

# 病患要求施行輔助及另類療法所涉醫學倫理問題

## The Ethical Issue Arising from Patient's Requesting Complementary and Alternative Medicine

蔡甫昌<sup>1</sup> 黃獻樑<sup>2</sup> 陳彥元<sup>3</sup>

台大醫學院社會醫學科<sup>1</sup> 台大醫院家庭醫學科<sup>2</sup>  
Case Western Reserve University 生命倫理系<sup>3</sup>

現代西方醫學的發展日新月異，各種理論、藥物、手術與治療方式不斷推陳出新，然而由於人體的複雜與奧妙，醫療的不確定性依然存在，仍有許多健康與疾病的問題是現代西方醫學無法回答或治療的。而已經普遍使用的常規醫療方式，也往往無法帶給病患絕對有效的保證；加上現代西方醫學強調科學精神，重視對作用、副作用、併發症的掌握，各種藥物或手術已知的副作用或併發症，往往也會讓民眾在就醫時抱著戒慎恐懼或有所保留的態度。隨著社會的民主開放、國民教育及經濟能力的提昇，民眾也越來越注重自己醫療上自主性與就醫的選擇權，希望自己來決定醫療的方式。另一方面，台灣社會原本就存在許多傳統的中醫藥醫療，普遍被民眾所接受與使用，更有許多民俗、宗教甚至神秘之醫療方式存在。而近年來市面上強調自然、不傷身體的各種醫藥或保健商品更是大幅成長，其商業經濟利益十分可觀；加上傳播媒體的發達，民眾較諸以往更容易接觸到許許多多不同於常規醫藥的各種醫療資訊，在這種條件及社會氛圍下，民眾採用所謂「輔助及另類療法(complementary and alternative medicine, CAM)」的情況，可說是十分普遍甚至流行的地步。本文探討病患於接受西方醫療時，同時又要求醫師使用輔助及另類療法所涉及之醫學倫理與法律問題。為便於問題的分析及討論，首先呈現三個臨床上常遭遇的案例情境。

### 案 例

案例一 林女士 59 歲，有高血壓多年病史，幾天前在與家人吃完火鍋後，突然出現左側無力及無法言語、意識狀態呈現嗜睡的現象，在急診室被診斷為急性缺血性腦中風。由於腦梗塞的範圍不小，林女士於是被轉到加護病房密切觀察，期間出現了尿路感染及電解質不平衡的現象，持續接受抗生素及各種輸液治療。在住進加護病房後的第 5 天，家屬找到相當有名的專門治療中風的草藥方，一帖要三千多元。家屬向主治醫師要求，希望醫護人員能每餐給病人灌食該藥方。

案例二 周先生 45 歲，是一名板模工人，長期每日工作勞動達 10 小時以上。下背痛已出現數年，門診就醫時並無明顯其他神經學症狀，腰薦椎 X 光看到骨刺變化，醫師建議服用肌肉鬆弛劑及接受物理治療。但是，經過一個月的療程後，症狀雖然稍微有改善，但仍感不適，周先生於是主動向醫師詢問，是否可以改接受整脊師或推拿師的治療。

案例三 張先生 72 歲，因車禍轉入甲醫院治療。家屬因不願意讓病患做左側下肢截肢手術，而將病患轉至乙醫院。轉入時，左側下肢小腿已接受了筋膜切開術。甲醫院護理人員在病人轉診時，曾經向乙醫院護理人員交班說明病患家屬要求很多，且會介入醫療處置。該病患轉入乙醫院病房約一週後，因左下肢傷口惡化而預定進行截肢手術。手術前兩日，家屬要求為病人灌食中

藥，並且要在病患左下肢患部敷撒中藥粉，此時病人意識不清楚，醫療決定都由家屬代理。

## 輔助及另類療法的概念與分類

何謂「輔助及另類療法」？根據美國國家衛生組織 (National Institute of Health, 簡稱 NIH) 所設置之「國家輔助醫療及另類醫療中心 (National Center for Complementary and Alternative Medicine, 簡稱 NCCAM)」之定義，輔助及另類療法乃是一群與常規醫療 (conventional medicine) 不同的醫療或健康照護系統、醫療處置或是產品[1,2]。而根據 NCCAM，輔助療法及另類療法又各自有不同的定義。輔助療法 (complementary medicine) 指的是與常規醫療併行的其它療法，例如，利用芳香療法 (aromatherapy) 以減輕癌症病人接受化學治療後所產生的不適。而另類療法 (alternative medicine) 則是取代了常規醫療的其它療法，例如，用中藥方取代常規醫療以治療急性缺血性腦中風。

世界衛生組織 (World Health Organization) 在 1983 年時將非正統治療 (non-orthodox treatments) 分為：應用肌動力學 (applied kinesiology)、基氏攝影術 (Kirilian photography)、撞擊治療 (impact therapy)、反射學 (reflexology)、羅爾夫治療法 (Rolfing)、波動治療術 (cymatics)、靈能術 (psionics)、放射電子治療術 (redionics)、金字塔型治療術 (pyramid therapy)、花療術 (flower therapy) 以及心靈、靈魂與身體放鬆術 (Dianetics) 等等[3]。1992 年一份由輔助及另類療法執業者所提供給美國國家衛生組織的報告中，將輔助及另類療法分成 7 大類，包括心身技術 (mind-body intervention)、生物電磁學在醫學的應用 (bioelectromagnetics applications in medicine)、醫療的另類系統 (alternative systems of medical practice)、徒手治療法 (manual healing methods)、藥物及生物的治療 (pharmacological and biological treatments)、草藥醫學 (herbal medicine) 以及飲食與營養 (diet and nutrition) [4]。可見輔助及另類療法種類繁多，隨著時間的演進，其定義與分類也隨著修正。

美國國家衛生組織的國家輔助醫療及另類醫療中心 (NCCAM) 則將輔助及另類療法分成五大類[1,2]：

- 1 另類醫療系統 (Alternative Medical Systems): 該體系中的治療方式通常已有完整的理論並且經過長時間的實際操作證明其效果。在美國，該系統的治療方式通常早於現代西方醫學。包括西方國家的順勢療法 (homeopathy) 與自然療法 (naturopathy)，以及非西方國家中的傳統中醫 (traditional Chinese medicine)、傳統印度、埃及、希臘、阿拉伯醫學等。
- 2 心身技術 (Mind-Body Intervention): 藉一些方式以提升內心力量，並由此來改變身體的功能與不適的症狀。有些心身技術的治療方式其實已經成為主流醫學的一部分，例如，病患支持團體、認知行為治療。而其它心身技術的治療方式，如音樂、跳舞或藝術治療以及打坐或是禱告等，仍被視為輔助及另類療法。
- 3 生物製劑療法 (Biologically Based Therapies): 利用大自然的物質作為治療的藥物，例如草藥，利用動物的生殖器以強化性能力，或利用鯊魚軟骨治療癌症。
- 4 徒手及肢體療法 (Manipulative and Body-Based Methods): 藉徒手的操作或身體各部位的活動互相配合以治療疾病，例如整脊術 (chiropractic manipulation) 與整骨術 (osteopathic manipulation)。
- 5 能量療法 (Energy Therapies): 依使用能量來源的不同又分為生物場能量療法 (biofield therapies) 及生物電磁療法 (bioelectromagnetic therapies)。生物場能量尚未被科學所證實，其治療疾病的方式如氣功。生物電磁療法則包含各種不同的電磁場利用。

## 輔助及另類療法的重要性

世界各地使用輔助及另類療法的人越來越多，這個議題也越來越受到重視。美國從 1991 年到 1997 年，花費在輔助及另類療法的經費從 4

億 2 千萬美元增加至 6 億 2 千萬美元，而在一年內曾求助於輔助及另類療法的人的比例，亦從 33.8% 增加至 42.1% [5]。在英國則是約 25% [6]，而法國及澳洲更高達約一半的民眾在一年內曾使用輔助及另類療法[6,7]。台灣的資料更顯示出約有 70% 到 80% 的民眾曾使用過輔助及另類療法[8,9]。可見，不論是東方社會或是西方社會，愈來愈多人使用輔助及另類療法。究竟是什麼原因讓愈來愈多人願意嘗試輔助及另類療法？Sampson 指出下列的理由可能是造成愈來愈多人願意嘗試輔助及另類療法的原因[10]：

1. 文化相對論的影響(Cultural Relativism)：社會學家主張應以不具批判性(judgment-free)、沒有偏見與情緒的方式，公平地看待各個不同的文化，若以這種觀點來看待所有與醫療相關的行為，即使是錯誤的治療或是具有爭議性的醫療理論都將可以被視為醫療文化的差異。依據文化相對論，雖然大多數的輔助及另類療法並無法提出科學上可印證的理論與治療效果，但基於這只是醫療文化的差異，這些輔助及另類療法仍然必須得到尊重。
2. 既有之政治與心理因素的影響(Predisposing Political and Psychological Influences)：這樣的情形在美國表現於對政府、政治人物以及醫療專業人員的不信任。在台灣或許主要的原因是對西方醫學、醫療專業人員與健保制度的不信任。民眾普遍抱持著西藥比較傷腎、傷肝、傷胃、傷身體的觀念，中藥或輔助及另類療法比較溫和而不傷身體。
3. 經濟因素(Money)：許多與錢有關的因素亦是促成輔助及另類療法逐漸被更多人使用的原因。第一、總是有一群「嚮往當醫師的人(doctor wannabes)」樂於將他們所得治療某個疾病的偏方販售給其他人以換取金錢，或是藉由提供偏方給病人以滿足自己想成為醫師的想法。第二、美國國會在 1994 年通過了一個法案，該法案使得所有的「飲食補充劑(dietary supplement)」不需要在上市前得到美國食品與藥物管理局(the Food and Drug Administration, FDA) 的核准。這意味著所

有以「飲食補充劑」為名而上市的草藥、偏方或是輔助及另類療法製劑，均不再需要提供科學的證據以證實其安全性及有效性。因此，製造「飲食補充劑」的公司便樂於將草藥、偏方或輔助及另類療法之各種製劑推廣到市場上以換取金錢。第三、一些學術機構以前不曾接受輔助及另類療法相關組織的研究經費捐助，然而由於經費短缺，他們開始接受贊助、成立輔助及另類療法相關的研究單位。這些組織提供獎學金與研究經費，加上媒體的宣傳，促成了輔助及另類療法更為社會大眾所接受。

4. 對於研究結果的錯誤解釋(Misrepresentation of Research Results)：那些宣稱某種輔助或另類療法有效果的研究，其實大多數都有嚴重的設計或判讀上的錯誤，導致其他學者或是一般大眾誤以為該療法具有醫療效果。為什麼論文的審查者沒有發現這樣的問題？其原因到目前為止依舊不清楚。

在美國約有 75 所醫學院提供輔助及另類療法的相關課程[11]，為滿足一般大眾對於輔助及另類療法的需求，大部分的私人與國家的健康保險也開始給付輔助及另類療法相關的醫療處置[12,13]。雖然輔助及另類療法漸漸地被愈來愈多人所使用，所涵蓋的範疇也逐漸增加，然而正規的西方醫學教育仍然缺乏這方面的課程與訓練，一般醫師並不具備輔助及另類療法相關的知識與資訊[14]。因此，這些醫師在執業時，往往不願去接觸輔助及另類療法相關的議題，甚至在病人提出這方面的問題時，感到無所適從不知該如何回答。

然而，許多輔助及另類療法已不再只是人們心目中的密醫或偏方，各種健康食品及宣稱有保健療效的產品不斷出現，甚至大打廣告蔚為主流。民眾也普遍容易覺得輔助及另類療法和他們生活中熟悉的疾病觀念與促進健康長壽的價值觀與哲學觀較為一致。其次，輔助及另類療法被認為是較為自然的治療方式(比起常規醫療)，一般大眾比較容易接受與採納。再者，也是和現代醫學最大的差異，那就是輔助及另類療法更加注重心靈層面的問題。現代西方醫學逐漸地將宗教

或心靈的問題從健康照護中分開，這強調了科學的精神與方法，但心靈的議題反而不受重視，這也讓輔助及另類療法有了加速發展的空間[15]。因此，醫師比以往更常接觸到病人主動要求採行輔助及另類療法。所以就醫療上的考量，從與病人討論輔助及另類療法的相關議題，到轉介病人給輔助及另類療法的從業人員，甚至如何繼續追蹤該病人後續變化，其中衍生出來的倫理、法律與政策的問題，將越來越重要。

### 輔助及另類療法的倫理議題

醫師與病人討論輔助及另類療法相關的議題時，往往不是只有醫學因素上的考量，病人與醫生兩者間價值觀的差異、病人對疾病的認知與解釋、其所處社會之文化及宗教信仰價值、病人與醫師互動及溝通的模式等，在在都會影響到倫理上的思考。當代醫學倫理主要的分析方法之一是以「生命倫理四原則方法(Four principles approach to bioethics)」為進路，此四原則包括尊重自主、不傷害、行善、正義。尊重自主原則 (the principle of respect for autonomy) 關注個人所擁有的醫療自主權，不傷害原則 (the principle of nonmaleficence) 要求權衡醫療處置可能帶來的利益與傷害、阻止傷害病人的行為，行善原則 (the principle of beneficence) 說明了醫師應幫助病人解除病痛和促進健康的義務，正義原則 (the principle of justice) 意指必須公平地處理相競爭之訴求及合理地分配醫療資源[16]。以下根據生命倫理四原則來分析醫師對於病患要求施行輔助及另類療法所涉及之醫學倫理問題及因應之道。

1. 尊重自主原則：病人有權利參與個人的醫療決定並且拒絕不想要的治療 (unwanted treatments)。為了達成這樣的目標，醫師有義務確認病人已經被告知所有可能的醫療選擇，其療效、安全性與風險。因此，醫師提供給病患作決定所需要之正確、可理解與可信賴的相關醫療訊息便顯得相當重要。醫師應盡量秉持超然無偏見的立場，提供給病人安全有效的醫療選擇，並尊重具有決定能力

的病人選擇其治療方式的自主權。研究顯示，在美國 48%的醫師曾經建議病人使用輔助及另類療法，大部份醫師的建議是根據自己使用的經驗[17]。醫師在提供醫療方式給病人做選擇時，不能僅以醫師過去的經驗或本身的好惡作為唯一的標準，必須以既有的科學證據，作為建議病人採用或不採用某輔助及另類療法的依據。當病人主動提出輔助及另類療法的要求時，醫師應慎重地考慮、儘量去了解這項療法相關的知識或參考資料，避免只根據個人的好惡或偏見，便將其當作無效的治療。唯有提供正確與值得信賴的資訊給具有決定能力的病人，並且尊重病人所做的決定，病人的自主權才是真正地得到尊重。然而，當某輔助及另類療法缺乏相關科學證據來證明它的療效、安全性與副作用時，醫師則應該儘可能根據自己的醫療專業判斷，向病患說明該療法尚缺乏科學或實證醫學之證據，其療效與風險亦未可知，貿然使用可能會帶來傷害或延誤正規之醫療，分析使用該療法的利弊得失，如此說明，也是善盡醫師醫療上說明之義務。

2. 不傷害原則：這不僅僅是醫師醫療上對其病患所應盡的義務，更是社會中所有的人彼此互動所應遵循的基本道德準則。一般而言我們未必有道德義務要去造福身旁的人，但卻有義務不去傷害他們。「不傷害原則」是古老的醫學倫理原則~「最首要是不造成傷害 (first do no harm)」，它被放在醫學倫理四原則中，主要是因為醫師在執行臨床工作時有太大的機會可以對病人造成傷害，如果他們真的想這麼做的話[18]。假如醫師建議病人使用某種輔助及另類療法，儘管他是戒慎恐懼地想避免對病人造成傷害，但他仍然有很大的可能性會對病人造成傷害，為什麼呢？舉例而言，根據一份報告顯示，在 5000 個被研發出來的新藥中，只有 250 種藥物會通過動物實驗，其中能通過人體試驗只有 5 種藥物，而最終只有 1 種藥物可以得到美國食品與藥物管理局(FDA)的核可而上市[19]。其他絕大多數無法被核可上市的藥物，大都是因

為會對人體造成傷害，或是研究設計有瑕疵而導致無法判斷對人體是否造成傷害。因此一般而言，一個沒有得到核可的藥物，對人體可能造成的傷害是遠大於可能帶來的益處。就美國而言，大部分輔助及另類療法並沒有得到美國食物與藥物管理局的核可，而是以飲食補充劑 (dietary supplement) 的名義上市，但是多數民眾卻可能把它當成是治療疾病的藥物。事實上某些輔助及另類療法，可能只是以訛傳訛的民間古老傳說或根本是江湖術士生財牟利的詐騙工具，其療效及安全性根本未經證實，對身體可能帶來的傷害就更不用說了。基於不傷害原則，當病人或家屬要求輔助及另類療法時，醫師不應該向病人推薦未經研究證實其有效性及安全性的任何療法，而且必須向其強調潛在的風險與傷害。對於那些已經由研究證實不具效果或是對人體有傷害的輔助及另類療法，更必須強烈地建議病人不可採用，以避免病人在不知情的狀況下，損失金錢且傷害身體。

3. 行善原則：主張醫師不僅有避免對病人造成傷害的義務，更要積極地行善(do good)，以病人的最大福祉(best interests)為考量[18]。然而，行善原則在臨床上的實踐需要醫師具備勝任的專業能力，掌握充分的實證研究結果，才能提供確實可靠的醫療資訊給病患，讓病人知道採用那些治療方式是真正對身體有益的，而不僅僅是安慰劑效果 (placebo effect)。因此，醫師應該經常查閱相關的文獻資料、更新自己對輔助及另類療法的相關知識，仔細研判那些研究輔助及另類療法的研究設計是否正確、結論是否有效，避免錯誤地判讀結果。如此才能找出真正有益於病人的輔助及另類療法，在病人有需求的時候建議其使用，才是符合行善原則。惟由於可以做為輔助及另類療法療效之佐證的實證研究實在缺乏，我們通常無法獲得充分相關資料來回答上述的問題；此時，應採保留態度，以考慮不傷害原則為優先。
4. 正義原則：關切公平地分配社會中所有的利益 (benefits) 和負擔 (burdens)。當醫療資源

有限、醫療支出逐年高漲，如何公平、公正、有效地分配所有的醫療資源顯得更為重要。醫療專業人員有義務增進病人的利益並保護有限的醫療資源不被濫用。因此，首先必須回答的問題是被使用的輔助及另類療法究竟是否有效？是否為病患帶來醫療的益處？如果有效，其使用方式是否正當？是否是以最經濟且有效率的方式來達成公平地分配醫療資源？這便是正義原則所關切的。如果沒有證據顯示將使用的輔助及另類療法是能夠帶來療效，那麼使用無效的醫療方式便會是一種醫療資源的浪費，將排擠到有限醫療資源的正當使用，並且可能因此造成延緩常規治療、甚至加劇病情或造成額外傷害，以致將來再尋求正規醫療救治時需要投注更多資源，造成浪費，降低了社會救助疾病與痛苦的能力，因而違背正義原則。

由此可知，應用生命倫理四原則來對輔助及另類療法之使用所涉倫理議題進行分析，不論是基於尊重自主、行善、不傷害及正義原則的探討，均必須建構在以實證研究所建立之知識基礎上，以病患之最佳利益為前提，來了解與評價輔助及另類療法之使用，臨床醫師才不至於無所適從。

### 輔助及另類療法的法律議題

我國尚無明確的法律規定那些治療是屬於輔助及另類療法，也無特別條文規範其管理，但可從相關法規及衛生主管機關的公告來探討。

#### 一. 輔助及另類療法不納入醫療管理？

根據民國 82 年 11 月 19 日衛署醫字第 82075656 號函，公告不列入醫療管理之行爲及其相關事項如下：「一. 不列入醫療管理之行爲如下：(1)未涉及接骨或交付內服藥品，而以傳統之推拿手法，或使用民間習用之外敷膏藥、外敷生草藥與藥洗，對運動跌打損傷所爲之處置行爲；(2)未使用儀器，未交付或使用藥品，或未有侵入性，而以傳統習用方式，對人體疾病所爲之處置行爲。如藉按摩、指壓、刮痧、腳底按摩、收驚、神符、香灰、拔罐、氣功與內功之術等方式，

對人體疾病所為之處置行為。二. 前項不列入醫療管理之行為，除標示其項目外，依醫療法第五十九條規定，不得為醫療廣告。」

此公告所界定之行為，主要限於應用於「運動跌打損傷之傳統推拿、民間習用之外敷膏藥、草藥與藥洗，及未使用儀器、交付或使用藥品、未有侵入性之傳統習用方式，如按摩、指壓、刮痧、腳底按摩、收驚、神符、香灰、拔罐、氣功與內功之功術等」，並且強調其不得為醫療廣告。然而這些行為其實都有特定之治療標的，為了達到某特定的治療效果而施行，例如肌肉骨骼系統之運動傷害、內外科疾病、精神心理或宗教上之醫療...，其存在於華人社會歷史悠久，廣為民間所相信與採用，在此公告中卻不被衛生署認定納入「醫療管理之行為」，究其原因應該是因為有些只是屬於簡易的自我療護、保健或復健行為，例如指壓、推拿、腳底按摩、推拿、刮痧等，一般人都可操作，不必要也不可能禁止；有些則是涉及神祕或宗教的行為，常由廟宇主持、僧侶道士或乩童靈媒在操作，超過醫療主管單位管轄範疇與能力，若真要納入醫療管理在實務上是十分困難或根本無法執行。然而這些有實質醫療效果或治療目的的行為是否因為管理不易就不屬於「醫療行為」，施行者或施行單位是否因為此公告就不受到相關醫療法規之管理，筆者認為這是有疑義的。例如當一位病患聽信了廣告或經人介紹，到某私人處所或診療單位接受宣稱具有療效的輔助及另類療法，因而造成了病人的意外或突然傷亡，此時家屬若對該施行輔助及另類療法者提起訴訟，此案例應會成立。因為該輔助及另類療法既然經廣告或介紹宣稱具有醫療效果(事實上廣告也可能觸法)，由施行者施予在病患身上，其本質很難逃「醫療行為」或「醫療業務」之事實，而行為所造成之傷害自然應該受到相關法令之規範。

我國法律對於誰可以執行醫療業務是有嚴格限制的，依據醫師法(民國 91 年 1 月 16 日修正)第 1 條規定「中華民國人民經醫師考試及格並依本法領有醫師證書者，得充醫師」，第 11 條「醫師非親自診察，不得施行治療、開給方劑或交付診斷書」，第 28 條「未取得合法醫師資

格，擅自執行醫療業務者，處六個月以上五年以下有期徒刑，得併科新臺幣三十萬元以上一百五十萬元以下罰金，其所使用之藥械沒收之」，這便是所謂的「密醫罪」的來源。護理人員法(民國 91 年 6 月 12 日修正)第 24 條規定：「醫療輔助行為應在醫師之指示下行之」，衛署醫字第 0 九 0 0 0 一七六五五號公告醫療輔助行為的範圍如下：「1. 輔助施行侵入性檢查；2. 輔助施行侵入性治療、處置；3. 輔助各項手術；4. 輔助分娩；5. 輔助施行放射線檢查、治療；6. 輔助施行化學治療；7. 輔助施行氧氣療法(含吸入療法)、光線療法；8. 輔助藥物之投與；9. 輔助心理、行為相關治療；10. 病人生命徵象之監測與評估；11. 其他經中央衛生主管機關認定之醫療輔助行為。」由此可見，不管是「醫療行為」或「醫療輔助行為」的實施，都必須由醫師本人或在醫師的指示下方可進行。根據這些規定，筆者認為輔助及另類療法即使是管理困難，其實施的方式或是本質若是愈接近醫療行為或醫療輔助行為，其侵入性或介入性越高時，當它造成病患之傷害時，若當事人或家屬對施行者提起法律訴訟時，施行人將難逃上述法律責任。

## 二. 醫護人員被要求協助施予輔助及另類療法

若是病患或家屬要求醫療人員協助施予輔助及另類療法時，醫療人員將涉及哪些法律責任呢？首先應了解在一般執行醫療業務時，醫療人員所負之法律義務。當病患至醫院掛號看診或住院接受診療，形式上乃是與醫院形成醫療契約；醫療人員受僱於醫院，成為為醫院履行診療義務之輔助人，醫療人員若未盡到應盡之注意義務或執行醫療業務有疏失，而導致病患身體健康受損時，雖未與病人直接簽訂契約，仍需負起侵權及損害賠償的責任。如何將構成侵權責任，可從以下兩方面來判定：第一、要有行為：行為可分為作為(例如，灌藥)與不作為(例如，什麼處置都不做)，若醫療上醫療人員應該有所作為(例如開藥、進行手術)，然而醫療人員卻不作為時，即可能涉及侵權。第二、要有違法性：即此行為有客觀違反法律上之注意義務。何謂注意義務：亦即具良知、理性而小心謹慎的人，於該情況下須盡之注意義務。醫護人員經由與病人之契約關係

會產生兩種義務：(1)主要義務:如診斷、治療、用藥；(2)附隨義務:包括風險告知、說明的義務。

我國法律並無要求醫療人員必須禁止病人或家屬使用輔助及另類療法，這代表醫護人員無禁止病人使用輔助及另類療法的義務；因此當醫護人員沒有禁止病人或家屬使用輔助及另類療法時，即無作為時，並不需負擔相關法律責任。但若是醫師同意病人使用並協助其施行輔助及另類醫療並有開立醫囑時，即表示醫師有所作為，此時病人因其用藥導致傷害時，醫師便需負相關法律責任。若醫師不同意病人採用輔助及另類療法，而病人因其自行用藥導致傷害時，醫師並不需負法律責任。就應注意義務而言，雖然醫護人員沒有施行輔助及另類療法之義務，但有風險告知及說明之義務，因此就如上述倫理分析所強調，病患欲使用經醫師專業判斷認為可能有害之輔助及另類醫療時，醫師仍應善盡風險告知及說明之義務，勸阻病患。此外，醫師若只具有西醫師資格而未具中醫師資格，自不應開立中醫藥之處方於醫囑，否則將會違反醫師法第 28 條未取得合法醫師資格，擅自執行醫療業務者之規定，這原則在沒有中醫師及中醫醫療業務的醫院更形重要，常常有家屬會要求醫師為昏迷或無法進食之病患灌食中藥，希望護理人員的協助，若醫師為了要使護理人員願意協助，而開立中藥灌食之處方，自是違法，除非醫院有合格之中醫師，由其開立中醫藥處方才是合法。

### 三. 簽立切結書

臨床上另一個常見到有關使用輔助及另類療法問題，就是關於簽立切結書的問題。醫師若碰到病患或家屬堅決要使用輔助及另類療法，而醫師卻認為不妥時，常常會要求病人或家屬，必須於病歷上簽署切結書，大致是為了表明此輔助及另類療法乃是病患或家屬自己想要使用，並非出於醫師之處方，若有任何後果將由病患及家屬自行負責，而此切結書的法律效力經常被探討。一般法律見解認為，醫師要求病人及家屬所簽署之切結書基本上有兩種功能：(1)提供事實明確性，可以確認此為病人或家屬自行用藥，並非醫師醫囑，做為舉證之方便；(2)責任免除與限制之功能，具有阻卻違法的功用：請病人及家

屬於病歷上簽署切結書，表示病人要求使用輔助及另類療法，醫護人員只是於此過程給予病人及家屬相關協助，施行後若病人產生嚴重副作用或後遺症時，該切結書可證明使用輔助及另類療法乃病患及家屬所要求及同意，而成立阻卻違法事由及效果，保障醫護人員行為並無違法。故當病人及家屬欲使用輔助及另類療法時，於病歷上記載醫病雙方溝通內容，並簽立切結書做為紀錄，仍有其效用[20]。

### 四. 護理人員協助灌藥

除了醫師外，護理人員亦常遭遇輔助及另類療法所帶來的困擾，最常見的是家屬希望護理人員協助給病人灌食中藥方等輔助及另類療法，此時就會牽涉到幾種可能的法律情況。若家屬自行對病人灌食中藥，而護理人員毫不知情時，護理人員無需負法律責任。若是病人或家屬要求、且已簽署使用輔助及另類療法用藥之切結書，而病人因灌食輔助及另類療法用藥而導致傷害時，護理人員也無需負法律責任。但要注意的是，若簽具切結書後，雙方決定由護理人員協助灌食，護理人員此時應對用藥過程善盡應注意之義務，若有疏失而導致病人的傷害則必須負相關責任。例如因鼻胃管放置位置不正確而導致灌藥後造成吸入性肺炎，護理人員對於鼻胃管之位置不正確所造成的傷害就有責任，而並非對於這項輔助及另類療法的使用負責。

從美國的經驗來看，法院上關於輔助及另類療法發生醫療糾紛之判例，相較於常規醫療之判例，仍是非常少，主要有以下幾個原因[21]：

1. 大部分的輔助及另類療法是較不具侵略性的。
2. 大眾及法律界對於輔助及另類療法的不適當執業或是醫療過失尚未有清楚的界定，也尚未有完整成熟的法律或訴訟模式可循。
3. 輔助及另類療法的施行者，往往較常規醫療的施行者更能貼近病患的心理，同時也較能順著患者的需求而建立良好的關係，因此發生訴訟的機會大幅降低。

但隨著輔助及另類療法的使用持續增加，許多關於輔助及另類療法的訴訟也在增加當中，過去一些遊走在不清楚界線的狀況逐漸面臨挑

戰，隨著病患自主意識及醫療資訊的普及，常規醫療也將會面臨更多與輔助及另類療法有關的挑戰，而其相關法律問題將是醫師們所必須重視的。

## 輔助及另類療法的政策議題

如前文所提，輔助及另類療法在定義上以及其所涵蓋的範圍有相當大的變異性，隨著醫學研究所提供的證據逐漸地增加，經過一段時間後，某些輔助及另類療法就可能變成標準的醫療。所以在這充滿變化的醫療環境中，醫師們如何根據病人的最大利益，以專業及符合倫理的思維，提供病人有關輔助及另類療法負責、安全、有品質的建議，並在發生爭議甚至法律訴訟時，能有較一致的判斷標準，其實很需要有一套執業準則(practice guideline)供大家遵循。美國醫學會(AMA)於 1997 所提出關於輔助及另類醫療的政策建議指出：

1. 大多數的另類療法都缺少證據可證實其安全性及有效性。許多現有的資訊顯示這些治療大多是無效的。應該進行設計完善、嚴格掌控的研究，以評估另類療法的有效性。
2. 醫生應該定期地詢問其病人使用輔助及另類醫療的情形，同時自我再教育且教育病人關於可以使用或考慮之輔助及另類醫療的科學知識進展狀況。
3. 選擇另類療法的病人，應該被教育有關因使用另類療法而延遲或停止常規醫療所帶來的危險性。
4. 醫學院所開設之另類醫療課程應提供有關非傳統理論、治療、施行方法、潛在利益、安全性、有效性之科學觀點[22]。

全美各州醫療委員會聯合會 (Federation of State Medical Board of the United State)在 2002 年提出了「執業中使用輔助與另類療法之範例準則 (Model Guidelines for the Use of Complementary and Alternative Therapies in Medical Practice)」[23] 來供醫師參考。該準則內容包括了涉及輔助及另類療法時，對病人的評估、病歷記載、教育、研究等，提供醫師在臨床上能有所參考指引，其重

點摘要如下：

### 一. 病人的評估

不論是輔助及另類療法或是常規醫療 (conventional treatment)，對於病人評估應該要建立一套相同的標準。因為不論我們提供給病人的是常規醫療，或是討論與建議輔助及另類療法，醫師應先進行完整詳細的病史詢問及理學檢查，尤其是對病人過去的醫療史做完整的回顧。這樣的回顧，不只包括病人接受常規醫療的病史，若病人所採用的其它方法具有與常規醫療同樣安全及可信賴的標準，也應記錄在病歷上。其他應記錄在病歷上的尚包括：(1)有那些醫療選擇已經提供給病人、討論過、甚至曾經嘗試過，而在嘗試過的方法中，又已得到什麼樣的效果。病人本身或是醫療代理人拒絕或接受的原因為何，以及已經提供給病人的適當治療之轉介；(2)對於建議的治療，已經就其所知的好處及風險與病患或醫療代理人進行適當的討論；(3)醫師已評估所建議的治療會對其他正在進行的治療造成何種程度的干擾。

### 二. 治療計劃

醫師可以根據病人個別需要，提供給病人常規醫療或是輔助及另類療法。而治療的成功與否或進展情形應有實際可評估的目標，例如疼痛的緩解、身體或心靈層面的改善等等。在設定這樣的計劃時，包括過去及現在的病況、身體檢查情形、進一步所需的檢驗、照會、轉介或需使用的醫療器具都應考慮在內。而提供的醫療計劃應比其它在相同情況下的治療具有更好的風險效益評估。其次，在合理的預期下，這樣的治療會帶給病人較好的結果。並且，預期在這樣的治療下會得到比沒有任何治療更大的好處。

### 三. 照會或轉介給其它有執照或是政府合法管理的健康醫療執業者

在有需要輔助及另類療法的情形下，醫師或許會轉介病人給其他經訓練過具有相關技術、且具有執照或政府合法管理的健康醫療執行者做進一步的評估或治療，以達到醫師所訂的治療目標，然而在轉介的同時，醫師也應繼續負責監控治療成果，並安排定期追蹤。

### 四. 病歷記載

醫師應保持精確及完整的紀錄，其中包括病史及理學檢查，診斷、治療及實驗室檢查結果，評估、照會及轉介後的結果、治療的目標、風險效益評估的討論、適當的知情同意、治療過程、藥物（包括日期、種類、劑量等）、給予病人的指示及協議，以及定期追蹤。這樣的病歷記載應維持時效性，並以可取得、隨時可查閱的方式保存。

#### 五. 教育

醫師對自己受過相關教育和訓練、而在醫療執業上提供或應用的方法，須能證明自己對這些方法的醫學知識有基本的瞭解。

#### 六. 醫師診間的販售行為

醫師不應販售或租賃與健康相關的產品，或參與廣泛的推銷及建立個人品牌，因為這樣可能會造成病人被剝削。其他相關的注意事項包括：(1)醫師應清楚告知自己與任何產品銷售的利益關係；(2)若是為了病人方便取得現有的產品，醫師應以免費或成本價提供給病人；(3)有些例外情況，例如對於病人非常重要的持久性醫療用品，或是與慈善或服務性組織相關的非健康產品。

#### 七. 臨床研究

就跟常規醫療的研究一樣，輔助及另類療法的從業人員在進行新藥物或新處置的研究時，也負有倫理及專業上的責任。研究者應遵循下列的倫理準則：(1)臨床的研究應是建立在可接受的科學研究標準下所設計的計劃，才能得到科學上有效且有顯著意義的資料結果。(2)臨床研究者不論是對於有參加或沒參加研究計劃的病人，都應保持同樣的關切，並注意其福祉、安全及舒適性。此外，研究者都被期許應遵循所有的規範及準則，其研究計劃也應被機構審查委員會 (Institutional Review Board, 簡稱 IRB) 所同意及持續監測。如此才能確保研究所得到的好處大於參與者所需承擔的風險，並且確保研究過程中不會出現任何違反研究倫理的情況發生。

### 輔助及另類療法的研究議題

醫師們覺得最困難的，莫過於沒有足夠的科學證據支持他們去建議病人使用或不要使用某

種輔助及另類療法。以往當醫師欲提供病人診斷或治療上的建議時，都是根據醫學上的證據來建議，否則也是以專家的意見及經驗做為醫療處置方針；如此才能用有科學證據支持的治療方法來治療病人(行善原則)，並減少該治療可能出現的副作用及傷害(不傷害)。然而在面對輔助及另類療法時，又是全然不同的局面。

首先，這些輔助及另類療法並非一定能以現代的科學來驗證[24]，以中醫的理論與形式而言，疾病的徵狀往往是診斷與治療的主要內容及方向，而中醫藥使用複方劑的方式及效果，很難以當今科學研究的設計來予以驗證。其次，不正確的研究設計所得到的結果，往往過度強化該療法的治療益處[25]，並且容易引導讀者作出錯誤的判讀。任何非遵守醫學研究基本原理而設計嚴謹的臨床試驗，縱使其樣本數量龐大，統計結果也令人驚訝，但是其結論往往會令人產生懷疑。有一些過去曾經被視為有效的輔助及另類療法，例如趨勢療法(homeopathy)、自然療法(naturopathy)、針灸(acupuncture)，經過精確的研究設計與文獻回顧後，所得到的證據顯示這些療法其實是沒有效果的[26-29]。

雖然是否適合以常規醫療的實證方法來檢驗尚有爭議，已經有許多輔助及另類療法的臨床實驗進行中。美國國家衛生組織(NIH)從1992年便成立另類療法辦公室(Office of Alternative Medicine)，開始時每年投入兩百萬美金的研究，而到了1999年國家輔助醫療及另類醫療中心(National Center for Complementary and Alternative Medicine)成立後，每年的研究經費更是大幅成長，到了2003年每年有一億一千四百萬美金的研究經費投入。同時，包括了哥倫比亞大學、杜克大學以及哈佛大學等醫學院，也都紛紛成立了有關另類療法的研究中心[24]。

在1998年11月的美國醫學會雜誌(the Journal of American Medical Association)以專輯來報導輔助及另類療法的臨床試驗。其中被證實有療效的包括中國草藥對大腸急躁症的治療、艾草搭配針灸對胎位不正的效果、以及瑜珈對腕隧道症候群的治療。而研究並沒有顯示出療效的包括藤黃果(Garcinia cambogia)的減肥效果、針灸

對愛滋病患週邊神經病變的治療、以及脊椎矯正術對壓力性頭痛的療效。近期兩個較大型的研究顯示吃鋸櫚莓果實 (saw palmetto) 治療攝護腺肥大[30]及所謂趨勢療法 (homeopathy) [31]的療效並沒比對照組有效。唯有藉由更多的關於輔助及另類療法安全性與有效性的研究，醫師在日常的執業過程中，才能提供科學的證據讓病人參考，使醫師更符合專業倫理的規範。

## 如何和病人討論輔助及另類療法

臨床上遇到必須與病人討論輔助及另類療法時，首先要尊重病人的價值觀及自主性 (autonomy)，然而醫師不需要去違背自己的價值觀，更不需要只為了滿足病人的需求或信念而違反了實證醫學的基本精神[32]，還是要提出在醫療上及倫理上負責任的建議。雖然大部分的輔助及另類療法尚未被證實有效，只有少數的療法有被驗證，大部分的療法也未被證實無效。在面對這樣處境時，可以從幾個面向來做風險分析及醫病溝通，將各個面向的好處及壞處詳細評估，作為醫療決策的根據：

1. 疾病的緊急及嚴重程度：若是相當緊急且嚴重的疾病，這種狀況自然不適合採用未有足夠科學證據的輔助及另類療法。
2. 常規醫療的效果：若某項常規醫療確實有效，也適用於病人，此時不應捨棄此療法而轉向輔助及另類療法。例如：早期大腸直腸癌，手術早已證實有效，若家屬想要採用草藥治療，站在醫師的立場一定要詳加解釋並建議採取常規醫療，避免病情的延誤。
3. 常規醫療的侵入性及副作用的程度：若某項常規醫療就科學的證據已經證明有效，但是具有相當的侵入性或毒性及副作用很大，這時要謹慎衡量治療帶來的傷害與利益。例如：一位八、九十歲的老先生，已經接受藥物治療但依然被攝護腺肥大的症狀所困擾，雖然手術可以緩解，但手術及麻醉的侵入性及副作用是否對病人一定利大於弊，便必須要謹慎考量。
4. 想採用之輔助及另類療法其安全及有效程度：

例如跌打損傷時，國人常常找尋民間草藥祕方或國術師之整骨術的幫忙，此時醫師應該要就接受常規醫療(外科與復健醫學)與敷草藥或國術師之整骨術，兩者間的安全性與有效程度作比較，並向病人作詳盡的解說利弊並提出建議。

5. 病患及家屬對該輔助及另類療法的瞭解及對該療法堅持的程度：不論考慮採用何種治療，病患的自主性仍是相當重要的。而確定已經提供所有可能的治療方式讓病人做選擇，並且已告知病人可能的風險與好處醫師唯有藉良好的醫病溝通來了解病患的認知程度及堅持某項輔助及另類療法的理由，逐步建立醫病雙方對於治療的共識，找出對病人最有利的治療方向。醫病間良好的溝通及互動，永遠是最重要的課題。

## 如何追蹤已接受輔助及另類療法的病人

若病患最後仍決定要採用輔助及另類療法，或同時採行常規醫療方法，醫師為病人最大的利益著想，應安排有效的追蹤及溝通計劃[32]：

1. 與病人確認最主要的症狀：了解到底是那個症狀最不舒適，是不是常規治療方法所不能解決的。
2. 紀錄症狀日記：為了能夠確實了解治療的有效程度，請病患能夠確實紀錄下症狀的改善情形，有助於後續的治療追蹤及決策。
3. 了解病人的喜好及期望，並再次討論選擇療法的安全及有效性：保持不斷及良好的醫病溝通，不只能幫病人做最好的決定，更有助於避免醫療爭議。
4. 確認合格或是有執照的輔助及另類療法執業者：了解當地此項輔助及另類療法是否已有認證制度或是固定課程，幫助病患找到一位合格或是有執照的輔助及另類療法執行者。
5. 建議病患一定要詢問輔助及另類療法執行者的相關重要問題：為了使病患了解所考慮採用的療法，應該建議病患詢問輔助及另類療法執行者基本必要的問題，例如：治療的療

效、療程內容、長短以及副作用、所需的經費以及後續如何追蹤等等。

6. 安排門診追蹤或是電訪：醫師應該繼續了解病人的後續狀況並持續提供協助。
7. 留下紀錄：將與病人討論的過程紀錄在病歷中，病人的症狀變化也應紀錄下來，以提供經驗及證據紀錄保存。

## 案例回顧

案例一 林女士的急性缺血性腦中風是相當緊急而嚴重的疾病，故需要轉入加護病房密切觀察。而感染及電解質不平衡，於醫學上可以使用抗生素及輸液做相當有效的治療。而根據進一步的了解，家屬所得來的藥方，根本不是有執照的中醫師所開出，甚至可能是個觸犯法規的密醫郎中所開出。於是主治醫師不斷的與家屬溝通，建議不適合使用這種療法。然而，林女士的一位妹妹不斷堅持使用，認為她的公公在中風後使用，恢復得很快。最後主治醫師與家屬召開家庭會議，在各自說明自己的立場後，林女士的先生及大兒子可以理解主治醫師的立場及目前的治療方向，並且說服林女士的妹妹，不使用此中藥方。

案例二 醫師向周先生說明復健有時要到兩三個月才會出現效果，且應該配合適當的休息，然而周先生的工作很難休息，使得症狀改善不明顯。周先生表示還是很希望能試看看整脊師的療效，醫師於是向周先生說明國內尚無類似國外的整脊師認證制度，其醫療的品質堪虞，過去也發生過整脊師的治療造成病患嚴重併發症的案例，若周先生還是想去試試看，一定要找一位有受過合格訓練的整脊師進行治療，並詳細詢問其花費及副作用。醫師並安排周先生回來門診持續追蹤，以了解其後續治療之發展。

案例三 由於家屬堅持一定要給病患餵食中藥及於傷口上敷灑藥粉，主治醫師於是召開與家屬溝通的醫病討論會，會中護理長認為該中藥非該院醫師處方且成分不明，該院亦非中醫醫院，故灌中藥不應由護理人員執行；而一般外傷換藥也都是由醫師執行，故在病患傷口上敷灑中藥粉也須由開立處方的中醫師執行。然而家屬仍

然強烈堅持要輔以中藥治療，醫療團隊幾經討論後，主治醫師最後勉強表示醫療上無法主動配合，但家屬有任何自行執行之輔助及另類醫療之作爲，醫師無法禁止，其後果概由家屬自行負責，並要求家屬簽下「違背醫師之建議，若造成傷害後果由病人及家屬自行負責」的切結書。最後由家屬自行執行，但灌食前由護理人員確定鼻胃管在正確位置；傷口灑中藥粉亦由家屬執行，但換藥前由護理人員拆開敷料。

## 結語

醫學是本於科學的一種藝術，即使在科技昌明的今日，仍存在種種的不確定性，沒有任何的常規療法是可以保證百分之百有效；而每一個文化及社會中也存在著各式各樣傳統的輔助及另類醫療，吸引民眾在面對病痛時去嘗試這些另一種選擇。研習西方當代醫學的執業醫師們，在過去時常忽視病人這樣的需求與習慣，往往容易僅以輔助及另類療法未經研究證實，便不予考慮或不願討論。然而輔助及另類療法存在於人類社會、文化、歷史及傳統中已久，往往與人們的日常生活關係密切，而醫師總是以病患的最大利益爲考量，因此任何可能對人類疾病及痛苦有幫助的醫療方式，都不應該無端輕易地被排斥，然而也必須經過嚴謹的檢驗才能夠被採用。醫師因此應該多了解當前輔助及另類療法的實證醫學研究進展，以共同參與的互動模式，與病人進行不同醫療選擇的討論。在此同時，亦應遵受法律規範、醫療專業準則及政策建議，才能保障醫病雙方的權益。相信當輔助及另類療法的研究蓬勃發展，醫師們可會獲得更多值得參考之科學證據時，便能更有信心地爲病患提供解說與建議，民眾也將會有更多好的醫療選擇。

## 致謝

本文爲蔡甫昌醫師國科會科教處專題研究計畫 NSC 95-2516-S-002-013-MY3 之部分成果，作者謹此向國科會致謝。作者亦感謝台大醫院臨床醫學倫理委員會舉辦之「另類醫療倫理議題工作坊」(民國九十五年四月十一日)與會專家寶貴

之討論意見。

### 參考資料

1. National Center for Complementary and Alternative Medicine, NIH: What is complementary and alternative medicine (CAM)? <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam/> (Access on 2006/12/26)。
2. 陳彥元、蔡甫昌、陳慶餘：輔助與另類療法的倫理議題。當代醫學，2004;31:7: 574-578。
3. Bannerman RH: Traditional medicine and healthcare coverage. Geneva: World Health Organization, 1983.
4. National Institutes of Health: Alternative medicine: expanding medical horizons, a report for the National Institutions of Health on alternative medical systems and practices in the United States (Chantilly Report). Pittsburgh, 1992.
5. Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL, et al: Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey. J Am Med Assoc 1998;280:1569-75.
6. Fisher P, Ward A: Complementary medicine in Europe. Br Med J 1994;309:107-11.
7. MacLennan AH, Wilson DH, Taylor AW: Prevalence and cost of alternative medicine in Australia. Lancet 1996; 347: 569-73.
8. 丁志音：誰使用了非西醫的補充與另類療法？社會人口特質的無區隔性與健康需求的作用。台灣衛誌 2003;22:155-66。
9. 辛隆士、邱泰源、胡文郁、程邵儀、陳慶餘：癌末病人之另類治療行為。中華家醫誌 1996; 6: 127-37。
10. Sampson WI: The braid of the “alternative medicine” movement. Sci Rev Altern Med 1998; 2:4-11.  
<http://www.quackwatch.org/01QuackeryRelated/Topics/altbraid.html> (Access on 2006/12/26)
11. Wetzel MS, Eisenberg DM, Kaptchuk TJ: Courses involving complementary and alternative medicine at US medical schools. J Am Med Assoc 1998;280:784-7.
12. Colgate MA: Gaining insurance coverage for alternative therapies. J Health Care Mark 1995; 15:24-8.
13. Weber DO: The mainstreaming of alternative medicine. Healthc Forum J 1996;39:16-27.
14. Angell M, Kassirer JP: Alternative medicine – the risks of untested and unregulated remedies. N Engl J Med 1998;339:839-41.
15. Astin JA: Why patients use alternative medicine: results of a national study. J Am Med Assoc 1998;279:1548-53.
16. Beauchamp TL, Childress JF: Principles of Biomedical Ethics, 5<sup>th</sup> ed. NY, Oxford, 2001: 57-282.
17. Corbin Winslow L, Shapiro H: Physicians want education about complementary and alternative medicine to enhance communication with their patients. Arch Intern Med 2002;162:1176-81.
18. Schneiderman LJ: Alternative medicine or alternatives to medicine? A physician's perspective. Camb Q Healthc Ethics 2000; 9:83-97.
19. Altman LK: Drug mixture curbs HIV in lab, doctors report, but urge caution. New York Times 1993; Feb. 18:A1.
20. 台大臨床倫理工作坊會議紀錄：另類療法相關醫學倫理議題。2006年4月11日。
21. Studdert DM, Eisenberg DM, Miller FH, et al: Medical malpractice implications of alternative medicine. J Am Med Assoc 1998; 280: 1610-5.
22. AMA, Alternative Medicine, Report 12 of the Council on Scientific Affairs (A-97), <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/13638.html> (accessed 2007.1.7)
23. Federation of State Medical Boards of the

- United States, Inc. Model Guidelines for the Use of Complementary and Alternative Therapies in Medical Practice. Approved by the House of Delegates of the Federation of State Medical Boards of the United States, Inc., as policy April 2002
24. Sade RM: Complementary and alternative medicine: foundations, ethics, and law. *J Law Med Ethics* 2003; 31: 183-90.
  25. Schulz KF, Chalmers I, Hayes RJ, et al: Empirical evidence of bias: dimensions of methodological quality associated with estimates of treatment effects in controlled trials. *J Am Med Assoc* 1995;273:408-12.
  26. Linde K, Clausius N, Ramirez G, et al: Are the clinical effects of homeopathy placebo effects? A meta-analysis of placebo-controlled trials. *Lancet* 1997;350:834-43.
  27. Beyerstein BL, Downie S: Naturopathy. *Sci Rev Altern Med* 1998;2:20-8.
  28. Vickers AJ: Can acupuncture have specific effects on health? A systematic review of acupuncture antiemesis trials. *J R Soc Med* 1996;89:303-11.
  29. ter Riet G, Kleijnen J, Knipschild P: Acupuncture and chronic pain: a criteria-based meta-analysis. *J Clin Epidemiol* 1990; 43:1191-9.
  30. Bent S, Kane C, Shinohara K, et al: Saw palmetto for benign prostatic hyperplasia. *N Engl J Med* 2006 Feb 9; 354:557-66.
  31. Shang A, Huwiler-Muntener K, Nartey L, et al: Are the clinical effects of homeopathy placebo effects? Comparative study of placebo-controlled trials of homeopathy and allopathy. *Lancet* 2005;366: 726-32.
  32. Adams KE, Cohen MH, Eisenberg D, et al: Ethical considerations of complementary and alternative medical therapies in conventional medical settings. *Ann Intern Med* 2002;137: 660-4.
  33. Eisenberg DM: Advising patients who seek alternative medical therapies. *Ann Intern Med* 1997;127: 61-9.