

보완대체의학의 윤리적 성찰*

정유석**

I. 글을 열며

어느 사회에서에서나 정통의학(conventional, orthodox medicine)의 범주에 들지 못한 민간요법, 전통의학, 대체요법 등의 명칭으로 다양한 치료행위들이 존재하여 왔다. 그동안 이들을 일컫는 다양한 용어들이 혼용되어 왔으나, 최근에는 보완대체의학(complementary and alternative medicine, CAM)이 표준용어로 자리 잡아가고 있다. 그러나 아직도 보완대체의학의 정의 및 범주에 대해서는 그 종류만큼이나 다양한 견해들이 있다. 미국 국립보완대체의학센터는 '현행 정통의학에 포함되지 못한 채 유행중인 일련의 건강 의료 체계, 기술 및 그 산물'로 정의하고 있으며,¹⁾ 코크란(The Cochrane collaboration)에서는 '정통의학의 범주 밖에서 시행되는 질병 치료와 예방, 건강 증진 및

웰빙 관련 의료행위'로 정의하는 한편, 한 나라의 정통의학이 어떤 것인지에 따라 그 내용은 다를 수 있다고 하였다.²⁾

한편 통합의학(Integrated medicine)이라는 용어와 의 개념적 혼동도 정리할 필요가 있는데, 보완대체의학은 정통의학의 한계를 보완(complementary), 혹은 대체(alternative) 한다는 뉘앙스가 강한 반면, 통합의학은 보완대체의학의 내용 중 어느 정도 과학적인 근거가 있고 의사들의 거부감이 적은 기술들과 정통의학의 아우름(통합)을 시도하는 분야로 정리할 수 있겠다.³⁾

현대 의학의 눈부신 발전에도 불구하고 전 세계적으로 민간요법이나 보완대체의학에 대한 수요는 줄어들 기미가 보이지 않는다. 미국의 경우 지난 1년 동안 전체 성인의 36%가 보완대체의학을 경험하였고, 여기에 '치유를 위한 기도'와 '다량의 비타민 복용'을 포함시키면 그 빈도는 62%까지 올라간다.⁴⁾ 유럽 각 국가들은 인구의

* 이 논문은 2008학년도 단국대학교 대학연구비의 지원으로 연구되었음.

** 단국대학교 의과대학 의료윤리학교실. 041-550-6385. drloved@hanmail.net

- 1) "What is Complementary and Alternative Medicine (CAM)?" National Center for Complementary and Alternative Medicine at the National Institutes of Health. <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam/>. Retrieved on 2006-07-11.
- 2) E Manheimer & B Berman. Cochrane Complementary Medicine Field. Scope and topics 2007.
- 3) Bell IR, Caspi O, Schwastz GER, et al. Integrative medicine and systemic outcomes research. Arch Intern Med 2002 ; 162 : 133-40.
- 4) Barnes PM, Powell-Griner E, McFann K, Nahin RL. Complementary and alternative medicine use among adults: United States, 2002. Adv Data 2004 ; 343 : 1-19.

20~49%,⁵⁾ 호주의 경우도 49%가 보완대체의학을 이용하고 있다고 보고하고 있다.⁶⁾ 국내에서는 1998년 저자 등⁷⁾이 고혈압 환자의 40.6%가 대체의학을 이용하였다고 보고하였고, 2001년엔 전은석 등⁸⁾이 류마티스 관절염 환자의 40%, 골관절염 환자의 52%가 보완대체의학을 이용하였다고 보고하였다. 한편 2006년에 보완통합의학회가 일반인 3,000명을 대상으로 시행한 면접조사에서는 74.8%가 년 1회 이상 보완요법을 이용한다고 하여,⁹⁾ 최근 들어 그 이용률이 증가 추세에 있음을 알 수 있다. 같은 조사에서 보완대체의학 시술에 소비하는 비용은 정통의학에 소비하는 비용의 77.6%에 달한다고 하였고, 전은석 등도 류마티스 관절염 환자의 대체의학 이용 비용이 1인 당 연간 70만원으로 의료기관 이용비용(평균 110만원)의 64%에 해당한다고 보고한 바 있다.

이와 같이 보완대체의학은 현 시대에 지구촌 어디에서나 정통의학과 함께, 혹은 경쟁하며 높은 인기를 누리고 있다. 그럼에도 불구하고 의사들은 이러한 시술에 대하여 여전히 낯설기만 하다. 그들은 이러한 치료법에 대하여 정규과정에서 거의 배우지 못하였으며 제한적인 지식을 갖고 있을 뿐이다.¹⁰⁾ 보완대체의학에 대한 환자들의 요구는 증가함에도 불구하고 의사들의 지식이나 관심이 적다는 점은 다양한 갈등의 원인이 되고 있다.^{11,12)} 더구나 근거중심의학(Evidence-based medicine)이 의학의 중심원리로 자리 잡아가고 있는 현대 의료계에서 상대적으로 근거가 빈약하거나 희박한 보완대체의학의 시술은 필연적으로 윤리적 갈등을 초래한다. 혹 의사가 이런 시술에 관심이 있다고 하더라도 법적인 보호를 받

을 수 있는지 여부도 확실치 않다. 본고를 통하여 국내에서 보완대체의학과 관련하여 발생할 수 있는 윤리적 논점들을 규범윤리원칙과 사례 분석을 중심으로 다루어 보고자 한다.

II. 본론

1. 보완대체의학 수요증가의 원인

과학의 발전에 힘입은 현대 의학의 눈부신 성장에도 불구하고 동서양을 막론하고 보완대체의학에 대한 수요가 증가하는 이유는 무엇일까?

첫째, 의사와 환자 간에 질병관, 건강관이 다르기 때문이다. 주로 과학적으로 설명이 가능한 인과론적 병인론에 익숙한 의사들과는 달리 환자들의 건강 신념 체계(health belief model)는 제각각이다. 자궁경부의 전암성 병변(precancerous lesion)이 발견된 경우에 수술로 병변을 제거하는 것이 의사 입장에서서는 당연한 결정이지만, 몸에 칼을 대는 시술(수술)이 자신의 몸에 흐르는 기(氣)를 끊는다는지, 신체 통합성(body integrity)을 깨는 행위로 생각하는 환자에게는 쉽게 받아들이기 힘든 선택일 수 있다. 이러한 건강 패러다임의 차이는 의사와 환자 사이의 의사소통을 단절시키고 환자들로 하여금 자신의 신념 체계와 일치하는 보완대체시술에 눈을 돌리게 만든다.

둘째, 현대의학이 시원하게 해결하지 못하는 만성, 난

5) Fisher P, Ward A. Complementary medicine in Europe. *BMJ* 1994 ; 309(6947) : 107-11.

6) MacLennan AH, Wilson DH, Taylor AW. Prevalence and cost of alternative medicine in Australia. *Lancet* 1996 ; 347(9001) : 569-73.

7) 정유석, 박일환, 유선미, 김기성, 정혜원, 심석규 등. 고혈압환자의 전통의학 및 민간요법 이용. *가정의학회지* 1998 ; 19(02) : 141-149.

8) 전은석, 박경호, 박훈기, 이정권, 유대현, 김성운. 류마티스 질환 환자에서의 대체의학 이용실태. *가정의학회지* 2001 ; 22(3) : 373-85.

9) 김형규. 통합의학교육과정의 표준화를 위하여. *한국의학교육* 2008 ; 20(2) : 95-7.

10) Berman BM, Bausell RB, Lee WL. Use and referral patterns for 22 complementary and alternative medical therapies by members of the American College of Rheumatology: results of a national survey. *Ann Intern Med* 2002 ; 162 : 766-770.

11) Angell M & Kassirer JP. Alternative medicine - the risks of untested and unregulated remedies [Editorial] *N Engl J Med* 1998 ; 339 : 839-41.

12) Kottow MH. Classical medicine v alternative medical practices. *J Med Ethics* 1992 ; 18 : 18-22.

〈표 1〉 보완대체의학의 분류(미국립보건원, 2002)

대분류	소분류
1) Alternative Medical Practice	Traditional Chinese Medicine, Ayurveda, Homeopathy, Naturopathy
2) Mind-Body Interventions	Meditation, Hypnosis, Dance or Art Therapy, Prayer
3) Biological - Based Therapies	Herbs, Special Diets, Food Supplements, Enzyme Therapies
4) Manipulative and Body - Based Systems	Chiropractic, Massage, Rolfing, Reflexology, Acupressure
5) Energy Therapies	Qi Gong, Reiki, Therapeutic Touch, Magnets

치성 질환들이 여전히 존재하고 환자들은 이러한 문제들로부터의 ‘완전한 자유’를 원하기 때문이다. 원인이 분명치 않은 만성통증, 피로, 손발저림, 어지럼증, 매운 맛에 대한 심한 발한, 이유를 알 수 없는 수족냉증, 해결되지 않는 비만 …… 등등 환자들을 괴롭히는 각종 증세들에 대하여 질병중심, 근거중심을 추구하는 현대의학의 좁은 패러다임만으로는 도무지 설명이나 조치가 불가능한 경우가 많다. 반면, 한의학을 포함한 보완대체시술자들은 이러한 문제들에 대하여 나름의 병인론과 치유 이론을 가지고 환자들과 대화한다.

“바이러스성 질환일 수 있으나 정확한 원인은 모른다. ……”는 의사의 설명은 과학적으로는 타당한 것일지 모르나 환자 입장에서는 모호하고 답답한 변명으로만 들릴 것이다. 반면, “비장의 기(氣)가 약하다.”든지 “심장에 열(熱)이 많으니 찬음식을 먹으라.”는 식의 (근거는 없지만) 자신있는 설명은 한결 받아들이기 쉬운 것이다. 정통의학이 지금처럼 이러한 영역들에 대한 환자와의 대화를 고민하지 않고 지식적인 면만 강조한다면 보완대체의학으로의 ‘환자 쏠림’은 더 가속화 될 것이다.

셋째, 한국은 세계적으로 유래가 없는 의료 이원화 국가로 전 세계적으로 보완대체의학의 한 분야로 분류하고

있는 전통의학(한의학)을 제도권 의학으로 인정하는 독특한 의료환경 하에 있다. 미국립보건원은 보완대체의학을 크게 5가지로 분류하였으며 중의학, 아유르베다(Ayurveda) 등 전통의학을 첫 번째 대분류에 포함시키고 있다.〈표 1〉¹³⁾ 한국에서는 국가가 인정했다는 점에서 한의학을 비주류 의학이라고 볼 수는 없으나, 세계적 추세나 개념적인 면에서 본다면 보완대체의학으로 분류함이 타당하다. 이건설,¹⁴⁾ 이상일 등¹⁵⁾은 선행 연구에서 한방요법을 보완대체의학의 한 분야로 분류해 놓고 있으며 국내에서 시행된 보완대체의학의 이용실태에 관한 대부분의 논문들에서도^{7,8)} 한의학의 이용을 보완대체의학의 이용으로 간주하고 있다. 결과적으로 한국은 한의학을 제도권 의학에 포함시킴으로써 국가 의료보험 혜택을 받을 수 있게 하였고 이는 진료의 문턱을 낮추어 이용을 증가시키는 결과를 초래하였다.

2. 보완대체의학의 규범윤리적 접근

보완대체의학이 국내 의료계에서 야기하는 윤리적 논점들을 Beauchamp와 Childress가 제시한 의료윤리의 기본 원칙들에¹⁶⁾ 근거하여 기술해 보고자 한다.

13) Bodeker G & Kronenberg F. A public health agenda for traditional, complementary, and alternative medicine. *Am J Public Health* 2002 ; 92 : 1582-91.

14) 이건설. 우리나라 환자의 대체의학 이용현황. *대한의사협회지* 1998 ; 41(12) : 1233-42.

15) 이상일, 강영호, 이무송, 구희조, 강위창, 홍창기. 우리나라 국민의 보완요법 이용률, 이용양상과 비용지출. *예방의학회지* 1999 ; 32(4) : 546-55.

16) Beauchamp TL & Childress JF. *Principle of Biomedical Ethics*(4th ed). Oxford University Press, 1994.

1) 보완대체의학과 악행금지/선행의 원칙

보완대체의학의 해악은 시술 그 자체의 부작용이나 독성에 의한 직접적 해로움(direct harm)과 치료 효과가 확실한 제도권 치료를 받지 못하거나 늦춤으로써 발생하는 간접적 해로움(indirect harm)으로 나눌 수 있다.

평소에 건강하던 B형 간염 보균자가 민간요법으로 복용한 특정 버섯이나 약초 등에 의하여 독성 간염이 발생하였다면 전자에 해당할 것이고, 자궁경부암 검진에서 전암성 병변(precancerous lesion)이 나온 환자가 수술적 치료를 거부하고 민간요법을 고집하다 전이성 암으로 진행된 경우라면 후자에 해당한다 하겠다. 의사가 치료 효과에 대한 근거가 확보된 보완대체의학에 대한 정보나 지식이 부족하여 오직 제도권 치료만 고집함으로써 초래되는 해로움도 생각할 수 있다. 의사의 무지나 무관심이 환자에게 더 유용할 수 있는 보완대체의학 치료의 기회를 박탈하거나 자율적 의사결정이 무시되는 경우이다. 그렇다면 의사들은 보완대체의학에 대한 지식을 습득하고 환자에게 조언해 줄 의무가 있는 것인지 질문할 필요가 있다. 물론 의료법이나 현재 우리나라의 사회 통념상 의사에게 이러한 의무가 부여되어있지는 않다. 환자가 궁급해 하는 보완대체의학적 시술에 대하여 관심이 없다면 “잘 모른다.”고 하면 그만이다. 하지만, 이 경우 환자는 적절하고 객관적인 관리(supervision)를 받을 수 없게 되고, 의사는 환자를 돕는 전문가(helping profession)로서의 선행의 원칙을 어기는 것이 된다.

이와는 반대로 의사가 특정 보완대체의학을 환자에게 권유하거나 시술하는 경우가 있다. 이 경우 근거가 충분하고 부작용이 최소화된 시술을 필요한 환자에게 적용한다면 문제 될 것이 없겠으나 정통의학으로 충분히 치료

가능한 질병에 대하여 의사 개인의 지적 호기심이나 경제적 이유로 보완대체의학을 권유한다면 윤리적 문제가 될 수 있다.

이러한 문제는 보완대체의학 시술에 대한 허가나 면허가 아직 명확하지 않은 국내에서 더 문제가 될 가능성이 높다. 보완대체의학의 시술에 대한 허가나 면허에 관한 사항은 나라마다 달라서, 미국의 경우 보완대체의학의 시술자격에 관한 허가나 면허를 주관하는 곳은 주 정부이다. 대략 네 가지 전문 영역으로 나누어져 있는데, 카이로프랙터(chiropractors, 추나요법)는 미국 전역에서, 침술 및 전통 동양의학 시술자(practitioners of acupuncture and traditional oriental medicine)는 40여 주에서, 마사지 치료사(massage therapists)는 30여개 이상의 주에서, 그리고 자연치료 요법사(naturopathic physicians)가 12개 주에서 주 정부의 관리하에 활동하고 있다.^{17,18)} 각 주마다 허용의 강도가 달라서 엄격한 면허 제도를 운영하는 주도 있고 단순 등록과 신고만으로 가능한 경우도 있다. 심지어는 비면허자에 의한 보완대체시술 조차도 특별한 환경 하에서는 허용하는 경우도 있다.¹⁹⁾

사실, 국내 의료계가 최근처럼 보완대체의학에 많은 관심을 가지게 된 것은 그리 오랜 일이 아니다. 불과 십여 년 전, 의사면허만 획득하면 의원마다 환자가 넘쳐나던 시절에는 특별한 호기심을 가진 의사가 아니라면 보완대체시술에 관심을 기울일 이유가 별로 없었다. 하지만, 동네마다 건물마다 병의원으로 넘쳐나는 요즘, 의료보험 진료만으로는 의원의 유지조차 힘겨운 의료환경 하에서 너도나도 보완대체의학에 관심을 보이는 현상은 그리 반갑지만은 않다. 물론 긍정적 시각으로 보면, 보완대체의학을 민간이나 유사 의료인에게 맡겨서 언제까지나 경험적 수준에만 머무르게 하는 것 보다는 의사들이

17) Cohen MH, Holistic health care: including complementary and alternative medicine in insurance and regulatory schemes. *Ariz L Rev* 1996 ; 33 : 83-164.

18) Eisenberg DM, Cohen MH, Hrbek A, et al. Credentialing complementary and alternative medical providers. *Ann Intern Med* 2002 ; 137 : 965-973.

19) Cohen MH, Healing at the borderland of medicine and religion: regulating potential abuse of authority by spiritual healers. *J Law Relig* 2004 ; 18 : 373-426.

주도권을 가지고 바른 정착과 발전을 위해 애쓰는 것이 백번 옳은 일이다. 하지만, 저수가를 고집하는 보험제도 하에서 기존 정통의학만으로는 경영이 어려워 비보험 수가를 개발하려는 의도로 뛰어 들고 있다면, 또 다른 구조적인 악행에 동참하는 셈이다. 충분한 검토 없는 성급함은 '검증되지 않은 과학 학설이 환자에게 적용되어서는 안 된다.'는 세계의사회의 마드리드 선언(1987년)이나 '의사는 의학적으로 인정되는 의료행위만 시행하여야 한다.'는 대한의사협회 의사윤리지침(2001년)에 정면으로 위배될 수 있기 때문이다. 현재 국내 의사들의 보완대체의학에 대한 관심이 그동안 무분별하게 행해지던 각종 시술들에 대한 효능을 검증하여 옥석을 가리고, 경험적 수준을 과학적 수준으로 발전시키는 바람직한 변화를 볼 수 있을 것인지? 아니면, 경영적 측면의 관심만으로 우리 의료계를 더 혼란에 빠뜨릴지는 시간을 두고 지켜볼 일이다.

2) 보완대체의학과 환자의 자율성

과거의 의사-환자 관계에서는 정작 아픈 것은 환자이지만, 질병에 관한 지식이 의사 쪽에 편중되다보니 중요한 의사결정은 대부분 의사에 의하여 내려졌다. 하지만, 사회가 많이 변하여 이제는 환자의 자율성이 무시되는 의학적 결정이란 있을 수 없게 되었다. 의학적 결정권은 더 이상 의사의 몫이 아니라 의사와 환자가 함께 머리를 맞대고 의논하는 협력의 과정인 것이다. 이제 의사는 환자에게 진단과 치료에 관한 적절하고 충분한 정보를 제공할 뿐, 그 시행여부는 환자가 자율적으로 결정하는 새로운 경향이 대세가 되었다. 그런데, 보완대체의학은 제도권 의학에만 익숙한 대부분의 의사들에게는 아직도 낯선 분야인지라 종종 난처한 상황이 초래되곤 한다.²⁰⁾

의사들은 보완대체의학에 대한 환자들의 물음이나 요청에 대하여 적절하게 답하지 못하거나 무시함으로써 의사-환자 관계에 어려움을 겪게 된다. 최악의 경우 환자와의 오랜 유대(rapport)에 금이 가고 진료의 지속성(continuity of care)이 깨어지기도 한다. 의사들이 원하던 원하지 않든 환자들은 정통의학과 보완대체의학 간의 객관적 차이를 파악하기 힘들고 당연히 자신의 주치의에게 자문을 구할 수밖에 없다. 환자가 보완대체시술에 대해 직접적으로 물어보는 경우뿐 아니라 일상적인 진료 상황에서조차도 보완대체시술에 대한 대화를 나누는 일은 흔한 일이 되었다. 주의할 점은 의사-환자 관계의 유지를 위해 의사가 환자의 부적절한 치료 선택을 확인 없이 묵인하는 경우, 환자는 자칫 이를 의사의 암묵적인 동의로 오해할 수 있다는 점이다. 이러한 어려움에 봉착하지 않으려면 보완대체의학에 대한 환자의 요구에 대하여 의사들은 어느 정도 준비되어 있어야 한다.

어느 사회에서건 환자들은 의사들이 이런 부분에 대한 적절한 지식을 갖추고 자신들에게 필요한 정보를 제공하고 논의할 수 있기를 바랄 것이다. 결국, 전문과목이나 진료 형태 등에 따라 차이가 날 수 있으나, 의사가 자신의 진료분야와 관련한 보완대체의학에 대한 지식을 갖추는 것은 반드시 필요한 일이다. 혈액종양내과 의사라면 다른 의사들보다는 암의 대체요법에 대해 더 많이 알아야 할 것이고, 통증을 다루는 의사라면 침술이나 마사지 등에 대해 더 많은 정보를 가지고 있어야 할 것이다. 문제는 상당수의 보완대체의학이 그 효과나 부작용에 대한 충분한 근거를 확보하지 못하고 있다는 점이다.²¹⁾ 다행히 최근 서구의 경우 보완대체의학에 대한 체계적인 지원 기금 등이 마련되면서 잘 구성된 무작위 대조군 연구나 메타 분석 같은 체계적 연구들이 속속 발표되고 있고,²²⁾ 교과서 수준의 좋은 참고문헌들도 쉽게 구할 수

20) Tilburt JC & Miller FG. Responding to medical pluralism in practice: a principled ethical approach. J Am Board Fam Med 2007; 20(5) : 489-94.

21) Cumming FJ. Complementary medicine regulation in Australia. Curr Ther 2000 ; 41 : 57-61.

22) Vickers AJ. Bibliometric analysis of randomised controlled trials in complementary medicine. Complement Ther Med 1998 ; 6 : 185-189

있게 되었다.^{23,24)} 환자가 궁금해 하는 보완대체의학에 처음 접근하는 의사라면 이러한 자료들을 심분 활용하여 Cohen이 제시한 다음 네 가지 분류 중 어디에 해당하는지를 파악하는 것이 도움이 될 것이다.〈표 2〉²⁵⁾

〈표 2〉 보완대체의학의 효과 및 안전성 분류 (Cohen, 2002)

1) 안전성과 효과가 모두 입증된 시술
2) 안전성은 확보되었으나 효과는 불확실한 시술
3) 효과는 입증되었으나 안전성이 불확실한 시술
4) 효과가 없거나 안전성에 문제가 있는 시술

만일 이러한 분류에 근거하여 충분한 정보를 제공했음에도 불구하고 어떤 환자가 의사 입장에서 납득할 수 없는 선택을 한다면 우선 환자의 지적 판단능력이 온전한지를 다시 살펴보아야 한다. 여기서 판단능력이라 함은 1) 환자가 일반적인 정보이해능력이 있는지, 2) 자신의 선택의 이유를 논리적으로 전달하는 능력이 있는지, 3) 예상되는 위험이나 상황을 정확히 인지하고 있는지가 포함되며²⁶⁾ 과거 정신질환 병력 등도 확인해야 한다.

만일 이러한 점검에도 불구하고 환자가 부적절한 치료를 고집할 경우에는 환자의 견해를 존중하되 치료 과정을 주의 깊게 모니터링 하는 것이 바람직하다. 만일 환자가 선택한 보완대체의학이 효과가 없거나 부작용이 확실해 드러나면 언제고 의사에게 다시 돌아올 수 있음을 알리는 여유로움도 필요하다.

때로는 의사의 입장에서 근거가 거의 없거나 혹은 해로울 수 있는 보완대체시술이 강력한 플라시보 효과(placebo effect)를 발휘하기도 한다. 따라서 의사가 책임 있고 윤리적인 조언을 환자에게 해 주려면 이러한 환자들의 건강에 대한 가치들을 파악하고 이해할 수 있어야 한다. 오랫동안 좋은 의사-환자 관계를 유지해 왔다고 하더라도 이러한 부분에 대한 ‘공통분모(common ground)’를 찾지 못한다면 위기에 처할 수 있다.²⁷⁾

보완대체의학의 적용과정에서 설명동의서(Inform consent)의 획득은 환자의 자율성과 관련한 중요한 윤리 문제 중 하나이다. 아직 한국에서는 수술이나 침습적 시술의 경우에만 관례적으로 설명동의서를 받고 있지만, 보완대체의학과 정통의학의 협조체계가 잘 발달한 후자의 경우 의사가 보완대체시술을 시행하는 경우는 물론이고 다른 보완대체 시술자에게 환자를 의뢰하는 경우에도 적극적이고(proactive) 수용적인(reactive) 자세로 시술에 대한 자세한 정보를 제공할 것을 법제화하고 있다.²⁸⁾

트럭 운전사인 Maguire씨 사건은 이러한 법제화의 시발점이 되었다. 그는 트럭 운전 중 과속방지턱을 넘다가 목을 다쳤는데, 치료에도 불구하고 이후 지속적인 우측 팔의 저림을 호소하였다. 2년 후, 그의 담당 일반의는 카이로프랙터(chiropractor)에게 환자를 의뢰하였다. 그런데 시술을 받은 환자의 경흉추 부위에 심각한 신경학적 문제가 발생하였고 이후 외과적 수술을 받았음에도 장애가 남게 되었다. 환자는 일반의와 카이로프랙터를 고소하였고 법원은 일반의가 환자 의뢰 시 적절한 신체 검진과 동의 등 절차를 밟지 않았다는 것을 이유로 유죄를 선고하였다. 결국 보완대체의학 시술자로 인해 의료사고

23) Jonas W, Levin J, eds. Essentials of Complementary and Alternative Medicine. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1999.
 24) Spencer J, Jacobs J, eds. Complementary/Alternative Medicine: An Evidence-Based Approach. New York: Mosby, 1999.
 25) Cohen MH & Eisenberg DM. Potential physician malpractice liability associated with complementary and integrative medical therapies. Ann Intern Med 2002 ; 136 : 596-603.
 26) Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. Clinical Ethics(3rd ed). New York: McGraw-Hill, 1992.
 27) Quill TE. Partnerships in patient care: a contractual approach. Ann Intern Med 1983 ; 98 : 228-34.
 28) Ipp DA. Review of the law of negligence: final report. Canberra: Commonwealth of Australia, 2002.

가 발생한 경우 의뢰한 의사에게도 일말의 책임이 있다고 본 것이다. 이로 인해 환자를 보완대체요법으로 의뢰할 경우에 적절한 병력 취취와 신체 진찰, 의무기록의 리뷰가 필수적인 절차로 요구되게 되었다.²⁹⁾

3. 사례를 통한 결의론 (決疑論, casuistry)적 접근

Cohen은 개별 의료윤리 사례에 대하여 윤리적 결론에 이르기 위한 전략을 다음과 같이 제시하였다.³⁰⁾ 첫째, 의료윤리의 4 원칙(자율성 존중, 선행, 악행금지, 정의)에 의하여 개별 사례들을 검토해 보는 것이다. 이 경우 주된 논점은 환자에게 해가 덜 가도록 하려는 의사의 입장(악행금지 혹은 선행의 원칙)과 보완대체기술에 대한 환자의 선호(자율성 존중의 원칙) 사이의 적절한 조율이다. 둘째, 중요한 결정을 의사의 주도하에 내리는 가부장적 의사-환자 관계보다는 의사는 최대한 객관적 정보를 제공하고 환자와 함께 결정(shared decision making)하려는 자세가 바람직하다는 것이다. 마지막으로 그는 윤리적 결론에 이르기 위해 고려해야 할 일곱 가지 항목을 열거하고 있다.(표 3)³¹⁾

〈표 3〉 윤리적 결론에 이르기 위해 고려해야 할 7항목

1) 질환의 중등도 및 시급성
2) 통상적인 치료의 적용 가능성
3) 통상적인 치료의 침습성, 독성 및 부작용
4) 보완대체기술의 안전성과 효과에 대한 증거의 질
5) 통상적 치료와 보완대체기술의 위험과 이익에 대한 이해 정도
6) 이러한 위험들에 대한 환자의 지식 및 자발적 수용 정도
7) 환자의 보완대체기술에 대한 선호의 지속성

이제 국내에서 흔히 발생하는 두 가지 사례를 통하여 임상 의사로서 보완대체의학의 윤리문제를 어떻게 다루어야 하는지 살펴보자.³²⁾

(사례 1)

고혈압과 감기 몸살 등 몸이 불편할 때마다 당신을 주치의로 여기며 의지하는 61세 L 부인이 두 달 전부터 무릎이 살살 아파오더니 점점 심해진다며 진료실을 찾았다. 동네 한의원에서 침도 맞아보았고 뜸도 떠 보았는데 차도가 없었고, 가까운 정형외과에서 방사선 촬영을 해 보았더니 퇴행성관절염인 것 같다며 약을 처방받았는데, 속이 아파 일주일도 못 드셨단다. 소식을 들은 미국 사는 큰 딸이 무릎에 좋다며 보낸 약이라며 먹어도 되는지 봐 달고 하시는데, 미국산 글루코사민이었다. 듣기는 들어 보았지만 그 효과에 대해서는 아는 것이 별로 없는 당신은 L 부인의 물음에 어떻게 답할 것인가?

(사례 2)

56세된 C 부인이 종합검진에서 우연히 발견된 유방종괴에 대한 정밀 진단을 실시하였다. 다행히 1기(state I)로 판명되어 부분절제술(lumpectomy)과 방사선 치료를 위해 외과로 의뢰되었다. 가정의로서 당신은 그나마 조기 발견되어 '불행 중 다행'이라며 환자를 위로하였다. 그런데 며칠 후 다시 진료실을 찾은 C 부인은 유방암 수술을 받은 후에도 손이 붓고 저리거나, 항암제 사용 등으로 고생고생 하다가 결국 재발하여 사망한 분을 보았다고 하였다. 그런데 홍삼액 복용과 기치료만으로 유방암을 비롯한 각종 암을 완치시킨다

29) Kerridge IH & McPhee JR. Ethical and legal issues at the interface of complementary and conventional medicine. Med J Aust 2004 ; 181 : 164-166.

30) Cohen MH. Legal and ethical issues in complementary medicine: a United States perspective. Med J Aust 2004 ; 181(3) : 168-9.

31) Adams KE, Cohen MH, Eisenberg D, Jonsen AR. Ethical considerations of complementary and alternative medical therapies in conventional medical settings. Ann Intern Med 2003 ; 138 : 660-664.

32) 본 사례들은 필자가 2007년 11월 대한가정의학회 추계학술대회 의료윤리세미나에서 발표하였던 자료에서 발췌함.

는 신비한 시술자를 만났으며 흥분된 목소리로 말했다. 자칫 치료시기를 놓칠 경우에 목숨을 잃을 수 있다고 설득해 보았지만, 부인은 자신의 암이 아직 초기이고 조기발견된 것이라면 조금 더 기다려보는 것이 무슨 문제가 있겠냐며, 일단 홍삼과 기치료를 받아볼테니 대신 매월 유방초음파 검사를 정기적으로 해 달라고 부탁하였다.

(사례 1)의 경우, 일단 판단을 미루고 부인에게 글루코사민에 대하여 별로 아는 바가 없다는 사실을 밝히고 다음 번 방문 시 자세한 정보를 주겠다고 약속하는 것이 바람직하다. 다행히 코크란 리뷰(<http://www.cochrane.org>)에 “glucosamine”을 검색어로 넣었더니, 2005년도에 시행된 메타연구가 발견되었다.³³⁾ 요약을 읽어보니 잘 디자인 된 연구(high quality studies)들만 포함한 분석에서는 글루코사민이 위약에 비하여 통증이나 기능 호전에 효과가 없으나, 오래된 연구와 기타 연구들까지 함께 분석하면 통증이 다소 좋아진다고 보고하고 있다. 특히 특정 회사의 제품의 경우 위약에 비해 통증에 효과를 보인다는 내용도 있었다. 부작용면에서는 위약과 비슷한 정도로 별 문제가 없다는 것이 이 메타분석 연구의 결과였다. 이제 이 정도의 효과를 가진 약을 환자에게 권할 것인가를 고민해야 한다. 이때 고려해야 할 요소는 현 질병의 심한 정도, 유용성이 있는 기존 치료법의 유무, 환자의 경제력과 보완대체시술에 드는 비용 등이다. 사례 1의 경우는 진통제 복용 외에 특별한 대책이 없는 무릎의 퇴행성 골관절염의 가능성이 높는데 환자와 미국에 사는 딸의 경제력에 비해 약가가 과도한 것도 아닌지라 증상을 체크해 가면서 복용을 권유할 수 있을 것이다. 한 가지 고려사항은 환자의 증세가 시작된 지 두 달여밖에

안 되었고 단순 방사선 촬영만으로 정확한 진단여부가 불확실 하므로, 수술적 치료 등으로 조기 교정이 가능한 관절질환이 아닌지 한 번 더 확인 하는 것을 고려할 수 있다. 이러한 과정은 시간에 쫓기는 개원가에서 지극히 비현실적인 일일 수 있다. 하지만, 이러한 노력은 의사-환자 관계 면에서 뿐 아니라 의사 개인의 발전을 위해서도 손해 보는 일은 결코 아닐 것이다.

(사례 2)는 사정이 전혀 다르다. 현재 확실한 치료법이 존재함에도 환자는 예상되는 부작용에 대하여 비현실적인 거부감이 있고, 대체요법을 고집하다가 치료시기를 놓칠 경우 돌이킬 수 없는 결과가 초래되기 때문이다. 그렇다면, 환자가 원하는 치료법의 효과는 어떠한가? 검색해 보니 인삼이 유방암 환자의 생존율을 높인다는 관찰 연구가 있기는 하지만,³⁴⁾ 이론적으로는 출혈 위험을 높일 가능성 때문에 수술 후의 보완적 치료로만 가능하다는 사실을 확인할 수 있었다.³⁵⁾ 따라서 환자의 요청은 매우 비현실적이고 위험한 상황을 초래할 수 있는 것이다.

이런 환자를 대할 때 환자의 견해를 무시하거나 무관심한 태도로 대하는 것의 해로움 앞에서 언급하였다. 그렇다고 해서 사례 2와 같은 환자의 선택을 존중해주는 것은 더 큰 ‘악행’이 될 가능성이 높다. 주치의의 입장에서 의사는 최선을 다해 환자에게 자신이 찾아낸 정보를 전하고 설득하는 것이 바람직하다. 의사의 진심과 노력이 통한다면 대부분의 이성적인 환자들은 의사의 말을 따를 것이다. 하지만, 끝까지 자신의 주장을 굽히지 않는 환자라 하더라도, 환자와의 관계를 끝장내는 것 보다는 몇 가지 조건하에 환자와의 관계를 유지하는 것이 바람직하다. 예를 들어 딱 한 달만 홍삼과 기치료를 받아보고

33) Towheed TE, Maxwell L, Anastassiades TP, Shea B, Houpt J, Robinson V etc. Glucosamine therapy for treating osteoarthritis. Available at <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab002946.html>

34) Cui Y, Shu X, Gao Y, Hui C, Tao M, Zheng W. Association of ginseng use with survival and quality of life among breast cancer patients. Am J Epidemiol 2006 ; 163(7) : 645-53.

35) Eisenberg DM, Davis RB, Eitner SL, et al. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey. JAMA 1998 ; 280(18) : 1569-75.

유방암의 크기가 줄지 않는다면 바로 수술을 하도록 권유할 수 있을 것이다.

IV. 글을 닫으며

지금까지 보완대체의학이 정통의학과와의 관계에서 발생 가능한 윤리적 문제들을 몇 가지 관점에서 분석해 보았다. 앞에서 언급한 것처럼 한국의 보완대체의학은 그 수요는 어느 나라 못지않게 많음에도 불구하고, 한방과 양방의 이원화, 보완대체요법 시술자에 대한 면허제도의 부재 등 윤리적 혼란 요인들을 안고 있다. 의료계는 의료계대로 한의학과 어떤 관계성을 유지해가야 하는지, 보완대체의학을 어떻게 미래의 의사들에게 가르치며 과학화, 체계화시킬 것인지, 의사 면허로 보완대체의

학 시술을 안전하게 시행해도 되는 것인지, 환자들과 어떻게 대화해 나가야 하는지 …… 등등의 현안에 대하여 별다른 대책을 내놓지 못하고 있다. 이러한 부분은 의료 소비자인 환자와 정부, 그리고 의사단체가 함께 고민하며 풀어가야 할 시급한 숙제이다. 이러한 과정에서 놓치지 말아야 할 중요한 사실은 보완대체의학에 대한 의사와 환자의 선택의 과정은 법적인 관점보다는 관계성 (relationship)이 중요하다는 점이다. 보완대체의학에 관한 윤리적 논의 또한 의학적 부주의(negligence)나 거짓 시술(fraud)에 대한 방지뿐 아니라, 환자들과 다양한 의료제공자들 간에 치료적 의사소통을 증진시키려는 관점으로 접근하려는 노력이 필요할 것이다. ^{ME}

색인어

보완대체의학, 의료윤리, 의사-환자 관계

Ethical Aspects of Complementary and Alternative Medicine

CHEONG Yoo-Seock*

◉ **Abstract**

The increasing use of complementary and alternative medical (CAM) therapies by patients, health care providers, and medical institutions has made it imperative that physicians consider their ethical obligations when recommending, tolerating, or proscribing these therapies. When CAM and conventional medical therapies intersect, there is the potential for serious physician-patient conflicts as well as harm to patients. Some CAM therapies in and of themselves can be hazardous, but harm can also occur indirectly when patients choose less effective CAM treatments instead of conventional methods that have demonstrated efficacy. Physician-patient conflicts arising from issues related to CAM therapies are common, but the physician-patient relationship is more likely to remain intact if physicians are willing to engage creatively with patients when problems seem unsolvable. Even in the absence of scientific evidence for CAM therapies, providers can formulate a plan that is clinically sound, ethically appropriate, and targeted to the unique circumstances of individual patients. Physicians are encouraged to remain engaged in problem-solving with their patients and to attempt to clarify the patient's core values and beliefs when counseling about CAM therapies. The commitment to joint problem-solving over time, which is a central obligation of the physician-patient relationship, becomes even more important when considering the use of CAM therapies. A long-standing, carefully nurtured partnership between a physician and a patient that has grown over time may be strained or completely destroyed if common ground in such situations cannot be found. The way forward for physicians involves not only preventing negligence and fraud, but also facilitating therapeutic exchanges between various healthcare providers and their patients. The use of case-based reasoning in questions of CAM therapy allows a fuller appreciation of the way in which circumstances play an intrinsic role in moral judgments.

This paper presents two prototypical cases that illustrate the challenges already discussed as well as other ethical challenges that will arise as CAM therapies gain popularity in Korea.

◉ **Keywords**

Complementary and alternative medicine, Medical ethics, Physician-patient relationship

* College of Medicine, Dankook University