下括弧中填寫，謝謝您！
- ☐有 ☐無
補充或修改：()

115. 您同意跨專業培訓的內容嗎? (即釐清對病人、家庭和其他專業領域上的跨專業實踐；描述其他醫療專業的工作和任務；表現出專業、有能力、自信，並保持尊重，避免專業領域的特定語言；與其他專業一起計劃病人的目標和優先事項；通過納入其他專業來識別改進病人護理的可能性；辨識和解決由不同專業視角對及病人護理而引起的分歧；評估與跨專業團隊有關的重要護理方案和工作；向其他專業提供及時、同理心和指導性的反饋)

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

116. 您認為跨專業培訓的部份需要補充或修改嗎? 若有，請於下括弧中填寫，謝謝您！

☐有 ☐無
補充或修改：()

五. 團隊對膝痺病病人的管理

117. 您同意由普通科醫生轉介至物理治療或職業治療的內容嗎? (即 KL 或 OARSI 圖譜的 X 光分級不等於 0；診斷肌肉骨骼的狀態可否受益於物理治療；疼痛或活動受限性是否影響日常活動或生活質量；是否存在功能缺陷或障礙，如力量減弱或活動範圍減小；有否手術後的康復需求，例如膝蓋置換手術後；是否需要指導去制定運動方案以管理症狀，以上均可轉介至物理治療或職業治療)

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

118. 您同意由普通科醫生轉介至骨科專科的內容嗎? (即患高風險膝痺病的病人；KL 分級為 4 或 OARSI 圖譜為 3 的病人；藥物治療未顯示改善的病人，以上均可轉介至骨科專科醫生)

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

119. 您認為普通科醫生的轉介標準的部份需要補充或修改嗎? 若有，請於下括弧中填寫，謝謝您！

☐有 ☐無
補充或修改：()

120. 您同意由護理個案經理轉介至普通科醫生的內容嗎? (即病人的健康狀況出現明顯變化，需要進行西醫評估，包括症狀惡化和無法控制的疼痛；如果與病人狀況有關的併發症需要西醫專業知識；當病人需要諮詢專科醫生，如骨科醫生；在緊急情況下或病人狀況急劇惡化時；病人願意接受轉介，以上均可轉介至普通科醫生)

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

121. 您同意由護理個案經理轉介至中醫師的內容嗎? (即從中醫角度來看，可以減少西醫藥物的副作用；存在的症狀無法得到控制；中醫可以增強病人的體質，以增強治療效果；病人願意接受轉介，以上均可轉介至中醫師)

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

姓名：

☐ 中醫 ☐ 西醫 ☐ 護士

☐ 物理治療師 ☐ 職業治安師 ☐ 社工

一、關於醫療團隊的工作流程：

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

☐有 ☐無
補充或修改：()

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

6. 您認為護士的角色和責任的部份需要補充或修改嗎? 若有，請於下括弧中填寫，謝謝您！

☐有

☐無

補充或修改：()

7. 您同意方案中職業治療師的角色和責任中講述痛症評估的內容嗎? (即使用視覺類比評估 (VAS)，量度病人的疼痛程度：無疼痛 [0-4mm]、輕微疼痛 [5-44mm]、中度疼痛 [45-74mm]、嚴重疼痛 [75-100mm]) [修改：新增視覺類比評估的描述]

☐非常同意

☐同意

☐中度同意

☐有些同意

☐中立

☐有些不同意

☐中度不同意

☐不同意

☐非常不同意

8. 您認為職業治療師的角色和責任的部份需要補充或修改嗎? 若有，請於下括弧中填寫，謝謝您！

☐有

☐無

補充或修改：()

9. 您同意方案中社工的角色和責任中講述建立關係的內容嗎? (即傾聽病人，與病人建立良好的關係，幫助他們應對生活中的挑戰，提高其生活質量) [修改前為護士的角色和責任]

☐非常同意

☐同意

☐中度同意

☐有些同意

☐中立

☐有些不同意

☐中度不同意

☐不同意

☐非常不同意

10. 您認為社工的角色和責任的部份需要補充或修改嗎? 若有，請於下括弧中填寫，謝謝您！

☐有

☐無

補充或修改：()

三. 關於膝痺病的評估：

11. 您同意西醫評估由普通科醫生執行，並經由護士個案經理轉介嗎? 如病人有專科需要，再由普通科醫生轉介至骨科醫生。 [修改：新增底線內容]

☐非常同意

☐同意

☐中度同意

☐有些同意

☐中立

☐有些不同意

☐中度不同意

☐不同意

☐非常不同意

12. 您認為西醫評估 - 初步診斷的部份需要補充或修改嗎? 若有，請於下括弧中填寫，謝謝您！

☐有

☐無

補充或修改：()

13. 您同意中醫評估由護士個案經理轉介嗎? (護士將在加入跨專業團隊後接受中醫訓練) [修改：新增底線內容]

☐非常同意

☐同意

☐中度同意

☐有些同意

☐中立

☐有些不同意

☐中度不同意

☐不同意

☐非常不同意

14. 您同意中醫評估中講述診斷依據的內容嗎? (即初起多見腰腿、腰脊、膝關節等隱隱作痛，屈伸、俯仰、轉側不利，輕微活動稍緩解，氣候變化加重，反復纏綿不愈；起病隱襲，發病緩慢，多見於中老年人；局部關節可輕度腫脹，活動時關節常有彈響摩擦音。嚴重者可見肌肉萎縮，關節畸形，腰彎背駝；發病及病情的輕重常與勞累及寒冷、潮濕等天氣季節變化和勞累作有關。可進一部分為風、寒、濕、熱痺、尪痹，或風濕、歷節、血痺病等，詳情請參考：膝痺病的治療和支援(2)I. 中醫內科辨證論治；可詢問病人是否曾查血沉、抗“O”、黏蛋白、類風濕因子、尿酸、腎功能等，與風濕性關節炎、類風濕性關節炎、痛風性關節炎、紅斑狼瘡相鑒別。如否，可按情況轉介西醫或護士跟進) (護士將在加入跨專業團隊後接受中醫訓練) [修改：新增底線內容]

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

15. 您認為中醫評估的部份需要補充或修改嗎? 若有，請於下括弧中填寫，謝謝您！

☐有 ☐無
 補充或修改：()

四. 關於膝痺病的治療和支援：

16. 您同意運動治療由物理治療師執行，並經由普通科醫生或中醫師轉介嗎? [修改：刪除護士個案經理作轉介]

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

17. 您同意運動治療講述的建議頻率嗎? (即頻率：建議每週至少 3 天有氧運動，每週應進行 2 至 3 天的阻力鍛煉，但不連續。強度：有氧運動應從較低水準開始，阻力訓練從相對較低的負荷開始，逐漸進步至中等強度；時間：有氧運動方面，開始進行 5 至 10 分鐘的短時間有氧運動，在可以忍受的情況下每天累積 20 至 30 分鐘，目標是每週進行 150 分鐘中等強度的有氧運動活動；阻力訓練方面，至少進行 1 組阻力練習，每次練習重複 10 至 15 次) [修改：整個頻率內容作出了新修訂]

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

18. 您同意運動治療講述低衝擊帶氧運動的內容嗎? (即可按照患者年齡、性別、偏好、過去鍛煉經歷等客觀情況，選擇步行或慢跑、騎自行車、游泳或者交誼舞等耐力項目，有助於增強膝關節的力量和活動範圍。騎自行車可以在戶外或使用靜態自行車室內進行。亦可以選擇太極拳進行鍛煉) [修改：整個運動內容作出了新修訂，並將水中復健及太極歸納於低衝擊帶氧運動當中]

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

19. 您認為運動治療的部份需要補充或修改嗎? 若有，請於下括弧中填寫，謝謝您！

☐有 ☐無
 補充或修改：()

20. 您同意手法治療由中醫師執行，並經由普通科醫生轉介嗎? [修改前：由物理治療師執行]

21. 您同意手法治療講述關節活動化的內容嗎？(即方案中指出的手法治療，包括關節活動化、軟組織活動化、按摩療法、激發點釋放、筋膜釋放) [修改前：由物理治療師執行，現為中醫師執行]

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

22. 您同意手法治療講述軟組織活動化的內容嗎? (即減少疼痛, 改善柔軟度, 並增加血流到該區域)
[修改前: 由物理治療師執行, 現為中醫師執行]

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

23. 您同意手法治療講述激發點的刺激與釋放的内容嗎？(即減少肌肉緊張，並改善關節活動性) [修改前：由物理治療師執行，現為中醫師執行；及新增底線内容]

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

24. 您同意手法治療講述筋膜釋放的内容嗎？(即減少疼痛，改善柔軟度，並增加血流到該區域) [修改前：由物理治療師執行，現為中醫師執行]

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

25. 您認為手法治療的部份需要補充或修改嗎? 若有，請於下括弧中填寫，謝謝您！

☐有 ☐無
補充或修改：()

26. 您同意物理性電療講述冷凍治療的內容嗎? (即改善炎症引致的症狀, 減少疼痛。)[修改前: 減少炎症, 減少疼痛]

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

27. 您同意物理性電療講述衝擊波治療的內容嗎? (即使用體外衝擊波療法作用於膝關節周圍, 有鎮痛、促進新陳代謝、減輕炎症和改善局部血液循環的效果) [修改前: 即改善血液循環, 減少痛楚、炎症]

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

28. 您認為物理性電療的部份需要補充或修改嗎? 若有, 請於下括弧中填寫, 謝謝您!

☐有 ☐無
補充或修改：()

29. 您同意提供輔助設備由物理治療師執行，並經由普通科醫生轉介嗎？[修改前：由職業治療師執行]

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

30. 您認為提供輔助設備的部份需要補充或修改嗎? 若有，請於下括弧中填寫，謝謝您！

☐有 ☐無
 補充或修改：()

31. 您同意其他醫療支援講述藥物評估的內容嗎? (即評估病人的藥物治療計劃，確保他們按處方使用藥物，並確保沒有不良反應或藥物相互作用。同時，教育病人如何正確使用藥物以及可能的副作用) [沒有修改]

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

32. 您同意其他醫療支援講述運動計劃的內容嗎? (即與病人合作制定一個適合他們活動水平和體能的運動計劃) [沒有修改]

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

33. 您同意其他醫療支援講述關節保護的內容嗎? (即教導病人如何在日常活動中保護他們的關節，包括使用輔助器材，如護具或夾板，避免引起疼痛的重複動作或姿勢，以及改善環境以減少跌倒風險) [沒有修改]

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

34. 您同意其他醫療支援講述定期覆診的內容嗎? (即安排定期覆診預約，以監測病人的進展，根據需要調整治療計劃，並確保他們按時遵從藥物治療計劃和自我護理方法) [沒有修改]

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

35. Q21 至 Q24 對於護士作其他醫療支援，雖然沒有內容上的修改，但分析結果出現了分數差異較大的情況，故希望參與者能提供更多意見、補充或修改：

36. 您同意中醫內科辨證論治 - 風寒濕痹的內容嗎? (即 1. 行痹、2. 痛痹、3. 著痹的症狀、治法、代表方、方劑的組成、常用藥及隨症加減的藥材) [沒有修改]

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

37. 您同意中醫內科辨證論治 - 風濕熱痹的內容嗎? (即風濕熱痹的症狀、治法、代表方、方劑的組成、常用藥及隨症加減的藥材) [沒有修改]

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

38. Q35 至 Q36 對於中醫內科辨證論治 - 風寒濕痹、風濕熱痹，雖然沒有內容上的修改，但分析結果出現了分數差異較大的情況，故希望參與者能提供更多意見、補充或修改：

39. 您同意中醫內科辨證論治 - 痰瘀痹阻的內容嗎? (即痰瘀痹阻的症狀、治法、代表方、方劑的組成、常用藥及隨症加減的藥材，及針對關節僵硬的中藥，如藤類藥或蟲類藥，針對下肢) [修改：新增底線內容]

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

40. 您認為中醫內科辨證論治 - 痰瘀痹阻的部份需要補充或修改嗎? 若有，請於下括弧中填寫，謝謝您！

☐有 ☐無
補充或修改：()

41. 您同意推拿的關節被動運動手法的內容嗎? (即 1. 拿推髌法: 在鬆解黏連手法后提拿髌骨數次；2. 伸屈法: 醫師一手扶按患者膝髌骨，另一手握持小腿遠端，做屈膝搖法，配合膝關節的屈伸、旋轉等被動活動；3. 鬆解黏連法：醫師以按揉與彈撥法交替作用在髌韌帶、內外側副韌帶，約 3 分鐘，再以掌法擦患膝周圍，以透熱為度；4. 通三關法，三個方法所選擇的穴位，推拿的方法、次數及持續時間) [修改：鑑於有專家對內容提出指正，現於修訂後在此列出內容上的更改，各位可於審閱後再評分]

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

42. 您認為推拿的關節被動運動手法的部份需要補充或修改嗎? 若有，請於下括弧中填寫，謝謝您！

☐有 ☐無
補充或修改：()

五. 團隊對膝痺病病人的管理

43. 您同意治療進展評估 - X光檢查評估的內容嗎? (即可在覆診時，間中使用KL或OARS圖譜的X光檢查來評估治療進展) [修改前：在每次覆診中使用X光檢查]

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

附錄三、德爾菲研究問卷（第三輪）

說明

感謝大家參與較早前「跨專業基層治療膝痺病方案」第二輪德爾菲研究問卷 (Delphi questionnaire)。經過整理各專家的意見後，我們修訂出第二輪問卷，希望各位能審閱並給予進一步意見，謝謝。

修訂版問卷在問題後方標著了修改的部份。對於已經獲得共識 ($\geq 80\%$ 專家同意), 或者只作文句修飾的項目, 我們不會在以下問卷內設獨立提問。對於未能取得共識, 或因應評委意見修改較大的部份, 我們會設獨立問題。

請您在下面的選項中, 選出您認同的選項。此外, 除已包括的問題外, 歡迎您就已修改的內容提出其他意見。您可直接在問卷中填寫意見, 謝謝您!

受訪者背景資料

姓名: _____

所屬專業:

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| ☐ 中醫 | ☐ 西醫 | ☐ 護士 |
| ☐ 物理治療師 | ☐ 職業治療師 | ☐ 社工 |

聯繫電話: _____

一. 關於膝痺病的評估:

1. 您同意中醫評估由護士個案經理轉介嗎? (護士將在加入跨專業團隊後接受中醫訓練, 並通過訓練後的考試, 得到中醫師的認可) [修改: 新增底線內容]

- | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| ☐ 非常同意 | ☐ 同意 | ☐ 中度同意 | ☐ 有些同意 | ☐ 中立 |
| ☐ 有些不同意 | ☐ 中度不同意 | ☐ 不同意 | ☐ 非常不同意 | |

二. 關於膝痺病的治療和支援:

2. 您同意手法治療由中醫師及物理治療師共同執行, 並經由普通科醫生轉介嗎? [修改前: 由中醫師執行]

- | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| ☐ 非常同意 | ☐ 同意 | ☐ 中度同意 | ☐ 有些同意 | ☐ 中立 |
| ☐ 有些不同意 | ☐ 中度不同意 | ☐ 不同意 | ☐ 非常不同意 | |

3. 您同意手法治療講述關節活動化的內容嗎? (即方案中指出的手法治療, 包括關節活動化、軟組織活動化、按摩療法、筋膜釋放, 中醫師會根據中醫理論提供治療, 物理治療師根據物理治療理論提供治療) [修改前: 由中醫師執行, 現為中醫師和物理治療師根據各自理論共同執行]

- | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| ☐ 非常同意 | ☐ 同意 | ☐ 中度同意 | ☐ 有些同意 | ☐ 中立 |
| ☐ 有些不同意 | ☐ 中度不同意 | ☐ 不同意 | ☐ 非常不同意 | |

4. 您同意手法治療講述軟組織活動化的內容嗎? (即減少疼痛, 改善柔軟度, 並增加血流到該區域, 中醫師會根據中醫理論提供治療, 物理治療師根據物理治療理論提供治療) [修改前: 由物理治療師執行, 現為中醫師執行]

- | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| ☐ 非常同意 | ☐ 同意 | ☐ 中度同意 | ☐ 有些同意 | ☐ 中立 |
| ☐ 有些不同意 | ☐ 中度不同意 | ☐ 不同意 | ☐ 非常不同意 | |

5. 您同意手法治療講述激發點的刺激與釋放的內容嗎? (即由物理治療師提供激發點刺激與釋放治療, 刺激神經系統釋放天然減痛物質, 減少肌肉緊張, 並改善關節活動性) [修改前: 由中醫師執行, 現為物理治療師執行; 及新增底線內容]

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

6. 您認為手法治療的部份需要補充或修改嗎? 若有，請於下括弧中填寫，謝謝您！

☐有 ☐無
 補充或修改：()

7. 您同意提供輔助設備由物理治療師或職業治療師執行，並經由普通科醫生轉介嗎? [修改前：由物理治療師執行]

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

8. 您認為提供輔助設備的部份需要補充或修改嗎? 若有，請於下括弧中填寫，謝謝您！

☐有 ☐無
 補充或修改：()

9. 您同意中醫內科辨證論治 - 風寒濕痹的內容嗎? (即1. 行痹、2. 痛痹、3. 著痹的症狀、治法、代表方、方劑的組成、常用藥及隨症加減的藥材，並根據症狀增加針對膝關節的中藥，如寒證添加馬鞭草、菝葜等。) [新增底線內容]

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

10. 您同意中醫內科辨證論治 - 風濕熱痹的內容嗎? (即風濕熱痹的症狀、治法、代表方、方劑的組成、常用藥及隨症加減的藥材，並根據症狀增加針對膝關節的中藥，如熱證添加忍冬藤，海風藤，毛冬青等。) [新增底線內容]

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

11. 您認為中醫內科辨證論治 - 風寒濕痹、風濕熱痹的部份需要補充或修改嗎? 若有，請於下括弧中填寫，謝謝您！

☐有 ☐無
 補充或修改：()

12. 您同意中醫內科辨證論治 - 痰瘀痹阻的內容嗎? (即痰瘀痹阻的症狀、治法、代表方、方劑的組成、常用藥及隨症加減的藥材，及針對膝關節的藤類藥或蟲類中藥，如懷牛膝、仙鶴等。) [修改：新增底線內容]

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

13. 您同意中醫內科辨證論治 - 下焦淤阻的內容嗎? (即下焦淤阻的症狀、治法、代表方、方劑的組成、常用藥及隨症加減的藥材，及針對膝關節的藤類藥或蟲類中藥，如懷牛膝、仙鶴等) [修改：新增此項內容]

☐非常同意 ☐同意 ☐中度同意 ☐有些同意 ☐中立
☐有些不同意 ☐中度不同意 ☐不同意 ☐非常不同意

14. 您認為中醫內科辨證論治 - 痰瘀痹阻和下焦淤阻的部份需要補充或修改嗎? 若有，請於下括弧中填寫，謝謝您！

☐有 ☐無
補充或修改：()

附錄四、倫理批准文件



To Wong Kwan Ching (School of Nursing)
From Leung Yee Man Angela, Chair, Departmental Research Committee
Email angela.ym.leung@polyu.edu.hk Date 04-Nov-2023

Application for Ethical Review for Teaching/Research Involving Human Subjects

I write to inform you that approval has been given to your application for human subjects ethics review of the following project for a period from 01-Feb-2023 to 31-Jul-2024:

Project Title: To develop an interprofessional primary care protocol for managing knee osteoarthritis
Department: School of Nursing
Principal Investigator: Wong Kwan Ching
Project Start Date: 01-Feb-2023
Project type: Human subjects (non-clinical)
Reference Number: HSEARS20230818001

You will be held responsible for the ethical approval granted for the project and the ethical conduct of the personnel involved in the project. In case the Co-PI, if any, has also obtained ethical approval for the project, the Co-PI will also assume the responsibility in respect of the ethical approval (in relation to the areas of expertise of respective Co-PI in accordance with the stipulations given by the approving authority).

You are responsible for informing the PolyU Institutional Review Board in advance of any changes in the proposal or procedures which may affect the validity of this ethical approval.

Leung Yee Man Angela

Chair

Departmental Research Committee (on behalf of PolyU Institutional Review Board)

作者和出版年份	研究設計	研究地區/國家	語言	涉及的健康問題或疾病	研究目的
McPherson et al., 2016	質性研究	中國	中文	糖尿病腎病變	了解中醫師如何看待他們在治療乳癌患者中的作用以及他們的方法（通常的治療/管理策略）和他們所預知的結果。
Liu et al., 2011	質性研究	中國	中文	糖尿病腎病變	探討台灣癌症病患對結合中醫和傳統治療方法的看法和體驗。
Xu et al., 2023	病例研究	中國	英文	喉咽反流	探討中西醫結合治療 COVID-19 的作用。
Chen et al., 2012	隨機對照試驗	中國	中文	下咽癌	研究清流涼喉方輔助治療下咽癌的作用
Deng & Xu, 2019	隨機對照試驗	中國	中文	腫瘤相關憂鬱症	研究針灸治療癌症治療憂鬱症的有效性
Fan et al., 2009	隨機對照試驗	中國	中文	冠狀動脈繞道手術術後	探討芪紅湯對輔助冠狀動脈繞道手術後病人康復的療效
Guo et al., 2008	隨機對照試驗	中國	中文	糖尿病腎病變	觀察紅花黃色素粉末注射液合併貝那普利治療糖尿病腎病變的臨床療效。
Pan et al., 2023	隨機對照試驗	美國	英文	乳癌	評估慢性心臟衰竭多方位優化管理的實施效果。
Qiu et al., 2012	隨機對照試驗	美國	英文	乳癌	觀察參附注射液治療重症敗血症的療效及對血清白血球介素 6 (IL-6)、白血球介素 10 (IL-10) 濃度的影響
Xiao et al., 2020	隨機對照試驗	美國	英文	乳癌	評估藿香正氣滴丸合併連花清瘟顆粒治療 COVID-19 患者臨床症狀及預後的效果
Wu et al., 2008	隨機對照試驗	美國	英文	乳癌	確定針灸作為傳統復健（物理、職業和水療）輔助療法的有效性
Zhi & Wang, 2003	隨機對照試驗	美國	英文	乳癌	研究糖尿病合併焦慮的影響因素，評估中西醫結合糖尿病患者的焦慮程度。
Tang et al., 2016	非隨機對照研究	美國	英文	乳癌	比較西藥和中西醫結合治療對肺癌患者預後（存活率、症狀痛苦、身體功能和生活品質）的長期效果。
Chang et al., 2016	非隨機對照研究	台灣	英文	中風	比較接受院內常規護理加中醫輔助治療的患者與僅接受院內常規護理的患者入院後的結局指標
Wei et al., 2011	橫斷面研究	台灣	英文	癌症	使用年齡-性別匹配對照評估輔助針灸在減少中風輔助針灸治療健康政策 (HPSAAR) 參與者醫療併發症方面的臨床益處，並比較 HPSAAR 參與者與年齡-性別匹配對照之間的神經系統改善情況
Lu et al., 2022	非隨機對照研究	台灣	英文	中風	調查輔助中醫保健是否與住院中風患者的長期死亡率有關。

Garcia et al., 2013	單臂非隨機的實用性初步研究 非實驗非隨機	台灣	英文	中風	研究針灸治療癌症患者不受控制的疼痛的可行性、安全性和初步療效。
Chen et al., 2022	對照研究	香港	英文	慢性腎臟病合併糖尿病	評估中醫藥結合醫療服務項目的有效性
Ma et al., 2022	病例報告	美國	英文	癌痛	報告一名未確診的胸腔積液患者，經過一年半的中藥配方成功治療。 分析北京協和醫院針灸會診現狀，為綜合醫院針灸科的發展和疾病的治療提供參考和建議。
Zhang et al., 2017	臨床分析	美國	英文	乳癌	探討中西醫結合治療 COVID-19 的有效性
Zhang et al., 2020	病例報告	美國	英文	乳癌 對免疫抑制劑反應不佳的難治性多發性肌炎	說明西醫與中藥結合治療難治性多發性肌炎患者的臨床改善和治療方案減少的潛力。
Cheng et al., 2015	病例報告	台灣	英文	癌症	探討腫瘤物理治療師對針灸的使用和信念，並探討患者在癌症治療期間接受針灸的興趣及其對其有效性的信念。 為醫生提供指導並促進中風患者有效實施中西醫結合治療，以減少死亡、殘疾、復發和併發症。
Enblom, 2017	橫斷面研究	瑞典	英文	癌症	評估針灸在安寧療護協作模式中對晚期癌症患者的輔助作用。
Ni et al., 2020	指導方針	美國	英文	乳癌 接受安寧療護的晚期癌症患者	探索替代療法在狼瘡治療中的作用 制定針灸治療中重度癌痛患者實證臨床實踐指南，規範針灸臨床實踐，確保其安全有效應用。
Chen et al., 2021	指南	香港 未提及	英文	COVID-19	制定針對 COVID-19 的中西醫結合的活證據指南。 探討老年衰弱患者的診療管理模式，而不是評估多種介入措施中某項具體措施的權重，因為每項措施的效果在以往的研究中已經得到了明確的證明。
Chou, 2010	綜述	未提及	英文	狼瘡	制定中西醫結合治療重症 COVID-19 的實證指南 探討常規服用活血瘀中藥丹參多酚酸鹽合併前列地爾、穀胱甘肽等西藥對延緩慢性腎臟病患者腎功能衰退是否有長期療效。
Ge et al., 2022	指導方針	未提及	英文	COVID-19	
Ge et al., 2021	指導方針	未提及	英文	COVID-19	
Yao et al., 2020	指南	中國 未提及	英文	老年體弱患者	
Li et al., 2021	指導方針	未提及	英文	COVID-19	
Fu 2022	隨機對照試驗	未提及	英文	狼瘡	

Yeh et al., 2020	回顧性 隊列研究	美國	英文	乳癌	探討中藥合併西藥與單純西藥比較對大腸直腸癌患者存活的影響
Xue et al., 2015	隨機對 照試驗	美國	英文	乳癌	老年晚期非小細胞肺癌（NSCLC）患者中西醫結合治療後的症狀改善與臨床效益。
Wang et al., 2022	隨機對 照試驗 非實驗 非隨機	美國	英文	乳癌	探討中西醫結合治療腦小血管病變的療效
Chen et al., 2000	對照研究	中國	中文	舌頭微循環疾病	分析舌痛微循環障礙的機制，尋找新的有效治療方法。 探討以經典質子幫浦抑制劑治療為主的中藥合併治療是否能取得更好的咽喉逆流症患者療效。
Pei et al., 2022	隨機對 照試驗	美國	英文	乳癌	評估晚期胰臟癌患者的生存和生活質量，提煉胰臟癌中醫核心病機和核心方劑，最終為胰臟癌綜合治療臨床方案的形成和應用提供可靠的數據支撐。
Jiang et al., 2019	指南	美國	英文	癌症	確定與放射治療期間使用針灸的意願相關的因素
Frankel et al., 2014	橫斷面 研究	美國	英文	癌症	描述了該學科與腫瘤診所的物理整合，以及患者對其可用性和有效性的看法。
Johnstone et al., 2002	質性研究	美國	英文	癌症	確定針灸是否是使用鴉片類藥物或其他止痛藥緩解疼痛有態度障礙的癌症患者的首選治療選擇。
Kevin et al., 2021	橫斷面 研究 可行性 研究/	美國	英文	癌痛	評估在醫院環境中為乳癌患者提供針灸治療的可行性，並評估針灸對壓力、焦慮和疼痛的短期效果。
Mallory et al., 2015	開放標 籤研究	美國	英文	乳癌	研究糖尿病合併焦慮的影響因素，評估中西醫結合糖尿病患者的焦慮程度。
Wang & Wang, 2003	隨機對 照試驗	美國	英文	乳癌	

附錄六、文獻數據資料

作者 和 出版 年份	合 作的 模 式	中醫 師的 角色	中醫的角色	促進中西醫協作因素	妨礙中西醫協作因素	結論/建議
Mc Phe rso n et al., 2016	分 工 協 作	根據 《老 年病 新藥 臨床 研究 指導 原	延緩糖尿病腎病變進展的作用（中藥被發現具有抑制血小板聚集、抑制血栓形成、擴張血	中醫辨證與西醫病理生理的相似觀點（久而久之，經脈血瘀凝滯，故血瘀是「渴渴」的重要病機之一；現代研究表明，糖尿病腎病變患者存在瀰漫	未提及	紅花黃注射與貝那普利合併治療糖尿病患者在降低尿液白蛋白、改善腎功能及血液高黏血症方面優於單用貝那普利，提示兩者合併應用可發揮各自

		則》 進行 診斷 與評 估	管、抗氧化 能力等功 能)	性腎小球硬化，體 內纖溶系統降低， 微循環功能障礙， 這種病理變化與中 醫的血瘀證是一致 的。 治癒的希望；良好 的可及性（方 便）；患者認為中 醫無害；患者將中 醫視為另一種嘗 試；由於台灣獨特 的健康保險計劃 （兩個平行的健康 保險系統、國民健 康保險和私人健康 保險），患者可以 使用聯合治療而無 需擔心經濟問題； 醫療中心設有中醫 住院部和門診部 （中醫科室 50 床） 和西醫科室（3450 床）		優勢，協同作用， 延緩糖尿病患者病 情進展。
Liu et al., 201 1	分 工 協 作	未提 及	減少化療的 副作用，減 少西藥的使 用（例如止 吐藥、緩解 症狀的藥 物） 降血糖、解 熱、鎮痛、 免疫調節、 抗發炎、控 制症狀（使 痰易排出， 祛痰效果 好）、預防 消化性潰 瘍、對氣管 平滑肌有解 痙作用、抑 制胃液分 泌、止吐、 血管擴張 （降血 糖）、保護 肝腎、預防 抑制細菌病 毒、促進腸 道蠕動	未提及	未提及	大多數患者以常規 藥物為主，中醫為 輔，以減少化療的 不良反應，恢復體 力，並保持希望。
Xu et al., 202 3	協 同 作 用	診 斷、 開處 方、 續藥		未提及	未提及	在中醫理論指導 下，中藥方劑在治 療流行性疾病中發 揮協同作用。
Chen et al.,	輔 助 作 用	開處 方	減輕西藥引 起的毒性反 應	中藥複方中的多種 活性成分，對中藥 治療癌症的多標靶 作用已廣受認可	未提及	中西醫合併常規療 法可有效降低手 術、放療、化療引 起的毒性程度。中

201
2

De
ng
&
Xu,
201
9

分
工
協
作

基於
「中
醫精
神醫
學」
診斷
憂鬱
症；
提供
治療

抗憂鬱作用

針灸抗憂鬱的廣泛認可（有大量關於針灸抗憂鬱作用的臨床和動物研究，例如針刺百會可以調節單胺遞質如 5-HT 和 NE 的產生和代謝，從而提高其濃度，並產生抗抑鬱作用）；針灸被認為是安全且易於實施的。

西醫結合治療可以提升病患的生活品質，延緩復發，延長病患的壽命。

Fan
et
al.,
200
9

輔
助
作
用

診
斷、
開處
方

未提及

未發現明顯副作用（安全性）

未提及

0

針刺合併鹽酸舍曲林錠治療腫瘤相關憂鬱症優於單純服用鹽酸舍曲林，且能改善伴隨症狀，提升生活品質。芪紅湯可以改善冠狀動脈繞道手術術後患者的中醫症狀和心臟功能，提升患者的生活質量，加速復原進程。

Gu
o et
al.,
200
8

分
工
協
作

根據
《老
年病
新藥
臨床
研究
指導
原則
》進
行診
斷與
評估
根據
《慢
性心
臟衰
竭中
西醫
結合
臨床
路徑
構建
與實
施示
範研

延緩糖尿病腎病變進展的作用（中藥被發現具有抑制血小板聚集、抑制血栓形成、擴張血管、抗氧化能力等功能）

中醫辨證與西醫病理生理的相似觀點（久而久之，經脈血瘀凝滯，故血瘀是「強迫性口渴」的重要病機之一；現代研究表明，糖尿病腎病變患者存在瀰漫性腎小球硬化，體內纖溶系統降低，微循環功能障礙，這種病理變化與中醫的血瘀證是一致的。

未提及

紅花黃注射與貝那普利合併治療糖尿病患者在降低尿液白蛋白、改善腎功能及血液高黏血症方面優於單用貝那普利，提示兩者合併應用可發揮各自優勢，協同作用，延緩糖尿病患者病情進展。

Pan
et
al.,
202
3

分
工
協
作
(int
egr
atio
n)

根據
《慢
性心
臟衰
竭中
西醫
結合
臨床
路徑
構建
與實
施示
範研

活血、利尿；改善心臟功能，減少因心臟衰竭惡化而再次入院的情況

未報告與藥物相關的不良事件；基於證據的實踐指南和專家建議，提供有針對性的鑑別診斷和最佳治療選擇；在實施綜合醫學之前對醫生進行為期 1 天的培訓；每月績效衡量監控與回饋

有些 CHF 患者對中醫所知甚少。對中醫知之甚少。可能需要向一些對中醫知之甚少的 CHF 患者介紹一下中醫的基本概念。

針對心衰患者，多方面的優化方案優於常規方案，尤其是在 NYHA 功能分類、心臟衰竭惡化再入院率、血漿 NT-proBNP 水平、左心室射出血率、患者中醫證候評分和生活品質方面的改善。這也有利於心衰病患的治療。；應進行較長追蹤時

			究》及2014年發布的中國指南進行診斷（辨證）和處方；進行中醫治療；自理能力教育			間的整群隨機對照試驗，以評估這種多方面優化的效果。
Qiu et al., 2012	分工協作	未提及	調節人體發炎反應，調節人體免疫功能	中醫病因病機理論與西方醫學病理生理學觀點相似（促發炎階段和抗發炎階段之間的動態、波動平衡類似於中醫的陰陽概念理論和鄭謝理論）；先前的證據顯示草藥中存在一些生物活性成分可有效治療敗血症（抗發炎作用）	中西醫結合改善重症膿毒症患者預後缺乏證據。	參附注射液可降低重症膿毒症患者血清 IL-6 水平,調節促炎因子與抗炎細胞因子的平衡,從而起到提高治療效果的作用。 藿香正氣滴丸和連花清瘟顆粒合併西藥使用可能對 COVID-19 患者在改善臨床症狀、降低抗感染藥物使用率、改善患者預後等方面具有臨床優勢，為進一步治療 COVID-19 患者奠定基礎。使用補充藥物治療這種感染。
Xiao et al., 2020 Wu et al., 2008	補充作用 輔助作用	未提及 採用「八理辨證」	改善 COVID-19 的臨床症狀和預後 透過頭皮針灸增強遠端肌肉的力量	中國本土應對疫情的措施已取得階段性成果，中醫藥已被納入 COVID-19 治療指引；安全的；在中國對抗非典和流感方面廣受認可 廣泛認可（針灸是全球最常見的治療技術，補充了現代療法）	未提及 未提及	針灸治療腦性麻痺並不會增加癲癇發作的風險。

		模式 辨證 診斷； 治療 處方 (穴 位) ；提 供治 療 (按 摩、 結合 手動 和電 刺激 的針 刺身 體穴 位)				
Zhi & Wa ng, 200 3	分 工 協 作	診斷 (辨 證)	未提及	未提及	未提及	研究表明，中西醫結合治療糖尿病相關焦慮症優於單獨使用西藥。聯合治療組的肺癌患者比西藥組的患者有更好的身體和角色功能。聯合治療組有更好的累積生存期，但這種差異沒有達到顯著性。建議：為了更精確地估計長期生存期綜合治療對這些患者預後的長期有效性，未來的研究應透過持續招募來標準化中醫診所未提及執業醫師的就診次數；並透過要求患者完成每日日誌來增加評估次數；結果的項目指標，例如症狀困擾、生活品質和身體功能，由於患者的模式類型不同，
Tan g et al., 201 6	分 工 協 作	根據 病人的 證型和 治療 原則而 非依照 治療 指引用 藥；中 醫醫師 決定中 醫治療 方案	未提及	廣泛認可（近十年來，中國肺癌患者的共識治療已逐漸成為中西醫結合）；沒有發現不良反應或毒性	患者因病重而無法外出中醫問診（聯合治療組僅有4位患者前往中醫門診）；不方便（中醫和西醫門診預約時間不在同一天，沒有受益於中醫的人不願意花費額外的時間和精力接受中醫治療）	

Chang et al., 2016 Wei et al.,	輔助作用輔助作	診斷、更新用藥、提供護理專業意見（如拔針、健康教育、搬動病人、更換衣物）、飲食教育、出現不良反應或波動時進行西醫評估和治療實施臨床狀況穴位處方、	改善中風相關症狀（健忘、焦慮、血瘀、頭暈、情緒不寧、癲癇、頭痛、偏癱、失眠、心悸、痙攣、眩暈、四肢無力）改善神經損傷或功能恢復	持有許可證的草藥已納入台灣國民健康保險計劃衛生部門的支持（台灣衛生署於2006年推出中風輔	未提及 未提及	固定的中醫處方不能反映現實世界的中醫實踐，未來的研究可以考慮跨國或交叉。化療方案的患者，以招募更多的模式類型並獲得更客觀的肺癌中醫方劑數據。 需要對中醫對中風後不良後果和生活品質進行進一步的前瞻性研究。需要進行基線品質隨機對照試驗來驗證輔助針灸治療急
--------------------------------	---------	--	---	---	----------------	---

2011	用（佐劑）	評估及病情惡化或感染時與神經科醫師評估是否繼續治療		助針灸治療衛生政策試驗計畫（HPSAAT），以減輕中風的醫療負擔）；參與者的高度合規性		性和亞急性缺血性中風的臨床益處。
Lu et al., 2022	輔助治療	診斷、諮詢個體化針灸治療處方；評估是否應添加電刺激	中風復健	中風患者獲得中醫護理的機會較多；全民單一付款人的健康保險計劃，涵蓋西方醫學和中醫護理，已與台灣絕大多數醫院簽約	未提及	研究結果表明，在中風恢復的急性期和亞急性期提供的輔助中醫治療可能有助於提高長期存活率。
Garcia et al., 2013	未提及		pain management	未提及	由於難以安排治療、止痛藥物的變化或疾病進展，進入研究的患者失去了追蹤。 草藥腎毒性（與馬兜鈴酸相關）已被廣泛記錄，是整合醫學實踐的主要障礙之一；中藥引起的肝損傷的發生率通常被報告為一個單一的組合類別，與分為多個類別的常規藥物進行比較可能會引入偏差；缺乏目前的臨床和研究證據（大多數評估六味地黃丸治療糖尿病和慢性腎病的現有臨床研究的方法學質量不足，且無法評估偏倚風險；關於四君	在這項研究中，針灸對於經歷不受控制的疼痛的癌症患者來說是可行、安全的，並且是一種有用的治療輔助手段。
Chen et al., 2022	輔助作用	根據臨床表現開出處方；顧問	未提及	參與者表現出優異的合規性		添加中醫與顯著的腎絲球過濾率維持和降低尿液微白蛋白水平的趨勢有關。未發現中藥有可檢測的肝毒性。各組之間的低血糖和高血鉀發生率相當。

				作用的臨床證據-子湯對糖尿病和慢性腎病的作用有限)；病人服務品質的不確定性；無法獲得負擔得起且方便的治療	
	對常規治療和胸腔穿刺術反應不佳時的替代治療	診斷、開處方、續藥	促進利尿，在對常規治療反應不佳的情況下防止疾病進展緩解症狀、提升生活品質、緩解疾病惡化、腦血管疾病復健（LOC障礙、肢體癱瘓、失語症）；緩解疼痛（術後、慢性疼痛）；減少西醫療法的使用（例如導尿管）	未提及	提示在常規治療和胸腔穿刺治療效果不佳的情況下，中藥方劑在預防複雜性未確診胸腔積液的進展方面發揮著重要作用。有必要進一步研究所涉及的機制。
Ma et al., 2022		診斷、諮詢、治療、開處方	針灸療效已廣受認可（針灸治療中風後偏癱已為公眾廣泛認可，針灸治療胃腸功能障礙的療效為西醫醫師所認可，他們通常轉診患者接受針灸治療）；針灸治療腦血管疾病的療效已廣泛認可。	未提及	針灸適應症廣泛，可以彌補現代醫學的不足，對綜合醫院的輔助治療有正面的作用。建議加強與其他科別的交流與合作，促進針灸學的發展，提高西醫對針灸學的認識與應用。
Zhang et al., 2017	輔助作用			西醫從業人員對中醫（針灸療效）的認識不足；綜合醫學通常是由患者或家屬而不是西方醫學從業者的強烈要求啟動的	

Zhang et al., 2020	協同作用	舌診、開處方、開處方、評估（追蹤CPK、肝腎功能、C反應蛋白，監測疾病活動度及藥物併發症）	增強機體抵抗力，消除致病因子；預防疾病進展；減少額外西醫治療的使用（侵入性呼吸器或體外膜氧合，與其他研究中的患者相比，減少甲潑尼龍的劑量和持續時間，不使用免疫球蛋白）；避免洛匹那韋未提及利托那韋的副作用（腹瀉）	沒有發現副作用；政府和衛生健康委員會的支持（幾千年來，中醫藥在預防和治療流行病方面積累了豐富的臨床經驗和有效的方劑。中醫藥在治療嚴重急性呼吸道綜合症方面也有很好的臨床效果。因此，中國政府幾乎所有省份的衛生委員會都高度重視中醫藥在這場遏制和消滅 SARS-CoV-2 的鬥爭中的作用；已正式宣布中藥應與中藥結合使用用於治療 COVID-19 患者的常規藥物。中醫被納入新型冠狀病毒肺炎（COVID-19）診療指南	未提及	本病例報告表明，中藥協同治療對治療 COVID-19 重症患者有益。
Cheng et al., 2015	補充作用		西醫治療反應不佳時的補充治療，緩解肌無力，減輕西醫不良反應；促進西藥劑量減少癌症疼痛、化療引起的噁心、血管舒縮症狀、口乾、呼吸	中醫理論和西醫觀點（分子生物學）對疾病的看法相似（系統性紅斑狼瘡、類風濕性關節炎等自體免疫疾病相關的凋亡細胞的清除符合脾氣理論）	未提及	這項研究表明，中醫治療不僅可以起到控制症狀的作用，還可以加速難治性病例的類固醇使用。需要長期追蹤和未來的實驗研究來檢驗中醫藥治療多發性肌炎的療效並探討其機制。歡迎對針灸治療癌症相關症狀的潛在功效以及患者和臨床醫生的治療關係（包括治療期望）
Enblom, 2017	未提及	未提及		未提及	患者一般狀況較差（身體虛弱、精神錯亂、失智、患有嚴重精神疾病、感覺太累而無法接受	

			困難、肌肉緊張、打嗝、情緒低落和咳嗽緩解		針灸治療)；在腫瘤學的公共醫療保健中沒有得到廣泛認可(其他專業人士的消極態度阻礙了針灸的使用，物理治療師受到過去對針灸有效性的不太積極態度的影響)；患者認為中醫治療耗時；患者先前缺乏針灸治療癌症相關症狀的知識，不太可能相信針灸的有效性	的影響進行進一步的假對照研究。
Ni et al., 2020	補充作用	未提及	改善神經功能障礙(活血化癥)；缺血性中風的二級預防；改善出血性中風昏迷患者的意識喪失程度；參與日常護理和復健(例如用草藥冰棒或噴霧劑進行刺激以及治療言語障礙的針灸)；改善憂鬱徵兆和症狀調節情緒未提及睡眠障礙、症狀控制(疼痛、疲勞、噁心、焦慮、憂鬱、呼吸困難、失眠和便秘)	中醫在中國臨床實踐中廣泛應用；對於不適合手術的高血壓顱內出血患者，在常規護理之外使用是安全的	具體的臨床特徵、個人偏好和財務狀況	本指引重點在於腦中風中西醫結合治療的臨床治療，適用於各級醫療機構和復健機構。建議：未來的研究問題應更專注於一些歷史悠久的經典中藥方劑，如補陽還五湯和血府逐瘀湯，對腦卒中患者預後的具體貢獻，以及指導臨床實踐的中藥使用研究在臨床高風險情況下，如缺血性腦中風溶栓、出血性轉化等應優先考慮。
Chen et al., 2021	輔助作用	開穴處方；進行針灸		未提及	未提及	未提及
Chou, 2010	未提及	未提及	減少西藥(類固醇)劑量	未提及	未提及 摻入西藥的中藥材，例如：有些中藥含有保泰松，可能導致死亡；安全性問題(某些草藥	未提及

Ge et al., 202 2	分 工 協 作	未提 及	緩解疼痛； 減少西藥 （阿片類藥 物）劑量； 緩解西藥引 起的副作用 （緩解使用 止痛藥的中 度至重度癌 痛患者的鴉 片類藥物相 關副作用， 緩解乳癌患 者芳香酶抑 制劑引起的 關節痛）	針灸在世界各地得 到越來越多的政策 支持，特別是在健 康保險領域；成本 效益高；在許多國 家廣泛普及；針灸 普遍安全（例如， 沒有因針灸治療相 關不良反應而退出 的情況） 中藥已納入中國健 保（黃耆丸顆粒 劑、膠囊均為甲類 醫保；金紅清顆粒 劑為乙類醫保；可 及性好（中藥納入 國家基本藥物目錄 和醫保制度）中藥 品種）；中國國家 藥品監督管理局已 批准將治療 COVID- 19 納入連花清瘟顆 粒和膠囊的藥物適 應症中，以及清風 排毒湯劑的成本 低，不良事件發生 率低；；其他方案 支持的中藥使用 （《新型冠狀病毒 肺炎診療方案（試 行第八版）》推薦 輕、中、重度 COVID-19 患者臨床 治療期間可使用 QFPD 湯劑）依實際 情況合理治療重症 病人）	已被發現具有腎毒 性） 大多數證據的品質 較低，因此指南中 的建議也很薄弱； 患者的態度障礙包 括缺乏針灸知識、 價格昂貴、針刺疼 痛等	未來的研究應優先 解決：（1）針對不 同類型的癌症，針 灸在緩解癌痛方面 的功效是否有差 異；（2）穴位按摩緩 解癌性疼痛的功 效；（3）不同國家病 人對針灸治療癌痛 的偏好、價值觀與 態度障礙。
Ge et al., 202 1 Ya o et al., 202 0	分 工 協 作 分 工 協 作	未提 及 根據 中醫 辨證 理論	延緩病情進 展，縮短症 狀恢復時 間；症狀控 制（發燒、 咳嗽、咳 痰）；改善 輕中度 COVID-19 患 者的發炎標 記和生化指 標；提高核 酸檢出率轉 換 治療失眠和 便秘	延緩病情進 展，縮短症 狀恢復時 間；症狀控 制（發燒、 咳嗽、咳 痰）；改善 輕中度 COVID-19 患 者的發炎標 記和生化指 標；提高核 酸檢出率轉 換 治療失眠和 便秘	部分中醫湯劑未納 入中國醫療保險； 證據品質低導致反 對心必淨注射液與 西藥結合治療輕中 度 COVID-19 患者 或對某些中藥產品 的建議薄弱	未來的研究應重點 關注：（1）透過精 心設計的前瞻性研 究，對所有用於治 療 COVID-19 患者 的中藥的患者重要 結局進行研究，特 別是一些被認為具 有良好療效的中 藥，例如“三藥三 方”。（2）對兒童、 孕婦、圍產期婦女 等特定族群的影 響。（3）不同中醫辨 證療效差異。（4）整 個治療過程中西醫 結合的經濟負擔與 可近性。

			進行評估，包括中醫舌診、脈診；提供與便秘和失眠相關的按摩指導			
Li et al., 2021	分工協作	未提及	防止輕度或中度 COVID-19 患者出現嚴重轉化；減少重症 COVID-19 患者的潛在不良事件；透過縮短其他藥物的使用時間和總劑量來減少西藥引起的不良事件	未提及	不充分和缺乏臨床證據導致建議薄弱。	重症 COVID-19 的中西醫結合領域需要大量高品質的研究，特別是老年患者，因為他們是重症 COVID-19 的主要關注對象。由於部分建議品質較差，醫生在臨床實務中應用指引中的建議時，應結合病人的實際情況和價值觀，做出適當的選擇。
Fu 2022	分工協作	未提及	未提及	沒有發現明顯的副作用；研究證實中藥合併前列地爾和其他西藥可減緩慢性腎臟病進展	未提及	丹參多酚酸鹽合併前列地爾和穀胱甘肽可減緩性腎病變患者腎功能惡化的進展。
Ye h et al., 2020	分工協作	未提及	未提及	未提及	未提及	研究發現，與單純西醫治療相比，接受中西醫結合治療的大腸直腸癌患者的存活期有顯著改善，特別是對於 III 期和 IV 期癌症患者。建議：由於中醫治療高度個人化，應用人工智慧開發中醫自動辨證系統可以為中醫患者提供更準確的中

Xu e et al., 201 5	未 提 及	未提 及	未提及	未提及	未提及	醫處方，也可以讓 研究人員更深入地 挖掘中醫使用的有 效性。 根據老年綜合評估 結果對老年晚期非 小細胞肺癌患者進 行分型，中藥治療 可改善功能依賴型 患者的疲倦、咳嗽 等症狀。但對於功 能獨立且輕度功能 受損的患者，其臨 床益處仍需進一步 研究。 中西醫結合治療可 以進一步降低血壓 變異性，特別是收 縮壓；改善 MoCA 評分和認知功能， 增加踝臂指數，降 低脈搏波速度和動 脈硬化程度；改善 脂質代謝綜合幹預 作用。 微循環障礙可能在 舌痛的病因中扮演 重要角色。研究表 明，該患者可採用 中西醫結合治療， 注射當歸可改善微 循環。 三種療法均對此病 有治療作用，但單 獨使用質子幫浦抑 制劑的療效不如合 併療法的療效。此 外，PPI 合併半夏厚 朴湯和未提及或針 灸治療對生活改善 有顯著影響。未來 研究應合併收集觀 察 24 小時咽部食道 pH 監測結果及咽部 pH 監測結果。
Wa ng et al., 202 2	未 提 及	未提 及	未提及	多年中醫經驗和現 代醫學研究的實證 實踐	未提及	
Ch en et al., 200 0	未 提 及	未提 及	未提及	中藥（靜脈注射當 歸和當歸）的作用 不僅有中醫理論支 持，而且有西醫病 理生理學支持	未提及	
Pei et al., 202 2	未 提 及	診斷	未提及	中藥與西藥的協同 作用，比質子幫浦 抑制劑(PPI)單一療 法增強療效	未提及	
Jia ng et al.,	分 工 協 作	中醫 證候 診斷 及療	未提及	未提及	未提及	未提及

2019		效評估。使用分級量表評估中醫症狀					
Franke et al., 2014	未提及	未提及	未提及	1. 在同一環境中整合針灸（同一地點可以提供後勤可行性）;2. 發展針灸綜合服務並為病人提供中醫知識課程" 1997 年 11 月，針灸在美國國立衛生研究院 (NIH) 共識會議上得到了必要的驗證。針灸的正式臨床試驗已經開始。 患者更相信止痛藥無法控制疼痛；女性性別與針灸偏好有顯著相關；患者擔心鴉片類藥物的副作用（即噁心、便秘和精神錯亂）	缺乏對使用針灸治療症狀的偏好背後的態度和信念的研究	透過考慮知識、種族和疼痛等因素，為未來評估針灸如何成為接受放射治療的患者綜合支持護理的一部分的研究奠定了基礎	
Johnstone et al., 2002	未提及	未提及	未提及		未提及	針灸可能有助於控制癌症患者的症狀。它是化療引起的嘔吐的有用輔助劑，也是控制疼痛的輔助機制。	
Kevin et al., 2021	未提及	未提及	未提及		缺乏證據：需要進行更多研究來指導在整合性癌症疼痛治療中安全、有效地使用針灸。	對於因擔心鎮痛副作用而導致疼痛控制不充分的癌症患者來說，針灸可能是更好的治療選擇。	
Mallory et al., 2015	未提及	未提及	未提及	以中醫理論為基礎的臨床實務；參與者滿意度高	缺乏證據；治療方法的偏見性質（針灸）	針灸可以用於術後臨床實踐。	
Wang & Wang, 2003	分工協作	診斷（辨證）	未提及	未提及	未提及	研究表明，中西醫結合治療糖尿病相關焦慮症優於單獨使用西藥。	

附錄七、德爾菲研究問卷內容和得分情況

條目	第一輪		第二輪		第三輪	
	四分位變異係數	7分以上的專家百分比 (%)	中位數	8分以上的專家百分比 (%)	中位數	8分以上的專家百分比 (%)

	分比 (%)			
工作流程				
1. 您同意方案中的醫療團隊的工作流程 – 由有骨科專業培訓的護士作個案經理與有醫療需要的病人接觸，並作轉介其他醫療專業嗎?	0.06	85.70	9	93.8
2. 您同意方案中的醫療團隊的工作流程 – 由社工個案經理與病人接觸，並提供情緒支援嗎?	0.07	85.70	9	87.5
3. 您同意方案中的醫療團隊的工作流程 – 由社工個案經理為病人提供情緒支援後，如有進一步醫療需要，可以轉介至其他醫療專業嗎?	0.08	85.70		
4. 您同意方案中的醫療團隊的工作流程 – 中西醫之間可根據病人的病情由哪一方處理較適合而可作互相轉介嗎?	0.06	92.90		
5. 您認為醫療團隊的工作流程的部份需要補充或修改嗎?	-	-	-	-
角色和責任				
6. 您同意方案中西醫的角色和責任中講述監察與跟進的內容嗎? (即監察病人的進展，根據需要調整治療計劃，進行定期的跟進會診)	0.06	92.8	9	87.5
7. 您認為西醫的角色和責任的部份需要補充或修改嗎?	-	-		
8. 3 您同意方案中中醫師的角色和責任中講述協助術後恢復的內容嗎? (即在等候手術的時間中改善病人身體狀況，控制好基礎病的數據，如血糖、氣喘，讓病人對手術更有信心，術後恢復效果更好；在術後亦可在飲食中以中藥調理幫助病人，改善病人術後的貧血及血色差的問題)	0.06	85.7		
9. 您認為中醫師的角色和責任的部份需要補充或修改嗎?	-	-		
10. 您同意方案中護士的角色和責任中講述個案經理的內容嗎? (即有醫療需要的病人首次前往醫療單位[例如地區康健中心]尋求醫療服務時，將與個案經理見面，個案經理將根據病人的意願及專業判斷，將病人轉介到其他單位作進一步跟進。個案經理亦會對病人情況作首次詳細記錄)	0.07	92.9		
11. 您同意方案中護士的角色和責任中講述病人教育的內容嗎? (即從科學層面教育病人有關膝痺病的資訊、治療選擇和、自我管理方法如運動、姿勢調整、按摩，確保病人理解病情和治療計劃，並教導他們如何與痛症共存)	0.07	100		
12. 您同意方案中護士的角色和責任中講述症狀管理和支援的內容嗎? (即協助管理症狀，由病情初期到手術後的復康，提供任何傷口	0.06	92.9	9	93.8

護理，並回應病人對膝痺病相關的諮詢；提供心理支援，改變病人如何面病症，更積極配合治療。需要時，個案經理亦會聯繫其他醫護人員協助病人管理症狀)				
13. 您同意方案中護士的角色和責任中講述協調護理的內容嗎?	0.02	92.8		
14. 您同意方案中護士的角色和責任中講述病人分流的內容嗎? (即確認病情的階段，進行分流，區分低風險和高風險病人)	0.06	92.8		
15. 您同意方案中護士的角色和責任中講述建立關係的內容嗎? (即傾聽病人，與病人建立良好的關係，幫助他們應對生活中的挑戰，提高其生活質量)	0.07	92.9	9	93.8
16. 您同意方案中護士的角色和責任中講述病人監察的內容嗎?	0.02	92.9		
17. 您認為護士的角色和責任的部份需要補充或修改嗎?	-	-	-	-
18. 您同意方案中物理治療師的角色和責任中講述功能評估的內容嗎? (即檢查病人的身體結構和姿勢，為病人進行測試以評估與膝痺病相關的活動能力、強度、活動範圍和功能限制)	0.06	100		
19. 您同意方案中物理治療師的角色和責任中講述痛症管理的內容嗎? (即採用手法治療和物理療法等來管理痛症，改善並恢復病人的肌腱功能，讓病人能進行病前的活動；採用被動治療，如運用電療儀器，推遲病人接受手術的時間)	0.06	99.9		
20. 您同意方案中物理治療師的角色和責任中講述病人教育的內容嗎?	0.02	92.9		
21. 您認為物理治療師的角色和責任的部份需要補充或修改嗎?	-	-	-	-
22. 您同意方案中職業治療師的角色和責任中講述日常生活活動評估的內容嗎? (即評估病人執行日常生活活動的能力及加劇病情的風險因素，並提供教育、治療、跟進及復康提供方法或適應性設備以增強獨立能力及下肢的活動能力，減輕病人的不適感)	0.06	92.9		
23. 您同意方案中職業治療師的角色和責任中講述自理能力改善的內容嗎? (即評估個案在進食、梳洗、如廁、洗澡等表現及障礙，提供針對性個別訓練，配佩生活輔具)	0.06	100		
24. 您同意方案中職業治療師的角色和責任中講述痛症評估的內容嗎? (使用視覺類比評估 (VAS) 量度病人的疼痛程度)	0.07	85.7	9	93.8
25. 您同意方案中職業治療師的角色和責任中講述增加認知的內容嗎? (即加強病人對疼痛和膝痺病的認知，例如對生活範圍、自我照顧、工作和消閒的影響程度；解釋並消除病	0.06	100		

人對生活輔助工具的擔憂，以確保他們能夠接受並有效使用這些工具)				
26. 您同意方案中職業治療師的角色和責任中講述家居改裝的內容嗎? (即進行家居安全評估，建議並協助進行家居改裝，以營造支持病人活動和功能的環境)	0.06	99.9		
27. 您同意方案中職業治療師的角色和責任中講述關節保護及省力技巧的內容嗎? (即教導病人在日常活動中保護關節及節省體力的技巧)	0.14	78.6		
28. 您同意方案中職業治療師的角色和責任中講述監察病人的內容嗎? (即監察病人是否遵從治療計劃，並提供定期的反饋，以確保治療效果)	0.07	92.9		
29. 您認為職業治療師的角色和責任的部份需要補充或修改嗎?	-	-		
30. 您同意方案中社工的角色和責任中講述個案經理的內容嗎? (即沒即時危險的病人首次前往醫療單位[例如地區康健中心]尋求醫療服務時，將首先與個案經理見面，社工個案經理可先為病人提供心理支援，若後續病人有醫療需要，將根據病人的意願及專業判斷，將病人轉介到其他單位作進一步跟進。個案經理亦會對病人情況作首次詳細記錄)	0.06	78.5		
31. 您同意方案中社工的角色和責任中講述病人跟進的內容嗎? (即定期跟進病人的治療進度，儘管病人已轉介到其他專業，也須關注病人的心理狀況會否有延誤治療的情況)	0.10	78.5		
32. 您同意方案中社工的角色和責任中講述簡化專業用詞的內容嗎? (即將複雜的專業術語簡化，以簡單易懂的方式向病人複雜難明的治療指引，確保病人理解並能夠遵從)	0.05	78.6		
33. 您同意方案中社工的角色和責任中講述團隊橋樑的內容嗎? (即在跨專業合作中扮演橋樑角色，串連各專業的意見，經梳理及整合後向病人講解團隊的診斷及照護方案)	0.07	85.6		
34. 您認為社工的角色和責任的部份需要補充或修改嗎?	-	-	-	-
評估				
35. 您同意西醫評估由普通科醫生執行，並經由護士個案經理轉介嗎? 如病人有專科需要，再由普通科醫生轉介至骨科醫生。	0.08	85.7	9	87.5
36. 您同意西醫評估中講述初步診斷中第一步，進行身體檢查的內容嗎? (即檢查是否存在關節摩擦聲；檢查步姿，特別關注有否不一致和不穩定的情況；檢查行腕關節，確定膝關節疼痛的原因，排除因腕關節異常而引起的膝關節疼痛；觀察是否有關節滲液、結痂、畸形和整體不對齊的情況；檢查韌帶，	0.06	100		

評估是否有任何不穩定性；注意是否有矯正畸形的能力；對膝關節進行觸診，嘗試定位觸痛的區域；評估膝關節的活動範圍，注意彎曲畸形和膝蓋骨的情況)							
37. 您同意西醫評估中講述初步診斷中第二步，對病人疼痛部位的評估的內容嗎？(即在病人病歷中記錄疼痛的位置；有前膝疼痛，並在蹲下或爬樓梯時惡化時，考考慮可能涉及髌骨或股骨異常；注意與機械性症狀相關的關節線疼痛，考慮可能涉及半月板病變；注意腰椎和同側髌關節的轉介性疼痛可能呈現為膝疼痛)	0.06	100					
38. 您同意西醫評估中講述初步診斷中第三步，與病人討論症狀的內容嗎？(即與活動有關的關節疼痛；早晨關節僵硬或持續超過 30 分鐘的早晨僵硬；功能上的限制)	0.06	99.9					
39. 您認為西醫評估 - 初步診斷的部份需要補充或修改嗎？	-	-	-	-			
40. 您同意西醫評估中講述影像檢查中，使用 X 光 (Kellgren 和 Lawrence [KL] 分級法) 的內容嗎？(即使用此分級法確定任何關節腔窄化 [等級 0 = 正常；等級 1 = 存在模糊的骨刺；等級 2 = 存在明確的骨刺但沒有關節腔窄化；等級 3 = 存在關節腔窄化；等級 4 = 完全喪失關節腔])	0.06	92.8					
41. 您同意西醫評估中講述影像檢查中，使用 X 光 (OA Research Society International 開發的 OARSI 圖譜) 的內容嗎？	0.02	92.8					
42. 您同意西醫評估中講述影像檢查中使用 MRI (MRI 膝骨關節炎分數 [MOAKS]) 的內容嗎？	0.03	85.6					
43. 您同意西醫評估中講述影像檢查中使用 MRI (前交叉韌帶骨關節炎分數 [ACLOAS]) 的內容嗎？	0.03	85.6					
44. 您認為西醫評估 - 影像檢查的部份需要補充或修改嗎？	-	-					
45. 您同意中醫評估由護士個案經理轉介嗎？(護士已接受中醫訓練)	0.08	85.7	9	75.0	9	81.3	
46. 您同意中醫評估中講述診斷依據的內容嗎？(即初起多見腰腿、腰脊、膝關節等隱隱作痛，屈伸、俯仰、轉側不利，輕微活動稍緩解，氣候變化加重，反復纏綿不愈；起病隱襲，發病緩慢，多見於中老年人；局部關節可輕度腫脹，活動時關節常有彈響摩擦音。嚴重者可見肌肉萎縮，關節畸形，腰彎背駝；發病及病情的輕重常與勞累及寒冷、潮濕等天氣季節變化和勞累作有關。可進一步分為風、寒、濕、熱痺、尪痺，或風濕、歷節、血痺病等，詳情請參考：膝痺病的治	0.07	85.7	9	87.5			

療和支援(2)I. 中醫內科辨證論治；可詢問病人是否曾查血沉、抗“O”、黏蛋白、類風濕因子、血尿酸、腎功能等，與風濕性關節炎、類風濕性關節炎、痛風性關節炎、紅斑狼瘡相鑒別。如否，可按情況轉介西醫或護士跟進) (護士已接受中醫訓練)				
47. 您同意中醫評估中講述病因病機的內容嗎?	0.02	85.7		
48. 您認為中醫評估的部份需要補充或修改嗎?	-	-	-	-
治療和支援				
49. 您同意痛症藥物由普通科醫生處方嗎?	0.06	100		
50. 您同意痛症藥物講述的內容嗎? (即方案中指出的處方藥及建議劑量，包括撲熱息痛、口服非類固醇抗發炎藥 [非類固醇抗發炎藥 + 質子泵抑制劑，非類固醇抗發炎藥 + 米索前列醇，環氧合酶-2 抑制劑]、非類固醇抗發炎藥、度洛西汀；注射，包括關節內皮質類固醇注射、關節內玻璃酸鈉注射)	0.06	100		
51. 您認為痛症藥物的部份需要補充或修改嗎?	-	-		
52. 您同意手術由骨科專科醫生執行嗎?	0.06	100		
53. 您同意考慮選擇手術的情況講述的內容嗎? (即非手術治療成效不足；由於膝痺病導致重大功能損失或活動能力下降；存在明顯的關節變形或不穩定；關節損害迅速惡化；懷疑有其他潛在疾病，如類風濕性關節炎，可能需要專科治療；病人偏好或要求手術治療)	0.06	100		
54. 您同意手術種類講述的內容嗎? (即關節置換手術、膝關節截骨術、膝關節鏡手術)	0.06	100		
55. 您認為手術的部份需要補充或修改嗎?	-	-		
56. 您同意運動治療由物理治療師執行，並經由普通科醫生、護士個案經理或中醫師轉介嗎?	0.06	100	9	93.8
57. 您同意運動治療講述的建議頻率嗎? (即每週至少進行 150 分鐘中等強度的有氧運動，或每週進行至少 75 分鐘的高強度有氧運動，每次至少分散在 7 天內進行 10 分鐘。還建議每週至少進行 2 天或更多天的中等或高強度肌肉加強運動)	0.11	78.6	8.5	75.0
58. 您同意運動治療講述低衝擊帶氧運動的內容嗎? (即步行或騎自行車有助於增強膝關節的力量和活動範圍。騎自行車可以在戶外或使用靜態自行車室內進行)	0.06	85.7	9	87.5
59. 您同意運動治療講述力量訓練的內容嗎?	0.02	92.8		
60. 您同意運動治療講述水中復健的內容嗎? (即游泳能提供對關節只有低衝擊性的鍛煉)	0.06	92.8		

61. 您同意運動治療講述太極的內容嗎? (即對於老年人尤其是患有膝痺病的人來說，太極是一種受歡迎的運動治療，因為它使用緩慢柔和的運動、重心轉移、在負重姿勢下進行功能性強化和深層調節呼吸技巧。太極對患有慢性疾病的病人 [包括膝痺病] 的疼痛、功能、平衡、靈活性和心肺容量都有益處)	0.07	85.7					
62. 您同意手法治療由物理治療師執行，並經由普通科醫生或中醫師轉介嗎?	0.07	85.7	7.5	50.0	9	75.0	
63. 您同意手法治療講述關節活動化的內容嗎? (即方案中指出的手法治療，包括關節活動化、軟組織活動化、按摩療法、激發點釋放、筋膜釋放)	0.10	78.5	8.5	56.3	9	87.5	
64. 您同意手法治療講述軟組織活動化的內容嗎? (即減少疼痛，改善柔軟度，並增加血流到該區域)	0.14	78.6	9	68.8	9	81.3	
65. 您同意手法治療講述按摩療法的內容嗎?	0.03	85.6					
66. 您同意手法治療講述激發點的刺激與釋放的内容嗎? (即減少肌肉緊張，並改善關節活動性)	0.22	71.4	8.5	68.8	9	87.5	
67. 您同意手法治療講述筋膜釋放的内容嗎? (即減少疼痛，改善柔軟度，並增加血流到該區域)	0.14	78.6	9	68.8			
68. 您同意物理性電療由物理治療師執行，並經由普通科醫生轉介嗎?	0.07	100					
69. 您同意物理性電療講述超聲波治療的内容嗎? (即改善血液循環，減少痛楚、炎症)	0.07	85.7					
70. 您同意物理性電療講述干擾電波治療 / 透皮神經電刺激的内容嗎? (即減少疼痛)	0.06	92.8					
71. 您同意物理性電療講述冷凍治療的内容嗎? (即減少炎症，減少疼痛)	0.14	78.5	9	87.5			
72. 您同意物理性電療講述熱治療的内容嗎? (即改善血液循環，止痛，減少肌肉張力，改善柔軟度，放鬆關節)	0.06	92.8					
73. 您同意物理性電療講述衝擊波治療的内容嗎? (即改善血液循環，減少痛楚、炎症)	0.12	78.5	9	87.5			
74. 您同意物理性電療講述短波治療的内容嗎? (即少痛楚，幫助血液循環，放鬆關節)	0.07	85.7					
75. 您同意物理性電療講述磁療的内容嗎? (即消炎，幫助血液循環)	0.07	85.7					
76. 您認為運動治療、手法治療、物理性電療的部份需要補充或修改嗎? 若有，請於下括弧中填寫，謝謝您!	-	-	-	-	-	-	
77. 您同意提供輔助設備由職業治療師執行，並經由普通科醫生轉介嗎?	0.13	92.9	9	68.8	9	87.5	
78. 您認為提供輔助設備的部份需要補充或修改嗎?	-	-					
79. 您同意其他醫療支援講述藥物評估的内容嗎? (即評估病人的藥物治療計劃，確保他們	0.05	78.6	9	87.5			

按處方使用藥物，並確保沒有不良反應或藥物相互作用。同時，教育病人如何正確使用藥物以及可能的副作用)							
80. 您同意其他醫療支援講述運動計劃的內容嗎? (即與病人合作制定一個適合他們活動水平和體能的運動計劃)	0.14	78.5	9	81.3			
81. 您同意其他醫療支援講述關節保護的內容嗎? (即教導病人如何在日常活動中保護他們的關節，包括使用輔助器材，如護具或夾板，避免引起疼痛的重複動作或姿勢，以及改善環境以減少跌倒風險)	0.06	85.7	9	93.8			
82. 您同意其他醫療支援講述定期覆診的內容嗎? (即安排定期覆診預約，以監測病人的進展，根據需要調整治療計劃，並確保他們按時遵從藥物治療計劃和自我護理方法)	0.06	85.7	9	87.5			
83. 您同意以上的其他醫療支援由護士執行嗎?	0.02	92.8					
84. 您認為其他醫療支援的部份需要補充或修改嗎?	-	-	-	-			
85. 您同意中醫內科辨證論治 - 風寒濕痹的內容嗎? (即 1. 行痹、2. 痛痹、3. 著痹的症狀、治法、代表方、方劑的組成、常用藥及隨症加減的藥材)	0.08	85.7	9	75.0	9	81.3	
86. 您同意中醫內科辨證論治 - 風濕熱痹的內容嗎? (即風濕熱痹的症狀、治法、代表方、方劑的組成、常用藥及隨症加減的藥材)	0.08	85.7	9	75.0	9	81.3	
87. 您同意中醫內科辨證論治 - 痰瘀痹阻的內容嗎? (即痰瘀痹阻的症狀、治法、代表方、方劑的組成、常用藥及隨症加減的藥材)	0.10	78.6	8	75.0	9	81.3	
88. 您同意中醫內科辨證論治 - 肝腎虧虛證的內容嗎? (即肝腎虧虛證的症狀、治法、代表方、方劑的組成、常用藥及隨症加減的藥材)	0.08	85.7					
89. 您認為中醫內科辨證論治 - 風寒濕痹、風濕熱痹、痰瘀痹阻、肝腎虧虛證的部份需要補充或修改嗎?	-	-	-	-	-	-	
90. 您同意外用方劑的內容嗎? (即方案中指出的外用方劑，包括複方溫通散、金桂外洗方、金黃散、棄杖散、雙柏散、四生散、四肢洗方、溫涼散、烏蓮散、五龍散、下肢洗方、消痞散，及各方劑的組成及功效)	0.08	85.7					
91. 您認為外用方劑的部份需要補充或修改嗎?	-	-					
92. 您同意針灸療法的治療原則嗎? (即總治療原則為舒筋利節，活絡止痛；選穴以膝部局部經穴和阿是穴為主，再配合辨證及循經遠端取穴)	0.07	92.8					
93. 您同意針灸療法的常用穴位及選方特點的內容嗎? (即膝部局部各穴位，及各辨證的治	0.07	85.7					

法、處方和刺灸方法，包括 1. 行痹、2. 痛痹、3. 著痹、4. 熱痹)					
94. 您同意針灸療法的針灸方法的內容嗎? (即刺法和灸法是通過刺激腧穴以起到疏通經絡、行氣活血、協調臟腑陰陽等作用，從而達到扶正祛邪，治療疾病的目的；在不同的病理狀態下，不同的針刺手法可產生不同的作用；膝關節疼痛、晨僵、腫脹、功能受限者可採用的針灸方法)	0.07	85.7			
95. 您同意針灸療法的常用腧穴的定位穴性、主治、及操作的內容嗎? (即 1. 足陽明胃經腧穴、2. 足太陰脾經腧穴、3. 足太陽膀胱經腧穴、4. 足少陰腎經腧穴、5. 足少陽膽經腧穴、6. 足厥陰肝經(LR)腧穴、7. 膝部奇穴)	0.07	85.7			
96. 您認為針灸療法的治療原則、常用穴位及選方特點、針灸方法、常用腧穴的定位穴性、主治、及操作的部份需要補充或修改嗎?	-	-			
97. 您同意推拿的肌筋放鬆手法的內容嗎?	0.03	85.6			
98. 您同意推拿的解痛手法的內容嗎? (即 1. 循經取穴、2. 以痛為腧，兩個方法所選擇的穴位及推拿的方法)	0.1	78.6			
99. 您同意推拿的關節被動運動手法的內容嗎? (即 1. 拿推髌法: 在鬆解黏連手法后提拿髌骨數次；2. 伸屈法: 醫師一手扶按患者膝髌骨，另一手握持小腿遠端，做屈膝搖法，配合膝關節的屈伸、旋轉等被動活動；3. 鬆解黏連法: 醫師以按揉與彈撥法交替作用在髌韌帶、內外側副韌帶，約 3 分鐘，再以掌法擦患膝周圍，以透熱為度；4. 通三關法，三個方法所選擇的穴位，推拿的方法、次數及持續時間)	0.07	85.7	9	81.3	
100. 您認為推拿的肌筋放鬆手法、解痛手法、關節被動運動手法的部份需要補充或修改嗎?	-	-	-	-	
101. 您同意心理支援由社工提供，並經由護士個案經理轉介嗎?	0.02	92.8			
102. 您認為心理支援的部份需要補充或修改嗎?	-	-			
團隊協作					
103. 您同意方案中護士擔任個案經理的內容嗎?	0.02	92.9			
104. 您認為由護士擔任個案經理的部份需要補充或修改嗎?	-	-			
105. 您同意跨專業團隊會議講述會議頻率的內容嗎?	0.02	92.8			
106. 您同意跨專業團隊會議討論的內容嗎? (即 1. 檢視病人進度：每個專業領域提供有關病人進度的更新，包括情況的改善、挑戰、和任何症狀或功能的改變；2. 評估治療計	0.06	100			

劃：會檢討目前治療計劃的有效性，並根據病人對干預措施的反應來討論需要進行的修改或調整。團隊還可以探討可能有益於病人的新方法；3. 協調護理：評估不同專業領域之間的護理協調，以確保一致和整合的方法。識別和解決護理中的任何空白或重疊；4. 評估目標：根據病人不斷變化的需求和進展，檢討、確立或修改治療目標；5. 病人教育和支援：討論病人教育、自我管理和支援策略，確保病人可以從參與的所有專業領域中獲得一致和全面的信息；6. 轉介或諮詢：如果需要進行額外的專業干預或諮詢，則在跨專業會議中可能會討論和安排適當的轉介或諮詢)

107. 您同意跨專業團隊會議 - 以病人記錄作書面討論講述的內容嗎? (即改進對檢閱病人記錄的權限，以便作為一個團隊的溝通平台，使跨專業團隊可以隨時查看所有病人記錄，並加強溝通。團隊可以在記錄上進行書面討論，充當團隊會議的非實時替代方案。如果有必要，可以提供直接聯繫方法，如電子郵件或電話號碼，以便促進不同人員之間討論治療計劃)	0.06	100
108. 您同意跨專業團隊會議 - 透過醫健通查看病人資訊講述的內容嗎? (即若政府能開放護士能自主輸入病人資料的權限，這樣就可以更方便地將病人資訊連接到中央系統中，從而使團隊可以輕鬆地訪問和查看資料，加強各專業間的資訊交流)	0.06	100
109. 您認為跨專業團隊會議、以病人記錄作書面討論及透過醫健通查看病人資訊的部份需要補充或修改嗎?	-	-
110. 您同意跨專業團隊 - 西醫、護士與職業治療師合作講述的內容嗎?	0	92.8
111. 您同意跨專業團隊 - 西醫、護士與物理治療師合作講述的內容嗎? (即三者共同評估病人的身體狀況，並相應調整護理計劃。然而，未必每個個案都能轉介至物理治療，如果有轉介至物理治療的個案，病人可跟隨物理治療師的運動訓練，否則，病人可以跟隨護士的運動建議)	0.02	92.8
112. 您同意跨專業團隊 - 西醫、護士與中醫合作講述的內容嗎?	0.02	100
113. 您同意跨專業團隊 - 西醫與中醫合作講述的內容嗎? (即中西醫間要病理互通，雙方都能夠查看對方醫療的資訊，縮短中間溝通的時間)	0.06	100
114. 您認為以上跨專業團隊合作的部份需要補充或修改嗎?	-	-

115. 您同意跨專業培訓的內容嗎? (即釐清對病人、家庭和其他專業領域上的跨專業實踐; 描述其他醫療專業的工作和任務; 表現出專業、有能力、自信, 並保持尊重, 避免專業領域的特定語言; 與其他專業一起計劃病人的目標和優先事項; 通過納入其他專業來識別改進病人護理的可能性; 辨識和解決由不同專業視角對及病人護理而引起的分歧; 評估與跨專業團隊有關的重要護理方案和工作; 向其他專業提供及時、同理心和指導性的反饋)	0.06	100		
116. 您認為跨專業培訓的部份需要補充或修改嗎?	-	-		
病人管理				
117. 您同意由普通科醫生轉介至物理治療或職業治療的內容嗎?	0	100		
118. 您同意由普通科醫生轉介至骨科專科的內容嗎?	0	92.8		
119. 您認為普通科醫生的轉介標準的部份需要補充或修改嗎?	-	-		
120. 您同意由護理個案經理轉介至普通科醫生的內容嗎?	0	100		
121. 您同意由護理個案經理轉介至中醫師的內容嗎?	0.02	100		
122. 您同意由護理個案經理轉介至社工的內容嗎?	0.02	100		
123. 您認為護理個案經理的轉介標準的部份需要補充或修改嗎?	-	-		
124. 您同意治療進展評估 – X 光檢查評估的內容嗎? (即可在每次覆診中使用 KL 或 OARS 圖譜的 X 光檢查來評估治療進展)	0.05	78.5	9	93.75
125. 您同意治療進展評估 – 膝關節損傷和骨關節炎結果評分 (KOOS) 問卷調查的內容嗎?	0.02	85.7		
126. 您認為治療進展的評估的部份需要補充或修改嗎?	-	-		

附錄八、文獻清單

作者和出版年份	研究設計	研究地區/國家	語言	涉及的健康問題或疾病	研究目的
McPherson et al., 2016	質性研究	中國	中文	糖尿病腎病變	了解中醫師如何看待他們在治療乳癌患者中的作用以及他們的方法 (通常的治療/管理策略) 和他們所預知的結果。

Liu et al., 2011	質性研究	中國	中文	糖尿病腎病變	探討台灣癌症病患對結合中醫和傳統治療方法的看法和體驗。
Xu et al., 2023	病例研究	中國	英文	喉咽反流	探討中西醫結合治療 COVID-19 的作用。
Chen et al., 2012	隨機對照試驗	中國	中文	下咽癌	研究清流涼喉方輔助治療下咽癌的作用
Deng & Xu, 2019	隨機對照試驗	中國	中文	腫瘤相關憂鬱症	研究針灸治療癌症治療憂鬱症的有效性
Fan et al., 2009	隨機對照試驗	中國	中文	冠狀動脈繞道手術術後	探討芩紅湯對輔助冠狀動脈繞道手術後病人康復的療效
Guo et al., 2008	隨機對照試驗	中國	中文	糖尿病腎病變	觀察紅花黃色素粉末注射液合併貝那普利治療糖尿病腎病變的臨床療效。
Pan et al., 2023	隨機對照試驗	美國	英文	乳癌	評估慢性心臟衰竭多方位優化管理的實施效果。 觀察參附注射液治療重症敗血症的療效及對血清白血球介素 6 (IL-6)、白血球介素 10 (IL-10) 濃度的影響
Qiu et al., 2012	隨機對照試驗	美國	英文	乳癌	評估藿香正氣滴丸合併連花清瘟顆粒治療 COVID-19 患者臨床症狀及預後的效果
Xiao et al., 2020	隨機對照試驗	美國	英文	乳癌	確定針灸作為傳統復健（物理、職業和水療）輔助療法的有效性
Wu et al., 2008	隨機對照試驗	美國	英文	乳癌	研究糖尿病合併焦慮的影響因素，評估中西醫結合糖尿病患者的焦慮程度。
Zhi & Wang, 2003	隨機對照試驗	美國	英文	乳癌	
Tang et al., 2016	非實驗非隨機對照研究	美國	英文	乳癌	比較西藥和中西醫結合治療對肺癌患者預後（存活率、症狀痛苦、身體功能和生活品質）的長期效果。
Chang et al., 2016	非實驗非隨機對照研究	台灣	英文	中風	比較接受院內常規護理加中醫輔助治療的患者與僅接受院內常規護理的患者入院後的結局指標 使用年齡-性別匹配對照評估輔助針灸在減少中風輔助針灸治療健康政策 (HPSAAR) 參與者醫療併發症方面的臨床益處，並比較 HPSAAR 參與者與年齡-性別匹配對照之間的神經系統改善情況
Wei et al., 2011	橫斷面研究	台灣	英文	癌症	
Lu et al., 2022	非實驗非隨機對照研究	台灣	英文	中風	調查輔助中醫保健是否與住院中風患者的長期死亡率有關。
Garcia et al., 2013	單臂非隨機的實用性初步研究	台灣	英文	中風	研究針灸治療癌症患者不受控制的疼痛的可行性、安全性和初步療效。
Chen et al., 2022	非實驗非隨機對照研究	香港	英文	慢性腎臟病合併糖尿病	評估中醫藥結合醫療服務項目的有效性

Ma et al., 2022	病例報告	美國	英文	癌痛	報告一名未確診的胸腔積液患者，經過一年半的中藥配方成功治療。
Zhang et al., 2017	臨床分析	美國	英文	乳癌	分析北京協和醫院針灸會診現狀，為綜合醫院針灸科的發展和疾病的治療提供參考和建議。
Zhang et al., 2020	病例報告	美國	英文	乳癌 對免疫抑制劑反應不佳的難治性多發性肌炎	探討中西醫結合治療 COVID-19 的有效性
Cheng et al., 2015	病例報告	台灣	英文	癌	說明西醫與中藥結合治療難治性多發性肌炎患者的臨床改善和治療方案減少的潛力。
Enblom, 2017	橫斷面研究	瑞典	英文	癌症	探討腫瘤物理治療師對針灸的使用和信念，並探討患者在癌症治療期間接受針灸的興趣及其對其有效性的信念。
Ni et al., 2020	指導方針	美國	英文	乳癌 接受安寧療護的晚期癌症患者	為醫生提供指導並促進中風患者有效實施中西醫結合治療，以減少死亡、殘疾、復發和併發症。
Chen et al., 2021	指南	香港 未提及	英文		評估針灸在安寧療護協作模式中對晚期癌症患者的輔助作用。
Chou, 2010	綜述	未提及	英文	狼瘡	探索替代療法在狼瘡治療中的作用
Ge et al., 2022	指導方針	未提及	英文	COVID-19	制定針灸治療中重度癌痛患者實證臨床實踐指南，規範針灸臨床實踐，確保其安全有效應用。
Ge et al., 2021	指導方針	未提及	英文	COVID-19	制定針對 COVID-19 的中西醫結合的活證據指南。
Yao et al., 2020	指南	中國 未提及	英文	老年體弱患者	探討老年衰弱患者的診療管理模式，而不是評估多種介入措施中某項具體措施的權重，因為每項措施的效果在以往的研究中已經得到了明確的證明。
Li et al., 2021	指導方針	未提及	英文	COVID-19	制定中西醫結合治療重症 COVID-19 的實證指南
Fu 2022	隨機對照試驗 回顧性	未提及	英文	狼瘡	探討常規服用活血瘀中藥丹參多酚酸鹽合併前列地爾、穀胱甘肽等西藥對延緩慢性腎臟病患者腎功能衰退是否有長期療效。
Yeh et al., 2020	隊列研究	美國	英文	乳癌	探討中藥合併西藥與單純西藥比較對大腸直腸癌患者存活的影响
Xue et al., 2015	隨機對照試驗	美國	英文	乳癌	老年晚期非小細胞肺癌 (NSCLC) 患者中西醫結合治療後的症狀改善與臨床效益。
Wang et al., 2022	隨機對照試驗	美國	英文	乳癌	探討中西醫結合治療腦小血管病變的療效
Chen et al., 2000	非實驗 非隨機	中國	中文	舌頭微循環疾病	分析舌痛微循環障礙的機制，尋找新的有效治療方法。

對照研究					
Pei et al., 2022	隨機對照試驗	美國	英文	乳癌	探討以經典質子幫浦抑制劑治療為主的中藥合併治療是否能取得更好的咽喉逆流症患者療效。
Jiang et al., 2019	指南	美國	英文	癌症	評估晚期胰臟癌患者的生存和生活質量，提煉胰腺癌中醫核心病機和核心方劑，最終為胰腺癌綜合治療臨床方案的形成和應用提供可靠的數據支撐。
Frankel et al., 2014	橫斷面研究	美國	英文	癌症	確定與放射治療期間使用針灸的意願相關的因素
Johnstone et al., 2002	質性研究	美國	英文	癌症	描述了該學科與腫瘤診所的物理整合，以及患者對其可用性和有效性的看法。
Kevin et al., 2021	橫斷面研究/可行性研究	美國	英文	癌痛	確定針灸是否是使用鴉片類藥物或其他止痛藥緩解疼痛有態度障礙的癌症患者的首選治療選擇。
Mallory et al., 2015	開放標籤研究	美國	英文	乳癌	評估在醫院環境中為乳癌患者提供針灸治療的可行性，並評估針灸對壓力、焦慮和疼痛的短期效果。
Wang & Wang, 2003	隨機對照試驗	美國	英文	乳癌	研究糖尿病合併焦慮的影響因素，評估中西醫結合糖尿病患者的焦慮程度。

附錄九、英文數據庫檢索策略

Database	Search terms and strategy
PubMed/MEDLINE	("traditional Chinese medicine"[MeSH] OR "integrative medicine"[MeSH] OR "acupuncture"[MeSH] OR "tai ji"[TIAB] OR "qigong"[TIAB] OR "tuina"[TIAB] OR "moxibustion"[TIAB] OR "cupping"[TIAB] OR "Chinese herbal medicine"[TIAB]) AND ("interdisciplinary team"[MeSH] OR "patient care team"[MeSH] OR "multidisciplinary communication"[MeSH] OR "collaborative care"[TIAB] OR "Western medicine"[TIAB] OR "allopathic medicine"[TIAB] OR "hospital"[MeSH] OR "healthcare system"[TIAB] OR "biomedicine"[TIAB])
Embase	('traditional Chinese medicine'/exp OR 'acupuncture'/exp OR 'tai chi'/exp OR 'qigong'/exp OR 'moxibustion'/exp OR 'cupping therapy'/exp OR 'Chinese drug'/exp) AND ('interdisciplinary team'/exp OR 'multidisciplinary team'/exp OR 'team communication'/exp OR 'Western medicine'/exp OR 'hospital'/exp OR 'health care delivery'/exp OR 'health care system'/exp)
CINAHL	(MH "Medicine, Chinese Traditional" OR MH "Acupuncture" OR MH "Tai Chi" OR MH "Qigong" OR AB "tuina" OR AB "moxibustion" OR AB "cupping") AND (MH "Interdisciplinary Communication" OR MH "Patient Care Team" OR MH "Collaborative Care" OR MH "Hospitals" OR MH "Health Care Systems" OR AB "Western medicine" OR AB "allopathic medicine")
Web of Science	TS=("traditional Chinese medicine" OR TCM OR "Chinese herbal medicine" OR acupuncture OR "tai chi" OR qigong OR tuina OR moxibustion OR cupping) AND TS=("interdisciplinary team" OR "multidisciplinary team" OR "collaborative care" OR "healthcare professionals" OR "Western medicine" OR

	hospital OR clinic OR "healthcare system" OR "conventional medicine")
Cochrane Library	("traditional Chinese medicine" OR TCM OR acupuncture OR "tai chi" OR qigong OR tuina OR moxibustion OR cupping) AND ("interdisciplinary team" OR "multidisciplinary team" OR "collaborative care" OR "Western medicine" OR hospital OR "healthcare system")
PsycINFO	(DE "Traditional Medicine" OR DE "Alternative Medicine" OR SU "tai chi" OR SU qigong OR SU tuina) AND (DE "Interdisciplinary Treatment Approach" OR DE "Teamwork" OR SU "healthcare collaboration" OR SU "Western medicine" OR SU "hospital" OR SU "healthcare system")

CINAHL: Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature; TCM: traditional Chinese medicine.

附錄十、中文數據庫檢索策略

Database	Search terms (Chinese) and strategy
CNKI	SU=(中医 + 中药 + 针灸 + 推拿 + 太极拳 + 气功 + 艾灸 + 拔罐 + 中西医结合 + 中医药) AND SU=(多学科团队 + 跨学科协作 + 跨学科团队 + MDT + 西医医院 + 综合医院 + 医疗机构 + 西医主导)
Wanfang	主题=("中医" OR "中医药" OR "针灸" OR "推拿" OR "太极拳" OR "气功") AND 主题=("多学科协作" OR "跨学科协作" OR "MDT" OR "多学科团队" OR "综合医院" OR "西医医院" OR "医疗机构" OR "西医主导")
VIP	(中医 OR 针灸 OR 推拿 OR 太极拳 OR 气功 OR 艾灸 OR 拔罐) * (多学科团队 OR 跨学科协作 OR MDT OR 西医医院 OR 综合医院 OR 医疗机构 OR 西医主导) + 关键词=("整合医学" OR "中西医结合")
CSCD	("Traditional Chinese Medicine" OR 中医 OR "tai chi" OR 太极拳 OR "qigong" OR 气功 OR "moxibustion" OR 艾灸 OR "cupping" OR 拔罐 OR "acupuncture" OR 针灸 OR "Integrative medicine" OR 中西医结合 OR "acupuncture" OR 针灸) AND ("interdisciplinary team" OR 多学科团队 OR 跨学科协作 OR "Western medicine" OR 西医 OR "interdisciplinary collaboration" OR 跨学科协作 OR "interdisciplinary team" OR 跨学科团队 OR "Western medicine hospitals" OR 西医医院 OR "general hospitals" OR 综合医院 OR "medical institutions" OR 医疗机构 OR "Western medicine dominant" OR 西医主导)

艾灸: moxibustion (dǐjiǔ); 拔罐: cupping (báguǎn); 多学科团队: multidisciplinary team (duō xuékē tuánduì); 跨学科团队: interdisciplinary team (kuà xuékē tuánduì); 跨学科协作: interdisciplinary collaboration (kuà xuékē xiézuò); 气功: qigong (qìgōng); 太极拳: tai chi (tài jí quán); 推拿: tuina (tuī ná); 西医医院: Western medicine hospitals (xī yī yī yuàn); 西医主导: Western medicine dominant (xī yī zhǔ dǎo); 医疗机构: medical institutions (yī liáo jī gòu); 综合医院: general hospitals (zōng hé yī yuàn); 中医: Traditional Chinese Medicine or TCM (zhōng yī); 中药/中医药: Chinese herbal medicine (zhōng yào/zhōng yī yào); 针灸: acupuncture (zhēn jiǔ); 中西医结合/整合医学: Integrative medicine (zhōng xī yī jié hé/zhěng hé yī xué). CNKI: China National Knowledge Infrastructure; CSCD: Chinese Science Citation Database; VIP: Chinese Scientific Journal Database.

附件十一.焦點小組專家名單

ID	職業	姓名	訪談日期
001	醫生	Arabraham Wai	11/3/2024
002	醫生	趙志輝	11/3/2024
003	中醫師	張懿松醫師	05/02/2024
004	中醫師	馬俊豪醫師	05/02/2024
005	中醫師	周志豪醫師	05/02/2024
006	中醫師	王國榮醫師	05/02/2024
007	中醫師	莊海星醫師	05/02/2024

008	中醫師	黎惠芸醫師	05/02/2024
009	中醫師	李文昭醫師	05/03/2024
010	中醫師	王軼倫醫師	05/03/2024
011	中醫師	馮佳賢醫師	05/03/2024
012	中醫師	梁煒琦醫師	14/03/2024
013	護士	Myra Chan	07/03/2024
014	護士	Chen Ka King	07/03/2024
015	護士	Caroline	14/03/2024
016	護士	Lam Kin	14/03/2024
017	護士	Wong Siu Wan	14/03/2024
018	職業治療師	David Lau	19/03/2024
019	物理治療師	Zeus Lau	13/03/2024
020	物理治療師	Mark	13/03/2024
021	物理治療師	Lawrence	13/03/2024
022	社工	Bonnie	06/03/2024
023	社工	Bob	06/03/2024
024	社工	Louis	06/03/2024
025	社工	Rose	27/03/2024

附錄十二、德爾菲調查專家名單

ID	職業	姓名
001	醫生	Arabraham Wai
002	醫生	趙志輝
003	中醫師	張懿松醫師
004	中醫師	馬俊豪醫師
005	中醫師	周志豪醫師
006	護士	Caroline
007	護士	Lam Kin
008	護士	Kit Chan
009	物理治療師	David Lau
010	物理治療師	Zeus Lau
011	物理治療師	Lawrence
012	職業治療師	David Lau
013	職業治療師	Kylie
014	社工	Bonnie
015	社工	Bob
016	社工	Louis

附錄十三、發布會宣傳海報

本項目由中醫藥發展基金資助



THE HONG KONG
POLYTECHNIC UNIVERSITY
香港理工大學



研究成果發佈會

跨專業基層治療方案的實踐

—以管理膝痺病為例



日期：2024年10月10日（星期四）



時間：8:00 - 9:00 P.M. (1小時)



地點：僅限Zoom



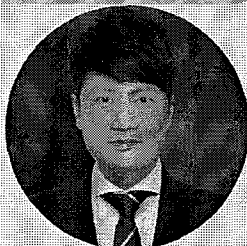
語言：廣東話

登記



<https://forms.office.com/r/NEngzkAvjW>

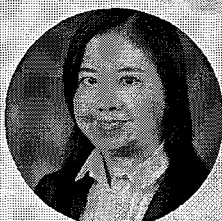
主講人



王鈞正教授
護理學院副教授

王鈞正教授是香港理工大學護理學院副教授，並擔任香港護理教育及科研學院 (HKCERN)、香港賽馬會醫學創新學習中心 (HKJCILCM)、Pi Lota 分會和香港護士管理局的活躍董事會成員。主要研究方向為基層醫療保健的創新。先後因其教學和研究而獲得了許多獎項，包括大學教育資助委員會 (UGC) 教學獎、國際 Sigma 新興護理研究員/學者、QS 明星-沃頓商學院 Reimagine 教育獎、教師團隊傑出教學表現獎、學院護理教學獎（個人）、教師傑出論文獎和最佳研究論文獎。

嘉賓



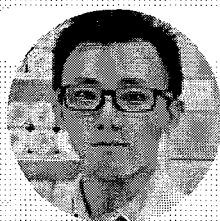
湛綺莊博士
註冊護士



劉志豪先生
職業治療師



馬滙樑先生
職業治療師



張懿松醫師
註冊中醫師

附錄十四、媒體報導

理大研究跨專業合作 全方位助基層治療膝痺病

Kwan Ching Wong

School of Nursing

Press/Media

Description

[頭條日報]

理大研究跨專業合作

全方位助基層治療膝痺病

[引言]膝痺病作為困擾香港長者常見的慢性病，為推進各大專業的醫療保健服務合作，香港理工大學主辦、中醫藥發展基金資助的「跨專業基層治療膝痺病方案構建研究」研究成果發佈會近日舉行，提出透過跨專業協作，改善基層醫療服務的最新方案。

[分題]六大專業跨界別

發佈會上，香港理工大學護理學院副教授王鈞正博士表示：「研究採取德爾菲方法 (Delphi Method)，透過明確界定六大專業人士包括西醫、中醫師、護士、物理治療師、社工的角色和職責，以制定跨專業團隊協作管理膝關節炎的方案。」例如西醫負責診斷、評估和藥物治療；中醫則進行辨證論治，提供內服方劑、針灸和推拿等專業治療分工，透過共同協作令治療功效相輔相成。研究亦提出，由護士兼任病人的個案經理，及透過不同的專業團隊之間舉行的定期會議、書面討論和共同會診等方式交換診治信息，可持續有效地評估病人的康復進度。

[分題]加強轉介及溝通

發佈會亦集合不同醫療專業界別進行專家研討會，多位專家一致認同跨專業醫療發展受限的主因為各專業對中醫的理解不足，並強調建立良好的轉介和溝通系統是跨專業醫務的基礎。目前已在國際的期刊上發佈四篇有關方案研究成果的論文，未來將在社區針對膝關節炎進行深入的實證研究，以評估及跟進跨專業治療的具體成效，並提供數據供政府參考之用，以支持相關政策的制定。

[圖001:] (由左至右) 註冊護士湛綺莊博士、香港理工大學護理學院副教授王鈞正博士、註冊物理治療師馬滙傑先生和註冊中醫師張松醫師共同探討跨專業合作。

附錄十五、發表文章一



Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Integrative Medicine

journal homepage: www.jcimjournal.com/jim
www.journals.elsevier.com/journal-of-integrative-medicine



Systematic Review

The roles of traditional Chinese medicine within an interdisciplinary team in predominantly Western medical settings: A scoping review



Arkens Kwan Ching Wong*, Nuo Shi, Annie Ho, Janice Yuen Shan Ho

School of Nursing, the Hong Kong Polytechnic University, Hong Kong Special Administrative Region 999077, China

ARTICLE INFO

Article history:

Received 26 November 2024

Accepted 7 May 2025

Available online 6 November 2025

Keywords:

Chinese medicine
Integrative medicine
Scoping review
Western medicine

ABSTRACT

Background: Traditional Chinese medicine (TCM) is increasingly recognized for its holistic approach and effectiveness. Integrated medicine, emphasizing collaboration between TCM and Western medicine (WM), is promoted globally to enhance healthcare delivery. However, the roles and responsibilities of TCM practitioners in predominantly Western medical settings are underexplored, potentially hindering their engagement in interprofessional collaboration.

Objective: This scoping review investigated the roles and responsibilities of TCM practitioners and identified facilitators and barriers to TCM integration in Western medical contexts.

Search strategy: We conducted a scoping review using data from eleven Chinese and English databases, including Cumulative Index of Nursing and Allied Health, MEDLINE, PubMed, Embase, Web of Science, Cochrane Library, PsycINFO, China National Knowledge Infrastructure, Wanfang, Chinese Scientific Journal Database, and the Chinese Science Citation Database.

Inclusion criteria: Eligibility was limited to studies on TCM practitioners in interdisciplinary teams with Western professionals, published in Chinese or English, while excluding articles that lacked documentation of TCM involvement, or focused exclusively on TCM practices.

Data extraction and analysis: Thematic analysis following Braun and Clarke's six-step framework was used to summarize data on the roles of TCM and TCM practitioners, and factors that facilitate and hinder the integration of TCM and WM.

Results: Our systematic search yielded 31 relevant papers. We identified eight key roles of TCM practitioners: mitigating WM-induced side effects, facilitating WM tapering and prevention, attenuating disease progression, improving mental health, providing pain relief, supporting stroke rehabilitation, managing symptoms, and regulating the immune system. TCM practitioners fulfill these roles through accurate diagnosis, prescription, and collaborative care while also serving as educators. Five facilitators for TCM integration were identified: safety, recognition, policy support, accessibility, and treatment guidelines. Barriers included: safety concerns, lack of research, insufficient TCM knowledge among WM practitioners, attitudinal barriers, limited access, and inconvenience.

Conclusion: Our review highlights the potential of TCM to enrich interdisciplinary teams in Western medical settings. Although there are successful integration models, significant barriers persist, including cost disparities and insufficient research. To achieve seamless integration, a multi-faceted approach that includes research collaboration, equitable policies, enhanced interprofessional education, and efforts to shift societal perceptions is essential.

Please cite this article as: Wong AKC, Shi N, Ho A, Ho JYS. The roles of traditional Chinese medicine within an interdisciplinary team in predominantly Western medical settings: A scoping review. *J Integr Med*. 2026; 24(1):65–80.

© 2025 Shanghai Yueyang Hospital Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine. Published by Elsevier B.V. All rights are reserved, including those for text and data mining, AI training, and similar technologies.

* Corresponding author.

E-mail address: arkens.wong@polyu.edu.hk (A.K.C. Wong).

<https://doi.org/10.1016/j.joim.2025.11.004>

2095-4964/© 2025 Shanghai Yueyang Hospital Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine. Published by Elsevier B.V. All rights are reserved, including those for text and data mining, AI training, and similar technologies.

Contents

1. Introduction	66
2. Methods	67
2.1. Identifying relevant studies	67
2.2. Study selection	67
2.2.1. Eligibility criteria	67
2.2.2. Article selection	67
2.3. Charting the data	67
2.3.1. Data items and data extraction	67
2.3.2. Methodological quality assessment	67
3. Results	68
3.1. Characteristics of the included studies	68
3.2. The roles and responsibilities of TCM and TCM practitioners in an interdisciplinary team within a Western medical context	68
3.2.1. General roles of TCM (collegial, adjunct and holistic roles)	68
3.2.2. TCM for preventing and alleviating side effects or adverse events associated with WM	72
3.2.3. TCM use for reducing the need for certain WM therapies	72
3.2.4. TCM for attenuating disease progression	72
3.2.5. TCM for improving mental health	73
3.2.6. TCM for pain relief	73
3.2.7. TCM for stroke rehabilitation	73
3.2.8. TCM for symptom control	73
3.2.9. TCM for regulating the immune system	73
3.3. The roles and responsibilities of TCM physicians within an interdisciplinary team in Western medical settings	74
3.4. Factors that facilitate the integration of TCM into interdisciplinary teams in Western medical settings	74
3.5. Factors that hinder the integration of TCM into interdisciplinary teams in Western medical settings	75
4. Discussion	75
5. Strengths and limitations	78
6. Conclusion	78
CRediT authorship contribution statement	78
Funding	78
Declaration of competing interests	78
Appendix A. Supplementary material	78
References	78

1. Introduction

In recent years, traditional Chinese medicine (TCM) practitioners have demonstrated the ability to offer alternative healthcare options and complement the work of Western medicine (WM) practitioners. For instance, acupuncture has significantly reduced chemotherapy-induced pain, nausea, vomiting, insomnia and anxiety among cancer patients [1]. Chinese herbal medicine, which is increasingly recognized in Western medical settings, has been found to alleviate symptoms in people with acute respiratory infections and to facilitate bone formation in osteoarthritis patients [2,3]. The hospital authority in the Hong Kong Special Administrative Region (SAR), China, has developed an integrated Chinese-Western medicine program to foster collaboration between the two systems [4]. Several hospitals in the United States, including the Mayo Clinic, have also recognized the importance of integrating Chinese and Western medicine by providing TCM acupuncture services during medical consultation sessions [5].

The coordination of WM and TCM, acknowledging their differing epistemological positions and practical differences, is a form of medical pluralism [6]. Significant research has been dedicated to exploring the clinical effectiveness of combining WM and TCM. A meta-analysis indicates that the combined use of Chinese herbal medicine and WM is more effective for lowering blood pressure among patients with hypertension than WM alone [7]. The use of TCM as an adjuvant to chemotherapy has been linked to a lower incidence of adverse events, improved sensitivity to chemotherapeutic drugs, and enhanced tumor suppression effects [8,9]. In the treatment of rheumatoid arthritis, the integration of TCM with WM had positive effects, including a reduction in disease

activity [10]. WM primarily relies on laboratory tests and imaging technologies for diagnosis, while TCM employs four diagnostic methods—inspection, listening and smelling, inquiring, and palpation—to holistically assess health status through observational and tactile evaluation, enabling expedited assessments without dependence on technological tools [11]. Additionally, a study suggests that combining TCM diagnostic methods with fundus photography can provide a more accurate and noninvasive supplementary approach to diagnosing diabetes in areas with limited medical resources [12]. Recognizing the therapeutic benefits of TCM underscores the importance of promoting medical pluralism to achieve better health outcomes and clinical effectiveness.

Interprofessional collaboration, commonly viewed as an effective approach to yield better health outcomes, generally involves WM healthcare practitioners. It is widely promoted in the current healthcare system for its benefits, which include improving quality of life, enhancing the quality of patient-centered care, reducing medication errors, and bringing about positive clinical outcomes [13–15]. However, the collaboration between TCM practitioners and other healthcare professionals, which is encouraged in the medical pluralistic model, has not been effectively established in predominantly Western medical settings. There has been little discussion in prior studies about the roles and responsibilities of TCM practitioners within an interdisciplinary team. From the perspectives of both conventional and complementary healthcare practitioners, the lack of a clear understanding of the roles of TCM practitioners—both by TCM professionals themselves and by their healthcare counterparts—has hindered interprofessional communication and collaboration [16]. As a result, the skills and knowledge of TCM practitioners are underutilized, limiting the therapeutic benefits achievable by collaboration.

Clarifying roles and acknowledging the expertise of all professionals are crucial for enhancing patient outcomes and facilitating effective interprofessional teamwork [17]. With this in mind, this study aimed to examine the roles, responsibilities, and factors that influence the integration and effectiveness of TCM within interdisciplinary teams. Ultimately, the goal is to promote the delivery of interdisciplinary healthcare, thereby improving patient outcomes, healthcare processes, and overall satisfaction.

2. Methods

In light of the lack of existing systematic reviews of the evidence base and the wide remit of the study, a scoping review was considered the most appropriate design [18]. To further guide the search process, important concepts were formally defined (see Supplementary Table S1). The review was reported based on the Preferred Reporting Items of Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) checklist for scoping reviews. The study protocol was registered with Joanna Briggs Institute Affiliated Group.

2.1. Identifying relevant studies

The initial literature search was conducted between March and April of 2023 to comprehensively identify relevant studies. This was followed by an updated search in January 2025 to include the most recent evidence in both English and Chinese databases. Relevant publications were identified by searching both English databases (i.e., Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature [CINAHL], MEDLINE, PubMed, Embase, Web of Science, Cochrane Library, and PsycINFO) and Chinese databases (i.e., China National Knowledge Infrastructure [CNKI], Wanfang, Chinese Scientific Journal Database [VIP], and Chinese Science Citation Database [CSCD]). In line with the Joanna Briggs Institute guidance for scoping reviews [19] and following a preliminary search of empirical databases (MEDLINE), search terms were developed and are shown in Supplementary Table S2. Boolean operators “AND” and “OR” were applied to either narrow or expand the search scope. Details of the search strategies for both English and Chinese databases are listed in Supplementary Table S3 and S4. Grey literature was systematically searched using targeted strategies that involved reviewing the reference lists of included papers, scanning institutional repositories such as OpenGrey, and consulting websites of relevant organizations including the World Health Organization and various government health departments to identify unpublished or noncommercial studies.

2.2. Study selection

2.2.1. Eligibility criteria

Based on the research question, the following inclusion criteria were established. (1) Study designs including empirical research (e.g., randomized controlled trials [RCTs], nonrandomized studies, cohort studies, case-control studies, and qualitative studies), systematic reviews, meta-analyses, protocols, and guidelines synthesizing evidence on interdisciplinary collaboration. Case reports and case series were included only if they adhered to methodologically rigorous criteria (e.g., structured reporting of patient history, diagnostic processes, team roles and outcomes using frameworks such as Case REport [CARE] guidelines). (2) Studies describing the practice management, care delivery, or roles of TCM practitioners within interdisciplinary teams involving Western healthcare professionals (e.g., medical doctors, nurses, physiotherapists, and occupational therapists). (3) Studies published in Chinese or English.

Excluded articles were as follows: (1) those that did not involve TCM practitioners in a healthcare or interdisciplinary team context,

and focused exclusively on TCM practitioners without interdisciplinary team interactions (e.g., solo TCM practice studies); (2) those involving animal testing or lacking full-text availability, or those covering topics unrelated to healthcare collaboration, interdisciplinary teams or TCM (e.g., pharmacological studies of herbal compounds without a team context, agricultural research on medicinal plants, and historical analyses of TCM unrelated to modern practice); (3) those lacking empirical data (e.g., opinion pieces and editorials) or case reports/case series failing to meet methodological rigor criteria (e.g., insufficient documentation of team roles or outcomes).

2.2.2. Article selection

The titles and abstracts retrieved from the databases were independently screened for eligibility by two reviewers (NS and AH) with expertise in systematic review methodology. Abstracts identified as irrelevant to the study were excluded from the full-text review. Full-text articles were evaluated against the eligibility criteria by two reviewers (NS and AH) working independently. Any uncertainties or disagreements regarding the selection of studies were resolved through discussions between the reviewers [20]. To assess inter-rater agreement during full-text screening, Gwet's AC1 coefficient—a statistical measure robust to high agreement prevalence and chance alignment—was calculated [21]. The Gwet's AC1 coefficient was applied to measure the level of agreement between the reviewers at the full-text screening [21]. An AC1 coefficient of greater than 0.8 suggests a high level of agreement [21]. A data extraction form was developed by the authors to record the characteristics of each study, including the author(s), year of publication, study design, health issues/diseases involved, definition of TCM, roles of TCM physician, role of TCM, factors that facilitate integration, and barriers that hinder integration. The types of data collected from the included studies are listed in Supplementary Table S5.

2.3. Charting the data

2.3.1. Data items and data extraction

Thematic analysis was used to summarize the extracted data. The predetermined themes included: (1) the roles and responsibilities of TCM practitioners; (2) factors that positively affect the integration of TCM; (3) factors that negatively affect the integration of TCM within an interdisciplinary healthcare team; (4) factors that positively affect effectiveness of TCM; and (5) factors that negatively affect effectiveness of TCM in an interdisciplinary healthcare team. Thematic analysis followed Braun and Clarke's six-step framework [22], which was tailored to explore interdisciplinary collaboration involving TCM practitioners. First, the research team familiarized themselves with the dataset (e.g., reading and re-reading articles to identify patterns in TCM roles and barriers to integration). Contents were iteratively grouped into themes, which were reviewed and refined through team discussions to ensure alignment with the review's focus on the roles of TCM in WM-dominated settings. Final themes were defined and named to reflect the interplay between TCM and Western medical paradigms and were synthesized into a narrative addressing the research question. An ongoing analysis and a critical appraisal of the themes would be conducted according to the research questions.

2.3.2. Methodological quality assessment

The 2018 version of the Mixed Methods Appraisal Tool was used for the two reviewers to independently appraise the quality of included articles [23]. The tool allows for the appraisal of qualitative, quantitative and mixed-method studies with five assessment questions for each study type [23]. Each criterion was rated categorically as “yes,” “no,” or “cannot tell,” and an overall score

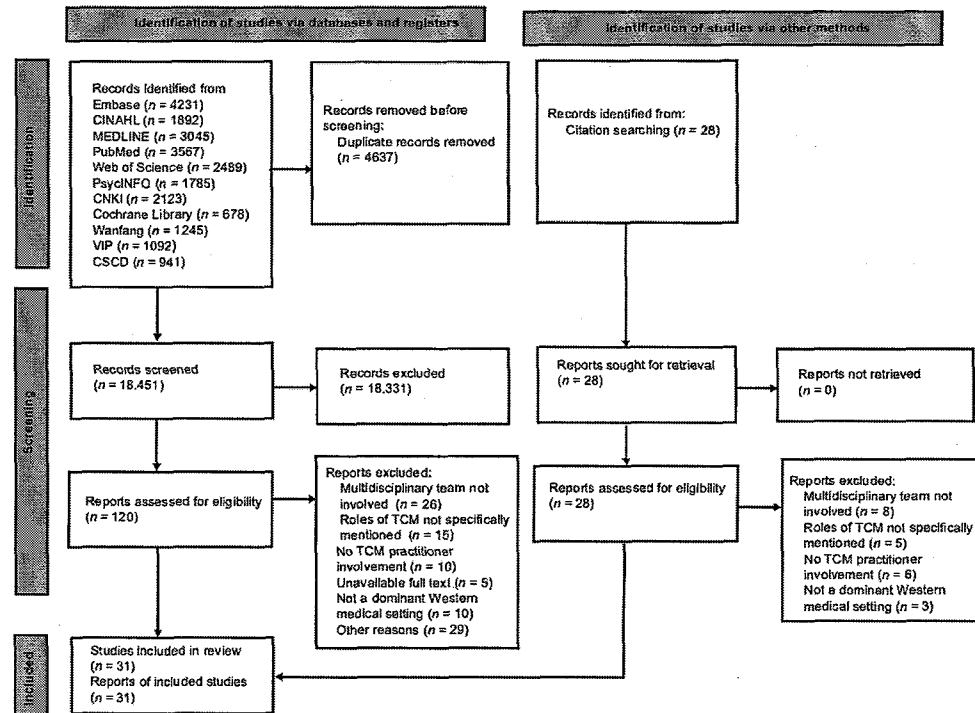


Fig. 1. PRISMA flow diagram: The literature search and screening process. CINAHL: Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature; CNKI: China National Knowledge Infrastructure; CSCD: Chinese Science Citation Database; TCM: traditional Chinese medicine; VIP: Chinese Scientific Journal Database.

(0–100%) was calculated based on the proportion of “yes” responses. To ensure methodological transparency, results from studies with lower scores (< 50%) were interpreted with caution, but no studies were excluded based solely on quality, to maintain breadth for this scoping review. Findings were synthesized thematically across study types. The appraisal scores informed discussions of methodological strengths and limitations but did not override the relevance of findings to the review’s focus on interdisciplinary roles.

3. Results

Thirty-one papers were identified after a systematic search and screening. The literature search and screening process are outlined in Fig. 1. The level of agreement between the independent reviewers was 94.4%. While ACI values > 0.8 are generally interpreted as near-perfect agreement [21], the observed coefficient of 0.291 in this study reflects moderate agreement, likely due to the subjective complexity of evaluating team criteria. Disagreements were resolved through regular discussions until a consensus was reached.

3.1. Characteristics of the included studies

Of the 31 included articles, the main research design was RCT. Twenty-two papers were written in English, and the remaining

in Chinese. Out of the 25 studies that specified their research settings, 24 were conducted in China (including Taiwan and Hong Kong), while the remaining studies were from Australia, Sweden and the United States. The publication dates of the studies ranged from February 2003 to September 2024, with the majority of papers published from 2015 onwards. The most prevalent topics among the included studies were cancer and coronavirus disease 2019 (COVID-19). The primary TCM therapies addressed were herbal medicine, followed by acupuncture. The characteristics of the included studies are detailed in Table 1. The methodological quality of the included studies (excluding guidelines, reviews and protocols) was rated as moderate (37.5%) to high (62.5%) (Table 2).

3.2. The roles and responsibilities of TCM and TCM practitioners in an interdisciplinary team within a Western medical context

3.2.1. General roles of TCM (collegial, adjunct and holistic roles)

Thirteen studies (41.9%) highlighted the role of TCM as a therapeutic option within interdisciplinary teams; they indicated that TCM interacts with and complements WM in the effort of working collaboratively to achieve common goals [55]. This collaborative approach has been described using terms such as “combination,” “integration,” and “cooperation.” Thirteen studies (41.9%) demonstrated that TCM functions as an adjunct therapy within predominantly Western medical settings, as characterized by terms such as “adjunct,” “complementary,” and “supportive.” Additionally, two

Table 1
Characteristics of the included studies on integration of TCM within an interdisciplinary team in Western medical settings.

Author, year	Country/region	Study design	Health issues/diseases involved	Definition of TCM	Roles of TCM physician	Role of TCM	Facilitators	Barriers
Garcia et al., 2013 [24]	US	Single arm pilot study	Cancer & oncology-related: cancer (general)	Auricular acupuncture	Prescription of individualized acupuncture treatment; assessment on whether electrical stimulation should be added	Pain management	NA	Patient health status and low compliance
Enblom, 2017 [25]	Sweden	Descriptive cross-sectional study	Cancer & oncology-related: cancer (general)	Acupuncture	NA	Cancer/chemo-induced symptom relief	NA	Patient health status; system/professional barriers; patient perceptions/preferences
Liu et al., 2011 [26]	Taiwan, China	Qualitative	Cancer & oncology-related: cancer (general)	Diagnosis, acupuncture, tuina and moxibustion	NA	Reduce adverse effects	Hope of cure; good accessibility	NA
Ge et al., 2022 [27]	NA	Guidelines	Cancer & oncology-related: cancer pain	Acupuncture	NA	Pain relief; decrease WM (opioid) dose; relieve WM-induced side effects	Policy support; high cost-effectiveness; wide accessibility	Lack of evidence; lacking knowledge
Chen et al., 2021 [30]	Hong Kong, China	Protocol	Cancer & oncology-related: advanced cancer patient under palliative care	Acupuncture	Prescription on acupoints; perform acupuncture	Regulate mood/sleep disorders	NA	NA
McPherson et al., 2016 [28]	Australia	Qualitative	Cancer & oncology-related: breast cancer	Acupuncture and herbal medicine	Prescription of acupoints	Side effect relief	NA	Insufficient knowledge of TCM; communication gaps; variability in treatment strategies
Tang et al., 2016 [30]	Taiwan, China	NIS; nonexperimental, observational, longitudinal study	Cancer & oncology-related: lung cancer	Individualized treatment based on symptoms (powder and decoction)	Prescription according to patients' pattern type and treatment principles	NA	Wide recognition; safety	Patient health status; inconvenience for TCM and WM appointment
Chen et al., 2012 [31]	China mainland	RCT	Cancer & oncology-related: hypopharyngeal carcinoma	Qingliu Liangshu Recipe	Prescription of dosage	Alleviate toxicity response caused by WM	Wide recognition	NA
Deng et al., 2019 [32]	China	RCT	Cancer & oncology-related: tumor-related depression	Acupuncture	Diagnosis of depression based on TCM psychiatry; deliver treatment	Anti depressive effect	Recognition of efficacy; mechanistic understanding; safety profile; ease of application	NA
Pan et al., 2022 [33]	China	RCT	Cardiovascular & cerebrovascular: CHF	Multifaceted optimization intervention (decoction and herb injection)	Make diagnosis and prescription	Activate blood circulation; diuresis; improve cardiac function; reduce readmission for worsening HF	Safety; evidence-based practice; training; quality metrics	Some patients with CHF knew little about TCM and should be educated with the basic concepts of TCM
Chang et al., 2016 [34]	Taiwan, China	NIS; retrospective cohort study	Cardiovascular & cerebrovascular: stroke	Herb medicine, acupuncture, tuina and Chinese medicinal diet therapy	Diagnosis, renewal of medication, diet education, assessment and treatment of adverse effects	Improve stroke-related symptoms	Herbs with licenses were covered in the Taiwan's Health Insurance program	NA
Wei et al., 2011 [35]	Taiwan, China	Cross-sectional, matched-control study	Cardiovascular & cerebrovascular: stroke	Acupuncture	Prescription of acupuncture point; assessment	Improve neurological impairment or functional recovery	Support from health department; high compliance of participants	NA

(continued on the next page)

Table 1 (continued)

Author, year	Country/region	Study design	Health issues/diseases involved	Definition of TCM	Roles of TCM physician	Role of TCM	Facilitators	Barriers
Ni et al., 2020 [38]	China	Guidelines	Cardiovascular & cerebrovascular: stroke	Acupuncture and herbal medicine	NA	Ameliorate neurological impairment; secondary prevention of ischemic stroke; improve physical and mental symptoms	Wide recognition; safety	Specific clinical characteristics, personal preference, and financial status
Fan et al., 2009 [37]	China	RCT	Cardiovascular & cerebrovascular: coronary artery bypass grafting	Qihong Decoction	Diagnostic; prescription	NA	No notable side effects found (safety)	NA
Xiao et al., 2020 [36]	China	RCT	Infectious diseases: COVID-19	Huoxiang Zhengqi dropping pills and Lianhua Qingwen granules	NA	Improve clinical symptoms and prognosis of COVID-19	Wide recognition; TCM has been incorporated into COVID-19 treatment guidelines; safety	NA
Zhang et al., 2020 [35]	China	NRSI; case report	Infectious diseases: COVID-19; critical ill case	TCM (not specified); TCM formulas that strengthen the body resistance and eliminate pathogenic factors	Tongue diagnosis; prescription	Strengthen body resistance; prevent disease progression; reduce WM treatment; avoid side effects	Safety; policy support; evidence	NA
Ge et al., 2021 [45]	NA	Living evidence-based guidelines	Infectious diseases: COVID-19	TCM (not specified)	NA	Retarding disease progression; symptoms control	Insurance coverage; accessibility; regulatory approval; cost-effectiveness; safety profile; support from protocols	Lack of policy support; lack of evidence
Li et al., 2021 [41]	NA	Guidelines	Infectious diseases: COVID-19	TCM therapeutic method based on syndrome differentiation	NA	Prevention; reduction of potential adverse events	NA	Lack of evidence
Xu et al., 2023 [42]	China	NRSI; case study	Infectious diseases: Coronavirus pneumonia	TCM decoction	Diagnosis, prescription, and renewal of medication	Blood glucose reduction, antipyretic, analgesic action, immune-regulating effect, anti-inflammatory, and symptom control	NA	NA
Chen et al., 2022 [43]	Hong Kong, China	NRSI; retrospective cohort study	Renal & metabolic disorders: CKD with diabetes	Individualized Chinese medicine in granule form	Prescription based on clinical presentation; consultation	NA	High compliance	Safety risks
Guo et al., 2008 [44]	China	RCT	Renal & metabolic disorders: diabetic nephropathy	Safflower yellow powder injection	Diagnosis and assessment	Role of retarding diabetic nephropathy progression	Modern pathophysiology parallels; consistency with TCM theory	NA
Wu et al., 2008 [45]	China	RCT	Neurological & developmental conditions: cerebral palsy	Acupuncture, tuina and massage	Diagnosis	Increase strength of remate muscles through body and scalp acupuncture	Wide recognition	NA
Chou, 2010 [46]	NA	Review	Autoimmune & systemic disorders: lupus	Acupuncture and herb remedies	NA	Reduce WM (steroid) dosage	NA	Adulteration of Chinese herbs with WM

(continued on the next page)

Table 1 (continued)

Author, year	Country/region	Study design	Health issues/diseases involved	Definition of TCM	Roles of TCM physician	Role of TCM	Facilitators	Barriers
Mao et al., 2024 [47]	China	RCT	Geriatric & frailty-related; elderly inpatients	TCM (not specified); the holistic concept, the balance of yin and yang, and the harmony of qi and blood	Comprehensive assessment & diagnosis; multidisciplinary collaborative planning; integrated treatment & monitoring; dynamic adjustment	NA	Optimize medical education; collaborate with government and insurance agencies; research	Differences in TCM and WM; insurance and payment systems; patient awareness and acceptance; team coordination
Yao et al., 2020 [48]	China	Protocol for a multicenter RCT	Geriatric & frailty-related; geriatric and frail patient	Acupoint massage	Conduct assessments; massage	Treat insomnia and constipation; acupoint	NA	NA
Zhang, 2023 [49]	China	RCT	Surgical/procedural; diseases which need surgery	TCM (Chinese: herbal medicine, acupuncture and massage)	Preoperative/postoperative management; pain and nutritional management	Enhancing treatment outcomes; reducing hospital stay duration	Strengthen research; education; develop guidelines; risk prevention	Ding interactions and lack of standards for efficacy evaluation
Ma et al., 2022 [50]	China	NRS; case report	Surgical/procedural; undiagnosed pleural effusion	Herbal medicine	Diagnosis, prescription, and renewal of medication	Promote diuresis, and prevent disease progression	NA	NA
Qiu et al., 2012 [51]	China	RCT	Critical care & septic; severe sepsis	Shenfu injection	NA	Regulates the body's inflammatory response and immune function	Clinical validation of TCM treatments	Lack of evidence
Wang et al., 2003 [52]	China	RCT	Mental health; diabetes-associated anxiety	TCM is added based on syndrome differentiation, mainly the JiaWei DiHuang Pills	Diagnosis (syndrome differentiation)	NA	NA	NA
Cheng et al., 2015 [53]	Taiwan, China	NRS; case report	Symptom clusters; refractory polymyositis with poor response to immunosuppressants	Symptom clusters	Herbal formula	Prescription and evaluation	Complementary therapy, alleviate adverse effects of WM; WM dosage reduction	TCM-WM theoretical alignment
Zhang et al., 2017 [54]	China	Clinical analysis	Symptom clusters	Acupuncture, acupoint injection, pressing pills, cupping and self-massage	Diagnosis, consultation, treatment delivery, and prescription	Symptom relief, alleviate disease progression; WM dosage reduction	Wide recognition; patient satisfaction; safety	Insufficient knowledge; lacking recognition

CHF: chronic heart failure; CKD: chronic kidney disease; COVID-19: coronavirus disease 2019; HF: heart failure; NA: not available; NRS: nonrandomized study of intervention (i.e., observational); RCT: randomized controlled trial; TCM: traditional Chinese medicine; WM: Western medicine.

Table 2
Quality appraisal for the included studies.

No.	Author and publication year	Category	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Methodological quality
1	Liu et al., 2011 [25]	Qualitative studies	Y	Y	Y	Y	Y	High
2	Xu et al., 2023 [42]	Qualitative studies	Y	Y	Y	Y	Y	High
3	McPherson et al., 2016 [29]	Qualitative studies	Y	Y	Y	Y	Y	High
4	Cheng et al., 2015 [53]	Quantitative descriptive studies	Y	Y	Y	Y	Y	High
5	Enblom, 2017 [25]	Quantitative descriptive studies	Y	Y	Y	Y	Y	High
6	Ma et al., 2022 [50]	Quantitative descriptive studies	Y	N	Y	Y	Y	Moderate
7	Zhang et al., 2017 [54]	Quantitative descriptive studies	Y	Y	Y	Y	Y	High
8	Zhang et al., 2020 [39]	Quantitative descriptive studies	Y	Y	Y	Y	Y	High
9	Chan et al., 2022 [42]	Quantitative nonrandomized studies	Y	Y	Y	Y	Y	High
10	Chang et al., 2016 [34]	Quantitative nonrandomized studies	Y	Y	Y	Y	Y	High
11	García et al., 2013 [24]	Quantitative nonrandomized studies	N	Y	Y	Y	Y	Moderate
12	Tang et al., 2016 [36]	Quantitative nonrandomized studies	Y	Y	Y	Y	Y	High
13	Wei et al., 2011 [35]	Quantitative nonrandomized studies	Y	Y	Y	Y	Y	High
14	Chen et al., 2012 [31]	Quantitative randomized controlled trials	Y	Y	Y	N/A	Y	Moderate
15	Deng et al., 2019 [32]	Quantitative randomized controlled trials	Y	Y	Y	N/A	Y	Moderate
16	Fan et al., 2009 [37]	Quantitative randomized controlled trials	Y	Y	Y	N/A	Y	Moderate
17	Guo et al., 2008 [44]	Quantitative randomized controlled trials	Y	Y	Y	N/A	Y	Moderate
18	Pan et al., 2023 [33]	Quantitative randomized controlled trials	Y	Y	Y	Y	Y	High
19	Qiu et al., 2012 [51]	Quantitative randomized controlled trials	Y	Y	Y	N/A	Y	Moderate
20	Wang et al., 2008 [52]	Quantitative randomized controlled trials	Y	Y	Y	Y	Y	High
21	Wu et al., 2008 [45]	Quantitative randomized controlled trials	Y	Y	Y	N/A	Y	Moderate
22	Xiao et al., 2020 [38]	Quantitative randomized controlled trials	Y	Y	Y	N/A	Y	Moderate
23	Zhang, 2023 [49]	Quantitative randomized controlled trials	Y	Y	Y	Y	Y	High
24	Mao et al., 2024 [47]	Quantitative randomized controlled trials	Y	Y	Y	Y	Y	High
25	Chou, 2010 [46]	Review	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
26	Ge et al., 2021 [40]	Guidelines	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
27	Ge et al., 2022 [27]	Guidelines	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
28	Li et al., 2021 [41]	Guidelines	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
29	Ni et al., 2020 [30]	Guidelines	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
30	Chen et al., 2021 [28]	Protocol	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
31	Yao et al., 2020 [48]	Protocol	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Y: yes; N: no; N/A: not applicable.

studies described TCM as a holistic treatment, addressing not only presenting symptoms but also the overall health of patients. The holistic care mentioned in these studies included treating underlying issues, enhancing mental health, boosting immunity, rebuilding energy and promoting better sleep.

3.2.2. TCM for preventing and alleviating side effects or adverse events associated with WM

Seven studies have documented the TCM's ability to control and prevent side effects and adverse events associated with WM. Two of these studies specifically investigated the impact of integrated medicine on COVID-19 patients. Findings from Zhang et al. [39] revealed that TCM could prevent side effects such as diarrhea related to the intake of lopinavir or ritonavir. A guideline for the treatment of COVID-19 using integrated medicine concluded that TCM, based on syndrome differentiation, helps to reduce the adverse effects of WM treatments, such as antivirals and corticosteroids, by shortening the duration of their use and reducing the total dosage needed [41]. For example, the guideline highlights the integration of TCM decoctions based on the therapeutic strategy of "strengthening primordial energy, releasing pulmonary qi, nourishing spleen, and detoxification" with symptomatic WM treatments, thereby lowering risks such as liver toxicity, hyperglycemia, and drug-drug interactions [41]. This approach significantly reduced adverse events in severe COVID-19 patients, particularly for those with elevated liver enzymes, while improving outcomes [41].

Additionally, four studies documented TCM's role in alleviating side effects and adverse events induced by cancer treatments or opioids in cancer patients [26,27,29,31]. Cheng et al. [53] reported that TCM formulations, such as Buzhong Yiqi Tang, provide protective effects against drug-induced hepatotoxicity in polymyositis.

3.2.3. TCM use for reducing the need for certain WM therapies

Eight studies indicated that TCM can help to reduce the use of WM therapies. This includes tapering the doses and administration times of WM, as well as preventing additional procedures such as intubation. Of these eight studies, two (25%) focused on COVID-19 care, while the others addressed cancer, cancer pain, pleural effusion, refractory polymyositis, and lupus. The studies demonstrated that TCM facilitates a reduction in the use of antiviral medications, steroids, and oxygen therapy in COVID-19 patients [41]. In one case involving a patient with undiagnosed pleural effusion, the administration of a diuresis-promoting TCM formula alongside diuretics resulted in the gradual absorption of the effusion, ultimately leading to the discontinuation of the diuretic [50]. Zhang et al. [54] reported that acupuncture treatment enabled catheters to be removed from patients with urinary retention issues and nasogastric tubes to be removed from postoperative gastroparesis patients. In the integrated treatment of cancer, TCM contributed to the tapering of antiemetics, symptom-relieving medications, and opioids [26,27].

3.2.4. TCM for attenuating disease progression

TCM was also found to play a role in slowing the progression of disease, as indicated by five studies that examined integrated medicine treatments for conditions such as diabetic nephropathy, chronic heart failure, COVID-19, severe sepsis, and undiagnosed pleural effusion [33,38,44,50,51]. In patients with diabetic nephropathy, the injection of safflower yellow powder has been reported to inhibit platelet aggregation and thrombosis, promote blood vessel dilation, and exhibit an antioxidant effect. When combined with WM, it exerts complementary effects by reducing blood hyperviscosity and hypercoagulability, thereby improving renal microvascular disorders and protecting kidney function [54]. For patients with chronic heart failure, the Guangdong Multicompo-

nent Optimization Programme—a structured protocol involving clinician training, standardized written guidelines, daily quality coordinator supervision, and monthly performance monitoring—was implemented [33]. This TCM-based program, grounded in principles of balancing yin, yang, qi and blood, significantly reduced readmissions due to worsening heart failure by addressing systemic imbalances and optimizing care delivery [33]. In an RCT exploring the efficacy of using Huoxiang Zhengqi dropping pills and Lianhua Qingwen granules to treat COVID-19, TCM showed potential advantages in preventing disease aggravation and improving prognoses. According to TCM theory, this was achieved by clearing the dampness associated with colds, which is believed to contribute to COVID-19 [38]. Additionally, studies by Ma et al. [50] and Zhang et al. [54] reported that TCM played a role in attenuating the progression of diseases.

3.2.5. TCM for improving mental health

TCM appears to demonstrate a role in improving mental health, as stated in six studies [25,28,32,34,36,52]. Of these six studies, three mentioned the use of acupuncture to regulate the mood of cancer patients. Deng et al. [32] described an acupuncture intervention for tumor-related depression, where treatment using acupoints such as Taichong (LR3) was suggested for soothing the liver and regulating depressive mood. Chen et al. [28] used acupoints Yintang (EX-HN3) and Baihui (GV20) in their protocol to regulate mood in advanced cancer patients. In a study that explored the use of acupuncture among oncological physiotherapists, depressed mood was one of the common indications for the manual administration of acupuncture [27]. The other studies showed the effect of Chinese herbal medicine and formulas on regulating the emotions of stroke patients. In their guidelines, Ni et al. [36] concluded that Chinese herbal medicine that soothes the liver and regulates qi, for instance, Chaihu Shugan powder, could be used with antidepressants to improve depressive symptoms in patients with poststroke depression. Chang et al. [34] documented the use of herbal medicines and formulas, such as Xuefu Zhuyu Tang, as an adjuvant therapy for relieving emotional disturbances in hospitalized stroke patients.

3.2.6. TCM for pain relief

Four articles highlighted the pain relief benefits of integrated therapy with TCM. An analysis of clinical data from inpatients receiving acupuncture found that the most common reason for WM physicians to refer patients for acupuncture was for pain relief, including postoperative and chronic pain [54]. The other three studies focused on the application of an integrated acupuncture treatment to manage pain for cancer patients [24,25,27]. Oncological physiotherapists cited cancer pain as the symptom that is most frequently treated with acupuncture, and most believed in its effectiveness for this purpose [25]. Clinical practice guidelines for the use of acupuncture to manage moderate to severe cancer pain recommend combining analgesics with acupuncture to reduce pain intensity [27].

3.2.7. TCM for stroke rehabilitation

TCM has played a significant role in stroke rehabilitation within predominantly Western medical settings, as noted in three studies [40,43,44]. A guideline on the use of integrative medicine for stroke concluded that TCM serves a complementary role in rehabilitation [36]. TCM modalities include acupuncture at specific acupoints, such as Shuigou (GV26), Fengchi (GB20), Jinjin (EX-HN12), Yuye (EX-HN13) and Lianquan (CV23), which have been targeted to treat dysphasia following a stroke [36]. Additionally, Chinese herbal medicine, including herbal sprays, has been used to stimulate swallowing and aid in rehabilitation [36]. The study by Wei et al. [35] evaluated the safety and clinical benefits of adjuvant acupuncture

in stroke patients, primarily during their recovery stage. Among participants, one-third experienced noticeable long-term functional recovery as a result of acupuncture treatment [35].

3.2.8. TCM for symptom control

Eleven studies documented the role of TCM in controlling the symptoms of patients with various conditions, including stroke, cancer, cerebral palsy, refractory polymyositis, COVID-19 and frailty [25,28,29,34,38,42,45,46,48,53,54]. While WM remained the primary framework for diagnosis and acute care, TCM interventions targeted residual or refractory symptoms that were inadequately addressed by conventional therapies. In cancer patients, acupuncture was prescribed adjunctively to alleviate chemotherapy- or radiation-induced symptoms such as pain, fatigue, nausea and dyspnea [25,28,29]. For the integrated treatment of stroke patients, Chang et al. [34] identified that adjuvant TCM therapy, when combined with routine WM care, significantly reduced the 3-month risk of complications such as pneumonia (hazard ratio [HR] 0.60), epilepsy (HR 0.67), gastrointestinal hemorrhage (HR 0.68) and urinary tract infection (HR 0.82) compared to routine WM care alone (antiplatelet therapy and physiotherapy). WM managed acute pathophysiology (e.g., thrombolysis and rehabilitation), while TCM targeted post-stroke complications and functional recovery [34]. In COVID-19 management, TCM was integrated with WM antiviral and oxygen support protocols [36,37]. A case study by Xu et al. [42] proposed that a specific TCM decoction, when administered in combination with WM, demonstrated good expectorant effects that reduced sputum in COVID-19 patients. Meanwhile, Xiao et al. [38] noted that pills and granules designed to clear damp-cold toxins alleviated spleen-yang stagnation, reducing symptoms such as fatigue, nausea, chest tightness, and sore limbs. On day 7, the group treated with Lianhua Qingwen granules and the group receiving both Lianhua Qingwen granules and Huoxiang Zhengqi dropping pills showed higher improvement rates in clinical symptoms like chest tightness and shortness of breath compared to the WM group (68.1% and 68.2% vs 52.9%), despite the lack of a significant difference ($P = 0.290$) [35]. In patients with cerebral palsy, TCM practitioners prescribed integrated treatments that combined massaging and acupuncture with manual and electrostimulation to address symptoms such as paralysis, spasticity, and muscle weakness [45]. Additionally, Cheng et al. [53] reported the use of herbal formulas Buzhong Yiqi Tang and Sijunzi Tang for treating muscle weakness in refractory polymyositis. Among 279 inpatients who received acupuncture consultations at a comprehensive hospital, WM physicians requested acupuncture to treat symptoms in patients with multiple conditions, including gastrointestinal dysfunction, cerebrovascular disease-related aphasia, limb weakness, and urinary retention [54]. Finally, in frail elderly patients, TCM physicians provided acupoint massage guidance that relieved constipation and insomnia, as noted in an RCT protocol aimed at exploring the effects of comprehensive assessment and multidisciplinary approaches for elderly patients with frailty in China [48].

3.2.9. TCM for regulating the immune system

Several articles have discussed the role of TCM in regulating the immune system. A case study on integrated medicine treatments for a patient with COVID-19 documented the anti-inflammatory and immune-regulating effects of TCM agents, such as the seeds of *Cox lacryma-jobi* and *Amomum tsao-ko* [42]. Guidelines by Ge et al. [40] also recommended integrating Qingfei Paidu decoction with WM to relieve inflammation. TCM practitioners treating breast cancer patients within the context of Australian oncology view TCM as a holistic approach that could help patients to build immunity following cancer-related surgeries [29].

3.3. The roles and responsibilities of TCM physicians within an interdisciplinary team in Western medical settings

The majority of these studies (71.0%) described the role of TCM physicians within predominantly Western medical settings [24,28–35,37,39,42–45,47–50,52–54]. While WM physicians retained responsibility for primary diagnosis (e.g., imaging, lab testing) and evidence-based pharmacological/surgical interventions, TCM practitioners contributed complementary diagnostic and prescriptive expertise grounded in holistic paradigms. TCM physicians performed diagnoses using syndrome differentiation, a framework distinct from WM's pathophysiological models. For instance, in depression cases, TCM practitioners applied TCM psychiatry to classify patterns like "liver qi stagnation" or "heart-spleen deficiency" based on tongue appearance, pulse quality, and emotional symptoms, whereas WM psychiatrists relied on DSM-5 criteria and neurochemical assessments [32]. For cerebral palsy, eight-principle differentiation guided TCM diagnoses (e.g., "yang deficiency with cold-dampness obstruction"), contrasting with WM's neurological and imaging-based evaluations [45].

TCM prescriptions provide individualized pattern-based therapies rather than WM's disease-specific protocols. The TCM prescription process encompasses the recommendation of herbal remedies, dosages, and the selection of acupoints. Herbal formulas (e.g., Lianhua Qingwen granules for COVID-19 with "wind-heat invading the lung" syndromes [38]) are tailored to specific TCM syndromes, whereas WM physicians prescribed antivirals, analgesics or antibiotics based on clinical guidelines.

In addition to diagnosis and prescription, TCM physicians also conducted assessments. Guo et al. [44] described a TCM symptom scoring method based on the "Guiding Principles for Clinical Research of New Drugs in the Treatment of Geriatric Diseases" to evaluate the effectiveness of treatments among patients with diabetic nephropathy. Assessing whether a treatment should be included or modified was another important role that was mentioned. When formulating an acupuncture treatment plan, acupuncturists assessed the patient's condition—such as the presence of a cardiac pacemaker or intolerance to electrical stimulation—to determine whether to incorporate additional stimulation into the treatment regimen [24]. This assessment often occurred in collaboration with WM physicians. This collaborative approach was evident in studies by Chang et al. [34] and Wei et al. [35], which documented discussions between neurology and TCM physicians regarding further treatments for stroke patients experiencing fluctuating clinical conditions or adverse effects during integrated care. WM physicians led acute care and monitored safety, while TCM practitioners focused on symptom modulation and functional recovery.

The provision of education was another role highlighted in the included articles. TCM physicians educated chronic heart failure patients and their families to enhance self-care abilities [33]. For frail elderly patients, TCM practitioners taught them on how to perform acupoint massage at specific points to alleviate insomnia and constipation [49]. A nationwide matched interventional cohort study also documented TCM physicians providing expert opinions on nursing care, including needle withdrawal, health education, patient mobility, and changes of clothing for hospitalized stroke patients [34].

3.4. Factors that facilitate the integration of TCM into interdisciplinary teams in Western medical settings

The safety of TCM was highlighted by ten studies as a key factor facilitating its integration into predominantly Western medical settings [26,27,30,32,33,36,37,39,40,54]. Treatments that integrated TCM and WM were typically discontinued only when

patients experienced intolerable toxicity or side effects. Importantly, no dropouts or treatment discontinuations attributed to adverse events from TCM were reported, suggesting that TCM's relative safety allows for its continuous use throughout intervention period [30,32,33,37,39]. Various guidelines for the integrated treatment of stroke, COVID-19 and cancer pain also recommended TCM due to its safety profile [27,36,40]. Clinical analyses have suggested that acupuncture's safety has led to increased recognition of TCM within the healthcare industry [54]. Perspectives from cancer patients receiving adjuvant TCM therapy have noted it as harmless and less invasive than other therapies [26]. Overall, the perceived safety of TCM, as indicated by the studies, enabled its integration into interdisciplinary treatment plans in Western medical contexts.

Widespread recognition of TCM was identified as a key facilitator by four studies [30,36,38,54]. In China, TCM's historical legitimacy as a cornerstone of healthcare fosters public trust and institutional acceptance, whereas in Western-dominated settings, its integration often hinges on reconciling cultural differences between holistic TCM paradigms (e.g., yin-yang balance and qi circulation) and WM's biomedical framework. A clinical analysis conducted in a comprehensive hospital in China found that acupuncture for hemiplegia after stroke was well recognized by the public and supported by research, and this acceptance encouraged collaboration among various departments to incorporate acupuncture into their treatments [54]. A longitudinal study examining the long-term effectiveness of combined treatment for lung cancer patients noted increasing public recognition of TCM, which has evolved into a consensus for integrated treatment over the past decade [31]. During the pandemic, TCM's acceptance in China was bolstered by its historical role in epidemic management, whereas global integration relied on translating TCM outcomes (e.g., symptom reduction) into WM-compatible metrics (e.g., inflammatory biomarker levels) [38]. This cultural adaptation—aligning TCM's heat-clearing effects with WM's focus on viral load reduction—facilitated its inclusion in international guidelines [38].

Policy support is another important factor facilitating the integration of TCM into Western medical settings. In Taiwan, China, the launch of the "Pilot Scheme of the Health Policy in Stroke Adjuvant Acupuncture Therapy" (HPSAAT) in 2006 allowed for reimbursement of costs incurred by hospitalized stroke patients receiving integrated medicine [26,34]. Additionally, Ge et al. [27] noted increasing policy support for acupuncture in the US, Australia, Canada, Switzerland and China. For example, patients can be reimbursed for the cost of acupuncture services by private health funds, and such services are covered by Australia's Medicare Benefits Schedule when provided by medical practitioners. Insurance coverage for TCM decoctions and their inclusion in China's National Essential Drug List are crucial factors when formulating recommendations [40]. This policy support is vital for regulating TCM pricing and ensuring insurance coverage, ultimately facilitating TCM's integration into Western medical settings.

Accessibility and availability also play critical roles in the integration of TCM and WM. According to guidelines for the integrated treatment of COVID-19, the Qingfei Paidu decoction is strongly recommended not only for its proven effectiveness but also for its low cost—around 100 RMB for a full course of treatment in China [41]. As previously mentioned, policy support for insurance reimbursement has lowered patients' expenses, improving access to TCM services [26,27,34,49]. This enhanced financial accessibility facilitates the integration of TCM. Furthermore, the availability of a qualified workforce is essential when formulating clinical practice guidelines for the use of acupuncture in the management of patients with moderate and severe cancer pain [27]. The number of registered or licensed TCM practitioners in the US, UK and Australia is sufficient, as documented in the study by Ge et al. [27], which ensures that

TCM services are accessible when needed, reinforcing its role in oncology.

The establishment of guidelines for integrated medicine can further support the incorporation of TCM into the mainstream medical system [49]. A study by Pan et al. [33] described a multifaceted optimization management program based on the “Exemplary Research on the Construction and Implementation of Clinical Pathway Based on Integrated Traditional Chinese and Western Medicine for Chronic Heart Failure” guidelines, which facilitated the implementation of integrated treatments. Xiao et al. [38] also highlighted the crucial role of integrated treatment guidelines in managing COVID-19. A case study illustrating the integrated treatment provided to a 58-year-old woman with COVID-19 emphasized the inclusion of a TCM scheme within clinical guidelines, enabling TCM physicians to actively participate in COVID-19 care during the pandemic in China [39].

3.5. Factors that hinder the integration of TCM into interdisciplinary teams in Western medical settings

While TCM's demonstrated safety facilitates integration, safety risks associated with herbal medicine pose challenges that require proactive mitigation. Concerns about herbal nephrotoxicity, highlighted by Chan et al. [43] and Chou [46], serve as a barrier to the implementation of integrative medicine practices but also prompt WM practitioners to engage more critically with TCM. Chou [46] raised issues regarding the adulteration of Chinese herbs with WMs and the presence of phenylbutazone in some herbs, which could potentially lead to severe complications. Furthermore, McPherson et al. [29] noted that WM physicians are wary of herbs interfering with chemotherapy drugs, illustrating how these safety concerns can inhibit the use of TCM alongside WM treatments. However, acknowledging these risks can also foster dialogue between TCM and WM practitioners, creating opportunities for safer, more effective integrative practices.

Another barrier is the lack of research and clinical evidence regarding TCM's effectiveness. Studies have suggested that much of the evidence supporting integrated medicine is of low certainty and low quality, resulting in weak recommendations for guidelines on the integrated treatment of COVID-19 and stroke [27,36,40,41]. Chan et al. [43] also noted that clinical evidence concerning the effects of Sijunzi Tang and Liuwei Dihuang Wan for diabetes and chronic kidney disease is limited and methodologically inadequate. McPherson et al. [29] emphasized that insufficient research on herb-drug interactions complicates the ability of oncologists to assess the potential negative impacts of TCM on chemotherapy regimens, leading to heightened caution when considering TCM use.

In addition to the evidence gap, inadequate knowledge of TCM among WM practitioners significantly hinders its integration within interdisciplinary teams. TCM practitioners often find it challenging to assert their supportive role because of the dismissive attitudes of WM practitioners, who due to their limited understanding may overlook the potential effectiveness of TCM [29]. Zhang et al. [54] found that integrated medicine initiatives were frequently driven by strong requests from patients and their families rather than by recommendations from the attending physicians, reflecting WM practitioners' limited knowledge of the characteristics and benefits of acupuncture.

Attitudinal barriers among both WM physicians and patients can further inhibit TCM integration. Distrust in TCM among oncologists, stemming from insufficient knowledge, was noted by TCM practitioners [29]. Similarly, Enblom [25] indicated that negative attitudes among healthcare professionals impede the frequent use of acupuncture. Communication breakdowns also pose a barrier; TCM practitioners reported that oncologists often failed to

respond to inquiries about the use of specific herbs or acupoints in mutual patients. This lack of communication fosters distrust and undermines collaboration in integrated care [29].

Negative perceptions of TCM among patients can also obstruct its integration. According to Enblom's study [25], approximately 30% of patients found TCM to be time-consuming and were unlikely to pursue acupuncture during cancer therapy. Some patients expressed doubts about the quality of TCM services, with only a small minority considering additional TCM treatments [43]. Furthermore, due to a lack of knowledge, some patients were skeptical of TCM's efficacy for specific cancer-related symptoms, such as xerostomia and pain [25,27]. Personal anxieties, such as a phobia of needles, might also deter patients from seeking additional TCM treatments [27,36]. Additionally, miscommunication led to patients failing to disclose their TCM use to WM physicians, fearing a negative response from oncologists. This lack of transparency could jeopardize the health of patients and exacerbate oncologists' distrust of TCM, further hindering its integration [29].

Inadequate accessibility to TCM services—both financial and physical—also poses a barrier. Many patients with chronic kidney disease and diabetes reported that limited access to affordable TCM treatments dissuaded them from considering additional therapies [43]. Three studies in this review documented financial barriers that prevent patients from utilizing TCM services [27,36,47]. Physical limitations or health conditions may also impact accessibility. Tang et al. [30] found that due to illness only about 20% of patients in a combined treatment group sought consultations at TCM clinics following chemotherapy. This aligns with findings from Garcia et al. [24], indicating that cancer patients often become lost to follow-up for adjuvant acupuncture treatment due to the progression of their diseases. The frailty associated with serious illnesses, including severe psychiatric conditions, can also hinder TCM use, as noted by physiotherapists involved in treatment decisions [25]. Collectively, inadequate physical and financial access to TCM services deters patients from pursuing these treatments, complicating integration efforts.

Inconvenience remains a notable barrier to TCM integration. Chan et al. [43] identified limited accessibility to convenient TCM services as a factor contributing to reduced willingness to consider additional TCM treatments among patients with chronic kidney disease and diabetes. Scheduling appointments for TCM can be difficult, and many patients must attend TCM clinics every two to four weeks for effective treatment [30]. Those who do not experience benefits from TCM may also be reluctant to invest time and energy in treatments that do not yield immediate results. Transportation issues and conflicting schedules further contribute to participants discontinuing adjuvant TCM services [24].

4. Discussion

This scoping review explores the roles and responsibilities of TCM practitioners in the field of integrated medicine, highlighting their collaborations with WM. Our findings underscore TCM's recognized adjuvant role and holistic contributions. We identify eight specific roles: (1) mitigating WM-induced side effects; (2) facilitating WM tapering and prevention; (3) attenuating disease progression; (4) improving mental health; (5) providing pain relief; (6) supporting stroke rehabilitation; (7) managing symptoms; and (8) regulating the immune system. TCM practitioners can carry out these roles through accurate diagnosis, prescription, assessment, and collaborative care with WM practitioners, while also serving as healthcare educators. Additionally, we identified five factors that facilitate the integration of TCM into Western medical settings: (1) safety; (2) recognition; (3) policy support; (4) accessibility; and (5) guidelines for integrated treatment. Six barriers to TCM integra-

tion are: (1) safety concerns; (2) lack of research; (3) insufficient TCM knowledge among WM practitioners; (4) attitudinal barriers; (5) limited access; and (6) inconvenience. Based on our findings, we developed a conceptual model outlining the benefits of integrating TCM and the factors affecting this process (Fig. 2).

This scoping review underscores the significant contributions of TCM in mitigating side effects associated with WM, with a growing recognition of TCM's adjuvant role in treating complex conditions such as coronary heart disease and diabetes mellitus [35]. In China, where TCM is deeply integrated into the healthcare infrastructure, it operates in tandem with WM, a synergy evident in the operation of 13% of hospitals as TCM specialty facilities and the documentation of 77.17 million integrated medicine services in 2022 [56]. This seamless collaboration, involving referral rates of 20% to 30% within community health centers, contrasts with the global scenario. For instance, in Australia and Hong Kong SAR, China, limited integration is observed, with barriers including reluctance to make referrals and difficulties in accessing TCM practitioners [57,58]. These disparities reflect not only the need for a nuanced understanding of the socio-cultural landscape but also the regulatory and educational contexts that either promote or impede integration. In China, TCM's holistic philosophy, which integrates aspects of physical, emotional and environmental health, is not only culturally embedded but also institutionally endorsed, providing a supportive framework for its practice alongside WM. To integrate TCM into WM systems globally, it is pivotal to foster interdisciplinary understanding to close the knowledge divide between practitioners of TCM and WM. This includes incorporating TCM into WM undergraduate curricula and promoting specialized physician training in TCM [59,60]. Additionally, public mass media campaigns with unbiased, science-driven information can help

shift societal perceptions, increasing cross-cultural acceptance and demand for integrated care [61].

The findings from our scoping review reveal that the majority of studies (71.9%) elucidate the multifaceted roles of TCM physicians within Western medical settings, primarily focusing on diagnosis and prescription. This emphasis on the responsibilities of TCM physicians highlights the significant integration of TCM principles into the predominantly Western medical framework, reflecting a growing recognition of holistic approaches to patient care. Established diagnostic protocols, such as TCM psychiatry and the "eight-principle differentiation" model for conditions such as depression and cerebral palsy, highlight the adaptability of TCM methodologies within the structured environment of WM. This integration is not merely a coexistence of practices; it signifies a collaborative effort to enhance patient outcomes through a broader spectrum of diagnostic and therapeutic modalities. The active participation of TCM physicians in prescription processes—ranging from recommendations for herbal remedies to the selection of acupuncture points—demonstrates their pivotal role in shaping treatment plans tailored to individual patient needs. This bespoke approach is particularly relevant in chronic disease management, where conventional treatments may not always be sufficient. The collaborative assessments performed alongside those of WM physicians emphasize the interdisciplinary nature of contemporary healthcare, wherein TCM practitioners evaluate patient conditions in real time, adjusting treatments based on comprehensive clinical discussions. This method of joint decision-making not only enriches the therapeutic options available but also fosters a deeper understanding of the unique health landscape of patients.

In addition to outlining the roles and responsibilities of TCM practitioners, our review identified five factors that facilitate and

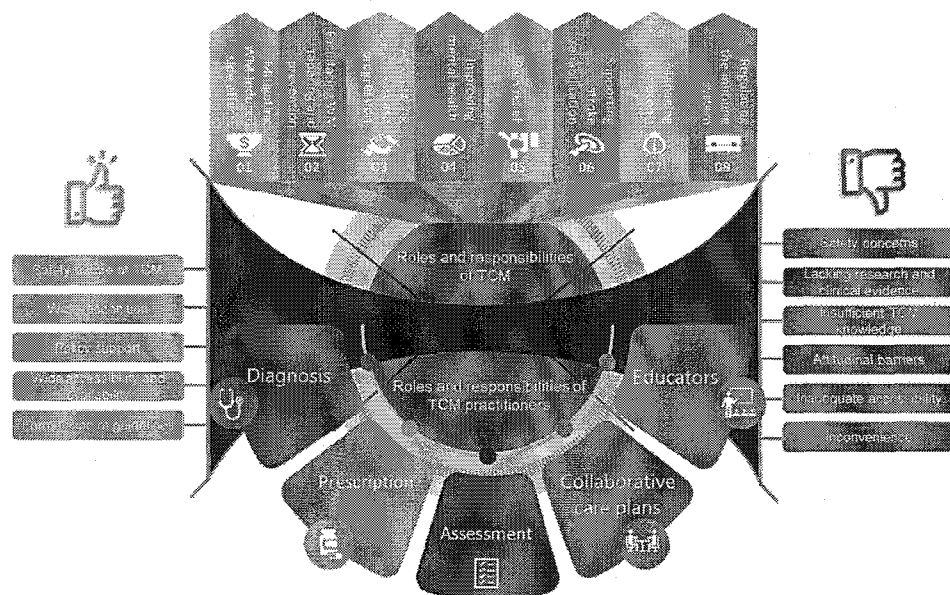


Fig. 2. The conceptual model for the roles and responsibilities of TCM, as well as facilitators and barriers to TCM integration. TCM: traditional Chinese medicine; WM: Western medicine.

six that hinder the integration of TCM into Western medical settings. These factors are crucial for understanding the dynamics of interdisciplinary collaboration and optimizing the integration process. Of these factors, the proven safety of TCM was emphasized as crucial for its incorporation into Western healthcare environments. However, safety concerns linked to herbal medicine present challenges that need to be addressed proactively. On the one hand, TCM is widely perceived as a safe therapeutic option, particularly for managing chronic and recalcitrant conditions, a viewpoint echoed by WM practitioners in China [62,63]. This perception underscores TCM's appeal due to its lower incidence of adverse effects, contributing to its potential as an enabler for integration. However, on the flip side, concerns over safety, specifically regarding herb-drug interactions, are a significant impediment to this integration. Several factors, such as improper processing of herbs, inappropriate combinations of herbs, and overdoses might contribute to adverse reactions [64]. A multitude of studies have consistently highlighted this issue, revealing a pervasive apprehension among Western medical practitioners [65]. The concern over safety has been raised by researchers and ethics committees [66]. It was also one of the most common concerns among WM physicians [67]. This concern does not stem from a blanket disbelief in TCM's safety but rather from a lack of comprehensive understanding of the complex synergies and potential complications when TCM is used concurrently with conventional pharmaceuticals. Consequently, this knowledge gap acts as a barrier, underlining the necessity for further research and clear guidelines to ensure the safe co-administration of TCM and WM. The juxtaposition of these perspectives underscores the nuanced nature of the integration process. It necessitates a balanced approach that acknowledges TCM's traditional strengths while addressing contemporary safety concerns through enhanced interdisciplinary communication and scientific investigation. This approach, by bridging the knowledge divide, can facilitate a smoother integration of TCM into mainstream healthcare practices.

The integration of TCM with WM is significantly influenced by cultural differences (e.g., varying regional acceptance of TCM), which may influence the applicability of findings across healthcare systems with divergent societal norms and attitudes toward integrative medicine. In China, TCM is deeply ingrained in the cultural fabric, with concepts like yin and yang, qi, and the balance of these elements being integral to the Chinese worldview [68]. This cultural foundation has allowed TCM to be seamlessly integrated into the healthcare system, with many hospitals offering both TCM and WM treatments under the same roof [69]. In contrast, Western medical settings present unique challenges due to the fundamental philosophical differences between TCM's holistic approach and WM's reductionist, evidence-based framework. The Cleveland Clinic's incorporation of TCM practices like acupuncture and herbal remedies into its wellness programs represents a significant step toward the acceptance of TCM in WM [70]. This integration is driven by the growing recognition of TCM's effectiveness in treating certain conditions, such as chronic pain and neurological disorders, where conventional medicine may fall short. However, full integration remains hindered by challenges in standardization, quality control, and mechanistic understanding from a Western scientific perspective. Future efforts should focus on bridging these cultural and scientific gaps through rigorous clinical research, standardized protocols and educational initiatives that respect both TCM's philosophical foundations and WM's evidence-based requirements.

Wide accessibility and availability were identified in our review to be major facilitators to the integration of TCM into mainstream healthcare systems. In China, the cost of consulting a WM physician averages ¥59.6, while that for a TCM physician is ¥36.7 [71]. At an average cost of ¥57.4, TCM prescriptions are also less expen-

sive than that for WM [71]. This relatively lower financial burden enhances the accessibility of TCM services, which likely contributes to the successful integration of TCM within the healthcare system. However, this financial advantage is not without limitations. The cumulative costs associated with frequent use of TCM can be substantial, posing a significant economic burden on certain patient populations. For example, Chinese cancer survivors report that the ongoing expenses of TCM during their rehabilitation are a considerable financial strain, potentially discouraging them from pursuing effective TCM therapies alongside WM treatments [72]. Moreover, in the US, cost remains a major barrier for WM practitioners considering referrals to TCM, further complicating its integration into healthcare practices [73]. Despite its apparent affordability, widespread financial inaccessibility may still impede the use of TCM services, as suggested by existing studies. Governments and healthcare organizations could provide subsidies for TCM services, particularly for vulnerable populations such as cancer survivors or low-income patients. These subsidies could help offset the cumulative costs of TCM, making it a more viable long-term option.

In contrast, inadequate access to TCM services was the main barrier to the integration of TCM and WM. This barrier stems from a trifecta of challenges: cost disparities, insurance coverage gaps, and reimbursement inequalities. First, the financial burden of TCM is substantial compared to that of WM services. Our findings align with previous research indicating that the cost of TCM is a widespread barrier to its use [74]. For instance, while a TCM consultation fee in Hong Kong, including two to three days of decoction, is around US\$50, a WM consultation fee with a similar duration of medication is approximately US\$40 [75]. However, this issue is not confined to Hong Kong. In Australia, the out-of-pocket costs for TCM practitioners can vary widely, with acupuncture sessions typically ranging from A\$80 to A\$120 [76]. Conversely, a standard visit to a general practitioner may cost around A\$40, especially if patients are covered by Medicare, significantly reducing their out-of-pocket expenses [76]. In the UK, acupuncture sessions can range from £40 to £100, depending on the location and the experience of the practitioner. In contrast, a visit to the National Health Service (NHS) can be free or almost free, making conventional medical care more financially accessible to patients. The high costs of TCM consultations and their associated treatments significantly limit their accessibility, thereby hindering the utilization of TCM. Second, insurance policies often exclude TCM, posing a further barrier to the integration of TCM into predominantly Western medical systems. A quarter of cancer patients claimed that concerns over a lack of insurance prevented them from using acupuncture [74]. A scoping review exploring insurance coverage for acupuncture in the US found that a large proportion of acupuncture users have no insurance coverage, and that licensed acupuncturists are reimbursed at lower rates than WM practitioners [77]. Most insurance plans do not cover acupuncture therapies [78]. With insufficient insurance coverage, patients might not be able to access TCM services, thus affecting the integration of TCM and WM. Last, inequalities in reimbursement discourage both patients and healthcare providers. The lower reimbursement rates for TCM practitioners compared to WM providers also contribute to making TCM financially inaccessible. This disparity not only affects the ability of patients to afford TCM but also disincentivizes healthcare providers from recommending or integrating TCM into their practice. Therefore, it is imperative to develop subsidy programs or sliding scale fees for TCM services, particularly for low-income patients. This could help to reduce the financial burden and increase access to TCM, promoting its integration with WM. It is suggested that governments encourage the healthcare system and insurance providers to establish equitable reimbursement

rates for TCM practitioners. Ensuring that TCM providers are compensated fairly could lead to the greater integration of TCM into interdisciplinary healthcare teams.

A lack of access to convenient TCM services, mainly due to scheduling issues and transportation concerns, was another barrier identified in our review. There are three interconnected aspects to this barrier. First, logistical problems, such as transportation difficulties and the challenge of decocting herbs, hinder access to TCM, particularly for cancer patients. For instance, in one study, more than half of cancer patients reported that it was a challenge to prepare herbal decoctions, limiting their ability to consistently utilize TCM services [74,79]. To enhance convenience, the use of granules and capsules should be promoted as alternatives to traditional herbal decoctions. These forms are easier to be prepared and consumed, reducing the logistical burden on patients and increasing the likelihood of consistent TCM use. Second, the scarcity of qualified TCM practitioners, especially in underserved areas, exacerbates wait times and limits timely care. In China, the density of acupuncture practitioners was reported to be 1.31 per 100,000 residents in 2018, while in the US, more than 20 states had an acupuncturist density of over 10 per 100,000 of the population during the same period [80]. However, these numbers are still significantly lower than the median density of WM practitioners in the US which ranges from 59.7 to 124.3 physicians per 100,000 persons [81]. Last, the disparity in practitioner availability, combined with an increasing demand for TCM services, creates a substantial barrier for patients seeking TCM treatments, ultimately hindering the integration of TCM and WM [71]. Educational institutions should be encouraged to expand TCM programs to train more practitioners, thereby increasing the workforce available to meet the growing demand for TCM services. This could involve offering more accredited TCM courses and increasing the number of training facilities.

5. Strengths and limitations

This study is the first to explore the role of TCM within an interdisciplinary team in predominantly Western medical settings. Our scoping review has established a foundation upon which to further investigate and understand the integration of TCM into mainstream healthcare practices. However, several limitations of this review should be acknowledged. First, the findings may not be broadly representative of the role of TCM and TCM practitioners worldwide, as the majority of the included studies were conducted in China. Second, we excluded studies published in languages other than Chinese and English, which might have introduced a language bias and resulted in the omission of relevant studies.

6. Conclusion

Our scoping review examined the integration of TCM within interdisciplinary teams in predominantly Western medical settings, focusing on the facilitators and barriers to its incorporation. In China, TCM integration is exemplified by specialized facilities and collaborative practices, which serve as a successful model. However, there are significant barriers to its global adoption, such as cost disparities, insurance coverage gaps, and reimbursement inequalities. Safety concerns, which can both facilitate and hinder integration, indicate the necessity of research to ensure safe herb-drug interactions. The adaptability of TCM within WM and its holistic approach are crucial facilitators for integration. Nonetheless, logistical issues, limited practitioner availability, and demand-supply mismatches present additional challenges that require infrastructural and educational solutions.

To achieve seamless integration, it is necessary to adopt a multi-faceted approach. This includes fostering research collaboration, implementing equitable insurance policies, enhancing inter-professional medical education, creating unbiased and science-driven mass media campaigns, ensuring safety, and shifting societal perceptions to address existing barriers. By acknowledging the unique strengths of both TCM and WM, healthcare systems can evolve to provide patient-centered care that leverages the best of both practices. A concerted effort from policymakers, healthcare professionals, and researchers is vital to create an inclusive environment, ensuring the effective integration of TCM into global healthcare. This integration is aimed at enriching treatment options and improving patient outcomes by bridging traditional and modern medical practices, thereby fostering a more comprehensive healthcare landscape.

CRedit authorship contribution statement

AW and AH conceived and designed the study. AH and NS contributed to the literature search, data screening, data extraction and data charting. AW, AH and NS provided intellectual input on reviewing the literature and writing the first draft. AW, NS and JH revised the manuscript. All of the authors contributed to, reviewed and approved the manuscript.

Funding

The study was supported by the Chinese Medicine Development Fund-Industry Support Programme (K-ZB4P).

Declaration of competing interests

All authors have declared that they have no conflicts of interest.

Appendix A. Supplementary material

Supplementary data to this article can be found online at <https://doi.org/10.1016/j.joim.2025.11.004>.

References

- [1] Tas D, Uzun D, Sendur MA, Koca N, Zengin N. Acupuncture as a complementary treatment for cancer patients receiving chemotherapy. *Asian Pac J Cancer Prev* 2014;15(7):3139–44.
- [2] Luo X, Zhang Y, Li H, Ren M, Liu Y, Liu Y, et al. Clinical evidence on the use of Chinese herbal medicine for acute infectious diseases: an overview of systematic reviews. *Front Pharmacol* 2022;13:752978.
- [3] Yang Y, Chin A, Zhang L, Lu J, Wong RW. The role of traditional Chinese medicines in osteogenesis and angiogenesis. *Phytother Res* 2014;28(1):1–8.
- [4] Yu ECL. Developing the integrative joint organizational platform. *IJOP Hong Kong Med J* 2021;26(8):4–8.
- [5] Mayo Clinic. Integrative medicine and health. (2022-07-22) [2022-07-22]. <https://www.mayoclinic.org/departments-centers/integrative-medicine-health/sections/overview/ovc-20464567>.
- [6] Anderson BJ, Jurawarichkul S, Kligler BE, Marantz FR, Evans R. Interdisciplinary relationship models for complementary and integrative health: perspectives of Chinese medicine practitioners in the United States. *J Altern Complem Med* 2019;25(3):288–95.
- [7] Ren W, Wang M, Liao J, Li L, Yang D, Yao R, et al. The effect of Chinese herbal medicine combined with Western medicine on vascular endothelial function in patients with hypertension: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Front Pharmacol* 2020;11:823.
- [8] Jiao L, Dong C, Liu J, Chao Z, Zhang L, Xu J, et al. Effects of Chinese medicine as adjunct medication for adjuvant chemotherapy treatments of non-small cell lung cancer patients. *Sci Rep* 2017;7:46524.
- [9] Zhang NM, Vesty G, Zheng Z. Healthcare professionals' attitudes to integration of acupuncture in Western medicine: a mixed-method systematic review. *Pain Manag Nurs* 2021;22(5):684–93.
- [10] Zhong LL, Wang R, Lan WC, Zhu Q, Du P, Cao PH, et al. The combination of Chinese and Western medicine in the management of rheumatoid arthritis: a real-world cohort study across China. *Front Pharmacol* 2022;13:933519.

- [11] Chen T, Niu T, Niu X, Si Y, Yang X, Ma L. Application of traditional Chinese medicine four-diagnostic auxiliary apparatus in evaluation of health status and clinical treatment. *J Tradit Chin Med* 2018;38(3):447–51.
- [12] Yang X, Lai SJ, Chang HF, Wen YP, Yu DW, Dong Z, et al. Artificial intelligence-based diagnosis of diabetes mellitus: combining fundus photography with traditional Chinese medicine diagnostic methodology. *Biomed Res Int* 2021;2021:5556057.
- [13] Cohen LR, Taveira TH, Khatana SA, Dooley AG, Pirraglia PA, Wu WC. Pharmacist-led shared medical appointments for multiple cardiovascular risk reduction in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Educ* 2011;37(6):801–12.
- [14] Pascucci D, Sassano M, Nurchis MC, Cicconi M, Acampora A, Park D, et al. Impact of interprofessional collaboration on chronic disease management: findings from a systematic review of clinical trial and meta-analysis. *Health Policy* 2021;125(2):191–202.
- [15] Purniasidi D, Jenie M. Literature review: effect of interprofessional collaboration implementation of patient services. *J Keselamatan Kesehatan Kerja* 2021;10(2):265–72.
- [16] Nguyen J, Smith L, Hunter J, Harnett JE. Conventional and complementary medicine health care practitioners' perspectives on interprofessional communication: a qualitative rapid review. *Medicina (Kaunas)* 2019;55(10):550.
- [17] Suter E, Arndt J, Arthur N, Parboosingh J, Taylor E, Deutschland S. Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. *J Interprof Care* 2009;23(1):41–51.
- [18] Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol* 2005;8(1):19–32.
- [19] Peters MDJ, Marnie C, Trice AC, Pollock D, Munn Z, Alexander L, et al. Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBI Evid Synth* 2020;18(10):2119–226.
- [20] Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies: advancing the methodology. *Implement Sci* 2010;5:69.
- [21] Gwet KL. Computing inter-rater reliability and its variance in the presence of high agreement. *Int J Math Stat Psychol* 2008;61(1):29–48.
- [22] Braun V, Clarke V. Is thematic analysis used well in health psychology? A critical review of published research, with recommendations for quality practice and reporting. *Health Psychol Rev* 2023;17(4):595–718.
- [23] Hong QN, Gonzalez-Reyes A, Pluye P. Improving the usefulness of a tool for appraising the quality of qualitative, quantitative and mixed methods studies, the Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT). *J Eval Clin Pract* 2018;24(3):459–67.
- [24] Garcia MK, Driver L, Haddad R, Lee R, Palmer J, Wei Q, et al. Acupuncture for treatment of uncontrolled pain in cancer patients: a pragmatic pilot study. *Integr Cancer Ther* 2014;13(2):133–40.
- [25] Enblom A. Patients' and physiotherapists' belief in and use of acupuncture for cancer-related symptoms. *Acupunct Med* 2017;35(4):251–8.
- [26] Liu CH, Tang WR, Wang HM, Lee KC. Cancer patients' experience of combined treatment with conventional and traditional Chinese medicine: a biopsychosocial phenomenon. *Cancer Nurs* 2011;34(6):495–502.
- [27] Ge L, Wang Q, He Y, Wu D, Zhou Q, Xu N, et al. Acupuncture for cancer pain: an evidence-based clinical practice guideline. *Chin Med* 2022;17(1):8.
- [28] Chen H, Su TH, Cho WC, Qin Z, Ma CH, Li SG, et al. The adjunctive effect of acupuncture for advanced cancer patients in a collaborative model of palliative care: study protocol for a 3-arm randomized trial. *Integr Cancer Ther* 2021;20:15347354211012749.
- [29] McPherson L, Cochrane S, Zhu X. Current usage of traditional Chinese medicine in the management of breast cancer: a practitioner's perspective. *Integr Cancer Ther* 2016;15(3):335–42.
- [30] Tang WR, Yang SH, Yu CT, Wang CC, Huang ST, Huang TH, et al. Long-term effectiveness of combined treatment with traditional Chinese medicine and Western medicine on the prognosis of patients with lung cancer. *J Altern Complement Med* 2016;22(3):212–22.
- [31] Chen WJ, Wang B, Han XL. Adjunctive therapy of hypopharyngeal carcinoma by Qingliu Jiangliu Recipe. *Zhongguo Zhong Xi Yi Jie He Za Zhi* 2012;32(7):882–985 [Chinese with abstract in English].
- [32] Deng XY, Xu TS. Clinical observation of acupuncture combined with serrahine hydrochloride tablets on tumor-related depression. *Zhongguo Zhen Jiu* 2019;39(4):79–83 [Chinese with abstract in English].
- [33] Pan G, Ji W, Wang X, Li S, Zheng C, Luo W, et al. Effects of multifaceted organization management for chronic heart failure: a multicentre, randomized controlled study. *ESC Heart Fail* 2023;10(1):133–47.
- [34] Chang CC, Chen TL, Chiu HF, Hu CJ, Yeh CC, Tsai CC, et al. Outcomes after stroke in patients receiving adjunct therapy with traditional Chinese medicine: a nationwide matched interventional cohort study. *J Ethnopharmacol* 2016;177:46–52.
- [35] Wei YC, Sun MF, Chang KC, Chang CJ, Hung YC, Lin YJ, et al. Pilot scheme of health policy in stroke adjunct acupuncture therapy for acute and subacute ischemic stroke in Taiwan. *Evid Based Complement Alternat Med* 2011;2011:689813.
- [36] Ni X, Lin H, Li H, Luo W, Luo X, Wu D, et al. Evidence-based practice guideline on integrative medicine for stroke 2019. *Evid Based Med* 2020;13(2):137–52.
- [37] Fan H, Wang XF, Gao W, Gu W, Xi YM, Li F, et al. Effect of Qihong decoction on rehabilitation of patients after coronary artery bypass grafting. *Zhongguo Zhong Xi Yi Jie He Za Zhi* 2009;29(3):215–8 [Chinese with abstract in English].
- [38] Xiao M, Tian J, Zhou Y, Xu X, Min X, Lv Y, et al. Efficacy of Huoxiang Zhengqi dropping pills and Lianhua Qingwen granules in treatment of COVID-19: a randomized controlled trial. *Pharmacol Res* 2020;161:105128.
- [39] Zhang Y, Lou Y, Wang J, Yu G, Shen W. Research status and molecular mechanism of the traditional Chinese medicine and antitumor therapy combined strategy based on tumor microenvironment. *Front Immunol* 2020;11:609705.
- [40] Ge L, Zhu H, Wang Q, Li M, Cai J, Chen Y, et al. Integrating Chinese and western medicine for COVID-19: a living evidence-based guideline (version 1). *J Evid Based Med* 2021;14(4):313–32.
- [41] Li ZY, Xie ZJ, Li HC, Wang J, Wen XH, Wu SY, et al. Guidelines on the treatment with integrated traditional Chinese medicine and Western medicine for severe coronavirus disease 2019. *Pharmacol Res* 2021;174:105955.
- [42] Xu RL, Zong YL, Jiang YP. TCM and Western medicine: diagnosis and treatment of novel coronavirus pneumonia, a case study. *Altern Ther Health Med* 2023;29(2):90–6.
- [43] Chan KW, Chow TY, Yu KY, Feng Y, Lao L, Bian Z, et al. Effectiveness of integrative Chinese-Western medicine for chronic kidney disease and diabetes: a retrospective cohort study. *Am J Chin Med* 2022;50(2):371–88.
- [44] Gao DZ, Wang YH, Chen ZD, Bian D, Qi HC. Effect of treatment in 39 patients with diabetic nephropathy by safflower yellow and benazepril in combination. *Zhongguo Zhong Xi Yi Jie He Za Zhi* 2008;28(4):360–43 [Chinese with abstract in English].
- [45] Wu Y, Zou LP, Han TL, Zheng H, Caspi O, Wong V, et al. Randomized controlled trial of traditional Chinese medicine (acupuncture and tuina) in cerebral palsy: part 1—Any increase in seizure in integrated acupuncture and rehabilitation group versus rehabilitation group? *J Altern Complement Med* 2008;14(8):1005–9.
- [46] Chou CT. Alternative therapies: what role do they have in the management of lupus? *Lupus* 2010;19(12):1425–9.
- [47] Mao J, Fu JY. Construction and effectiveness of an integrated traditional Chinese and Western medicine multidisciplinary integrated diagnosis and treatment service model. *Zhong Yi Yao Guan Li Za Zhi* 2024;24(18):90–2 [Chinese].
- [48] Yao S, Zheng P, Ji L, Ma Z, Wang L, Qiao L, et al. The effect of comprehensive assessment and multi-disciplinary management for the geriatric and frail patients: a multi-center, randomized, parallel controlled trial. *Medicine (Baltimore)* 2020;99(46):e22873.
- [49] Zhang B. Application value of integrated traditional Chinese and Western medicine management strategies and risk prevention under the new era. *Zhong Yi Yao Guan Li Za Zhi* 2023;23(23):102–4 [Chinese].
- [50] Mo J, Huang M, Wang SH, Tan QM, Zhang LS. Undiagnosed pleural effusion treated with traditional Chinese medicine: a case report. *Explore (NY)* 2022;18(3):362–5.
- [51] Qiu ZL, Ye YP, Zhang N, Liu JH. Clinical efficacy of Shenfu injection in treating severe sepsis and its effects on serum levels of interleukin-6 and interleukin-10. *Zhongguo Zhong Xi Yi Jie He Za Zhi* 2012;32(3):348–51 [Chinese with abstract in English].
- [52] Wang ZY, Wang Q. Related factors and integrated treatment of traditional Chinese medicine and Western medicine for diabetes with anxiety. *Zhongguo Luo Chuang Xin Li Xue Za Zhi* 2003;11(2):136–7 [Chinese with abstract in English].
- [53] Cheng YC, Tsai MY, Chen CJ, Hung YC. Combination therapy of traditional Chinese medicine and Western medicine to treat refractory polymyositis: a case report. *J Altern Complement Med* 2015;21(5):304–6.
- [54] Zhang Y, Sun H, Chen S, Xu H, Bao F. Clinical data analysis of 279 inpatients with acupuncture consultation in a comprehensive hospital. *Zhongguo Zhen Jiu* 2017;37(2):202–6 [Chinese with abstract in English].
- [55] Botzler M, Loschke J. Collegial relationships. *Ethical Theory Moral Pract* 2021;24(1):213–26.
- [56] National Bureau of Statistics of China. China health statistics year book 2023: (2023-09-01) [2023-09-01]. <https://www.stats.gov.cn/sj/fdsj/2023/indexch.htm> [Chinese].
- [57] Wardle JL, Sibbritt DW, Adams J. Referral to Chinese medicine practitioners in Australian primary care: a survey of New South Wales rural and regional general practitioners. *Chin Med* 2013;8:8.
- [58] Chung VC, Hillier S, Lau CH, Wong SY, Yeoh EK, Griffiths SM. Referral to and attitude towards traditional Chinese medicine amongst western medical doctors in postcolonial Hong Kong. *Soc Sci Med* 2011;72(2):247–55.
- [59] Cheung NC, Chang C, Zhu S, Chu R. Acknowledging the need for traditional and complementary medicine education for pharmacists and students for the Chinese American population. *Curr Pharm Teach Learn* 2024;16(12):102185.
- [60] Lin SK, Lai JN. Enhancing traditional Chinese medicine healthcare system in Taiwan post-COVID-19 pandemic: a strategic focus on specialization. *J Formos Med Assoc* 2024;123(Suppl 3):S207–14.
- [61] Eigenschenk M, Bellach L, Leonard S, Dablander TE, Maier J, Dablander F, et al. Cross-sectional survey and Bayesian network model analysis of traditional Chinese medicine in Austria: investigating public awareness, usage determinants and perception of scientific support. *BMJ Open* 2023;13(3):e006544.
- [62] Fan X, Meng F, Wang D, Guo Q, Ji Z, Yang L, et al. Perceptions of traditional Chinese medicine for chronic disease care and prevention: a cross-sectional study of Chinese hospital-based health care professionals. *BMJ Complement Altern Med* 2018;18(1):209.

- [63] Harmsworth K, Lewith GT. Attitudes to traditional Chinese medicine amongst Western trained doctors in the People's Republic of China. *Soc Sci Med* 2001;52(1):149–53.
- [64] Zhu HY, Wang XT, Wang XM, Pan GX, Zhu Y, Feng YX. The toxicity and safety of Chinese medicine from the bench to the bedside. *J Herb Med* 2021;28.
- [65] Loh CH. Use of traditional Chinese medicine in Singapore children: perceptions of parents and paediatricians. *Singap Med J* 2009;50(12):1162–8.
- [66] Smith CA, Priest R, Cannady R, Bouchier S, Bensoussan A. The ethics of traditional Chinese and Western herbal medicine research: Views of researchers and human ethics committees in Australia. *Evid Based Complement Alternat Med* 2011;2011:256915.
- [67] McQuade JL, Meng Z, Chen Z, Wei Q, Zhang Y, Bei W, et al. Utilization of and attitudes towards traditional Chinese medicine therapies in a Chinese cancer hospital: a survey of patients and physicians. *Evid Based Complement Alternat Med* 2012;2012:504507.
- [68] Matos LC, Machado JP, Monteiro EJ, Grooten HJ. Understanding traditional Chinese medicine therapeutics: an overview of the basics and clinical applications. *Healthcare (Basel)* 2021;9(3):257.
- [69] Xu J, Yang Y. Traditional Chinese medicine in the Chinese health care system. *Health Policy* 2009;90(2–3):133–9.
- [70] Sifferlin A. Cleveland Clinic's new medicine. *Time*. 2014-04-17.
- [71] Kushner K, Yu S. Integration of traditional Chinese medicine and Western medicine in a Chinese community health center. *Fam Med Community Health* 2015;3(2):79–83.
- [72] Wang JW, Yang ZQ, Liu C, Chen SJ, Shen Q, Zhang TR, et al. Cancer survivors' perspectives and experience on Western medicine and traditional Chinese medicine treatment and rehabilitation: a qualitative study. *Patient Prefer Adherence* 2015;9:9–16.
- [73] Veleber S, Cohen MR, Weltzman M, Maimon Y, Adams CA, Siman J, et al. Characteristics and challenges of providing acupuncture and Chinese herbal medicine in oncology treatment: report of survey data and experience of five unique clinical settings. *Integr Cancer Ther* 2024;23:15347354241226640.
- [74] Bao T, Li Q, DeRito JL, Seluzicki C, Im EG, Mao J. Barriers to acupuncture use among breast cancer survivors: a cross-sectional analysis. *Integr Cancer Ther* 2018;17(3):354–9.
- [75] Chan K, Tsang L. Public attitudes toward traditional Chinese medicine and how they affect medical treatment choices in Hong Kong. *Int J Pharm Healthc Mark* 2018;12(2):113–25.
- [76] Zheng Z. Acupuncture in Australia: regulation, education, practice, and research. *Integr Med Res* 2014;3(3):103–10.
- [77] Bleck R, Marquez E, Gold MA, Westhoff CL. A scoping review of acupuncture insurance coverage in the United States. *Acupunct Med* 2021;39(5):461–70.
- [78] Heyward J, Jones CM, Compton WM, Lin DH, Losby JL, Muriini JB, et al. Coverage of nonpharmacologic treatments for low back pain among US public and private insurers. *JAMA Netw Open* 2018;1(6):e183044.
- [79] Sun L, Mao JJ, Vertusick E, Seluzicki C, Yang Y. Evaluating cancer patients' expectations and barriers toward traditional Chinese medicine utilization in China: a patient-support group-based cross-sectional survey. *Integr Cancer Ther* 2018;17(3):885–93.
- [80] Fan AY, He D, Gu S, Tian H, Ouyang H, Wei H, et al. Estimated number of acupuncture practitioners in mainland China in 2018: multiperspectives. *Med Acupunct* 2020;32(5):310–9.
- [81] Machado SR, Jayawardana S, Messias E, Vadaganathan M. Physician density by specialty type in urban and rural counties in the US, 2010 to 2017. *JAMA Netw Open* 2021;4(1):e2033994.



KNEE

The structure, process and outcomes of interprofessional care among knee osteoarthritis patients: a scoping review

Jessica Hiu Toon Lee¹, Mandy Ming Pui Kan² and Arkers Kwan Ching Wong¹✉¹School of Nursing, The Hong Kong Polytechnic University, Hung Hom, Hong Kong SAR, China²Department of Rehabilitation Science, The Hong Kong Polytechnic University, Hung Hom, Hong Kong SAR, ChinaCorrespondence should be addressed to A K C Wong: arkers.wong@polyu.edu.hk

Abstract

- Knee osteoarthritis (OA) is a common chronic condition that leads to joint pain and disability among older adults. An interprofessional collaborative approach has nowadays been widely advocated in knee OA management although little is known about the characteristics of care, roles and responsibilities of healthcare providers and how they collaborate as a team to optimise treatment outcomes.
- The Donabedian structure–process–outcome framework was used in the review. Six databases were searched from February 2013 to March 2023.
- A total of 26 articles that met our inclusion criteria were reported. All studies ($n = 26$) identified the physiotherapist as a critical member of the interprofessional team. Several studies ($n = 5$) have offered training to healthcare providers in the management of knee OA. The intervention components in most studies included disease-based education ($n = 21$) and exercise therapy ($n = 16$).
- A comprehensive understanding of the existing interprofessional knee OA care in this review could potentially assist the government and healthcare organisations in developing interprofessional practice guidelines and designing intervention programmes that maximise their benefits.

Introduction

Osteoarthritis (OA) is a common degenerative joint disease caused by articular cartilage loss and degradation (1). It is a leading cause of joint pain and disability among older adults and exerts a substantial financial and societal burden on the global healthcare system (2). Of all site-specific forms of OA, the knee is the most frequently affected joint, contributing to nearly four-fifths of the OA load worldwide (3). In 2020, about 654.1 million people aged over 40 suffered from knee OA. The global prevalence of knee OA is 16%, and the incidence is 203 per 10,000 person-years (4). Aggravated by an ageing

population and a growing obesity rate, the prevalence of knee OA is anticipated to double over the next 10–20 years (5, 6). Numerous studies have pointed out that the functional impairments induced by knee OA, such as joint stiffness, muscle weakness, and swelling, would significantly alter an individual's daily physical capabilities, including sitting, rising from chairs and negotiating stairs, subsequently contributing to a higher risk of depression, social impairment, diminished independence and decreased quality of life (7, 8). It is evident that the major structural changes in the knee



joint could have a detrimental effect on the physical, mental and social well-being of those with knee OA.

Interprofessional collaborative practice is widely advocated nowadays in the care of knee OA. Interprofessional care is defined as 'multiple health workers from different professional backgrounds working together with patients, families, carers and communities to deliver the highest quality of care' (9). It is proposed as one of the six key components of OA management in the National Institute for Health and Care Excellence (NICE) guidelines of the United Kingdom (10). The evidence has shown that employing interprofessional care is effective in reducing a knee OA patient's chance of undergoing total knee arthroplasty, which is the last resort for such patients (11). A vast majority of studies have acknowledged interprofessional care to be indispensable to improving patient outcomes, boosting the satisfaction levels of both patients and practitioners and ultimately establishing cost-effective healthcare (12, 13).

While interprofessional care has been extensively incorporated into the existing healthcare practice and pedagogy, as evidenced by a growing body of literature demonstrating its advantages, a clear understanding of the roles and responsibilities of each provider in the team, the interactions between patients and interprofessional team members and the communication and interactions among the team members during the care of knee OA patients have gained inadequate academic attention. Previous studies focused on the effects of interprofessional care on either the general healthcare system or on patients with other chronic diseases, rather than specifically targeting knee OA patients, despite the alarming epidemic of knee OA (14). In addition, although some studies have highlighted the positive outcomes of interprofessional knee OA care, such as improvements in function and mobility (15), there is a lack of systematic protocols and guidelines that drive best-evidence practice. The understanding of the characteristics of interprofessional knee OA care practices and their associated outcomes is currently fragmented. Developing a complete overview of interprofessional knee OA care has the potential to provide valuable insights for government entities and policymakers and to support the development of interprofessional practice guidelines and the establishment of intervention programmes for knee OA patients. With this goal in mind, the objective of this review was to identify the key domains of structure, process and outcome involved in interprofessional knee OA care.

Conceptual framework

The Donabedian structure–process–outcome framework was used to systematically analyse and describe the existing evidence on the care provided to knee OA patients within an interprofessional collaborative

approach (16). The structure domain denotes the settings and characteristics in which interprofessional care is delivered, such as human resources (e.g. the composition of the interprofessional team and the training, education and qualifications of providers) and support systems (e.g. protocols and referral systems). The process domain refers to the activities of delivering and receiving interprofessional care, underscoring the involvement of both patient–provider interactions (e.g. intervention components and pharmacological management) and interactions among the members of the interprofessional team (e.g. interprofessional communication). The outcome domain comprises the results of delivering interprofessional care in terms of patient-level (e.g. clinical outcomes, functional outcomes, psychological and behavioural outcomes and quality of life), provider-level (e.g. staff workloads) and organisation-level (e.g. quality of care, healthcare utilisation and costs) aspects. The Donabedian framework is well established for assessing the quality of care, yet it has rarely been applied in an interprofessional context.

Materials and methods

The scoping review was conducted using the methodological framework of Arksey & O'Malley (17), with modifications recommended by Levac *et al.* (18). It is reported based on the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) checklist. It has been registered in OSF Registries, with the number Y7DB9 (<https://osf.io/y7db9>).

Identifying the research question

The scoping review aims to answer the following question: what is known in the existing literature regarding the structure, process and outcome domains involved in interprofessional knee OA care?

Identifying the relevant studies

A structured literature search was conducted using the following six databases: CINAHL, Medline, Ovid Journals, PubMed, Web of Science and Embase. A combination of search strings related to 'knee osteoarthritis', 'interprofessional' and 'care' was used. The details of the search strategy are provided in Appendix 1 (see section on Supplementary materials given at the end of the article). These databases were searched for articles published between February 2013 and March 2023. The grey literature was searched on search engines using Google Scholar. When further clarifications were needed, the corresponding author was contacted.

Selecting the studies

The selection of articles was based on the following inclusion criteria: empirical studies published in Chinese and/or English and studies that outlined an interprofessional approach to managing knee OA patients by at least two healthcare providers. There were no restrictions on care settings. Articles were excluded if they focused on inflammatory knee pathology; were protocols, theoretical papers or review papers; or studied healthcare students rather than healthcare providers.

Regarding the screening process, relevant papers were retrieved and imported to EndNote X9 for screening, and duplicates were removed. This involved two stages: first, two reviewers (JL and MK) independently scanned the titles and abstracts according to the selection criteria. *Second, full-text articles were identified and assessed for eligibility.* When disagreements occurred and could not be resolved through discussion, a third reviewer (AW) was consulted to determine the final selection. A critical appraisal of the included articles was not performed in the review.

Charting the data

JL and MK independently extracted data for the included articles. Information including authors, year of publication, country, aim, care programme, duration of care, study design and healthcare providers involved was charted. The main results were also charted on a Microsoft Excel sheet.

Collating, summarizing and reporting the results

The results were further categorised and summarised into the respective subthemes of structure, process and outcome domains.

Results

Search flow

The literature search from six databases yielded 4953 articles. After 793 duplicate articles were removed, 4160 titles and abstracts were screened for inclusion. The full-text versions of 106 articles that potentially met our eligibility criteria were then evaluated. Finally, a total of 26 articles were selected for inclusion and reported in the current review. The complete search process is illustrated in Fig. 1.

Study characteristics

All the included articles were published between 2013 and 2023. Among all 26 studies, 21 were based on interprofessional knee OA care interventional programmes, while 5 focused on theoretical perspectives of delivering interprofessional knee OA care. Only the structure and process domains were examined in the latter articles. The selected articles were generally conducted in Western countries, namely, the Netherlands ($n = 6$), Australia ($n = 5$), the United States ($n = 3$), Norway ($n = 3$), Brazil ($n = 3$), Canada ($n = 2$) and the

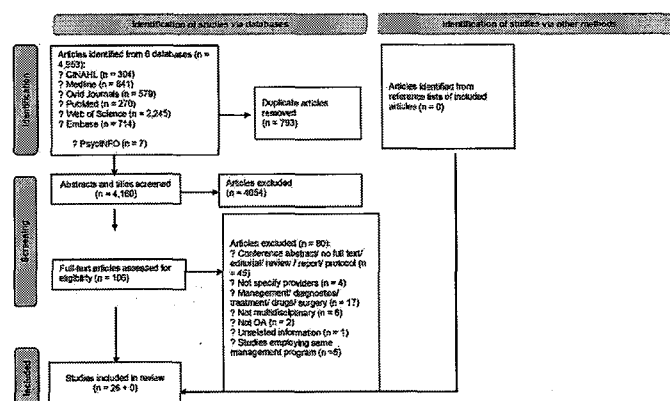


Figure 1
PRISMA flow diagram.

United Kingdom ($n = 2$). Two care programmes were located in Asia, namely, Singapore ($n = 1$) and Hong Kong ($n = 1$). The study designs included observational studies ($n = 11$), randomised controlled trials ($n = 5$), qualitative studies ($n = 4$), pilot studies ($n = 2$), case studies ($n = 2$), a mixed-methods study ($n = 1$) and a quasi-experimental study ($n = 1$). The duration of the interprofessional knee OA care programmes ranged from 3 hours to 2 years. A summary of the included studies is provided in Supplementary file 1.

Structure

Human resources

Interprofessional team composition

Supplementary file 1 reveals the number of different healthcare providers in the interprofessional team, which varied from two to seven in the selected articles. Specifically, one study utilised a physiotherapist-led approach (19) and one employed a pharmacist-initiated strategy (20) in delivering the knee OA care programme. Among the 21 programmes, physiotherapists were reported in all studies (100%), indicating their central role in managing knee OA. The involvement of physicians, including general practitioners, orthopaedic surgeons and rheumatologists, was reported in 17 studies (81.0%). Dietitians/nutritionists were part of the team in 11 studies (52.4%), followed by occupational therapists in 9 studies (42.9%). Nurse practitioners were mentioned in five studies (23.8%), along with health psychologists/psychotherapists, exercise/physical educators and social workers, who each appeared in five studies (23.8%). Pharmacists and orthotists/podiatrists were involved in three studies each (14.3%).

Training, education and qualification

Before implementing an interprofessional knee OA programme, healthcare providers in five studies were provided with training sessions (19, 21, 22, 23, 24). These were generally in the form of interactive workshops and seminars, accompanied by relevant educational materials (24), reminder materials (24), experiential training (19) and educational outreach visits (24). The primary objective of the training programme was to update healthcare providers on the logistics of the programme, the latest knee OA epidemiology, clinical features and evidence-based treatment recommendations (19, 21, 22, 24). The training was also aimed at facilitating collaboration at both the provider and organisational levels (23). In one study, intensive training was provided specifically in cognitive-behavioural theory-based pain-coping skills for physiotherapists and occupational therapists (19).

Two studies reported on the work experience of interprofessional team members, including physiotherapists, primary care nurses, general

practitioners and dietitians, which ranged from 2 to 13.7 years (25, 26). Only one study reported that a portion of the healthcare providers had completed OA-specific professional development in the past five years (an average of 23.5%) and held postgraduate qualifications in musculoskeletal health (an average of 17.2%) (25).

Despite the intensive training provided and the requirement for professionals to have extensive experience, healthcare providers in three studies reported lacking the expertise required to effectively support knee OA patients. This included deficiencies in skills related to assessment, measurement, monitoring, tailoring care and managing cases with complications (27, 28, 29).

Support system

Protocol

Protocols that covered different aspects of interprofessional knee OA care were identified. These aspects could be categorised into screening and triaging, assessment and diagnosis, intervention and treatment, and long-term management. Screening and triaging protocols involved outlining the procedures of the intake process to identify patients who required further assessment and treatment (20, 21, 29, 30, 31). Assessment and diagnosis protocols specified the evaluation methods to accurately diagnose and determine the severity of knee OA, including self-reported questionnaires, history taking, physical and clinical examinations, blood tests and imaging techniques (e.g. CT, MRI, X-rays, ultrasound and radiographs) (19, 20, 21, 24, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 37). Intervention and treatment protocols (e.g. the prescription of exercise, medication and orthotics) mainly adhered to evidence-based knee OA clinical practice guidelines and existing comprehensive OA care models (19, 29, 30, 31, 32, 33, 36, 38, 39). Long-term management protocols outlined the follow-up procedures, monitoring of symptom progression, adjustment of the treatment plans and re-evaluation and reinforcement of patient knowledge (19, 21, 32, 33). To foster remote connectivity with the patients, tools such as telephone calls, emails and electronic health record portals were utilised (19, 21, 24, 33, 36). These protocols also employed online communication systems, such as electronic medical records, to document and report the patient's progress within the interprofessional teams (22, 31, 35, 40).

Referral system

Three studies provided clear and objective referral criteria (19, 31, 35). These studies outlined specific indications or parameters determining when a referral was considered necessary. While the information could be valuable in promoting consistent and well-informed decision-making on referrals among healthcare providers, one study reported that the referring clinicians differed in

their interpretation of the referral criteria and expressed varying levels of autonomy when making referrals (26). Healthcare providers in one study stated that the referral process was convoluted and, at times, irrelevant (41).

Process

The review classified the process of providing interprofessional knee OA care as involving both provider-patient interaction and interprofessional interaction. The details of the process domain are given in Table 1.

Provider-patient interaction

Intervention component

Patient education was one of the most commonly reported intervention components ($n = 21$) (19, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39,

42, 43, 44). Education was delivered through various formats, including lectures, workshops, OA guidebooks (24) and DVDs. The content covered a range of topics, including the causes and aetiology of knee OA, treatment options (24) and self-management strategies.

Education was provided by different healthcare professionals in the form of group sessions or individual consultation sessions. Written notes and online resources were given to enhance the effectiveness of the programme. Physicians generally provided education on the biomedical aspects of knee OA, such as joint anatomy, pathology and management. Nurses were also responsible for conducting education sessions on the disease and its management principles (42). Physiotherapists and physical educators encouraged patients to do more physical exercise and instructed them in ways to alleviate pain. Occupational therapists focused on joint protection strategies, such as optimizing ergonomics and alternating different levels of energy expenditure. Nutritionists provided education on the

Table 1 Process of interprofessional knee OA care ($n = 26$).

Included studies	Provider-patient interactions					Interprofessional interactions
	Intervention components					
	Non-PM					
	PE	NUT/ WM	ET	PS	PM	
Bouma <i>et al.</i> (40)						Y – communication (feedback of info about patient consultation, either face-to-face or digital contact)
Briggs <i>et al.</i> (25)					Y	
Briggs <i>et al.</i> (27)					Y	
Chan <i>et al.</i> (42)	Y		Y			
Claassen <i>et al.</i> (43)	Y					
Claes <i>et al.</i> (32)	Y	Y	Y			
De Rezende <i>et al.</i> (33)	Y					
Kawi <i>et al.</i> (29)	Y		Y			Y – regular meeting between physiotherapist and nurse to facilitate online SM program
Koh <i>et al.</i> (38)	Y	Y	Y			
Law <i>et al.</i> (26)	Y	Y	Y			Y – discussion (content whether listed for replacement surgery)
Malay <i>et al.</i> (19)	Y	Y	Y			Y – open communication channels available
Marra <i>et al.</i> (20)	Y		Y		Y	Y – communication between pharmacist and primary care physician
Miller <i>et al.</i> (39)	Y		Y	Y	Y	
Moe <i>et al.</i> (21)	Y					
Moore <i>et al.</i> (34)	Y		Y			
Okwera <i>et al.</i> (41)						Loss of communication with interprofessional team
Østerås <i>et al.</i> (22)	Y	Y	Y			Y – interactive multidisciplinary workshop; discussion
Østerås <i>et al.</i> (23)	Y		Y			
Rezende <i>et al.</i> (44)	Y	Y	Y			
Rodrigues da Silva <i>et al.</i> (30)	Y					
Selten <i>et al.</i> (28)						Mistrust; hampered dialogue (lack of clarity about roles and responsibilities)
Smink <i>et al.</i> (24)	Y				Y	
Suter <i>et al.</i> (35)	Y		Y		Y	
Tan <i>et al.</i> (31)	Y	Y	Y	Y		
Voorn <i>et al.</i> (36)	Y	Y	Y	Y		Y – multidisciplinary team conference
Yu <i>et al.</i> (37)	Y	Y	Y			

ET, exercise therapy; NUT, nutrition; PE, patient education; PM, pharmacological management; PS, psychological support; WM, weight management; Y indicates the presence of the component.

importance of a well-balanced diet. Social workers reiterated the importance of developing habits of regular leisure, sports and social gatherings (30, 33). Psychologists highlighted the development of personality traits from childhood to adulthood and focused on building coping skills to manage conditions and emotions (33).

Other commonly reported intervention components involving the interaction between providers and patients were exercise therapy ($n = 16$), nutrition and weight management ($n = 9$) and psychological support ($n = 3$). Exercise therapy was prescribed and delivered by physiotherapists (19, 20, 22, 23, 26, 29, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 42, 44). The aim was to improve joint mobility, muscle strength and physical function. Nutrition and weight management interventions were delivered by nutritionists with the aim of helping obese patients achieve normal body weight and optimise their nutritional status (19, 22, 26, 31, 32, 36, 37, 38, 44). Psychological support was provided by psychologists, social workers and counsellors, with the aim of addressing psychosocial concerns and improving emotional well-being (31, 36, 39).

Pharmacological management

Four studies reported on the use of pharmacological interventions for knee OA care, including the prescription and management of pain medications such as acetaminophen and NSAIDs (20, 24, 35, 39), which were mainly delivered by physicians (24, 35, 39) and pharmacists (20).

Interprofessional interaction

Communication

Interprofessional communication channels such as team conferences, joint consultations, discussions and meetings conducted face-to-face or remotely were identified in seven studies (19, 20, 22, 26, 29, 36, 40). The primary objectives were to confirm the diagnosis (36), set treatment goals and develop individualised management plans and advice (36). However, issues of ineffective communication, discontinuous care and mistrust between those in different disciplines were identified in two studies. General practitioners in one study expressed a lack of contact and coordination with the team of physiotherapists, leading to frustration in working relationships, given that different physiotherapists were involved on consecutive days, leading to an absence of continuity and collaboration (41). Another study reported mistrust among healthcare providers towards the management approaches of dietitians for weight reduction, which stemmed from the perception that dietitians were solely responsible for monitoring daily food intake and providing basic nutritional advice. There was also mistrust in supervised exercise modalities (28), which could be attributed to

differences in their perceived benefits, a lack of clarity on the mechanism of action and disagreements over non-evidence-based practices such as massage and heat therapy.

Outcome

Outcomes were categorised into three levels, namely, patient-level, provider-level, and organisation-level. A classification of the outcomes and their associated indicators is shown in Table 2. The details of the outcome domain are given in Supplementary file 2.

Patient-level

Clinical outcomes

Three main clinical outcomes, including pain, symptom and weight management related, were identified in the interprofessional care programmes. Statistically

Table 2 Classification of outcome and its associated indicators.

Outcome	Indicator
Patient-level	
Clinical outcome	
Pain	WOMAC, KOOS, ICOAP, patient-reported pain
Symptom	WOMAC, KOOS
Weight management related	BMI, waist circumference, weight loss
Functional outcome	
Functional mobility and capacity	TUGT, FTSST, timed up and downstairs, 6MWT, PSFS, WOMAC, KOOS, quadriceps strength, one-minute chair-stand test
Physical activity level	IPAQ
Activities of daily living	ADL, KOOS
Psychological and behavioural outcome	
Psychological distress	Patient-reported outcome
Self-efficacy	Self-efficacy
Adherence	IPAQ interview
Health literacy	HLS-Q12
Quality of life	KOOS (knee-related QoL), EQ-5D (HRQoL), EQ-VAS, SF-36 (HRQoL)
Organization-level	
Quality of care	
Patient satisfaction	5-Point Likert satisfaction scale
Healthcare utilization	Survey
Costing	QALY

6MWT, six-minute walk test; ADL, activities of daily living; BMI, body mass index; EQ-5D, EuroQol 5 dimension scale; EQ-VAS, EQ visual analogue scale; FTSST, five times sit to stand test; HLS-Q12, European Health Literacy Survey Questionnaire short version; HRQoL, health-related quality of life; ICOAP, Intermittent and Constant Pain Score; IPAQ, International Physical Activity Questionnaire; KOOS, Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score; PSFS, patient-specific functional scale; QALY, quality-adjusted life year; SF-36, 36-item short form health survey; TUGT, timed up and go test; WOMAC, Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index.

significant improvements in clinical outcomes, as evidenced by P values < 0.05 , were reported in 11 selected articles (19, 20, 22, 30, 31, 32, 33, 36, 37, 38, 44). Of these, nine studies reported a statistically significant improvement in pain, as indicated by the Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis (WOMAC) Index, the Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) and the Intermittent and Constant Pain Score (ICOAP) or by patient-reported pain (19, 20, 21, 32, 33, 36, 37, 38, 44). Four studies reported a statistically significant improvement in symptoms, including stiffness and swelling (33, 36, 37, 38). Five studies showed a statistically significant improvement related to weight management, including weight loss, a decrease in the body mass index (BMI) and waist circumference (30, 31, 32, 33, 44). Despite the promising clinical outcomes, one study reported no changes in pain and BMI (43), no clinically significant improvement in KOOS (39) and no clinically relevant health outcomes (21).

Functional outcomes

Three main functional outcomes were identified in the review, including functional mobility and capacity, physical activity level and activities of daily living (ADL). Sixteen studies reported positive functional outcomes after the participants received interprofessional knee OA care (19, 20, 22, 23, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 39, 42, 43, 44). Improvements in functional mobility and capacity, as indicated by the timed up and go test, five times sit to stand test, timed up and down stairs test, six-minute walk test (6MWT), patient-specific functional scale, WOMAC, KOOS, quadriceps strength and the one-minute chair-stand test, were reported in 13 studies (19, 20, 22, 30, 31, 32, 33, 34, 37, 38, 39, 42, 44). Increased physical activity levels and reduced sedentary lifestyles were reported in five studies (23, 30, 42, 43, 44). Three studies reported improved ADL (34, 36, 38). However, one study reported no clinically significant changes in ADL (39).

Psychological and behavioural outcomes

The psychological and behavioural outcomes were indicated in eight studies (19, 21, 29, 31, 38, 42, 43, 44). They comprised reduced psychological distress (19), increased self-efficacy (21, 42), increased adherence to the management programme (29, 44) and increased health literacy, including positive changes in illness perceptions and knowledge on knee OA and treatment options (38, 43). However, one study reported no significant changes in patient activation and self-efficacy (43).

Quality of life

Eight studies reported improved quality of life, including knee or health-related quality of life, as indicated by the KOOS, the EuroQol 5 dimension scale, the EQ visual analogue scale or the 36-item short form health survey

(SF-36) (20, 22, 31, 33, 36, 37, 38, 42). However, one study reported no clinically significant improvement in quality of life among knee OA patients (39).

Provider-level

The provider-level outcomes were inadequately evaluated in the selected articles. Only one study reported on the potential to reduce staff workloads after delivering interprofessional knee OA care (35).

Organisation-level

Three organisation-level outcomes were identified in the review, namely, quality of care, healthcare utilisation and cost. The most commonly reported outcome was higher quality of care, as reflected by patient satisfaction (21, 23, 26, 36, 38, 39, 43). One study reported decreased healthcare utilisation, including a reduction in visits to primary care providers such as general practitioners and physiotherapists (43). One study reported higher costs in providing interprofessional interventions compared to providing the usual care (20).

Discussion

The adoption of an interprofessional approach in the care of knee OA patients is gaining recognition and emphasis, as evidenced by the increasing number of related literature reviews published in recent years (45, 46). In this review, the aim was to survey the existing literature to identify the structure, process and outcome domains involved in interprofessional knee OA care. The interprofessional teams were diverse in terms of size and access to human resources and support systems. Although interprofessional interactions have been described, there was a lack of clarity on the ways and dynamics in which the team members collaborated. Nevertheless, the positive outcomes observed in the majority of studies suggest that an interprofessional collaborative approach, with a focus on non-pharmacological management, has the potential to benefit both patients and the healthcare system as a whole.

It is evident that the availability of information on both structure and process domains in the existing literature is inadequate. Most of the included studies tended to evaluate the effectiveness of interprofessional knee OA care on improving health status by adopting randomized controlled trials (RCT), observational or pilot studies, yet it is equally important to examine the features and factors contributing to the success of interprofessional knee OA care, particularly at the organisation level.

While the guidelines of the Osteoarthritis Research Society International (OARSI) and the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis, Osteoarthritis, and

Musculoskeletal Diseases propose non-pharmacological approaches such as education, weight management and structured exercise as core treatments for all knee OA patients (47, 48), these approaches undoubtedly require seamless coordination and communication among healthcare providers from different disciplines to deliver comprehensive care. Although the present studies mentioned certain aspects of interprofessional interactions, such as meetings and discussions to provide updates on the patient's progress, there remains a significant knowledge gap regarding the specific details of those interactions, including the timing, frequency, methods and content according to which collaboration and coordination are to take place. How professionals collaborate to optimise treatment outcomes is an important future research area, considering that merely having a team of diverse healthcare providers working together is inadequate. Instead, effective interprofessional collaboration requires flexible sharing of responsibilities, knowledge, authority and a shared belief in the value of coordination among team members.

In addition, evaluating the performance of interprofessional care could be challenging due to the absence of standardised tools and instruments to accurately measure interprofessional collaboration in the healthcare system. To overcome this challenge, it is crucial for future studies to prioritise the development and implementation of such tools. These tools should be designed to assess and evaluate various aspects of interprofessional collaboration, including communication, teamwork, shared decision-making and coordinated care. Standardised measurement instruments could provide a common framework for evaluating interprofessional collaboration, enabling researchers and healthcare organisations to gather consistent and comparable data on collaborative practices.

While a direct correlation between the structure and process and their impacts on outcomes is not well established, exploring the barriers to interprofessional knee OA practice and understanding the underlying reasons provides valuable insights into the existing limitations. Challenges that hamper interprofessional knee OA collaboration encompass provider factors (e.g. a perceived lack of expertise and training), interprofessional factors (e.g. ineffective communication and mistrust issues) and organisational factors (e.g. inconsistent referral criteria and fragmented care). Apart from the necessity to explore the interventions and strategies to overcome these barriers, most of these obstacles were found to arise from a fundamental problem within the structure of interprofessional knee OA care. Take the lack of standardised referral criteria as an illustration. Although several international guidelines, such as those of NICE and OARS, have been established to provide healthcare professionals with recommendations on when to refer patients for further assessment or specialised care, there does not seem to be a comprehensive picture of the referral pathway. The

review supports Ettlin & Niedermann's (49) idea that a standardised treatment pathway is lacking in the existing knee OA care. Developing a clear and standardised referral pathway and guidelines to streamline the referral process is of the utmost importance. As suggested by Brand & Cox (50), it is necessary to improve the local system in aspects such as interprofessional communication, triage, the referral system and processes to support continuity of care. In addition, Handler *et al.* (51) expanded on the concept by integrating the macro-context and the mission of a public health system with the Donabedian framework to measure public health performance, highlighting the need to consider the broader context in which interprofessional care pathways are implemented.

Moreover, the prevention of knee OA is often overlooked. It is crucial to address preventive measures alongside treatment strategies to provide comprehensive care. The role of authorities in initiating and supporting the development of interprofessional care pathways is essential for ensuring their success. For example, while NICE provides well-defined referral pathways, significant issues remain, such as patients experiencing delays in receiving necessary interventions, with some even dying before undergoing arthroplasty. This underscores the importance of developing robust and efficient referral systems to improve patient outcomes in knee OA care.

Positive changes in patient outcomes are generally noted in the review although a few studies show clinically insignificant results after the implementation of interprofessional knee OA care. Yet, outcomes on both the provider level (e.g. practitioner satisfaction and team efficiency) and organisation level (e.g. cost-effectiveness, morbidity and mortality and healthcare utilisation) were seldom evaluated in the existing literature. While higher costs were identified in one study (20), it is essential to evaluate organisational outcomes since this would help to determine the cost-effectiveness and sustainability of such an approach in the long run. Indeed, in their review, Carron *et al.* (52) determined that the available data are insufficient to come to conclusions on the cost-effectiveness of interprofessional care. More endeavours are thus needed to understand the long-term outcomes for the healthcare system.

Identifying potential interprofessional team members and intervention components that could maximise treatment outcomes may also require further exploration. Although in the existing studies, different healthcare providers were employed within the team, it is worth noting that the OARS guideline has incorporated traditional Chinese medicine (TCM) practices (e.g. acupuncture) and mind-body exercises (e.g. Tai Chi and yoga), which are recommended for pain relief and improving physical function in knee OA patients. The guidelines emphasise evidence-based approaches, and TCM practices such as acupuncture have been supported by systematic reviews and meta-analyses for their efficacy in managing

osteoarthritis symptoms (53, 54). According to Yang *et al.* (55), TCM been accepted as a complementary therapy not only in Asian countries but also in the West due to its demonstrated effectiveness. For example, acupuncture needle stimulation may help to relieve pain through promoting the excitation of qi and blood circulation. The combination of acupuncture with the usual medical care has demonstrated greater effectiveness compared to the usual care alone in managing knee OA (56, 57). In view of this, more endeavours are required in the future, conducting studies beyond the scope of Western countries and the possibility of including complementary and alternative therapies as part of the intervention, so that comprehensive interprofessional knee OA care can be delivered.

This scoping review has several limitations. First, a few potentially relevant articles in Chinese could not be accessed despite attempts made by the authors. Second, the findings on the outcome domain might be subject to publication bias, given that studies with non-significant or negative outcomes may be less likely to be published. Third, there might be methodological limitations as a critical appraisal of the included studies is not the primary focus of a scoping review.

Conclusion

Ascertaining the structure, process and outcome domains of interprofessional knee OA care is crucial to establishing a complete overview of the management of knee OA. This scoping review identified twenty-six studies on interprofessional knee OA care published between 2013 and 2023. Given the varied contexts of present interprofessional knee OA care, ranging from the healthcare providers involved, the duration of care and the availability of human resources and support systems to the process of interprofessional interaction, the review could only find a limited number of relationships between changes in outcomes and structures and processes. One possible explanation for this is that there is no well-established framework for interprofessional knee OA so that the existing care process is fragmented. This review provides further insights into the existing limitations in the provision of interprofessional knee OA care and offers a deeper understanding of how to further improve interprofessional knee OA care models in the future.

Supplementary materials

This is linked to the online version of the paper at <https://doi.org/10.1530/EOR-2023-0209>.

ICMJE Statement of Interest

The authors declare that there is no conflict of interest that could be perceived as prejudicing the impartiality of the work.

Funding Statement

This research was funded by the Chinese Medicine Development Fund (K-ZB4P). The funder had no role in the study design, data collection and analysis, the decision to publish or the preparation of the manuscript.

Author contribution statement

All authors contributed to the conception and design of the study, acquisition of data, analysis and interpretation of data, drafting the article or revising it critically for important intellectual content, final approval of the version to be submitted and agreement to be accountable for all aspects of the work in ensuring that questions related to the accuracy or integrity of any part of the work are appropriately investigated and resolved.

References

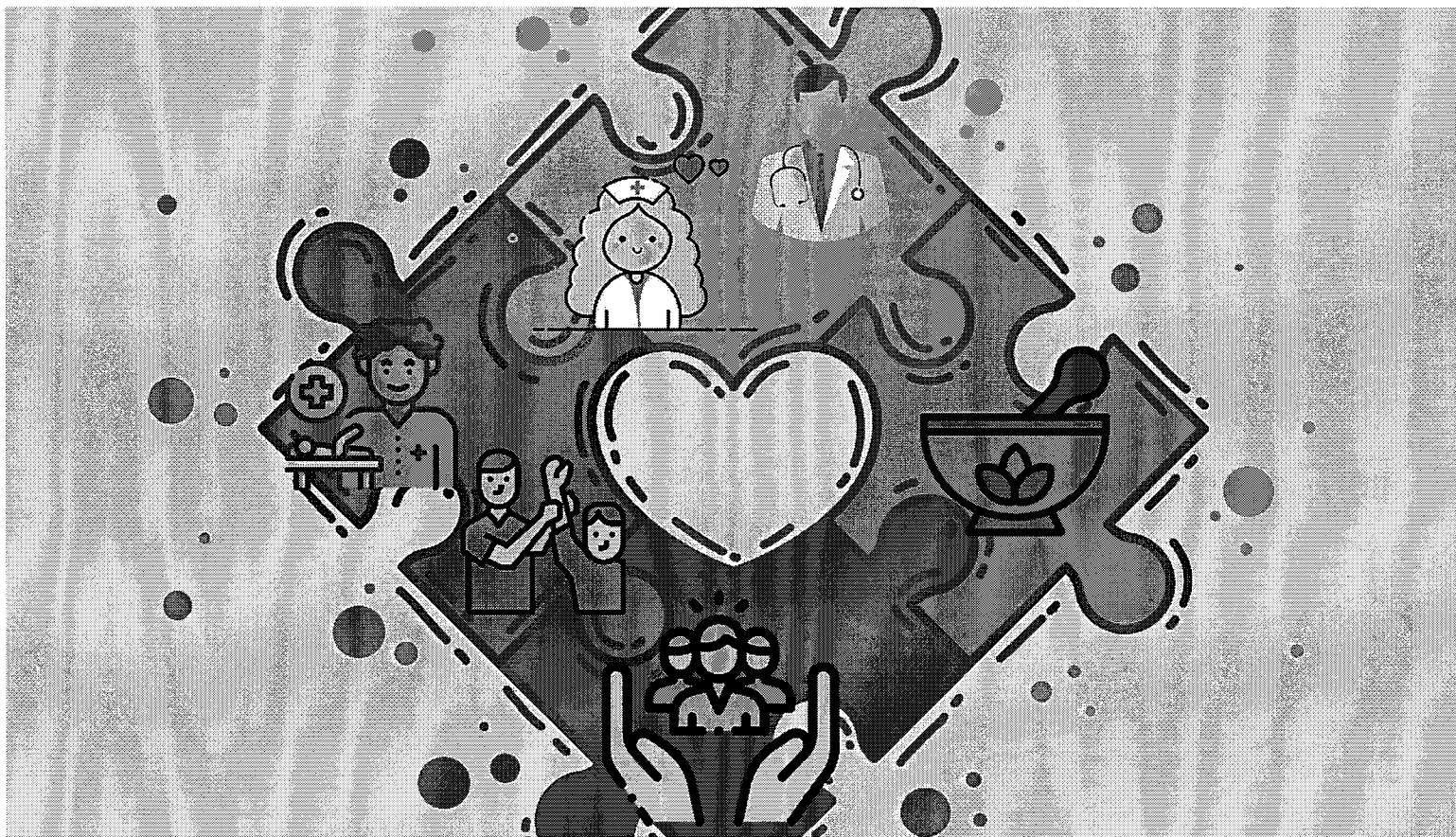
- Martel-Pelletier J, Boileau C, Pelletier JP, *et al.* Cartilage in normal and osteoarthritis conditions. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2008 **22** 351–384. (<https://doi.org/10.1016/j.bberh.2008.02.001>)
- Liu M, Jin F, Yao X, *et al.* Disease burden of osteoarthritis of the knee and hip due to a high body mass index in China and the USA: 1990–2019 findings from the global burden of disease study 2019. *BMC Musculoskelet Disord* 2022 **23** 63. (<https://doi.org/10.1186/s12891-022-05027-z>)
- Long H, Liu Q, Yin H, *et al.* Prevalence trends of site-specific osteoarthritis from 1990 to 2019: findings from the global burden of disease study 2019. *Arthritis Rheumatol* 2022 **74** 1172–1183. (<https://doi.org/10.1002/art.42089>)
- Cui A, Li H, Wang D, *et al.* Global, regional prevalence, incidence and risk factors of knee osteoarthritis in population-based studies. *EClinicalMedicine* 2020 **29–30** 100587. (<https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100587>)
- Wallace JJ, Worthington S, Felson DT, *et al.* Knee osteoarthritis has doubled in prevalence since the mid-20th century. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2017 **114** 9332–9336. (<https://doi.org/10.1073/pnas.1703856114>)
- Ferreira RM, Torres RT, Duarte JA, *et al.* Non-pharmacological and non-surgical interventions for knee osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. *Acta Reumatol Port* 2019 **44** 173–217
- Raposo F, Ramos M & Lúcia Cruz A. Effects of exercise on knee osteoarthritis: a systematic review. *Musculoskeletal Care* 2021 **19** 399–435. (<https://doi.org/10.1002/msc.1538>)
- Odole AC, Ogunlana MO, Adegoke BOA, *et al.* Depression, pain and physical function in patients with osteoarthritis of the knee: Implications for interprofessional care. *Niger J Med Rehabil* 2015 **18**. (<https://doi.org/10.34058/njmr.v18i1.120>)
- Gilbert JHV, Yan J & Hoffman SJ. A WHO report: framework for action on interprofessional education and collaborative practice. *J Allied Health* 2010 **39** 196.
- Metcalfe L, O'Brien DW & Ellis R. Mapping the current landscape of osteoarthritis patient educational resources: a scoping review of osteoarthritis guidebooks. *NZ J Physiother* 2022 **50** 64–71. (<https://doi.org/10.15619/NZJP/50.2.03>)
- Hsu H & Siwiec RM. *Knee Osteoarthritis*. Treasure Island, FL, USA: StatPearls Publishing.
- Peltonen J, Leino-Kilpi H, Heikkilä H, *et al.* Instruments measuring interprofessional collaboration in healthcare - a scoping review.

- J Interprof Care* 2020 **34** 147–161.
(https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1637336)
- 13 Wagner EH, Flinter M, Hsu C, et al. Effective team-based primary care: observations from innovative practices. *BMC Fam Pract* 2017 **18** 13. (https://doi.org/10.1186/s12875-017-0590-8)
 - 14 De La Rosa M, Pitts S & Chen P-H. An interprofessional collaboration of care to improve clinical outcomes for patients with diabetes. *J Interprof Care* 2020 **34** 269–271. (https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1643297)
 - 15 Shea L, Calderon B, Stratton J, et al. Interprofessional osteoarthritis care: a pilot for interprofessional care and education. *Med Res Arch* 2022 **10**. (https://doi.org/10.18103/mra.v10i9.2894)
 - 16 Donabedian A. In *Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*, vol 1. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1980.
 - 17 Arksey H & O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Social Res Methodol* 2005 **8** 19–32. (https://doi.org/10.1080/1364557032000119616)
 - 18 Levac D, Colquhoun H & O'Brien KK. Scoping studies: advancing the methodology. *Implement Sci* 2010 **5** 69. (https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-69)
 - 19 Malay MR, Lentz TA, O'Donnell J, et al. Development of a comprehensive, nonsurgical joint health program for people with osteoarthritis: a case report. *Phys Ther* 2020 **100** 127–135. (https://doi.org/10.1093/ptj/pzz150)
 - 20 Marra CA, Grubisic M, Cibere J, et al. Cost-utility analysis of a multidisciplinary strategy to manage osteoarthritis of the knee: economic evaluation of a cluster randomized controlled trial study. *Arthritis Care Res* 2014 **66** 810–816. (https://doi.org/10.1002/acr.22232)
 - 21 Moe RH, Grotle M, Kjekshus L, et al. Effectiveness of an integrated multidisciplinary osteoarthritis outpatient program versus outpatient clinic as usual: a randomized controlled trial. *J Rheumatol* 2016 **43** 411–418. (https://doi.org/10.3899/jrheum.150157)
 - 22 Østerås N, Blaker IB, Hjortland T, et al. Improving osteoarthritis management in primary healthcare: results from a quasi-experimental study. *BMC Musculoskelet Disord* 2021 **22** 79. (https://doi.org/10.1186/s12891-021-03959-6)
 - 23 Østerås N, Moseng T, van Bodegom-Vos L, et al. Implementing international osteoarthritis guidelines in an integrated care model – results from a cluster randomized controlled trial. *Osteoarthritis Cartil* 2018 **26** S34–S35. (https://doi.org/10.1016/j.joca.2018.02.085)
 - 24 Smink A, Dekker J, Viet-Vlieland TPM, et al. Health care use of patients with osteoarthritis of the hip or knee after implementation of a stepped-care strategy: an observational study. *Arthritis Care Res* 2014 **66** 817–827. (https://doi.org/10.1002/acr.22222)
 - 25 Briggs AM, Hinman RS, Darlow B, et al. Confidence and attitudes toward osteoarthritis care among the current and emerging health workforce: a multinational interprofessional study. *ACR Open Rheumatol* 2019 **1** 219–235. (https://doi.org/10.1002/acr2.1032)
 - 26 Law R, Nafees S, Hiscock J, et al. A lifestyle management programme focused on exercise, diet and physiotherapy support for patients with hip or knee osteoarthritis and a body mass index over 35: a qualitative study. *Musculoskeletal Care* 2019 **17** 145–151. (https://doi.org/10.1002/msc.1382)
 - 27 Briggs AM, Houlding E, Hinman RS, et al. Health professionals and students encounter multi-level barriers to implementing high-value osteoarthritis care: a multi-national study. *Osteoarthritis Cartil* 2019 **27** 788–804. (https://doi.org/10.1016/j.joca.2018.12.024)
 - 28 Selken EM, Vrieseckolk J, Nijhof M, et al. Barriers impeding the use of non-pharmacological, non-surgical care in hip and knee osteoarthritis: the views of general practitioners, physical therapists, and medical specialists. *J Clin Rheumatol* 2017 **23** 405–410. (https://doi.org/10.1097/RHU.0000000000000562)
 - 29 Kawi J, Schuerman S, Alpert PT, et al. Activation to self-management and exercise in overweight and obese older women with knee osteoarthritis. *Clin Nurs Res* 2015 **24** 644–660. (https://doi.org/10.1177/1054773814544167)
 - 30 Rodrigues da Silva JM, de Rezende MU, Spada TC, et al. Educational program promoting regular physical exercise improves functional capacity and daily living physical activity in subjects with knee osteoarthritis. *BMC Musculoskelet Disord* 2017 **18** 546. (https://doi.org/10.1186/s12891-017-1912-7)
 - 31 Tan BY, Ding BTK, Pereira MJ, et al. Collaborative model of care between Orthopaedics and allied healthcare professionals trial (CONNACT) – a feasibility study in patients with knee osteoarthritis using a mixed method approach. *BMC Musculoskelet Disord* 2020 **21** 592. (https://doi.org/10.1186/s12891-020-03611-9)
 - 32 Claes BA, Leung HWC, Matters K, et al. Interim analysis: an interdisciplinary team approach in facilitating weight reduction and improving function for people with knee or hip osteoarthritis. The Osteoarthritis Chronic Care Program at Royal North Shore Hospital. *Nutr Diet* 2015 **72** 232–239. (https://doi.org/10.1111/1747-0080.12166)
 - 33 de Rezende MU, Hissadomi ML, de Campos GC, et al. One-year results of an educational program on osteoarthritis: a prospective randomized controlled trial in Brazil. *Geriatr Orthop Surg Rehabil* 2016 **7** 86–94. (https://doi.org/10.1177/2151458516645634)
 - 34 Moore HE, Corning WL, van der Esch M, et al. Evaluation of treatment outcome using the Patient Specific Functional Scale in knee osteoarthritis patients undergoing multidisciplinary rehabilitation. *Osteoarthritis Cartil* 2020 **28** S396–S397. (https://doi.org/10.1016/j.joca.2020.02.618)
 - 35 Suter E, Birney A, Charland P, et al. Optimizing the interprofessional workforce for centralized intake of patients with osteoarthritis and rheumatoid disease: case study. *Hum Resour Health* 2015 **13** 41. (https://doi.org/10.1186/s12960-015-0033-3)
 - 36 Voorn VMA, Vermeulen HM, Nelissen RGHH, et al. An innovative care model coordinated by a physical therapist and nurse practitioner for osteoarthritis of the hip and knee in specialist care: a prospective study. *Rheumatol Int* 2013 **33** 1821–1828. (https://doi.org/10.1007/s00296-012-2662-3)
 - 37 Yu SP, Williams M, Eyles JP, et al. Effectiveness of knee bracing in osteoarthritis: pragmatic trial in a multidisciplinary clinic. *Int J Rheum Dis* 2016 **19** 279–286. (https://doi.org/10.1111/1756-185X.12796)
 - 38 Koh KW & Stillman M. Knee osteoarthritis group program improves access to services and self-management. *Physiotherapy* 2015 **101** e776–e777. (https://doi.org/10.1016/j.physio.2015.03.3652)
 - 39 Miller KA, Baier Manwell LM & Rabago D. Multimodal care for knee and hip osteoarthritis: a pilot feasibility study of a novel approach to a common problem. *Wis Med J* 2020 **119** 44–47.
 - 40 Bouma SE, van Beek JFE, Alma MA, et al. What affects the implementation of lifestyle interventions in patients with osteoarthritis? A multidisciplinary focus group study among healthcare professionals. *Disabil Rehabil* 2022 **44** 8283–8293. (https://doi.org/10.1080/09638288.2021.2011438)
 - 41 Okwera A & May S. Views of general practitioners toward physiotherapy management of osteoarthritis: a qualitative study.

- Physiother Theory Pract* 2019 35 940–946.
(https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1459987)
- 42 Chan PK, Yeung SS, Sui KW, et al. Comprehensive osteoarthritis management programme: a multi-disciplinary non-surgical management programme for Chinese patient with osteoarthritis of knee. *Osteoarthr Cartil* 2019 27 5445.
(https://doi.org/10.1016/j.joca.2019.02.479)
 - 43 Claassen A, Schers H, Koeter S, et al. Preliminary effects of a regional approached multidisciplinary educational program on healthcare utilization in patients with hip or knee osteoarthritis: an observational study. *BMC Fam Pract* 2018 19 82.
(https://doi.org/10.1186/s12875-018-0769-7)
 - 44 Rezende MU, Ocampos G, Brito NR, et al. During two years, what is the difference between an exclusive two-day educational program on OA and a program that adds multimodal attention for 6 months in the treatment of OA? *Osteoarthr Cartil* 2020 28 5371.
(https://doi.org/10.1016/j.joca.2020.02.579)
 - 45 Rinney A, Healey E, Jordan JL, et al. Multidisciplinary approaches to managing osteoarthritis in multiple joint sites: a systematic review. *BMC Musculoskelet Disord* 2016 17 266.
(https://doi.org/10.1186/s12891-016-1125-5)
 - 46 Jayakumar P, Moore MLG & Bozic KJ. Team approach: a multidisciplinary approach to the management of hip and knee osteoarthritis. *JGS Rev* 2019 7 e10. (https://doi.org/10.21067/JGS.RVVV.18.00133)
 - 47 Arden NK, Perry TA, Bannuru RR, et al. Non-surgical management of knee osteoarthritis: comparison of ESCO and OARSI 2019 guidelines. *Nat Rev Rheumatol* 2021 17 59–66.
(https://doi.org/10.1038/s41584-020-00523-9)
 - 48 Lim WB & Al-Dadah O. Conservative treatment of knee osteoarthritis: a review of the literature. *World J Orthop* 2022 13 212–229.
(https://doi.org/10.5312/wjor.v13.i3.212)
 - 49 Ettlin L & Niedermann K. How can the international clinical guidelines for knee osteoarthritis management be implemented systematically in Switzerland? *Zenodo* 2020.
(https://doi.org/10.5281/zenodo.5109786)
 - 50 Brand C & Cox S. Systems for implementing best practice for a chronic disease: management of osteoarthritis of the hip and knee. *Intern Med J* 2006 36 170–179.
(https://doi.org/10.1111/j.1445-5994.2006.01018.x)
 - 51 Handler A, Issel M & Turnock B. A conceptual framework to measure performance of the public health system. *Am J Public Health* 2001 91 1235–1239. (https://doi.org/10.2105/ajph.91.8.1235)
 - 52 Carron T, Rawlinson C, Arditi C, et al. An overview of reviews on interprofessional collaboration in primary care: effectiveness. *Int J Integr Care* 2021 21 31. (https://doi.org/10.5334/ijic.5588)
 - 53 Bannuru RR, Osani MC, Vaysbrot EE, et al. OARSI guidelines for the non-surgical management of knee, hip, and polyarticular osteoarthritis. *Osteoarthr Cartil* 2019 27 1578–1589.
(https://doi.org/10.1016/j.joca.2019.06.011)
 - 54 McAlindon T, Bannuru R, Sullivan M, et al. OARSI guidelines for the non-surgical management of knee osteoarthritis. *Osteoarthr Cartil* 2014 22 363–388. (https://doi.org/10.1016/j.joca.2014.01.003)
 - 55 Yang M, Jiang L, Wang Q, et al. Traditional Chinese medicine for knee osteoarthritis: an overview of systematic review. *PLoS One* 2017 12 e0189884. (https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189884)
 - 56 Zhang L, Yuan H, Zhang L, et al. Effect of acupuncture therapies combined with usual medical care on knee osteoarthritis. *J Tradit Chin Med* 2019 39 103–110.
 - 57 Zhou W & Benharash P. Significance of “deqi” response in acupuncture treatment: myth or reality. *J Acupunct Meridian Stud* 2014 7 186–189. (https://doi.org/10.1016/j.jams.2014.02.008)

跨專業基層治療膝痺病方案

王鈞正 著



目錄

前言	1
醫療專業人員的角色和責任	2
I. 西醫	2
II. 中醫師	2
III. 護士	3
IV. 物理治療師	4
V. 職業治療師	4
VI. 社工	5
醫療團隊的工作流程	6
膝痺病的評估	7
I. 西醫評估	7
i. 初步診斷	7
ii. 影像檢查	8
II. 中醫評估	9
i. 診斷依據	9
ii. 病因病機	9
膝痺病的治療和支援	11
(1) 從西醫角度 ——	11

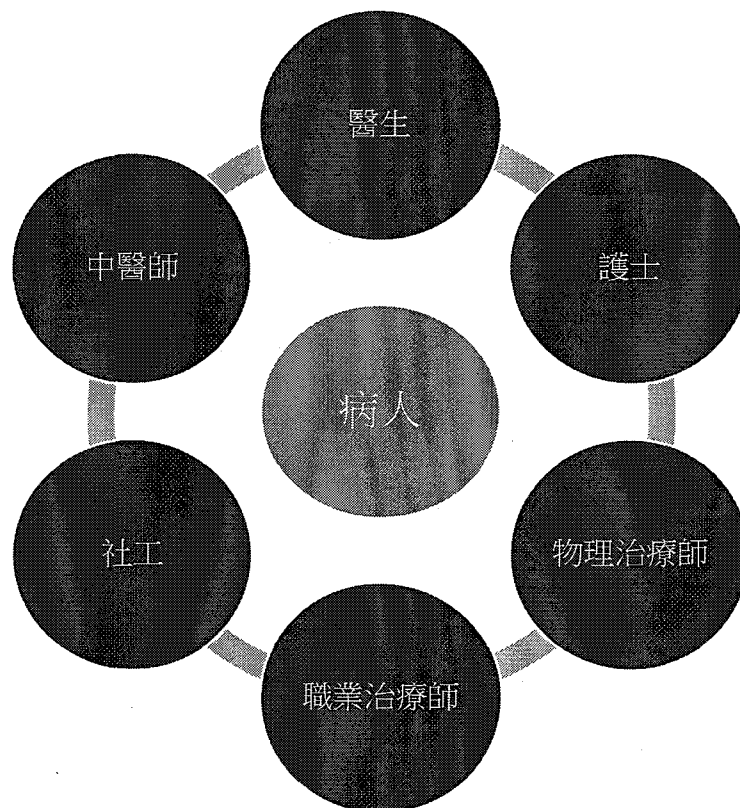
I. 痛症藥物	11
II. 手術	11
III. 非藥物療法	12
A. 運動治療 (物理治療師)	12
B. 手法治療 (物理治療師)	13
C. 物理性電療	13
D. 提供輔助設備 (職業治療師)	14
E. 其他醫療支援 (護士)	14
(2) 從中醫角度 ——	15
I. 中醫內科辨證論治	17
II. 外用方劑	20
III. 針灸療法	22
IV. 推拿	32
(3) 心理支援 (社工)	36
跨專業醫療人員的協作	37
跨專業醫療團隊對膝痺病病人的管理	40

1. 普通科醫生的轉介標準	40
2. 護理個案經理的轉介標準	40
3. 治療進展的評估	41
參考資料	43

前言

膝痺病（KOA）是一種常見的關節疾病，影響著全球數百萬人，特別是老年人。這種狀況以膝關節軟骨逐漸流失為特徵，導致疼痛、僵硬和功能障礙。管理膝痺病需要跨醫療專業的方法，涉及不同專業的醫療人員之間的協作。跨專業的方法顯示出已被證明可以改善病人的疼痛、功能和生活質量（Finny 等，2016）。

然而，醫療專業人員通常獨立工作，彼此之間的互動和合作有限。這種缺乏協作可能導致分散的治療和照顧、病人的健康得不到優先處理，以及由於不必要的醫療服務使用而使醫療機構的成本上升。為應對這些挑戰，本方案為跨醫療專業團隊（包括護士、醫師、社會工作者、職業治療師、物理治療師和中醫師）的協作管理提供一個全面的框架。通過倡導協作和以病人為中心的方法，此方案旨在提高膝痺病病人的護理質量和改善護理的成果。



醫療專業人員的角色和責任

在膝痺病（KOA）的治療過程中，各類醫療專業人員扮演著至關重要的角色。每位專業人士在診斷、治療和病人管理方面都有其獨特的責任和專長。通過協作，他們能夠提供綜合且有效的護理，最大程度地改善病人的健康狀況和生活質量。本節將詳細介紹各醫療專業人員在 KOA 治療中的具體角色和職責。

I. 西醫

1. 西醫診斷與評估

經由臨床評估、病歷以及影像研究來準確診斷膝痺病。

2. 西醫治療計劃

制定治療計劃，包括藥物管理、物理治療或職業治療的轉介，以及進一步的外科諮詢。

3. 藥物處方

處方藥物以管理與膝痺病相關的疼痛和發炎。

4. 外科評估

評估是否需要外科干預，例如膝關節置換手術。

II. 中醫師

1. 中醫診斷

診斷：經由中醫望、聞、問、切等四診，準確地診斷痺病的病因與病機。

2. 中醫治療計劃

根據病人體質、病機或疾病演化機理，制定具體中醫治療方案，如中藥、針刺、艾灸、推拿骨傷、氣功及導引等，以減輕痛症並改善整體健康。

3. 與西醫及其他醫護人員的合作

與西醫及其他醫療專業人員合作，將中醫療法與西醫治療整合，確保病人得到全面的護理。

4. 病人教育

教育病人有關中醫原則、療法和自我護理的方法，以補足他們的治療計劃。

5. 協助術後恢復

在等候手術的時間中改善病人身體狀況，控制好基礎病的數據，如血糖、氣喘，讓病人對手術更有信心，術後恢復效果更好；在術後亦可在飲食中以中藥調理幫助病人，改善病人術後的貧血及血色差的問題。

III. 護士

1. 個案經理

有醫療需要的病人首次前往醫療單位(例如地區康健中心)尋求醫療服務時，將與個案經理見面，個案經理會確認病情的階段，對病人進行分流，區分低風險和高風險病人。將根據病人的意願及專業判斷，將病人轉介到其他單位作進一步跟進。個案經理亦會對病人情況作首次詳細記錄。

2. 病人教育

從科學層面教育病人有關膝痺病的資訊、治療選項、自我管理方法如運動、姿勢調整、按摩等，確保病人理解病情和治療計劃，並教導他們如何與痛症共存。

3. 藥物管理

派發處方藥物並教育病人適當的劑量，講解用藥方法和潛在的副作用。

4. 症狀管理和支援

協助管理症狀，由病情初期到手術後的復康，提供任何傷口護理，並回應病人對膝痺病相關的諮詢；改變病人如何面對病症，更積極配合治療。需要時，個案經理亦會聯繫其他醫護人員協助病人管理症狀。

5. 協調護理

促進跨專業醫療人員之間的溝通，確保各專業之間的順暢交接，並為病人提供心理支援或中醫治療的轉介服務。

6. 病人監察與跟進

觀察病人的姿勢，例如行走方式是否正常，是否正確使用拐杖或輔助器具；提供密集的觀察和指導，確保病人正確地執行治療；由於中西醫的醫療合作，護士須協助留意中西醫藥之間有否產生衝突。監察病人的進展，根據需要調整治療計劃，進行定期的跟進會診。

IV. 物理治療師

1. 功能評估

檢查病人的身體結構和姿勢，為病人進行測試以評估與膝痺病相關的活動能力、強度、活動範圍和功能限制。

2. 運動課程

設計和實施運動課程以改善病人的關節功能、增強肌肉力量並減輕疼痛。

3. 步姿訓練

協助病人學習安全有效的步行技巧，特別是有步姿異常的情況下。

4. 痛症管理

採用手法治療和物理療法等管理痛症，改善並恢復病人的肌腱功能，讓病人能進行病前的活動；採用被動治療，如運用電療儀器，推遲病人接受手術的時間。

5. 病人教育

進行健康教育，教育病人自我護理對病情發展的重要性，讓病人懂得自我護理；教育換膝手術帶來的好處及效果，令病人對手術作好心理準備。

V. 職業治療師

1. 日常生活活動評估

評估病人執行日常生活活動的能力及加劇病情的風險因素，並提供教育、治療、跟進及復康設備以增強獨立能力及下肢的活動能力，減輕病人的不適感。

2. 自理能力改善

評估個案在進食、梳洗、如廁、洗澡等表現及障礙，提供針對性個別訓練，配佩生活輔具。

3. 痛症評估

使用視覺類比評估（VAS），量度病人的疼痛程度。

4. 增加認知

加強病人對疼痛和膝痺病的認知，例如對生活範圍、自我照顧、工作和消閒的影響程度；解釋並消除病人對生活輔助工具的擔憂，以確保他們能夠接受並有效使用這些工具。

5. 家居改裝

進行家居安全評估，建議並協助進行家居改裝，以營造支持病人活動和功能的環境。

VI. 社工

1. 心理評估

評估病人的心理需求，包括情感健康、財務困難和身邊擁有的支援。

2. 資源協調

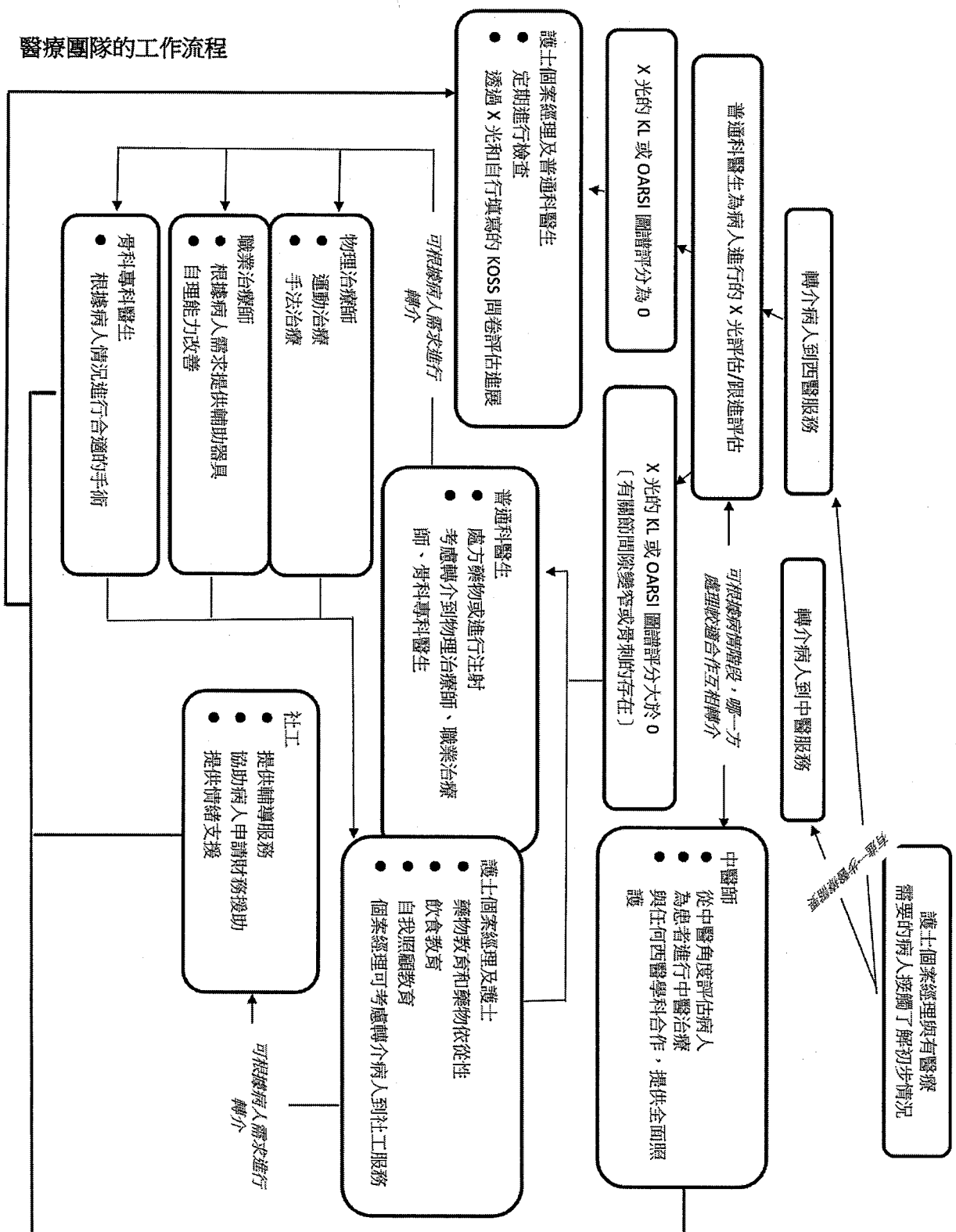
將病人與社區資源、支援團體和提供社會健康的服務相連接。

3. 輔導與支持

為受膝痺病影響的病人提供情感支援、輔導和應對方法，幫助病人接受病情。

4. 建立關係

傾聽病人，與病人建立良好的關係，幫助他們應對生活中的挑戰，提高其生活質量。



膝痺病的評估

I. 西醫評估 – 由普通科醫生執行（經由護士個案經理轉介）

i. 初步診斷

醫生將與膝痺病病人進行以下程序：

1. 進行身體檢查

- 檢查是否存在關節摩擦聲
- 檢查步姿，特別關注有否不一致和不穩定的情況
- 檢查髌關節，確定膝關節疼痛的原因，排除因髌關節異常而引起的膝關節疼痛
- 觀察是否有關節滲液、結痂、畸形和整體不對齊的情況
- 檢查韌帶，評估是否有任何不穩定性
- 注意是否有矯正畸形的能力
- 對膝關節進行觸診，嘗試定位觸痛的區域
- 評估膝關節的活動範圍，注意彎曲畸形和膝蓋骨的情況

2. 對病人疼痛部位的評估

- 在病人病歷中記錄疼痛的位置
- 有前膝疼痛，並在蹲下或爬樓梯時惡化時，考慮可能涉及髌骨或股骨異常
- 注意與機械性症狀相關的關節線疼痛，考慮可能涉及半月板病變
- 注意腰椎和同側髌關節的轉介性疼痛可能呈現為膝疼痛

3. 與病人討論症狀

- 與活動有關的關節疼痛
- 早晨關節僵硬或持續超過 30 分鐘的早晨僵硬

- 功能上的限制

影像檢查

醫生使用 X 光或 MRI 等影像檢查來確認診斷並評估關節損傷的嚴重程度。

1. X 光

- a. 使用 Kellgren 和 Lawrence (KL) 分級法來確定任何關節腔窄化（等級 0 = 正常；等級 1 = 存在模糊的骨刺；等級 2 = 存在明確的骨刺但沒有關節腔窄化；等級 3 = 存在關節腔窄化；等級 4 = 完全喪失關節腔）。

或

- b. 使用另一個評分系統，由 OA Research Society International 開發的 OARSI 圖譜。對於關節腔窄化，評分為 0（無）、1（輕度）、2（中度）和 3（嚴重），骨刺的評分為 0（無）、1（小）、2（中度）和 3（大）。

2. MRI

- a. MRI 膝骨關節炎分數 (MOAKS):

膝關節分為 15 個子區域，骨髓水腫 (BMLs) 的評分可以分為 0（無）、1（次於子區域體積的 33% 以下）、2（占據子區域體積的 33% 至 66%）和 3（占據子區域體積的 66% 以上）。

- b. 前交叉韌帶骨關節炎分數 (ACLOAS):

特別關注膝痺病情況下的前交叉韌帶損傷。評估的骨關節炎特徵包括軟骨損傷（等級 0 - 7）、創傷性關節表面損傷和創傷性和變性的骨髓水腫（損傷類型等級 0 - 4；損傷大小等級 0 - 3），創傷性和變性的骨髓水腫（等級 0 - 3），骨刺（等級 0 - 7），側副韌帶（等級 0 - 3），原生 ACL（等級 0 - 3），ACL 移植體（等級 0 - 3），後交叉韌帶（等級 0 - 3），半月板形態（等級 0 - 8），半月板外移（等級 0 - 2），關節滲液（等級 0 - 3），Hoffa 滑囊炎（Hoffa 脂肪墊內的高信號變化，作為滑膜炎的代用標記；等級 0 - 3）。

II. 中醫評估 – 由中醫師執行（經由已接受中醫培訓的認可護士個案經理轉介）

i. 診斷依據

初起多見腰腿、腰脊、膝關節等隱隱作痛，屈伸、俯仰、轉側不利，輕微活動稍緩解，氣候變化加重，反復纏綿不愈。

起病隱襲，發病緩慢，多見於中老年人。

局部關節可輕度腫脹，活動時關節常有彈響摩擦音。嚴重者可見肌肉萎縮，關節畸形，腰彎背駝。

發病及病情的輕重常與勞累及寒冷、潮濕等天氣季節變化和勞累作有關。可進一部分為風、寒、濕、熱痺、尪痺，或風濕、歷節、血痺病等，詳情請參考：膝痺病的治療和支援(2)I. 中醫內科辨證論治。

可詢問病人是否曾查血沉、抗“O”、黏蛋白、類風濕因子、血尿酸、腎功能等，與風濕性關節炎、類風濕性關節炎、痛風性關節炎、紅斑狼瘡相鑒別。如否，可按情況轉介西醫或護士跟進，護士已經接受過中醫培訓，并通過中醫測試，由中醫師認可。

ii. 病因病機

膝痺病的發生與體質因素、氣候條件、生活環境及飲食等有密切關係。正虛衛外不固是膝痺病發生的內在基礎，感受外邪是膝痺病發生的外在條件。

2.1 病因

2.1.1 外因

(1) 感受風寒濕邪：久居潮濕之地、貪涼受冷、當風淋雨、長期於水中(或潮濕)作業等，外邪注於肌腠經絡，滯留於膝部，導致氣血痹阻而發為風寒濕痺。由於感受風寒濕邪各有所偏盛，而有行痺、痛痺、着痺之別。若素體陽氣偏盛，內有蓄熱，復感風寒濕邪，可從陽化熱；或風寒濕痺經久不癒，亦可蘊而化熱。

(2) 感受風濕熱邪：久居炎熱潮濕之地，外感風濕熱邪，襲於膝部，痹阻氣血經脈，滯留於關節筋骨，發為風濕熱痺。

2.1.2 內因

- (1) 勞累過度：勞慾過度，精氣虧損，衛外不固；或活動過劇過久，勞傷筋骨衛御機能降低，外邪乘襲。
- (2) 年事已高，年老體衰，筋骨失養，致局部筋骨關節退化改變而發病。
- (3) 久病體虛：肝腎不足，肢體筋脈失養；或病後、產後氣血不足，腠理空疏，外邪乘虛而入。

2.2 病機

因體虛，年老，勞作過度、外傷等原因傷及膝部經絡，使腠理不密，衛外不固，易受風、寒、濕、熱等邪氣入侵，痹阻經絡，營衛行澀阻滯，不通則痛，發生疼痛、腫脹、酸楚、麻木，或關節活動不利，發為膝痹。

痹症日久，風寒濕熱痹日久不癒，氣血運行不暢日甚，瘀血痰濁閉阻經絡，繼而傷及筋骨，可出現皮膚瘀斑、關節周圍關節腫大，屈伸不利。而病久使氣血耗傷，出現不同程度的氣血虧虛症候，更易受外邪所襲。

膝痺病的治療和支援

(1) 從西醫角度 ——

I. 痛症藥物 - 由普通科醫生處方

根據膝痺病的嚴重程度由醫師處方的藥物。

1. 處方藥：

- a. 撲熱息痛
- b. 口服非類固醇抗發炎藥（非類固醇抗發炎藥 + 質子泵抑製劑 / 非類固醇抗發炎藥 + 米索前列醇 / 環氧合酶-2 抑制劑）
- c. 非類固醇抗發炎藥
- d. 度洛西汀

2. 注射

- a. 關節內皮質類固醇注射
- b. 關節內玻璃酸鈉注射

II. 手術 - 由骨科專科醫生執行（經由普通科醫生轉介）

手術是在保守治療未能提供足夠舒緩或關節損傷嚴重時考慮的選項。詳細情況如下：

1. 非手術治療（如藥物、物理治療或輔助設備）成效不足
2. 由於膝痺病導致重大功能損失或活動能力下降
3. 存在明顯的關節變形或不穩定
4. 關節損害迅速惡化
5. 懷疑有其他潛在疾病，如類風濕性關節炎，可能需要專科治療
6. 病人偏好或要求手術治療

可行的手術（Hunter & Bierma-Zeinstra, 2019）：

1. 關節置換手術：

- 用於生活質量嚴重下降的末期病人，例如擾亂正常的睡眠模式，導致嚴重減少的行走距離和日常活動受到明顯限制
- 所有適當的保守療法已經嘗試了 6 個月且失敗

2. 膝關節截骨術：

- 適用於單一區域膝痺病的病人
- 適用於年輕且活躍的中度嚴重膝痺病病人，超過 85% 的病人可以延遲進行關節置換手術長達 10 年

3. 膝關節鏡手術

- 適用於明確存在機械性膝關節僵鎖的病人，從客觀上無法完全伸展膝關節

III. 非藥物療法

A. 運動治療 - 由物理治療師執行（經由普通科醫生或中醫師轉介）

根據病人的個別需求度身制定的運動計劃。該計劃應該是漸進的，運動的強度和持續時間應該隨著時間逐漸增加。物理治療師應該監測病人的進展並根據需要調整計劃。

頻率：建議每週至少 3 天有氧運動，每週應進行 2 至 3 天的阻力鍛煉，但不連續。強度：有氧運動應從較低水準開始，阻力訓練從相對較低的負荷開始，逐漸進步至中等強度；時間：有氧運動方面，開始進行 5 至 10 分鐘的短時間有氧運動，在可以忍受的情況下每天累積 20 至 30 分鐘，目標是每週進行 150 分鐘中等強度的有氧運動活動；阻力訓練方面，至少進行 1 組阻力練習，每次練習重複 10 至 15 次。

1. 低衝擊帶氧運動：

可按照患者年齡、性別、偏好、過去鍛煉經歷等客觀情況，選擇步行或慢跑、騎自行車、游泳或者交誼舞等耐力項目，有助於增強膝關節的力量和活動範圍。騎自行車可以在戶外或使用靜態自行車室內進行。亦可以選擇太極拳進行鍛煉。

2. 力量訓練：

使用重物、阻力帶或體重訓練，以增加肌肉力量，例如股四頭肌、臀大肌。加強膝關節周圍的肌肉可以幫助提高穩定性並減少疼痛。

3. 水中復健：

游泳能提供對關節只有低衝擊性的鍛煉。

4. 太極：

對於老年人尤其是患有膝痺病的人來說，太極是一種受歡迎的運動治療，因為它使用緩慢柔和的運動、重心轉移、在負重姿勢下進行功能性強化和深層調節呼吸技巧。太極對患有慢性疾病的病人（包括膝痺病）的疼痛、功能、平衡、靈活性和心肺容量都有益處。

此外，根據病人的症狀和功能，運動治療對於體重超重或肥胖的病人也有益處：

- 建議病人減重以改善其生活質量和身體功能，並減少疼痛。
- 支持病人選擇一個減重目標。
- 解釋任何程度的減重都是有益的，但減重 10%會比減重 5%來得更好。

B. 手法治療 - 由物理治療師及物理治療師共同執行（經由普通科醫生轉介）

1. 關節活動化：

即手法治療，包括關節活動化、軟組織活動化、按摩療法、筋膜釋放，中醫師會根據中醫理論提供治療，物理治療師根據物理治療理論提供治療

2. 軟組織活動化：

減少疼痛，改善柔軟度，並增加血流到該區域，中醫師會根據中醫理論提供治療，物理治療師根據物理治療理論提供治療

3. 按摩療法：

改善循環，減少肌肉緊張和疼痛，並提高關節柔軟度，中醫師會根據中醫理論提供治療，物理治療師根據物理治療理論提供治療

4. 激發點釋放：

由物理治療師提供激發點刺激與釋放治療，刺激神經系統釋放天然減痛物質，減少肌肉緊張，並改善關節活動性

C. 物理性電療 - 由物理治療師執行（經由普通科醫生轉介）

1. 超聲波治療：

改善血液循環，減輕痛楚，縮短炎症時間

2. 干擾電波治療 / 透皮神經電刺激：

減少疼痛

3. 冷凍治療：

改善炎症引致的症狀，減少疼痛

4. 熱治療：

改善血液循環，止痛，減少肌肉張力，改善柔軟度，放鬆關節

5. 衝擊波治療：

即使用體外衝擊波療法作用於膝關節周圍，有鎮痛、促進新陳代謝、減輕炎症和改善局部血液循環的效果

6. 短波治療：

少痛楚，幫助血液循環，放鬆關節

7. 磁療:

消炎，幫助血液循環

D. 提供輔助設備 - 由職業治療師執行（經由普通科醫生轉介）

1. 護膝:

減輕疼痛並防止進一步損害

2. 步行輔助工具，如四腳叉、拐杖或助行架:

減輕受影響關節的負重，提供行走的支持

3. 矯形器，如鞋墊:

均勻分佈足部的重量，並為關節提供額外的緩衝

4. 輪椅:

提供替代的行動方式

E. 其他醫療支援 - 由護士執行

1. 痛症控制:

通過評估病人的疼痛程度，按處方給予止痛藥物來控制與膝痺病相關的痛症。

2. 藥物評估:

評估病人的藥物治療計劃，確保他們按處方使用藥物，並確保沒有不良反應或藥物相互作用。同時，教育病人如何正確使用藥物以及可能的副作用。

3. 運動計劃:

與病人合作制定一個適合他們活動水平和體能的運動計劃。

4. 飲食教育:

提供關於健康飲食的教育，該飲食富含支持關節健康的營養素，如鈣、維他命 D 和奧米加-3 脂肪酸。同時建議病人避免可能加重炎症的食物。

5. 關節保護：

教導病人如何在日常活動中保護他們的關節，包括使用輔助器材，如護具或夾板，避免引起疼痛的重複動作或姿勢，以及改善環境以減少跌倒風險。

6. 病症認知：

持續向病人提供有關膝痺病的教育，包括在家管理症狀的自我護理方法，以及在症狀惡化時何時尋求醫療協助。

7. 定期覆診：

安排定期覆診預約，以監測病人的進展，根據需要調整治療計劃，並確保他們按時遵從藥物治療計劃和自我護理方法。

9. 傷口護理：

針對接受膝痺病手術，如膝關節置換手術的病人，提供傷口護理。

(2) 從中醫角度——

I. 中醫內科辨證論治

中醫強調辨證論治，以下為膝痺症常見證型的症狀和內服、外治藥物的治療方法，主要供參與本項目的醫護人員參考。中醫師會有機會按個別病人需要，作出以下證型以外的辯證和治療，臨床上亦常按新傷、舊病；邪正關係來制訂體治療方案及療程。以下為常見的中醫證型以及治療方案，可供參考。

1. 風寒濕痺

(1) 行痺

症狀：關節、肌肉疼痛酸楚，屈伸不利，疼痛呈游走性，初起可見有惡風、發熱等表證。舌苔薄白，脈浮或浮緩。

治法：祛風通絡，散寒除濕

代表方：防風湯加減。本方有發散風寒、祛濕通絡作用，適用於膝痹症風邪偏盛，游走性膝痛。

組成：組成：防風、甘草、當歸、茯苓、杏仁、桂枝、黃芩、秦艽、葛根、麻黃、生薑、大棗

常用藥：防風、麻黃、桂枝、葛根祛風散寒，解肌通絡止痛；當歸養血活血通絡；茯苓、生薑、大棗、甘草健脾滲濕，調和營衛。

隨症加減：若見關節腫大，苔薄黃，邪有化熱之象者，宜寒熱並用，用桂枝芍藥知母湯加減，若寒證明顯可添加馬鞭草、菝葜等。

(2)痛痹

症狀：膝關節痛勢較劇，部位固定，遇寒則痛甚，得熱則痛緩，屈伸不利，局部皮膚或有寒冷感。舌質淡，舌苔薄白，脈弦緊。

治法：散寒通絡，祛風除濕

代表方：烏頭湯加減。本方重在溫經散寒止痛，適用於寒邪偏盛，關節痛疼明顯。

組成：麻黃、黃耆、芍藥、炙甘草、製川烏*

常用藥：制川烏、麻黃溫經散寒，通絡鎮痛；芍藥、甘草、蜂蜜緩急止痛；黃耆益氣固表，利血通痹。

隨症加減：關節發涼，疼痛劇烈，遇冷更甚，加附子、細辛、乾薑、全當歸溫經散寒，通脈止痛；若寒證明顯可添加馬鞭草、菝葜等。

*製川烏含毒性成分：烏頭鹼 (aconitine)、次烏頭鹼 (hypoaconitine) 和中烏頭鹼 (mesaconitine) 等，超量、與酒同用、生品內服、配伍不當或煎煮時間短等，均易中毒。川烏生品有大毒，不會內服。製川烏內服劑量為 1.5~3 克，需先煎，久煎。藥物配伍亦需要特別注意，以免中毒。孕婦禁服。中毒症狀有口舌、四肢及全身麻木，頭暈、眼花、神志不清、言語不清、大小便失禁、流涎、噁心、嘔吐、腹瀉；繼則四肢抽搐、呼吸困難、心悸氣短、心律紊亂、血壓下降、面色蒼白、四肢厥冷及昏迷等，最終可因心臟麻痹而死亡。醫護人員應叮囑病人注意相關症狀，如懷疑中毒，應立即求醫。(中醫藥規管辦公室，2021)

(3)着痹

症狀：膝關節酸楚、重着、疼痛，腫脹散漫，活動不利，肌膚麻木不仁。舌質淡，舌苔白膩，脈濡緩。

治法：除濕通絡，祛風散寒

代表方：薏苡仁湯加減。本方健脾祛濕，發散風寒，適用於膝痹病濕邪偏盛，關節疼痛腫脹重着。

組成：薏苡仁、白芍、當歸、麻黃、桂枝、白朮、甘草、生薑

常用藥：薏苡仁、蒼朮、甘草益氣健脾除濕；羌活、獨活、防風祛風除濕；麻黃、桂枝、制川烏濕經散寒，祛濕止痛；當歸、川芎養血活血通脈。

隨症加減：關節腫脹甚者，加草薢、五加皮以利水通絡；肌膚麻木不仁者，加海桐皮，豨薟草以祛風通絡；小便不利、浮腫者，加茯苓、澤瀉、車前子以利祛濕；痰濕盛者，加半夏、南星。

膝痹日久，風、寒、濕偏盛不明顯者，可選用蠲痹湯(組成：炙黃芪、薑黃、當歸、羌活、赤芍、防風、生薑、炙甘草)作為治療風寒濕痹的基本方。該方具有益氣和營，祛風勝濕，通絡止痛之功效，臨證可根據感受外邪偏盛的情況隨症加減，若寒證明顯可添加馬鞭草、菝葜等。

臨床上風寒濕三邪常雜然而至，治療宜根據病邪的偏勝加減用藥，不必拘泥於單一證型。

2. 風濕熱痹

症狀：遊走性關節疼痛，活動不利，局灼熱紅腫，痛不可觸。得冷則舒，可有皮下結節或紅斑，可伴有發熱、惡風、汗出、口渴、煩躁不安等全身症狀。舌質紅，舌苔黃或黃膩，脈滑數或浮數。

治法：清熱通絡，祛風除濕

代表方：白虎加桂枝湯合宣痹湯加減。

白虎加桂枝湯組成：知母、石膏、甘草、粳米、桂枝

宣痹湯組成：防己、杏仁、滑石、連翹、梔子、薏苡仁、半夏、蠶沙、赤小豆皮

常用藥：生石膏、知母、黃柏、連翹清熱除煩；桂枝疏風解肌通絡；防己、杏仁、薏苡仁、滑石、赤小豆清熱利濕，通絡宣痹。

隨症加減：皮膚有紅斑者，加丹皮、赤芍、生地、紫草以清熱涼血，活血化瘀；發熱、惡風、咽痛者，加荊芥、薄荷、牛蒡子、桔梗疏風清熱，解毒利咽；熱盛傷陰，心煩口渴者，加玄參、麥冬、生地以清熱滋陰生津。如熱毒熾盛，關節紅腫，觸之灼熱，痛如刀割，入夜尤甚，壯熱煩渴，宜清熱解毒，涼血止痛，可用五味消毒飲合犀黃丸。臨證可根據症狀增加針對膝關節的中藥，如熱證添加忍冬藤，海風藤，毛冬青等。

3. 痰瘀痹阻

症狀：膝痹日久，肌肉關節刺痛，固定不移，或關節肌膚紫暗、腫脹，按之較硬，肢體頑麻或重着，或關節僵硬變形，屈伸不利，有硬結、瘀斑，面色黯黧，眼瞼浮腫，或胸悶痰多。舌質紫暗或有瘀斑，舌苔白膩，脈弦澀。

治法：化痰行瘀，蠲痹通絡

代表方：雙合湯加減。

組成：桃仁、紅花、當歸、川芎、芍藥、地黃、陳皮、半夏、茯苓、白芥子、甘草、鮮竹瀝、生薑汁

常用藥：桃仁、紅花、當歸、川芎、白芍活血化瘀，通絡止痛；茯苓、半夏、陳皮、白芥子、竹瀝、薑汁健脾化痰。

隨症加減：痰濁滯留，皮下有結節者，加膽南星、天竺黃；瘀血明顯，關節疼痛、腫大、強直、畸型，活動不利，舌質紫暗，脈澀可加莪朮、三七；痰瘀交結，疼痛不已者，加全蝎、蜈蚣、地龍搜剔絡道；有痰瘀化熱之象者，加黃柏、丹皮；可添加針對膝關節的藤類藥或蟲類中藥，如懷牛膝、仙鶴等。

4. 肝腎虧虛證

症狀：痹證日久不癒，膝關節屈伸不利，肌肉瘦削，腰膝酸軟，或畏寒肢冷，或骨蒸勞熱，心煩口乾。舌質淡紅，舌苔薄白或津少，脈沉細弱或細數。

治法：培補肝腎，舒筋止痛

代表方：獨活寄生湯加減。

組成：獨活、桑寄生、人參、茯苓、甘草、當歸、芍藥、川芎、熟地黃、桂心、杜仲、牛膝、細辛、防風、秦艽

常用藥：獨活、防風、秦艽、細辛、肉桂祛風除濕，散寒止痛；人參、茯苓、甘草、當歸、地黃、芍藥補益氣血；杜仲、牛膝、桑寄生補養肝腎。

隨症加減：腎氣虛，腰膝酸軟，乏力較著，加鹿角霜、續斷；陽虛，畏寒肢冷，關節疼痛拘急，加附子、乾薑、巴戟天，或合用陽和湯加減；肝腎陰虧，腰膝疼痛，低熱心煩，或午後潮熱，加龜板、熟地、女貞子。

II. 外用方劑(劉向前, 2011)

1. 複方溫通散(湖南中醫藥大學第一附屬醫院院內制劑)

組成：當歸、生草烏、生川烏、羌活、石營蒲、山奈、生甘草。

功效：散寒除濕，溫經活血。研成散，醋調成軟膏，外敷。

2. 金桂外洗方(劉金文, 廣東省中醫院主任醫師)

組成：半楓荷、海桐皮、兩面針、伸筋草、生川烏、生草烏、桂枝、生大黃。

功效：散寒除濕，溫經活血。煎水外洗。

3. 金黃散(《醫宗金鑑》)

組成：天花粉、大黃、黃柏、姜黃、白芷、制天南星、陳皮、蒼術、厚樸、甘草。

功效：清熱解毒，散癰消腫。諸藥研為散，醋或蜜調為軟膏，外敷患處。

4. 棄杖散(曾一林, 成都中醫藥大學教授)

組成：生川烏、生草烏、生半夏、羌活、獨活、冰片、樟腦、白芷、川牛膝、艾葉、麻黃、澤蘭、乳香、沒藥、杜仲、伸筋草、透骨草。

功效：散寒除濕，溫經通絡，活血鎮痛。將藥物(冰片後下)裝入布袋，開水煎煮 20 分鐘，先用熱氣熏蒸患處，待藥液稍涼，將藥物熱敷患處。

5. 雙柏散（《中醫傷科學講義》）

組成：大黃、薄荷、黃柏、澤蘭、側柏葉。

功效：活血祛瘀，消腫鎮痛。

6. 四生散（《和劑局方》）

組成：生川烏、生天南星、生關白附、生半夏。

功效：散寒祛濕，化痰散結，通絡止痛。上藥研為細末，蜜糖調糊，局部外敷。

7. 四肢洗方（李國衡，為魏氏傷科主要傳人，全國著名老中醫）

組成：桑枝、桂枝、當歸、紅花、積雪草、川牛膝、木瓜、草藤、補骨脂、獨活、羌活。

功效：祛風散寒舒筋，活血通絡鎮痛。

8. 溫涼散（《傷科方劑薈萃》）

組成：連翹、赤芍、羌活、茯苓、穿山甲（代）、黃連、子、防風、桃仁、甘草。

功效：清熱舒筋，活血通絡。煎水外洗。

9. 烏蓮散（郭偉偉，黔東南州中醫醫院）

組成：生草烏、重樓、干姜、鵝不食草、對叉丁、金果欖、澤蘭、海金沙藤。

功效：溫經散寒，舒筋活血。

10. 五龍散（《外科傳薪集》）

組成：生天南星、生半夏、全當歸、生大黃、陳小粉。

功效：化痰散結，散癰止痛。研散，醋調成軟膏，局部外敷。

11. 下肢洗方（李國衡，上海魏氏傷科主要傳人）

組成：川牛膝、伸筋草、五加皮、老鶴草、海桐皮、桑寄生、木瓜、羌活、當歸、生川烏、生草烏、澤蘭葉。

功效：祛風散寒舒筋，活血通絡止痛。煎水外洗。

12. 消癰散（安徽中醫學院附屬醫院院內制劑）

組成：川芽、五加皮、丁香、草菱、生天南星、白芷、桂皮、冰片、樟腦。

功效：活血散瘀、溫經散寒、化痰散結。研末調成軟膏外用。

III. 針灸療法

1. 治療原則

總治療原則為舒筋利節，活絡止痛；選穴以膝部局部經穴和阿是穴為主，再配合辨證及循經遠端取穴。

2. 常用穴位及選方特點

膝部局部穴位：足三里、陽陵泉、陰陵泉、內膝眼、犢鼻、梁丘、血海、阿是穴等。

結合辨證、病機及循經遠端取穴：

i. 行痹

風寒濕邪外襲，閉阻經絡，致氣血運行不暢，不通則痛。風性善行數變，風邪偏盛則疼痛游走不定。

治法：祛風通絡，散寒除濕。以督脈和局部穴為主。

處方：風池、膈俞、血海、大椎配合局部穴為主

刺灸方法：毫針瀉法

風池屬膽經與陽維脈交會穴，陽維主一身之表；大椎屬督脈，為諸陽經之會，督脈總督一身之陽，故兩穴相配，可祛風散寒。膈俞為血會，配脾經之血海可活血散瘀以祛風。

ii. 痛痹

風寒濕邪閉阻經絡，而以寒邪偏盛，故遇寒加重，得熱則痛減，昼輕夜重，痛處不紅不熱。

治法：溫經散寒，祛風除濕。以足太陽膀胱經、督脈和局部穴為主。

處方：腎俞、關元、大椎、風門

刺灸方法：毫針補法配合灸法

足太陽經之背俞穴腎俞、任脈之關元皆為補腎壯陽的要穴，兩穴相配可溫陽散寒，理氣止痛。大椎可振奮陽氣而祛寒。足太陽經之風門長於散風。

iii. 著痹

濕為陰邪，重濁黏滯，濕邪偏盛，故疼痛重著、痛有定處。

治法：除濕通絡，祛風散寒。以足太陰脾經、以督脈和局部穴為主。

處方：大椎、膈俞、脾俞、足三里、陰陵泉

刺灸方法：毫針平補平瀉，亦可配合灸法

大椎可祛風散寒。膈俞為血會，可活血以通絡。陰陵泉為脾經之合穴，可健脾，足三里為胃經之合穴，是補益強壯要穴，加配脾俞，可健脾除濕，通絡止痛。

iv. 熱痹

熱邪壅於經絡，故局部紅腫熱痛，屈伸不利，得冷則舒。

治法：清熱利濕，祛風活血。以督脈，手陽明大腸經配合局部穴為主

處方：大椎、曲池、合谷

刺灸方法：毫針瀉法，熱盛者可在大椎以三棱針點刺出血。

以毫針瀉或點刺制出血督脈之大椎可清熱散風。大腸經之合穴曲池有清熱解表、疏經通絡的作用，配合同經之原穴合谷，可清熱止痛，祛風除痹。

臨床上風寒濕三邪常雜然而至，治療宜根據病邪的偏勝及侵襲的經絡靈活選穴，不必拘泥於單一證型。

陽虛寒凝，加命門、關元等；肝腎不足、筋脈瘀滯，加腎俞、承山等；脾腎兩虛、濕着關節，加腎俞、三陰交等；肝腎虧虛、痰瘀交阻，加腎俞、太溪、地機、豐隆等。(風寒濕邪→經穴；正氣不足→按經取穴) 久病不癒，易損傷正氣，可取多氣多血之手足陽明經。

早期單純用針灸治療本病療效滿意，久病者以針藥並用，綜合治療效果更佳。

3. 針灸方法

刺法和灸法是通過刺激腧穴以起到疏通經絡、行氣活血、協調臟腑陰陽等作用，從而達到扶正祛邪，治療疾病的目的。

在不同的病理狀態下，不同的針刺手法可產生不同的作用。一般來說，補法、灸法可起到扶正補虛的作用；瀉法可起到瀉實邪、解痙止痛的作用；刺絡出血可起到活血祛瘀、消腫止痛的作用。

膝關節疼痛、晨僵、腫脹、功能受限者可採用毫針刺，以瀉法為主；疼痛較劇、遇寒尤甚者，可用溫針療法或艾灸治療為主治療；膝關節畸形、肌肉萎縮、功能受限、可在上述手法的基礎上配合電針；根據病情，可用刺絡拔罐治療；久病或老年虛弱，氣血不足者，以補法及灸法為主。膝關節功能受限、疼痛、晨僵、攣縮屈膝畸形明顯，證屬陽虛寒凝、筋脈瘀滯、痰瘀交阻者，可用火針治療。

4.常用腧穴的定位穴性、主治、及操作：

「經脈所過，主治所及」，而足之足三陽經(足陽明胃經、足太陽膀胱經、足少陽膽經)及三陰經(足太陰脾經、足少陰腎經、足厥陰肝經)都經過膝部，故常局部選取這些經脈位於膝部的穴位。而膝關節骨關節炎與肝、腎、脾三臟的關係密切，故足之三陰經的腧穴在臨床上常被選取。

施行針刺補瀉時，結合腧穴特性，可取得更佳的效果。以下但列出與本病治療相關的穴性及主治。

i.足陽明胃經腧穴

(1) 髀關 (ST31)

定位：在大腿前面，當髌前上棘與髌底外側端的連線上，屈髋時，平會陰，居縫匠肌外側凹陷處。

主治：骨關節炎，下肢痿痹。

操作：直刺 1.0~2.0 寸。

(2) 伏兔 (ST32)

定位：在大腿前面，當髌前上棘與髌底外側端的連線上，候髌底上 6 寸。正坐屈膝位取穴。

主治：骨關節炎，下肢痿痹。

操作：直刺 1.0~2.0 寸。

(3) 陰市 (ST33)

定位：在大腿前面，當髌前上棘與髌底外側端的連線上，(髌)底上 3 寸。仰臥伸下肢，或正坐屈膝取穴。

主治：腿膝痿痹，屈伸不利。

操作：直刺 1.0~2.0 寸。

(4) 梁丘 (ST34)

定位：屈膝，當髌前上棘與髌底外側端的連線上，髌底上 2 寸。

穴性：郄穴，擅治本經的痛症、急症。

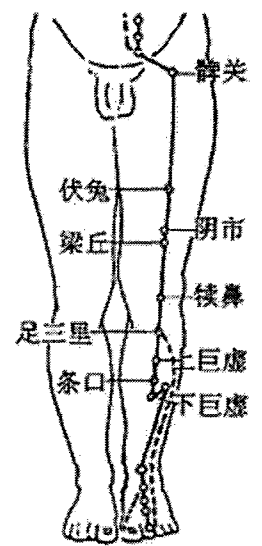


图 13-1 足阳明胃经腧穴

主治：膝關節腫痛。

操作：直刺 1.0~2.0 寸。

（5）犢鼻（ST35）

定位：屈膝，在膝部，脛骨與髕韌帶外側凹陷中。別名外膝眼穴。

主治：膝腫痛。

操作：屈膝 90°，向後內斜刺 1.0~1.5 寸。

（6）足三里（ST36）

定位：在小腿前外側，當犢鼻穴下 3 寸，距脛骨前緣一橫指（中指）。

主治：1.膝痛，下肢痿痹。

2. 全身性強壯、保健防病主穴之一，治虛勞諸症。取其補益作用時使用毫針補法、溫針灸法或灸法。

操作：直刺 1.0~2.0 寸。

（7）上巨虛（ST37）

定位：在小腿前外側，當犢鼻穴下 6 寸，距脛骨前緣一橫指（中指）。

主治：下肢痿痹。

操作：直刺 1.0~1.5 寸。

（8）條口（ST38）

定位：在小腿前外側，當犢鼻穴下 8 寸，距脛骨前緣一橫指（中指）。

主治：下肢痿痹。

操作：直刺 1.0~1.5 寸。

（9）下巨虛（ST39）

定位：在小腿前外側，當犢鼻穴下 9 寸，距脛骨前緣一橫指（中指）。

主治：下肢痿痹。

操作：直刺 1.0~1.5 寸。

ii. 足太陰脾經腧穴

(1) 三陰交 (SP6)

定位：在小腿內側，當足內踝尖上 3 寸，脛骨內側緣後方。

主治：下肢痿痹。

(2) 漏谷 (SP7)

定位：在小腿內側，當內踝尖與陰陵泉的連線上，距內踝尖 6 寸，脛骨內側緣後上方。

主治：下肢痿痹。

操作：直刺 1.0~1.5 寸。

(3) 地機 (SP8)

定位：在小腿內側，當內尖與陰陵泉的連線上，陰陵泉下 3 寸。

穴性：郄穴，擅治本經的痛症、急症。

主治：下肢痿痹。

操作：直刺 1.0~1.5 寸。

(4) 陰陵泉 (SP9)

定位：脛骨內側髁下方凹陷處。

穴性：合穴，擅治本臟的病

主治：1. 膝痛。

2. 脾不運化的水濕病操作：直刺 1.0~2.0 寸。

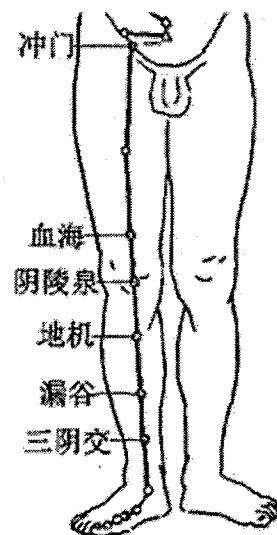


图 13-2 足太阴脾经腧穴

iii. 足太陽膀胱經腧穴

(1) 承扶 (BL36)

定位：在大腿後面，臀下橫紋的中點。

主治：腰腿痛，下肢痿痹

操作：直刺 1.0~2.5 寸。

(2) 殷門 (BL37)

定位：在大腿後面，承扶與委中的連線上。承扶下 6 寸。

主治：腰腿痛，下肢痿痹。

操作：直刺 1.0~2.0 寸。

(3) 委中 (BL40)

定位：在腘橫紋中點，當股二頭肌腱與半腱肌腱中間。

主治：腰腿痛，下肢痿痹。

操作：直刺 1.0~1.5 寸。

(4) 承筋 (BL56)

定位：在小腿後面，當委中與承山的連線上，腓腸肌肌腹中央，委中下 5 寸。

主治：腰腿拘急疼痛。

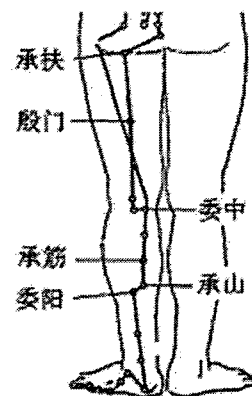
操作：直刺 0.3~0.5 寸。

(5) 承山 (BL57)

定位：在小腿後面正中，委中與昆侖之間，當伸直小腿或足跟上提時，腓腸肌肌腹下出現尖角凹陷處。

主治：腰腿拘痛

操作：直刺 1.0~2.0 寸。



13-3 足太陽膀胱經腧穴

iv. 足少陰腎經腧穴

(1) 復溜 (KI7)

定位：在小腿內側，太溪直上 2 寸，跟腱的前方。

主治：下肢痠痹。

操作：直刺 0.5~1.0 寸。

(2) 築賓 (KI9)

定位：在小腿內側，當太溪與陰谷的連線上，太溪上 5 寸，腓腸肌肌腹的內上方。

主治：小腿疼痛。

操作：直刺 1.0~1.5 寸。

(3) 陰谷 (KI10)

定位：在腘窩內側，屈膝時，當半腱肌腱與半膜肌腱之間。

主治：膝關節痛。

操作：直刺 1.0~1.5 寸。

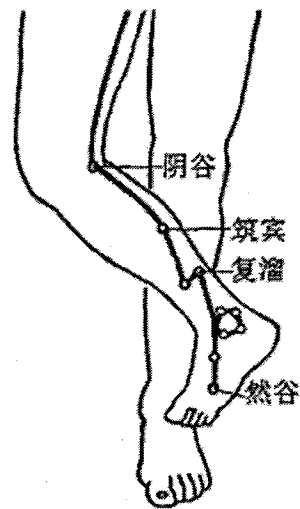


图 13-4 足少阴肾经腧穴

v. 足少陽膽經腧穴

(1) 風市 (GB31)

定位：在大腿外側部的中線上，當膕橫紋上 7 寸。或直立垂手時，中指尖處。

主治：下肢痿痹。

操作：直刺 1.0~2.0 寸。

(2) 中瀆 (GB32)

定位：在大腿外側，當風市下 2 寸，或膕橫紋上 5 寸，股外側肌與股二頭肌之間。

主治：下肢痿痹。

操作：直刺 1.0~2.0 寸。

(3) 膝陽關 (GB33)

定位：在膝外側，當陽陵泉上 3 寸，股骨外上髁的凹陷處。

主治：膝(髌)腫痛攣急。

操作：直刺 1.0~1.5 寸。

(4) 陽陵泉 (GB34)

定位：在小腿外側，當腓骨頭前下方凹陷處。

穴性：八會穴之筋會，擅治疼痛、痙攣、痿痹等筋病。

主治：膝腫痛 攣急。

操作：直刺 1.0~1.5 寸。

(5) 懸鐘 (GB39)

定位：在小腿外側，當外踝尖上 3 寸，腓骨前緣。

穴性：八會穴之髓會，擅治下肢痿軟無力等髓病。

主治：下肢痿痹。

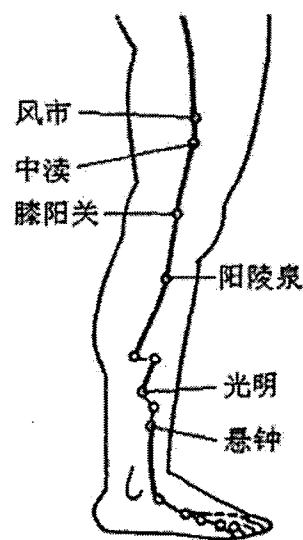


图 13-5 足少阳胆经腧穴

操作：直刺 0.5~0.8 寸。

vi.足厥陰肝經(LR)腧穴

(1) 膝關 (LR7)

定位：在小腿內側，當脛骨內上髁的後上方，陰陵泉後 1 寸，腓腸肌內側頭的上部。

主治：膝髕疼痛，下肢痿痹。

操作：直刺 1.0~1.5 寸。

(2) 曲泉 (LR8)

定位：在膝內側，屈膝，當膝關節橫紋內側端，股骨內上髁後緣，半腱肌、半膜肌止端的前緣凹陷處。

主治：膝髕疼痛。

操作：直刺 0.8~1.0 寸。

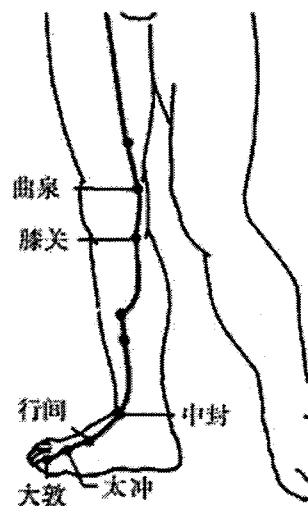


图 13-6 足厥阴肝经腧穴

vii.膝部奇穴

(1) 髌骨 (EX-LE1)

定位：仰臥。在大腿前面下部，當梁丘兩旁開 1.5 寸，一側兩穴，左右共 4 穴。

主治：鶴膝風。下肢痿痹。

操作：直刺 0.5~0.8 寸。

(2) 鶴頂 (EX-LE2)

定位：屈膝。在膝上部，髌底的中點上方凹陷處。

主治：膝關節酸痛，鶴膝風。

操作：直刺 0.5~0.8 寸。

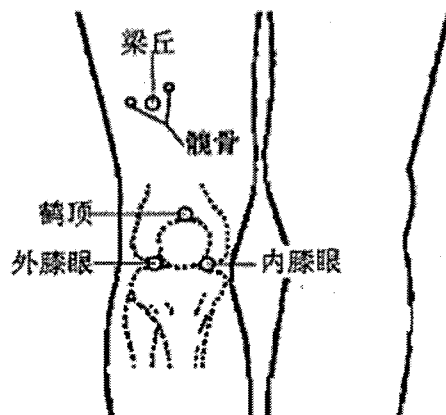


图 13-7 膝部奇穴

(3) 內膝眼 (EX-LE4)

定位：屈膝。在 髕韌帶內側凹陷處。

主治：膝腫痛。

操作：從前內向後外與額狀面成 45°斜刺 0.5~1 寸。

(4) 膝眼 (EX-LE5)

定位：屈膝。在髕韌帶兩側凹陷處，在內側稱內膝眼，在外側的稱外膝眼。

主治：膝腫痛。

操作：向膝外側斜刺 0.5~1 寸。

IV. 推拿 (劉向前, 2011)

一、肌筋放鬆手法

1. 鬆筋法

採用推拿手法，使膝部、腿部的肌肉、韌帶放鬆理順，達到“鬆則不痛”的目的。可先用拿捏法拿於大腿及小腿前內外側，放鬆整個下肢肌肉；再用揉法作用於膝關節的，髕骨周圍，內、外側副韌帶，股四頭肌腱等處，交替按揉，使局部皮膚發熱。

沿膝關節囊、髕韌帶、雙側副韌帶、髕後關節囊等部位行指壓推揉治療，指力由輕到重，以局部酸脹為度。用彈撥法，即以示指及中指在膝關節周圍、髕窩部位由上至下彈撥揉按股二頭肌、半腱肌、半膜肌、腓肌、腓腸肌內外側頭、股二頭肌 10~15 次。

也可採用拿捏、按揉、滾法、一指禪推法等手法在患膝周圍及股四頭肌部反復操作，放鬆大腿和膝關節前側；病人再取俯臥位，用以上手法放鬆大腿和膝關節後側。

2. 點穴法

膝眼、鶴頂、犢鼻、衝門、風市、伏兔、血海、陽陵泉、懸鐘、環跳、阿是穴等，都是施行點穴手法的備選穴位。可根據病情和治療需要選取 4~6 個穴位。一般用中指的指端，也可用拇指或示指指端進行點穴手法。對位於膝部骨突部位的

穴位或壓痛點，採用平揉法，揉按穴位，每穴持續點按 1~2 分鐘，反復操作 4~6 次，至穴位局部或膝關節內產生酸脹及輕度發熱感。

對位於大小腿肌肉較厚部位的穴位，除先採用平揉點穴手法外，還可加用壓放手法點穴，頻率 240/分鐘，反復 4~6 次即可，以局部有酸脹感為宜。如取環跳等位於臀部的穴位，用指端點穴的力量恐有不夠，可採用肘尖（尺骨鷹嘴）由淺入深向下按壓穴位，同時做環轉回旋的揉動。

3. 展筋法

對有膝後拘急摩縮感的病人，可採用展筋手法。病人取仰臥位，上抬患肢，患肢呈屈髖 90 度伸膝位。術者立於病人同側，將患側足跟緊抵於術者肩前，一手握持患側足掌前部用力下壓，使踝背伸；另一手扶於患膝前方，向膝後用力，使膝過伸。術中用力應循序漸進，力量適中即可，應避免大力牽扯。

二、解痛手法

1. 循經取穴

一般選用膝眼、犢鼻、梁丘、血海、足三里、陽陵泉、鶴頂、委中等穴點按或按揉，也有選用大杼、腎俞、環跳、風市、委中、承山、衝門等穴。有學者將循經取穴治療分為兩步：膝部鎮痛（取伏兔、陰市、膝眼、犢鼻、膝陽關、鶴頂、陽陵泉、陰陵泉、足三里）和腓解症（取環跳、委中、委陽、承筋、承山及阿是穴）手法。

2. 以痛為腧

對痛點（即阿是穴）進行點按，能較好地緩解和消除膝關節疼痛。有報道採用點按及按揉地機穴配合阿是穴治療膝關節疼痛。也有採用以點揉痛點為主的手法治療本病。還有報道採用掐足三陽經脈的五俞穴，循經按摩、點按膝關節附近經穴和痛點達到止痛的目的。也有採用點按經驗穴，如膝海（血海穴上 1.5 寸）、膕行（委中下 1 寸）、膝池（委中上 1 寸）和膝靈（委中穴內開 1.5 寸）等達到止痛目的。

點穴手法要求取穴準確，力量由輕到重，有穿透力，可邊點邊揉，以病人能承受為宜。也有報道採用強刺激手法，以提高止痛效果。因點穴手法作用相對局限，宜作為輔助治療方法。

三、關節被動運動手法

1. 拿推髌法

用手抓住髌骨進行上下、左右的推動及旋轉等運動，以改善髌骨內外側支持帶的張力平衡，增加關節活動度和靈活性。用雙手拇指、示指分別按住髌骨上、下極縱向推揉髌骨 20 次，然後用一手拇指及其余 4 指分別把住髌骨內外緣橫向推拉髌骨 20 次，每次各方向應推動至極限，並維持 20 秒。對髌骨有黏連者，術者可用手掌放置在髌骨上，推動髌骨上下左右活動，用力應柔緩。也可用雙手反向握持病人髌骨上下極，做相反方向的旋轉活動各 10 次，再用五指抓住病人髌骨有節律地向上提起 10 次，然後用雙手拇指按住病人髌骨外上角，有節律地由外向內推擠髌骨 10 次，最後在病人髌骨周邊輕柔按摩 3~5 分鐘。

2. 伸屈法

使用伸屈膝關節的手法以解除關節及其周圍組織的痙攣及黏連，恢復膝關節的應力和張力平衡，從而恢復膝關節正常功能。病人仰臥位，術者一手握住病人足部，另一手按住膝關節前方，將膝關節屈曲至極限，靜壓半分鐘，再將關節慢慢伸直，反復 20 次。每次屈伸活動時都讓病人盡量放鬆，勿作對抗，並逐漸加大到最大幅度。

另一方法，先將病人側關節被動屈伸，達到最大限度再維持 5~10s。隨後，一助手固定住大腿，術者沿肢體縱軸牽拉並屈曲患膝後，維持 5~10 秒，重復操作 2~3 次。

* 本手法主要針對脛股關節，但活動度影響大部份與髌股關節有關，臨床應用時應和其他手法互相配合。

3. 鬆解黏連手法

膝關節骨關節炎常常出現膝關節周圍軟組織黏連，導致膝關節疼痛，影響膝關節活動。所以，對膝關節周圍黏連應盡可能充分鬆解。鬆解黏連可採用分筋手法，包括髌骨兩側分筋法、關節間隙分筋法、股骨體上分筋法等。也可以採用刮筋法，術者找到“筋節”或痛性索條物，屈一拇指指甲部做支點，另掌壓於該拇指上，用臂力推動進行刮筋 5~7 次，以鬆解筋膜粘連。

4. 通三關法

綜合使用伸屈和旋轉手法，活動、膝、踝關節。病人仰臥，取屈髖屈膝位。術者立於健側，一手扶按患肢膝部，一手握持踝關節，將患肢內收內旋、屈髖屈膝，再外展外旋伸膝。如此連續動作，使髖、膝、踝關節均處於搖動狀態。順時針、逆時針各搖 2~4 次，速度不宜過快。

* 注意膝關節退行性病變或軟組織損傷均不適合進行旋轉關節手法。

(3) 心理支援 - 由社工提供（由護士個案經理轉介）

1. 評估：

進行全面評估，以識別膝痺病病人所面臨的具體需求和挑戰：

- 1.1. 評估病人的情緒狀態，是否存在與膝痺病相關的抑鬱、焦慮、壓力或適應困難等跡象。
- 1.2. 探討病人的社會支持網絡，包括家庭、朋友和社區。
- 1.3. 評估病人獨立進行日常活動的能力，例如洗澡、穿衣、梳洗、烹飪和家務，以及更複雜的事務，如藥物管理、財務管理、交通、購物和家居清潔。
- 1.4. 評估病人的居住環境，包括其居家的無障礙性，是否存在障礙或安全隱患，以及是否提供輔助器材或改造設施。
- 1.5. 探討病人的財政狀況、保險覆蓋範圍以及醫療資源的可觸及性，並識別可能影響他們負擔藥物、治療或必要輔助器材的財務困難。
- 1.6. 了解病人的文化背景、信仰和價值觀，以評估這些因素如何影響他們對健康和治療偏好的看法。

2. 支援性照顧：

提供各種支援服務，幫助膝痺病病人應對其疾病並改善其整體福祉：

- 2.1 提供輔導服務，幫助病人應對膝痺病帶來的情緒和心理影響。
- 2.2 進行篩查和處理常伴隨膝痺病的心理健康問題，如抑鬱、焦慮或適應困難，進而協助轉介至心理學家，或與病人現有的心理健康團隊合作。
- 2.3 幫助病人獲取各種社會服務和支援計劃，以增強其福祉，例如協助病人獲得財政援助計劃、交通服務、殘疾津貼、家庭護理服務，或聯繫提供特定支援予膝痺病病人的社區組織。
- 2.4 舉辦定期運動班，教導病人一些運動方法，如拉筋等，以舒緩膝關節疼痛。

- 2.5 為病人提供陪診服務，年邁的病人可能行動不便或害怕跌倒，可以陪同病人前往覆診。

跨專業醫療人員的協作

1. 護士個案經理：

護士充當個案經理的角色，在協調參與病人護理的不同醫護專業人員之間扮演至關重要的角色，例如物理治療師和職業治療師，以評估和規劃病人的護理。護士個案經理還充當分流評估者的角色，他/她可以為各種醫護專業人員撰寫詳細的醫療記錄以作參考，有助減少重複的醫療記錄。團隊也可以根據醫療記錄查詢更多與其專業知識相關的信息。

- i. 與物理治療師合作制定全面的康復計劃，包括活動能力練習、步態訓練和痛症管理方法。
- ii. 與職業治療師合作制定個人化的護理計劃，納入職業治療師對康復、功能性訓練和輔助設備的建議，以增強病人的獨立性。
- iii. 與中醫師合作，撰寫轉介信將病人的詳細情況告知中醫；將中醫療法，如草藥治療或針灸，與西醫療法相結合。
- iv. 與社工合作，制定支援計劃以改善健康的社會決定因素，提高病人的整體福祉。

2. 跨專業團隊會議：

在執行護理計劃的過程中，醫療團隊可以透過定期的團隊會議交換信息，並評估康復進度。

團隊會議的頻率可以根據病人的狀況複雜程度而有所不同。會議可以定期安排，例如每月或每季度一次，或根據病人的進展和調整的治療計劃需要而進行安排。會議可以會討論以下幾方面：

- i. 檢視病人進度：每個專業領域提供有關病人進度的更新，包括情況的改善、挑戰、和任何症狀或功能的改變。
- ii. 評估治療計劃：會檢討目前治療計劃的有效性，並根據病人對干預措施的反應來討論需要進行的修改或調整。團隊還可以探討可能有益於病人的新方法。
- iii. 協調護理：評估不同專業領域之間的護理協調，以確保一致和整合的方法。識別和解決護理中的任何空白或重疊。

- iv. 評估目標：根據病人不斷變化的需求和進展，檢討、確立或修改治療目標。
- v. 病人教育和支援：討論病人教育、自我管理和支援策略，確保病人可以從參與的所有專業領域中獲得一致和全面的信息。
- vi. 轉介或諮詢：如果需要進行額外的專業干預或諮詢，則在跨專業會議中可能會討論和安排適當的轉介或諮詢。

以病人記錄作書面討論：

進行和維持團隊會議的頻率或有不理想的情況，更實際的方法是改進對檢閱病人記錄的權限，以便作為一個團隊的溝通平台，使跨專業團隊可以隨時查看所有病人記錄，並加強溝通。團隊可以在記錄上進行書面討論，充當團隊會議的非實時替代方案。如果有必要，可以提供直接聯繫方法，如電子郵件或電話號碼，以便促進不同人員之間討論治療計劃。

透過醫健通查看病人資訊：

若政府能開放護士能自主輸入病人資料的權限，這樣就可以更方便地將病人資訊連接到中央系統中，從而使團隊可以輕鬆地訪問和查看資料，加強各專業間的資訊交流。

綜上所述，醫療團隊可以進行以下合作，從而提供以病人為中心的護理：

- i. 護士可以與西醫協調並促進病人的護理計劃。他們可以確保西醫開立的治療和干預措施得到有效實施，如護理計劃有任何變更或更新，亦能與團隊不同單位溝通。
- ii. 西醫和護士可以與職業治療師協商，評估病人是否已達到功能性目標，並根據需要對護理計劃進行必要的調整。
- iii. 西醫和護士可以與物理治療師協作，評估病人的身體狀況，並相應調整護理計劃。然而，未必每個個案都能轉介至物理治療，如

果有轉介至物理治療的個案，病人可跟隨物理治療師的運動訓練，否則，病人可以跟隨護士的運動建議。

- iv. 西醫和護士可以與中醫協商，了解中醫治療對病人狀況的進展和潛在影響。
- v. 中西醫間要病理互通，雙方都能夠查看對方醫療的資訊，縮短中間溝通的時間。
- vi. 西醫和護士可以與社工合作，調查病人的心理狀況，並評估是否需要進一步的輔導或社會服務。

3. 跨專業共同會診：

個別個案可以考慮選擇進行跨專業共同會診，使各專業一同討論和評估病人情況，而非分開安排各自的診斷時間。共同會診能促進觀摩和學習其他專業的介入方法。

4. 跨專業培訓：

在開展團隊工作之前進行人員培訓，讓來自不同專業領域的醫療人員了解彼此的角色、責任和溝通方式。該培訓強調八項能力，培養團隊中的合作性：

- i. 釐清對病人、家庭和其他專業領域上的跨專業實踐。
- ii. 描述其他醫療專業的工作和任務。
- iii. 表現出專業、有能力、自信，並保持尊重，避免專業領域的特定語言。
- iv. 與其他專業一起計劃病人的目標和優先事項。
- v. 通過納入其他專業來識別改進病人護理的可能性。
- vi. 辨識和解決由不同專業視角對及病人護理而引起的分歧。
- vii. 評估與跨專業團隊有關的重要護理方案和工作。
- viii. 向其他專業提供及時、同理心和指導性的反饋。

跨專業醫療團隊對膝痺病病人的管理

1. 普通科醫生的轉介標準

1.1. 普通科醫生評估病人的病情，以轉介至物理治療或職業治療：

- i. KL 或 OARSI 圖譜的 X 光分級不等於 0。
- ii. 診斷肌肉骨骼的狀態可否受益於物理治療。
- iii. 疼痛或活動受限性是否影響日常活動或生活質量。
- iv. 是否存在功能缺陷或障礙，如力量減弱或活動範圍減小。
- v. 有否手術後的康復需求，例如膝蓋置換手術後。
- vi. 是否需要指導去制定運動方案以管理症狀。

1.2. 普通科醫生評估病人的病情，以轉介至骨科專科醫生：

- i. 患高風險膝痺病的病人。
- ii. KL 分級為 4 或 OARSI 圖譜為 3 的病人。
- iii. 藥物治療未顯示改善的病人。

2. 護理個案經理的轉介標準

2.1. 護理個案經理評估病人的情況，以轉介至普通科醫生：

- i. 病人的健康狀況出現明顯變化，需要進行西醫評估，包括症狀惡化和無法控制的疼痛。
- ii. 如果與病人狀況有關的併發症需要西醫專業知識。
- iii. 當病人需要諮詢專科醫生，如骨科醫生。
- iv. 在緊急情況下或病人狀況急劇惡化時。
- v. 病人願意接受轉介。

2.2. 護理個案經理評估病人的情況，以轉介至中醫師：

- i. 從中醫角度來看，可以減少西醫藥物的副作用。
- ii. 存在的症狀無法得到控制。
- iii. 中醫可以增強病人的體質，以增強治療效果。
- iv. 病人願意接受轉介。

2.3. 護理個案經理評估病人的情況，以轉介至社工：

- i. 病人無力負擔經濟負擔。
- ii. 病人有心理支援需求。
- iii. 病人願意接受轉介。

3. 治療進展的評估

3.1. X光檢查評估

可覆診中定期使用 KL 或 OARSI 圖譜的 X 光檢查來評估治療進展。

3.2. 膝關節損傷和骨關節炎結果評分（KOOS）調查

病人可以自行填寫一份 KOOS 問卷，以進行初步篩選。KOOS 包括 42 個項目，分為五個子量表：疼痛、症狀、日常生活功能、運動及休閒活動功能，以及與膝關節相關的生活質量。每個項目都根據 0 到 4 的評分，其中 0 代表最差，4 代表最佳。KOOS 問卷有香港中文版本可使用，克朗巴赫系數為 0.7（Cheung, 2016）。

要計算 KOOS 分數，必須對子量表中的每條項目進行評分，然後將其轉換為 0-100 分的評分，其中 0 代表最差，100 代表最佳。可以將每個子量表的分數相加，以獲得病人的整體分數。通過比較每次定期檢查之間的分數差異，可以評估治療進展。

1. PAIN: $100 - \text{Mean Score (P1-P9)} \times 100/4 = \text{KOOS Pain}$

2. SYMPTOMS: $100 - \text{Mean Score (S1-S7)} \times 100/4 = \text{KOOS Symptoms}$

3. ADL: $100 - \text{Mean Score (A1-A17)} \times 100/4 = \text{KOOS ADL}$

4. SPORT/REC: $100 - \text{Mean Score (SP1-SP5)} \times 100/4 = \text{KOOS Sport/Rec}$

5. QOL: $100 - \text{Mean Score (Q1-Q4)} \times 100/4 = \text{KOOS QOL}$

參考資料

Cheung, R. (2016). Hong Kong Chinese version of the KOOS. *Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS)*.

Hunter, D. & Bierma-Zeinstra, S. (2019). Osteoarthritis. *Lancet*, 393(10182), 1745-1759. doi: 10.1016/S0140-6736(19)30417-9

中醫藥規管辦公室 (2021)。〈生川烏和製川烏〉。取自
https://www.cmro.gov.hk/html/b5/useful_information/public_health/publication/AdverseEvents6.html

劉向前 (2011)。《中西醫結合治療膝關節骨關節炎》。中國：人民軍醫出版社。