普通人都能明白的

中医是不是科学?

一剂方是一个问题，证是身体的回答



胡敏　著　·　王德生　指导

德麦国际出版社
Demai International Press

普通人都能明白的

中医是不是科学?

一剂方是一个问题，证是身体的回答

胡敏　　著

德麦国际出版社

Demai International Press

出　版　信　息

书名	《中医是不是科学？——一剂方是一个问题，证是身体的回答》
著者	胡敏
执笔	复合主体：胡敏著，王德生指导立题、裁定判词与承重命题，Claude 协作成稿与统稿
出版	德麦国际出版社（Demai International Press）· 新加坡
编号	德麦国际专著第 382 号
ISBN	979-8-90690-938-1
定价	US$25
开本	170 mm × 240 mm（16 开）
字数	约 19 万字
版次	2026 年 10 月第 1 版
完稿	2026 年 10 月 14 日

指导老师：王德生。属性纠缠应用丛书·中医卷；SDE（显露·差异序列·特征纠缠）方法归属王德生。

AI 协作声明：本书的立题、判词与承重命题经王德生裁定；文字由胡敏署名，在其指令下由 AI（Claude）协作成稿与统稿，并经审定。

本书讨论中医理论、证候与诊疗过程的可检验条件。答证、方序效应、截面不充分是书中提出的待检验命题；第 38 章的拟议试验尚未实施，数值门槛尚未正式预注册。

书中所引古籍与研究，凡标〔待核〕处，出处或版本尚未逐字核对，集中列于附录七。何先生、小钟、唐阿姨均为虚构人物，不是临床病例，也不承担疗效证据。

健康说明：本书讲道理，不作诊疗建议。书中历史方名与古籍语句只作理论分析，不作为自行用药、停药或针刺的依据；身体的难处真的大了，请找医生。

全书结构：作者介绍、十分钟读完这本书、前言、导读、目录；导论与五编三十八章；结语、附录七件、参考资料。

版权所有　侵权必究

作 者 介 绍

胡敏，德麦国际 SDE 学派学员。著有《胡敏讲维果茨基：普通人能懂的》（德麦国际第 252 号），与王德生合著《GPT时代的大学革命：读书与创业一体化》（德麦国际第 333 号）。第 252 号追问的是维果茨基「扶一把」之后那一段：孩子被扶过以后，能承受的范围本身变了。这本书把同一个问题带到中医诊室——一剂方给出去以后，身体回来的那一段，是不是也改写了下一诊要看的东西。

指导老师 王德生，SDE（显露 Show · 差异序列 Difference · 特征纠缠 Entanglement）本体论的创立者，德麦国际（Demai International Pte. Ltd.，新加坡）首席执行官。生长于中国农村，1990 年进入湘潭大学，后获中国科学院计算数学博士学位，曾在英国斯旺西大学与新加坡南洋理工大学工作。本书的立题、判词与承重命题经他裁定；SDE 方法归属王德生。

本书中的何先生、小钟、唐阿姨均为虚构人物。人物、场景与对话用于解释问题，不构成真实医案、临床研究记录或疗效证据。本书讲道理，不作诊疗建议。

十 分 钟 读 完 这 本 书

◆ 一、先开三剂，回来再看

镇上的何先生坐诊多年，对还要观察的病人，习惯说一句：先开三剂，回来再看。

他的徒弟小钟在做中医大模型。他原以为，只要把每次的表现、证型和处方存得够多，就能留下师父的本事。

可是认真听了几回复诊，他发现师父最有分量的判断，常常不是「现在有什么」，而是「上次以后怎样变成这样」。

这两句话听着相近，要的材料却不同。现在有什么，一张当下的记录写得下；怎样变成这样，要把前一次处置、中间的变化和现在的判断接起来。

小钟的系统若只存每次就诊各自的表格，最要紧的那条联系仍会漏掉。

资料很多，不等于过程完整。

三剂只是虚构人物的安排，不是给现实病人的疗程。真正的问题是：一次合规处置之后，谁来接住新的材料？它能不能让原来的判断有根据地改变？

本书就从这句「回来再看」出发，试着把其中的知识写成别人也能检查的样子。

◆ 二、废止中医吵了一百多年

一八七九年的俞樾《废医论》、一九一二年的「民元漏列」、一九二九年的余云岫提案，常被接成一条中医存废之争的长线。

三件事并不相同：一件是论说，一件是教育制度，一件是卫生行政。一份提案判不了一剂药的疗效，一个病人的好转也定不了一种制度的正当性。

可是今天的争论，仍常把层次拧在一起。有人问药有没有效，得到的回答是文化不能丢；有人讲自己受过伤害，得到的回答是名医治好过别人。每句话都可能含着真经验，却没有互相回答。

大名称一旦遮住具体问题，讨论就成了比谁更有资格发言。

本书提一个窄一点的疑问：双方是不是都把临床判断看成处置之前就该定完的东西？他们争的，只是由化验、理论还是医者来定。

这只是一项分析，要靠具体材料来支持或推翻。本书把它带回诊桌，看下一次就诊里，是否藏着被总争论遮住的材料。

◆ 三、三家各把一头看清楚

本书说的三家，都是分析用的名称。

「存药派」在中医之外、中药之内，看重药里有什么、作用靠不靠得住；「气化派」看重身体各处怎样牵动、病程怎样变；「医者派」看重谁在读材料、怎样揣度和判断。它们不是三个互不来往的门派，同一个医生可能几样都有。

每一家都看见了放不下的东西。药物研究能把作用做得可重复；讲关系的语言提醒人别把一刻当成全程；认真倾听能让病人说不出口的经历进入诊疗。

批评它们，不能先把它们最好的工作缩成一句笑话。

本书查的是另一件事：某一头被讲成全部解释时，推理里有没有默默用上别的条件？药的作用怎样变成这个人的经历？变化怎样被可靠地读出？医者的判断又受不受后来事实的约束？

公开承认的条件不算欠条；结论用了、说明却省掉的环节，才要补账。

◆ 四、证在方之前，是不是唯一顺序

行动之前要有充分根据，这没有争议。可是「有根据地行动」与「判断已经全部完成」不是一回事。一个判断够支持审慎处置，同时仍要等后来的材料，才长出新内容。

把这两层合成一层，复诊就成了对初诊的验收。

本书用「证在方之前」概括一种收窄模型：先定性，再按定性选处置，后来只查效果。许多医生和研究者比这复杂，早就看重治疗后的调整，这些事实要进讨论。新理论不能靠把对手说简单来显得新。

所以要问的不是有没有复诊，而是：复诊的判断里，有没有一种材料，是初诊资料再多也补不上的？

若只是谈得更久、知道更多，已有的临床解释就够了；若处置后的独特应答还带来稳定增量，就值得单独研究。两种可能都留着，书名不能替试验先定答案。

◆ 五、小承气汤那一句

《伤寒论》讲小承气汤的一段，把处置后的身体反应列为后续判断的条件。古籍里不只有先辨清、后执行的直线，也有等身体回话再决定的时间结构。古方在本书只作史料，不给用法。

这条材料给新问题开了一道门，却不直接证明新理论。

一种很强的读法是：原来的状态早就在，用药反应只是帮医者看见它。另一种读法，才是本书想检验的：判断的对象，可能包含处置与身体一起走过的那段转折。一句古文分不出胜负。

既不把古人写成什么都没想过，也不把古人写成本书的先行证明人。原文告诉你哪样的问题曾被提出；今天的研究，要说明新读法多预测了什么。

◆ 六、身体回答以后，下一诊是什么

本书拟用「答证」命名一种要在连续过程里研究的证：上一轮处置进入身体后，有些变化被下一诊读出，并可能改变下一步判断。

完整定义在第 18 章。那里还要求药后材料能在脉、舌、病程中被下一诊读出，并实际进入下一方的决定；只有报告改变，不能算作答。

这里只记一件事：研究的单位，从孤立的一次就诊，挪到相连的两次就诊之间。

它还预告一个待检验的差别：同样的初诊分类，用不同而同样合规的首方，症状改善相近，下一诊的证型分布会不会仍然分开？本书稍后把这叫作「方序效应」。它是工作假说，还不是已经观察到的事实。

名字不能替数据交差。

药效差异、资料增多、医者的期待、自然病程，都可能造出相似的结果，研究得一一排查。如果严肃比较后没有得到约定的差别，本书就撤回相应主张。

还剩最硬的一问：证到底是开方那一刻就能从舌、脉、症里读全的状态，还是非得连上一剂方和它之后那一段一起读，才读得出来？一句古文分不出，一次复诊也分不出。

本书起初想到的办法是换先后：两张合规的方，一组先甲后乙，一组先乙后甲，看第三诊汇不汇合。可这一刀不够。药本来就会改变身体，先后一换，身体走到不同的地方，证自然不同，「证是当下状态的读数」照样说得通。

分得开两种说法的是另一问：把开方那一刻能读的都读全，再让一半医生知道上一剂方和它之后的经过，他们辨出的证，能不能更准地料到下一剂方之后的结果？

料不准，证就是截面上的东西；截面读得越全、这份优势越小，也是截面上的东西。只有截面读到最全、优势仍在，证才在方之后。本书把这叫「截面不充分」，并写好了判死的条款：判死了，「证不在方之前」退回为一条记录建议，不再算本体判断。

◆ 七、「医者，意也」没有替病人写完人生

古代说的「意」，偏重医者的揣度与用心，本书不把它等同于意义层。医者可以尽心，却未必知道病人最想拿回什么；病人可以感激治疗，也仍想自己决定往哪里过。

两者相连，不能互相顶替。

唐阿姨说胃不那么胀了，这是读数；她愿意重新安排面馆的一天，是另一类变化。后者不是前者的装饰，也不是医生善意的自动结果。她能不能创造一

点新东西，能不能有选择，能不能重新觉得日子值得过——这里要留出她自己的声音。

所以本书给意义单独记账。它不是疗效不好时用来找补的，也不是叫病人靠想法克服疾病。

它提的是一个要研究的问题：症状与其他条件相近时，这一层有没有独立的后续关联？达不到预先约定的证据要求，理论上的声称就撤回；人对人的尊重照样保留。

◆ 八、机器很会回答，也可能不会接话

小钟的模型能很快从当下资料给出建议，却未必知道前一次处置问过什么。若每次输入都被切成新的初诊，系统可能连着三次给出各自合理、彼此接不上的答案。这说的是一种资料设计，不是所有中医系统。

机器开方也不是今天才有的念头。要问的是：系统能提出、挑选甚至否决人的方案时，它凭什么，谁负责，留没留下能复查的理由？

本书把这种能参与选择的位置叫主体位。它不等于有意识，也不能凭一个名称推断机器有人的内心。

问题不在要不要机器。

问题在于，人教给机器的材料有没有把过程压扁；机器的分类，会不会反过来让医生只问表格上有的问题。把复诊接回资料，不只是多加一栏，而是让前一次行动与后一次判断能互相找到。

◆ 九、三本账，三个不能互相冒名的问题

读数账问哪里变了：症状、观察、检查，以及前后的差别。价值账问这段过程做得怎样：能不能接住新材料，能不能纠错，能不能负责任地走到合适的终点。意义账问病人为了什么：他想拿回怎样的生活能力与方向。

三本账互相联系，却不能拿一本替另外两本结清。

所以书名的问题最后要变具体：哪一项说法能提出清楚的预测，怎样记录，出现什么结果就认错？本书给核心判断写好撤回条件，末章提出一项需要伦理审查、还要进一步设计的研究方案。

十分钟里你能带走的，不是一个站队的答案，而是三句随身的问题：这一次的判断用了哪些药后材料？前次处置与下一步之间的关系留下来没有？病人的生活方向，有没有被一个好看的读数顶替？

前　言

问中医是不是科学，常像对着一座大屋子发问。屋里有药物、诊断语言、古籍、医者手艺、照护关系、行业制度，还有几千年里人们对疾病的理解。站在门外要屋子只答是或不是，里面性质不同的东西就被迫一起受判。

本书想把问题带到一张诊桌前。

前一次已经做过处置，病人又坐回来了。他带来的不只是今天的表现，还有那几天怎样过来的经历。

医生此刻读到的，是同一个对象多了些资料，还是一个非得把前次处置算进来才说得清的转折？

这个问题小，却能落到记录、比较和可能的反例上。

全书的判词如下。它是作者提出、也由作者负责检验的工作判断；其中对三家的概括是收窄模型，等着具体材料来核对。

> **问中医是不是科学，问错了：存药派、气化派、医者派各看对了一头，却共同默认了一件事——证在方之前，先辨清楚，再开方。张仲景不是这样做的。「少与小承气汤，汤入腹中，转矢气者，此有燥屎也，乃可攻之」：燥屎这个证，是一小剂药问出来、身体答出来的。一剂方是向身体提的一个问题，证是身体的回答；辨证论治不是一条先辨后治的直线，是一个「方—答—方」的回路。三家又都把意义层押进了医者那一头，押进了「医者，意也」的那个「意」（「意」原义是揣度、用心，本卷借它指医者那一头，不等同于意义层）。疗效不是那股力量，只是它留下的最大一个读数，同时是下一诊的问题；那股力量在价值账里算（附录给独立于疗效的量表锚点），它为了什么，在意义账里算——病人重新能创造、能自由、能幸福（用生命意义量表一类工具，事先登记）。**

判词故意写得鲜明。不鲜明，就不容易知道什么结果能让它失败。

可是鲜明不能免掉分辨。古籍里处置之后才拿到依据，不等于证明了证在处置之后才发生；复诊时医者更一致，不等于更准；病人好转了，也不等于生活方向回来了。这些难处是论证必须走过的地方。

本书准备交出六样东西。

第一，证的一种新定义：把它放到两次就诊之间去研究，而不只当一次问诊的分类。第二，三条彼此约束的表达，说明前次处置、身体应答与医者判断怎样按诊次接下去。第三，一个有名字、待检验的现象：不同首方在改善相近之后，是否仍留下不同的复诊走向。

第四，与收窄对照模型不同的预期，让争论不只停在谁的概念更漂亮。第五，一场能让本书认错的拟议试验，撤回条件提前写好。第六，一把对着判词本身的刀：把开方那一刻的截面读全，看知道上一手的医者，是否仍比只见截面的医者更能料中下一剂方的结果。

第六样最要紧。

前五样，都能在「证是当下状态的读数，药只是帮医生看清」这个读法里活下来。连本书起初想到的先后对调也一样：药会改变身体，先后一换，状态不同，证自然不同，这仍是当下状态的读数。只有「截面读全以后，治疗史还剩不剩一份预测力」这一问，能把「证在方之前」与「证在方之后」分开。

这里的「方之前」，在每一诊都指同一件事：开下一剂方的那一刻，医生能读到的那张截面。说证在方之前，是说证就是那张截面的读数；说证不在方之前，是说那张截面读不全它，还得连上一剂方与它之后那一段。

所以本书把判词的本体那一半，押在第 20 章提出、第 38 章写进试验的「截面不充分」上。它若被判死，本书就承认自己只是给病历多加了一栏。它若活下来，也只证明证不在任何读得到的截面上；最强的对手——证是一个读不全的隐状态——眼下还分不开，第 20 章把这条界限写明。

这六样东西，眼下证据并不一样厚。古典材料给入口，既有研究给参照与限制，新试验本书还没做。写出方程不是发现定律，写出阈值不是完成注册，给现象起名也不是已经看到现象。

本书也不靠否认前人的复杂来占位置。成分研究者可能早就承认经验来源，方证相应的实践可能一直看重药后调整，临床生成研究也可能装得下整个

治疗过程。若这些强版本已经能提出同样的预期，就该承认重合，再查还剩什么差别。

那为什么还值得写？因为记录的单位，会决定知识的单位。

只存初诊和最终疗效的系统，很难重建中间的判断；把复诊当新初诊的系统，也说不清前次行动怎样改变了下一步。就算强命题最后被撤回，把这段资料补全仍有用处。可是这份用处，不能反过来免掉强命题失败的责任，两笔账要分开。

何先生、小钟和唐阿姨陪你走完全书。旧记录放在哪里，一句没说完的话怎样被听见，胃里不舒服怎样拖累开店，机器的建议怎样改变医生的选择——他们把问题带回看得见的日子。他们不替任何理论作证。

好故事让问题容易懂，可靠的研究才有资格让判断站住。

但愿读到最后，你不必被拉进一场存废中医的旧争论。你可以信任可靠的药物研究，尊重医者的经验，也保留对任何新解释提反例的权利。要紧的是，让身体走过的那一段能被记下，让一个理论知道什么时候该退回去。

导　读

这本书怎样读，判词怎样才算错

◆ 一、先辨清本书在做什么

本书讨论中医的证候、辨证、方药及针刺怎样才能被检验。它不替代临床教材，不提供个人诊断、选药、剂量、服法或针刺操作。不要照书里的故事自己试方、换药或停药，也不要为了等复诊材料耽误该及时评估的情况。遇到急症，立即就医。

书里反复说「回来再看」，是为了研究连续的判断，不是把复诊次数当质量指标。有些问题一次就处理好了，有些处置不能等，有些照护要持续很久。本书的核心主张，只管能合理拿到后续资料的那部分诊疗，不能拿它贬低没有第二诊的医疗。

还有，「证」在这里是本书正在重新界定的概念。它与疾病诊断、分子靶点、症状清单各有交集，却不自动同义。一个词在哪个体系里怎么用，必须交代。

把不同概念都叫成某种共同本质，争论表面统一了，检验对象却丢了。

判词再列一次。你可以把它当成一张要逐章兑付的承诺书：每一句强判断，后面都该找得到材料、限制，和可能让它失败的结果。

问中医是不是科学，问错了：存药派、气化派、医者派各看对了一头，却共同默认了一件事——证在方之前，先辨清楚，再开方。张仲景不是这样做的。「少与小承气汤，汤入腹中，转矢气者，此有燥屎也，乃可攻之」：燥屎这个证，是一小剂药问出来、身体答出来的。一剂方是向身体提的一个问题，证是身体的回答；辨证论治不是一条先辨后治的直线，是一个「方—答—方」的回路。三家又都把意义层押进了医者那一头，押进了「医者，意也」的那个「意」（「意」原义是揣度、用心，本卷借它指医者那一头，不等同于意义层）。疗效不是那股力量，只是它留下的最大一个读数，同时是下一诊的问题；那股力量在价值账里算（附录给独立于疗效的量表锚点），它为了什么，在意义账里算——病人重新能创造、能自由、能幸福（用生命意义量表一类工具，事先登记）。

◆ 二、五编是一条怎样的路

第一编先把争论拆开。从存废之争进去，分别讲重药、重变化、重医者三种读法的贡献与限度，再摆出「先定判断、后行处置」这个共同模型。

读这一编，不必急着问哪一家输了；先看它公开了哪些条件，又省掉了哪一段过程。

第二编让更强的对手上场。关于仪式、期待、方证对应和临床知识生成的研究，已经走了不少路，本书得先承认这些工作，再说自己想多问什么。接着对照既有试验和最不利的反例，用公开规则认出论证里的欠条。这条规则本身也要接受反驳。

第三编是全书的中心。它把医者的意与病人的意义分开，完整提出证的新读法，用唐阿姨连续就诊的故事示范怎样读，再把证型、疗效和生活方向拆开。到编末，书必须回到开场问题，给一个有边界的回答。

第四编把问题带到工具与人工智能。机器开方早有历史；今天要问的是，系统能提出、选择或否决时，它学到的是怎样的资料结构。重点不在机器像不像人，而在它有没有把过去的行动与现在的材料接起来，谁能纠错，谁担最后的责任。

第五编把三本账落到具体工作上，并提出判决性试验。读数、价值、意义各有记录要求，不能谁的结果好看就由谁替全体结账。末章交代出现哪些结果就撤回哪些主张。附录存着术语、拟议规则和待核项目，方便你查正文有没有把承诺悄悄改掉。

◆ 三、按你的问题选一条读法

如果只有一个下午，先读前言，再读第 5、18、19、25 章与结语。第 5 章让问题露出裂缝，第 18 章给出核心定义，第 19 章把它放进完整过程，第 25 章回到书名。

如果你是因为家里老人看中医才打开这本书，先读第十九、二十三和三十七章。注意沟通与记录的区别：现在有什么，和从上次以后怎样变，不是同一个问题。这条路线帮你看懂医疗过程，不给你替亲人调整治疗的依据。

如果你在做中医人工智能，先读第 13、30至33 章，再读第十九和三十八章。前几章问训练资料缺了什么，后两章看完整过程怎样记录、怎样验证。

别只把本书的新词塞进提示词。你要查的是：数据里真有撑得起这些词的时间关系吗？模型会不会编出资料撑不住的解释？

如果你只想看本书怎样给自己判死，读第 5、20、38 章：第 5 章摆出最强的反读法，第 20 章先认先后对调这一刀不够，再磨出「截面不充分」这一刀，第 38 章把它写进试验。

如果你关心科学之争，先读第一、十、十一、二十五与三十八章。请特别留意：一份研究支持什么、不支持什么；一个反例让理论收窄多少；撤回条件是不是真打在本书独有的判断上。

这几条路线并不互斥。你可以从家人的困惑进来，后来对研究设计起了兴趣；做技术的人，也可能在意义账里发现自己从没存过的材料。

◆ 四、哪些结果会使本书认错

第一条路，问药后复诊是不是真有本书说的增量。

在事先约定的比较中，先认真处理症状变化等影响。若服方组医者之间的一致性仍达不到约定的优势或最低要求，本书撤回「答证」，退回较弱的临床相遇解释。病人多来一次、医生更熟了，由此多出的一致，不算新理论的胜利。

第二条路，问不同的合规首方是不是真留下不同的复诊分布。控制约定的条件后，若下一诊辨出的证与首方是哪一张无关，本书撤回「方序效应」，退回方证相应。只发现药效不同、后来的表现也不同，还没碰到本书要的那项更强差别。

第三条路，问知道前次处置会不会改变后次判断。如果知不知道首方，在一致性和能有效评估的准确性上都没差别，本书把「知犯何逆」这个读法降为单纯观察当前表现。

一致不等于准确。没有独立、合理的参照标准，不能凭大家都同意，就说判断是对的。

第四条路，问意义账是不是真有本书说的独立后续关联。考虑基线严重度与抑郁等条件后，若它的变化不能独立预测一年后的复发、依从与停药相关结局，本书撤回意义层命题。这不是说病人的生活不值得关心，而是说这一项经验上的强主张没站住。

人文尊重与统计预测，不能互相冒名。

第五条路最重，它对着判词本身。

第三诊时，先把当下能读的读全：舌照、脉图、症状量表、去掉治疗史的问诊记录，以及预定的化验。一组医者只看这张截面，另一组另外知道前两剂方的先后与其后的经过。两组各自辨证，再看谁辨出的证，更能料中按预定规则给出下一剂方之后的结局。

若知史组料得并不更准，或者截面每多读一档、这份优势就缩一档，最后落进事先登记的等效界，「证不在方之前」这句本体判断撤回。本书退为一条记录建议：病历应当保存药后那一段，证本身可以照旧当作开方那一刻的状态来研究。

前四条判死的是本书的几个新名字，这一条判死的是本书的母题。

完整条款、拟议阈值和具体比较，见末章与附录。它们是研究草案，本书还没完成预注册，更没有新的试验结果。症状改善是处置以后才出现的变量，在模型里简单调整它，可能引进新的偏差。

第五条路还有一个好处：它拿后来的结局作参照，不靠医者之间谁同意谁，「一致不等于准确」的老难题在这里有了落脚的地方。

◆ 五、怎样读证据，怎样读故事

书里有三种材料。古典文本告诉你某种诊疗结构怎样被写下来；现代研究告诉你在特定设计与人群里看到了什么；虚构人物让问题容易看见。它们担的责任不同：古典智慧替代不了疗效证据，现代试验不能替所有历史解释背书，故事什么临床主张都证明不了。

碰到一条引文，先看作者是不是只挑了方便的一句。碰到一份研究，先看结论对应的是疗效、分类一致性，还是过程记录。碰到一个好听的案例，先问：它是在说明概念，还是在暗示研究已经成功？

本书用〔待核〕标出还要检查的来源、版本或细节，让你看见证据还没补齐的位置。依赖这条材料的判断，核实之前不能升格；核不实的，就删掉或改窄。

三家只是编码工具。某位作者已经明说借了另一头的条件，就不能把它列为欠条；他本来就在研究药后过程，就不能为了要个对手，说他只研究初诊。你有权拿原文来纠正本书的分类。

还可以多查一次：一个结论离开了原作者，别人按同样规则能不能得出？

一份记录只有熟悉何先生的人才看得懂，就还算不上公共知识。几位医者意见相同，若是因为都知道同一个预期答案，也不能说身体给了更清楚的材料。独立阅读、藏起不必要的提示、留下不一致，是为了防着共同期待冒充共同发现。

一时量化不了的经验，可以先准确描述，不必急着换成分数。若为了数据整齐，把病人最在意的变化删掉，测量就偏了。反过来，量化不了也不是永远不许比较的理由。

本书希望你有一份双重耐心：对具体经验，不轻易丢；对理论结论，不轻易信。

◆ 六、带着三问进入诊室

第一问，这一次的证是开方前就完成的判断，还是用上了药后才拿到的材料？第二问，这一剂方在当时的判断里要解决什么，后来的变化有没有被认真接住？第三问，下一诊据此改了什么，理由能不能在记录里找到？

三问也该反过来问本书。有没有把后来才想到的解释，写成早就定了的事实？有没有凭一则史料下过大的结论？有没有在结果不利时悄悄换掉研究对象？有，你就指出来。

经得起反问，是这套写法对自己的最低要求。

读到最后，你不必成为会辨证的医生，也不必接受书里每个判断。能把疗效、过程与生活方向分清，把一场总争论换成几个能核对的问题，就够了。现在，我们走进那间诊室，看小钟怎样从一份只存了第一眼的记录里，找第二眼要的材料。

目 录

十分钟读完这本书 1

前言 8

导读 这本书怎样读，判词怎样才算错 12

导论 青蒿素：从葛洪「绞取汁」到 2015 年的诺贝尔奖 22

第一编 三家各押一头 30

第 1 章 废止中医：从俞樾《废医论》（1879）、民元漏列（1912）到余云岫提案（1929） 31

第 2 章 存药派：从余云岫到青蒿素——中医客体的属性发生学 40

第 3 章 气化派：阴阳与生克——中医互动的属性发生学 50

第 4 章 医者派：「医者，意也」——中医主体的属性发生学 59

第 5 章 三家共同的默认：证在方之前 69

第二编 三家的欠条 79

第 6 章 最强的对手：卡普恰克的安慰剂与仪式研究，与 Moerman 的意义反应 80

第 7 章 最近的对手之一：方证相应——胡希恕与黄煌把方证对上了，却让锁先于钥匙 89

第 8 章 最近的对手之二：Farquhar 与 Scheid 的临床生成——生成在相遇里，还是在药后的那一段 98

第 9 章 对照：中西医结合、系统生物学与动态治疗方案 108

第 10 章 一份双刃证据：1998 年《JAMA》肠易激试验——疗程末标准方与个体化相当，14 周随访只有个体化组维持；与 2008 年《BMJ》试验配对读 119

第 11 章 最强反例：急症与单方——一剂定乾坤、没有复诊的地方，答证管不到哪里 128

第 12 章 三家互相欠：中医并非缺少客体 137

第 13 章　欠条一：证候从哪里来——辨证一致性研究为什么只取初诊　146
第 14 章　欠条二：青蒿素——成分路线借了葛洪的经验，也不能替所有疗法背书　155
第 15 章　四个「互相」检验中医史：伤寒注家从六经到方证、温病卫气营血的传变、教材化、专家系统　163
第 16 章　欠条定理与属性三方程：一张码表，一次盲编　172

第三编　缺了的第一层　182

第 17 章　意义层不是没有，是押进了「医者，意也」一头　183
第 18 章　答证：一剂方是一个问题，证是身体的回答　194
第 19 章　一次「证」的完整读法：初诊问出来，药后答出来，复诊读出来　210
第 20 章　知犯何逆：上一手的方怎样成为下一诊的证　225
第 21 章　三界里的中医：创造、自由、幸福，与显露的方向　240
第 22 章　证型是证的读数，不是证本身：成分、脉象、证型　249
第 23 章　疗效是最大的一个读数，也是下一诊的问题：中病即止与效不更方　259
第 24 章　经络是显出来的：找的方法与找的对象不在同一头　269
第 25 章　回到开场：废止中医案为什么吵不完——双方都以为证在方之前，废医存药留下了方，丢掉了答　279

第四编　AI 坐上主体位　292

第 26 章　脉枕、银针、药碾：人和工具几千年就是一个复合体　293
第 27 章　层断了：产业涨，疗效与意义同时退　301
第 28 章　一角独大与目标空转：养生产业的空转　310
第 29 章　没有中医的中药：废医存药的老问题　319
第 30 章　教材化与专家系统：1950 年代与 1978—1979 年，回路被压成了截面　328
第 31 章　AI 开方：只问不听答的处方——AI 新型危机，含舌诊脉诊的跨设备稳定性　337
第 32 章　AI 坐上主体位：第一次能否决医者，与医者的去技能化　347

第 33 章　辨证回写：标准化证型怎样回头改医者，以及怎样把复诊重新存进数据库　357

第五编　三本账　366

第 34 章　读数账：舌象、脉象、化验怎样一起读——药前药后各读一遍　367

第 35 章　价值账：真、善、美怎样算　377

第 36 章　意义账：治未病，阈值之前　387

第 37 章　抓药、针灸、养生：三本账落到日子里——为什么好大夫只开三剂　399

第 38 章　判决性试验：两张首方、一份安慰剂，截面读全以后谁料得更准　409

结语　中医是不是科学　426

附录一　判词怎样才算错　433

附录二　预注册预言　435

附录三　欠条表与编码办法　437

附录四　按诊次递推的最小模型　439

附录五　术语对照　442

附录六　与本系列对账　444

附录七　待核清单与研究空缺　446

参考资料　449

导　论

青蒿素：从葛洪「绞取汁」到 2015 年的诺贝尔奖

◆ 一、你一定有过这样的时刻

何先生把笔放下，对唐阿姨说：先开三剂，回来再看。

唐阿姨五十出头，在镇上开面馆，胃胀反复缠着她。今天她最挂心的，是下午那一轮生意能不能安心做完。何先生没有在本书里留下任何能照抄的药名，只把下次要核对的事记在纸上。

小钟站在旁边。他是何先生的徒弟，在医院做中医大模型。电脑能很快整理初诊材料，屏幕上证型与处方对得整整齐齐，他却总觉得少了一块。

何先生最慎重的判断，常在病人回来以后才下；系统最完整的记录，却停在病人第一次离开之前。

当晚，小钟一页页翻一批用于故事演示的旧病历。初诊栏目很详细，复诊有的只写「同前」，有的写「效可」。他把空白圈了出来。

这不是全国病历质量的统计。它是本书设下的一个具体缺口：纸上存了医生怎样提出第一个问题，却没存全身体后来怎样回答。

诊室外的电视正在讲青蒿素。有人说，这证明中医几千年没白走；另一人说，这正好证明该留下药，扔掉说不清的理论。小钟听了半天，发现两人拿同一段故事作证，回答的却不是同一个问题。

◆ 二、一把青蒿，两种拿法

青蒿素的研究有可靠的历史与科学材料，不能缩成阵营之间的一句口号。

诺贝尔奖官方资料确认，二〇一五年屠呦呦因发现针对疟疾的新疗法，获得当年生理学或医学奖的一部分。她在诺贝尔讲演和自述中，明确谈到传统文献给研究的线索，也谈到后来提取与研究的推进（诺贝尔奖委员会，2015；屠呦呦，2015）。这项成功有具体的疾病、具体的药物、具体的研究过程，边界不能抹掉。

葛洪书中关于青蒿使用的记述，启发研究者重新考虑提取方法。屠呦呦的公开自述提到《肘后备急方》，官方科学背景材料也记下了这一启发与低温提取的关系。

为了不把古籍变成家庭操作，本书只留「绞取汁」几个字，不列配方、剂量与做法。古籍版本、原句完整字形和现代标点，另列为原典核校项〔待核〕。

这件史实支持一个有限而要紧的判断：传统经验可以在现代研究里成为有效的问题线索。

它不支持更大的跳跃，比如古籍里的办法都靠得住，或整个传统理论已因一项发现得到证实。它也不支持反方向的跳跃，比如成分后来能分离出来，就说原先的线索和研究者的阅读毫无贡献。

两种拿法各截了一段。第一种把古籍线索与现代成果连成一座桥，再把桥上所有判断都叫作传统的胜利。第二种只留桥的另一头，把成了药的成果摆上桌，说此前的环节都能从知识史里删掉。

前者把证明范围放大了，后者把形成过程截短了。

对屠呦呦本人也要公道。她已经公开承认葛洪的启发，这就不是没声明的借用；已承认的条件不算欠条。能批评的，只是后来的简化叙事：它们删掉研究者记下的来路，却继续借用成果的权威。

还要防着另一种好听的误解：好像古人只差一台现代仪器，药就会自己从书页里走出来。

线索不会自己定研究对象，不会自己排除错误解释，也不会自己做完质量控制和临床验证。研究者怎样读古籍、怎样判断失败、怎样改方法，加上后来各团队的工作，都不是一句「古人早就知道」能包办的。

所以，青蒿素既是一项具体的胜利，也是一堂讲知识怎样形成的课。胜利，按它实际建立的证据来认；形成过程，按它真实走过的环节来讲。这样，病人的获益才不会变成争论时搬来搬去的奖杯。

◆ 三、药、用法与找药的人

这段故事里，至少有三头同时在场。药物材料和后来做成的制品，是常说的客体那一头；研究者怎样接触材料、改变处理、比较结果，是互动那一头；谁提问题、选线索、认出错误，是主体那一头。

这里不把三头想成三个早就做好、后来才拼起来的零件。它们是同一段工作的不同侧面。

为什么这样分?

一种物质就算存在，也不会自动变成清楚的药物知识；一套方法就算能用，也不会自己选方向；研究者就算有想法，也不能让材料照心愿起作用。三

头互相约束，才长得出一份能离开个人意见、让别人接着用、接着检验的成果。

说它们一起形成，绝不是说人一想，分子才有了。物质的约束很真实，失败也很真实。

本书讨论的是：一个东西怎样成为边界清楚、能稳定使用的知识对象；一种互动怎样成为可重复的方法；一个人怎样在这段过程里长出新的判断能力。这三件事相连，却不能互相顶替。

读到一条线索，不等于原有解释全都成立；后来出现一种有效的药，也不等于探索中的每个猜想都对了。

知识形成不是把胜利倒灌回过去，让每一步都显得必然，而是在本可能失败的地方，一次次留下查过的部分。

这对本书提出同样的要求。本书关于「证」的新读法，不能写成迟早会被证明的真理，它也得走过线索、比较、可能的失败与保留条件。青蒿素能启发这种态度，却不能给本书理论当实验证据。一个理论若总借别人完成的成果，替自己没完成的工作担保，就没学会这堂课。

回到诊室，何先生、小钟和唐阿姨也构成一段有材料、有阅读、有行动的过程。可是把他们放进同一个画面，并不证明三头必须照某种新模型组织。我们只是看见了该问的事：处置本身有多可靠？身体的变化怎样被读出？医者的判断怎样受后来材料约束？

◆ 四、三本账先翻开一页

除了三头，本书还要把三层分开：读数、价值和意义。三头问这段工作由哪些侧面一起构成；三层问我们到底在记录什么、评价什么、为了什么。

三头不是三层。药物不只属于读数，医者也不天然占着意义。

读数最容易看见。症状轻没轻，某项观察怎样变，就诊了几次，都能成为记录。读数让模糊的经验有了能讨论的形式，不能轻看。

可是同一项读数改善，可能走的是不同过程，付的是不同代价。只把一个数填成绿色，未必回答了这段诊疗值不值得信任。

价值这一层，关心的是让好的诊疗能继续下去的那股力量。比如：前一次处置留下的材料有没有被接住，判断允不允许改正，病人愿不愿意如实说出新情况。这些不是一次疗效推得出来的。好转是重要结果；能负责任地处理好转、无效与意外的能力，要另外看。

意义再往前问一步：病人为了什么想好起来？

唐阿姨开面馆，不等于她的目标只是多卖几碗面。她可能想自在地安排一天，愿意跟人来往，不再把全部心思缩在身体的不适上。创造、自由和幸福在这里不是口号，而是一个人能不能接着长出自己的日子。

这三层不总是同向。症状轻了，病人仍可能不敢回到原来的生活；就诊安排很周到，也未必有预期的疗效；一次谈话很鼓舞人，却替代不了必要的治疗。把层次分开，是让好处和不足各有位置，不是为了疗效不好时到别一层找补胜利。

所以本书不把医者的善意直接叫作病人的意义。一位医生很关心唐阿姨，不等于知道她想过怎样的一天。意义要听见病人的方向，也要允许方向变。

后来的研究若发现这一层没有本书声称的独立预测价值，就该撤回相应的理论主张，而不是拿「人文关怀很重要」来拒绝检验。

这些话你不必全记住。只要在后面的故事里分辨三类句子：哪里变了？这段过程做得怎样？这个人想走回哪里？它们可以出现在同一次就诊里，却不是同一句话。

◆ 五、先清三个误会

第一个误会，是以为本书会拿青蒿素给中医下总判决。没有这样的捷径。一种药、一个诊断办法、一套解释语言、一套行业制度，各自要接受合适的检验。它们同属宽泛的中医药传统，却不因此拿到同样的证据等级。

第二个误会，是以为三家真是历史上各守山门的三个学派。存药派在中医之外、中药之内，看重物质研究；气化派与医者派，也都是本书分析论证侧重的名称。同一个作者可以跨好几家。

事实套不进分类，就改分类，不能改写事实来保住图画。

第三个误会，是以为本书要教人照自己的变化试方、换方或停药。何先生说先开三剂，是虚构人物在故事里的做法，不是判断良医的通用数目；复诊间隔和治疗安排，由合格医务人员看具体情况定。急症要立刻就医，不能为了等理论里说的「回答」而耽误。

三位人物的对话和场景只用来说明问题，不是疗效资料、医案报告，也不是哪家医院的数据。我们需要一个看得见的人来理解问题，却不能拿这个人替研究作证。

每章末尾的两行小账，也为这份分辨服务。「本章拆了什么」交代哪一种过度推断被拆开了；「本章立了什么」说明多提出了一项怎样的判断、凭什么值得接着检验。你完全可以同意前一行、不同意后一行。

三本账也不是三个互不相干的评分栏。它们要能互相追问：某个读数变好，是怎样得来的？一种安排让人安心，是不是真撑起了生活选择？一个人重新愿意开店，身体和现实负担允不允许？

记录分开，是不让一个好消息盖住另一处难处；联起来，是不把整个人切成互不往来的几份。

比如在虚构场景里，唐阿姨说自己愿意重新招呼熟客，小钟不能马上把它填成治疗成功。这个愿望可能早就有，也可能受当天生意、家人支持和谈话气氛的影响。它值得认真听，原因却要另查。

反过来，她一时没有这样的愿望，也不能据此否定已经可靠取得的症状改善。

让不同的结论各在自己的证据范围里成立，三层才帮得上理解，而不是变成一种怎么说都能赢的解释。

◆ 六、放回日子里

电视里的节目播完了，小钟没再问青蒿素归谁。他回到电脑前，把复诊那一栏放大，打算第二天请何先生看。师父说的「再看」，到底想看什么？那些后来才出现的材料，是不是真改变了原来的判断？

唐阿姨要赶回面馆，临走问下次要不要带上旧记录。

小钟说，带着，前一次不能丢。

他还没证明任何理论，只做了一件小事：不给后一诊一个从零开始的假象。

青蒿素的故事把我们带到这里。物质的作用值得研究，方法的来路值得保留，人的判断也要放在能检查的位置。下一章回到一百多年前的存废之争，看人们争谁有资格判中医的时候，哪些问题已经说清，哪些还被大名称挡在身后。

带走的话

一把青蒿不能替全部中医作证，也不能替全部废医论作证；它让我们看见，可靠知识有一段不能省略的来路。

> 小账
>
> 本章拆了什么：用青蒿素一项具体成功替整套传统背书，或因成分后来可独立验证就抹掉发现过程。
>
> 本章立了什么：药物、研究方法和判断者共同进入知识形成；读数、价值与意义分别记账，各自接受检验。

第 一 编

三家各押一头

这五章先不替任何一方裁决。我们从一场持续至今的争论出发，依次走进重药、重变化、重医者的三种解释，最后再问：三方最激烈地反对彼此时，是不是也共同留下了一个没有仔细检查的前提？这里的「三家」是本书整理论证的三种读法，不是把历史上的医生和研究者分进三个互不往来的门派。一个人可以在一段论证里重药，在另一段论证里重相遇。我们检查的是他在这一段里怎样推理。

第 1 章

废止中医：从俞樾《废医论》（1879）、民元漏列（1912）到余云岫提案（1929）

◆ 一、你一定有过这样的时刻

饭桌上有人提到中医，话没说完，另一人已经把手机递过来：一条新闻，底下几百条留言。

有人说自己看了许多年才好，有人说亲人吃过药却耽误了，有人提青蒿素，有人问为什么找不到经络。

什么都谈了，最后只剩两句话：你懂不懂科学，你懂不懂中医。

小钟也经历过这样的晚上。他原本只想把何先生门诊的复诊记录做完整，群里的人却问他到底站哪一边。

他说自己在做数据。对方追问：数据最后证明中医有用还是没用？他还没分析，答案却仿佛必须先填。

第二天收诊，何先生听他讲起，慢慢把脉枕放回抽屉。年轻时，他也听老师讲过一九二九年的请愿。那段话在师徒间传下来，带着一种忧惧：一个行业可能忽然没了位置，一门手艺可能没了后人。

可是小钟问当时提案具体写了什么，何先生没有凭记忆替史料作证，只说：去找原来的文字。

这句话让讨论慢了下来。人的委屈值得听，药有没有用需要查，一份历史提案怎么写也该另记一笔。

三件事挤成一个答案，谁都会觉得自己手里的证据没被看见。

◆ 二、三个年份，三类问题

三个年份连在一起，不能讲成三次同样的争吵。它们分别涉及论说、教育制度和卫生行政。

先分开，才看得见争论怎样扩大，不把后人的问题塞回前人嘴里。

俞樾的《废医论》通常系于一八七九年。现在可检索的《俞楼杂纂》文本确有这一篇，电子底本带有文字识别提示，正式引用仍须核对影印本。

本书不据未校定的文字替俞樾拼一套现代医学立场。能确认的是：他不是二十世纪实验室里的药物研究者，他的论证从经史、方术传统和人的认识限度出发。

后来的「废医存药」讨论会把他放在开头，可不能倒过来说他已经提出了分子靶点、随机试验或现代药政。

俞樾究竟废什么、留什么？得把《废医论》与其后的相关文字分开读，不能拿后人的四个字作结。成书年份、相关篇章的版本次序以及与《医药说》的具体关系，仍列入原典核校项〔待核〕。

到一九一二年，问题进了学校。所谓「民元漏列」，指新建的医学教育制度里，中医没有取得相应位置。

这不是给一个方子做疗效试验，是在决定什么知识能进课程、什么训练能取得资格。

所涉法令的名称、批次和条目，各家概述说法不一。本书保留「民元漏列」这一通称，精确文件版本列为〔待核〕，不把一张后出的历史年表当成原始法令。

被排在教育体系之外，会有什么后果？设想一个年轻人想学医：同样学几年，一条路能取得制度认可，另一条路只能靠私人师承。

两条路的人、资源和留下的病例都会不同。这不证明哪种疗法有效，却改变哪些疗法有机会被研究。

一九二九年，余云岫提出废止旧医的议案，争论又移向卫生行政与医学改革。官方历史材料能确认这一事件及其引发的反对运动；提案原件、会议记录和不同题名的对应，仍须档案核校，本书不添条款原文、表决细节和个人动机。

要抓住的是问题的层次。有人要求医疗知识接受统一的可检验标准；也有人担心，用制度决定一种知识的生死，走在了对具体诊疗过程的充分检验之前。

这三个问题不能互相代答。

俞樾的文字不能单独证明教育排除的正当；教育制度上的得失不能证明所有方药的疗效；反对一份行政提案，也不能让每一项古代医学判断自动成立。

忘了这种区分，历史就只剩一串助威的年份：人人拿到自己要的情绪，谁也不必核对具体主张。

◆ 三、废医的一方看对了什么

本书接住废医一方的一个要求：治病的说法要能被别人检验。

药让人受益还是受损，不能只由开药的人宣布。一次巧合的好转，也不能因为发生在德高望重的医生手里，就变成规律。公共医疗尤其不能只凭师承、声望和个别故事分配信任。

病人常在信息不足时求助，医者手里握着术语和处置权。假如凡是好转都算医术高明，凡是恶化都怪病重、来迟或病人不配合，那么说法永远不会错，受了伤害的人却找不到申辩的位置。

可检验性在这里先保护病人，其次才是学术争胜的规则。

可检验，还意味着把成功和失败记进同一本账。只谈有效的病例，你不知道那些没回来的人怎样了；只展示名医的得意之作，你不知道一般医者能不能重复。

可是「应该检验」没有告诉我们「应该检验哪一个单位」。

检验一种药的平均效应，能回答这种药在特定条件下是否有益；检验一次问诊能否稳定分类，能回答医者面对同一份材料是否给出相近判断。两者都重要，却未必穷尽一种依赖连续复诊的治疗过程。

如果关键判断要用上一轮处置之后的变化，而这种材料第一天还没出现，那么只检验第一天，可能问窄了问题。

问窄，不等于结果可以作废。

某种治疗在可靠试验中没显示获益，不能用「过程复杂」取消这个结果；它带来明确伤害，也不能拿「整体性」推走责任。

本书要增添应检验的环节，同时保留已有的检验。过程研究不是疗效研究的避风港，它反而要说明多出来的记录多解释了什么。

也该给重药的观点一个最有利的情形。假如一种成分作用明确，产品质量稳定，在适宜病人中反复显示获益，固定方案已足以取得可接受的效果。那么你完全可以用这条知识，不必等本书的理论成立。

一种药的发现借过传统线索，不能就此要求每位使用者接受全部传统解释。来源与有效，是有关联却不能互相替代的两件事。

真正值得争的是：一种临床活动声称自己的额外价值在连续判断上，我们有没有把这个额外部分拿出来单独比较？

拿出来以后并无增量，这项声称就应退出。

始终不拿出来，它就能一面借药物的成功为自己作证，一面在结果不好时说别人不懂中医。这样两头得利，双方都不该接受。

◆ 四、护医的一方守住了什么

反对废止的一方，也守住了一条不能轻放的经验：同样的处置进入不同人的生活，不一定走出同样的路。

病程、合并治疗、实际用法、照护条件、人的理解，都会影响结果。一张处方不是病人的全部经历。

这不是中医独占的洞见，现代临床同样关心个体差异、依从性和连续照护。说成只有中医懂，反倒削弱论证。

护医一方该回答的是：在自己的实践里，这些差异怎样进入判断、改变下一步？哪些是训练读得出的，哪些只是事后解释？

答到这一步，「因人而异」才从口号变成可核对的知识。

还要分清两种个别性。一种是每个人都有特殊处境，医生应认真听；另一种是每个结果都独一无二，所以任何比较都无效。

前者保护病人，后者可能保护错误。

人各不同，不妨碍事先约定哪些可比、哪些分层记录，也不妨碍承认某种处置在某类条件下没有优势。

何先生说「回来再看」，可以有好几种解释：他可能想观察自然病程，可能想查有没有不良反应，也可能对初次判断没把握。

你怎么知道里面有额外知识？要看回来之后他读到了什么，这份新材料在别的受过训练的医者那里是否也站得住。

对护医的一方，最难的恰好是这一步。

说明一位熟练医生为什么值得尊重，不难；让陌生医者在不知结局时按记录重建他的判断，难得多。

可是重建不了的，不能一律归进「不可言传」。它有时是还没找到表达的本事，有时混着记忆偏差、选择性讲述和偶然。尊重手艺，就该把它们分开。

医者不能随便替换，不等于医者不能被追问。

正因为他的判断会改变病人的经历，才更要知道它怎样形成。肯留下修改过程的医者，更容易让后人看见他哪里可靠、哪里失误。

这种开放不损尊严。它让尊严不再靠免于检验来维持。

◆ 五、把争论移到下一诊

本书由此提出一道收窄后的开场难题。

把论争里反复出现的一种结构抽出来：先确认病人的某种状态，再选与之对应的处置。重药的人希望状态由客观检查来定；重变化的人希望由一套关于转化的语言来定；重医者的人希望由充分的临床体会来定。

三方争的是谁有资格先定，却可能都把「先定」当成不必再问的事。

历史争论还牵着资源、资格、制度、教育与文化认同，不能由一个哲学前提全部推出；也不能说每个反对中医的人都把证先于方，每个支持者都拒绝治疗中的修正。

本书立的，是一个可以拿具体文本和病例去反驳的分析模型。

在这个模型里，最关键的疑问是：有没有一种临床判断，必须等某次合规处置进入身体、身体出现可追踪的变化之后，才取得原来没有的内容？

如果有，它就不能只被压缩成「初诊分类更精细」。它要留下的是两次就诊之间的关系，以及这段关系怎样改变下一次行动。

可这还不能证明证是后来「发生」的。

一个强有力的反驳说：病人的状态原本就在那里，先前只是不知道，治疗反应像一次检查，把原有状态揭示出来。另一种反驳说：处置确实改变了状态，但那是普遍的药理效应，不必重写证的定义。

两种反驳都要保留。本书往后得拿出比「治疗以后发生变化」更严的比较，才分得开。

所以，本章不以一句「中医当然科学」结束，也不以一句「中医当然不科学」结束。

一个总名称包着太多主张：药物作用、诊断分类、传统宇宙观、医患互动、连续处置与行业制度，不必领同一个判决。

把大名称拆成可检验的问题，比把立场喊得更响更有用。

先留一道题：只保留药，能不能完整保留一种治疗的知识？

答案要看被删掉的，究竟只是不可检验的说辞，还是确实进入下一诊、能带来可重复增量的材料。第 25 章会回到这道题，到时不能只拿何先生的风度或一个著名药物作证，必须说明额外留下的那一段是什么。

另一个容易漏掉的区分：论证错了，与职业消失之间没有直接等号。

一种解释不成立，就修正解释；一种处置无效，就停止为它担保效力；一种服务的训练与责任安排不合适，就改进制度。

都缩成一个「废」字，该留的经验和该弃的错误就捆在了一起；反过来，把任何批评都听成要废掉整个行业，具体错误也找不到改正的入口。

读历史最有用的收获，是让今天的提问更细。

你可以不同意一种理论，又认真核对其中的药物线索；可以尊重一位医生，又要求他公开失败；可以承认传统知识在制度里受过不公，又不借此替每一项治疗免检。

这几句同时成立，讨论才可能离开阵营，走进具体问题。

◆ 六、放回日子里

小钟再次打开昨晚的群聊，没有替自己选边。他把讨论整理成三列：有人谈药有没有作用，有人谈医生值不值得信，有人谈该不该保留某种教育。

列完他发现，最激烈的冲突常是上一人问药效，下一人答文化，再下一人讲受伤的经历。每句都可能有分量，放错位置就不能互相回答。

何先生让他把今天的病历翻出来，问：唐阿姨下次回来，你准备让她填什么？

小钟原本只留了一个「改善程度」的空格。想了想，他又补一行：从上次到这次，哪些变化先出现，哪些判断因此改变。师父没说这就对了，只让他留下修改前的表。

争论终于有了一处可以落笔的地方。

两张表孰优孰劣，今后可以比较；一个人的立场孰忠孰叛，却永远吵不出病人下一次该得到什么照护。

带走的话

当争论只剩谁有资格先定证，我们就应再问：有些判断，会不会要等身体答过一回才成立？

> 小账
>
> 本章拆了什么：用一个「科学或不科学」的总判决，替代对药、诊断、连续处置与制度的分别检验。
>
> 本章立了什么：保留可检验的要求，也把检验的目光移向两次就诊之间，先查清那里究竟多出了什么。

第 2 章

存药派：从余云岫到青蒿素——中医客体的属性发生学

◆ 一、你一定有过这样的时刻

药柜抽屉拉开，里面的东西形状、颜色、气味各不相同。小钟的同事看了一会儿，说：真正要紧的，不就是里面哪一种成分有效吗？找出来，做成一粒，质量稳，携带方便，病人也不用听那么多解释。

你我都希望治疗清楚些：有效的留，无效的去，伤人的早认出来。

唐阿姨站在一旁，也问：能不能少占些家里的地方？她每天要顾面馆，不愿意日子被就诊和服药填满。

何先生没有反对方便。他把抽屉关上，让小钟先记唐阿姨哪天有空。

小钟有点意外：讨论明明从成分开始，师父怎么问起她的时间？同事笑，说这就是两种思路，一种看药，一种看人。

到了晚上，小钟又觉得这句话不够。药做得再精确，也要进入一个人的生活；医生再看重人，也不能不管药里到底有什么。

问题不是谁看药、谁看人。问题是：我们说某种作用来自药时，把哪些条件放进了这句话，又把哪些留在了句子外面？

◆ 二、只要药，不要医

本书叫作「存药派」的，是在中医之外、中药之内的一条解释路线，不是中医内部正式存在的门派。

它把研究重心放在可识别、可分离、可检验的物质作用上；允许传统经验提供线索，却不要求传统解释随药一同被接受。这个名称是分析编码，不能充当余云岫、屠呦呦和所有成分研究者共同签署的宣言。

从余云岫到青蒿素，隔着时代、问题和研究组织的巨大差别，不是一条直线。

本章把它们并置，只为看清一种论证形式：某些药值得保留和研究，不等于原有医学理论全部值得保留。

这一形式有清楚的力量。一种作用能被提取、重复、独立验证，就不必把可信度全寄托在传统的整体声誉上。

药的来源可以古老，验证却发生在今天；线索可以偶然，确认仍须严肃。

它还改变了知识的传法。成功病例不再只和某位医生的手艺绑在一起，要做成不同团队都能重复的对象：制品是否相同，相同条件下结果是否相近。「药里真有东西」在这里不是赞叹，是一串要公开操作的要求。

可是，抽离也必然改变对象。

草木经过鉴别、处理、分离和制造，成了一种受质量控制的药，已经不是把药柜里的东西换个包装。它的边界、稳定程度、适用范围与使用规则，都在研究和生产中重新确定。

说成分本来就在那里，不等于说「这种能可靠使用的药」早已完整在那里。后者是自然材料、研究方法和公共验证一起建成的。

这就是本章所说「客体的属性发生学」的朴素意思：作为研究和使用对象的药，它有什么属性、这些属性怎样稳定下来，也有来路。

不是人讨论了它，它才凭空有了化学组成；是一个化学组成怎样成为可辨认、可比较、可使用的医疗知识，不能跳过整段形成过程。

◆ 三、药里真有东西

青蒿素是这一节必须认真对待的成绩。

诺贝尔奖官方二〇一五年资料确认，屠呦呦因发现针对疟疾的新疗法，获得当年生理学或医学奖的一部分。官方科学背景材料与屠呦呦的自述，都把古代文献线索、提取方法的改变和后续研究列入发现过程（诺贝尔奖委员会，2015；屠呦呦，2015）。

奖项不能替代每项研究的证据，却清楚标出了这一成果的领域：抗疟治疗。

这里值得留下的是一种分寸。青蒿素不因被叫作中药来源就有效，也不因进了实验室就当然有效，它的作用要靠研究确认。

古代文献能帮着提出问题，却不会自动完成物质鉴别、活性验证和临床评价。现代方法把线索推成药物，也不能倒过来抹掉线索的来源。

把成功说小，不公道。

建立一类有明确价值的治疗，无数具体的生活可能跟着改变。对处在风险里的病人，可靠治疗比知识传统的出身要紧。哲学讨论不该站在成果旁边，轻巧地说那「只是客体的一头」。

把成功说大，同样不公道。

一个抗疟药物的成功，不能证明所有以传统名义出现的疗法都有效，也不能证明一整套古代自然观已被现代实验认可。

成功的线索也不能读成家庭操作指南。本书谈的是研究史，不把古籍语句转写为你可以照做的治疗办法。

成分路线最值得学的，是让具体结论具体成立。一项研究成功，承认它；另一项失败，也承认它。

不让传统整体替某个产品兜底，也不让一个失败产品连累全部线索：错误有地方退出，可靠的部分有地方留下。

本章还要纠正一种显得尖锐、其实失真的批评：说青蒿素研究者借了葛洪，却假装全靠分子发现。

这不符合已核资料。屠呦呦公开讲过葛洪带来的启发。一个被明确承认的来源，不是本书意义上的欠条。

真正该批评的，是后来的简化故事只剩「提取一个有效成分」，把研究者已经记下的方法调整和知识来路删掉了。

欠的是这种叙事，不是那位已经致谢的研究者。

◆ 四、靶点就是它的证?

本书用「靶点就是它的证」作比较，可得马上说明：分子靶点与中医证候不是同一种概念。

前者可指药物作用的特定生物学对象，后者涉及临床材料的组织与处置判断。说成同一样东西，会同时歪曲药理学和中医学。

本章只比较它们在某一种推理里占的位置：先把要解决的问题定下来，再找能作用于它的手段。

这个先后很合理：不知道要解决什么，就无从衡量得失；病人不能成为理论随意提问的场地。

所以本书后面批评「证先于方」，不能读成反对初诊判断，或主张无据用药。它追问的是：初诊判断能不能被当成对后续过程已经足够的完整定性?

现代药物研究也不只有「先知靶点、后找药」一条路。研究可以从看得见的作用出发再追机制，也可以在机制没弄清时先积累疗效证据。

青蒿素的发现史本身就提醒我们，不能把全部药物科学写成一个预先握有完整答案的模型。「先有靶点再有药」在本书是对一类论证的收窄，不是现代药物发现史的全称事实。

它真正暴露问题，是在一个早期分类被当成整个过程唯一合法入口的时候。

设想一个资料系统，只收用药前的表现，把最后是否改善当结果。它能研究某种处置对某类病人的平均作用。可它不一定知道：过程中出现过什么转折，医者有没有据此改判，同样程度的改善是不是来自不同的路。

这类遗漏不是分子研究的罪过。一个项目可以只回答一个问题，只要它公开自己的范围。

欠条只在扩张时出现。

项目没有研究连续判断，却进一步宣称连续判断除了药效没有任何额外内容。这个结论不是从已有数据里自动长出来的，它要新的对照：把药物作用和所称的过程知识分开，看后者究竟多了什么。

反过来，中医也不能借这处遗漏白得胜利。药理研究没回答的问题，不会自动变成中医的正确答案。

得拿出能重复的记录和比较，证明所称的额外内容确实存在，不是自然波动、期待、更多的接触时间或事后圆说。

双方的责任是对称的：不把自己的范围说成全部，也不把别人的未答当成自己的已证。

◆ 五、从药物作用到连续判断

你手里一粒质量稳定的药，能让某些变化更可预测；医者却仍要判断它进入这个人的生活以后发生了什么。

两件工作可以分开研究，也能互相支持；要查的是它们之间的转接有没有被记下来。

以唐阿姨为例，本书不写药名，也不拿她给哪种疗法做广告，只看记录的形式。

第一种记录写：初诊有几项表现，用了一种处置，后来改善。第二种多留一段：某项变化先出现，另一项随后出现，医者据此维持、修改或撤销先前判断。两种都能拿来讨论，能回答的问题却不一样。

第二种也可能没有增益。写得长，不等于知道得多；时间线齐全，不等于因果已经清楚。

若多写的材料只能在结果出来后才被说成重要，事先也说不出别人该怎么读，那它仍可能只是一篇精彩的回忆。

要让连续判断成为知识，得在不知道结局时留下判断，让别的医者根据同样材料独立阅读，并把不一致和失败一起留着。

这对重药的路线其实是友好的要求。药本身越稳定，越能比较它进入不同过程后的差别；不良反应和质量问题越受控，越不容易把产品差异错认成高深的辨证。

如果比较显示，规范成分与固定方案已经解释了所有重要结果，本书就应承认过程解释没拿到它所称的增量。

如果比较显示，记下某次处置怎样改变下一诊，确实增加了可重复的判断能力，成分路线也不必推翻。

新结果只说明：可靠的药与可靠的过程知识能同时成立。药是什么、对什么起作用的知识照样留下；一段治疗怎样改变后续判断的知识也有了位置。

所以本章说的代价，是一种可能的叙事代价：为了看清药，把用药过程切成起点和终点，中间可能成了空白。

看清不是错，空白里也不一定藏着宝藏。可不能因为眼前的模型画得整齐，就断定没画进去的部分必然不存在。

这也让「存」字有了更严的意思。存药，存的是经过验证的物质作用与使用知识；存一种诊疗过程，还得存下处置后的回答怎样进入下一步。

两种保存都要公开受检。存药的胜利不能取消后一项的研究资格，后一项的研究愿望也不能拉低前一项的质量标准。

还要想到一个反例：某位医者复诊时的调整，可能只是照着公认的药物反应规则走，没有形成任何新的证知识。

比如记录显示一个变化出现，所有受过同样训练的临床人员都知道该重新评估。这种可重复固然可贵，却不足以证明本书独有的主张。

额外理论要成立，得指出：已有的药理和临床监测解释完之后，还剩哪一项事先能预测的差别。成熟医学已有的动态调整，换个新名字，不算新增知识。

同样，医者参与不是对药物研究的污染。研究者、检测者、制造者和临床医者，本来就在知识形成的过程里。

盲法、统一标准和独立复核，不是让人彻底退出，是规定不同的人在什么时候知道什么、判断什么。客体那一头能被看清，恰恰靠这些组织人的办法。说它「不需要人」，误解了它最坚实的成果。

所以本书和这条路线的分歧，要放在它最强的版本上：承认研究过程中有人，承认疗效因情境而异，也承认可以连续调整。

分歧只剩一个更细的问题：现有解释尽力做到这些之后，两诊之间是否还有一种独立的、读得出的转折？

若没有，成分路线不必为本书的期待让步。

◆ 六、放回日子里

小钟把同事那句「药有效就行」重新写在笔记上，下面添了一句：对哪个问题来说，已经够了？

讨论制品质量，他愿意交给相应的检验；讨论一段复诊为什么改变了判断，他就得另外留下能回答这件事的资料。

唐阿姨关心的仍是自己的日子。方不方便，花多少时间，有没有不舒服，要不要再来，她都有实在的问题。

何先生告诉小钟：别为了证明师父不可替代，就把这些日常代价写得不重要。减轻病人的负担，是药物标准化和服务改进很真实的价值。

于是小钟没有在数据库里给传统与现代各立一面旗。他留下药物信息，也留下前后变化；留下方便带来的好处，也留下谁负责收下下一次回答。

把药看清楚之后，事情还可以接着问。

带 走 的 话

把药里的作用找出来，是扎实的进步；它能回答多少问题，要由证据决定，不能靠一个药物替全部过程作证。

小 账

本章拆了什么：用成分路线的成功证明全部传统理论，或用成分的可靠性宣布连续判断没有研究价值。

本章立了什么：保存经过验证的药物知识，同时独立检验药后变化怎样进入下一诊，不让任何一方借空白获胜。

第 3 章

气化派：阴阳与生克——中医互动的属性发生学

◆ 一、你一定有过这样的时刻

中午面馆还没开第二轮生意，锅里的水已经滚得很急。唐阿姨去拿碗，回来时水漫过锅沿，火一下矮了。

她关小火，擦了灶台，又看看锅里。小钟随口说：水还是这些水，火也是刚才的火，怎么一转身就变了？

何先生坐在旁边，没有急着讲身体，让小钟看锅盖。盖住和掀开，火大和火小，锅里留多少空处，同样几样东西摆成不同情形，结果就不一样。

小钟说，这不就是几个条件一起作用吗？何先生点头：先把「一起」看明白。

唐阿姨笑他们把一锅水看得这么认真。她平时凭手上的经验调，未必给每一步取名字。可是只拍一张锅的照片，让别人说下一刻会怎样，那人未必说得准。

锅里有什么固然要紧，刚才怎样动过、眼下怎样连着，也省不得。

这不是拿厨房证明一套医学。锅不会得病。它只是让眼睛慢下来的一个场景：我们很容易盯住东西，忘了事情发生在东西之间；也很容易看见事情之间有关联，就以为已经知道身体会怎样回答。

◆ 二、先把古人的词放回古人的世界

气、阴阳、五行生克和气化，是历史形成的解释语言，在不同文本、时代和医家手里并不完全同义。

这里只交代基本的历史方向，不拼贴未经校核的古籍引句。

阴阳用相对的两面描述差异与转化，具体意思要看它用在怎样的关系里；五行不只指日常可见的五类材料，还用来组织变化的关联秩序。

生克谈的是相互促成与约束；气化则把目光放在升降、出入、聚散这些变化上。每个词在具体医籍里的位置、细分含义和时代差异，要结合原篇核读，相关原典版本列为〔待核〕。

这几句不是定义，是为了挡住两种快捷翻译。

第一种，把气直接叫能量，把经络直接叫管道，把阴阳直接叫两种神经活动。这样会压窄原词的关系范围，也容易借现代术语，给未经证实的医学主张添权威。

第二种，把这些词一律叫迷信。于是它们曾帮人看见过哪些关联，也一并从视野里消失。

历史理解与临床证明要分开。

你能理解一种语言为什么在某个时代有解释力，不等于认可它的每项治疗判断；你能在其中发现值得重新检验的观察，也不等于要接受它原来的全部推演规则。

尊重古人，是准确知道他们在问什么；对今天的病人负责，是知道这些说法现在凭什么成立。

所以本章不给气找一个万能的现代对应物。一个词有没有清楚的用途，要看它怎样约束观察和行动。

它若让两个医者注意到同样的变化，并能在不知结局时作出可比较的判断，它就可能有可检验的工作内容。若任何结果都能事后装进去，词义再古老、再优美，也撑不起治疗的理由。

还要提防「整体」这个让人一听就点头的词。

看整体不是把所有东西都提一遍，是知道它们怎样互相限制、何时一起变、在什么条件下脱开。一段话里同时写了身体、季节、情绪与饮食，不等于已经说明了它们的关系。

整体性若不能让我们作出与零散清单不同的判断，就仍只是一种态度，还不是能用的知识。

◆ 三、病是一段此动彼应

气化读法最值得留下的，是它不满足于把病看成一个静止的东西。

它会问：这里的变化怎样牵动那里？一种现象出现以后，另一种怎样随之改变？身体不是装满互不相干部件的抽屉，病程也不是几张检查单相加。把注意力放到前后相随上，是一种要紧的经验训练。

在唐阿姨的故事里，「胃胀」是一句很短的话，背后的日子却很长。

她什么时候察觉，做什么时更明显，哪些日子影响开店，她自己怎样理解这种变化，这些材料不会同时摆在诊桌上。只想尽快给表现命名的人，容易把它们压平；肯问事情怎样牵连的人，会留下它们的次序。

可是相关不等于相因。你怎么知道是这一个牵动了那一个？

有些现象一起出现，可能因为共同的条件变了；有些先后发生，可能只是自然波动；有些病人觉得紧密相关的事，换一段记录未必还是如此。

气化读法要把观察推成知识，就得让这些替代解释进场。只会把现象串成故事，还不知道串得可不可靠。

这里可以给它最好的条件。假如一位医者长期记录病程，能预先说出某种变化之后较可能出现什么，还把没按预期发生的例子留下来，那就不是空谈整体。

这已经是一种可以继续检验的过程判断。现代研究可以追问它在哪些人中成立、能否独立重复、增加多少信息，不必因它用了古老词汇就拒读。

本章把这一面叫作「互动的属性发生学」：某些临床性质，只有在前后牵动中才看得出来。

比如一种表现的意义，可能取决于它在什么变化之后出现，又会影响下一步什么。它不只是某个器官自己贴着的标签，也不只是医生心里的印象，是在过程被组织起来时，才有了可辨认的样子。

这是本书的发生学解释，不是古人写成的统一理论，不能伪装成古书字面。我们从气化传统里拿到的是对变化的敏感；它撑不撑得起本卷后面更强的判断，要另行证明。

还它公道，就要承认它已经看见了关系，而不是先把它讲成静止的五格表，再宣布本书发现了运动。

一个能随病程调整判断的气化医家，并不合乎最僵硬的模型。这样的反例应当进入我们的材料：它可能说明三家的划分要细化，也可能说明本书所谓新增的环节，早在某些临床解释里有了位置。

◆ 四、变化为什么仍会停在纸上

一套讲变化的语言，也可能被用成一套静止的答案。

关键不在词里有没有「动」，在变化能不能改写解释。医生先按阴阳、生克把全部材料组织好，再把处方当成这个判断的直接结论。这样，治疗后出现的材料就可能只用来赞成原判断，很难成为修正它的力量。

本书叫它「推完再开方」。这是一种推理形状，不是所有气化实践的事实。

纸上已经排出一个看似完整的变化过程，药只负责让过程照设想走。出现预期的变化，就说理论准确；出现意外，就从同一套语言里再补一条关系解释。这样说很灵活，却可能从没真正冒过失败的险。

灵活和随意，你怎么分?

看解释在结果出来之前给自己留了什么约束。事先说好某种材料会让判断转向，后来确实照此调整，并公开不合预期的情况，灵活就有了可追踪的边界。

每次等结果出来才重新规定哪种关系最要紧，所谓灵活，就可能只是事后无所不包。

所以「身体很复杂」不能当成结束问题的句号。

对象越复杂，越要划清每次推断的范围。不能要求一条简短规则解释所有病人，却可以要求说清它在这组条件下预计什么。

适用范围可以小，结论可以暂定，解释可以改。不允许的是：声称什么都能解释，却从不说明哪种结果会让自己退让。

一个强版本的气化论者会反驳：他本来就重视药后变化，处方从来不是纸面演绎。

这个反驳有效，本书必须承认。我们的批评只针对把初诊推演看成完整定性的那个版本。具体医案若显示，医者用处置后的独特应答重新建立了证的内容，这份医案就不能硬塞进被批评的格子，而该成为检验分类的材料。

可见三家不是三个必须被打败的人，是三种可能把某一头看得太满的解释。

重药的可能把过程省掉；重互动的也可能把纸上的关系当成真实发生的全部。后一种省略更隐蔽：文章里到处都是变化，人很难再注意到，真实的身体还没有机会反对这幅变化图。

◆ 五、把箭头交还给身体

要让变化离开纸面，最要紧的是留下转折发生的时间。

一次处置之前知道什么，之后出现什么，新材料怎样改变下一次判断。这几句听来平常，却能把一张完整的解释图拆成几段还没做完的工作。每一段都可能暴露误判，也可能保住此前没被认真记下的知识。

想象两张写同一病例的纸。

第一张写：某种失调造成某种表现，用了相应处置，后来改善。第二张写：初次判断时有几种可能，用了一种合规方案后，出现一项原来不确定的变化，下一诊就排除一部分解释，保留另一部分。

第二张不一定更对，可它把对与错怎样分开，交给了读者去查。

注意，身体的回答不是替医生的语言自动盖章。

即使某种变化确实发生，也可能不止一种解释。脉象、舌象和病程记录不天然免于测量误差；换了光线、设备、检查时间或问法，结果也可能不同。

让身体有位置，也就是认真对待观察条件，不是宣布身体一开口，解释者就拿到裁决权。

也不能为了更漂亮的过程故事随意增加处置。这里说的，是合规治疗中本来发生的变化怎样被严肃记下，研究条件下怎样经审查比较。

有了这样的纪律，气化的贡献会更清楚。

它提醒我们别把一刻当全程，别只看单项不看牵连。它要补强的，是把这些关系变成事先说得出、事后核得了的判断。

关系语言不是越丰富越好，是越能指出一条判断在哪一步得到支持、在哪一步失去支持越好。

同一项材料，也可能两种框架都说得通。比如某项改善紧跟处置之后出现，药理解释和过程解释都能容下它。

这时不能因为过程解释更贴近临床感觉，就说它更深。只有找出两者会给出不同预期的情形，比较才有分辨力。

第三编会把这件事做得更具体。这里先留下一个要求：新的解释必须承担旧解释不必承担的风险。

这种风险也会改变医者的位置。

医者不再是站在一旁宣布阴阳怎样变化的人，他自己的判断要被变化回头检查。上一诊的解释接不住后来的事，下一诊就该允许他改说法。

能改，不是没本事；能说明为什么改，本事才能被理解、被传授、被比较。

还可以拿一个不涉及治疗的读法练习，看清关系解释的责任。

小钟把同一组旧记录交给两位读者，一位先看首次记录，另一位先看最后的总结。两人讲出了不同的变化故事，这时不能马上说身体有两条路，差别可能先出在阅读次序上。

资料的次序和身体经历的次序要分开。不然，医者自己重排叙述造成的差别，也会被错认成身体里的发现。

还有一个更朴素的要求：留下没有变化的材料。

讲变化的语言让人格外注意转折，平稳的日子却可能一样重要。某个关系本来预计会变，结果始终没变，这不是可以略去的空白，是对解释的一次限制。

若所有不动都写成潜伏的动，所有反向都写成更深的同向，一套讲变化的理论就失去了被身体纠正的机会。它越想解释全部，能被确认的反而越少。

接受这样的限制，宏大的语言会变得不那么圆满，却更接近具体研究：它终于能告诉别人，自己在哪里可能说错。

◆ 六、放回日子里

那天下午，小钟把锅、水、火画成三个圈，想说明彼此牵动。

何先生看了，问：锅盖呢？小钟添上锅盖。师父又问：刚才是谁把火关小的？他又添一笔。画到最后，小钟自己笑了：只顾把东西添齐，这张图永远画不完。

何先生让他回到最先的问题：不是厨房里一共有多少东西，是水为什么在那一刻漫出来，关小火以后又发生了什么。

小钟把几个圈擦掉，改成三行：原先怎样，做过什么，后来怎样。唐阿姨端来面，说这才像她每天实际做的事，不过看锅容易，看人可不能想当然。

这句话把比喻停在了合适的地方。

厨房帮我们记住过程，却不能替人体研究作证；古人的变化语言帮我们提出问题，也不能把身体必须怎样的答案预先写好。

带 走 的 话

看见变化，是气化读法的长处；让后来发生的事有权改写先前解释，变化才真正走出了纸面。

> 小 账
>
> 本章拆了什么：把古代气化词汇直接等同现代物理量，或把一套能事后容纳所有结果的推演当成临床证明。
>
> 本章立了什么：保存对关系与病程的敏感，同时要求处置后的变化能够反过来约束医者的解释。

第 4 章

医者派：「医者，意也」——中医主体的属性发生学

◆ 一、你一定有过这样的时刻

你带着一肚子话去看病，坐下却说不出来。医生问哪里不舒服，你说胃；问多久，你说有一阵了。

其实你想说的远不止这些：最近总担心店开不下去，吃完饭不敢出门，夜里一醒就算明天还能做多少事。可是屏幕上的问题一项接一项，轮到你想讲，医生已经拿起了笔。

唐阿姨第一次坐到何先生面前，也这样停顿过。她把自己说成一个很简单的人：就是胃胀，别的没什么。

何先生没马上写，让她把刚才那句再讲一遍。她先笑，后来才承认，最烦的不是胀的那一刻，是不知道它什么时候再来。

小钟在旁边记，觉得这一分钟很难塞进表格。胃胀能勾，反复能勾，担心也能勾；可先说胃胀、停了一会儿才说担心，和三项同时列在纸上，好像不完全一样。

何先生低声说了一句「医者，意也」。小钟问：这个意，怎么存进去？

师父没回答，只让他别删唐阿姨前面那句「别的没什么」。小钟第一次发现，一句后来被改掉的话，也可能是该留下的材料。

◆ 二、「意」原来是揣度

「医者，意也」首先说的是医者的思虑、揣度和用心。不能因为今天也说「意义」，就把两个词合成一层。

医者怎样形成判断，和病人为什么想继续某种生活，有联系，却不是同一个问题。

《后汉书·郭玉传》有「医之为言意也」。《旧唐书·许胤宗传》有「医者，意也」。两处电子原典均可检索，分别见卷八十二下、卷一百九十一；正式出版时的底本与标点还须统一。

这不是两条从天而降的格言，它们各在具体的叙事里。郭玉的回答涉及诊疗中的细微判断，也涉及面对尊贵者时医者受的压力与病人的行为；许胤宗的叙事涉及诊脉经验难以传达，以及怎样形成处置判断。

本书只引这两句短句，不把古籍里记的治疗结果当作今天的疗效证据。

史料担史料的责任，临床主张担临床的责任。

不过，郭玉的上下文确实提醒了一件常被忽略的事：诊疗相遇并不总是温暖、平等、舒缓的。

社会地位、恐惧、顺从与不信任都可能进来。把医者派写成「好医生安慰病人」，会把它已经碰到的复杂性抹平。人的判断能发挥，也能受压；所谓用心，不在真空里发生。

许胤宗的故事则把难处推到了传承上。

熟练的人知道自己在辨什么，却未必能把全部细节交给另一个人。这里面可能有训练出来的精细分辨，也可能有难以公开核查的断言。

光凭「不可言传」四个字，分不开这两者。后人该做的，是找能让这种分辨留下脚印的记录办法，不是把沉默本身当深刻。

所以，意不是神秘的授权书，也不是可以忽略的私人心理。它是医者在具体条件里形成判断的活动。

研究它，就要研究他注意什么、忽略什么，怎样受病人的表达影响，怎样修正先前的意见。这样读，「医者，意也」打开的是一个研究入口，不是一扇让检验止步的门。

◆ 三、医者为何不可随便替换

医者派看对了人的位置。

诊疗材料不是自动排好、等一个程序抄走的。谁先问，怎么问，有没有听出病人前后说法变了，都会改变最后进入判断的材料。

病人未必一坐下就能把经历分成标准栏目。医者的一份工作，正是帮这些经历取得能共同讨论的形式。

这份工作不只在中医。任何临床照护都可能要倾听、澄清、解释和共同决策。所以承认医者重要，证明不了中医的特殊理论。

它先证明一个更普通的事实：医疗不是把一份已经完整的输入送进公式。人在相遇中形成的信任和表达，会影响资料怎样产生，也影响后续行动能不能落实。

要给这一面充分的公道，就不能把所有改变都叫作「心理作用」。

医生认真解释，病人可能更清楚方案，更愿意报告不适，更容易按时回来，这不只是心情好一点。可这些对具体健康结局贡献多少，仍要研究，不能

从「沟通很重要」直接推出某个治疗已经有效。第 6 章会用相关研究把这条界线写得更细。

医者不可随便替换，也不等于个别人永远替不了。

成熟的专业，应当把能传的尽量传，能记的尽量记，让病人不必一辈子依赖某一位医生。一个人独有的本事可能珍贵，能被接续的照护同样珍贵。

记录若只有原医生看得懂，他一离开，病人就像换了一段历史，传递还有缺口。

小钟的难题就在这里。他想让系统学会师父的判断，却发现师父最要紧的话往往短得不能再短。

一句「你再想想」，可能让病人补出关键材料；一句「这跟上次不一样」，可能改变下一步。若只存最终的证名和处方，后人看不见这两句在什么时候出现，也就无从知道它们是否真带来了有效的差别。

医者派若愿意和研究同行，就该欢迎这种追问。

把本事拆成看得见的转折，不是把人贬成机器，是让人与人之间的传递更具体。传不了的部分可以暂时留作未知，却不能顺手把已知也一起藏起来。

本书叫作「主体的属性发生学」的，是医生的判断力怎样在持续实践中长成。

不是一个人先天带着完整的医者属性，再施加给任何病人；一次次问、看、错、改，会反过来改变他以后怎样分辨。医者的本事有来路，会变，甚至会退化。

这比简单赞美仁心更严，因为它要我们关心本事怎样被培养、怎样被带偏。

◆ 四、意在笔先的限度

开方前认真思量，当然是责任。

这里批评的不是用心来得太早，是一种把决定完整放在落笔之前的叙述：医者把材料看透，写下相应的方，后来的结果只用来评价这次判断。

这样写，故事的主角始终是医生的第一眼，身体在那一眼之后还会做什么，反倒成了尾声。

「药后那一诊没有位置」也要在这个意思上理解。

现实里许多医生会复诊，会改判断，也看重病人的反馈，不能说他们从不听后来怎样。问题是：我们解释医者为什么高明时，是不是仍把高明归到先前想得周到，把后来的判断当成先前能力的附属？

这会造成两种相反的误读。

一种把首次判断的修正看成能力不足，逼医生尽量守住原说法；另一种把任何修改都叫随机应变，修改本身就不必说明。

前者不让医者改，后者不问医者为什么改。两者都让真正有价值的判断过程留不下来。

更好的记录要容得下不确定。

初诊时哪些材料已够，哪些不足，什么样的后续变化会要求重新评估，都该有位置。后来的决定若和先前不同，不是擦掉前稿，是说明新材料怎样改变了判断。

这样，你看到的医者能力就不只是答得快，还有让自己的判断受后来事实约束。

同一位医生，也可能被自己的声望困住。

病人期待他一眼看透，学生期待他每句话都有深意，他就更难公开说「这一点我暂时不知道」。在这个虚构的故事里，何先生也没被写成无所不知的圣人。

他要求回来再看，经验和不确定可能都在，要后来的记录去分辨。

一个值得认真对待的反对意见是：这些都属于普通的临床推理，不必提出新的证定义。

这个反对有力。本章只能说明，医者的判断不该被压缩在一次相遇的前半程，不能光凭这一点宣布后面的理论成立。还要更具体的预测，说明用那种理论能看到哪些现有解释看不到的差别。

所以，本章从医者派那里接过来的，是一个能干活的认识：谁在读，怎样读，确实要紧。

它留给后面的问题是：医者读的是一个早已完整的对象，还是上一轮处置参与形成的转折？

两种说法都容得下有经验的医生，对记录单位和研究设计的要求却不一样。

争论要从尊不尊重医生，移到究竟要求医生读什么。

◆ 五、用心不能替病人决定意义

医者的用心还会碰到另一条边：他不能凭专业地位，替病人规定恢复以后该怎样生活。

唐阿姨希望少受胃胀的罪，可她未必把延长营业时间当作健康的唯一目标。她也许更在意能不能自在地和熟客说话，能不能不再把每一顿饭当一次担心。

医生可以帮着澄清，不能自动代领。

这就是为什么「意」不等于本书后面讲的意义层。

前者说的是医者怎样揣度、怎样形成判断；后者问的是病人在创造、选择和感受自己的生活时，发生了什么变化。医生有善意，可能支持病人的方向，也可能不知不觉把自己对好生活的想象放到病人身上。

比如一个人说「已经好多了」。医生听成症状减轻，家人听成可以恢复全部劳动，病人却只想说今天终于没那么害怕。

三种理解都出于真关心，仍可能彼此错位。

若一概收进医者的用心里，病人自己的目标就容易被善意遮住。后面单设意义账，正是要让这一头有自己的记录，不让医生代写一段温情结语。

这不是要求每次就诊都变成长篇人生谈话。时间、精力和医疗任务都有边界，追问过度也会成负担。

要留下的是一项基本的权限：他希望重新做什么、选择什么，他有发言的位置；医生能帮到哪里，也该说清楚。

不能把所有生活问题都交给医疗，也不能因为医疗只解决一部分，就说其余都不值得记。

医者派在最好的状态下，能护住这项权限。它知道病人不是一份检测结果，会给沉默、犹豫和改口留出时间。

本书愿意接住这一点。要松开的，是把一切都收进医者那一头的习惯：药物作用有药物的证据，后续变化有后续变化的记录，病人的生活方向也该有自己的声音。

三者各自能说话，用心就不必靠一个人独扛全部重量。

专业不在别人离不开他，在他能把不同材料组织成一段负责任的行动，并清楚自己不能替谁作主。

还有一种该护住的医者能力：能把自己从故事中央暂时移开。

病人好转时，先问还有没有别的照护、生活变化和自然病程可以解释；没好转时，也不急着把原因推给不信任或不配合。

这不是对医术没信心，是承认自己的行动只是整个过程的一部分。把每种改善都归为医者的意，这一头就没了边界，最后什么都能说明，什么也难以单独检验。

对记录的人来说，这意味着不能只存医生说过的话。

病人的原话、当时的问题、后来补出的材料和医者的解释，最好分开。全改写成一段流畅的专业叙述，病人的犹豫可能变成肯定，医者的猜测可能变成事实，后来的人再也看不到判断原来有几分把握。

清楚的记录未必最好看，却能让一个错误在还来得及改的时候被看见。

这也不是要病人替医生证明高明。病人可以忘，可以说不清，可以对前后的感受有不同解释。他来看病，不是来替理论答一道考题。

专业系统该尽量减轻这份负担。为了资料整齐去责备病人前后不一，数据漂亮了，关系却伤了，恰好违背医者派原本想守的东西。

所以，临床相遇既是知识形成的条件，也是权力需要自省的地方。

谁能规定哪些话算材料，谁能决定一种不适值不值得追问，都会影响最后的判断。重视医者，不能只赞美他的敏锐，也要让他说明这些选择。这样，「用心」才既有温度，又有别人看得懂的形状。

医者的可贵，不必靠无所不知来表达。

能让「不知道」被看见，也是一种对病人负责的专业能力。

◆ 六、放回日子里

收诊后，小钟试着给师父写一句评价：何先生总能看见病人没说出来的事。

写完又删了。这句话好听，却把每次没说出的事都算到医者名下，好像病人只是在等着被读懂。

他改成：这一次，唐阿姨在第二次叙述时补出了担心，何先生因此多问了病程。

这一版不那么像赞美，却让你知道事情怎样发生。至于这句补充对判断帮了多少，还要接着看。

何先生读了，说：下一回，把我没听懂的也写上。

小钟终于给「意」找到了一个不夸张的位置：不把它存成神秘的标签，而把揣度怎样受材料支持、怎样被新材料改变，一步步留下来。

带走的话

医者的本事值得尊重，也值得被读懂；留下他怎样改判断，比只留下他第一次说对了什么更有用。

> 小账
>
> 本章拆了什么：把「意」当成不可检查的权威，或把医者的用心直接等同病人生活的意义。
>
> 本章立了什么：医者的判断在相遇中形成，并应继续接受药后变化的约束；病人的方向不能由医者代领。

第 5 章

三家共同的默认：证在方之前

◆ 一、你一定有过这样的时刻

你第二次去看病，心里排好了一个很简单的顺序：先告诉医生好没好，再拿这次的药。

可医生翻出上次的记录，没有马上问好转多少。他追问：最先改变的是哪一件事？后来那件事又是什么时候出现的？你才发现，一个「好多了」装不下中间的几天。

唐阿姨也以为复诊就是续上前面的安排。她进门时说，这几天还行。何先生让她坐下，问原先困扰她的那些事，先后怎样变过。

她想起有一天面馆忙完，自己没像往常一样急着回家躺下；又想起前一天还不舒服。小钟准备把两个晚上合成一个平均评价，师父示意他分开记。

何先生没有什么超常能力。他只是把一句宽泛的评价拆开，看清具体的时间。唐阿姨有些记得，有些不记得。不记得的地方，小钟留下空白，没替她补成一个顺畅的转好过程。

收诊后，小钟看两份记录。初诊那份像一张照片，复诊这份却伸出几根线，连回前几天。两份都在写唐阿姨，可它们不是同一种材料。

问题由此出现：所谓辨清楚，是把第一张照片看得更仔细，还是要等第二张记录带回那些线？

◆ 二、三家站在同一块地上

前三章分别还了三家公道。重药的路线帮人把作用对象做得清楚、稳定、可重复；气化读法提醒人看变化怎样互相牵动；医者读法保存揣度、倾听与判断的分量。

三种贡献都不能拿一句「片面」打发。要查的是：它们在某一种论证里，是否共用同一幅时间图。

本书把这幅图概括为：证在方之前。

重药的收窄模型，先定要作用的问题，再选药；纸面气化模型，先推明变化的格局，再把处方当推演结果；意在笔先的模型，先由医者形成完整判断，再落笔。三者都允许结果回头评价，却未必让处置在形成新判断的那一段里占到位置。

这段概括是研究假设，不是对所有医家和全部药物科学的历史判词。临床上一直有复诊、试探、修正，现代医学也不只有「诊断全部完成才治疗」一种情形。

若有人拿出具体材料，表明某位作者已经把处置后的独特应答当成判断的构成部分，本书必须把他从那个收窄模型中移出来。

那你会问：为什么还要画这幅图？

因为一种实践即使承认会改，解释它的语言仍可能把变化写成例外。初诊被当成标准形态，后来的修改被归给病情复杂、资料不足。没人再追问：某些知识是不是本来就要经过行动才拿得到？

这一区别很细，却决定了哪一段被当成研究对象，哪一段被当成补充说明。

「先诊后治」很容易听成先知道、后执行。这个顺序有合理的责任基础：没有足够依据，不能随意处置。可是责任基础不等于知识已经完成。

一个判断可以足以支持审慎行动，同时还不足以给过程下定论。行动后的材料，也可能不只检查执行成没成功，还改变原先正在判断的事。

这不是「不辨证便用药」。任何处置都须符合当时的临床根据和安全要求，后来的判断是在这个前提之内继续形成的。

没有根据的尝试，不会因为被叫作提问就变得正当。

◆ 三、一条直线怎样排出来

教学需要顺序，临床却往往需要回来。

教材为了让初学者知道从哪里入手，通常把材料、判断和处置依次排列。这样排帮人学概念、少遗漏，也便于考试。没有可共享的组织方式，经验很难走出师徒之间的具体场景。

本书把一九五〇年代的中医教材化看作值得检查的历史节点。可是哪些教材、哪一版、哪些段落把回路削成了直线，仍需逐页核校〔待核〕。不能凭后来一张「症状—证型—治法—方药」图，就断言那一代教材都没有复诊。

这一章能先做的，是看一种排列方式的后果。

例题总在处方处结束，学生容易以为开出正确的方，题就做完了。病例总结只留初诊与最终疗效，中间的修改就失去训练价值。考试只按一次判断给分，承认需要后续材料反倒显得不够确定。这些都得拿具体教材去查。

也该反过来问：教学为什么这样安排？

初学者要先掌握共同词汇，不能第一天就被复杂的病程淹没。标准案例帮他认出基本问题，固定顺序提醒他别漏步骤。批评教材化，不能拿取消教学的清楚性作代价，更不能把名医一句平淡的话当成系统训练的替代品。

问题在于，台阶是不是被当成了整座楼。

先教一次判断，可以合理。可要是后续训练不再让学生看见原判断怎样被推翻、被重写，台阶就成了终点。办法未必是废掉顺序，而是让完整病例延伸到处置之后，并留着初诊不确定的部分。

小钟面对数据库，碰到的是同一个问题。表格为了让输入可控，要求每次就诊都填一个证型。填空不坏，坏在系统只有名字，没有名字从哪一段变化而来的位置。

复诊如果仍被当成一次全新的初诊，资料越来越多，前后之间的知识却可能越来越少。

设计良好的数据库完全可以保存时间线、处置历史与判断修订。本书批评的是截面式设计：每次相遇切成独立的一行，既往治疗只作备注，模型主要学本行表现与本行处方的匹配。它学不到何先生说的那种第二次判断。

◆ 四、张仲景留了一道缝

《伤寒论》中有一句必须停下来读的文字：

> **少与小承气汤，汤入腹中，转矢气者，此有燥屎也，乃可攻之。**

本书按所据写作底本保留这句话。可检索的古籍文本支持其基本内容，不同传本与电子识别有异文，条文号及标点待统一核校〔待核〕。古方名只作史料，不构成任何自行用药建议。

先不忙赞美古人高明，只看判断出现的位置。

这句话没有只凭此前表现，就把后续处置一口气定下来。它把用方之后的一项反应，放进了后续判断的条件。行动之后回来了一份材料，这份材料参与决定下一步。

就算你不接受本书后来的理论，这条时间顺序也值得留着。

在这个意义上可以说：这里有一项证的判断，在方之后才有了依据。

可是「方后才知道」与「方后才发生」不是同一句话。前一种读法认为，相关身体状态原本就在，先前只是不够确定；处置像一次探查，把隐藏状态显出来。后一种读法要问：处置与身体共同经历的转折，是否参与构成了这次临床判断的对象？原典替不了我们完成这场现代争论。

这是本书应当正面保留的最强异议，而且它有一个现成的名字。

医学里一直有「诊断性治疗」，拉丁老话叫 ex juvantibus：拿不准是什么病，先按一种可能给药，看身体怎样回应，再回头定诊断。中医里也有人把小承气汤这一条叫「以药测证」。

按这种读法，一小剂药是一次检查，燥屎早在肚子里，药只是把它探了出来。这是一个完整、自洽、临床上很常用的解释，本书绕不开它。

只凭一句古文就宣布证不可能先在，等于把诊疗叙事偷换成本体证明。条文能给的是问题的入口，古人的声望借不来今天还没拿到的证据。

不过，这个入口已经足以扰动那条直线。

哪怕采用最保守的「既有状态被探知」读法，也得承认：某些判断材料只在处置之后出现。第一张记录再怎么细读，也长不出第二张记录才有的内容。于是研究一次判断的单位，有理由从单次就诊延伸到相连的两次。

也别把一条条文扩成整部《伤寒论》只有这一种逻辑。同一条里，前期识别、风险限制和后续判断也可能并存。本书要保存的是其中可见的试探回路，不是换上一幅相反的单线图。

这一读法还提醒你：古籍的启发未必在名词里。

词可以在教材里完整保留，时间结构却被读平了。把方名背得很熟，和知道原文怎样根据此前处置改变下一步，不是同一种理解。一句话可以一字不删地传下来，其中对后来材料的等待却被删掉了。

◆ 五、从一条缝走向可以检验的问题

要让这道缝成为知识，本书得多走一步。

它要问的不是医者会不会复诊，而是：某一剂合规处置之后的变化，是否让下一诊形成了初诊信息累加不出来的判断内容？这个问题有明确的对手：信息更多解释、普通药效解释、自然病程解释，以及既有状态被揭示的解释。

最后一个对手，诊断性治疗，最难打。对同一条古文、同一次复诊，它常常和本书说得一样好。

两种读法要分高下，得找一处它们预言不同的地方。药会改变身体，所以「换了先后结果就不同」分不开它们，两种读法都料得到。分得开的地方要一层一层找，对手也要一层一层写。最弱的一层说：证在首诊就定死，药只是越

查越清。中间一层说：证就是开方那一刻读得到的截面。最强的一层说：证是身体里一个只能部分读到的状态，药会改变它，药后的应答又是关于它的线索。第 20 章给前两层各备一把刀，并老实交代：对最强的那一层，本书眼下只能判自己的死，还不能证自己的活。

拿虚构故事来说，唐阿姨多来一次，医生自然更熟悉她。熟悉本身就可能提高判断的一致程度，用不着药后转折有什么独特地位。

她变化更大，不同医生也更容易归到一类；大家知道她吃过什么，还可能因共同期待而趋向同一种解释。只看到复诊比初诊整齐，说明不了本书赢了。

所以，后面的研究要控制接触时间与资料详尽程度，要比较不同的合规首方，也要区分知不知道前次处置的阅读者。

还得承认，某些控制变量本身可能受治疗影响，一个统计调整解决不了全部因果问题。要求说到这一步，本书才没给自己造一条永不落败的退路。

反过来也一样：复诊若没有带来预期的一致性，不能无限推给医者水平、记录不全或病人没配合。质量要求必须事先说清，不能看见不利结果再加码。

一个判断如果把所有失败都记在别人账上，它所谓的回路就仍旧只有自己的声音。

所以案例在全书中要摆得克制。何先生、唐阿姨与小钟是虚构人物，不是研究参与者。他们帮你看懂为什么需要时间线，却证明不了时间线一定有理论增量。

故事帮助读懂问题，研究负责给出判决，两件事不能互相冒名。

承认可能失败，三家的贡献也有了新关系。药物路线提供稳定处置与质量控制，气化读法留心前后牵动，医者读法让变化得到临床阅读。用不着在三者之外再安一个万能裁判，要查的是它们在具体过程里怎样一起干活。

本编还没有做最后的裁决。它只把同一块地面显出来：一种先把判断定好、再让行动执行的解释形状。

下一编要让更强的对手进门。有的研究早已证明相遇值得研究，有的传统早已把方与证连在一起，有的学者早已把临床知识看成生成过程。不认真读他们，本书很容易把别人走过的路，当成自己刚打开的门。

问题还可以再收细一层：复诊得到的新知识，是关于病人、关于上一剂方，还是关于二者共同经历的那一段？

三种说法不能随便互换。只说病人有了新表现，研究就盯当前状态；只说药有效无效，研究就盯作用结果；说一段处置应答改变了后续判断，研究就得保留处置与变化怎样相接。

选哪一种记录单位，不是措辞小事，它决定了哪些材料以后还能重新分析。

所以，回路也不等于重复。

病人来三次，未必是三次互相接续的判断；医生问三遍同样的问题，也未必读到了前次处置的回答。只有后一诊明确接住前一段材料，并让它影响下一步，连续性才在知识上成立。

一次远程复核或一份可靠的过程记录，也可能接住这段材料。关键是联系在不在，以及怎样检验它。

还得允许它带来否定的知识。

身体的变化可能让医者发现，初诊的解释不再合适，或者某次处置没起到期待的作用。这样的结果不比漂亮的成功故事更没价值。

数据库若只肯保存能说明师父高明的回路，后来的机器就会学到一个被修饰过的世界：每个问题都有顺利答案，每次修改都只会更接近正确。

把失败留下来，是回路能纠错的最低条件。

时间结构完整，后来的研究者才可能提出不同于原医者的解释。记录若一开始只留支持原结论的材料，公开出来的也只是一篇自我证明。留下转折与不确定，是给将来的异议留门。

◆ 六、放回日子里

小钟把唐阿姨两次记录放在桌上，原想给复诊的表格取一个新名字。何先生说，先别取，看你多记了什么。

他检查了一遍，发现自己仍把最初不确定的地方改写成后来才知道的样子。这样一改，整个过程又显得师父从头就全明白。

他把原稿找回来，恢复了那几处空白。唐阿姨说不清的地方仍写说不清，何先生当时的猜测也仍写猜测。后来的变化不再倒灌回初诊，第一眼和第二眼终于分开。

保留一条回路，不必先添一个宏大的理论。先不替过去补答案，让后来的材料在真正到来的时候到来。这样的记录未必能证成本书，却给任何解释一块更诚实的起点。

带走的话

如果所有重要判断都已在第一剂方之前完成，下一诊就只剩验收；本书要检查的，正是验收之外还有没有新知识。

本编总判断：三家各押一头，却共用一个默认——证在方之前。

小账

本章拆了什么：把先作合规判断误当成知识已经完成，以及用事后所得悄悄填平初诊的不确定。

本章立了什么：保留方后材料进入下一诊的时间结构，并把它可能具有的独特知识增量交给后面的比较。

第 二 编

三家的欠条

第二编要做一件不讨巧的事：把最有力的反驳请到桌前。有些反驳来自中医之外，有些出自最懂中医的人；有些反对本书，有些已经替本书走了一大段路。接下来先谈相遇，再谈方与证的对应，再谈临床中的生成；随后用两类试验、一个边界和几张欠条检验我们自己的说法。越是听起来相近的观点，越要分清它已经说到哪里，本书还需承担什么。

第 6 章

最强的对手：卡普恰克的安慰剂与仪式研究，与 Moerman 的意义反应

◆ 一、你一定有过这样的时刻

唐阿姨把包放下，没急着说胃。她先说面馆里来了一个老顾客，好久不见，一坐下还知道要原先那只大碗。

何先生听着，没催她。小钟已经把问诊页面打开，光标停在「主要不适」后面，一闪一闪。

说着说着，唐阿姨笑了：

「有时跟您聊一会儿，我就好了一半。」

小钟的手停了。他本想把这句话存进疗效栏，又觉得时间不对：今天的方还没开，怎么先有效了？他往前翻，上一页也没有能装这句话的格子。

何先生把茶杯往旁边挪了挪，只问她这几天什么时候最难受。唐阿姨想了一下，开始把早市、收摊和晚饭分开说。方才一团说不清的不舒服，慢慢有了先后。

有些话她上次没讲，这次自己接上了；有些话她以为无关，讲出来才发现一直搁在心里。

小钟把原想关掉的录入页留着。他不再急着判断「好了一半」算不算疗效，先记下一个朴素事实：病人还坐在这里，感受已经和进门时不一样。

变化有多大、能维持多久、身体跟不跟得上，眼下谁也没量过。

◆ 二、聊一会儿好了一半

相遇有作用，这件事不能拿一句「心理作用」打发。

说一个变化和心理有关，只是提出一条可能的发生途径。它没证明变化是假的，更没证明它不值得研究。

痛苦怎样被注意、被讲出来，病人对治疗抱什么期待，本来就在就医过程里。把这些全删掉，剩下的不是更完整的医学，只是为回答某个问题截下的一部分。

卡普恰克及同事在二〇〇八年的《英国医学杂志》发表了一项肠易激综合征研究。二百六十二名成人进入试验；前三周比较等候、交流有限的安慰针刺，以及加入更多温暖、关注与信心表达的安慰针刺。

增强关系的一组，在若干症状与生活质量读数上表现较好。这项研究让「医患相遇也可以拆开检验」成了一个具体问题，而不只是诊室里的感慨（Kaptchuk 等，2008）。

这段事实要读得克制。

研究没有证明谁的热情都能治任何病。它在特定疾病、特定入组条件和特定安排下，比较了不同的照护情境。

能站住的是：接诊怎样组织，有值得认真测量的临床作用。跳不出来的是：药物、操作、病理过程从此都不重要。

你还要分清「安慰剂组有改善」与「改善全由安慰剂造成」。

进了研究的人，可能遇上病程自然起伏，也可能在最难受时报名，往后恰好回落；被关注、熟悉了记录方式，都可能改变报告。那项试验的价值，正在于把其中一些成分分开，而不是给「凡是好转都算仪式」盖章。

现在再听唐阿姨那句话，你就不必急着在「真好了」和「想出来的」之间选边。

她确实感到轻松，这是该尊重的报告。轻松是否伴随症状改变、能不能持续，是另外的测量。

一个真实的感受，不自动证明一种特定机制；一种尚未确证的机制，也不把感受贬成假话。

这也说明医者派为什么值得公道。诊疗不是把消息投递给一个不变的容器。病人可能因为被催而少说，也可能因为被认真听见而补充；同一句提问，先后和语气不同，得到的材料也不同。

医者的作用不只在纸上写了什么，还在问题怎样进入病人的生活。研究这种作用，不是纵容玄虚，也不是让医生免于检验。

本系列第三〇六号说过，人的期待怎样发生，要回到具体相遇里理解。本章把这件事落在诊桌上：期待不是可有可无的包装纸；可也不能因为有期待，就把包装里的一切看成可以互换。

它应当进账本，却不能独占账本。

◆ 三、医者派的公道由他来还

Moerman 与 Jonas 在二〇〇二年提出「意义反应」，主张研究人怎样对治疗所带的意义作出反应，不要只围着一件被叫作无效的安慰物打转（Moerman 与 Jonas，2002）。

这个转向的锋利处，是把注意从「里面有没有有效成分」移到「这件治疗在当事人那里成了什么」。两问可以并存。

一包东西是否出自可信任的医者，说明好不好懂，病人是否觉得自己的困难被认真对待，都可能改变就医经历。

这里的「意义」，关心治疗对人意味着什么。本书后面的「意义账」，还要记病人为了什么重新生活。两者有联系，却不能因为都叫「意义」，就算成同一套主张。

举一个不用医学知识也看得清的区别。

有人听完解释后不再担心，愿意按约复诊，这是治疗在他心里有了不同的含义。另一个问题是：他盼着恢复的，是工作、照护家人的能力，还是能自己安排一天的余地？

前一层可能帮后一层发生，可前一层分数提高，不保证后一层已经回来。分开两层，是为了多记一笔，不是为了抢一个词。

卡普恰克也不只研究抽象的「好态度」。他写过介绍中国医学的《没有织机的网》，初版是一九八三年；这条出版信息可以由作者自己的著述目录核对。

这不是拿资历替结论背书。它提醒你：对面是熟悉医学情境、肯把情境放进试验检验的研究者。把他缩成「相信聊天能治一切」的对手，本书赢了也没价值。

公道还意味着承认，临床帮助可以有多条来路。技术本身可能有效，可信的解释帮人接受它，合适的交流减少误解；它们可能叠加，也可能相互影响。一次研究固定一些条件，不等于否认它们。

对你来说，这里有一个实用的阅读习惯：看见「医患关系重要」，先问重要到哪个结果、在哪种比较下；看见「药理作用重要」，也问同样的问题。

结果和比较说清楚了，两边未必要争同一张椅子。冲突往往出在把局部结论扩成唯一解释：相遇能影响读数，就说药皆可换；成分有作用，就说接诊怎样安排都无所谓。

本书不接受这两次扩展。

它们从一条得到支持的路径，跳到了排除其他路径。卡普恰克的试验没有替这种跳跃作保，意义反应的概念也不要求它。把「意义反应」写成否认活性成分的学说，批判起步就失真了。

可是，公道不能只剩礼貌。

真正的公道还允许追问：如果相遇、说明和期待尽量相近，具体用的是哪一张方，还会不会改变下一诊辨得出的东西?

这是本书要加上的一问。它不靠贬低前人成立，只能靠多出来的预测承担风险。

◆ 四、他没问开哪一张

「开哪一张」不是「给不给治疗」的别名。

设想两种都被医者认为合规的初次处置。接诊时间相同，解释方式尽量相同，病人的初始情况也尽量可比。过一段时间，两组都觉得舒服了一些。

到这里，相遇研究与疗效研究已经拿到许多值得记录的信息。本书还想知道：下一次辨证时，医者分别看见了什么？

这是拟议的问题，不是已观察到的结果。

身体可能分不出能稳定辨认的差异。分出来了，也可能只是通常的药物作用，或没控制住的病程差别。把这些解释摆在旁边，才知道新说法多出了什么。

本书关于对手的预告原句是：「意义反应论预测开哪一张方无关紧要。」

这句话只能理解为一个收窄的比较模型：把结果全部解释为相遇与意义作用，并假定首方可以替换。只有这样的模型，才作这种预测。

它不是 Moerman 或卡普恰克发表过的普遍统计断言，也不代表他们会拒绝研究不同药物的差别。两位作者没有义务接受本书替他们设定的最弱版本。

所以，真正要比较的是两个把条件说明白的解释。

一个认为：在这类诊疗中，只要相遇组织得一样，首方带来的差别不超出一般症状变化。另一个认为：首方还参与了下一诊证的形成，能留下和简单好转程度不重合的差异。

前一个不等于全部意义反应研究，后一个也还没赢。它们的交锋，发生在同一批材料、同一套测量纪律之内。

为什么一定要加「与简单好转程度不重合」？

因为一组好得多、一组好得少，医者辨出的情况不同，本来就不稀奇。把「治疗不同，结果不同」换个名字，算不上新发现。

难处在于：一般症状改善纳入考察后，剩下的转折还读不读得出、能不能改变下一步处置，而且不是研究者预先塞给医者的答案。

这时，「谁来读」也要紧。

医者知道首方，就可能凭药名猜结果；不让他知道，又可能拿走真正必要的临床信息。知情和不知情的辨读分开安排，才看得清历史信息是在帮辨读，还是在制造预期。这个困难不会因为本书喜欢「身体回答」这个比喻就消失。

还有一种更强的反驳：凭什么认为相遇到开方那一刻就结束了？

病人回家后记着医生的解释，下一次就诊带着此前的理解，相遇的影响完全可以跨过两诊。

这个反驳成立。时间先后切不开意义作用与身体作用。本书只能主张在连续过程中辨别更具体的贡献，不能把「药后」当成「没有意义」的地带。

相遇研究于是成了本书最强的压力，而不只是序言里的一段致敬。

复诊多出一个读数，未必多出一种新属性；医生更有把握，未必代表身体留下了独特的答；病人愿意回来，也未必证明首方不可替换。每走一步，都得问有没有更简单的解释。

再往前问：患者说得更细，医者更容易达成同一种命名，算不算本书要找的东西？

暂时不算。那可能是交流改善，也可能是共用一套词语。只有把命名和后续处置连起来，追查它是否来自上一段实际变化，才接近核心问题。还得检验重复辨读、医者分歧以及不利结果，不能挑几张相合的记录就收工。

这个要求同样约束本书的语言。

把一剂方叫「问题」，是强调它进入病程后还要接受检验，不是说药会问话；把身体的变化叫「回答」，也不是给身体安一个会说话的内心。

比喻帮你看见时间关系，测量才承担经验判断。比喻越讲越好听、差异却一直说不清，它就该停在比喻的位置上。

好故事能提醒你漏了什么，却不能替比较组说话。故事用来提问题，比较用来拦住故事替自己作证。

◆ 五、放回日子里

小钟终于给唐阿姨那句话找了个暂时的存放处。他没写「症状减轻百分之五十」，也没删成「主观感受，不计」。

他写的是：病人在接诊过程中表示轻松，未作定量测量。后面留出空白，等下一次真实记录来填。

何先生看了一眼，问他为什么写得这么绕。

小钟说，以前的表格只收「有效」和「无效」，一句活话进去就得站队。现在他想让几个问题分开：她当时感到怎样，后来身体发生什么，上一张方有没有参与形成下一诊的判断。

唐阿姨并不关心这些词。她站起来时只说，今天总算把几件事讲明白了。

对她，这句话不必降低身份才配进入研究；对研究，这句话也不该因为真切，就独自扛下所有结论。

接下来要面对一个更近的对手：它从没忘记方，而是把方与证配得很紧。它会问：本书要找的，不就是早已有之的方证相应吗？

答不上这个问题，本书就还没有新立场。

带走的话

相遇的作用值得认真记账；方能不能互换，还要看下一诊留下什么，不能替身体预先回答。

> 小账
>
> 本章拆了什么：把心理作用当作虚假作用，也把意义反应缩成「药皆可换」的两种省事读法。
>
> 本章立了什么：承认相遇的真实贡献，同时把具体首方是否改变下一诊作为独立的待检验问题。

第 7 章

最近的对手之一：方证相应——胡希恕与黄煌把方证对上了，却让锁先于钥匙

◆ 一、你一定有过这样的时刻

小钟给旧病历加标签，一上午做得很顺。屏幕左边是患者说过的话，中间是师父写的判断，右边是方。他把反复出现的词圈出来，想让系统以后看见类似材料，就找到相应的记录。

做到一页旧医案，他遇上「桂枝汤证」；往下又碰到「柴胡证」。这些名称只是旧医案里的文字，他没把它们套到唐阿姨身上。

他觉得奇怪：不是先知道什么证，才知道用什么方吗？怎么证的名字里直接带着方？就像找钥匙时，锁上已经写好了钥匙的名字。

何先生正整理柜里的单据。小钟把屏幕转过去，问这样归类对不对。何先生说可以先存，但别把最后一栏当成答案。

「这页写的是开出去的，还是后来再看的？」

小钟回头找日期，才发现同一个人下面有几张纸。第一页字多，后面两页只剩短短几笔。他本想把后面的纸并到同一标签下，现在不敢确定了。

窗外的摩托车响了一阵，诊室又安静下来。他把第一张和最后一张分开放，终于看见自己一直忽略的东西：标签可以一样，两张纸中间却隔着一段日子。

◆ 二、以方名证本来就有

方与证连在一起，绝不是本书才想到的。

传统医籍用方名指认一类处置条件，是任何新解释都得先面对的事实。桂枝汤证、柴胡证这些名称，把「怎样认」和「怎样治」拉到了同一处。

一边说新意在于方参与证，一边装作旧传统里没有这种联系，那只是忘了前人之后的惊讶。

胡希恕重视辨方证，把它看作辨证中很关键的一步；相关著述原句与版本页码〔待核〕，所以这里只作转述，不替他补一句漂亮引文。

黄煌关于方人与体质的工作，也把处方选择和人的具体表现连在一起。南京中医药大学二〇二三年的官方讲座介绍，确认了他在方证、药证及体质类型方面的研究取向，并列有《中医十大类方》等代表作。书名与研究方向可以核对，却不等于本书已经逐页核清全部论证。

还它公道，要从临床推理的难处说起。

同一病名下，人的表现未必相同；只凭一个西医病名选方，会丢掉许多中医看重的区别。方证相应让这些区别和处置相连，让辨证不悬在概念上。

一个证名要是永远不改变任何行动，很容易沦为事后解释。把它和具体的方连起来，就逼医者回答：你认出的差异，到底让处置有了什么变化？

这是一种真实的约束。它不许医者只讲宽泛的整体，不许遇到什么结果都补一句「因人而异」。对传授经验，它也给了清楚的入口：学徒能比对老师在什么条件下这样做，而不只是模仿老师的语气。

方人又把另一层复杂带了回来。人不是一次症状的临时容器，同一表现可能落在不同的身体与生活史里。

这种辨识可不可靠、能不能重复，需要实证检验。可提出这个问题，已经超过了「一个症状接一味药」的简单连线。本书不能为了让对手像锁，把其中人的判断全削掉。

所以，方证相应是最近的对手，不是方便取胜的旧故事。

它知道方不是孤立成分，知道辨识必须导向处置，也完全可能承认服药后情况会变、需要复诊。要从这里往前走，光添「动态」两个字不够。本书若只是把「根据变化再辨再治」重讲一遍，就没提出它声称要提的问题。

以方名证也留下一个值得细分的岔口。

同样用方名命名，一种读法是：已经知道这种状态适合某方，借方名把它指清。另一种读法是：用了该方以后的一段变化，参与确定了后来所说的证。

前者看适用条件，后者追问条件怎样在过程中形成。二者不能凭名称判胜负，得看医案怎样记录，推理在哪一步发生。

◆ 三、锁和钥匙谁先

锁与钥匙的比喻，只适合一个受限模型：先给定一个稳定、辨得清的状态，再挑适合它的处置。

这个模型并不笨。问题确有稳定条件、观察可靠、处置作用相对清楚时，先辨再治既合理又必要。强调发生的理论，不能取消初次处置前的必要判断，更不能把不加判断的试药包装成大胆探索。

本书真正追问的是：初次辨识给出的状态，是否已经足以定义后来全部的证？

如果它只是当时行动所需的暂定组织，它和服药后重新形成的判断就未必是同一种东西。把二者塞进一个永远不变的格子，可能掩盖处置本身造成的分化。

设想两位病人，初诊被分到同一类。此后一个先接受处置甲，另一个先接受处置乙；甲乙只是研究中的匿名安排，不是你可以自行选择的药方。

两人的主要不适都减轻了一些，可变化的先后、持续方式和伴随表现不同。复诊时，医者没有只给原标签打一个「好些了」，而是调整了下一步的判断。

这时可以有两种解释。

一种说：锁一直在那里，只是第一眼没看清；服药提供了更多线索，医者现在把原有状态辨得更准。

另一种说：锁本身也在这段处置中变了，复诊辨的不是初诊状态的清晰版，而是走过一段路的新转折。

两种解释都讲得通一则医案，光靠故事分不出来。

这里还要拆开「认识得更清楚」和「对象发生变化」。

修灯时，打开开关能帮你判断故障，却不一定制造了故障。反过来，某次处置改变了接下来的状态，也不等于所有知识都由处置创造。方与证属于哪种关系，不能拿生活比喻来定。本书提的是更强的第二种可能，证明义务也就更重。

对方证相应最有力的公道在这里：它没必要坚持病人的状态永不改变。

成熟的方证相应论完全可以说：首方改变了身体，复诊当然要重新对应。这已足以解释许多所谓「药后辨证」。把对手写成连服药后会变都不承认，赢到的只是和一块自己搭的木板的争论。

本书得再多走一步：一般症状改善相近时，先走哪一段，是否仍影响后来证的分布？这种差别能否稳定地读出？

这才把「药效不同，所以证不同」的普通解释和新问题拉开一点距离。就算结果肯定，还得排除药物残留、依从不同、辨读偏见，不能马上归为只有本书才能说明的现象。

所以本章的批判落在「先定状态、方只是适配工具」这个版本上，不是把胡希恕、黄煌的全部临床思想判为静止。

哪些原典句段是这种结构，哪些已承认处置参与后来的判断，仍须逐段对账。对账之前，本书可以提出挑战，不能替整个传统签下欠条。

◆ 四、它怎样预测下一诊

要让争论能被检查，就得把比喻换成一项会输的预测。

本书保留的对比原句是：「方证相应预测首方不影响复诊辨出的证。」

它不是已核实的胡希恕或黄煌原话，而是本书从「证先已存在、首方只是匹配」这个受限版本推出的比较条件。对方若采用更宽的解释，承认首方会改变复诊证，本书就不能再把这句话算在对方名下。

分歧预测里有关它的那一半，也这样读。

把一般症状变化与可用信息纳入比较后，受限的对应模型预期：复诊一致性主要随信息增加，不另外依赖首方身份。本书则提出，首方可能参与形成下一诊辨得出的转折。

两边最该共同承认的，不是谁更有哲理，而是什么材料会让自己认错。

你也许会问：为什么看医者之间的一致性?

所谓新证若只存在于一位特别会解释的医者脑中，换个人就换个故事，它就担不起稳定属性。所以要多人各自辨读，看能否得到可重复的分布。

可是，一致性也可能来自共同训练、相同提示，甚至共同偏见。大家选同一个标签，不说明标签准，更不说明它的形成方式合乎本书。

所以不能让一种读数独自扛三步推断。

第一步，医者是否相互同意；第二步，这种同意是否对应看得见的药后变化；第三步，首方是否对变化有独立贡献。把第一步的数字提高，直接写成第三步成立，正是本书要躲开的捷径。

首方还得在研究中得到公平比较。

医生凭经验把甲给一类人、乙给另一类人，复诊差异就可能从第一天就在了。证名相同，严重程度、病程、生活安排与既往治疗仍可能不同。

随机，是为了让这些差别不系统地偏向一边。它不替病人决定日常用药，也不取消合规判断和伦理审查。

甲乙都合规，这一条也不能由本书作者随口宣布。

要由临床研究团队事先界定适用范围，由有资质的医者判断，并建立不良反应监测与退出安排。找不到这样的安全比较，就该承认试验暂时做不了，而不是降低条件凑结果。

还有一个容易漏掉的逻辑：结果若不支持本书，退回方证相应不等于中医全盘失败。

它只说明本书额外主张的那部分没站住，承诺较少的对应解释仍然可用。

正因为有这条清楚的退路，你才知道争论落在哪里。没有退路的理论，每次都宣布自己赢了，却从没真正接受过检验。

结果若支持本书，方证相应也不会被一笔抹掉。初诊仍要提出说得过去的处置，复诊仍要把变化和下一方连起来。

改变的可能只是「对应」放在怎样的时间单位上。新解释只有说清旧做法何时仍然适用、何时要加上一段药后过程，才有资格要你接受更复杂的说法。

还有一种检验，整理病历时很容易错过：先让不知道结局的人读初诊，再让他读药后材料，看究竟是哪一条新材料改变了判断。

整理者若先知道最后用了什么方，很可能把前面的词解释得处处合适。人知道结局后，本来就容易觉得事情早有征兆。

所以，时间戳与原始记录是理论讨论的底座，不是文书上的繁琐负担。

新增的材料若只是医生告诉患者「现在应该好了」，随后患者改了报告，这值得研究，却不能算本书说的药后转折。新增材料在多种独立观察中相互支持，又改变了下一步判断，证据才往前挪一步。

这不是说患者的报告不可信。研究期待，就记录期待；研究首方的贡献，就不能只留下期待。

最难的情况也得留位置：两位医者看同一段记录，都承认变化发生了，却选了不同证名和不同下一步。

别急着把这写成传统的缺点，也别说它证明了生成的丰富。先问分歧来自术语、关注点、风险判断，还是事实读取。拆开分歧，才知道一致性指标量到了什么。

◆ 五、放回日子里

小钟原以为，数据库只要把方名和证名配准，就存下了师父的本事。

现在他在同一标签旁多留了两个空位：这次判断依据上一段哪些变化，下一次准备追问什么。他没把不完整的旧病历补成完整故事，也没根据后来的方倒推先前是什么证。

何先生看见他留下日期，说这样好，至少以后知道哪一笔是什么时候写的。

小钟问：第一诊和第二诊证名一样，后面这一页能不能合并？何先生没给理论答案，只让他看看两次决定是否一样，理由是否一样。

同一个名字，可能指着同一种稳定判断，也可能遮住两段不同的路。名字不同，也可能只是医者换了一套词。

同名不能迷信，改名也不能迷信。

要保存的，是能让别人重新读懂选择理由的过程，不只是一张漂亮的对应表。

这一章没有拆掉方证相应的桥，只是站在桥上问：桥两头是不是在通行中变了？

下一章的研究者早就说过，诊疗中的知识会生成。到那里，本书连「生成」这个词也不能独占，只能说明自己把哪一段过程放到了前景。

带走的话

方与证能够对应，是应当继承的经验；证是否也被上一方改变，是需要另作比较的问题。

小账

本章拆了什么：把方证相应说成拒绝变化的稻草人，也把所有药后变化直接算作本书新意的捷径。

本章立了什么：以受限模型明确分歧，把具体首方对下一诊的贡献交给可重复、可认错的比较。

第 8 章

最近的对手之二：Farquhar 与 Scheid 的临床生成——生成在相遇里，还是在药后的那一段

◆ 一、你一定有过这样的时刻

小钟把问诊表加长了。原先一页，如今三页，几乎每个回答后面都能再展开一层。他觉得这样总能少些遗漏。

唐阿姨第二次看见这张表，笑着说，照这样问下去，面馆什么时候买的第一口锅也得写进去。

她没不耐烦，反倒认真想了几件往事。小钟发现，问到不同地方，她对同一段不适的讲法会变。有时从一天什么时候难受说起，有时从哪次忙不过来说起。两种讲法没有谁真谁假，却把人带向不同的问题。

何先生坐在旁边，让小钟先听完。唐阿姨讲到一半，想起上次回家以后某天的变化，转头问医生那算不算有关系。何先生没马上回答，先让她把时间说清楚。

小钟看着表上越来越多的字，心里冒出一个念头：是不是问得越细，证就辨得越准？

等唐阿姨走了，他把问题问出来。何先生没批评长表，也没夸旧经验，只把两张纸并排放在桌上：

「字多了，你知道比上次多了什么吗？」

小钟低头看，发现自己存下了更多句子，却未必存下了那几天发生的次序。

◆ 二、证是生成的他们早说了

诊疗知识不总是先装在医生脑里，再拿出来贴到病人身上。研究当代中医的人类学，已经认真处理过这个问题。

Farquhar 在一九九四年的《Knowing Practice: The Clinical Encounter of Chinese Medicine》中，把理论、文本与临床行动放在一起考察。Scheid 二〇〇二年的《Chinese Medicine in Contemporary China: Plurality and Synthesis》，把实践的多样性放在中心。这些书名、年份与基本研究取向，可以由出版社书目和目录核对（Farquhar，1994；Scheid，2002）。

本书把这条路线叫「临床生成论」，只为便于比较，不是说两位作者合创了一个边界严整的学派，或对每个问题答案相同。

它对本书最重要的提醒是：辨证不是把预制标签逐项核验。医者的训练、文本的用法、患者的讲述与具体处置，都在实际行动中取得各自的意义。

这比「医者很重要」更进一步。

说医者重要，仍可能把医者看成某种固定能力的拥有者。说临床生成，就要追问：能力怎样在这个场景里发挥，哪些材料被挑成重要材料，一个判断怎样从许多可能中形成？

同一个医生面对不同患者，不必跑同一套问句；同一条症状也不会在所有语境里担任同一个角色。

拿唐阿姨的两种讲法来体会——只帮你理解，不把虚构情节当作这两本书的实例。

她从开店说起，工作安排进了叙述；从晚饭说起，时间与感受的联系进了叙述。医生的问题又让某些线索突出。最后写下的证，不是从无数句子里随手挑的名词，而是在实践中形成的、能接着行动的组织方式。

给这条路线足够的公道，就得承认：「证会生成」已经不够本书拿来当新意。

把概念从实体改成过程，不会自动得到新解释。前人已经研究过实践怎样形成判断，本书就得说清它还在哪里加了一个可检验的主张。

只把前人的「实践」换成本书喜欢的词，是语言换装。

而且，临床实践不止于诊室门口。方开出去，病人回去过日子，身体变化，再带着变化回来，这些都可以纳入宽广的临床生成理解。

Farquhar 的目录涉及临床过程、处方与药物，Scheid 的研究也强调多种行动与知识的交织。本书不能凭「相遇」二字，就认定他们只讲谈话、排除物质、忽略时间。具体原典段落的对账仍须保留〔待核〕。

那么，章题问的「在相遇里，还是在药后」，还剩下什么？

它问的是解释的重心与辨得出的贡献，不是把世界硬切成两个互不影响的地方。本书要专门检验的是：首方与随后身体变化这一段，有没有一般信息增加替代不了的作用。

◆ 三、在相遇里还是在药后

本书在这里主动承认一个最弱处：服方以后医者更一致，可能只是因为手里信息更多了。

病人过了一周，能说清变化的时间，医者也看见以前不突出的表现。信息更丰富，更多医生给出相近判断并不奇怪，用不着新概念。

这个反驳不能拿一句「信息也是生成的」化解。

那句话也许成立，却把分歧吞掉了：什么结果都能叫生成，本书就永远不会输。

真正的回应是：给比较对象相同的等候时间、问诊机会与观察安排，再看首方有没有留下额外差异。不能让服方组得到更耐心的问诊，却把多出的共同判断全记在方的功劳簿上。

这里要分清材料的数量与材料的结构。

十句话不一定比五句提供更多与下一步有关的信息；十张照片也可能全是重复。反过来，一条时间关系有时能让散开的表现组成另一种图样。

所以不能拿问诊分钟数、记录字数代表「信息已经配平」。这些数可以记，但它们只是靠近问题的办法。

本书的主张较强：上一剂方与身体相遇后的那段转折，应当能改变下一诊辨得出的东西，而不只是让医者更熟悉患者。

这要求研究同时保留处置历史与身体变化，不能只记药前、药后各一个孤立标签。否则标签变了，你也不知道变的是病程、语言，还是分类习惯。

「真实身体变化」也不能当包办词。

主观报告可以真实，量表可以可靠，舌象脉象也各有测量条件和误差。叫一种读数客观，它不会自动免于偏差；叫另一种主观，它也不会自动无效。关键是资料怎样收集、受没受提示、能不能重复，对后续决定添了什么。

多个医者若只是都知道「这组服了甲」，再朝同一方向命名，他们很一致，却没读到本书要找的答。

他们不知道首方，却读出可重复的差异，证据就更有意思。知道首方后能提出更有根据的下一步，还得查那种增益是否超出猜测。

临床生成论还能提出更深的挑战：医者所谓「身体答回来」，仍要通过训练过的眼、手、语言与记载才认得出，怎么能从相遇中完全独立出去?

本书承认独立不了。

它要的是在共同实践之内区分贡献，不是找一个没人解释过的纯粹身体声音。就算试验支持本书，它仍可能和较宽的临床生成论相容，而不是把后者推翻。

◆ 四、两种预测放在一起

现在把本书的预告摆上桌面，逐字保留其承诺，再说明这项承诺怎样接受检验：

> **分歧预测：方证相应与临床生成论都预测，复诊时医者之间的一致性只随信息量增加而缓慢上升，与首方是哪一张无关；本卷预测，服方后复诊的医者间一致性，比「等候同样时长、问诊同样详尽、服外观一致的安慰剂颗粒」的复诊高出预登记的差值（$\Delta\kappa \geqslant 0.15$），症状变化幅度作协变量配平后仍然高出，且同一初诊证随机给两张合规首方，复诊证的分布显著不同。**

前半句是本书为比较提出的收窄模型，不是两位人类学家的原文，更不是他们发表过的数值预测。他们可以接受首方有作用，也可以认为信息不是能简单相加的总量。

所以，将来的试验若只击败「信息越多越一致、首方无关」的模型，结论就只到这里，不能说驳倒了 Farquhar 与 Scheid 的整套思想。

后半句是本书自己签下的承诺。

希腊字母表示一种衡量一致性的统计读数，试图扣掉偶然相合的部分。零点一五是本书拟议的组间差值门槛，不是这几位作者定的标准，也不是医学界通用的界线。它还只是方案草拟，没有完成预注册或试验。

「高出」也不能只看一个漂亮的点数。

要知道辨读的医者是谁，证型类别怎样定义，能否多选，缺失资料怎样处理，差值的不确定范围多大。某类别极常见，或各组类别分布不同，一致性读数都会受影响。这些选择要在看结果之前写清，不能事后挑最有利的算法。

症状变化幅度要进入比较，是为了应对刚才最强的反驳：服方组也许只是变得更明显，所以更好辨。

这一步必要，却不是一键排除偏差的按钮。症状改善发生在随机分组之后，可能是治疗的结果，也可能受未测因素影响。

把事后「改善相同」的人挑出来，可能毁掉原来公平的分组；把改善放进统计模型，也不能自动解除这个风险。

所以正式方案要分别报告随机分组支持的主分析，和不同症状变化条件下的分析，并检验后者是否敏感。

你只需记住一句话：不能为了让两组看起来一样，偷偷换了要比较的人。

如果服方组与安慰剂组的差别消失，本书不能推说仪器太粗、医生不够好，然后等下一次有利结果。按本书立下的撤回条件，额外主张需要退回。

就算差别存在，也要继续分辨它来自信息结构、通常药效、辨读预期，还是本书提出的过程。一个实验支持某项预测，不给整套理论独占的证明。

这里还有一条次要预测：

> **当面接诊后的证漂移大于只看病历的盲辨分歧。**

意思是，同一材料经过真实接诊，判断的变化可能大过只让不同医者读记录产生的差别。

可这不是临床生成论必然反对的结果，反倒很可能支持相遇的重要性。它只能当补充。研究若只发现这一条成立、主预测没成立，就不能拿次要结果替主要结果过关。

还该正面谈谈「不一致」的价值。

药后材料若确实更复杂，不同医者关注不同风险，一致性未必上升；有些分歧还可能保护患者，拦住一种解释过早独占。

所以，预测一致性必须跳升，是一项很强的经验承诺，不能从「处置参与形成判断」这个宽泛道理直接推出来。

本书让这项强承诺接受检验，是为了给新概念一个会失败的落点，不是宣称真实的生成必然整齐划一。

同理，罕见变化不能为了提高一致性就并进「其他」再也不看。

抹掉少数重要变化，换来好看的数字，却换走了临床图景。结果出来以后，要摆出哪些地方仍然分歧。

一个平均数，替不了所有个体说话。

试验怎样解释，还取决于记录者有没有参与塑造答案。

每次复诊都用强提示的问题问患者有没有某种变化，再拿回答证明该变化稳定，问题和答案就绕成了一个自我肯定的圈。

办法不是取消问诊，而是让提问规则可查，分开记自发报告和被追问后的补充，并留下不合预期的回答。医生的追问有必要，研究也有必要知道这句回答是怎样落到纸上的。

这些要求不是要你当试验设计专家。它们只提醒：理论上的「更近一步」，在现实里常常是「多留几处能查的接缝」。

谁先知道了什么，哪句话先被问出，哪条读数在换方之前出现，都得留下位置。只有最后的证名和疗效，研究就又退回一张截面，哪怕正文里写了许多遍生成。

◆ 五、放回日子里

小钟把长表留下了，在页首添了一行时间说明。他不再把问得多当成完成任务的标志。

唐阿姨说「后来好些了」，他得弄清「后来」是相对哪一次处置；她说「这次不一样」，他把原话留下，再由医者判断不同在哪里。没听见的，不用熟悉的证名替她补上。

何先生也不能只凭四十年的经验，就说自己当然懂得药后那段路。他想让别人学会，就得把关键判断的依据讲出来，接受别人读不出、或读出别的意思。

小钟不是拿长表消灭师父，师父也不该拿经验让长表闭嘴。他们得一起面对同一段记录。

唐阿姨下次回来，要紧的不是她把每一项答满，而是那段日子没被挤成一个「效可」。

一个有缺口、能追溯的记录，比一张处处完整、却由整理者补出来的表更可贵。前者留下能再问的问题，后者容易把未知做成已知。

关于生成的争论，到这里有了一个具体落点：相遇与药后过程都值得保留，额外贡献需要比较，前人已经承认的不能装成自己的发现。

下一步要看看：把中医词语和现代指标接起来，能不能解决同一个难题。

带 走 的 话

证在实践中生成，前人已经认真说过；本书要多承担的，是具体首方留下什么可检验的差异。

小 账

本章拆了什么：把「已经讲生成」的前人缩成只会聊天，以及把信息增加误作新理论证据。

本章立了什么：在公平比较与明确撤回条件下，检验药后转折是否具有额外贡献。

第 9 章

对照：中西医结合、系统生物学与动态治疗方案

◆ 一、你一定有过这样的时刻

小钟参加一次内部讨论，屏幕上是一张颜色漂亮的图。左边排着证型，中间是几组指标，右边连向可能的处置。

线条纵横交错。原先各说各话的词，总算接到了一起。

他回到诊室，特意把那张图打印给何先生看。何先生看了很久，没说现代的东西没用，也没说传统终于被证明。他只问：

「这些是同一天的吗？」

小钟点头，说研究要把条件尽量统一，当然先放同一天比较。

何先生又问，患者上一次用了什么，图里放在哪里。小钟沿着线找了一遍，找到既往史、用药史、采样时间。可是没有一栏写着：上一张方之后，哪一处变化让这次决定改了。他说这可以以后再加，眼前这张图已经够复杂了。

唐阿姨在外面等，手里拿着装单据的袋子。她的纸有新有旧，不同日期的字挤在一起。

小钟忽然觉得，会议图的整齐和袋子里的凌乱都是真的：图方便比较，袋子却带着时间。他开始担心，自己为了把它们对齐，会不会先把最难对齐的那部分丢掉了。

◆ 二、一张对照表的贡献

把证型和现代可测指标连起来，有实际价值。它让不同训练背景的人能交流，能查某些判断是否对应可重复的材料，也能看出一个词底下是否混着不同情况。

它还没回答本书的问题，不等于它没意义。在安全性、病情变化和处置结果的记录上，可比较的指标是必要的地基。

本书对这条路线的第一份公道：不把「现代指标」当成中医的敌人。

你不会因为被两种医学语言描述，就分成两副身体。化验、影像、症状记录、临床观察，取得合理、解释谨慎，都能做判断材料。够不够用，看问题是什么，不看词来自哪本书。

第二份公道：不把「结合」想成两列词语的机械翻译。

真实的临床协作，有风险识别、跨专业转诊、核对既往治疗，也有共同追踪。把它全写成「一个证名对应一个化验值」，太窄了。

本章要检验的，只是其中一种常见的研究形状：先给一组人命名，再找和名字同时出现的指标。本章没有据此判定所有结合实践都停在截面。

为什么这种形状让人安心？因为它给不够稳定的词找了另一个落脚点。若一个证名总伴着几项可测差异，似乎就能回答「它到底有没有东西」。

这一步值得做。可做完以后，仍有几种解释：指标可能是这个状态的一部分，可能是共同原因的结果，也可能只是某个样本里偶然扎堆的伴随物。

相关不自动等于同一，更不自动告诉你先后。

打个医学以外的比方。一张照片上，湿地面和雨伞常常一起出现，你可以用一个预测另一个。可雨伞不是湿地面的本质，湿地面也不是伞的定义。要决定什么时候开伞，你还得知道雨怎样落、风怎样变、人站在哪里。

对照表擅长显示同现，行动却往往还要过程。

中医研究里的难处更细。两位医者用同一个证名，未必看的是同一组材料；一个指标数值相近，也未必说明患者走过同样的病程。

所以建立联系之前，你先要问：标签怎么来的，测量在哪一刻做的，哪些条件被排除了？标签若一直在变，却被当成统一答案去训练模型，图画得再漂亮，也只是把不一致复制得更稳。

对照表能告诉你两类记录有没有关系，却不能凭这一点，就宣称一种语言已经把另一种彻底翻译了。双方的用途、观察单位、行动后果，还得一项一项说清。

◆ 三、系统不是指标拼盘

系统生物学尤其不能被写成只会给孤立分子排座位。

Kitano 二〇〇二年在《科学》发表的概述，强调系统的结构与动态；这条路本来就关心部件怎样一起运行，不只清点部件。若本书批评所有系统研究「没有过程」，对方只要翻开它的基本论述，就能指出本书没读准（Kitano, 2002）。

中医研究里也有人试过用网络理解证。Li 等人二〇〇七年的研究，把计算分析和动物实验结合，在神经、内分泌与免疫网络的语境里讨论证。

这是一个明确的研究入口。可它不等于已经做完本书提出的两种首方随机与多医者复诊辨证试验（Li 等，2007）。

这两份材料提醒本书：对照不能偷换对象。

一个能描述时间变化的系统模型，可能已经放进了药物干预、身体反应和重复观察。它若还说明医者怎样按这些变化选下一步，就更近本书关心的过程。这时本书该承认兼容，不能为了保住新意，硬把对方赶回静止照片。

「兼容」的意思很朴素：两种问题可以放进同一个研究。系统方法分析药后变化的组合，临床方法记录这些组合怎样被辨读，本书再追问：它们是不是两诊之间一种能稳定识别的转折。

谁用什么语言不是要害。新增的判断能不能被资料撑住，才是要害。

不过，画出一个网络，不等于时间已经进了研究。有的图箭头很多，只表明已知或推测的联系；有的模型有时间变量，却没有真实的连续数据去约束参数。动态图像也可能只是把静态对应播成了动画。

你怎么知道一项研究真有过程？要看究竟改变了什么、何时测了什么、下一次测量能不能让模型的预测落空。

一个模型若事后能把任何结果都解释得很好，却从没事先预测过下一次观察，它的复杂可能只是把不确定藏了起来。反过来，一个简单模型若明说某种差异该出现，试验却反复没出现，它至少告诉你哪里要修。

本书也一样：三头三层说得再齐整，若没有可能输掉的结论，仍只是一个叙述框架。

所以，本章不替中西医结合与系统生物学另立阵营。它们可以和存药、气化、医者三种侧重交织，也可以和临床生成的研究同行。把所有人排进互斥的方格，书好写了，真实的研究却看不清了。

◆ 四、接在截面上少了什么

本章要批评的具体结构是这样的：同一次就诊上取证型，附近时点取指标，两者一连，就认为说明了证的发生。

这种结构可能适合检验同时出现的关联，也可能有预测价值。可它还没回答本书关于上一剂方的问题。

缺的不是再多几个指标，是没有把两诊之间的变化当作要解释的单位。

设想两份记录：当前症状分数相同，舌象分在同一类，证名也相同。第一份之前的处置带来稳定改善；第二份之前先改善，后来又起了别的变化。若下一步的风险和决策不同，把两份记录并成同一类样本，就可能丢掉信息。

这只是思想实验，不是让你拿来判断病情。

反过来，若两份记录历史不同，后来可辨的情况和下一步处置却没有差别，本书就得承认：在这个问题上，多存这段历史可能没有增量价值。

不能一句「历史总是重要」就免掉测量。记录要花时间和资源，新增一栏，得说清它帮了什么。

于是研究的问题换了。不再是「指标有没有对应」，而是：已经掌握当前材料之后，再加上上一段处置与应答，独立医者的判断会不会更可重复、对后续更有用？

若会，是加任何旧资料都行，还是只有某些药后转折起作用？后一问才碰到本书的贡献，不是争一个更大的数据库。

还有一个常被忽略的循环。假如研究者先用某项指标参与定义证型，再证明这项指标能区分证型，结果可能只是把定义重读一遍。

比如分类时已经把某种读数当成必要条件，分析时发现它和类别高度相合，就不能据此独立证明类别背后有新机制。定义、测量、验证要尽量分开，不能让同一条证据既当提问者又当裁判。

同样的循环也会出在本书身上。若先规定「只有出现特定药后变化才叫某证」，再宣布药后变化能预测该证，几乎不可能失败。

要真检验，得让辨读者按事先说明的规则工作，别把拟议的概念藏进评分标准。新概念越动听，越要提防自己给自己发奖。

把药物与身体的相遇放回模型，也不等于给网络添一条叫「互动」的线。要说明作用发生在哪个时段，反应由谁记录，哪些反应改了下一方，哪些只是伴随、没进入决策。

本书所说的「接上」，不是图面完整，是推理里没有跳过那段必须由事实补上的路。

◆ 五、让两种语言互相校验

一条可走的路，是让现代测量和临床记录互相约束。

现代测量能指出被忽视的变化，也能质疑凭印象认定的差异；临床记录能提醒研究者，同样的读数在不同病程里为什么引出不同决策。哪一边都不能因为自己的词更精细，就预先拿走全部解释权。

这也不是把资料全摊在桌上，宣布「整体看」。没有规则的整体看，常常只是放任解释者挑有利的部分。

要事先说明：主要问题和主要读数是什么，材料冲突时按什么顺序处理，哪些结果一出现，原先的判断就不能再坚持。规则不保证永远对，却让别人知道一次判断是怎么来的。

尤其要允许模型说「不知道」。

一组指标分不清，某次脉象观察难以重复，某个证名在医者之间意见分散，都该成为可记录的结果。数据库若只收确定标签，医者就可能为了填完表格把犹豫压平。机器随后学到的「稳定」，可能只是录入制度不许不稳定出现。

所以先进技术有两种相反的可能：多存原始材料，让后人能检查判断；或者过早把材料压进固定类别，让人看不见遗漏。决定方向的，还有记录把什么当作该保留的事实。本书要求上一段处置及其应答成为可检验的一部分，正是从这里来。

若系统方法将来能解释所有相关转折，用不着本书新命名的属性，本书应承认这种解释的力量。若本书的新定义能帮系统研究选出更合适的时间单位和可测问题，也不必和对方争一把唯一主人的椅子。

理论之间不只有废除和被废除，还有一起干完活以后，划清各自的贡献。

对照研究还常碰到一个朴素却要紧的难题：在一处诊室成立的联系，换一处还成立吗？

医者的培训、记录习惯或患者构成一变，证型和指标的联系就可能变样，模型的使用范围就得重新说明。不能只挑最熟的一批材料检验，再说成人人适用。

本书加进药后过程，同样要过这一关。在何先生这里看得见的转折，换几位医生还认得出吗？在这一类反复不适里有用，换一种病程还有价值吗？

若非得何先生本人熟悉每位病人才出现，理论就得明说这项条件。一个不可替换的人可以有实际贡献，却不能在没有比较的情况下被改写成普遍规律。

所以，把三头接起来，要落成别人能接着问、接着查的记录与预测。

医者不必假装从不犹豫，测量也不必承诺解释全部人生。每一方把贡献和限制说清楚，结合就不再是两种权威互相背书，而是对同一段诊疗的多面校验。

◆ 六、第三位最近的对手：动态治疗方案

还有一路研究，离本书比方证相应、比临床生成都近，却很少出现在中医的争论里。

它不叫「辨证」，叫「动态治疗方案」，英文是 dynamic treatment regime。统计学家墨菲（Susan Murphy）二〇〇三年在《皇家统计学会杂志 B 辑》上，把它写成一套可以估计的数学（Murphy，2003）。

它要解决的事，何先生天天在做。

一个病人先用第一步治疗，过一段看反应：反应好，照走；反应不好，换第二步。最好的规则不是「一种病配一种药」，是「第一步之后看到什么，第二步就怎样走」。治疗史在这里正式进了决策。

墨菲二〇〇五年又提出一种试验设计，后来叫「序贯多次随机试验」，简称 SMART：病人先随机分到第一步；第一步之后，按事先写好的反应规则，再随机分到第二步（Murphy，2005）。慢性病、精神科、戒烟研究里，这种设计已经用了二十年。

还它公道，要说得很满。

它已经承认上一手处置要进下一步判断；它已经承认先后次序会影响最后结局；它还给出了能实际运行的试验和统计办法。本书第 38 章想做的事，很多零件得向它借，不借就是闭门造车。

若有人说「知犯何逆」不过是动态治疗方案的中医说法，这话至少一半是对的。

那本书还剩什么？剩在一个很小、却决定生死的地方。

动态治疗方案里，第一步之后看的那个「反应」，叫裁剪变量：症状评分、化验值、是否达标。它被当成病人此刻的状态，用来挑下一步。它是一把量尺，量尺本身不问自己从哪里来。

本书要问的，恰恰是这把尺。

中医复诊所辨的证，就是何先生手里那个裁剪变量。动态治疗方案关心「次序会不会改变结局」；本书关心「次序会不会改变量尺本身读出的东西」——同两张方，先后一换，第三诊辨出的证型分布会不会分开。

前者是结局的次序效应，后者是证的次序效应。前者已经有人做了二十年，后者还没有人做过。

所以本书不和它争，只向它借：借它的序贯随机，借它对治疗史的处理。

还要再认一件事。动态治疗方案的规则本来就允许依赖全部治疗史；罗宾斯（James Robins）一派的 g 方法，也早就在处理「受前一步治疗影响的时变变量」。所以「治疗史要进决策」不是本书的发现，「量尺会被治疗改写」也不是。

本书的命题更窄：中医自己的诊断对象——证——对中医自己读得到的截面，是不是马尔可夫充分。换句话说，把当下的四诊与化验读全以后，治疗史还多不多出一份对下一步的预测力。这个问题，正好可以用它们的工具来问。第 38 章的设计，本身就是一个最小的 SMART。

◆ 七、放回日子里

小钟没把会议图扔掉。他在背面画了一条短短的时间线，只标三件事：上一回做了什么，后来实际发生什么，这一回因此改了什么。

空着的地方就空着。他不从图上的箭头补出没记录过的事实。

唐阿姨把单据按日期放好，说自己总记不住哪张在前。小钟也意识到，整理不是替病程另编一个更顺的故事。

每张纸有自己的日期，对不上的也先留着。删掉了，表面更统一，后来却再没机会知道为什么不相合。

何先生看了新表，没夸它打通了中西医，只说下次至少能查到那张旧方。对这个虚构诊室，这是一个具体的改进；对整本书，它只是起点，故事顺畅不能当证据。

带走的话

对照表让不同语言开始交谈；要说明两诊之间的转折，还得把上一段处置与应答留在桌上。

小账

本章拆了什么：把相关当同一、把网络图当过程，把整门系统生物学说成静态研究，以及把动态治疗方案当成与中医无关的外人。

本章立了什么：向动态治疗方案借来序贯随机；本书只多问一处——裁剪变量本身，会不会被次序改写。

第 10 章

一份双刃证据：1998 年《JAMA》肠易激试验——疗程未标准方与个体化相当，14 周随访只有个体化组维持；与 2008 年《BMJ》试验配对读

◆ 一、你一定有过这样的时刻

小钟在论文摘要旁画了两道线，一道标着疗程结束，一道标着后来随访。

先读前一道，他觉得标准安排也不错；再读后一道，又觉得个体化好像留下了特别的东西。一篇文章还没翻完，他已经想替两种立场各写一段结论。

何先生听他讲完，只问：「随访时，他们换方了没有？」

小钟愣住了。他读得最熟的是结果，最不熟的是时间安排。回头找方法部分，他才把治疗期间的复诊和疗程结束以后的随访分开。

桌上唐阿姨的记录也有两个日期：一个是何先生写下处置的那天，一个是她回来讲变化的那天。

小钟刚才把论文里的「后来」读成一条笼统的延长线。现在才发现，仍在治疗、已经停了治疗、只是寄回问卷，是三件不同的事。

他把刚才准备写的标题删了。标题里本来有「证明」两个字，换成「提示」又觉得太轻。何先生没替他挑词，只让他把原文放一边，自己的判断放另一边。

小钟看着两页纸，觉得这次读论文比找一句支持自己的话慢得多，也踏实得多。

◆ 二、疗程末的打平怎么读

一九九八年，Bensoussan 及同事在《美国医学会杂志》发表一项肠易激综合征随机试验。

研究共一百一十六人，比较个体化中药、标准中药和安慰剂，治疗十六周，期间定期复诊；治疗结束十四周后再随访。疗程末，两种活性治疗之间没有检出显著差别。作者摘要还报告：随访时，只有个体化组维持改善。本章标题的概括就从这里来（Bensoussan 等，1998）。

可是概括不能吞掉原文的限制。

随访肠道症状总评分那一句，标注的概率值是低于零点一，不是通常零点零五的显著性门槛；另一项总体自报里，标准组仍有不少人说自己保持改善。

所以「只有个体化组维持」，既不能读成标准组全体失效，也不能直接读成个体化已经显著胜过标准。本书只把它当作要继续研究的线索。

先看疗程末这一刃。

若有人主张，在这类安排里个体化必然明显优于标准治疗，这份试验没给出他期待的结果。个体化听起来更尊重人，不等于它在任何结果上都占优。多出多少价值，要靠比较回答，不能拿偏好顶替。

对标准治疗也要给足公道。标准化能减少执行差异，方便质量控制，也让比较对象清楚。某一类病人的需要若确有共同部分，统一安排可能帮到不少人。个体差异要不要逐一调整，是一个经验问题。

不过，「没发现显著差别」和「已经证明两者等效」不是一句话。

人数、测量误差、真实差异的大小，都会影响能不能发现不同。检验差异的研究没发现差异，不自动完成等效性证明。所以本章说「打平」，都只指该研究在相关比较中没检出明确差别。

再往前一步：即便将来有更有力的证据，表明两种安排在某个终点上相近，也不能马上宣布它们的全部过程相同。

同样的总分可能由不同部分组成，维持时间、不良反应、成本也可能不同。研究回答哪个问题，必须事先说清；不能一个结果没赢，就换一个，直到赢为止。

同样，也不能因为有几处过程不同，就自动宣布本书的理论成立。日常医学早就允许不同治疗达到相似结果。本书要的额外贡献，是一种处置怎样参与后来可辨的证，这比「过程不一样」具体得多。

疗程末这一刃，既切掉个体化必胜的想象，也切掉本书借普通差异夸大新意的诱惑。

◆ 三、十四周后分开多远

随访的意义在于：治疗结束那天，不是人的生活结束那天。

变化能不能维持，之后碰上什么条件，都要另外观察。只看疗程末，容易把暂时读数当成整段结局；只看随访的一句摘要，又容易把复杂结果读成命运般的分岔。

这篇论文给了本书一个值得停步的线索，却没给一条直通胜利的路。

你要把「作者怎样概括」和「每项测量究竟支持多少」放在一起看。研究者的讨论可以比某一个数更丰富，你却不能只摘出最合自己理论的那部分。

为什么标准组有人仍说好些了，摘要却说只有个体化组维持？因为「维持」要看指的是哪种评分、和哪个时点或哪个对象比，不能凭一个生活用词就把所有指标压成一个结论。

这不是吹毛求疵。终点不说清，支持者和反对者都能从同一篇论文里各取一句，然后以为对方没读书。

本书不能据此说，个体化治疗已经留下不可逆的路径。

第一，有限的随访只能显示观察期内的情况，不能证明永不回弹。第二，个体化组的处置过程本来可能有许多变化，研究并没有把哪一次首方的作用单独拆出来。第三，维持改善仍是疗效相关结果，不是本书提出的复诊证型分布和辨读一致性。

还有一些更平常的解释，必须留着。

不同治疗可能有不同的持续作用；病人停了治疗后的生活经历也可能不同；随访缺失和测量方式，都会影响读到的差别。它们不如「证在方后形成」动听，却不能因此从讨论里消失。

对本书最有利的读法只能是：这项研究让「个体化的价值是否更值得在疗程之后考察」成了一个合理问题。

对本书最不利、却必须接住的读法是：这个提示完全可能由现有治疗机制和统计不确定性解释，用不着新概念。

两种读法同时在场，才叫双刃证据。

若有人坚持这已经足以证明本书，你可以问他：论文里哪一项测量，对应本书独有的判断？

它没测多位医者在药后怎样各自辨证，也没在同一初诊证里随机两种合规首方。没问过的问题，不能算已经回答。研究没有欠本书什么，只是任务不同；要它同时替整个中医、个体化原则和本书的发生学主张背书，它才显得不够。

把一篇研究还给它实际问过的问题，是尊重证据的第一步。

◆ 四、两份试验配对读

把这项中药试验和卡普恰克二〇〇八年的研究放在一起，不是把两个结果相加成一项更大的试验。

两者安排不同、问题不同，患者、时期、照护条件也不能互换。配对阅读是一种提问方法，不是统计合并。

二〇〇八年的研究让人留意治疗情境与关系的贡献；一九九八年的研究比较了标准、个体化与安慰安排。

合起来提醒你：治疗里既有具体处置，也有「处置怎样进入人的生活」这一层。

若把前一项读成「相遇有效，所以药都无所谓」，后一项马上提出困难：治疗内容本身需要比较。若把后一项读成「治疗内容有差别，所以关系只是噪声」，前一项又提醒你，接诊的组织并非无足轻重。

两种错，都把一个可研究的部分扩成了整个世界。

更成熟的问题是：具体处置和治疗情境，怎样一起影响后续过程？

它们也许在某些条件下能近似分开，在另一些条件下互相改变。不能先规定它们只准相加，也不能先规定一切都纠缠、就不再区分贡献。能分开到什么程度，本身也可以研究。

在这两份材料之外，本书还要问：身体经过前一段处置后，下一诊的证怎样被重新读出？

注意，「之外」不是说从前没人复诊。一九九八年的试验在治疗期间就有定期复诊。写成「旧试验全只看初诊」，会抹掉原研究真做过的事，让本书的缺口变成编出来的。

准确的缺口是这样的：它没有按本书需要的方式，把多位医者复诊辨证的一致性和证型分布设为判决性终点；也没有把两种同样合规的首方，随机给同一初诊证的人群，以此单独检验首方的贡献。

原研究有过程，不等于它研究了本书定义的那个过程。能把区别说到这一步，才不必靠抹黑前人给自己腾地方。

同样，也不能替原研究补出它没测的「意义账」。

论文里和生活干扰有关的结果很重要。可「干扰减少」和病人重新能创造、自由、幸福，并不相同；要主张前者引向后者，得有事先选好的工具和后续材料。读到一个生活质量指标，不能就宣告意义层全被验证。

◆ 五、旁证不能替主证出庭

什么叫旁证？它让一个问题值得提出，却没有直接区分所有相关解释。

它能帮着设计下一项研究，却不能替没做过的比较作答。本书该让最喜欢的证据，停在它实际站得住的位置。

所以下一项研究要把比较的问题写得更窄。

不是泛问中医有没有效，也不是泛问认真接诊好不好，而是问三件事：在尽量公平的条件下，具体首方是否改变后来可辨的证；服方组的辨读一致性增量，是否超出「多知道一些症状变化」；医者知道和不知道首方时，判断有什么不同。

把问题写窄，不是降低目标。宽问题能装下很多答案，窄问题才让一个新主张真正承担后果。

若两种首方之后的分布没有区别，本书的相应主张便需要撤回；若有区别却只由一般症状改变说明，额外的命名也不能随便保住。承认这些可能，理论和证据的关系才是真的。

你还要提防一种常见的时间偷换：试验做完，再从结果里挑出最漂亮的差异，说这就是理论一开始预测的。

随访结果可以生出新假说；可生出假说和验证假说不是同一次工作。下一次，要在看数据之前，把准备怎样判断写下来。这反而给探索一个正当身份。

年代和刊物名声，也替不了细读。不能因为它旧就扔掉，也不能因为它有名就停止追问。读证据最难的，是允许同一篇文章既有贡献，又有不能借用的结论。

还有一种审慎，来自结果的方向。

对本书不利的疗程末比较，和对本书有启发的随访线索，要读得同样认真。若前者一来就说人数不够、干预不纯，后者却马上说证明了深远机制，用的就不是同一把尺。

本书留下这份试验，不是因为它会替本书说话。它逼本书承认两种可能：个体化的增益也许确实有限，也许要在别的时间、别的终点上才看得出。

哪一种成立，由后续证据定。

理论的任务是提出足够清楚的分歧，不是在每个结果旁边都找一句解释，好让自己永远不用挪位置。

◆ 六、放回日子里

小钟重写了论文旁注。第一行写研究实际比较了什么，第二行写哪些结论只算提示，第三行才写本书的问题还缺什么。他把「随访时是否仍在治疗」放进方法栏，不再让一个模糊的「后来」包办时间。

何先生看见那句「不是没有复诊，是没有测我们要问的那个复诊问题」，点了点头。

小钟也发现，承认别人做得比自己起初想的多，新问题并没消失，只是更准了，要补的地方小而清楚。

唐阿姨的故事仍留在另一边。她不是那一百一十六位受试者里的任何一位，她的虚构三诊也不能替他们解释结果。

让人物帮着理解，让研究承担证据，是这本书必须守住的距离。

带 走 的 话

一份证据两边都能用，先别急着选边；看它量了什么，又有哪些下一诊的问题仍没有问。

> **小 账**
>
> 本章拆了什么：把未显著差异当作等效，把随访提示当作确证，以及把原试验写成没有复诊。
>
> 本章立了什么：把两份试验作为有边界的旁证，据此提出需要重新设计、事先登记的具体比较。

第 11 章

最强反例：急症与单方——一剂定乾坤、没有复诊的地方，答证管不到哪里

◆ 一、你一定有过这样的时刻

一个阴雨天，诊室快关门了，小钟还在整理记录。何先生说起年轻时一次夜间接诊：人来得急，家属说话也急，没等他把平日那些问题问完，就得马上安排下一步。

「那一回没有第二诊。」何先生停了一下。

小钟以为接下来是一段一剂见效的传奇，笔都拿好了。何先生却只说，那是要立刻就医的情形，他让人送去了医院。

故事到这里就完了。没有神奇药名，也没有后来怎样康复的补叙。

小钟问，为什么不把这件事写进经验里。何先生说，记住自己在哪里不该再等，也是经验。

诊室里的雨声比刚才清楚。小钟把纸上留给处方的地方划掉，改成「当时的去向」。

门口有人收伞，唐阿姨正要回面馆。她说，平常回来再看，听着安心；真遇上急事，一听见「等」字就怕。何先生没有反驳。

这句话让小钟头一回认真想到：本书一直强调的下一诊，并不是每种诊疗都能有、都该有的安排。

◆ 二、没有第二诊的地方

没有后续辨读的诊疗，不能拿来直接证明本书的「答证」。

这是一条范围限制。某次处置可能确有疗效，也可能有清楚的作用途径；可只要没观察那段反应怎样进入下一步判断，就没有本书要研究的完整材料。疗效存在和答证成立，是两件事。

第一是急症。

急症优先的是及时判断风险、得到适当救治，不能为了等身体向某个理论「回答」而耽误。遇到需要立即处理的情形，应立即就医或寻求急救；本书关于两诊之间的讨论，不能成为等待的理由。

这里不提供辨认急症的自测表，更不教你自己试方；临床风险应由有资质的专业人员评估。

可也不能反过来，说急症绝无后续观察。急救常有连续监测和反复调整。只是本书的概念与试验围绕特定的复诊辨证安排而建，不能外推到所有急救过程；本书也不借「方—答—方」把连续监测改名，收归自己名下。

第二是所谓单方、一次性处置。

「一次」说的是给药或操作的次数，不是观察结构。一次性处置也可以有后续随访。

真正落在本书界外的，是没有下一步辨读，或者下一步没有把前一次反应当作决策材料的情形。不是见到「一剂」两个字就一概排除。

这条辨析很要紧。

若为了守住理论，本书把所有成功的单次治疗都说成暗中有「答」，把所有缺随访的失败都说成在边界外，概念就成了一只只收成功的口袋。

边界必须在结果出来之前说清，对有利和不利的案例同样适用。

第三是一次性外治。

一项操作之后有没有反应，当然值得研究；可本书并不因此能解释全部外治。只问一次操作能不能改善不适，这个问题自有价值；没测下一诊的证，只是让它不能替本书回答另一个问题。

所以，本书要收窄到这一部分中医诊疗：有后续观察，能在专业评估下安排相应时间，前一段反应能进入下一步判断。

这个范围也许比你希望的小，却比一个覆盖一切、永远不会失败的概念更有内容。

◆ 三、让别的解释在界外成立

承认边界，就要让其他解释在边界外放开手脚。

研究一种有效成分，可以比较作用与风险；研究一次照护相遇，可以看它对感受、症状或行动的影响。它们不必先拿到本书的答证，才配叫证据。

存药路线在这里有直接的力量。这一路在中医之外、中药之内，看重物质成分和可验证的作用。

一种处置在明确条件下有效，正确的态度是承认它，再问还有什么没解决；不能因为它没按本书预设的形式发生，就压低它的地位。

医者与照护情境的解释，也可以独立成立。

某次交谈帮病人看懂风险、安心接受必要安排，或在难处感到被尊重，用不着等下一张方来证明它的价值。只是要声称它产生了某种临床效果，就又得进入测量与比较。

尊重不是无条件的证明，检验也不是取消尊重。

本书尤其不能把「回没回来」当成医生好坏的单一指标。

有时及时转诊是对的，有时一次评估已经完成任务，有时病人去了别的机构。把所有没复诊的都算成回路失败，就把任务完成、转诊、失访和不满意混成了一团。

同样，「只开三剂」是本书虚构人物的习惯，不是通用的良医标准。

处方期限受病情、治疗性质、药物安全等多种因素影响，一本哲学书给不出统一答案，你也不要拿剂数去判断医生。

所以，这一章最强的反例有两层。

经验层说：有些有效诊疗不需要本书描述的复诊结构。逻辑层说：即便有后续变化，也不自动满足本书的新定义。前一层限制适用范围，后一层限制概念边界。

本书若想两层都赢，只能拿出相应证据，不能把反例统统改写成理论的另一种表现。

◆ 四、三组打平以后

Cherkin 及同事二〇〇九年发表的试验，纳入六百三十八名慢性机械性腰痛成人，分成个体化针刺、标准针刺、模拟针刺、常规照护四组。

三种针刺安排在关键结果上比较接近，并在部分比较中优于常规照护。这个结果，让针刺部位的个体化与穿透皮肤等因素的必要贡献受到追问（Cherkin 等，2009）。它研究的是慢性腰痛，不能拿来替本章开头的急症故事作证。

「三组打平」只是三种针刺安排的简略说法。不能漏掉第四个常规照护组，更不能把它变成所有针灸、所有疾病的一张总判决。

模拟针刺有没有生理作用，仍要讨论。可这份不确定，不能拿来抵消研究对个体化优越性提出的真实压力。

还针刺研究公道，就要承认：对照难做，不等于对照不该做。

复杂操作牵涉接触、感觉、期待和交流，完全惰性的模拟很难造。可这不准研究者事后把不利结果都推给「假针不够假」。对照可能有作用，应在设计时就说明，不是结论不合心意时才想起来。

本书同样不能说：三组疗效相近，正好证明疗效不重要，真正的差异都在看不见的地方。

下一诊若有额外差异，必须实际去测；没测，就只能说还不知道。把没测的部分当成永远保有优势的地方，正是本书必须避开的错。

反过来，这份研究逼本书提出更严的问题。

若辨证取穴真增加了某种可辨的后续价值，为什么在关键结果上没显出清楚优势？可能是病种、安排或终点不同，也可能增益本来有限。新研究要把这些可能分开，不是给旧主张换一个不容易被打中的靶子。

本书保留的针刺一路是：

> **真针与假针 × 辨证取穴与标准取穴，2×2 设计，检验辨证在针刺上的增量；另加一问——针后复诊的取穴是否比首诊一致。**

这是一项拟议的研究框架，不是 Cherkin 试验用过的设计。

真与假怎样实施，标准与辨证怎样区别，盲法能保持到什么程度，都要由专业团队论证，并经伦理审查。

加上复诊取穴一致性，不是说一致性越高越好。不同患者针后起了不同变化，合理的个体化反而可能让选择更分散。

所以要先定比较单位：是多位医者面对同一个患者更一致，还是同一组患者的取穴更集中？这是两件事。混在一起，同一个数字就得承担互相矛盾的意思。

◆ 五、答证管到哪里

本书的适用范围，要在三个问题上落地。

第一是时间：有没有足以观察前一段处置后变化的后续安排。第二是证据：变化能不能被下一诊读出，而不是靠整理者回头讲一个故事。第三是行动：这些变化对后续处置有没有说得清的影响。

三者没连起来，就先不把材料算成本书独有的证据。

这也说明，光有「服药以后发生了某事」还不够。

变化可能来自自然病程、其他处置或测量误差；谈首方的贡献，得有比较。就算首方带来了变化，还要看它进没进下一诊的判断。

因果作用和临床辨读之间有一座桥。不能只看见两岸，就假装桥已经铺好。

反过来，医者决定换下一方，也不等于一定有身体方面的新证据。

决定可能来自新知道的既往史、患者偏好或风险考虑，要如实写明。把所有换方理由都叫「身体回答」，概念会越说越宽，最后和任何临床调整都分不开。

能安全等多久，也不是病名能担保的。后文拟议的第七天复诊，只是待论证方案里的一个时间点，不是等待建议；入组、监测和及时转诊都省不得。哲学问题要给患者安全让路。

若将来发现符合条件的诊疗只占一部分，本书就说自己研究那一部分。若那一部分里的主预测也不成立，还要按既定条件撤回新主张，不能再扩大或缩小范围来护着它。

边界有正当的用法，也有投机的用法：前者事先写清，接受失败；后者看到结果才挪线。本书选前者，才配要求别人认真讨论。

对普通人来说，这一章最值得带走的，不是判断哪种病「属于答证」，而是一种读书的纪律。

问三句：作者说法的范围在哪里？范围外的成功有没有被尊重？范围内的失败有没有被承认？

一个说法若能装下所有成功，却把所有失败赶出边界，它也许很会自保，却不一定增加知识。

一条边界还应允许别人指出你划错了。

比如某种治疗没有「第二次门诊」，却有规范的连续评估，也保存了前一次处置、实际反应和下一步决定。将来可以讨论扩展，可扩展要重新讲清测量和失败条件，不能凭它看上去也是回路，就把结论搬过去。

概念可以生长，证据的使用范围不能跟着想象自己变大。

还有相反的情况：患者来了很多次，病历每次都写「同前」，处置理由始终没和前一段变化连上。

复诊次数多，不保证本书说的过程已被保存。形式上的来回和可追溯的辨读，是两个层次。混在一起，诊次越多就好像证据越多，其实只是同一个未知反复出现。

所以，本章宁可把门槛说得不那么好听。

来过一次，不自动无效；来过多次，不自动有答；辨证取穴，不自动增加疗效；模拟安排结果相近，也不自动证明所有接触都只是心理作用。

每一个「自动」，都省掉了本该由研究完成的一步。

本书自己也站在这条纪律底下。

答证不是你需要相信的信念，不是医生必须采用的称号，更不是选择治疗的凭证。它是一项待检验的解释，不该让病人替理论多担风险。

◆ 六、放回日子里

小钟给何先生那次夜间接诊留了一条短记录：当时判断需要立即去医院，此处没有后续资料。

他没补写「后来一定如何」，也没把转诊写成师父高明的证明。那一刻只说明：那个情形里，等待不是合适的选择。

唐阿姨回来，是她这段故事的一部分。另一位病人没再来，也可能是在别处得到了照护。

小钟把「无复诊」分成几种已知和未知的情况。他发现，表格越诚实，越难直接得出一个漂亮的百分比；可也越不容易让数字冤枉人。

何先生说，别把「回来再看」变成什么时候都说的口头禅。它有用，是因为下一次能接住这一段变化；该转出去的时候，就要把人交到合适的地方。

一本谈中医的书若只肯记住前半句，就没有认真读懂后半句。

带 走 的 话

没有后续辨读，就不能拿来证明答证；边界要先写清，急需救治时更不能为了等答而等待。

> 小 账
>
> 本章拆了什么：让一种复诊理论包办所有治疗，也借未测部分回避不利试验的做法。
>
> 本章立了什么：承认有效诊疗可以有其他解释，限定答证的观察条件与使用范围。

第 12 章

三家互相欠：中医并非缺少客体

◆ 一、你一定有过这样的时刻

何先生的药柜很旧，抽屉把手磨得发亮。小钟小时候见过这样的柜子，只觉得格子多；如今天天从旁边经过，反倒把它当成了诊室的背景。

直到有人说，中医只讲整体和人的感受，没有真正的客体，他才回头认真看那些抽屉。

每一格都要分清，拿错了不能靠一句「整体」补救。柜旁还有单据、秤和装袋的东西，都是会影响实际工作的物件。何先生忙的时候，话可以少说，核对却不能省。

唐阿姨把上一回的纸拿出来，问还有没有用。小钟刚伸手接，何先生已经说：「留着。」

纸角折得很厉害，上面有日期，也有几笔小钟不太认得的字。他把它放在今天的记录旁边，发现一个有意思的差别：药柜里的东西一格不少，纸上的东西却常常少一段。

不是没有方，不是没有病人，更不是没有医者。柜里有物，桌前有人，纸上有判断。

真正难找的，是上一回以后发生了什么，以及这些变化为什么让今天这样决定。

小钟把那张旧纸摊平，像是终于摸到了一个没有抽屉的东西。

◆ 二、药柜里的客体

中医并非缺少客体。

本系列第三八八号已经说过，中医整体上侧重互动与主体两头的联合，把客体放在从属位置。本章沿用这个分析立场。

从属不是不存在，也不是不重要。它说的是：在解释和决策里，一件东西通常经由怎样的关系与用法取得位置。这不是对所有中医文献的统计定论。

药物要辨识，来源和炮制要核对，处置要确实送到患者手里。没有这些具体的东西，再丰富的理论也替代不了实际诊疗。

若为了强调相遇，就把物质一头说成可有可无，本书也会犯自己批评别人的毛病：把暂时不着重解释的部分，误当成不必承担条件的部分。

同样，客体也不只等于一堆做好了、永远不变的物。

某样东西成为这里可用的药，牵涉识别、制作、质量判断和用途。这不是说物质作用由语言造出来，是说它怎样被确认为某物、怎样进入处置，都有要说明的条件。

存药路线在中医之外、中药之内，最会提醒你这个条件不能含糊。

某样东西若真有作用，就应能研究它的组成、可靠性和风险；没有证据，历史悠久、医者诚恳都替代不了。对这一要求，本书没有退路。

可是，一样东西经过验证，不自动说明它在每个患者、每个时点、每种组合里都起同样的作用。

适不适用要判断，实际发生什么要观察，观察怎样成为下一步的根据，又牵涉医者和记录。把物研究清楚，不等于把它的使用过程也研究清楚了。

另一边，医者经验丰富，也不会让物质条件变透明。

医生可以很会听、很会辨，药物质量却不稳定；病人可以很信任，实际收到的处置却和记录对不上。只盯着医者，就可能把这些差别错记成人的特殊本领，或患者的特殊体质。

所以三头不是在争一个最重要的座位。它们提醒的是：推理不能在需要条件的时候，突然把另一头当成现成答案。

本书说的「欠条」，从这里才有了严格的意思。

不是研究范围之外都算遗漏。一个论证实际借了某个条件，把它当作结论的必要部分，却既没推出来、也没承认是前提，才可能形成欠条。公开说明边界的研究，不能因为没包办全部问题就被记账。

◆ 三、一张表先收三家

下面这张表，是一张待检验的论证地图。

三家是本书的编码假说，不是对历史学派的正式分类；「欠哪一头」列出的，是要回到具体文本去核对的位置。已经明确承认的条件，要从欠条里删掉，不能为了凑成三家各欠两头，硬让材料去合表格。

本书的三种侧重	已经看清什么	待核的两处借用	借用发生在哪一步	文本与声明状态
存药派，客体侧重	物质组成、可检验作用与可靠制作	对谁、何时起作用的互动条件；由谁判断并读出结果的主体条件	从特定条件下有效，跳到临床处置已被完整解释	余云岫提案原件与相关文本逐句待核；青蒿素研究若已声明实验条件，不记为欠条

本书的三种侧重	已经看清什么	待核的两处借用	借用发生在哪一步	文本与声明状态
气化派，互动侧重	病程中此动彼应、变化相连	实际处置的物质条件；辨读与选择次序的主体条件	从一套传变解释，跳到某次处置必然适宜	阴阳、生克、气化代表原典及上下文待核；不能仅据二手概述判定未声明
医者派，主体侧重	揣度、经验、患者感受与接诊组织	方药与操作的客体条件；药后转折的互动条件	从医者判断重要，跳到医者的意已足以解释疗效与下一诊	两史「医意」语句及基本上下文已核；出版底本和特定外推范围〔待核〕；意义反应研究并未否认药理作用

这张表故意没把「待核」藏起来。

欠条是对别人论证的指控，要求应比一般概述更严。一篇文章已写明受试条件和评估办法，本书就不能一面借它的数据，一面说它偷借条件。只解释一部分不是缺陷；把这一部分推广到全部，才可能产生新的欠条。

比如一项成分研究写明，结果只在某种实验安排下得到。后来有人拿它证明所有中医理论都成立，欠条出在那一步外推上，不该倒记到原作者名下。

气化解释也要同样对待。

某段原典若本来就结合了处方和医者判断，就不能只因它用阴阳五行的语言，说物与人全被省略了。

真正要追问的是：它何时从一种对变化的描述，转到对具体处置的必要判断？中间哪些条件明说了，哪些只凭读者熟悉就略过了？没有逐句读过，就不能宣布「气化派全欠」。

医者一头更微妙。

「医者，意也」首先说的是揣度与用心，不能直接译成病人人生的意义。重视医者，不意味着药物可以互换；意义反应研究也容许物质作用和情境作用并存。

所以这张表既约束三家，也约束本书。

它是一套能被材料删改的账页。某一栏若找不到足够文本支持，就删掉那项欠条，甚至修改三家框架，不能让史实替理论弯腰。

◆ 四、欠在推导不是欠在词里

一个文本里出现「整体」「互动」「病人」，不证明它已经解释了相关条件；没用本书的词，也不证明它欠账。

判断只能顺着推理走：作者从哪些材料出发，凭什么走到这一步，结论靠哪些没说明的条件？关键词检索替代不了这一路阅读。

比如一篇论述先承认病人各不相同，后面却不加限定，把某种效果外推给所有人。前一句「因人而异」，结不清后一步的账。

反过来，一篇文章没大谈个体性，却严格限定了样本和适用条件，可能更清楚地承担了差异。文风上的整体，不等于推理上的完整。

还要问：借来的条件，真是结论必需的吗？

删掉一段背景，主要比较照样成立，就不能说那段背景被「欠」了。欠条不是无限长的清单，是找出一处关键的跳跃，比一口气宣布三头都缺有力得多。

本书挑「上一剂方的应答」作为特别要查的一项，就要守同样的规则。

一个论证若只问某种物质在限定条件下有没有作用，并没声称已经解释了复诊，那缺少两诊之间的材料，未必构成欠条。若它进一步声称已经保存了医者完整的辨证本领，那有没有保存药后反应，就成了必要问题。

责备应落在超出证据的主张上，不该落在合理的分工上。

古籍和医案也一样。

记录缺失，不证明实践缺失；实践可能存在，也替不了缺失的记录作证。该说的是「现有记录不足以支持这项结论」，不要在两头之间跳：不是古人全不懂，就是古人早已全知道。

于是，欠条审查要留三种结果：确有未声明的借用；已经声明，不构成欠条；材料还不够判断。

第三种不是失败。一本书若从来没有「暂不能判」的地方，反倒值得警惕：它也许只许材料出现在理论早已备好的位置上。

◆ 五、三家都没列的那一项

在本书要审查的截面式模型里，方通常是医者判断之后的产物，身体通常是处置的对象，证通常是两者之间的分类。

顺序停在这里，最后一格就是「开出什么」。随后发生的变化，即使被记成疗效，也可能没有重新进入证的定义。

药后那一段，于是成了每一栏都沾一点、却没有任何一栏完整负责的东西。

「三家都没列」，要读成对这种模型的判断，不是对全部历史资料的普查结论。

事实上，复诊、调整、药后观察并不少见；原试验也可以有连续过程。本书的问题是：解释证到底是什么的时候，有没有给两诊之间的转折一个独立、可检验的位置？还是把它降成原标签旁边的一次更新？

先单列出来，不等于预先证明它不可还原。

也许后来会发现，只要现有症状、既往资料和药效记录足够完整，这一项就没有额外的解释价值。那时就该承认，新栏目只是整理方便，不是新的理论对象。

把一样东西从表格里拎出来，是一个研究决定；把它证成新属性，是另一件要证据的工作。

本书仍要单列，是因为现有分类容易让时间关系散落。

上一方放在处方表，药后变化放在随访备注，下一步决定又另开一张表。每张表都有资料，合起来却看不出哪条变化改了哪次决定。把它们连起来，才查得出医生是不是真读了前一段，而不是每次从头问起。

这里的「读」，也不只是看过旧记录。

医者可能翻开了上一张方，却没让它影响判断；也可能记得要紧的变化，却没写下来。研究既要记录材料拿不拿得到，也要记录它怎样被用。只统计旧病历有没有上传，还是跳过了要紧的一步。

新增的这一项，还要容得下失败。

没按安排接受处置、反应定不下来、资料缺失、医者承认分不清，都该有位置。只能填「有答」的栏目，会让理论变成表格强制。

最后还要防一件事：把三头理解成三个早已做好的箱子，再由本书负责拼好。

在具体诊疗里，物是这一段处置所用之物，医者是能下这一判断的人，变化是需要这样辨读的变化。它们各自的位置，也是在过程中被确认、被改变的。分头讨论，不等于它们实际发生时彼此独立。

这和「什么都相互影响」还有距离。

后一句太宽，几乎排除不了任何结果。本书要求指出：哪一项改了哪一步，改的证据是什么，什么时候该改却没改。比如药后信息没有改变下一诊的判断，也该是允许出现的结果。

只有允许关系在某个条件下不存在，说它存在才不是一句空泛的客气话。

你若觉得这张表不够整齐，原因正在这里：一位作者可能同时讲物、讲人、讲变化。三家的名字是帮着提问的把手，不能变成套人的身份。

◆ 六、放回日子里

小钟没有给药柜再贴一张「客体」标签。他明白，标签不能让药更可靠，也不能让旧病历忽然补齐。

真正要改的，是几张表之间的关系：日期能接上，前一段实际做了什么查得到，下一诊为什么这样判断找得到依据。

何先生把唐阿姨那张折皱的纸放回袋里，叮嘱她下次还带来。小钟在系统里留了原件，把还没看懂的字标出来，没有凭上下文猜成自己想要的术语。

一张纸写了什么、没写什么，都不能随意改。

唐阿姨拿着袋子出门时，柜里的抽屉一个没少，诊桌前的关系也没被取消。变的只是：小钟终于给那段日子留了一个位置。

接下来要问的是，初诊到底形成了什么，为什么光凭初诊的一致性，不能替整个过程下判。这才是下一笔要认真算的账。

带走的话

中医不缺客体；要查的是推理在哪里借了条件，以及上一剂方的应答有没有被下一诊接住。

> 小账
>
> 本章拆了什么：把从属说成缺席，把研究分工都说成欠条，以及只靠关键词给历史定罪。
>
> 本章立了什么：一张能被原文推翻的欠条表，并为上一段处置及其应答保留独立核查的位置。

第 13 章

欠条一：证候从哪里来——辨证一致性研究为什么只取初诊

◆ 一、你一定有过这样的时刻

你一定有过这样的时刻：翻到一张很长的表，第一栏填得满满当当，后面却只剩几个字。

初来时的缘由、经过、担心，写了半页；后来究竟怎么样，只有「同前」。表没有缺页，事情却像在第一页之后忽然断了。

小钟整理何先生的旧病历，碰到的就是这个。唐阿姨第一次来，胃胀在什么时段、她怎样说不舒服、何先生追问过什么，都还有笔迹。

下一次的纸上，字少得多。有时写着「效可」，有时写着一个改过的判断。小钟能把字打进电脑，却没法从「效可」里找回当日那段对话。

他问何先生：「这里是原来的意思，还是看过药后的变化才这样写？」

何先生看了一会儿，指着另一行说：「要连这边看。」

小钟把两张纸并排，忽然发现自己建的表只有一张纸那么宽。它装得下这一诊的样子，装不下两诊之间怎样走过来。

唐阿姨恰好来取一份记录。她说，那一次并不是哪儿都一起变好，只是最烦的那种胀换了时段。小钟问她，当时怎么没写下来。她有点诧异：

「我说了呀。」

话确实说过，只是进电脑时没有地方放。

◆ 二、初诊为什么好研究

初诊容易被选中，理由很正当。不同医生面对同一位病人，各自问、看、判断，研究者就能比较他们的意见。

资料大体在同一时段取得，前一位医生的处置还没进入后一位的观察，比较的边界比较清楚。

这样的设计能回答一个要紧的问题：面对相近的资料，大家能不能按所声称的共同规则，作出相近的判断。

本书关心复诊，却不看低这件事。一个体系若连自己用的词都认不稳，沟通、培训和研究都会碰壁。

也不能用「每个人都是独特的」开脱，把分歧越大说成境界越高。不同医生应当说得出意见分开的理由。

Zhang 等人在二〇〇四年发表的一项研究，让数位中医执业者分别评估同一批类风湿关节炎患者，比较证候判断与方药选择。

论文报告，证候判断的总体一致程度不高；各自的判断与教材推荐处方之间，对应程度却较高。也就是说，医生可能熟悉各自用的配对规则，却在病人该落进哪一类上分开。

这项研究没有证明这种分歧来自本书说的「问证」，也没有考察随机给不同首方之后，复诊会不会收拢（Zhang 等，2004）。

另一些研究想靠结构化评估和训练提高一致性。Grant 等人在二〇一三年研究糖尿病前期人群的辨证，用了结构化工具；Mist 等人在二〇〇九年考察问卷式诊断和训练。

它们提醒你：分歧里可能有一部分，来自问法、记法、学法的不同。这些解释没排除之前，不能宣布分歧全是证还没形成。

本章标题里的「为什么只取初诊」，是向截面式设计追问，不是普查。本书没有说过没有研究看复诊。

真正要问的是：一项研究把药前或某一时刻的判断当成全部对象时，它有没有说明，自己测到的只是辨证工作里的哪一段？

还要分清「第一次参加研究」和「临床初诊」。一个人进研究之前，可能已经治过；不记录既往处置，初诊组就可能混进不同的药后经历。

所以，诊次不能只由表格编号定，还要看已经发生的处置。

◆ 三、一致不等于辨对

大家意见一致，就说明辨对了吗？一致性回答的是大家像不像，准确性回答的是判断有没有对上要认的那样东西。两者可以一起提高，也可以分开。

一群人用同一张错地图，可能非常一致地走错；两个认真核对道路的人，也可能在地图缺失处暂时提出不同路线。

所以，高一致性值得争取，却不能单独充当正确的证明。

你在论文里常见的 κ，是对观察到的一致程度做机会一致校正的统计量。它不是给中医发放或收回资格的印章。

类别多少、类别在样本里怎样分布、允许一个人给几个判断、比的是主证还是兼证，都会影响它的意思。两个研究的数字不同，可能含着方法差别，不能只按高低排队。

选项少，表面一致也许上去了，细节却被压掉；类别无限加，意见贴近个人说法，却没法复核。两头的难处是真的。

所以分类规则要预先说明，不能看完分歧再合并相邻类别，也不能只留最容易一致的病例。

还有一种更隐蔽的混淆。同一医生隔段时间重看，判断是否相同；不同医生判断是否相同——前者问规则稳不稳，后者问规则能不能共用。

复诊一致性上升，若只是因为大家记住了上次的标签，或者事先知道师父的意见，那是意见彼此靠近，未必是身体的回答更清楚。

所以，研究要给「不知道」留位置。资料不足、没法分类、有两个可能，不该一律逼成一个确定标签。

被迫选择会做出整齐的表格，也会消灭要靠下一诊解决的问题：医生有几分把握，哪些材料还在打架，下一次想看到什么。

低一致性首先是一项要解释的发现。培训差别、资料遗漏、病例复杂、分类重叠、观察误差，都可能解释其中一部分。

本书提出另一种可能：研究对象被取早了。

可是「取早了」必须由后来发生的事证明，不能凭早期分歧反过来确认自己。若后来的判断仍然散乱，或者等同样的时间也一样收拢，本书就不能再把暂定性当万能答案。

◆ 四、问诊也会改变问题

问诊也是一剂最小的方。

这里的「方」是个受限的比喻：提问会挑选注意、整理叙述，让原先散在日子里的不舒服变得可以讨论。它不表示说话和药物作用相同，更不表示一次谈话能代替必要的医疗处置。

医生问「什么时候最明显」，病人才可能把一整天拆开，发现原来不是从早到晚都一样。

唐阿姨起初说「总是胀」，并不是故意含糊。她一天忙着面馆，记得住的常常是最烦的那一刻。何先生问到开店前、忙完后和休息时，她才把几个时段分开。

问诊拿到了信息，也改了她以后看自己身体的方式。下一次她说得更细，一部分可能是身体变了，一部分也可能是她学会了怎么说。研究必须把这两条来路分开。

初诊时这种经过问诊整理、还要等后续处置检验的判断，本书叫「问证」。

问证不是随口猜。它要有证据、有排除、有把握程度，也要有明确的后续观察问题。暂定不等于草率，就像一幅还在勘测的地图：测清的路画实线，没走到的地方留白。

这个词也不是要看低初诊。许多关键判断必须在第一次见面完成，包括认出是否需要更及时、更专门的评估。

问证说的暂定性，只限于已有适当医疗评估、允许连续观察、确实安排了复诊的那部分辨证。

问与方的分界，还需要一把尺：身体答回来的东西，能不能在脉、舌、病程上被下一诊读出，并改变下一方。只改了病人报告的，在本书这套狭义定义里算问，不算答。

这不是说病人的报告不真、安心没有价值，只是给新概念划个范围，免得凡有交谈、凡有感觉变化都被收进来。

这把尺并不轻松。脉和舌也有观察误差，写在纸上不会自动客观。

所以「被读出」还要有记录程序，让别的观察者能核对；「改变下一方」也要有能追溯的理由。若医生不管读到什么都沿用原来的解释，所谓身体回答就只剩一种修辞。

设想唐阿姨第二次来，说「好一些了」，可她对时间的记忆更清楚了，其他资料还不够认出新的转折。这时最诚实的记录是：主观报告改善，还不能据此确认本书说的回答。

反过来，若不同方面出现了能重复认出、能约束下一步判断的变化，也不能只在疗效栏里打个勾，把这段材料又压回「好一些了」。

◆ 五、欠的是哪一段

「初诊即证」真正欠下的，是对自己观察单位的说明。

一张表可以规定自己只研究初诊。可若进一步说，这一张表已经装下了证的全部存在方式，就多走了一步。那一步要证据：它得说明，后续处置和它留下的变化不会改变证是什么，只会让人更清楚地看见同一个东西。

你也许会说：多收资料不就行了？问得更细、看得更多，确实可能减少分歧。可是这些做法仍可能只让同一时刻的照片更清楚。

假如下一步处置改变了此后看得见的变化，后来读到的就不只是照片里原本就有、先前看漏的细节。这个差别成不成立，要让截面解释和连续解释面对同一批材料比一比。

比的时候，要允许截面解释赢。比如，两位医生初诊分歧，是因为其中一位漏看了一项要紧资料；补齐以后意见一致，用不着等方药起作用。

再比如，只要统一术语、训练观察程序，药前一致性就稳定下来，药后的增加全由信息量解释。那样，本书就不能再把低一致性说成问证的固有标志。

反过来，连续解释也不能只靠「身体一直在变」站住。身体一直在变是一句宽泛的事实，推不出某个新的证概念。

还得指出：哪段变化从什么处置起、由谁怎样读出、怎样改变下一次判断。找不到这条可追溯的联系，连续记录就只是几张照片排在一起，没有变成一个能检验的转折。

这样安排研究，本书才占不了两头便宜：初诊不一致时说证还没形成，复诊照样不一致时又说身体太复杂。

暂定判断必须向后续结果负责。

本书后面会给出复诊一致性的拟议下限和组间差值，也会写明达不到时撤回什么。那些数字是未来试验的门槛，不是这里已经拿到的事实。

还有一种资料缺失，容易被误认成理论的胜利。没回来复诊，可能是好了，可能是没效，也可能是路远。

不能把没复诊的都记成康复，也不能只拿回来的人代表全部初诊者。不追踪失访，最要紧的转折恰好落在记录之外。

所以，问证是一个增加责任的名字。它要求医生告诉自己：我此刻已经知道什么，还有什么要等后续；要求研究者告诉你：正在测哪一段，哪些人、哪些变化没进表格。

它不替中医免掉初诊一致性的难处，而是把难处拆到能追问的地方。

初诊研究和复诊研究并不抢同一张资格证：一个检验共同语言撑不撑得起首次判断，一个检验连续经过添没添新约束。前者的难处，后者的成功抵不掉。

问证要是成立，就该改变提问方式：把未决问题、把握程度和后续修订分开记，查药前的不确定是不是真在药后解决了。

若只是把所有初诊改叫问证，观察和比较一样没变，这个概念就只剩修辞。

◆ 六、放回日子里

小钟没有把旧病历里的「同前」都扩写成自己想象的完整故事。他给这些记录加了一个诚实的空位：无法从现存资料恢复药后转折。

何先生看见这句话，没嫌它难看，只说：

「想不起的，不要替我想。」

新表没有把复诊一律写长，只多了几个连在一起的位置：上一回提了什么问题，这一回凭什么重新判断，哪些地方还说不清。

唐阿姨说出的变化，先留她自己的说法，再记医者怎么理解，免得两种声音在一个证名里搅成一团。

一张诚实的空白，比一段替过去补造的确定话更值钱。

它让研究者知道哪里要新资料，也让下一位医生知道何先生当时没留下什么。病历从此不只证明看过病，也开始把未知交给下一诊。

带走的话

初诊分歧有多种解释；本书要检验的是，药后材料能否让下一诊多得到一份可重复的根据。

> 小账
>
> 本章拆了什么：把初诊标签直接当成完整的证，并由分歧直接判定真假的捷径。
>
> 本章立了什么：问证必须说明已知、未知和后续责任；一致性只能在明确的观察单位里解释。

第 14 章

欠条二：青蒿素——成分路线借了葛洪的经验，也不能替所有疗法背书

◆ 一、你一定有过这样的时刻

你一定有过这样的时刻：面对一件麻烦东西，盼着有人把它收拾成简单、干净、拿来就用的样子。好几页说明，最好变成一句；一桌零件，最好变成一个按钮。

唐阿姨看着手机里讲青蒿素的文章，也冒出一个朴素的问题：「何先生，你开的药，能不能也提纯成一粒？」

何先生没有马上答。小钟觉得这个问题很好：要是做得到，质量好查，用着方便，大家也不必为同一个词争个不休。

一粒药最吸引人的，是里面有什么、有多少、怎么生产，都讲得明白。

唐阿姨点头。面馆里同一种面，换个师傅就换个味，她知道「差不多」三个字有多难管。

何先生于是问她：「你要提纯的是药里的东西，还是我下一回看你之后可能改的判断？」

唐阿姨笑了：「我没问那么远。」

小钟却在纸上写下两个问题。前一个问，能不能把有效的东西分出来；后一个问，能不能把接着判断的工作也装进去。两个都要回答，可也许不能由同一种成功一起回答。

◆ 二、借来的是一条做法

青蒿素的发现，不能讲成古书里早就装着一粒现代药，也不能讲成和已有经验毫不相干的孤立分子故事。

屠呦呦在诺贝尔奖自传里明确回忆，葛洪《肘后备急方》中「绞取汁」的记载给了她启发，促使研究者重新考虑提取条件。此后还有实验筛选、分离、结构研究与药物开发。古籍给了线索，没有代替这些验证（屠呦呦，诺贝尔奖自传，2015）。

请注意：启发不只有「某种植物可能有用」这一条关于对象的信息，还包含「怎样处理它」这一条关于做法的信息。

你多半也更容易记住名词，忽略动词；记得住那是什么，忽略人怎样和它相遇。把药材从处理过程里抽出来，就可能以为名字相同、得到的东西就该相同。其实，成分研究本来就要认真控制制备过程。

这不是要偷换成「互动决定一切」。材料的结构省不掉，制作和检测的条件也省不掉。

真正有意思的是：研究者怎样把原先缠在经验里的线索，拆成能改、能比、能复核的条件。

这里必须还成分路线一个公道：屠呦呦并没有隐瞒葛洪的启发。正相反，她在公开自述里把这段来路写得很清楚。

所以，不能把「借了互动那一头而没声明」这张欠条，直接贴到真实研究者身上。

公开承认的条件不叫欠条。

欠条属于另一种叙述：只讲分子最后被找到了，却把让它能被找到的做法全部删去，再声称成功从来只属于一个孤立的客体。

这个区别会改变批评的对象。本书批的不是科研为了分析而暂时分开变量，而是分析完了，忘了自己分开过什么。

分析可以非常成功，成功也不等于先前的条件从此不起作用。恰恰因为这些条件被控制得清楚，结果才更容易稳定复现。把条件记下来，是分析路线的长处，不是它该羞于承认的短处。

承认古代经验有价值，也不等于连古代的全部解释一起收下。可靠的线索可以来自不完整的理论，有效的做法也可能走在弄懂机制之前。

解释变了，不等于线索没贡献；线索有贡献，也不等于原解释全被证明。

◆ 三、真实胜利不用打折

青蒿素相关研究的胜利，用不着本书附上保留意见才算数。二〇一五年，屠呦呦因相关发现获得诺贝尔生理学或医学奖，这是查得到的史实。

这里承认的是：一条从传统材料出发、经现代研究检验的路线，确实能做出重要的药。获奖本身，不是每项临床判断的证明。

要是为了强调医患互动，把这样的作用说成医生关心病人、病人相信药，就抹掉了一个要独立研究的药理问题。

病人被认真对待很重要，药本身有没有作用也一样重要，前一件替不了后一件。

成分明确，还有一种常被哲学议论看低的价值：它让不同地方的人围着同一个对象积累证据。

材料是不是同一种都不知道，失败就没法解释，成功也交不出去。确认对象、检查质量、记录条件，后来者才不必每次从一句传闻开始。

成分路线也不天生只能看静的，它照样研究吸收、代谢、个体差异和治疗后的变化。

本书批的是一种缩减的读法：把所有诊疗现象都预先规定成某个成分对一个先在靶点的作用。连续判断会不会产生别的研究对象，它拒绝再问。

在成分路线答得了的问题上，该让它把话说完。某种材料有没有可验证的作用，哪一种制备稳不稳定，这些问题不必绕到「证」的本体论才能研究。

答证也不是一切有效医疗的许可证。没按本书概念运作的疗法，完全可能有可靠疗效；连续叙述讲得很漂亮的疗法，也完全可能无效。

两种可能都摆上桌，争论才从归属感转到证据上。功劳按工作分开记：谁给了线索，谁确认了对象，谁检验了效果，谁评估了风险。一个环节有功，用不着吞掉别的环节。

◆ 四、一场胜利不能外借

一个分子被验证有效，推不出和它同属一个文化传统的所有疗法都有效。

同一个书架上一本书说对了，不保证其他书也对。每个新主张都得自己担起证据责任。

反方向的外推也不成立：既然一种传统药材能靠分离成分开发出来，那么所有值得留下的中医实践，都得变成一模一样的形式才能被理解。

这是把一种成功的方法，变成唯一允许存在的对象形式。它也许适合回答某些问题；要宣布它足以回答全部问题，还得证明那些被删掉的环节没有独立的贡献。

唐阿姨那句「能否提纯成一粒」里，可能藏着三个愿望：药的品质清楚，效果可靠，不必来回跑。

前两个可以互相撑着，第三个却另有条件。有些病要连续评估，是因为风险和反应会随时间变，不是药不够纯。药做得再稳定，后来发生的事也未必就不用看了。

一个成分可以承载药理作用，一张方却还可能处在连续的决策里。

本书要研究的，不是分子之外另藏一股测不到的神秘力量，而是：前一次处置留下的、认得出的变化，是不是后一次辨证的组成部分。若是，研究单位就要把前后次序包进来。若不是，所谓答证就可能只是给一般的治疗监测换了个名字。

这个问题有明确的失败方式。

假如把前一次处置遮住，医生只凭眼下资料，就能作出同样稳定、同样有用的判断。知不知道先前做过什么，完全没差别。那么，本书对「药后那一段」的强调就得退让。

不能为了保住一个新概念，宣布分子路线永远碰不到它；正相反，该允许任何研究方法来解释它。

也要防着拿「复方太复杂」逃避验证。复杂只是研究难，不是疗效的担保。

要是每次结果不好，都说材料不同、体质不同、时机不同，最后没有哪个结果能约束判断，连续性就成了免责词。本书说的方与身体之间，必须落成可记录的处置、可复核的变化、可追踪的下一步，不能拿「复杂」两个字抵债。

「一个分子替不了一张方」也不是比物质多少。单一物质的药照样要多次调整，成分多的复方也可能用法固定。

本章真正的区别在对象和过程：一个已确认的物质作用，不能自动顶替对连续决策作用的研究。要是把这两样混成「单方对复方」，问题反倒退回老争论。

◆ 五、线索如何变成证据

从经验到证据，中间最该留住的，是让失败能开口的位置。

你回想自己的经验，多半也是成功记得鲜亮，失败留成模糊的背景；研究必须让没成功的结果一样看得见。否则，任何材料都能从漫长历史里挑出几个好故事，任何解释都能等成功之后才宣布自己早就知道。

一条线索值得研究，说明有理由投入验证，不说明已经有理由推广。一个候选作用在某种条件下出现，说明要接着考察边界，不说明对所有人都一样。

一种药被确认有用，也不等于它的全部来路、每种用法、每一层外延解释都跟着被确认。把这些台阶一层层分开，才是真正尊重知识怎样发生。

同样的纪律，也该用在本书身上。小承气汤的古籍材料可以启发人去研究试探性的处置，却不能单凭古籍推出现代试验里复诊一致性一定上升。何先生的虚构故事能帮你看清问题，却贡献不了一例临床成功。

青蒿素最值得本书学的，不是它能借谁一面胜利的旗，而是线索必须经过后续工作，才能取得新的资格。

还要分清解释得够和解释得唯一。机制足以解释疗效，不等于解释了患者全部经历；经历有更多层，也不等于机制不成立。没必要让一层的胜利，拿另外两层的沉默来换。

实际研究里，把无关条件固定是必要的操作。可是结果发表以后，那些被固定的条件仍属于结果适用的范围。条件被固定，不等于条件不在。

对中医来说，这里没有一张让全部传统同时过关的总证书，也没有一条让全部传统预先出局的总禁令。

证据该跟着具体主张走，不该跟着派别的名字走。

这一章的欠条，到这里才写清：叙述里被删掉、结论里却还在起作用的条件，要补回来。

欠条是一种论证纪律，不是派别之间互扣帽子的工具。

这也能帮你读新闻。看到「传统经验带来新药」，你可以认下贡献，再问一句：研究支持到了哪一步？看到「某种成分被证实有作用」，你可以问：用在什么情境？

这里给的是读主张的办法，不是判断个人用药的办法。

对本书也一样。你不必因为认同属性纠缠的思想，就提前认下答证；也不必因为青蒿素说明成分研究成功，就提前否认连续处置值得单独研究。

谁解释得更充分，由具体结果定，不由概念的出身定。

◆ 六、放回日子里

唐阿姨走了以后，小钟把「能不能做成一粒」改成两个问题。一个是：材料能不能稳定生产、稳定验证。另一个是：后续判断还需不需要知道前一次处置，和它带来的变化。

他没在两个问题之间画对立的箭头，而是各留了回答的位置。

何先生看着那张纸说，要是哪种办法能更方便、更可靠地帮到病人，自然该认真了解。小钟又问：药要是做得足够明白，老病历还用不用补复诊？

何先生翻到唐阿姨那一页，指了指「效可」两个字：

「这句话还是不够。」

不够的，不是药非得神秘，也不是成分研究走错了路，而是两个字没法告诉后来人：这一回到底凭什么改了判断。

那段工作若真的要紧，就该被研究；若研究证明它没有独立贡献，也该让它退场。下一章，要把同样的纪律用到中医自己的历史上。

带走的话

青蒿素赢了一场仗，可它替不了那些要等下一诊才知道对不对的方。

> 小账
>
> 本章拆了什么：把单项成功外借为全体疗法的证明，以及把成功方法外借为唯一研究对象。
>
> 本章立了什么：线索、成分、处置和验证各记自己的贡献；公开承认的条件不算欠条。

第 15 章

四个「互相」检验中医史：伤寒注家从六经到方证、温病卫气营血的传变、教材化、专家系统

◆ 一、你一定有过这样的时刻

你一定有过这样的时刻：同一份材料，两个人从不同地方读起，最后像读了两份材料。你先看结论，他先看例外；你先认出熟悉的名词，他先留意事情的前后。

争到后来，双方都拿着原文，却说不清分歧从哪一句开始。

小钟桌上摊着几种伤寒注本。他原想做件简单的事：把同一段材料对应的证名找出来，填进一栏。可他越填越犹豫。

有的注解把它放回六经的整体位置，有的围着同类方的用法来读。他以为自己只是换了个目录，后来才发现：目录一变，最先被看见的问题也变了。

何先生没让他马上判谁对。他把一张空纸横过来，问：

「先把什么当成知道的？」

小钟写下两个答案，又删了一个。有些注家并非不看另一头，只是进门不同。画成两派对立，表会比原文整齐，也比原文不可靠。

天快黑时，他又翻到一份早期计算机系统的介绍。规则排得很清楚，可上一条执行以后怎样改变下一次输入，还得另找材料。

纸上的次序、诊室里的次序、机器里的次序，看上去都叫次序。它们是不是同一件事，需要一把事先说好的尺。

◆ 二、先把规则放在前面

看历史之前先定规则，是为了不让材料怎么变都替本书说话。本章用四个「互相」来检验。

它们不是四个已经做完的历史实验，而是四种别人能重做、也可能得出否定结果的检查办法。每一种都要问清：看什么，什么不算，怎样才会推翻本书自己的解释。

第一种叫共变。它查的是：一头变了，另一头是否也按认得出的方式跟着变。

用在注家那里，就是看条文的组织方式变了，证候的划分和方的归类是不是一起挪动。只换了一套漂亮词语、实际判断没变，不算这里要的共变。两处一起变，也不等于一处造成了另一处，还得考虑共同的来源。

第二种叫阈值位移。它查的是：原本会触发某项判断的那条界线，会不会随解释框架或病程位置挪动。

用在温病的传变论述里，就是追问：同一个表现放进不同的前后经过，什么时候被认为该改变对病势的判断。这里的阈值首先是判断的门槛，不冒充已经测出的生理常数。门槛始终不动，或者所谓变化只来自后人重述，就不算支持。

第三种叫抽离。它查的是：把一个环节拿掉，原来号称独立成立的判断还站不站得住。

用在教材化上，就是比较含前后处置的材料和只剩证候要点的材料。若抽掉药后经过，学的人照样能作出同样有根据的连续判断，本书对这一环的强调就受到挑战。也不能预先认定一切摘要都有罪。

第四种叫干预追踪。它查的是：某个改变引进来以后，后续判断沿着什么路走。

用在专家系统上，就是查规则录入、输出和实际采用之间，有没有留下能追踪的记录。系统存在，不自动证明它改变了医者；医者说受过影响，也不自动证明改变只来自系统。没有前后材料，就只能提研究问题，下不了因果判决。

四种检查的共同要求，是把「一起出现」「先后出现」「删掉以后不同」「介入以后变化」分开。它们的证据分量不一样。

本章只演示怎样查，不是一部做完的定量医学史。

◆ 三、注家把门开在哪里

把条文按六经关系组织，和把条文围着方的类别组织，会让不同的问题先跳到读者眼前。柯琴的《伤寒来苏集》与徐大椿的《伤寒论类方》，都是谈这种差别时能核对的文本。

尤其后者的编排本身就在提醒你：材料怎么归到一起，会影响你最先看见什么。这里不引没经逐版校勘的评断句，也不把两位作者压成完全相同的一派。

徐大椿并不是只看一张静止的方、不管病怎么变。正相反，他的《伤寒论类方》在序言和编排里谈过病变、误治和随证用方。

这个事实让本书不能把「方证相应」的全部历史，都写成死锁和钥匙。前人已经把前一手处置放进了解释，就得承认那段工作，不能靠删掉它给自己腾出创新的空间。

共变检查该怎么做？先挑一组在不同注本里都出现的材料，保留同样的上下文；再分别记下作者把什么列为判断起点，怎样组织相关条文，怎样解释处置后的变化。

不能先挑最像本书的条文，再宣布整个传统都这样；也不能只挑分歧最大的几例，借来夸大顺序的作用。

接着要找不变的地方。两种编排可能大多相同，只在复杂的、治过的材料上分开。这种分布，比「注家各说各话」更有意思。

差异若集中在前后处置改变了解释的地方，才给本书的问题提供更具体的线索。差异若处处都有、和顺序无关，倒更像术语偏好，就不能把结果揽到自己名下。

还要承认，读文本的顺序和病人接受处置的顺序，不是一回事。前者改的是医者怎样组织资料，后者可能改变病人后来的状态。

两者都要求留住前后，可不能拿第一种的存在，直接证明第二种的作用。

温病的卫气营血论述，给第二种检查提供了材料入口。这类论述看重表现怎样放进病程和传变关系里。

本章只作概述，不添没核对过的叶天士原句；具体底本与段落的版本对应仍列为〔待核〕。

这里要检验的，不是古人有没有说过变化，而是：某个先前不会改变处置的表现，到了另一段经过里，是不是开始有了不同的判断分量。

假如把传变写成人人都要按同一架梯子走一遍，又会把连续过程变成一张更长的静态表。

真正的阈值检查，必须允许不按预定顺序发生，允许某些表现不来，也允许处置让后来的路改道。一种解释若面对任何变化都能补出一个位置，却事先说不出什么会让自己改判，它就很难接受检验。

这些历史做法并没有等现代研究者来教「事情会变」。本书添上的，只是要求把变化的起点、转折和门槛记到别人能复核；有没有多出什么，不能靠「发生」两个字担保。

◆ 四、教材和机器留下什么

教材化能把散在师徒之间的知识变成公共知识。初学者不必碰巧遇上一位名师，才知道术语怎么用；不同地方的人也有了共同语言。

若本书只讲教材压缩了经验，不讲它让多少经验传了下去，就没还公道。标准化的好处该留着，问题在于压缩的时候，到底丢了哪些关系。

本书对二十世纪中叶教材化的批评，要靠具体教材版本撑着。光凭年代，不能断言当时所有教材都删掉了药后回路。相关教材的逐版样本与章节比较仍属〔待核〕。

证据补齐之前，准确的说法是：有一种教学表述，把辨证与论治分成先后两栏，却没给药后辨证留同等的地方。它可能让你以为，证在处置之前已经全部完成。

抽离检验可以直接对准这种表述。准备同一组教学病例：一份保留前后处置和变化，一份只留初次表现和最后结论。让学的人说明下一次为什么该维持或改变判断，而不是只答一个证名。

缺过程材料的那组若照样给得出同样可复核的理由，就不能说过程材料在这个任务里不可替代。它若只能复述结论，才看得出摘要丢了哪项本事。

还要防一种偏差：完整材料字多，表现好可能只是信息多。可以再加一份字数相当、却不含关键前后关系的材料来比。这是说该找什么证据，不是说已经做过。

专家系统把这种取舍摆得更显眼。机器要输入项、规则和输出；凡没变成字段和规则的事，运行时就很难起作用。

可是，规则系统在技术上并非必然记不了复诊。只要设计者允许状态更新、保留前次处置、追踪新材料，系统就可能处理连续资料。所以，本书该批的是具体的截面式实现，不是所有早期系统的共同宿命。

关幼波专家系统的确切起始年份、具体功能和使用记录，本章不凭记忆补写。

干预追踪真正需要的，至少有三样：当时输入了什么，输出了什么，医生采用或拒绝以后发生了什么。若只有后人一句「模拟名医」的赞誉，推不出它有没有抓住药后那一段。

也要去找机器带来的真实改进：它可能逼人把「凭经验」的理由说清，也可能存下人脑容易忘的前后资料。

系统要是帮医生读到了本来会漏掉的复诊线索，那就是对本书单向批评的一个重要反例。不能因为机器可能压平经验，就拒绝看见它也可能把经验摊开。

所以，教材和系统更像两次选择：什么值得存，什么可以省。回路有没有被剪掉，要顺着这种选择追证据，不能凭「传统更完整」的怀旧印象。

◆ 五、次序怎样承担责任

辨证的次序决定证，这是本书从上面几项检查里提出的工作判断。

它不是说只要换个阅读顺序，就能随意造出任何证，也不是说身体能被话语无限改变。它要求检查的是：先采纳的资料、先作出的处置、先形成的解释，有没有改变后来哪些差异被读成关键，哪些路还开着。

举个好懂的例子。医生先看到一个确定的标签，再读患者叙述，可能把叙述读成标签的例证；先看完整个经过、再定标签，就可能留住原来被忽略的可能。

就算发现次序影响判断，也只说明判断受了影响，不能马上说身体也变了。

本书更强的命题，要到后面的处置次序才走到。上一手做了什么，会不会改变下一诊能读出的转折？若会，证就不能只拿当前标签来代表。

可这个「会」，不会从中医史里自己跑出来。历史材料给出问题的来路，现代比较给出主张的约束，两者互相撑着，却不能互相冒充。

四个检验也可以掉过头来查本书。换一套编码规则，欠条还出不出现？抽掉「答证」这个名字，原有的临床语言是不是已经完整解释了同一现象？改一

改比较门槛，所谓跳升会不会消失？把前次处置放进已有模型，是不是就不再需要新概念？

只有允许这些反向检查，本章才没把方法变成只朝外开的武器。

历史不会整整齐齐走进四格。有的材料牵到两种检查，有的根本判断不了，这时该承认模糊。最要避免的，是把人为的整齐当成理论得到了验证。

历史材料的沉默，也要立一条纪律。一个现存版本没写复诊，可能是作者关心别的问题，也可能是传抄和选编只留下了某些部分。沉默能提示研究的缺口，却不能单独证明当时从不复诊。

同样，文本写了药后变化，也不表示临床上普遍这样做。

书写规范、实际做法和后世概括是三层证据，不能拿一层顶替另外两层。

这样看，四种检验先改变的是叙述历史的谨慎。从前一句「回路被剪掉了」，现在要说明在哪部文本、哪个字段，删掉以后有什么看得见的后果。

批评因此变窄，却能交给别人接着查。

◆ 六、放回日子里

小钟最后没有把注家的不同意见硬并成唯一的标准答案。他在记录里分开了三件事：原文怎么说，注家从哪里进门，本书想借它检验什么。

第三件不再悄悄冒充前两件。

何先生问他有没有结论。小钟说，先得出一条做事的规矩：凡说某一段被剪掉了，就拿出未剪和已剪的版本；凡说先后影响判断，就让别人能把先后倒过来重做。

他还没让全部材料站到自己这边，却知道下一份证据该去哪里找。

翻书的次序可以有很多种。

论证的次序却不能颠倒：先规定怎样算，再看材料；先承认反例，再谈范围；先给别人推翻的机会，再说自己的判断站到了哪里。

带 走 的 话

先读六经还是先读方证，可能改变判断的路径；这种次序是否影响结果，需要让不同读法接受同一检验。

> 小 账
>
> 本章拆了什么：看完历史才发明规则，以及用读法次序直接替代处置次序的证明。
>
> 本章立了什么：共变、阈值位移、抽离、干预追踪各有证据边界，次序必须能被重做。

第 16 章

欠条定理与属性三方程：一张码表，一次盲编

◆ 一、你一定有过这样的时刻

你一定有过这样的时刻：两个人争同一句话用了什么条件，却越说越不在一处。一个说「他明明已经解释了」，另一个说「他只是把结论当成了前提」。

没有一套共同的记账办法，双方很快就从读文章变成猜立场。

小钟把三段不同路线的文字交给两位同事，请他们标出作者用了哪些东西。换你来圈，你会圈什么？一位把所有药名都画了圈，另一位圈的却是「适合」「根据」「判断」这些词。

两张纸都很认真，圈出来的地方却没多少重合。

何先生看着纸说：「你让他们数什么？」

小钟这才发现，自己只有一个判断，没有一套能交给别人的做法。他以为读完本书的人自然知道哪一头是什么。可要是别人得先接受本书，才数得出本书想看见的欠条，这份证明就绕回了原地。

第二天，他换了一张表。表上不再写哪家该欠多少，而是写：什么情况算借用，什么情况算公开承认，什么情况暂时判不了。他还留了一栏，专记让自己不舒服的结果。

何先生指着那一栏说：「这个不能删。」

◆ 二、一张表不能先判输赢

欠条不是「理论用了外部条件」的另一种说法。任何理论都有边界，任何研究都得从一些条件起步。作者公开说本研究固定某些条件、只解释其中一段，这不是暗中借用，是范围声明。

欠条只出现在更窄的情形：结论实际上要靠某项条件，作者却把它直接当成给定的，既没解释，也没说自己靠着它。

所以，编码先要分开四种情况：作者已经解释了条件怎样形成；作者公开承认把条件固定了；作者用了条件却没说明；文本不够判断。

只有第三种才可能进欠条统计。

把后两种混在一起，就会把读的人没找到的证据，算成作者没做过的工作。把第二种算成欠条，又会惩罚认真说明边界的人。

本章用下表作起始码表。它不是自然界早就分好的抽屉，而是本书提出的、可以修订的工具。别的研究者可以指出分类重叠，或者发现某项原始材料塞不进这张表。

碰到这种情形，应当修订码表，并报告修订怎样影响了结果，不能偷偷改到所有材料都合意为止。

材料项	暂归哪一头	要问的具体问题	不能据此断言
成分、制备与物质条件	客体那一头	所用对象怎样确认、哪些条件被固定	只要谈成分就否认互动
生克、传变与过程关系	互动那一头	变化怎样连接，顺序如何记录	只要谈变化就解释了处置后转折
「意」、望闻问切与取舍	主体那一头	谁作判断，判断规则怎样形成	医者参与便是主观随意

材料项	暂归哪一头	要问的具体问题	不能据此断言
上一剂方的应答	单列为待解释的连续项	由哪次处置起、被何种材料读出、怎样进入下一方	凡治疗后变化都属于本书新概念
明确的范围与固定条件	范围声明	作者承认自己暂不解释什么	声明边界等于理论失败
无法从材料判定的部分	待判	还缺哪段文本或哪种记录	找不到就等于从未存在

把「上一剂方的应答」单列，不是给本书留一个稳赢的格子。是怕它散进药物作用、医生感受、症状改善三栏，再也认不出前后的联系。

要是分析表明已有三栏足以完整保存这种联系，单列就该接受合并，不能拿「这是本书的创新」当理由拒绝。

一个短例就能看清区别。某篇文章说药物作用受材料质量影响，并在方法部分说明质量怎样控制——这是公开条件。某篇文章把同一批病人材料交给不同医生，报告分歧，不讨论临床后续——这可能只是研究范围较窄。

只有它进一步宣称已经解释了全部辨证过程，却对后续处置和新判断的关系只字未提，本书才有理由追问那笔借用。

码表也不该按作者身份分配。不能看见化学研究者就把整段编成客体，看见古代医家就编成主体。同一个作者可以把三头都认真解释，也可能在某一段只处理一头。

编码编的是具体论证怎样成立，不是人属于哪个阵营。这样，「三家」才是一个能接受检验的分类假说。

◆ 三、让没读过本书的人来数

盲编的第一步，是不让编码者知道本书希望哪一家欠得最多，也不把带解释的标题当成原文一起交给他们。

编码者可以接受码表训练，却不该被教成背本书结论的人。训练材料和正式分析材料要分开，不然光是熟悉练习答案，也会做出漂亮的一致性。

取样规则也要先定：选哪些作者、著作、章节，含不含作者承认限制的段落，都要公开。

不能只给对手一段很短的摘要，给自己却是一整章的充分说明；也不能拿对手一句普及性的说法当他的全部理论，再拿最完整的专业版本替本书辩护。比较单位不对等，欠条的数目就谈不上公平。

编码时先各自判断，再讨论分歧。各自判断的结果反映码表能不能共用，讨论后的结果反映怎样谈拢，两者不能混着报。尤其要知道：那些难分的项目，是不是恰好挤在本书最要紧的「上一剂方的应答」上?

没被采用的编码理由也要存档：两位编码者各凭哪句话下判断。

这样后来人才能看出，分歧来自文本含糊、分类含糊，还是本书自己的偏好。只给一串最后的数字，最值得讨论的地方反倒没了。

推翻的条件有几种清楚的样子。

若编码者没法稳定分开这几头，码表就不够好，欠条的数目暂时不能承重。

若有代表性的原文已经明确解释了被本书说成共同欠缺的那一环，共同欠款的判断就被削弱。

若所谓欠条只是作者公开承认的范围限定，必须撤销记账。

若三家之间的差别远小于各家内部的差别，三分法本身就得收窄。

你读任何新理论都可以留个心：它最容易犯的错，是把别人没用自己的词，误当成别人没研究自己的问题。编码必须追实际内容：对方就算从没用过「答证」一词，也可能细细讨论过处置后的判断；本书用了这个词，也可能还没给出新的、能检验的内容。

所以，这里的「欠条定理」是有条件的。

若某项结论必须靠三类相互生成的条件，而论证只解释了其中一类，把其余直接当成给定又没声明，那么，这个论证不能声称已经独立生成了全部属性。

这是对论证责任的条件判断，不是从码表自动推出来的数学定理。它适不适用于中医的具体三家，还要文本材料和临床材料分别来担。

◆ 四、三条式子逐诊接下去

本书把连续诊疗的三个问题写成三方程，首次完整列在这里：

> **三方程：第 n 诊的证＝H（上一剂方，病人之身对它的应答）；医者判断＝F（证，上一剂方）——知犯何逆；病人之身的属性＝G（医者所开之方，证）——疗效是 G 的读数，同时是下一诊的问题。方程按诊次递推，不是一次解完**

写出方程，不等于证明。这里的等号首先表达本书想研究的依赖关系；三个字母还没被估计出来，也不是因果关系已经成立的证书。

可是三行式子不能只是把一段话换个样子。它至少要做两件事。

第一件，交代起点。第一诊没有上一剂方，第一行怎么开头？

本书的回答是：第一诊的「上一剂方」就是问诊本身。问什么、先问什么，把病人的叙述组织成一个暂定的形状，这就是问证。所以递推从第 1 诊就成立：第 1 诊的证＝H（问诊，病人对问诊的应答）。

问证与答证用的是同一行式子，差别只在那一手是问话还是药。

第二件，作出一个别的说法作不出的预言。最强的对手也能写成一行：第 n 诊的证＝r（第 n 诊开方那一刻的截面）。药会改变身体，截面跟着变，证也跟着变；可证只是截面的读数，读全了截面，治疗史不再多说什么。

本书的第一行不同：第 n 诊的证＝H（上一剂方，身体对它的应答），应答是一段经过，不是一张截面。两行式子在一处分开：截面读全以后，知道上一剂方和那一段经过，还能不能多料中一点下一剂方之后的结局。

> **截面式：把第 n 诊开方那一刻的截面读到预定的最全，记作 C。只见 C 的医者辨出的证，与另知上一剂方及其后经过的医者辨出的证，各自预测下一剂方之后的预定结局。对手预言两者一样准；本书预言后者高出预登记的增量，且截面加厚到最后一档仍然高出。**

这一行把三方程从一段话里拉了出来：它告诉别人去量什么、拿什么比、什么结果算本书输。顺带一提，本书起初写的是先后对调的「对易式」，后来发现药会改变身体，对易与否分不开两行式子，就降为方序效应的加强版。第 20 章用大白话讲这一转，第 38 章把截面式写进试验，附录四给出最小模型。

第一行要问：下一诊辨的证，是不是由前一方和身体的应答共同构成？

要落实它，得保存前一方可核对的记录，以及药后在脉、舌、病程上读得出的变化；再让不同医者各自判断，比较证型分布和一致性。一个人觉得「我看出来了」不够，别人得在合适条件下有机会重读。

第二行要问：知道上一手做了什么，会不会改变这一诊的判断？

可以比较知道首方和不知道首方的医者，但要防着把权威暗示当成理解。知道前方，可能给出关键的历史，也可能让医生顺着前人的标签走。

只看到一致性增加还不够，还要追问：这种增加留没留住反例，有没有让后续判断更有用。没有独立的金标准，就不能轻易说准确性提高了。

第三行要问：所开的方和当时的证，怎样参与此后的身体变化？

疗效是一个要紧的读数，但不是唯一的读数。症状好了，别的可辨认变化可能仍有分歧；症状没好，过程记录也可能提供重要的否定信息。结果不管好坏，都要进下一诊，不能只有成功才叫回答。

方在不同式子里站的位置不同，这正是按诊次递推的意思。上一回的处置，到这一回成了要解释的历史；这一回的判断，又参与造出下一回要面对的材料。

它不是一张纸上同时摆着的三个固定物件。所以，不能只在同一时刻测出几个相关数字，就宣称三条递推关系已经成立。

原定的操作口径还要求：首方应来自医者组认可的合规选择，比较中可设外观一致的安慰剂颗粒；复诊舌象由不知情者在漱口后记录，减少外观线索和染色干扰。

拟议的一致性门槛是：同一医者重测 κ≥0.6，医者之间 κ≥0.4。它们是本书提出的预登记门槛，还不是实做试验的结果，也不是适用于所有辨证研究的自然常数。

药物、自然病程、生活变化、期待和观察误差，都可能混进上面这些读数。写出三方程，并没有自动排除它们。

没有对照，身体在两次就诊之间的变化就不能全算到上一方头上；处方若由病情决定，比较不同方的结果也会混进初始差异。正因为这样，本书后面才要求明确分组、预先登记，而不是凭一条病例故事证明结构。

◆ 五、什么叫真正落到测量

你也许以为，测量就是变成一个数。其实有些关键资料得先用语言存下来，比如患者怎样描述变化、医者为什么推翻原判断。

测量的第一步，是让这些话有明确的来源、时间和版本，再决定哪些差异可以合理编码。把含糊的叙述机械地变成数字，只会得到精确的含糊。

还要说清每个读数的观察单位。证型分布属于一组判断，舌象属于某次记录，病程属于一段前后经过，疗效属于预定时间窗里的变化。

它们不能因为写在同一张表上，就被当成可以互换。把一个时点的数值当成一段转折，或者把一个人好转当成一组医者更一致，三方程就丢了原来的问题。

测量本身也会改变过程。医生知道研究者在看他引不引前方，可能就多写前方；病人知道要报告变化，可能就更留心身体。这些变化不必当坏事，却要记下来。

否则，所谓新结构的增益，可能主要来自记录纪律变好了。若光靠更好的记录就能解释结果，本书就该把功劳记给记录，不能抢记到新本体名下。

一个可用的最小比较，应当允许三种结局：资料增加让各组一样改善，本书独有的主张没得到支持；药后材料提供了额外约束，值得接着检验；资料仍然不够，暂时裁决不了。

第三种和第一种也要分开。试验精度不够，不等于证明没有作用；可也不能把不确定自动记成支持。

这样，欠条和方程回到同一个要求：把靠的是什么说清楚。

欠条要对手说明没交代的条件，方程要本书说明自己打算怎样观察。若只拿前一项审别人、拿后一项装点自己，整套方法就成了不对称的辩论技巧。只有本书也能被同一张表圈出空白，这张表才值得用。

码表还要过一道普通的检查：把作者名字遮住，编码结论还差不多吗？一知道派别、欠条数目就变，说明判断被声誉牵着走。匿名消除不了所有偏向，至少能让这个问题进报告。

另外，文本里有没有欠条，和疗法有没有效，不能互相顶替。码表审的是解释怎样成立，临床比较审的是实际发生了什么。找到一段文字的漏洞，不等于判了病人的身体。

◆ 六、放回日子里

两位同事第二次交回码表，还是有分歧。小钟没有马上开会把它们统一。他先把分歧所在的原句并排贴出来，发现一处确实是自己删掉了作者的范围说明，还有一处是码表把「药后变化」和「一般病程」分得不够清。

他撤销了前一处欠条，把后一处列为待判。何先生说，这样数出来的欠条可能会变少。小钟回答，少一些却知道为什么，比多一些却谁都复查不了强。

三条式子也写在同一张纸的背面，下面留着空白，等实际研究来填，而不是先替结果盖章。

本编总判断：三家互相欠，最大一笔共同欠款是药后的答。

带走的话

欠条应是别人拿去也数得出的清单；药后回来的那一段，须逐家核查，不能先判共同欠账。

> 小账
>
> 本章拆了什么：按作者阵营记账、把公开边界算成欠条，以及将方程当成已经完成的证明。
>
> 本章立了什么：可复核的码表、可失败的盲编与按诊次递推的三条研究关系。

第 三 编

缺了的第一层

第三编从一个很小的错位开始：身体某项读数变好了，人却说日子还没有回来。接下来要追问的，是「意」能不能替病人回答为了什么，是两次就诊之间怎样形成可读的回答，也是那些回答怎样进入病人继续生活的可能。中医常被批评不够重视客体，本书在这里要检查的，却是另一处可能被遮住的位置：医者很用心，病人的目的是否仍未独立说出。

第 17 章

意义层不是没有，是押进了「医者，意也」一头

◆ 一、你一定有过这样的时刻

你一定有过这样的时刻：别人问你事情是不是好了，你说「好了」，又觉得这两个字没把自己交代清楚。

最烦的麻烦过去了，可原来想做的事还是提不起劲。旁人看见问题少了一件，你却觉得日子并没有往前走。

唐阿姨在一次复诊时说：「胃不胀了，可我还是不想开店。」

这句话让小钟停了笔。他原想在改善一栏写得很肯定，笔尖已经碰到纸，忽然不知道后半句放哪里。

何先生没有立即把这句话翻成另一个证名。他问她，是还有别的不舒服，还是开店本身让她为难。

唐阿姨想了一阵，说以前早晨听见门外有人走动，会想到今天要做些什么；这几天只觉得门开不开都一样。她也说不准，这句话和胃还有多少关系。

小钟看着桌上的两栏：一栏是身体变化，一栏是医生判断。唐阿姨的话似乎两边都能放一点，放进去却都少一点。

窗外有人催着办事，她没有急着站起来。那天最该被记住的，也许不是一个新词，而是他们终于容许这句「还没有回来」停留了一会儿。

这是虚构的情景，不是诊断，也不推断哪种治疗的作用。它只把两个常混在一起的问题分开：身体发生了什么，以及这个人希望身体的变化让什么重新成为可能。

◆ 二、症状好了不等于日子回来

症状改善是重要事实。一个人终于能睡一觉、吃一顿饭，可能已经是很大的改变。

可是读数回答某项状况怎样变，未必回答这项变化在一个人的生活里意味着什么。

唐阿姨说不想开店，至少有几种可能：还有没讲出的不适，担心再次发作，对每天的安排感到疲惫，或者正在重新选择生活。故事没有资格替她挑定一个。

若医生立刻把她的迟疑解释为治得还不够，就可能把人的全部生活都扩成治疗对象。

反过来，若因为症状已经改善，就告诉她不该再觉得困顿，也把她的话压掉了。

两种错误看似相反，其实都让专业判断顶替了她的表达：前者说你的一切仍属于病，后者说我的指标已经好，你就该满意。

意义层要留出的空间，就在这两种顶替之间，让她自己的目的能被听见、讨论和修订。

这里的「为了什么」不必壮阔。它可以是重新愿意做一顿饭，可以是有力气去见一个人，也可以是有余地不再做原来的事。

不能因为唐阿姨开面馆，就预先规定康复的唯一目标是尽快重新劳动。愿意继续开店可能有意义，愿意换一种生活也可能有意义；要知道的是她怎样选，而不是替某个角色恢复运转。

所以，「回到工作」不宜当作意义层的通用指标。一个人复工，可能出于愿望，也可能出于压力；暂时不复工，可能是状态受限，也可能是更会为自己安排。

同一个动作，意义可以不同。医学记录能帮你看出这些差别，却不能把它们统一压成好或坏。

身体与生活当然互相影响：疼痛减少可能打开行动空间，行动空间变了又可能改变生活安排。可是互相影响不等于同一件事。把层分开，是为了看清每层改了多少、经由什么连在一起，不是在它们之间砌墙。

◆ 三、「意」不是意义

「医之为言意也」出自《后汉书·郭玉传》，「医者意也」见于《旧唐书·许胤宗传》。这些话值得认真读。

前者的上下文涉及身份、情境与行医时的拘束；后者讲医者的思虑、识别和经验怎样难以完全写成文字。它们让我们看见，诊疗不是把固定知识机械套到身体上。

所谓「意」，原义是揣度、用心。本卷借它指医者那一头，不等同于意义层。

这个区别必须守住。

不能因为现代汉语里「意义」也带一个「意」字，就说古人已经在谈本书的生命意义概念；也不能因为本书另设意义层，就说古人的「意」只是落后的主观猜测。

医者用心包含很硬的工作：在相近表现里辨出差别，在资料冲突时暂缓结论，在环境压力下保持注意，在说不清的经验里不断校正。

若把这些都赶出医学，只留容易写成项目的部分，诊疗会丢掉一些实际能力。许胤宗传提示的正是这一点，而不是给随意用药发许可。

同时，医者的用心不是无条件可靠。经验可能细密，也可能带着没检验过的惯性；强烈的善意可能让他认真，也可能让他更难承认失败。

若「我用心」成了最后答案，你还能追问什么依据?

对「意」最好的尊重，不是把它放到检查之外，而是让它尽量留下可以讨论的判断过程。

郭玉传的情境还提醒我们，医者与病人不是在真空里相遇。身份、信任、拘束、谁有权说话，都可能影响观察怎样完成。

这不是说身体是谈话编出来的，是说身体的材料要经过具体的人、在具体处境里进入判断，这个过程可能失真。

所以本书对医者派的批评要说准：不是说它关心人所以错。是当「为了病人好」已经由医者替病人填好时，病人究竟为了什么，可能没有独立的位置。

医者可以判断一项处置的风险与适宜性，可以提供专业选择，却不能只凭善意知道病人愿意怎样安排剩下的时间、力气和可能。

关心与替代常常只差一步。你怎么分得清?

何先生可能从唐阿姨多年开店的日子里知道很多，也可能因为熟悉而太快替她回答。新来的医生不熟悉她，却可能愿意留一段时间听她说。

关键不在关系长短、态度冷暖，而在她有没有真实的机会，说出与医生预期不同的目的。

◆ 四、三层各问一件事

本书分三层，不是让病人填三套繁琐问卷，而是不让三个问题在同一句「有效」里互相遮掩。

读数层问，哪些可记录的变化发生了；价值层问，诊疗过程有多可靠、多能推动、多能聚合；意义层问，这个过程让病人为了什么获得了新的可能。

三层可以关联，不能自动互相抵账。

读数改善，替代不了过程是否合乎要求。患者没充分理解就被带进某项处置，即使结果碰巧不错，过程仍要审查。

反过来，过程再认真，也不能把无效结果改写成成功。价值层不是给失败镀一层道德金边，是把过程本身该担的责任单独记下来。

意义层更不是疗效上面的奖杯。你不必先表现得乐观、积极、热爱生活，才配得到照护。

一个人在病中茫然，仍该受尊重；有人不愿把痛苦解释成成长，也不该被看作没完成康复。意义账首先是一份探索与记录，不是一张要病人证明自己懂得幸福的考卷。

三层为什么容易混？因为日常判断常有一个总词。你说医生「好」，可能指症状减轻了，也可能指他认真说明了不确定，还可能指他帮你保住了一件要紧的事。

不知道「好」落在哪层，就不知道该改哪里。

拿唐阿姨的虚构情景说：胃胀程度的改变属于读数；何先生有没有接住后半句话、肯不肯修订原先判断，属于过程价值；她想继续经营、换个经营方式，还是重新安排日子，属于意义。

三件事可以朝不同方向走。出现错位，不是要牺牲一层保另一层，而是说下一步的问题还没问完。

尤其不能把病人愿不愿回来等同于治疗有效。回来可能因为信任，也可能因为没别的选择；没回来可能是问题解决了，也可能是失望了。

意义更不该简化为对医生满意。一个能自己离开某项无益安排的人，也可能正在得到更大的生活空间。

三层的区分还能给医者的责任划边。医生不该被要求独自解决所有生活困境，也不该拿「这不是医学」拒绝听见它们。

合适的做法是认清自己的能力范围，说明能支持什么、还需要哪些其他资源，并在病人同意下安排后续。意义层一旦被承认，带来的首先是协调的责任，不是医者权力无限扩大。

◆ 五、把「为了什么」还给本人

意义账最难的是什么？不是找到一个好听的问题，是让答案可以出乎提问者的意料。

若医生问完只接受「尽快恢复从前」，那仍是把已有目标从医者心里搬到患者嘴里。真正的询问应当允许她说：从前也许就不全是自己想要的，或者现在还不知道。

「还给本人」也不是说人先有一个永远清楚、永不改变的目的，别人只要把它挖出来。目的会在讨论、尝试、身体变化和生活条件里慢慢成形。

唐阿姨起初也许只想不再胀，后来才发现还想改每天的节奏。尊重她，不是把第一句话永久冻住，而是让每次修改都由她参与确认。

这和替病人编一个积极故事不同。医生可以提供可能、帮她看清选择的后果，却不能把自己的理想生活塞进她的未来。

小钟的系统将来若能生成很动听的目标，也受这条限制：说得美，替代不了本人愿意认它。

意义也要面对现实条件。一个人想自由安排生活，可能被收入、家庭责任、工作制度卡住，不能把这些都说成内心不够积极。

意义层若只在心里记账，又会落回本章批评的押在一头。它要连上实际能做的事，不能只记一句愿望。

本书用创造、自由、幸福描述这层要继续展开的方向。创造不限于发明大东西，也包括形成原先没有的生活可能；自由不只是选项多少，而是能理解、选择并修订自己的安排；幸福也不能被一个当下满意分数全部代替。

它们怎样观察，后面逐一细化。

有一种误读你要特别防：把意义变化当成药物有效的新证据。

唐阿姨觉得日子更有盼头，可能和治疗无关。只有预先规定观察时间、比较条件，并记下相应变量，才能考察它与后续病程的关系。

不能先看到好转，再从人生故事里挑最动人的一段当解释。

所以，本书提出用生命意义量表一类工具，也要求量表事先选定。工具让不同时间、不同人之间有可讨论的共同锚点，不是替本人规定意义。

不能把几道励志题装成验证过的量表，具体工具放在后面的试验设计里。

分数也不等于意义本身。它是一种读数，会受心境、问法、文化与生活事件影响，所以还要保留语境。

如果一个人分数下降，是因为他不再勉强维持一个从前被迫认领的目标，这种下降就未必能用一句「更差了」概括。

反过来，也不能拿「意义太个人」拒绝一切比较。本书既然提出意义变化可能给后续病程提供额外信息，就得接受测量纪律。

可以承认工具有限，但不能在结果不合预期时才宣布意义不可测。

意义账若要承担预测任务，就必须事先说明什么结果会让这一任务失败。

医学情景里的善意，有时会不知不觉变成你的额外负担。医生投入许多时间，患者就不好意思说没帮助；家人盼他振作，他就学会报告大家想听的好转。

研究若不允许拒绝和负面回答，就会把顺从误记成意义发生。

所以，问意义要给患者退出的空间。有人不愿在门诊谈人生，有人今天只想解决眼前的不适，这不说明他缺少意义。

表达方式也各不相同：有人讲一段故事，有人只有一句「我想先睡好」。记录要适应这种差别，不能把口才高低当成生命质量高低。

医者还要容许自己的目标被病人修订。何先生可能觉得继续开店能让唐阿姨恢复精神，她却可能想少忙一些。

专业上可以讨论不同安排的影响，价值上却不能只凭经验替她裁定哪种人生才值得恢复。真正的合作，是专业判断与本人目的互相约束，不是一方把另一方吞掉。

这也说明，本书说意义被押进「意」一头，是对一种结构的批评，不是给所有中医医者下历史总判。

现实中的医者可能早就认真问过患者的目的，这些实践应当承认。本书要证明的是：把这些做法明确记下并连到药后过程，能否提供独立、可检验的增益。

若增益不存在，仍可出于尊重去听患者，但不能再宣称意义账有本书期待的病程预测作用。

伦理上的理由与经验上的预测要分开：一项统计预测，不能因为目标高尚就免于失败。

后续研究可以考虑的一个候选，是 Steger 等人在二〇〇六年提出的生命意义问卷。它的两个分量分别关心意义的存在感与对意义的寻求。两者不能简单相加成「越高越好」的总成绩，也不能代替本书所说创造、自由、幸福的全部内容。

适用中文版本、授权条件与目标人群中的表现仍须另核。这里只说明量表能给什么样的有限锚点，不提供自我诊断或评分指导（Steger 等，2006）。

比如，一个人更积极地寻找生活意义，不一定说明他当下更满意；一个人已有稳定的目的，也不说明他的选择不再受限。

研究若把两种不同的变化揉成一笔，意义账就可能在数字上看似进步，却说不清人究竟发生了什么。先尊重工具测的是什么，再谈它与本书概念怎样连接。

◆ 六、放回日子里

那天，小钟没有在「不想开店」旁边加一个自己定的诊断。他先保留唐阿姨的原话，再记何先生还要了解的事。

身体变化仍写在原来的位置，后半句话另起一行。它没有否定前半句，前半句也没有压住它。

唐阿姨临走时说，她不是一定不想开门，只是想知道，自己能不能不用照旧过每一天。

何先生答应下次接着听她说，也把这次能判断和还不能判断的部分说明白。

小钟发现，多出来的这一行并没让表格更神秘，只是让一件从前混在「效可」里的事，终于有了自己的名字。

「为了什么」不是医生最后赏给病人的一句鼓励。

它可以从第一次见面就提出来，也可以在身体变化以后才慢慢清楚。它不能靠一项读数替答，也不能靠医者足够用心就自动答对。把位置留出来，它才可能在后来的相遇里被真实地修订。

带走的话

若把「为了什么」全交给医者的「意」，病人自己认可的生活方向就可能被遗漏。

小账

本章拆了什么：把古人的「意」直接等同生命意义，把疗效、善意和病人目的合成一笔总账。

本章立了什么：读数、价值、意义分别承担问题；病人的目的可以生成、改变并由本人参与确认。

第 18 章

答证：一剂方是一个问题，证是身体的回答

◆ 一、你一定有过这样的时刻

你一定有过这样的时刻：以为某件事已经看明白，真动手了，才发现原先的问题少了一半。

门关不上，起初以为是门框歪了，轻轻一推，才发现卡住的位置不一样。动作没有凭空造出那扇门，却改变了你下一步该怎样理解它。

何先生把一本书翻到先前谈过的那一页。小钟记得里面有个方名，这次何先生却不让他先看方名，指着前后的动作，让他慢慢读。

先有一个还不能完全确定的判断，接着有处置，再看身体怎样变，然后决定下一步。这几件事挨着写，不像一张先填满诊断、再照表执行的单子。

唐阿姨坐在旁边，书里许多字她不认得，却听懂了小钟的疑问：「那到底是原先没看清，后来终于看清了，还是后来发生的事本身改变了要看的东西？」

何先生没有替本书回答，只说，至少不能把中间那一段抹掉。

人物与谈话是虚构的，古籍可以核对。我们不从故事领取疗效，也不从古籍领取现代试验的结果，只把一种新读法讲清，同时把它最容易失败的地方摆出来。

◆ 二、先少给一点，究竟知道了什么

前面已经读过的《伤寒论》句子，在这里完整接回：

> **少与小承气汤，汤入腹中，转矢气者，此有燥屎也，乃可攻之**

这句话只是古籍史料，不是供你尝试的处方。这里不谈组成、剂量与操作，只看它怎样组织判断。

条文把一项处置放在下一步判断之前，身体此后的表现又成了后续决定的依据。至少在这一段里，诊与治不是各自完成的两张表。

不过，最有力的反对意见就在原句里：「此有燥屎」完全可以解释为，燥屎原来就在，只是通过试探拿到了证据。

这是诊断性探查的读法。它不需要接受证在互动中发生，也不需要本书的新概念。我们不能把这个明显的解释关在门外，再声称古籍已经替本书判了胜负。

所以要分三个层次。第一，某种身体情况在处置前是否已经存在；第二，医者对它的判断何时拿到依据；第三，连续诊疗中的「证」，究竟是既有状态的标签，还是包含前次处置与后续应答的可辨认转折。

古籍对第二层给了鲜明线索，对第三层则容许不同解释。

不能从第二层直接跳到第三层。

本书主张的不是「药一进去，原来没有的燥屎才被造出来」。燥屎是肠里的东西；判词说「燥屎这个证」，指的是医者凭「转矢气」读出、拿去决定「乃可攻之」的那个判断，不是肠里那团东西本身。

证是医者从脉、舌、病程里读出来、拿去决定下一步的那个判断对象。本书的主张落在它身上，分两层，两层都要承担后果。

第一层是方法上的：证的研究单位应当从一次就诊的截面，移到两次就诊之间。这一层比较弱，诊断性治疗也能接受，最多说它多此一举。

第二层是本体上的：证这个判断对象，不是开方前就完整在那里、等药去探的状态，而是上一剂方与身体相遇以后才长成的转折。这一层强，诊断性治疗不能接受。

两层不能混着用：遇到质疑退到第一层，没人质疑时又说第二层，正是本书批评别人的那种双向获利。

第二层怎样才站得住？必须有一个只有它会输的实验。

诊断性治疗的最强版本说：药会改变身体，证是开方那一刻截面的读数，截面读全了，前面吃过什么就不再要紧。第二层说：截面读得再全，证还得连上一剂方和它之后那一段才读得出，知道这一段的医者，对下一剂方之后的结局料得更准。

这一刀放在第 20 章，判死条款放在第 38 章。在它跑出结果之前，本书只能说第一层已经有理由，第二层还在等判决。

这样，古籍的位置就准了。它证明传统文本里有「处置参与取得后续判断依据」的安排，也给今天提问题提供资源。

它不证明所有中医都按这个安排运行，不证明药后的一致性必然提高，更不证明不同首方会留下不回弹的分叉。这些是本书额外承担的命题，要额外的证据。

另外几项经典依据也应放在同样的边界里：

> **经典依据：「观其脉证，知犯何逆，随证治之」（坏病由上一手治错了什么来定）；「一服汗出病差，停后服」；「中病即止」；以方名证（桂枝汤证、柴胡证）与以方类证（柯琴、徐大椿）**

「观其脉证，知犯何逆，随证治之」把已经发生的处置纳入再判断；「一服汗出病差，停后服」显示后续变化能约束是否继续。

「中病即止」在本书里作概括性用语，不借一个未经核定的单一出处添权威。以方名证、以方类证说明方与证在文本里关系紧密，却不能单凭命名推出本书的定义。

尤其不能把「随证治之」解释成医生永远有权随意改口。

古籍的连续性要变成现代研究里的连续性，就得留下「哪些资料导致了哪一次修改」的记录。否则每次都说情况变了，却不给别人检查的机会，就分不清灵活与任意。

以方名证也有两种读法。一种说，先有可识别的证，再用合适的方给它命名；另一种说，方及其应答参与界定了后来所说的证。名字本身裁决不了。

真正的分歧要看：初始材料相近时换一张合规首方，后来证的分布是否出现不能只由症状改善差异解释的变化。本书会在后面给这个更强的问题一个单独的名字。

把这些限度写出来，古籍反而从一块随意借用的金字招牌，变成一个可以细细对读的论证伙伴。

◆ 三、证是身体的回答

本书在这里首次完整给出母题定义：

> **新概念「答证」：证不是开方前病人身上的状态（存药派、气化派的读法），也不是医患两人在一次问诊里共同生成的属性（Farquhar、Scheid 的读法），而是上一剂方投下后，身体答回来、被下一诊读出的那一段转折。初诊的证只是「问证」，是问诊这剂最小的方问出来的暂定答，第一剂方后才定**

这是本书提出并准备接受检验的概念，不是中医全部历史的共识。

它把批评对象收窄为两种模型：把证完整安放在药前状态里的，以及把证的生成完整安放在一次临床相遇里的。具体作者的工作可能比这两种模型丰富，后面还要还他们公道。

「回答」不是说身体有语言或意图。它指一次处置之后，出现了能被后续诊察辨认、并约束下一步的变化。

身体不保证按医生期待的格式回答。没改善、预想的现象始终没出现，都可能是要认真对待的材料。

「第一剂方后才定」也不是说证从此永久稳定。这里的定，是相对原先的问证，拿到一个可讨论、可再检验的阶段性确定，下一诊仍可能修订它。

若把「才定」理解成从此不许改，本书就在药后又造出一张冻结的照片。

接着给出本卷的新属性定义：

> **新属性定义：「证」是互动那一头显影、变化那一维侧重、落在理念界的属性——互动的两方不是医与患，而是上一剂方与病人之身，医者是读答的人；证的单位是两次就诊之间的转折，不是一次就诊的截面。证型是证的读数，不是证本身。所以初诊证的一致性偏低，按本书的读法可以预期（问证本是暂定的），但这本身不是证据，药后复诊的一致性必须明显跳升，并有可测的下限**

这里的理念界，就是想法那一界：医者把实际变化读成可以讨论、比较与修订的证。

落在这一界，不等于随心虚构。

这几句看着像术语，其实各对着一个能量的东西。「互动那一头」说的是：证不是单属于病人之身的性质，而是上一剂方与身体这一对的性质，所以只读身体的截面会不够——这正是第 20 章截面不充分要检验的。「变化那一维」说的是：证的单位是两诊之间的转折。「落在理念界」说的是：证是医者拿去决定下一步的判断对象，它准不准，最后由下一剂方之后的身体来验，而不由医者之间举手表决。三句话若在试验里一句也接不上，就该删掉。照片与分数提供材料，证是对这段材料怎样构成转折的判断。

属性也不是任意一次变化。你今天多说一句、某张照片光线变了，都不能自动成为新属性。

这里要求的是：变化在适当条件下形成可稳定辨认的转折。不同读者知道我们指的是同一段经过，能追踪它从哪里起、怎样变、怎样限制下一步。

稳定不是完全不变，是在变化中形成了足以共同辨认的关系。

「互动那一头显影」是说，这次主要要解释的是方与身体怎样在连续处置中彼此取得意义。

三头不是三个做好了再拼起来的东西，而是同一次发生里的不同侧重。方的地位由后续应答取得，病人的属性在这段经过里得到边界，医者的判断同样受结果校正。

医者被称为读答的人，是说他站在过程之外、用全知视角读一份原样存在的答案吗？不是。

他决定观察什么，记着前方，也可能受期待影响。所以读答既是专业工作，也是一种需要被检查的参与。

让不同医者独立重读，是为了约束这种参与，不是假装它能完全消失。

证与证型的区别也要讲朴素。证型是把判断压成一个公共名称，方便交流与统计；本书说的证，还包括这个名称怎样从前后经过里取得根据。

同一个名称可以盖住不同转折，所以不能只看名字换没换，就认定答证出现或没出现。

这个区别带来严格的责任。

如果证型只是读数，本书就不能在证型不合预期时，随时说真正的证藏在更深处、测不到。

必须预先说明读数怎样代表所研究的转折，在哪些条件下代表不充分，以及代表失败时怎样裁决。把概念放到读数之外，是为了防止混同，不是为了让它逃离证据。

定义最后关于一致性的那句，尤其要保留假说身份。初诊一致性低，本身证明不了证的本性。

只有在排除一部分资料、训练与分类差异之后，药后确实出现本书预期的额外收拢，才可能支持这一读法。

若没有出现，就不能再拿「本性如此」来保护命题。一个属性若要求稳定性发生，就必须拿出稳定性的实际证据。

假定有两份复诊记录，当下症状相近，舌脉记录也相近；一份来自前次处置后的持续改变，另一份来自短暂波动。

如果现有材料足以区分两者，医者可能给出不同的后续判断。这只说明历史可能参与判断，没有证明答证。更强的主张还得显示，这种历史差别稳定地影响证的界定，而不只是一个普通的风险提醒。

为什么普通风险提醒不够？因为任何医疗都可能记下既往处置。知道患者曾对某物不耐受，会影响以后的选择，却未必要因此重新定义诊断对象。

本书不能把「历史有用」直接写成「证由历史发生」。

真正要争的是：去掉那段历史以后，我们是否还在研究同一个完整单位；保留它，是否带来既有概念没有给出的额外预测。

这也是认识变化与对象变化必须分开的理由。后来知道更多，不等于对象此前不存在；对象在处置中真的变了，也不等于我们的分类一定对。

答证把二者放进同一段诊疗过程，却不能把二者混为一谈。

为了不让「身体回答」变成拟人化的神话，可以把它想成约束，而不是留言。

身体不负责让医生听懂，它只是用变化给原先的判断划出限度。某种期待没出现，医生就不能原样维持理由；某种意外出现，医生就要重新评估。

回答靠不靠得住，在于这些限制有没有被记录、被共享，不在于医生是否觉得自己与身体心意相通。

这里的稳定也不要求所有患者得到同一个证。要稳定的是辨认规则和转折关系：在相应条件下，别人能判断哪些经过属于同一种转折，哪些该分开。

若为了提高一致性而抹平有意义的不同，得到的整齐也满足不了属性发生的要求。

稳定也不等于只有一种尺度。有的转折发生得快，有的要较长观察；本书不能为了方便设计，宣布所有证都按同一只钟完成。

研究可以选一个观察窗，但要说明它为什么适合所选病种。不是日历翻到某一页，证就自动诞生。

◆ 四、问与答的分界在哪里

本书给答证设了一道主动收窄的边界：

> **收窄：问与方的分界在于身体答回来的东西能不能在脉、舌、病程上被下一诊读出、并改变下一方；只改病人报告的，算问，不算答**

这条边界是为了防止「一切互动都生成」吞掉所有差别。

一次被认真倾听之后，病人更安心、叙述更清楚，这可能已经很有价值；可是只有这些，满足不了答证定义。否则，答证就与一般的意义反应、临床沟通或重新叙述分不开。

一个新概念若什么都收，你还能从它那里多知道什么？

这不是贬低患者报告。疼痛、乏力、不适，很多只能由本人说出来，它们不是次等事实。这里设的只是一个狭义理论的入选条件，不是给医学证据排高低。

脉、舌、病程也不是免审的特权证据。舌象要考虑拍摄条件，脉象要说明观察程序，病程要考虑自然波动和同时进行的其他处置。

所谓身体回答，必须允许某个看似重要的差别最后被确认只是误差。

「并改变下一方」也要解释。临床上，下一步可以维持、调整、结束某项安排或转向进一步评估；这不是说每次复诊都该换药，换得越勤也不代表越好。

可是按这条收窄规则，单纯维持不能自动记为答证达标。用于判定的那段资料，仍须按预先登记的标准，显示它怎样实质改变了后续处置。

没有改变的记录可能很有临床价值，却不能被悄悄改记成满足强定义。研究更不能为了满足理论而刻意制造改变。

完全没有复诊的情形，本书的定义无处安放。

前面讨论过的急症、一次性单方处置与某些一次性外治，不能硬拉进方—答—方，应按各自合适的方法评价。

本书不因此说它们没有证，也不说它们无效。它承认：这里讲的是有复诊、允许安全连续观察、能记下药后转折的那部分中医。

病例是否适合一段观察窗，要医疗评估与伦理安排，不能由你依据本书自行判断。

还有一种中间情形：有复诊，却没有足够材料辨认前次处置的作用。比如患者在两诊之间做了多项改变，记录又不全。

这时可以说发生了变化，却不能轻易说哪一剂方问出了这个回答。诚实的做法是列为不可判定，不是凭经验把缺的部分补齐。

另一种中间情形，是变化清楚，不同医者却不能稳定读出。这可能说明观察标准要改进，也可能说明本书预想的证单位并不可靠。

改进标准之后若仍达不到事先规定的下限，就不能一直把问题推给医者水平不够。

答证若声称是公共可检验的属性，就不能只有一个人、在事后、凭不可传递的直觉才看得见。

身体没有按预想改变，也算回答吗？作为临床信息，当然要记；作为本书要求的属性，仍要看它能否形成可稳定辨认、足以约束后续的转折。

不能把任何「没有变化」都解释成更深的变化。否则无论实验怎样，理论都赢，收窄就失去了意义。

◆ 五、三种旧读法，三处在哪里分开

本书原定的不可还原主张如下：

> **不可还原：方证相应预测首方不影响复诊辨出的证；临床生成论预测复诊一致性只随相遇的信息量缓慢上升；意义反应论预测开哪一张方无关紧要。答证三处都相反**

这三句要连同公平的限定来读。

它们是本书为了比较而收窄的模型预测，不是已经逐句查到的胡希恕、黄煌、Farquhar、Scheid 或 Moerman 本人发表的统计预言。

方证相应的实际论述可以承认证随治疗变化；临床生成论可以讨论药后过程；意义反应论也不必否认药理差异。若删掉这些，三处相反就只是人为制造。

第一处真正值得比较的是：初诊相近、首方都属合规选择时，前一次用哪一方，是否对后来的证分布有额外影响。

药效不同当然可能让后续不同，这不是本书独有的发现。本书担的是更强的要求：不能只用症状改善多少来解释后来的分开。

若已有的方证理论能用明确机制与可检验预测说明同样的结果，本书就必须承认重叠。

第二处：复诊一致性的增加究竟从哪来？见得多了，语言更熟，资料更多，判断自然可能接近。这正是临床生成论值得保留的长处。

本书若只发现复诊比初诊一致，远远不够；必须比较等待同样时间、问诊条件相近的情形，检查药后应答是否提供了额外约束。

症状变化越大，观察者也会拿到越多清楚的材料。这是本书最容易被解释掉的地方。

所以后续试验提出把症状变化幅度纳入预先登记的分析。可是把它当协变量并不自动解决问题，因为它发生在分组和处置之后。

按改善程度挑选或配平人群，可能引入新的选择偏差。主分析与条件分析要分开，并做敏感性检查；不能用「控制过了」四个字宣布因果困难消失。

第三处：意义与期待能否解释观察到的转折？Moerman 讨论的意义反应提醒我们，医疗符号、解释和情境能参与人的反应。

本书若只把患者被理解后的改善改叫答证，就什么也没新增。要提出额外主张，必须说明在意义条件尽量可比时，具体处置与可复核的身体变化之间还有什么区别。

可是尽量可比，不等于意义能被完全关掉。

处置的外观、口感、引起的感觉，都可能让参与者猜到自己在哪一组；医者知道首方，也可能改变解释。试验要记录盲法是否可能被识破，不能只因写了「外观一致」就假定期待都相同。

三种旧读法不是要一次打败的三个人，是三套要认真排查的解释资源，它们都可能真实发生。答证只有说明这些解释还没容纳的额外关系，才值得作为新概念保留。

最有力的胜利，也可能是一项明确收窄的结果。

假如答证只适用于某些病种、某种复诊间隔、某类记录质量，就该按这个范围陈述。

反过来，若比较结果与既有解释分不开，就承认它是有用的记录语言，不是独立的理论。

所以，本章最后把母题压成「证不在方之前」。它否定的是把证这个判断对象一次性安放在方前的做法，不否认病人开方前已有身体状态，更不否认初诊判断的重要。

这个短句的力量，不在听起来多颠覆，而在它肯不肯把自己押在一个会输的实验上。

本书押了：截面读到最全之后，知道来路的医者若不再料得更准，这句话就退回第一层。

你怎么判断一个新概念有没有添东西？可以用删除检验。暂时删去「答证」这个名字，只留前方、身体变化、复诊判断与下一步决定，看已有理论能否完整提出同样的比较。

如果完全能，这个名字也许仍方便写病历，却不能凭名字鲜明证明本体上的新。如果不能，就要指出缺的是哪一步，不能泛泛地说前人看得不够整体。

反例也要按强弱排。最弱的是个别记录不全，只说明眼下无法判断；更强的是记录齐全却没有额外一致性；再强的是既有模型在同样条件下稳定解释了全部分歧，而答证没提供新预测。

不同反例要求不同的回应，不能一律退到「还要更多研究」。本书后面的致命条款，就是要给其中几种结果定下明确后果。

还得承认，「身体对方的应答」本身不是一个不用解释的终点。

如果只拿它替代「未知原因」，本书同样欠下一笔：新定义若只让未知得到一个更庄严的名字，却没让它更容易被追问，就没履行承诺。它要说明哪些变化互相连着，哪些只是同时发生，哪些足以修订判断。

母题的锋利，在把一段常被压缩的经过重新展开。展开以后，它可能被药理、学习、沟通、自然病程共同说明，也可能留下需要新结构的部分。

无论哪种，都要让结果决定概念的地位，不能先保护概念，再安排结果。

◆ 六、放回日子里

小钟在书页旁写了三行：古籍怎样说，本书怎样读，要什么结果才能支持。这三行没有合并。

他也没把唐阿姨下一次的任何变化预先填进去。身体如果没给出他想象的转折，他得照实记。

何先生合上书，说先前那次判断不算白做。没认真问过，后来不知道该留意什么；没认真记处置，后来也不知道在读什么。

可是问得认真，不保证答得如意；开得有把握，也取消不了回来看的责任。

唐阿姨说，她最怕的不是医生承认还有不清楚，而是每一次都像自己从没说过上一次。

小钟于是在「上一诊」和「这一诊」之间留出一段足够宽的空间。新名字如果有用，最终该让那段空间里的事更清楚，而不是让书上的词变多。

带走的话

一剂方是向身体提的一个问题，证是身体的回答；先有问才有答，证不在方之前。

小账

本章拆了什么：用古籍替现代命题证明、将所有治疗后变化都收为答证，以及把最近的对手缩成稻草人。

本章立了什么：答证以可稳定辨认的药后转折为单位，定义、边界与额外预测必须一起接受检验。

第 19 章

一次「证」的完整读法：初诊问出来，药后答出来，复诊读出来

◆ 一、你一定有过这样的时刻

你一定有过这样的时刻：第三次来到同一个地方，才发现自己已不是第一次来的样子。

房间没变，可你知道该从哪句话说起，也知道对方会记得什么。若桌上只有一张新表，一切从头填，就会有一种说不出的疲倦。

唐阿姨三次走进何先生的诊室，带来的东西不一样。

第一次，她带来一个说了许多遍的「胃胀」；第二次，她带来「哪里变了、哪里没变」；第三次，她带来一个更难的问题：身体好一些以后，自己接下来想怎样过日子。

小钟起初给她建了三个条目。每条都有日期、主诉和当次判断，看上去很齐全。

何先生却让他把三次记录横着放，问：「第二次为什么这么看，第三次又为什么这么问？」

小钟开始在条目之间画线，这才发现，原先的表格保存了三次到场，却没保存三次之间的理由。

本章把这三诊完整走一遍。以下全是思想实验，人物、处置与变化都为说明结构而设，不是临床病例，不构成疗效证据。

首方只称甲，另一个比较选项只称乙，不给真实方名、剂量和操作。故事假定相关医疗评估已确认可以连续观察；现实中是否适合，不由这个故事决定。

◆ 二、第一诊：问出来

唐阿姨的第一句话是「最近又胀」。这句话对她很真实，可你能从中知道研究的对象是什么吗?

何先生问她怎样认出「又」，她说，是那种忙完以后仍不愿收拾的烦闷。他接着问时间与经过，没有把生活上的不愿意直接等同于身体表现，也没有把两者完全分开。

她举了两个生活片段：午市忙完，收拾碗筷时觉得腹部不舒服；晚上关门以后，又把另一阵不适记成同一天的延续。过去她用「总是」把两段合在一起。

这些时序细节是虚构的，只帮你看叙述怎样被拆开。

小钟在这里要保留两个声音。患者说了什么，先照她的意思记下；医者怎样整理，再单独记。

否则，患者的「又」一旦被直接翻成某个证名，后来的人就不知道这个名称对应哪一段体验。保留原话，是让后续修订有一个能回头核对的起点。

问着问着，唐阿姨分出了几个时段。她原先把它们合成「总是如此」，现在发现并不完全一样。

这里先发生的，是一个可讨论的问题形状。

主体那一头显得突出：她怎样叙述，医者怎样追问，共同决定哪些差别被挑出来。变化那一维在于，散乱的不适成了有前后关系的材料；它落到理念界，也就是想法那一界，成为暂定的判断。

可是不能因此忘了另外两界：现实界有实际记下的身体表现与病程材料，自我界有她本人怎样承受与理解这些经历。三界是同一次就诊里不同层次的显现，不能用一层的进展抵消另外两层的困难。

何先生随后形成问证。它不是「什么都不知道」，而是一份有根据、也保留未决之处的暂定判断。

为了让后面能检查，小钟要记下：哪些材料支持眼下的判断，哪些材料还冲突，下一次希望辨认哪种变化。若只留一个确定的词，读的人就会以为所有不确定在开方前已经了结。

这里，问诊是一剂最小的方，意思仍受前章限定：提问改变注意与叙述的组织，不等同于药物的身体作用。

唐阿姨学会了怎样报告，可能影响复诊时给出的信息；所以下一诊说得更有条理，不能全算在首方头上。思想实验要把这种学习也记进去，免得理论抢了它的功劳。

接着，故事设定医者组认为甲是一个合规首方选项，并安排后续观察。

「合规」只是前提，表示不拿明显不适宜的处置来制造差异，不等于甲已证明有效。

这一步，医者的判断受问证、已知风险和医疗责任共同约束。方不是从标签后面被动掉出来的答案，也不是医者随意创作的文本。它是一次要接受后来结果校正的专业决定。

小钟尤其不能在第一诊就写「甲将形成某种答证」。你怎么能提前知道结局？

此刻能写的，是提出了怎样的处置问题，不能写身体一定怎样回答。若后来没有预期的变化，或有新的问题出现，记录里都要有位置。

问证的责任就在这里：它给下一诊开了一扇要真正打开的门。

第一诊结束时，唐阿姨带走的不该只是一个解释自己的标签。她还知道，下一次要一起回看药后经过，而不是重新从「胃胀」两个字开始。

◆ 三、第二诊：答出来，读出来

第二次见面，唐阿姨说，最让她烦的胀减轻了。小钟若只管填疗效栏，到这里已经有一项进展。

何先生却接着问：从什么时候开始减轻，原来几个时段是否一样，有没有新的不同。

不是为了把好转说复杂。你说「轻了」，可能对应不同的经过。

她又说，午市后那阵不适没那么明显了，晚上却仍有几次让她停下手里的活。

这比一句「轻了」多了一段时序，但仍只是患者报告，单独满足不了答证条件，也不能由故事归到甲身上。

思想实验在这里设定：按事先约定的记录条件，药后病程及脉、舌资料出现了其他医者有机会复核的变化，而且这些变化足以约束下一步判断。

这里不虚构具体脉象、舌色与某个真实方的对应。我们暂时把这组符合定义的资料叫作「转折记录」。

它首先是现实界里的过程材料，突出的是方与身体互动那一头、变化那一维。前一次处置已经发生，身体也经过了时间。

可是「处置在先、变化在后」，仍不足以证明变化由处置造成。自然病程、生活安排、其他医疗介入、记录误差，单个故事都排除不了。

医者把转折记录读成一个证，才进入理念界。

这个读法要说清：当前判断与第一诊哪些连续，哪些改变；是原来未决的地方现在清楚了，还是原先框架要重订。

若只在第二诊换一个证名写上，别人看不出是哪一种。名字的变化，替代不了理由的变化。

故事里，何先生决定修订下一步安排。

修订的依据，不是唐阿姨说了好听的感谢话，也不是小钟盼着理论得到支持，而是前方与转折记录放在一起以后，原先的判断受到了约束。

临床上并非每次都该换方，但本思想实验在此明确设定了有新材料为据的实质修订。若只维持原安排，应说明理由，却不能自动算作满足答证收窄规则。

唐阿姨本人的感受落在自我界。她可能因改善松一口气，也可能仍担心复发。

她的松缓不等于医者的证，医者的证也不能替她宣布该放心了。

一个靠得住的解释应当能承认：身体某处改善了，判断更新了，而这个人仍需要时间。

此刻还要避免把她的生活目标塞进药效证明。她说想重新安排面馆的忙碌，是意义层值得记的问题，不等于甲提升了她的生命意义。

两件事即使在同一次复诊出现，也不能自动建立因果。记录可以先完整保存，解释要慢一点。

本章说的答证，就在从现实转折到可共享判断的这段工作里担责任。

它不是药后身体变化的全部，也不是医生脑中的任意解释，而是上一剂方与身体之间的变化，被下一诊稳定读出、并约束后续决定的那一段。它的稳定要靠别人重读，不能拿何先生一个人的确信替代。

假如另一位医者看过同样材料却完全不同意，故事不能简单安排他「没经验」。他可能看到了重要的反例，也可能指出记录不足，或者用了不同的分类。

小钟要把分歧保存下来，说明它发生在哪一步。认真处理过分歧，才有资格讨论药后是否提高了公共辨认的可能。

还可能有另一种结果：不同医者同意当前状态，却对它从哪里来意见不同。

状态一致与转折解释一致，不是一回事。本书若声称研究的是转折，至少要检验前次处置怎样进入判断，不能只让医者给眼前材料贴相同的标签。

可以把第二诊概括为三件相接又不同的事：现实中有药后材料，理念中有对转折的辨认，自我中有本人对这段变化的感受与认领。

缺哪一件，都不能靠另外两件自动补上。

◆ 四、第三诊：路已经走过一段

第三次，何先生不能只重复第二次的问法。第二次已按前一段转折作了修订，这次要读的是修订以后又发生了什么。

上一回的结论，现在成了要接受检验的前提。每一诊都向后一诊交出责任，连续性就不只是多见几面。

唐阿姨说，自己不再把一天的所有不舒服混成一团。她也问，身体好些以后，是不是还得照原来的节奏开店。

这让小钟明白，熟悉病人的语言可能带来更丰富的资料，却不能据此宣布首方带来了全部变化。三诊之间既有处置，也有学习、期待与生活安排的改变。

她这次带来一张小纸，写着开门、忙碌和休息的时段，想说明以前为什么总说「一天都受影响」。

小钟记下这张纸的来由：它是她后来整理的版本，不冒充第一诊时就有的记录。说法越来越细，可能包含学习，不能一股脑记成治疗效果。

本思想实验允许第三诊看见一条已走过的路，但不预先宣告它永远不会与另一条路汇合。

有限的观察只显示此刻仍有差别，证明不了将来都不回弹。首方路径是否持续分开，是本书后面要试验承担的更强命题；本章只把前后结构铺开。

第三诊里，互动那一头仍然突出，变化那一维却已包含两段相接的经过。

身体材料在现实界，医者的分段与命名在理念界，唐阿姨对「我现在可以怎样安排」的理解在自我界。

三界不按一条固定进度齐头并进：身体读数可以先变，判断随后稳定，生活方向更晚才清楚，也可能是别的次序。

如果第三诊的材料推翻了第二诊的解释，好的记录要容得下推翻。

比如原以为某一变化已经稳定，后来却不再出现；或者新资料表明，先前归给处置的差别可能另有来源。这时修订是回路失败吗？不是，是回路仍允许错误进入后续。

真正的失败，是把所有新材料都解释成原先判断正确。

不过，也不能把无限修订当成理论永不失败的证明。临床决定可以随情况调整，答证的普遍主张仍要接受预定的检验。

若一组病例总也形成不了可共享的转折，不能只说每个人都在继续发生，所以标准永远不适用。过程开放与论证负责，两样都得留着。

「证的单位是两诊之间的转折」，到第三诊更清楚了。

它不是把两次就诊机械捆成一个号码，也不是把全部病史塞进同一个证。单位要由可辨认的处置、变化与后续判断的关系来划分。

一次复诊若没形成新的约束，可能只是补充观察；两次就诊之间若有多项不同处置，就要分得更细，不能全记在一个首方名下。

边界不必画得绝对刚硬，可实际研究要预先规定怎样分段，并报告模糊的边界。

若看完结果才知道哪里算一个单位，统计就可能顺着期待改变。你要记住的是：我们要的不是一条光滑的成功曲线，而是能说明每次为什么这样转弯的记录。

第三诊也让「停」成了一个可以认真讨论的专业问题。

一直有回路，不等于一直必须用药；记录后续，不等于把人永远绑在诊室。负责的过程应允许原先的安排结束，或转向其他支持。理论不能把诊次多本身当成价值高。

思想实验最要紧的一步，是给同一个问题安排另一种可能，而不是把主角写得越来越顺。

现在设想一份与唐阿姨初诊材料相近的记录，后续问诊同样详细，间隔相同，但没有用甲，只经历预定的等待或一项对照安排。这个平行情景不是现实研究，也不说明任何现实病人可以自行等待。

第二诊时，两边都有更多资料。两边的患者都可能更会描述，两边的医者都可能因熟悉而更一致。这些共同变化首先支持「信息增加」的解释。

若两边的转折辨认与后续判断完全一样，甲就没有给出独立增益，本书不能只因主角服过方，就把她的变化特别称为答证。

再设想另一种情况：两边问诊材料量接近，主观症状也改善到相近程度，但甲这一边出现了更可共享、能约束下一步的药后转折。

这样的结果若在合适的研究中重复出现，才值得追问处置是否带来了额外的结构。思想实验只能说明哪种差异值得找，不能证明它已经存在。

可是信息量相同本身就很难定义。两页病历不一定含同样多的关键资料，同一个症状分数背后也可能是不同项目在变。研究不能只配平字数、时长或总分，就宣布资料一样。

这里还有一个你容易踩的统计陷阱：症状改善发生在分组与处置之后。

若只挑改善相同的人来比，可能把原先随机分开的两组重新挑成不同的人群。某些没测到的因素若同时影响改善与辨证，这样挑就会造出新的偏差。

所以本书提出的症状变化协变量分析，必须与随机分组的主分析分开，不能说一配平就证明了处置的独立作用。

更严格的研究要事先写清想估计什么：是首方对全部复诊判断的总影响，还是在特定改善程度下是否仍有差异？

两个问题不一样。前者保留了随机分组的解释优势，后者需要额外的假设与敏感性分析。你不必掌握全部统计技术，但该知道，「控制了」不是能跳过这些差别的万能词。

现在再放进乙。假定甲、乙都是对初诊材料能认真辩护的合规选择，不是一个合理、一个明显错误。

若后来效果不同，许多已有理论都能解释路径分开，这显示不了本书独有的命题。

更难的问题是：改善相近时，两条复诊判断的路是否仍有可稳定辨认的不同，这种不同能否影响后续。

若甲、乙后来汇合，本书必须允许汇合。

若一直分开，还要分辨是持续的药理作用、原始差异、依从差异、意义情境，还是本书要研究的处置历史。不能把所有不汇合都收进同一个名字，再说名字解释了不汇合。后面的章节会给这个问题命名，并给出相应的撤回条件。

这组平行情景还能检验医者知情的作用。有的医者知道前方是甲还是乙，有的只看复诊材料。

知情者若更一致，可能是历史信息有用，也可能是共享标签让意见靠拢；不知情者若也能辨出差别，说明当前材料含有某种结构，却仍不能自动断定它来自首方。

两条证据要放在一起看，不能只挑对本书有利的一条。

任何结果都不能让我们跳过安全与专业责任。思想实验里的随机选项，只有在实际研究证明可以设置、并通过相应审查之后才有实施意义；新概念不能为了造出清楚的比较，让病人承担不合理的风险。

◆ 五、数据库究竟丢了哪一段

现在回看小钟的三个条目，你看出缺了什么吗？每一诊都保存得很完整，却互不相连，数据库仍可能丢了最要紧的关系。

它知道第一诊写了什么、第二诊写了什么，却不知道后一个判断修订了前一个判断的哪一部分。时间戳只标先后，替代不了理由的连接。

若只留初诊与最后结局，问题更严重。

中间的试探、否定、调整和未决之处都没了，读的人容易把最终结论倒灌进初诊，好像何先生一开始就知道。

这样整理出的「名医经验」比真实过程更果断，也更难教给后来人，因为它把学习在哪里发生删掉了。

完整记录不是把每句话塞进仓库。它要求至少分得开原始叙述、观察材料、暂定判断、前次处置、药后经过与后续修改，必要时能回到原始依据。

没有这些分层，精简就成了遗失；完全不精简，海量资料又可能淹没关键转折。

下表只是本思想实验的关系索引，不是实际患者数据，也不是供个人自诊的表格。

诊次	这一诊接住什么	这一诊形成什么	交给下一诊的责任
第一诊	初始叙述、当下观察与既往经过	有根据且保留未知的问证	保存处置理由与待观察的问题
第二诊	前方及药后可复核材料	对两诊之间转折的暂定辨认	说明为何维持或修订后续安排
第三诊	第二诊的决定及其后新材料	对连续道路的再次确认或推翻	保留仍未解决的差别与适当后续

表里每一格都可能是空的。空白不该由模型自行补成看似合理的故事。

前方不明，就记不明；药后材料缺失，就说明无法判断；医者没写修改理由，就不能事后替他生成一个，再当成原始证据。人工整理与原始记录必须分开身份。

同样，数据库不该只收回来的人。没复诊的患者也是过程的一部分，至少要如实记下是否失访、已知原因是什么。

只保存顺利走完三诊的人，连续过程就显得天然成功。失访可能藏着疗效差、就医难或其他选择，不能从记录的沉默里替任何一方领好消息。

小钟还得防着标签回头控制观察。系统若在第二诊先弹出第一诊的证名，医者可能更容易绕着原名解释变化；若完全隐藏，又可能丢掉要紧的历史。

日常系统不能把一个技术选择伪装成毫无影响的中性窗口。保存前方与保留独立判断，要一起设计。

所以，「只存初诊」不能只按字面理解。

一套系统可以存下很多复诊文本，却仍以单次标签为唯一分析单位，每次从零匹配；另一套系统记录简洁，却明确保存了前后修订的理由。要查的是前次处置与应答有没有进入后次判断，不是数据库里有没有叫「复诊」的文件夹。

本章把同一病例拆到三界、三头与诊次，是为了让遗漏能被定位。只剩现实读数，可能丢了判断怎样形成；只剩医者解释，可能丢了身体材料；只剩患者满意，可能丢了处置效果；三者都有却不留时间关系，仍可能丢了转折。

这样，三诊的资料也能被另一个人接手。假如接手的是你呢?

你不必凭空得到何先生的全部经验，却该知道哪些判断有原始材料、哪些只是事后回忆、哪些结论仍可争。

只有结论没有来路，你只能信或不信；有可追踪的来路，你就能逐段接受、反驳或补充。

对唐阿姨，连续性还有一层朴素的意思：她不必每次为了证明自己真不舒服，把全部经历重说一遍。

可是记住她，不等于替她固定一个身份。今天她可以说上回没说清，也可以撤回先前以为要紧的目标。

系统要保留版本变化，不删旧陈述，也不让旧陈述永远压住新表达。记忆与修改并存，才与本书要求的稳定相容。

所以，三诊不是一个完满故事的最低法定次数。两次就诊可能已经给出一段可检验的转折，更多诊次也可能始终没有可靠资料。

这里选三次，是为了让「一次判断怎样成为下一次的条件」清楚地显出来。真正做研究时，观察窗、次数与单位都要按问题确定。

◆ 六、放回日子里

小钟重做三诊记录时，最难的不是加栏位，而是忍住替过去补全的冲动。

他很容易照最后的判断写出一段连贯的故事，可越连贯，越可能把当时的不确定抹掉。于是他把能回溯的连接画实，不能回溯的地方留白，并写明原因。

何先生看到一处标着「原记录未说明」。他说，当时可能想过，只是没写。小钟回答，那现在就只能记到这里。

两人没有因此否认过去的工作，却开始承认：经验若想进入公共知识，就得让别人知道哪些部分确有依据，哪些只是后来记起的解释。

唐阿姨第三次离开时，也没被安排说一句替理论背书的话。她只希望下次不用从头讲，也希望当她的愿望变了，医生不会拿旧记录堵她。

一个完整的回路，既要记得前次，也要允许这次不同。

只有记忆没有修订，会把人锁进历史；只有修订没有记忆，又会让每次相遇彼此失联。

所以，三诊的意义不在故事终于走向成功，而在每次判断都能被前后材料检查。初诊问出来，药后答出来，复诊读出来；这是本书要验证的结构，要由真实的、设计得当的研究来回答。

带走的话

证不是一张照片，是两次就诊之间的转折；只存初诊，等于存了问题、丢了回答。

> 小账
>
> 本章拆了什么：用三次标签冒充一条连续过程，用虚构好转替理论证成，以及由有限分叉断言永不回弹。
>
> 本章立了什么：每次处置、应答、重读与修订有可追踪的位置，平行比较必须允许本书的解释失败。

第 20 章

知犯何逆：上一手的方怎样成为下一诊的证

◆ 一、你一定有过这样的时刻

你一定有过这样的时刻：一件东西出了毛病，请人来看，对方没先问它现在怎样，而是问：刚才谁动过它，动了哪里？

你觉得他绕远了，问题明明就在眼前。可是你把前一次的处置说出来，他再看眼前的异常，神情就不一样了。

同一处变化，接在不同的前事后面，可能要不同的解释。

一位病人走进诊室，从文件袋里拿出在别处开的方，纸角折得发白。

何先生把纸摊平，没先评好坏。他先问这些处置在什么时候，又问病人从哪一天开始觉得不一样。病人这才把前几天的起伏补上。

小钟站在一旁。电脑里已有今天的主诉，也有上一次的证名，却没有那张方与这几天变化之间的对应。

屏幕上的两条记录都像是真的，合在一起，却少了一件东西。

何先生再看舌、再接着问。小钟忍不住说：「先看别人的方，会不会把自己带偏？」

何先生把那张纸往旁边移了移：「会。所以要知道自己从它那里知道了什么，又猜了什么。」

这段故事是虚构的。它把本章的问题摆出来：上一张方究竟是帮医者理解身体的资料，还是让医者互相暗示的答案？两种可能都要放在桌上。

◆ 二、先看上一张方

上一手的处置进入这一诊，不等于上一位医者的结论有权决定这一诊。前者是保留经过，后者是把判断交给别人。

答证要前者，也必须防后者。

本书反复读的一句古文是：「观其脉证，知犯何逆，随证治之。」这里不标条文号；所据版本与条文定位保留〔待核〕。

一句话里，眼前的脉证、此前的处置、随后怎样应对，被摆在同一段判断中。本书从中读出一个发生学读法：今天看得见的状态，要放回它怎样走到今天的经过里去理解。

这是本书的解释，不能凭这一句就宣布现代的答证理论已被古人完整提出。

「知犯何逆」最容易被读成找责任人：谁治错了，错在哪里。

如果只剩追责，前事就难进病历：病人怕说错，医者怕被指责，最该说明的过程反被赞许与责备遮住。

此前做过什么、何时做、随后出现什么，应能分别如实记录；有没有错，是要另外论证的判断。

同样，上一手没错，也可能改变下一诊的所见。

身体不会因为一个处置合规，就当它没发生过。能否把它的种种应答读出来，才是本章关心的能力；不能把所有变化都叫误治，更不能拿每一点变化倒推此前一定有错。

何先生先看方，是把一个问题补齐：眼前这些变化，是在什么作用之后出现的？

接下来他仍要分辨：变化与作用只是前后相接，还是确有理由认为有关。病情本身会起伏，不能只凭先后，就把前一件事叫作原因。

所以，上一张方的价值不在替今天提供现成的证名，而在让今天的问题更具体。

知道首方以后，医者若只会把所有不合预期的变化解释成「药正在起作用」，那不是读答，是替先前判断找保护。

他若能说出预期在哪里落空，哪一条新信息改变了判断，哪些现象暂时不能归因，前事才真成为可修正的知识。

这里也要还方证相应一个公道。熟悉方与证的对应，可能恰恰帮医者理解药后的变化。本书前面提出的「锁先于钥匙」，批评的是把对应固定在初诊截面的收窄模型，不是断言所有经方实践都只有第一眼。

一个方证模型若已清楚规定首方怎样改变后续证候，就要让它带着自己的真实预测进入比较，不能删掉它的长处，再宣布答证获胜。

医者的本领不只是一张方开得好，还包括能让下一诊推翻自己上一诊的某些想法。

这样的推翻不丢脸，它是连续诊疗能够积累的条件。

◆ 三、改善一样，证却分开

本书要提的，不只是「不同的药可能有不同的结果」。这句话太宽，几乎任何药理研究都装得下。

这里的问题更窄：同样的初诊分类，用两张都被认定合规的首方，症状改善相近时，复诊所辨的证是否仍朝不同方向分开？

本书把待检验的现象命名如下：

> **新现象：「方序效应」——同一个初诊证，换一张同样合规的首方，即使两组症状改善到同一程度，复诊辨出的证型分布仍然分开，而且第二诊之后回不到同一条路上；方证相应只预测「药效不同、证就不同」，不预测改善相同时证仍分开**

这段定义保留了本书要担的强判断。

「同一个初诊证」指进入同一个预先确定的初诊分类，不是说两个人在所有身体条件上都一样；「改善一样」也要预先说明在哪些症状、哪个时间窗、用什么尺度上相近。

一个总分相同，可能是不同项目的变化凑出来的，还不足以说身体已经走到同一个地方。

设想小钟把两组复诊材料放在桌上，两组的总体症状改善看起来接近，医者却反复给出不同的证型组合。小钟很兴奋，觉得首方已经留下了痕迹。

何先生先问：医者知道分组吗？两组的舌象拍摄条件一样吗？首方的颜色会不会留下好猜的线索？病人的转述方式、其他用药、实际依从，是否也随分组不同？

这些问题不是替反对者挑毛病。「痕迹」到底长在哪里？

医者若从味道或药色猜到首方，再按心里熟悉的对应给证型，分布差异可能主要长在读答者的期待里。

两组收集的信息若详略不同，差异也可能长在记录方法里。若换个医者分开就消失，说明还没形成稳定的公共判断。

定义末句对方证相应的概括，也要读成比较模型的限定，不是替胡希恕、黄煌或全部方证实践发言。

本书要检验的是：只凭初诊方证匹配加上总体症状改善，能否已经解释复诊的分布。

一个对手模型若承认不同成分引发不同反应、即使总症状分数相近也会分开，那么一次分布差异排除不了它。答证若要多走一步，就必须把自己多出的预测与这个更强的模型并排写清。

「方序」这个名字还背着一个技术难题。

甲先用与乙先用的分组比较，检验的是首方不同是否带来后续差异；它不自动等于甲后乙与乙后甲的完整次序比较。

后者还要考虑第二步怎样分配、前一步的残留、病程中的时点，以及实际执行的变化。首方实验能给线索，却不能凭名字把还没安排的次序实验算作已经完成。

同理，「第二诊之后回不到同一条路上」，是原定义里需要额外证据的部分。

两组第七天不同，只说明第七天不同；一年后仍不同，只说明在这一年、这些指标、这些照护条件下，没有达到预先约定的汇合标准。

有限观察测不出「永远不回弹」。本书要把能观察的部分写进具体的时间窗，不能把没看到汇合说成汇合永不可能。

还有一个容易被故事遮住的事实：你在同一时刻，不能既从甲开始又从乙开始。

你看得见自己走过的路，看不见没走的那一条。若后来改走乙，那个「后来」已经带着甲的经历，不能冒充没用甲时的乙。

这正是次序问题不能靠名医回忆几个病例解决的原因。

随机分配，是让不同人之间的比较尽量回答没走的那条路会怎样；它并没有造出两份一模一样的身体。

差异若只在很窄的情形里出现，主张就先放在这块地方，不能借中医这个大名字扩到每一种病。

还要避免把「改变下一方」当成自动的成功标准。

两组医者开出不同的后续处置，能证明判断不同，却不能单凭不同证明哪一种更合适。医生可能因知道分组而更愿意调整，也可能因习惯而坚持原方。

下一步要不要变、变的理由成不成立，要和证型分布分开记。否则一面用换方来定义答证，一面用已经换方来证明答证有效，就绕回了自己的定义。

身体若确有应答而医者还没读出，不宜急着说身体没回答；但本书的定义明确要求应答能在下一诊被读出并影响判断，所以在规定条件下持续读不出，就是对这一操作定义的不利结果。

它可以促使人改进测法，却不能每次结果不合就悄悄换一个测法，再把新版本说成旧版本从没失手。

这些限定没有把命题化成常识。它们把真正有分量的部分留了下来：

治疗之后的证，是否含有初诊类别和改善总量说明不了的历史信息；这类信息能否被别的医者稳定读出；读出来以后，是否真改变下一步判断。

如果答案是否定的，答证就不能只凭一个生动的比喻占住新的位置。

◆ 四、知道首方读得更准吗

知道首方，可能帮助理解，也可能制造一致的偏见。要分清两者，就不能让同一张说明书既当提示又当标准答案。

设想复诊材料由多位医者判断，一部分知道首方，另一部分不知道。具体临床研究仍要伦理审查和安全保障。

知首方者若更一致，能说明处置信息对组织判断有作用，却还不能说明他们更准确。

几个人都受同一线索引导，你能说他们不会一致地错吗？

准确又是什么？

如果「准确的证」被定义为多数医者选的证，那么多数意见越集中，准确率就自动越好看；这个结果不可能再独立证明多数意见正确。

如果标准答案由何先生定，而其他医者恰好都熟悉他的用方习惯，所谓准确也可能只是更像何先生。

没有独立、可辩护的参照，就该老实说：研究测到了可靠性或一致性，还没测到准确性。

本书原定的撤回条款是：

> **其三，复诊医者知不知道首方，一致性与准确性都没有差别，「知犯何逆」这一读法降格为单纯的症状观察**

条款保留原样，但要成为可执行的判断，就得在研究开始前交代准确性怎样判。

若还没有独立标准，这部分就是设计里的待解决项，不能事后拿一致性顶上，也不能宣称它一定存在、只等将来的技术。

还要问：知道首方，究竟提供了什么？它可能让医者认出某些应答的来路，也可能只让医者多拿到一页资料。

比较的两组，不能一组有完整病程、一组只看今天，也不能一组谈得充分、一组匆匆结束；否则所谓首方作用，会和一般的信息量混在一起。

症状改善是另一个难处。前面说过，它发生在分组以后，事后配平不会自动让两组恢复可比。所以，总体分组比较、特定改善水平下的条件比较、对不同解释的敏感性分析，要各有明确的位置。

比较还要把医者实际拿到的材料保留下来。

研究报告若只说一组知道首方、一组不知道，却不说明前一组是否也知道处方者、治疗理由或预期结果，就很难判断增量来自哪一项信息。

首方的名称、具体的处置经过与原医者的解释，不是同一件资料。分开它们，才能进一步问：究竟是身体的来路帮了判断，还是另一位医者的结论牵着判断走？

临床生成的理解完全可以说：知道治疗经过，让临床相遇拿到更丰富的材料，证因此更稳定。只要这一解释能盖住结果，本书就无权说它已经败下阵来。

答证提的是一个更集中的研究单位——方投下去以后，身体到下一诊之间的转折；它能否带来额外的预测，要由比较决定。

还有一种结果应当预先允许：知道首方让医者解释得更丰富，却没提高后续可核对的表现。丰富的解释可能有教学价值，仍不足以证明本书说的判断增量。

反过来，知道首方若降低了一致性，也不能事后说分歧正显出每个人读得深，把不利结果改叫胜利。研究开始前承诺以什么现象判断，就先按那个承诺交账。

材料有限时，最诚实的结论可能是：暂未分清两种解释。

它不同于「证明无作用」，也不同于「作用太深所以没测到」，更不是让强命题无限延期。

何先生知道首方，最可贵的结果不一定是说得更肯定，而可能是说得更具体。他能指出哪一段变化需要解释，哪一种归因还不确定，下一诊该核对什么。

小钟要保存的，也不只是医生最后选了哪个名字，而是哪些资料让判断改变，哪些没有。

这样，读答能力才可能从个人声望里分离出来，成为别人可以学、可以质疑的能力。

◆ 五、甲后乙与乙后甲：方序不对易

方序效应还有一个弱点，本书自己先说出来。

甲、乙是两张不同的方，药效本来就不同；两组复诊分开，对手总可以说：不过是甲和乙各管了身体的不同一块。本书再怎样配平症状，也只是在跟药效之差讨价还价。

要让这个说法失效，办法是让两组吃同样的两张方，只换先后。

设想第 38 章试验的第二步：第一诊后，一组先服甲，第七天复诊后改服乙；另一组先服乙，第七天复诊后改服甲。到第十四天，两组都服过甲、也服过乙，剂量相同，间隔相同。第三诊由不知道次序的医者独立辨证。两组之间，药效之差互相抵消，剩下的只有先后。

若第三诊两组的证型分布仍然分开，本书把它叫作：

> **方序不对易：同一初诊证，同两张合规的方，只换先后，第三诊辨出的证型分布仍然分开。**

「不对易」借自数学：两步操作交换次序，结果不同，就说它们不对易。先穿袜子后穿鞋，与先穿鞋后穿袜子，是不对易的；先往杯里倒糖再倒奶，与先倒奶再倒糖，是对易的。

这一刀能砍掉两样东西。一是「甲乙药效不同」这条退路，因为两组吃的是同两张方。二是一种很窄的立场：证在第一诊就定死了，以后只是越看越清。那种立场预言两组汇合。

可本书要在这里认一个错。起初本书以为，这一刀就能判母题的生死：汇合，证在方之前；分开，证在方之后。这样写不对。

药本来就会改变身体。先甲后乙，乙落在被甲改过的身体上；先乙后甲，甲落在被乙改过的身体上。两组第十四天的身体本来就可能不同，于是证型分开。这件事，「证是当下状态的读数」那一派完全料得到，诊断性治疗也从来没说过药不改变身体。

所以方序不对易只能判死一个没人认真持有的立场。它留下来，是方序效应的加强版，不是母题的判官。真正的对手需要另一把刀。

◆ 六、截面读全以后：截面不充分

先把对手写成它最强的样子。

证在方之前，在每一诊都指同一件事：开下一剂方的那一刻，医生能读到一张截面——舌、脉、症，加上需要的化验。证就是这张截面的读数。药会改变身体，所以截面会变，证也跟着变；可只要截面读全了，前面吃过什么就不再多告诉你什么。统计学家把这种性质叫「马尔可夫充分」：当下够了，过去不用再看。

证不在方之前，就是说这张截面不够。哪怕读得再全，证还得连着上一剂方和它之后那一段，才读得出来。

这两种说法，对同一个实验给出相反的预言。

第三诊时，先把当下能读的都读全：舌照、脉图、症状量表、去掉治疗史的问诊记录，以及事先选定的化验。把这份截面交给两组医者。一组只看截面。另一组另外知道前两剂方的先后，以及每一剂之后的经过。两组各自辨证。

然后不看谁跟谁一致，看谁料得准：按事先写好的规则给出第四剂方，到第二十一天，记下预定的结局。哪一组辨出的证，更能料中这个结局？

截面派预言：两组一样准。证就是这张截面的读数，截面已经读全，治疗史不再多说什么。

本书预言：知道来路的一组料得更准。

这里要把话说准，不然这一刀会钝。最强的对手不是截面派，是隐状态派：证是身体里一个只能部分读到的状态，药后那几天的应答，恰好是关于它的线索，而这份线索本来就不在第三诊的截面里。按隐状态派，知道来路的一组也会料得更准。

所以这一刀只朝一个方向砍得动。知史组不更准，母题死；知史组更准，截面派死，可隐状态派还活着，母题并没有因此证成。

还有一个更狠的追问。对手可以说：知史组料得准，只是因为你的截面没读全，治疗史替补上了没读到的东西。这话有道理，所以本书给它留一架梯子：截面每多读一档，比如加一项化验、加一段更细的脉图，就再比一次。若知史组的优势随着截面加厚一档一档缩下去，最后落进事先登记的等效界，截面派就赢了，证就是一个读得还不够全的状态。若截面加到预定的最后一档，优势仍在，本书才算站住。

本书把后一种情形叫作：

> **截面不充分：开方那一刻的截面读到预定的最全，知道上一剂方与其后经过的医者，辨出的证对下一剂方之后结局的预测，仍比只见截面者高出预登记的增量。**

那么隐状态派与本书，还差在哪里？差在一个定义上，也差在一个还没做成的实验上。

定义上：若截面一档一档加厚，知史的优势始终消不掉，那么对医生这件实际的事来说，证就只能定义在「上一剂方—应答」这一段经过上，而不能定义在任何读得到的截面上。隐状态派可以坚持说「那个状态其实在，只是读不到」；本书承认这句话在眼下无法检验，也不靠它取胜。本书的母题收在这里：证不在任何可读的截面之前。

实验上：要真正分开两家，得造一个隐状态派必定违反、只有「证由经过构成」才满足的量。心理学的次序等式就是这一类量（见下文）；中医版的还没有推出，本书把它列为附录七的第一项空缺，不假装已经有了。

这一刀有三处好处。第一，它直接对着截面派，也老实交代了它砍不到隐状态派。第二，它用后来的结局当参照，「一致不等于准确」这道老难题在这里有了落脚的地方：准不准，由下一剂方之后的身体说了算，不由医者举手表决。第三，它把「知犯何逆」从一句古话，变成了一个可以量的增量。

它也有自己的难处。知史组可能因为知道先后，就带着期待去辨证，于是料得准不全是读出来的，也有一部分是猜出来的。所以知史组只能知道经过，不能知道研究假设；结局由不知分组的人评定。第四剂方要按预定规则给，不

能由知史组自己挑，否则「料得准」就混进了「开得好」。等效界多宽、梯子分几档，都要在看数据之前写死。

这一刀也不全是本书的发明。心理学家问人两道题，先问甲后问乙，与先问乙后问甲，答案的比例会变。Zheng Wang 与布斯迈耶（Jerome Busemeyer）等人二〇一四年在《美国国家科学院院刊》上，拿二〇〇一至二〇一一年间七十份全国民调检验这种次序效应，并用一条事先推出的等式去对：次序一换，从「两题都答是」改成「两题都答否」的人，要由反方向改答的人抵平。他们在所查的每一份民调里都看到了这条等式（Wang 等，2014）。

那条等式的用处，正在于它能把「提问只是改变了人的状态」与「回答由提问的次序参与构成」分开。本书没有为中医推出这样一条等式，只借了它的问法：光看到次序有效应不够，要找一个只有一种解释会满足的量。截面读全之后的预测增量，就是本书找到的那个量。中医版的等式能不能推出来，留作后面的工作。

◆ 七、放回日子里

那位病人走后，小钟没把旧方扫描件简单塞进附件栏。他在草稿上分开写了三件事：此前有什么处置，随后有什么变化，这一诊怎样解释这些变化。

接着他又加了一句：本次解释还有哪些不确定。这句话让记录显得不那么圆满，却让下一次有了能对照的地方。

何先生看了看，问：「别人接诊，看得出我为什么这样想吗？」

小钟读了一遍，发现自己写了不少结果，还是省掉了转折。他把那句「较前好转」展开，补回病人所述变化的先后，又把医者的推断与病人的叙述分开。

这份草稿不是给你的诊疗表，它只让我们看见：一句省事的话，能抹掉多少经过。

后来唐阿姨来取回自己的旧资料。她问为什么还要留上一次的纸，小钟说：「不是怕忘记名字，是怕下一次不知道从哪儿走来的。」

唐阿姨把几张纸放回文件袋，没有因此学会给自己辨证。她只是明白，今天的感受该有人听，昨天的处置也该有人接得住。

身体的过去不等于命运。留下首方与应答，是为了以后判断得更好，不是把一个人锁进上一位医者的说法。

病历不能每次重新开头，旧病历也不能替每个新变化作主。

连续性要带着改写的可能，这才是「上一手进入下一诊」的实际分量。

带走的话

先后一换就分开，还不算数；把截面读全，知道来路的人仍料得更准，证才在方之后。

> 小账
>
> 本章拆了什么：把上一张方只当附件，把知道上一张方直接当成判断更准确，拿药效之差冒充次序之差，以及本书自己起初把先后对调当成母题判官的那一步。
>
> 本章立了什么：方序不对易作方序效应的加强版；截面不充分作母题的判官——截面读全以后，治疗史还剩不剩一份预测力。

第 21 章

三界里的中医：创造、自由、幸福，与显露的方向

◆ 一、你一定有过这样的时刻

你一定有过这样的时刻：事情已经朝好的方向走了，你却还不敢说生活恢复了。表格上的一栏变了，别人也说你该放心，可你最想做的那件事，仍搁在原处。你说不清这种迟疑，只好说，再等等看。

唐阿姨重新打开面馆早市的门。天还没大亮，门锁转动的声音，在空街上听得很清楚。

她先没进后厨，把门边的一张桌子挪开，让人进出方便些。这是停早市之前就想做的事，一直觉得不急，后来连想一想也嫌烦。

小钟路过，问她是不是完全好了。唐阿姨笑了一下，没马上答。

她说，今天想试着做一会儿，忙不过来就少接几单。往常她最怕被人看见做不满一个早市，今天倒先把这个可能说了出来。

第一锅水热起来的时候，她想起一种以前试过、后来放弃的摆台法，在旧纸背面画了两笔。她没把纸给谁看，也没宣布从此重新开始。街上来人，她收起纸，照常招呼。

何先生不在场，小钟也没把这个早晨录成疗效证明。唐阿姨是本书的虚构人物，这个小场景只帮你分清几件常被合成一件的事：身体的变化，医生对变化的命名，一个人重新愿意怎样生活。

◆ 二、三界各是什么

同一次诊疗，至少有三种事同时发生，却不能用同一种话替代。

身体怎样应答，属于实在那一界。应答怎样被理解、命名、组织，属于想法那一界。一个人怎样承受这一切、把怎样的生活认作自己的，属于自己那一界。本书叫它们现实界、理念界和自我界。

说「三界」，是把人劈成三块吗？不是。

一次处置可能改变唐阿姨的身体经验；这段经验进入解释，又改变她对明天的预期；预期再影响她怎样参加后面的诊疗。三界在同一段生活里互相进入，可互相进入不等于彼此可以抵账。

在现实界，要问的是有哪些变化、何时发生、在什么条件下能重复观察。舌象照片、脉象记录、病程、症状报告，各有各的测量条件。

不必因为本书重视意义，就把这些资料贬成冰冷的东西。它们能保护人，不被一位医者的确信淹没。

在理念界，变化被编成可以交流的解释。证名放在这里，不是说医生爱写什么写什么，而是说「这一段应答该怎样理解」，要靠规则、概念、比较和判断。

解释要受身体给的材料限制，也要能让别人核对。一个说法再好听，若分不出什么材料支持它、什么材料不支持它，就还没担起解释的责任。

在自我界，问题变成「这样的生活对我意味着什么」。唐阿姨重新开门，可能是经济压力逼她撑着，也可能是她想找回熟悉的节奏。外人看见的是同一扇门打开，里面的意思却不一样。

医生不能看见开门就替她宣布幸福，也不能看见她暂时关门就认定她没了希望。

三界一分，就多了一层谨慎。

处置之后症状减轻，不足以证明整套古典理论；一种解释让人安心，不足以证明身体已经改善；病人终于想做一件事，也不等于病已治好。

每一界都可以向另一界提问，但不能抢签另一界的结论。

本书说上一剂方与病人之身是答证的互动两方，身体的应答是互动带来的材料，医者是读答的人，正是在划清这些位置。医者并没因此变轻。他把现实里的经过读成理念里的证，还要听这个证对病人的生活意味着什么。读答是一份责任，不是替三界同时说话的特权。

三界也不是先后登台：先让身体好，再让头脑明白，最后才轮到生活有意义。病人可能一边难受，一边重新理解处境，一边选怎样过下去。

所以三界不是一架梯子，不拿「完全没症状」当作创造、自由和幸福的入场券。

◆ 三、病人身上的三样

本书说的创造，先是一个人重新能让自己的生活冒出以前没有的可能。它不要求病人写诗、创业。唐阿姨重新摆一张桌子，想出一种不把自己逼到筋疲力尽的开门法，就是创造很小的样子。要紧的不是旁人觉得新奇，是她在局限里长出了从前没有的做法。

这不能拿营业额来量。生意更忙，可能多了选择，也可能把她压回停不下来的节奏。

意义层若只让活跃、进取、有效率的人进门，病得重、走得慢的人就被挡在外面。创造要容得下很小的改变，也要容得下暂时不变。

自由，是人能对生活的路作有条件的选择。它不是想做什么都做得到，也不是拒绝一切专业判断。唐阿姨今天选择少做一点，可能比从前硬撑到收摊更自由；她选择找人帮忙，也可能比事事自己扛更自由。

自由也不是选项越多越好。把十种没讲清利弊的选择推给一个疲惫的人，未必让他更自由。让人可以问、不必羞于说没听懂，选择才用得上。

幸福在这里，指一个人对自己的生活仍有的安顿、亲近和继续下去的意愿。唐阿姨听见熟客推门，觉得又碰到了日常，可能是一种幸福；她决定早点歇，没觉得自己失败，也可能是一种幸福。它不是医生说几句好话之后，从病人嘴里讨来的好评。

这三样不该排成高低。

创造没有自由，容易变成被逼着产出；自由没有创造，只剩名义上能选，却没新路可走；幸福若容不下创造与自由，就把人安在一个不能发问的舒服位置。

本系列用三句话提醒这种失衡：没有自由的创造是苦役，没有创造的自由是空转，没有创造与自由的幸福是麻醉。

「苦役」放在唐阿姨身上，可以是人人夸她能干，却没人允许她少干一点。她每天都想出新办法，可所有办法都只为撑住一个不能拒绝的要求。若只看能不能开门，这会被记成成功。

「空转」是另一种安排：大家都说她可以自己决定，实际能用的支持却一点没变。

她在继续撑和彻底停之间来回，关于选择的话说了很多，生活却没长出第三条路。这不能拿来责备她缺创造力。意义层不能反过来变成要病人自救的道德考核。

「麻醉」是比喻，不指临床麻醉药，也不批评合理的镇痛或安宁照护。

它说的是一种被封住的舒服：只要今天感觉好，就不许再问能不能选、还有没有想做的事。在重病和生命末期，减轻痛苦本身分量十足；这里批评的，是拿舒服取消其他可能。

所以，三样不必时时等量，也不能缩成一张合格表。

有时先减轻痛苦，有时先找回选择，有时先帮人长出一个很小的生活办法，先后要看处境商量。三角的用处，是防一角无限膨胀，把另两角压到没处说话。

◆ 四、显露往哪个方向

本书说显露从回路往外长，是说一段诊疗不只产出一个被命名的结果，还该让病人带着改变走回自己的生活。

它不等于每次复诊都要有人生转折，更不等于诊室要包办一个人的全部幸福。

方向想反了，会出一种常见的倒置：先设定理想病人该什么样，再用诊疗把人推成那个样子。理想病人按时回来、说话简洁、接受安排、向医者道谢，于是「回路顺畅」就成了病人合乎这些期待。这样的回路转得很顺，却把病人真实的生活挤在门外。

答证若变成训练病人交标准答案，就背离了读答的本意。

从回路往外长，第一条是：回答能改变提问的人。唐阿姨说她最怕的不是一时胃胀，而是不再想开店，医者要听见这个「为了什么」。这不是把开店的意愿当成某个证名的诊断依据，是在照护目标里给她的生活留个位置，让后面的改善不只围着一个孤立的数字转。

这里要跟意义反应研究认真分开。

Moerman 与 Jonas 在二〇〇二年提出意义反应，讨论人对疾病与治疗中的意义有怎样的生理、心理回应。他们帮医学看见，解释、期待和治疗情境本身可以进入结果（Moerman、Jonas，2002）。这一路研究并没说药理作用不存在，也没规定所有方都能互换。

本书的意义账问的是另一件事：治疗之后，一个人愿意为什么而活，能不能重新长出创造、选择和安顿。

「因为相信治疗而觉得好些」，和「症状变了之后重新决定怎样过日子」，有联系，方向却不同。两样都叫意义，就容易拿前一类研究的结果，替后一类命题背书。

医者的善意，能不能直接充当意义层？不能。

何先生认真听唐阿姨说话，这份认真也许值得信任，可她最后在生活里得到什么，仍要她自己参与说明。善意是做事的人的用心，意义是这段互动在病人生活方向上的发生。医生的「意」原义是揣度、用心，不能凭同一个汉字就把两样并成一样。

善意没达到预想的结果，病人不该为了护住医生的善意而报告幸福。

观察意义，也不能只在疗效好的时候问。

若只请好转的人谈生活，得到的自然是一幅明亮的图。没改善的、失访的、改了选择的人，恰恰可能说出回路在哪里没接住生活。量表和观察时间要事先定好，不能在结果出来以后挑最有利的那一项。

本书后面把意义账的独立预测写成待检验命题，不等于现在已有证据。

症状改善、经济条件、家里的支持、原来的情绪，都可能同时影响意义报告和后来的生活。看到两者相连只是开头，还得先排除更简单的说法。

意义不该成为数据解释不了时，临时塞进去的万能原因。

还有一条伦理的界线：意义好不好，不决定病人值不值得被照护。一个人暂时说不出想做什么，甚至觉得生活一片空白，也不少一分被尊重的资格。身体慢一些、愿望小一些、话说不清楚的人，回路同样要接住。

◆ 五、谁来说明好生活

意义回到病人那一头，不是问一句满意不满意就算还了。

一个人可能习惯说好话，可能怕让医者失望，也可能不知道自己的犹豫可以被认真听。让人开口，和让人有条件说出不同意见，中间还隔着一段路。

何先生若只问「能开店了，总该高兴吧」，问题里已经装好了该给的回答。他若允许唐阿姨说既想开又怕累，故事才不必被压成感谢或抱怨两种格式。意义的问题，要容得下还没成形的愿望、互相打架的期待，和不合医者心意的回答。

病人对好生活的理解，也会变。初来时只想不再胃胀，后来想恢复早市，再后来发现自己真正要的，是能干活也能歇着。研究若只拿最初的目标去量后来，就看不见这段变化；若随时改标准，又能把任何结果写成成功。

所以，最初的目标要留着，目标改变的时间和理由也要记下。不是每次改愿望都叫摇摆，也不是每次坚持都叫自主。有时人坚持旧目标，只是不敢承认现在已经不同；有时改目标，恰恰是在现实里长出了更担得起的选择。外人不宜替他下结论。

身边的共同生活，也在其中。唐阿姨重新安排早市，会影响身边人的活计和期待。谁承担哪些变化，谁能提异议，哪些支持真的有，都进入「为了什么」的成形。自我界不是孤岛，是一个人在共同生活里认出并担起自己位置的那一面。

意义账也不该只记积极的词。失落、矛盾、暂时没有答案，都可能是要紧的资料。表格若只留创造增加、自由增加、幸福增加的入口，复杂的经历就放不进去。

记录的任务，是让变化能露出来，不是预先宣布变化一定向上。

◆ 六、放回日子里

早市没有唐阿姨期待的那样从容。快到中午，她发现自己又不知不觉加快了动作，好像慢一点就会让所有人失望。她看了一眼早上画过的纸，把一个摆法改了改，又决定第二天不照今天的安排全做一遍。

小钟若只记「已恢复营业」，这一天就被压成一个好消息。若只记「仍有顾虑」，又被压成一个还没成功的结果。

两种记录漏掉的，是她怎样在恢复中重新划边界。她没回到从前原封不动的自己，也没变成一个永远不累的人。

后来何先生问起这个早晨，唐阿姨先说了忙乱，再说那张纸。何先生没替她把故事收成一句「一切都好了」。诊室没替面馆作决定，面馆也没替医学结果盖章，可两边终于知道对方那里在发生什么。

这就是三界放进同一本账、又不混成一个数的理由。身体的应答要有可靠的观察，证名要有可核对的解释，生活的意义要让病人有说话的位置。三样都在，才不会让一张漂亮的病历遮住一个艰难的早晨，也不会让一个感人的早晨，替一项没证明过的疗法作证。

下一章转向读数，不是退回冷冰冰的数字。

正因为人的生活不能被一个名字收尽，你才更需要知道名字怎样形成、能说明什么、不能说明什么。守住这些界限，证型才能帮人看见路，而不是把路封死。

带走的话

病好了不是终点；能开门做生意、能自己选、愿意过下去，才是那剂方为了的事。

> 小账
>
> 本章拆了什么：把症状好转、医者善意与病人的生活意义合成同一件事。
>
> 本章立了什么：身体、解释与自己的生活互相进入，也各有不能替别人签字的位置。

第 22 章

证型是证的读数，不是证本身：成分、脉象、证型

◆ 一、你一定有过这样的时刻

你一定有过这样的时刻：收到一张写满分类的表，突然觉得事情明白了。表把零零散散的经历装进几个格子，名字清楚，边界整齐。可过了一会儿，你想起一个放不进去的细节，又不知道该改那个格子，还是把细节忘掉。

小钟的系统给唐阿姨生成了一张页面。最上面是一行主诉，下面是症状条目，再下面是一个醒目的证型标签。

标签的颜色比别的字深，旁边还有可展开的解释。唐阿姨一眼先看见它，问何先生：

「我就是这个？」

何先生看了看页面，说：「这是名字，不是她。」

小钟有点委屈。没有名字，怎么找相近病例？怎么让不同医者说同一件事？怎么把今天和下次接起来？

何先生没让他删标签，只让他点开前一次的记录。两个页面并排，像两张各自完整的卡片。

可唐阿姨这一周哪天开始变、哪些变化没发生、今天为什么和上次不同，标签附近一个字都没有。

唐阿姨又问：「那我下次还是这个名字吗？」小钟原想答「要看情况」，又觉得这四个字不够。他要说明的不是系统会不会换名字，而是名字凭什么换，换了以后前一段经过还在不在。

◆ 二、名字不是她

证型让一段复杂的过程有了能交流的名称，但名称不等于它概括的过程。

这是本章最简单、也最容易在工作中忘掉的区别。诊疗面对的恰恰是变化。同一个证型，可能出现在不同的病程时点，前面接着不同的处置。名称可以稳定，背着名称的人却不停在原地。

本书把证的单位放在两次就诊之间的转折，把证型叫作这一转折的读数。

这不是说证型没用，而是说它是挑了某些特征、按某种规则、在某个时点作出的概括。

若把证型直接当成证本身，争论就容易变成谁抓到了那个唯一正确的隐藏标签，反倒不再问标签怎样形成。

举一个不承担医学证据的思想实验。两份复诊记录最后写出同一个证名。第一份从明显不适走到今天较平稳，第二份从平稳走到今天出现新问题。

只留今天的证名，两份记录一模一样；留下变化的来路，医者就有理由提不同的问题。这没证明该开不同的方，只说明同一个名称没装下临床判断要的全部信息。

反过来，两位医者给出不同的名称，也不一定说明他们看到的是完全不同的身体过程。也许用词体系不同，也许同一转折被分进相邻类别，也许一位看

现在、一位看来路。要分开这些可能，得有共同的记录规则和明确的比较任务。

仅凭标签不同就宣布辨证毫无意义，和仅凭标签相同就宣布完全一致，是一对同样过快的结论。

还证型一个公道：它让传授、会诊、统计和互相质疑成为可能。没有分类，每位医者的叙述都只属于自己，经验很难积累。分类还能揭穿随意：他前后说法不一时，旁人能指出改了哪条规则。

所以本书不拿「人很复杂」反对标准化。复杂恰恰要求你说清：标准化留下了什么、压掉了什么。

可是标准化要有能回头去找的材料。压成一个名称之后，最好还能找回它依据的病程、处置和应答。只有结果、没有过程的标签，后来很容易变成不许追问的事实。

今天的人以为昨天已经定了，昨天的人其实只是暂定，暂定就在传递里悄悄变成了本性。

唐阿姨问「我就是这个」，正是这个转换发生的时刻。一个帮医者讨论的名称，可能被病人理解成自己从此是什么人。本书不否认证名会进入病人对自己的理解；它要求医者说明这个名字的任务、适用时点和暂定性。

能对一个名称负责，不等于有权让一个人只剩这个名称。

◆ 三、跳、波、散

读数有不同的时间形状。抓一刻，追一段，看一群，不是同一件事。

本书把它们简称跳、波、散，是提醒你：一张表里的东西，即使都能写成数字，也未必能直接互换。成分分析和一张舌象照片，可以当「跳」的例子。它们在规定条件下，给出某个样本或时点的特征。

成分检测有采样方法，舌象照片有光线、设备、拍摄时机。离开这些条件，读数就成了不问来处的事实。检出一种成分，也不等于它独自说明了实际使用中的全部作用。

「跳」不是说世界真的只有孤立的瞬间，也不是说这些方法低级。

清楚的一刻很有价值，只是不能自动顶替一段经过的清楚。唐阿姨药前药后两张照片，至少要知道各在什么时候、什么条件下拍的，才能谈它们之间的变化。

脉象的节律、病程的起伏，更适合说明「波」。这里关心的是怎样起、怎样落、先出什么、后来怎样。把一段波压成一个平均数，会留下一些信息，也会抹掉一些。

两段经过平均相近，可能一段平稳、一段大起大落；终点相近，也可能一路改善，或先好后退。对答证来说，次序恰恰是不能随手删的部分。

不过，图上画出一条漂亮曲线，不等于它就是病人完整的病程。

采集间隔太疏，关键转折可能落在两点之间；每天都记，可每次问法不同，也会把问法的改变画成身体的变化。所谓「波」，是要你对时间的安排负责。

证型和体质在一群人里的分布，让你看见「散」。一组复诊医者把同一批材料分到哪些类别，类别在不同首方组里怎样分布，都是群体层面的读数。分布能露出单个病例看不出的规律。

可是群体里更常见的名称，不等于每个人都如此。概率较高，不是给个体盖章的许可证。

三种形状可以互相帮忙。一个异常的瞬间让人回看病程，一段病程引出群体比较，群体差异又逼人回头查取样和测量。

可它们不能不加说明地并成一个分数。把一张照片、一次主诉、一个群体标签随手加权，算出一位病人的「总体证」，那只是算完了，还没说明这个算法有没有留住要研究的转折。

何先生习惯用一句话说一周，小钟习惯把一周拆成许多栏。两种都会出错：一句话会丢细节，许多栏会丢次序。好的记录不必二选一，而是让摘要能回到材料、材料能接上经过，让不同读数互相校验。

人的判断不因出自老医者就免检，机器的读数也不因整齐就算完整。

◆ 四、证名是处置的名字

「证名是处置的名字」，不是说先给什么方，就能凭方把什么证命名出来。

它说的是证名的实际用途：要能在处置和后面的核对里落地。一个只负责贴在身上的名字，和一个帮着讨论下一步、允许复诊修正的名字，干的活不一样。

桂枝汤证、柴胡证这样的命名，提示方与证在传统里并非毫不相干。本书只把这些方名当作历史语言材料，不提供方药使用建议。以方名证，至少让「这个名称和怎样的处置相连」成了名称的一部分。

所以方证传统是本书最近的对手，也可能有本书该继承的东西。不能先把它缩成纯粹静态的分类术，再轻易地批。

本书再往前问一步：名称有没有记下前一手处置留下的答?

只知道名字对应哪张方，却不知道这次为什么用这个名字，医者仍可能在不同诊次重复同一个匹配。

答证要求把命名放在一段过程上：上一手问了什么，身体有哪些读得出的变化，这些变化怎样让这个名称暂时成立，下一诊又怎样核对它。

「暂时」不是随便。

暂定的判断应当比随意的判断更清楚，因为它要说出自己靠哪些条件。条件还在，就有理由留着；条件变了，就有理由改；新材料和判断冲突，就不能因为名称已写进病历而拒绝重看。

临床概念的稳定，可以是有条件的稳定，不必装成永恒不变。

这里有一个循环的陷阱。因为用了某方，就命名为某证；因为已经命名为某证，又宣称用该方一定对。这个圈给不出独立的检验。

以方名证要成为有内容的做法，就得靠实际观察、可核对的病程和对后面的明确判断，让不合适的匹配显出来。名称和处置连得越紧，越要防它们互相担保。

另一个陷阱，是把事后所有变化都收进名称。改善算符合，没改善算病深，变坏算转机，这样一来，无论发生什么，最初的命名都不会错。

答证不能只把「身体会回答」说得动听，却不给回答拒绝原问题的权利。

一个名称若碰不到任何可能对它不利的材料，就很难在科学比较里担责任。

读数也不该写成某种藏在背后的力量的「表面」。本书把读数和价值分成并列的层次，不是要在照片后面再藏一个摸不到的真证。诊疗是否接住了前后、是否推着病人走向更能持续的生活，这个问题要有自己的记录，不能拿读数的漂亮数值顶替。

所以，一致性高不直接等于回路好。所有医者照同一模板写同一名称，一致性可以很高，病人药后的关键变化却仍没人听见。反过来，医者认真面对复杂过程，短时的分歧可能变多，这也证明不了做法更好。

可靠的分类和良好的回路要分别看，再研究它们怎样相连，不能挑顺眼的一项，把另一项的活也代办了。

本书提出复诊一致性应明显提升，正是给自己的概念加一条冒险的要求。

既然说药后的转折比初诊的暂定更有结构，就不能一碰到低一致性就退回「中医太复杂」。

可即使一致性真的提升，也只是这条要求的一部分；还得排除共同暗示、资料不对等、分类规则改变这些解释。证型既然是读数，就得像读数一样过这些检查。

◆ 五、分类怎样接受检验

一种分类怎样才算过关？它不能只靠用的人多来证明自己，也不能只因分类者有分歧就被整个否定。

有用的检验，得先说清这次比较要回答什么。问的若是同一位医者面对相近材料能否稳定判断，就要避免他记得上次的答案。问的若是不同医者能否用同一规则，就要给他们相近的资料，并说明相邻或兼有的类别怎样处理。问的若是复诊比初诊更稳，前后的规则和信息条件也得可比。

每种安排问的是不同的事，不能把任何高一致性都解释成证已被准确抓住。

初诊和复诊的类别分布不同，就是证真的变了吗？未必。

可能是身体变了，也可能是命名规则变了；可能是新资料纠正了旧判断，也可能是旧资料第二次被看得不一样。所有来源混在一起，一张漂亮的迁移图会把不同的问题画成同一种箭头。

要读出转折，就得让「材料新增」「规则变化」「身体应答」各留各的痕迹。

小钟可以在研究草稿里留下名称的版本：这次用的是哪套定义，和上次有什么不同。这不是要病人学编码，是提醒研究者别让工具悄悄换尺。今天系统升级了标签含义，明天却把升级前后的差别全算到病人身上，就造出一段并不存在的病程。

证型数量变少，一致性可能更容易提高，因为原来相邻的答案被合到了一起；类别变细，一致性可能下降，因为从前藏住的分歧露出来了。两种变化都可能合理，不能只看数值高低定优劣。分得多细，要看它要支持什么判断，不能只为追一个漂亮的一致性。

还要给「不足以分类」留一个诚实的位置。材料不够时硬要选，表格是完整了，不确定却成了看似确定的标签。可保留不确定，不等于让所有低一致性都逃出检验；研究仍须预先说明哪些情况允许暂缓、暂缓怎样记。

没有这条纪律，研究者可以把最难的病例全排掉，再宣布分类十分稳定。

分类还要看用在哪里。给同行讨论的细分类，未必适合直接给病人看；为统计合并的大类，也未必撑得起个人处置。小钟不能只问系统能不能给出名称，还要问名称给谁看、帮谁完成什么判断。

任务不清，标签越醒目，越容易扛起它扛不动的活。

名称一旦用进后面的处置，还要留意记录和决定互相影响。病人知道自己被归进某类，可能更留意被强调的感受；医者看到标签，也会先追问相关症状。标签进了过程，就不再是站在过程之外的透明窗户。

所以，分类的改进未必是给出更快、更肯定的答案。它也可以是清楚指出缺了什么信息、哪两类眼下难分、下一诊的什么应答可能改变判断。对答证来说，一个能说出暂定理由的名称，比一个看似确定却追不回来的名称，更像一个能接着干活的读数。

◆ 六、放回日子里

小钟没删系统的证型栏。他把标签缩小一些，旁边留一个能回到病程的位置。

随后，他把前次处置和复诊所见接起来，又留下医者还没拿准的地方。页面不如先前利落，却更答得上唐阿姨的问题。

她再问自己是不是那个名字，小钟没替医生解释具体证候，只说：这是这一诊为了讨论和记录用的分类，下一次还要看实际变化。

唐阿姨听完，没觉得名字从此没用。她反而知道，不必把每一次不舒服都挤成合乎名字的样子。

何先生也受了这次修改的约束。从前他可以凭熟悉感说「差不多」，现在小钟会问：差不多在哪一项，前后有什么不同，这次名字为什么没变。老人有时嫌问得细，后来又发现，有些自以为记得的经过，确实只剩模糊的印象。

记录对机器是资料，对医者同样是纠偏。

路口的牌子，不因为它不是路就该拆掉。

证型也一样：名字有据可查，经过有处可回，名字能随合理的判断改。这样，分类才是人与人之间的桥，不会在方便里悄悄变成一道墙。

带走的话

证型是路口的读数牌，告诉你走到了哪里；路不是牌子，证也不是证型。

> 小账
>
> 本章拆了什么：把一个证型标签当成病人本身，或把多种读数压成一个不问来路的答案。
>
> 本章立了什么：证型帮助交流与检验，前提是它能够返回处置、应答和两诊之间的转折。

第 23 章

疗效是最大的一个读数，也是下一诊的问题：中病即止与效不更方

◆ 一、你一定有过这样的时刻

你一定有过这样的时刻：事情终于好了一些，你反而不知道接下来怎么办。继续做，怕过头；停下来，又怕前面的工夫白费。别人说既然有用就照着来，你却想知道，有用到底是说该继续，还是说该重新看一眼。

在本书虚构的后续诊室场景里，唐阿姨问：「要不要再开七剂？」她只想把下几天安排好。何先生没马上写方，先把前次记录和今天的情况对了一遍，又问她这一周实际过得怎样。

故事里，在针对她个人情况评估之后，他说：「先停。」唐阿姨愣了一下，问是不是什么都不用管了。何先生说，还要看这一段怎么走，暂时不继续，不等于以后不用再留意。

小钟原本只打算填「疗效改善」。听完这段对话，他发现那一栏装不下眼前的决定。

改善没有自动推出加开，也没有自动推出结束。这里不给你停药或延长疗程的规则。不同疾病、不同治疗要求不同，故事里的决定不能搬到自己身上。它只留下一个值得追问的区别：

疗效是一次结账，还是下一次判断的开头？

◆ 二、好多了为什么停

疗效最容易赢得掌声，也最容易让判断提前收工。一个处置之后出现好转，人们常当成证明已经完成，照着复制就好。可身体还在变，处置合不合适，也要在过程里重新看。

本书引「一服汗出病差，停后服」，只把它当作古代文本里的史料片段；条文位置与版本保留〔待核〕，不把它写成你可以照做的服药办法。它让你看到，古人并不总把事先排好的全部过程当作非做完不可的数量。身体有了某种应答，接下来怎么做，就要让这个应答进入判断。

「中病即止」在本书也是一条解释线索。它指向一种边界意识：处置不因为曾经有用，就有了无限延长的资格。

至于什么叫「中」、何时可以「止」、停的是哪种干预，都要具体的医学依据。一句古语顶替不了病种、治疗和风险上的差异。

这尤其关系到长期治疗。对某些情况，继续必要的治疗恰恰是合理照护的一部分。若把「可以停」读成所有治疗都要尽快停，本书的价值方向就成了一条危险的简单规则。

这里的「止」，反对的是无根据的延长、为延长而延长，要求每一步都有合乎当下处境的理由。

何先生在故事里少开几剂，也不证明他的医术高过开得多的人。病程、可及性、随访条件都可能让安排不同。这个习惯在书里的作用，只是提醒下一诊要有位置。

另一边，「效不更方」这个常用说法也要公道对待。它提醒：有效的处置不该因为医者想求新而随意改，有依据的连续性有实际价值。本书把它当作一

个词来谈，特定出处保留〔待核〕，不归给没核对过的古人。它反对的可以是轻率求变，不一定是反对复诊评估。

于是，「中病即止」和「效不更方」看着相反，其实都要先做一件事：把「效」到底指什么读清楚。一次好转够不够支持继续？眼下的变化是否已经完成了原先的目标？有没有出现新的限制？这些问题，口号代答不了。

若把两句话当成任选的护身符，继续时引后一句，停下时引前一句，那就没有任何结果能检验最初的判断。

◆ 三、疗效是信号

疗效之所以是最大的读数，是因为病人的苦有没有减轻、日子能不能过得更好，本就站在诊疗绕不开的中心。

可「最大」不等于「全部」，也不等于一个结局能替所有解释作证。

本书判词有一句：「疗效不是那股力量，只是它留下的最大一个读数，同时是下一诊的问题。」

这句话先防的是把功劳归得太快。病人变好，可能有治疗的作用，也可能有自然病程、别的处置、期待和生活的变化。

看到好转，是一件要解释的事实；把全部好转分给某个理论，是另一件还没做完的工作。一次自述，算不算疗效？要分清。

自述可以是很重要的资料，尤其在疼痛、不适和生活感受上，不能因为出自病人之口就看轻。可一种治疗的效果，要把看到的变化放进合适的比较，说明没有这个处置时可能怎样。

单个故事能把问题变具体，却不能独自做完这份比较。

对答证来说，好转还有第二个角色：它改变了下一诊要面对的问题。唐阿姨最突出的不适减轻以后，医者不该只在原问题上再打一个勾。他要确认剩下什么、新出现什么、此前的解释还适不适用。

这不是说每次都得换方。保留原先的安排，也该是一次新的判断，而不是上一次决定的自动续费。

病人之身的属性怎样显出来，可以用家常话理解：处置进入身体，身体以具体变化回应，这些变化又改变后面处置的可能。身体不是被动接收药效的容器，方也不是永远带着同一含义的物件。同样的处置落在不同的病程阶段，要解释的应答未必相同。

若读数改善了，病人却越来越不敢安排生活，这个差别也该留下。

它不自动说明治疗失败；可若只认改善的数字，听不见这种退缩，就把一件要解释的事删掉了。反过来，病人愿意回到日常，也不能替不利的身体变化抵账。三本账并排，是为了让不同的事实都有地方落脚。

疗效作为信号，还有不那么讨喜的一面：没有明显改善，也是一个要读的结果。不能只把好转叫身体的回答，把没好转归给病人不配合，把变坏一律解释成必经过程。实际使用没达到预期，医者和研究者都该回头查原来的判断、执行情况和别的可能原因。

答证若只收好消息，就不是读答，而是在等一句想听的话。

信号的意思，还要回到最初的问题上看。最初承诺减轻某项不适，后来只报告病人愿意再来，就换了问题；原本研究的是日常功能，结果只显示一次测量变了，原问题也还没答完。

不同结局都可以有价值，但要老实承认各自回答的范围。愿意回来能帮你理解关系，不能顶替症状或功能的结局；症状改善能帮你理解疗效，也不能顶替回路连不连贯的记录。

唐阿姨在故事里有时说「好多了」，有时说「还是不放心」。前一句可能说身体的感受，后一句可能说对将来的预期。小钟若只许她选好或不好，就逼她把两件事压成一件，后面也分不清到底哪一方面还在变。

对研究来说，信号要先约定怎样读。

起初说看胃胀，胃胀没变，就改说睡眠好了；睡眠没变，又改说精神安定些，结果就跟着叙述漂走了。可以研究多种结局，但主要问题、观察时点和解释规则，要在看到结果之前说清。这样，疗效才不会变成一个能无限扩张、永远护住理论的词。

◆ 四、走过的路不回弹

本书把「首方留下的路径不回弹」当作一条强的待检验判断。它不是说身体不能恢复，也不是说用过一次处置就永远受它支配。它问的是：不同首方开出的后续过程，在规定的观察里，是否留下能认出的差异，而不只是终点分数上暂时不同。

生活里的「恢复」，常是说又能做许多事，不是说经过被擦掉了。

唐阿姨重新开门，已经知道自己会在什么时候勉强自己。这说明过去能被带进以后，却不能直接证明方序效应；故事里的一张纸，替代不了药后复诊的分布比较。

在医学研究里，持久的差异也有多种解释。两组后来受了不同的照护，依从不同，生活条件不同，或者最初进组的人就不同，都可能让路分开。即使首方是随机分的，后来的变化也照样要记。

不能把随机化当成一张免掉后面所有解释义务的凭证。

本书原设计随访一年，是给持久性安排一个实际的观察窗。一年里两组没汇合，可以支持「在这一窗内保留差异」，却不能直接证明从此永不汇合。早期不同、后来相近，就要如实报告差异持续了多久；只在某些指标上不同，也要说清是哪些指标。

所谓「回不去」，必须事先写明「回到哪里」，不能等结果出来再挑一个永远找不到的起点。

两组平均数接近，就是「改善一样」吗？不能这样定。

平均相近，可能盖住了一组多数人轻度改善、另一组少数人大幅改善；不同症状的组合，也可能凑出同一个总分。要谈相近，得有预先说好的尺度和容许的差别。

样本不够、没发现差异，也不能把「没发现差异」当成「已证明等效」。

还要分清首方和次序。

甲先、乙先，能让研究看到起步的差异；可要检验完整的次序，还得说清第二步怎样安排。若甲组后来一直走一种处置，乙组一直走另一种，长期分开也可能来自一路的不同，而不只是第一步留下了抹不掉的痕迹。把首方、后续处置和观察时点分清，才知道哪一层的主张得到了支持。

所以，「不回弹」不能读成宿命。

就算某种历史效应被证实，也不表示后来的干预没有能力改道。正因为历史可能要紧，医者才更该认真记它。

认识路径，是为了更懂变化，不是告诉病人第一步已经替他的一生作完了决定。

疗效在时间上，还有两种不能互换的问法：某一时点到了什么状态，和一段时间里过得怎样。

研究若只挑最有利的一天，回路就在读数的挑选里又被剪断了。疗程结束时的读数回答当时怎样；随访回答变化有没有维持、何时改变、中间还有哪些介入。谁也不能自动替谁作答。

长期观察不是给短期结果追加一个更大的数字，而是把新冒出来的条件也带进解释。

对首方路径，尤其要分清结果维持和路径维持。两组症状都比从前好，可能走了不同的经过；两组症状后来接近，在处置依赖或复诊判断上仍可能不同。反过来，分类仍不同，也可能对病人要紧的结局没有增量。

研究若说路不同，就要先交代用哪些资料认路，并说明这种不同有什么实际的解释价值。

还有退出观察的人。只看回来的人，容易把回路写得比真实世界顺。有人好了就不再来，有人因为无效或不便离开，也有人转去别处。

原因不分开，复诊者的高一致性和好疗效，可能只反映被留下来的那一部分人。失访不是能随手删的空格，它可能改变你怎样理解整个结果。

这些问题最后回到一个简单的要求：观察规则不能跟着理论的需要临时挪动。

追哪些结局、何时追、改了处置和失访怎么处理，都要在研究开始前安排好。你不必学会全部统计方法，也能判断一份报告有没有把这些边界告诉你。

一个只报「总有效」、不说相对于什么、看了多久、哪些人没被继续记下的结论，还没让你看清身体递回的纸条。

◆ 五、疗效不能替谁免责

一次有效，不能让安全、诚实和责任从账上消失。

病人说好多了，不足以授权忽略不利的变化；研究得出平均改善，也不足以证明每种人都该用同一种处置。疗效的分量，要靠清楚的边界来护着。

本书要的是一种普遍的记录态度：好结果和不利结果同样要留下，后面还要核对的事，不能因为已经得了好评就删掉。

当某种做法被宣传成「既然有效，何必追问」，其实是在拿病人的改善，叫停别人对这种做法的检查。

同样，机制还没说完整，不会自动抹掉观察到的有利结果。不必等机制研究全部做完，疗效研究才有资格开口。某种作用是否稳定、和什么比、适用于谁，与它通过哪些过程发生，是连得很紧却不同的问题。

批评中医若只许机制齐全了才谈结果，也会把证据的层次弄混。答证研究要对两边都诚实。

不能因为已有某项疗效研究，就宣布它的母题成立；也不能因为母题还没通过试验，就断言所有相关处置都没作用。

一个新的证理论可能失败，而某些治疗仍有可靠的结果；一个理论在某种比较里得到支持，也不让任何同名疗法自动有效。有限命题的成败，就落在有限命题上。

何先生的经验也该这样看。他能提醒小钟去看药后的那一段，这是经验给问题的力量。小钟把问题写成能检验的安排，是另一份责任。

老人不能凭多年行医免检，年轻人也不能用统计的语言抹掉还没成形的观察。疗效最大的价值，不是给哪一方封王，而是让两种本事围着病人的变化接着干活。

◆ 六、放回日子里

唐阿姨离开诊室时，没把故事里的「先停」记成一句以后自己处理一切的口诀。她知道那是当次评估后的安排，后面还有要核对的经过。小钟也没把记录改成「治愈结案」，他留下医生怎样理解眼下的变化、哪些安排还待观察，没让一个好转的标签把这段日子合上。

傍晚面馆收拾完，她想起自己来时为什么想多拿几剂。不只是怕身体再不舒服，也是怕不能事先把所有事安排好。现在她开始允许下一步看实际的变化再定。这是故事里她对生活的理解，不是哪种治疗带来的心理疗效。

何先生收起笔，小钟问：「所以不换，也可能是读了答？」

老人点头，又补一句：「没读就不换，和读了以后不换，是两件事。」小钟把这句写在笔记边上。它不告诉任何人该怎样用药，却给记录提了一条要求：外表相同的决定，是不是出自对新材料的判断，应当有办法看出来。

这段日常的读答，还要和本书的强检验条件分开。按第 18 章保留的收窄规则，单纯维持原处置，不能自动计为答证试验已经达标；「并改变下一方」所要求的实质处置修订，仍须按预先登记的判据核对。临床上可能合理的不变，不替这个更窄的研究条件交账。

疗效于是离开了奖牌的位置，回到交流的位置。

好转告诉你一些事，也留下另一些问题；没好转要求你老实回看，而不是急着找人担责。

身体没有义务替理论证明自己，是理论有义务说明：面对身体给出的不同结果，它准备怎样改。

带走的话

疗效不是奖牌，是身体递回的纸条：该停、该换，还是照走。

小账

本章拆了什么：把好转当作所有解释已经成立，把继续或停止当作不必复核的口诀。

本章立了什么：疗效既是重要结局，也是后续判断的材料；首方的持久影响须在具体观察窗内检验。

第 24 章

经络是显出来的：找的方法与找的对象不在同一头

◆ 一、你一定有过这样的时刻

你一定有过这样的时刻：墙上挂着一张地图，线条整齐，颜色鲜明。等真走出去，却发现路不是纸上那样的一笔。

脚下有坡，转弯处有声音。地图没因此没用，可你开始知道，看见一条线和走过一段路，不是同一种知道。

诊室墙上也有一张图。小钟看久了，常觉得图上的线应该能在身体里原样找到。

一次由何先生规范进行的针刺体验中，他听见老人问：「酸到哪里了？」小钟想指给他看，手停在半空，觉得自己的感觉没有图上那么清楚。

何先生没替他指出终点，也没说没沿某条线走就是感觉错了。他让小钟先用自己的话说。

小钟说到一半又改口，何先生就在记录里留下这个改口。墙上的图还在原处，并没因为一句描述变得更真。

这段情景只为讨论概念，不说明任何穴位、操作或疗效。小钟忽然意识到，自己问的是「线在哪里」，何先生问的却是「发生了什么」。两个问题挨着，却不一样。不分清，图、感觉和身体结构就容易被一句「经络」一起包办。

◆ 二、经络原来怎样说

先把历史概念讲清，才好谈新的解释。

经络不是现代解剖术语的古代别名，也不能先改写成随便一种物理量，再宣布古人早就发现了那个量。

在中医的历史语言里，经络组织着身体部位之间的联系、病候的传变和处置的关联。

「经」「络」的用法在不同文献和时代里有差别。不能把今天教材上的一张图直接投回所有古代文本，也不能把脉、气、路径和今天说的血管、神经、能量一一对上。本章不补引没核对过的古文，具体篇章与用词演变保留〔待核〕。

这段历史的来源也不止一种。看得见的身体结构、触摸与感觉、病痛经验、处置后的反应、分类的整理，都可能进入对身体的理解；各占多少，要靠史料研究。

不能因为本书偏爱互动的解释，就把经络全说成古人一针针刺出来的感受图，更不能把这种想象冒充已经定下的起源史。

Shaw 与 Winder 在二〇二一年的研究中，提出马王堆相关脉文可以读作早期身体解剖图谱，并认为某些描述与直接解剖观察有关（Shaw、Winder，2021）。

这是一条历史解释，不是争论已经结束的宣告。它至少提醒本书：解剖方向有认真干活的研究者，不能用一句「找错了头」全挡在门外。

历史判断和当代功能判断，也要分开。即使某些古代线路有解剖观察的来源，也证明不了今天每一条经络线路及其临床解释都已获现代验证。反过来，即使某些经验来自处置与感受的积累，也不能断言它们完全没有结构条件。

找来源，和检验现在的主张，是两件相连却不同的事。

所以本章标题「经络是显出来的」，是本书提出的一种发生学读法，不是给全部经络史下最后结论。

它把注意力放在一个问题上：某种身体路径被报告、被认出、被用于下一步处置时，观察方式、刺激条件、身体应答和解释规则一起做了什么？

这是研究问题，还不是答案。

一个诚实的新读法，要允许旧材料顶撞自己。某段古文主要描述的是看得见的结构，就如实承认；现代实验发现某种反应能由明确的神经通路解释，就认真纳入。发生学若只收对自己有利的部分，也就成了它所批评的那种先有答案、再找材料的做法。

◆ 三、方法与对象不在同一头

找的方法和找的对象可能不相称，意思是：研究者得说清自己到底在检验哪一种主张。

这不是说任何没找到的东西，都能换一套哲学语言宣布存在。

如果主张身体里有一套独立、固定、不同于现有结构的管道，解剖和成像当然是对口的检验。不能在提出管道主张时借用实体的清晰，没找到时又退回「它只属于互动，所以找不到」。对象怎么说，检验就该怎么配；同一个主张，不能碰到困难就悄悄换身份。

如果主张是：在特定的刺激、观察和身体条件下，会出现有一定方向和范围的反应，那么单去找一根永久不变的管道，未必问到点子上。

这时要记的是刺激怎样给、反应怎样报、条件怎样控，以及没有这些条件时是否还出现。有条件的过程照样能严格检验，只是样子和找单一结构不同。

Langevin 与 Yandow 在二〇〇二年研究穴位、经络与结缔组织平面的关系，结合超声和人体组织切面提出对应假说（Langevin、Yandow，2002）。

本章不借其中局部对应的结果，宣称整套经络已经找到。对应关系能支持进一步研究，可位置相关、作用机制和完整的传统理论之间，还隔着距离。

另一类研究显示，具体的身体结构和具体的刺激过程可以一起研究。

Liu　等在二〇二一年用小鼠实验研究电针驱动迷走—肾上腺通路的神经解剖基础，揭示某些躯体感觉神经元对特定反应的重要性（Liu等，2021）。

这类结果的对象、物种和条件都很明确，不能直接搬去当全部经络、人类临床疗效或答证成立的证据。

从局部研究走向更宽的解释，还要问：不同的研究接不接得上？一个实验看组织位置，一个看刺激参数，一个看主观感受；它们都用「针刺」这个词，测的却未必是同一个现象。并排罗列，不能自动拼成完整的证据链。

这些例子合起来，给出一种干活的态度：结构研究和过程研究可以互相设约束，不能靠选边来替代。

真正要拒绝的，是拿一个含糊的词，把不同层次的证据压成「证明了」或「彻底否定了」。

美国国家补充与整合健康中心关于针刺的介绍也区分神经系统、局部组织与非特异作用，并指出作用机制尚未完全清楚（NCCIH，检索于2026 年 10 月）。

这不为本书的经络读法背书，只提个醒：针刺对某类问题有没有帮助、作用怎样发生、传统经络图怎样解释，不能用同一个答案统统解决。

还解剖研究一个公道，就是承认稳定的结构能限住随意的解释。还互动研究一个公道，就是承认具体的反应不必在静止的图上完整出现。

本书说「头不相同」，是为了让问题更准，不是另圈一块不许碰的地盘。

◆ 四、显出来怎样才不空

「显出来」若只是有人感觉到了什么，就太松了。

一个人的体验值得如实记下，却不能不经比较就扩成人人共有的身体地图。

小钟说酸感好像延伸到某处。这里头至少有几件不同的事：他当时怎样感受，他怎样用话描述，何先生怎样记，后来能不能再看到。

何先生若先把线画好，再问是不是沿这里走，提问本身就可能改变描述。小钟若知道预期的结果，也可能不知不觉把含糊的感觉组织得更像图。

承认这些，不是说人在撒谎，是说体验和描述都在具体的情境里。

所以，要把体验变成能交流的研究资料，就得少提示，留下原始描述和改口，说明哪些位置和次序是事后才整理出来的。

若只有在讲解之后才出现完全一致的线路，这份一致本身就要解释。过程性的主张，还得说清：什么结果对自己不利?

任何方向的感觉都能叫经络，完全没感觉也能说经络在深处，那「经络是显出来的」就分辨不了任何东西。本书的读法要收窄到：在具体条件下可重复、可比较、能改变后面判断的现象。达不到这些，就只能说眼下有一段体验或一个解释，不能越级宣称发现了稳定的共同属性。

这又回到答证的边界。针后出现一种感觉，不等于形成了本书说的答证。答证要求应答在后面被读出，进入有记录的判断改变；本书给药一路的具体预测，也不能原样套在针刺上。

针刺要有自己的比较：把真针和模拟程序、辨证取穴和标准安排分别看清，再问针后复诊的判断是否更稳。具体设计留给后面的试验章。

图没被整体证实，也不能抹掉临床研究里针对具体结局得出的结果。

某种针刺安排对某项结局有支持，不让所有经络解释一起成立；某项经络解释受到挑战，也不自动否定已经过适当比较的有限效果。

对你来说，这些界限的用处，不是学会做实验，而是听得出一句宣传跳过了什么。

「感觉到了」被说成「结构找到了」；「动物身上看到一段通路」被说成「人的所有经络已经证实」；「某病种有一定结果」被说成「整套理论不许再问」。听到这几种说法，你就知道，中间有几步还没走完。

一种过程读法即使得到支持，多出来的也未必是一套新的身体实体。它可能帮你把观察单位定得更好：把触发、传播样式、报告时点和读答方式放在一起看。这是方法上的收获，不能预先写好成功后的大结论。

不同人的反应范围差得很大，也有几种可能要分开。

身体条件真有差异，是一种解释；刺激和记录不够标准，是另一种；原先假设的共同线路并不稳定，是绕不开的第三种。发生学不能只收第一种，好像一说个体长出来的不同，就不再要共同标准。既然要把某种现象写成公共知识，就得说明它在哪些条件下共同、在哪些条件下不同。

倘若结构研究已足以预测一类反应，本书还得说明，过程读法是否多给了什么。

只是把已知的神经机制换成「身体答回来」的说法，也许让普通人更好懂，却不是新的经验发现。

要说增加了知识，就得指出原有解释没覆盖、而自己能清楚预期的差别。好懂，和多解释了一件事，都值得追，却不是同一种贡献。

反过来，某些反应还没被解释透，未知也不是经络理论能随便领走的地盘。

研究的空白能装下多个假说，神经、组织、注意和报告过程都是候选，只有比较能决定谁留下。

先把未知叫作经络，再用经络之名解释未知，绕一圈，问题还在原地，只是多了一个让人安心的词。

把这些困难留下，你的阅读不会只剩怀疑：古老的经验可以提问题，新的证据可以改变你对经验的理解，哪一方都不必先变成不许质疑的答案。

◆ 五、真守善推美聚在中医里

本系列第 255 号已经说过真、善、美的发生。本卷不重写完整的论述，只给出用在中医讨论上的操作定义：

> **真守：守住回路不断——上一剂方留下的答被下一诊接住、读出、写进下一方。不落到「测得准」上。**
>
> **善推：把病程推到可以停的那一点——「中病即止」。**
>
> **美聚：让病人愿意回来，医、病、方聚成能转下去的回路。**

这三句定义的是本书价值账要追问的方向，不能直接当作三种已经验证的医学机制。

它们有意不把真缩成读数准确，不把善缩成一时舒服，不把美缩成诊室好看。每一样都得在具体经过里留下可核对的东西，不能只活在医者的自述里。

真守先问：上一次的答，有没有被接住？你怎么知道接住了？上一剂方只是附件，药后变化只写「同前」，下一诊的判断不说和上次有什么关系，那么标签再清晰，也未必守住了回路。

真守不降低测量准确的分量，它是在测量之外加一个问题：准确的资料，进没进入前后连续、允许修正的判断。

测得准是读数的纪律，接得住是回路的纪律。

善推问：处置有没有朝合理的目标推进，还是只在不停地加动作？「可以停」在这里，不要求每种慢性病都停掉必要的治疗；它反对的是无理由地接着

干预，把处置本身当成目的。具体目标可能是结束一项不再需要的处置，也可能是到达一种能持续管理的状态。

美聚问：人、处置和读答，能不能结成一种愿意接着参与、又允许适时退出的关系？

愿意回来，可以是信任和可及性的线索，却不是质量的充分证明。依赖、焦虑、商业诱导，也能让人频频回来；没回来，也可能是已经不需要、转去了更合适的照护，或者现实条件不允许。

所以，回访意愿和到诊率只能是待解释的记录，不能拿来直接给医者的美排高低。

三者之间也互相约束。

回路很连续，却不许病人质疑，真守就滑向守住旧结论；处置一路推进，却不听病人为了什么，善推就滑向替人安排；人人愿意回来，却永远走不开，美聚就滑向维持依赖。

三股劲并排，不是为了互相加分，是为了谁都不能独占整个诊疗。

后面的价值账，会试着给它们安排独立于疗效的记录锚点。独立不是毫无关系，而是不能拿「症状好了」一口气把三项都填满。治疗结果再好，也还能问经过诚不诚实；关系再温暖，也还能问有没有推向合理的目标。

三本账的用处，就是不让人拿某一项的成功，免掉其他项的责任。

◆ 六、放回日子里

小钟最后没拿笔在自己身上照图画一条线。他把当时说的感觉、后来改过的描述和墙上已有的线路分开放着。他发现，不急着让三者重合，反倒有更多

问题可问：哪些是自己真经历的，哪些是听了解释才这样理解的，哪些还要别的材料。

何先生也没把这次体验记成经络的证据。他在意的是小钟有没有学会留下一个不够漂亮的回答。

学生每次都说得和图一模一样，老师很容易满意，却未必因此多知道了什么。

身体的答该有偏离预期的权利，人的说法也该有改口的权利。唐阿姨下次来时，墙上的图还在。她不必先弄清经络的全部历史，才有资格得到照护。

本章留给她和你的，是一把判断的尺子：问法、观察、解释和实际的处置，应当能互相对照；每一种好听的说法，都该允许别人问一句，它凭什么成立。

带走的话

沿针后反应追问经络，是本书提出的一种读法；它还须接受解剖、机制与临床证据的分别检验。

> 小账
>
> 本章拆了什么：把图、体验、结构与疗效合成一个无需分别检验的答案。
>
> 本章立了什么：按主张选择相称的检验，并以真守、善推、美聚追问诊疗过程的价值。

第 25 章

回到开场：废止中医案为什么吵不完——双方都以为证在方之前，废医存药留下了方，丢掉了答

◆ 一、你一定有过这样的时刻

你一定有过这样的时刻：一场争论听了许多年，双方的例子越来越多，问题却像从没往前走。等大家终于停下来，你仍不知道下一件能一起做的事是什么。

小钟把一九二九年提案的有关材料和今天的争论摘录并排放着，没给不同年代的人配上今天的口气。读到后来，他在笔记边上写：一个想留下有效的药，一个想留下会看病的人。

何先生看了许久，说：「两边都没提复诊。」小钟翻回前页提醒他：这只能说眼前抽出的几段话，没资格说过去所有人都不提。何先生点头，把那句话改成：「这几段争得最响的地方，没把复诊放在中间。」

唐阿姨刚好来取一份旧资料，只问上次那一段变化有没有记全。小钟忽然觉得，历史争论在问该留下什么，病人问的是自己的经过有没有人接住，两种问题挨得很近，却一直没碰上。

这一次，他们没急着投票。小钟把纸往两边挪，空出中间一块，准备写一件双方都能检查、也都可能因此改主意的事。

◆ 二、两边都没提复诊

第 1 章留下的问题，现在要给答案。答案不该是两边各打五十大板，也不能把漫长的历史缩成所有人犯了同一个错。

本书要指出的，是能从争论里抽出来的一种论证结构：一边先把要治的对象定好，再问药里有什么；另一边先把医者的辨识能力摆在中心，再问谁能看准。

两边都可能把药后到复诊之间的那段转折，降成既有答案的结果。

这就是本书说的「双方都以为证在方之前」。

它批评的是截面式的模型，不是给全部医史下一句总判。俞樾的《废医论》、民元教育制度中的有关问题、余云岫的提案，各有具体的时代、制度和论述背景，不能只靠一个哲学前提解释它们的发生。原文细节仍按第 1 章的核查范围与〔待核〕记录处理。

同样，「两边都没提复诊」只是虚构人物对眼前材料的感受，不是历史事实。

真实的中医一直有复诊、换方和疗后观察；前面讨论的一九九八年肠易激综合征研究，也不能说成没有复诊。本书要问的是：它有没有把复诊证的一致性、首方差异和连续处置的关系，当作这组问题来测？没测这组问题，不等于没看病人后来怎样。

「存药派」也只是本书的编码称呼，指在中医之外、中药之内，重视药物材料、成分和可验证作用的路线。

它不是一个真实的门派。现代药物研究若已认真研究了用药前后、个体差异和长期过程，就不能为了让本书的三家图式整齐，把这些工作删掉。

所以，「废医存药留下了方，丢掉了答」有一个具体条件：留下的只是可复制的药或处方。用药后的身体应答、医者的解释、下一步的改变，都没进入知识结构。

它批评的是一种删掉过程的做法，不是一切成分研究。成分研究也能留下经过，传统诊室也可能丢掉经过，区别不在门牌上写着中医还是西医。

这样，第 1 章的问题就能往前推了。不再只争哪个名称该占总标题，而是问这段连续诊疗里哪些主张成立。

初诊分类可不可靠？药后有没有能稳定认出的转折？不同首方是否留下不同的路？了解前方是否多给了判断信息？病人的生活意义是否独立于症状改善？每个问题都能找到支持或不利的材料，不必等整个中医得到一次总判。

「问错了」，所以不是取消对中医的批评，也不是说科学与非科学永远分不开。

一个名字裹着历史思想、身体理论、具体药物、临床技能、制度和商业宣传，用一个是或否盖章，就说不出哪项能采纳、哪项该撤回。把问题拆到有边界的主张上，检验才能接着走。

◆ 三、废医一方本书接着要什么

本书接着要可检验，而且要得更具体。任何疗法都不能只因为历史悠久、名医相信或病人感动，就免于说明自己有什么作用、对谁有用、在什么条件下有用。批评一方要求公开证据的那股劲，应当进入答证本身。

青蒿素的成果，在这里仍有分量。它的发现与研发，不该被缩成「只要分子，其他都没用」，也不该被扩成「一个成果证明了整个传统」。

屠呦呦公开谈到古籍线索对研究的启发，所以本书批评的欠条，不能安在研究者隐瞒经验来源上。真正要拆的，是后来只留孤立成分、删掉寻找和使用过程的简化叙述。

同样，分离、验证、标准化和质量控制，不是本书的对立面。

没有这些工作，同一张方在不同场合可能差得很远，复诊的不同就更难解释。

答证需要药这一头清楚，不能一边靠材料的稳定，一边把追求稳定的研究说成不懂整体。

本书多出的要求是：药这一头清楚以后，还要说明它进入了怎样的连续过程。把一份药放在货架上研究，和把它用后的应答放回下一诊研究，答的是不同的问题。不必贬低前者来给后者争地方，只需指出前者的结论不能替后者预先结账。

若有人说，病人有没有改善已经够了，何必再测证型，这要认真回答。对许多临床决策，对病人要紧的结局确实比证型之争更直接。答证得说明：研究复诊证，能不能多给后续判断一些理解，能不能让连续处置更说得清。若只是多造了一套名称，没有额外的信息和用处，别人有理由不用。

若有人说，所谓首方效应不过是不同的药理作用，这话可能正点中本书的不足：两张药物不同的方带来不同的身体变化，并不新鲜。

答证要扛的是一个更窄的比较：在预先说明的改善水平、信息条件和病程条件下，复诊的可重复分布是否仍带着首方的来路；更强的药理模型、临床生成模型，能不能同样解释它。

所以，方序效应不是用来回击质疑者的口号，而是一笔自己写下的债。

第七天出现分布差异不够，读答者的偏倚要排除；改善总分相近不够，项目的构成要看清；首方分组不够，完整次序和后续处置的作用要分开；一年的差异不够，永不汇合不能凭有限的观察宣布。

哪一步还没解决，就让它留在设计里，不能被章题的气势盖住。

检验还意味着承认没达到预先提出的标准。

答证不能一边要对手接受数据，一边在自己不利时把命题退回看不见的「更深层」。

本书已经写下，若预定的复诊一致性增量和下限不能满足，就撤回答证的强定义；若控制相应条件后，复诊分布与首方无关，就撤回方序效应。

这些退路是本书论证的一部分，不是挂在后面装谦虚的饰物。

可检验，也包括说清「眼下检验不了什么」。准确性若没有独立的参照，就不能拿医者一致冒充准确；意义的独立预测若没有预先定好工具和结局，就不能拿几个动人的故事顶替。这些缺口决定了你现在能把话说多硬。

◆ 四、护医一方本书接着要什么

本书也接着要医者的实际本事，但要把本事从说不清的声望里请出来。一个人值得信任，不只因为经验多，还因为他能让身体的变化修正前面的判断。

何先生让病人回来，在故事里显出的是一种把后续留在责任之内的习惯。它不保证他判断对。他可能看错、记错，可能被自己熟悉的方证对应带偏。

真正值得留下的，是这些错有机会在连续的记录里被发现，而不是因为「先生早有安排」就没了说话的份。

「医者，意也」的公道，在于承认诊疗不只是一堆静态的资料。

医者要揣度、用心，要决定先问什么、怎样听。把医者完全拿掉，判断也不会从此干净无偏：挑资料、设计表格、规定标签的人还在，只是躲到了制度和系统后面。

可「意」不能独占意义。

医生认为病人最好怎样生活，不等于病人已经从诊疗里得到了自己的方向。唐阿姨想重新开早市，何先生可以听、可以一起谈具体的限制，却不能把她开不开店当成服不服从的考题。

病人为了什么，是诊疗要尊重的内容，不是医者技艺做完以后自动得到的回报。

留下医者，也不是留下一个别人永远进不去的黑箱。

上一方原本针对什么，哪些应答改变了判断，哪些疑点还没解决，这些都能训练、能记录。熟练的医者未必每次都说得尽全部理由，但不能因此把一切要求说明的努力都叫作损害经验。

经验越珍贵，越值得长成能和别人一起干活的样子。

这里要分清会说和会做。说得流畅的人，可能事后补出一个漂亮的故事；话少的人，可能留着没说清的观察。记录该抓住判断之前已有的材料和预测，

再对照后来的变化。理由若都在结果出来以后才冒出来，故事就太容易圆满了。

护医者若说个体不同、所以没法研究，本书不接受这个退让。个体差异让研究更难，不让比较变得不可能。可以把适用范围说窄，把实际过程记清，把谁和谁可比说透。

一种永远只属于名医本人、别人只能信不能问的经验，很难担起公共医疗的责任。尊重差异，该表现为研究方法更细，而不是检验要求消失。

另一种退让也要拒绝：把一切能稳定记录的东西交给机器，剩下说不清的部分才叫医者的本事。

这样一来，人的位置会一步步退到无法检验的角落。本书说的读答，既有熟练的观察，也有提出问题、改变解释、担起决定的责任。哪些活能让工具帮忙，要按具体任务来谈，不能一句「机器没有灵魂」就不再追问。

留下医者这一头，归根到底，是留下能对回答负责的人和制度。

个人的本事若没有随访条件、够用的时间和能回头查的记录撑着，很容易被日常的活压成每次只看眼前一刻。反过来，工具再强，若没人负责接住不合预期的回答，病历再完整也只是资料仓库。医者和工具的关系，正是下一编要面对的问题。

◆ 五、留下了方，丢掉了答

现在可以把前言里的判词重新拿出来。它已经带着前面各章提出的范围、反驳和待检验的条件。判词全文不再重抄，只把骨架摆在这里：三家共同默认

证在方之前；张仲景的一小剂药，是问；身体的回话，是证；疗效是读数，价值与意义另记两本账。

判词里的三家，仍是本书的比较模型；所引古文仍是解释的出发点，不能由它直接推出今天的随机试验结果。

骨架里最硬的一根，是「证在方之前」能不能被判死。

本书已经把它交给「截面不充分」：截面读全以后，知道来路的医者若不再料得更准，判词的本体一半撤回；若仍料得更准，废医与护医两边就都得承认，只保存药、只保存医者、只保存一张截面，都会丢掉那一段经过。

「方一答一方」也不是给任何有反馈的过程换个名字。

它有明确的研究单位：上一手处置和病人之身之间发生的应答，被下一诊读出，进入下一步判断。只把病人满意度传回系统，或者每次重新采集眼前的症状，并不自动满足本书的要求。问过之后真要听答，听到之后真要说得出它怎样影响后面的问。

「证在方之后定」，不否认初诊必须作判断。

没有初步判断，第一步处置就没了依据；没有安全评估，更不能为了拿到回答而随意试探。本书把初诊叫问证，是强调它暂定、可修正，不是允许拿病人做实验。研究里的首方必须合规，研究本身必须过伦理审查。

「证在方之后」，也不是说有药才有身体变化。

等候、交谈、照护，都会改变病人的状态。答证之所以要对照，正因为服方之后出现变化，证明不了变化来自方提出的那个独特问题。

急症、没有复诊的单次处置、无法安全等候的情形，也不由答证包办。出现要立即处理的情况，应及时就医。一个理论有明确的范围，比嘴上解释全部中医、一碰到反例就退开更有力量。

把答还给回路，具体可以是三件很朴素的改变：前一手处置不被删成一个名称，药后的变化不被压成「效可」，下一诊的判断不把自己装成从零开始。

可这三件仍只是必要的工作，不是充分的证明。完整的记录能让一个理论更容易被推翻，也可能显示：原以为独特的现象，已有别的解释做得更好。

这正是本书愿意承担的结局。

临床生成的解释若已经够用，答证就该缩回自己没多给预测的地方；方证相应若在同样条件下给出同样或更好的判断，不能因为它名字旧就不承认；意义账若没有预定的独立预测力，就不能用「意义本来不能量」去救已经写下的经验命题。

尊重意义的哲学理由，和某项预测成不成立，是两件事。

在这块共同的工作里，至少有三种反对值得留下。第一种说，本书的历史模型抽得太窄，现实的传统早就认真处理过药后的转折。若原文和实践材料支持这种反对，本书就该承认自己是给已有的工作重新聚了焦，不能靠换个名字拿历史首创权。

第二种说，本书的新预测可以由更一般的药理与临床模型推出。若推导成立，就该把新增的部分缩到真正还有差别的地方。

第三种说，即使概念有解释价值，提出的测法还不够检验它。那就该修订设计，说清原设计哪一项承诺还没兑现。

三种反对可以同时在，却不必推出同一个结论。

历史上有人做过，不等于今天的测量问题没价值；测量问题有价值，不等于本书的哲学解释是唯一答案；哲学解释有启发，不等于具体实验一定出现预期结果。

这对传统怎样留下来也有影响。

传统不是只能整套继承或整套扔掉的箱子。某些药物作用能在新研究里稳稳留下，某些概念可能要加限制，某些经验能转写成更清楚的观察，某些主张则该因证据不足而撤回。认真分清这些去向，比拿尊重传统要求一切不动，更能让有价值的部分接着干活。

可重新解释，不能抹掉历史的差别。

今天说答证，是今天为了特定问题提出的概念。古人在某些条文里利用处置观察，留下了可以对话的材料，却未必用同样的属性定义、测量规则和撤回条件。

把古人直接说成早就掌握了今天的整套理论，表面上抬高了传统，实际上把古人具体的思想和今天新增的工作都弄模糊了。

现代科学也不必被固定成只研究孤立对象的单一形象。它有长期观察、连续决策，也研究病人报告和治疗情境。本书若把这些全排除出去，就是造了一个太容易打的对手。

真正要问的是：现有方法用在本书的问题上，还缺什么条件，怎样补上？

所以，你可以暂不接受答证的全部定义，却接受把前后经过记完整；可以承认证型有用，却不接受首方必然留下持久分叉；可以认为意义值得医疗认真去听，却等它拿出对一年结局的独立预测证据。

本书提出的是一组有联系、却能分别接受检验的主张，不该被捆成只能整套买下的信念。

对一本写给普通人的书，这里还有一份实际的责任：你该知道自己带走的，是理解问题的方法，还是已经能拿去行动的医学结论。本书给的是前者，外加一组还待研究的后者候选。话好懂、人物好记，不等于你已经有了辨证或用药的能力。

这种分开的同意，也让争论容易落到共同的下一步。支持者不能只请别人看最动人的病例，反对者也不必把每个没做完的设计当成恶意。双方可以一起查记录全不全、比较公不公平、结论有没有越界。

意见仍可不同，干活的对象却开始相同了。

所以，回答废止中医之争，不是宣布中医终于找到一套免于质疑的新语言，而是让争论有了能一起检验的对象。

愿意留下药的人，可以一起查首方和应答；愿意留下医者的人，可以一起查读答稳不稳；看重病人生活的人，可以一起查三本账有没有彼此脱节。没有哪一方需要先宣誓接受整本书，才有资格一起干活。

◆ 六、放回日子里

小钟最终在空出的纸面上，没写「中医胜」，也没写「废医胜」。

他写了：上次做了什么，后来怎样，这次怎样理解，下次还要核对什么。何先生看了一眼，说这几句并不新鲜。小钟答，挂在嘴上不新鲜，放进记录、接受检查，却要重新开始。

唐阿姨拿到资料，最先看的还是自己的经过。

她不必替哪一方赢，也不必因为接受了某种照护，就成为整套理论的支持者。

她有理由期待：好转会被认真看待，没好转也不会被悄悄抹掉；医者能说清自己的判断，工具能帮着保存，而不是替她编出一段经过。

那张旧争论的摘录没被扔掉。小钟把它收回文件夹，因为历史的要求还在：可检验、可传授、可担起公共责任。墙上的经络图也没取下。

真正被搬走的，是指望某一张纸能替所有问题作答的那份期待。诊室很快又有人进来。何先生伸手把旧记录翻到前一页，小钟打开新的一页。

一个动作向后，一个动作向前，中间留着病人的一段生活。

下一编的工具与机器，都会走进这个位置：它们可能帮人接得更稳，也可能让前后两页看着更整齐，却不再相连。

本编总判断：意义押进了「意」，证锁在了方之前；把答还给回路，意义才回到病人那一头。

带走的话

若只留下方、丢掉药后的答，诊疗过程就少了一段；这一段该如何解释，两边都须拿出根据。

小 账

本章拆了什么：用科学或非科学的总标签，替彼此不同的知识主张、技术与照护过程一次结账。

本章立了什么：把药后到复诊之间的转折立为共同可问、可测、可认错的对象，再分别保留各方有证据的部分。

第 四 编

AI 坐上主体位

这一编八章，把诊桌上的工具一路摆到机器。第 26 章从脉枕、银针、药碾说起：人和工具本来就是一个复合体。第 27 至 29 章看产业、养生和「没有中医的中药」怎样各自接不住药后的答。第 30 章回到教材化与专家系统，看回路怎样被压成截面。第 31 至 33 章讲大模型开方、坐上主体位、以及辨证回写。

机器很会回答；本编要问的是，它听不听得见上一剂方之后身体的回话。

第 26 章

脉枕、银针、药碾：人和工具几千年就是一个复合体

◆ 一、你一定有过这样的时刻

诊桌擦过，脉枕还留着一小块暗色。那不是今天落下的水渍，是许多年手腕放上去、袖口擦过去，把布面磨得与旁边不同。

小钟准备拍照，何先生叫他先把枕头转过来：缝线朝外，手腕靠上去才不硌。小钟以为自己拍的是一件旧物，镜头里却先出现了师父摆东西的手。

门后的药碾也没站在讲究的位置。打扫时搬开，过一会儿又被移回去，因为那里不挡路，转身能取，旁边有放纸包的台面。

唐阿姨来取上回落下的病历，见小钟蹲在门口，笑他连这些东西也要录进电脑。小钟说，机器要学师父，总得知道师父用过什么。何先生没接话，只把桌上一叠复诊病历往自己这边挪了挪。

小钟拍完脉枕，又看药碾，最后看见柜子里收好的针具。三件东西没有一句话，诊室的动作却处处围着它们安排：人坐在哪儿，身体怎样靠近，哪件事先做，哪件事后做。

旧物安静地放着，一间诊室已经被它们排好了半边。

这一编从这些旧物出发，走到能给意见、能排次序、甚至能挡住医者决定的系统。批评技术之前，先承认一件事：你熟悉的医者，从来是在工具之中长成的医者。

◆ 二、三件老工具

工具不是医者本领旁边的一件添头。许多本领，是在反复用工具时才长成现在的样子。

人可以离开某一只脉枕，可支撑手腕、调整姿势、让触摸条件相对稳定，不能说与诊察无关。木头、布面、桌高、坐姿放在一起，改了医者怎样接近病人的身体，也改了病人怎样配合。

先看脉枕。你若把它单独放进展柜，它是一件有形状、有材料、有磨损的东西，客体那一头最显眼。病人把手腕放上去，它又进了两人怎样接触的过程。

所以别把物件的归属钉死，说脉枕永远只属客体。我们是在一件事中读它侧重承担什么，不是给工具发一张终身身份证。

再看银针。历史器具的材料、形制与用法曾有变化；本章沿用日常称呼，不编一条未经核实的器具年表。

针具一进入操作，就不只是让医者得到信息，还参加了对身体的实际干预。操作后身体怎样，下一步改不改，是另一段要记录和检验的过程。

药碾又不同。它参与制备，把原料变成后来能用的形态。形态变了，接下来能发生的事也跟着变；可凭器具的年代和手艺的细致，证明不了某种治疗有效。

药碾让你看见：药不是从天而降的完成品，工具与人的操作参与了它成为可用之物的过程。

三件工具摆出三种事：让接近身体的条件稳定，让干预发生，让材料进入可用形态。它们不替医生担最终责任，却已经改了医生面对的对象。

摸到的身体，是特定姿势下呈现的身体；收到的应答，是处置以后发生的应答；拿到的药，是加工流程中形成的药。这不是把一切说成主观，是要求把条件写进去。

于是，不能把人的能力先算成完整一份，再把工具的贡献加成另一份。何先生会摆脉枕，是从看病中学来的；他看病时的手势，又受脉枕、桌面和病人姿势的限制。

工具在使用中被改，用工具的人也在使用中被改。

我们说复合体，说的是这份共同成形的本领，不是说人和器具在道德上没有区别。

还得给旧工具公道。旧工具也在求稳定条件：一个合适的支撑，一种能反复执行的制备办法，一套可传授的用具习惯。没有这些稳定，经验难以积累，更难交给后来者。

本书要补进药后那段路，正需要别人能重复观察的条件，不能同时把条件的稳定一笔抹去。

可是，稳定条件与稳定结论是两回事。

枕头摆在同一个位置，不保证两位医者读出同一结果；操作步骤相似，不保证身体应答相同；制备流程一致，不保证人人适用。工具给的是能继续问下去的条件，替不了后续检验。

◆ 三、帮忙问，也帮忙读

工具改了怎么问，还会改哪一种回答容易被听见。

纸质病历允许医者画线、回指、添字，有些转折留在页边。数据库若只给证型留一栏，医者在药后看见的复杂变化，就可能被挤成一个名称。

这里所谓问，不是给身体安上会说话的心。方作为一个问题，指一次有来路的处置打开了可观察的后续；答指药后那一段变化能被下一诊读出，并进入下一步判断。

本书把这个说法划得较窄：不能一有前后变化就宣布答证成立。吃饭、天气、情绪与病程自身都会变，要分别记录，不能都记在上一剂方名下。

工具可以帮你分清这些来路。时间记清楚，才知道变化在处置前还是处置后；原始记录保得住，才分得清医者当时真看见了什么，还是后来为了结论重新解释。

一个能把上一张方与随后病程并排的界面，不证明因果，却让因果判断不至于没有材料。

反过来，工具也能让回答看不见。设想一张纸只许写当下最明显的三种不适，背面没有位置。

原先最重的不适消失了，医者不再记它；原先轻微的问题突出了，占了第一页。后来读病历的你，会看见三张不相干的当下，却看不见一个问题退下去以后，另一个怎样走上来。

这种丢失不必出于坏心。门诊忙，表格求短，交班求清，统计求能归类，每一项都有道理。许多合理要求叠在一起，仍可能把两诊之间的转折挤掉。

批评该落在这个组织形状上，不落在每个用表格的人身上。

旧日师徒相授的难处也在这里。徒弟看得见师父拿起哪件工具，抄得下哪张方，却未必听得到师父怎样把今天与上一回接起来。

何先生若只说凭经验，下一代就只能继承一种敬畏，继承不了一个可检查的判断。把复诊记细，不是给师父的本领降价，是让它有机会被别人学、被质疑、被修正。

手工也不等于有回路。亲手处理每件器物的人，不追踪后续，仍可能只完成一次交易；机器若能把应答送回负责的人，倒可能帮诊疗接下去。

要看的，是上一剂方与下一次判断之间有没有证据通路。

由此可以提一个朴素的评判：一件工具除了让眼前的事做得更快，有没有让下一回更容易知道上一回做了什么？

紧急救治、一次性检查和不需要复诊的处置，都有各自的任务。可在有复诊、可追踪的场合，这个问题不能缺席。它把技术评价从漂亮的当场演示，带到离开诊室以后的日子。

◆ 四、空着的是哪一个位置

脉枕不会建议把病人归到另一种证型，药碾不会比较两套处置。对这三件器具来说，提出候选、挑选候选、否决候选，都由用它们的人来做。

这就是主体位空着的具体范围：这些器具没有以判断参与者的身份进入诊疗决定。

这句话不能扩写成一部夸张的技术史。规则系统早就能按预设条件拒绝一项输入，专家系统也早已参与医疗判断，后面会讲到关幼波的诊疗程序。

新旧之分，不看有没有屏幕，要看它依据什么、参与到哪一步、被给了多大的实际权重。

我们暂把主体位定义为能提出、挑选、否决的工作位置。它是一种角色定义，不等于有意识，更不等于有自然人的责任资格。

一个模型能提反对意见，并不因此成为能独立担后果的医生。医院怎样处理它的意见，医者还能不能查依据，病人怎样得到解释，决定了这个位置怎样进入现实。

和脉枕比，变化很大。脉枕改的是手放在哪里，不要求医者相信一句话。系统却可能把材料排成理由，把理由压成选项，把某个选项设成默认。

年轻医者若没读过上一回病程，只见一个确定的建议，工具就可能从帮人看见，走到规定什么值得看见。

这一步才是本编要仔细拆开的地方。

不过，人的决定也从来不全由一个孤立的心发出。教材、师承、科室惯例、药物可及性都在限制候选。技术出现以前，并不是完全自由的黄金时代。

新系统的特殊在于：这些限制能被集中、自动执行、反复呈现。它可能让好规则到达更多地方，也可能让同一种遗漏更快扩散。

所以工具坐上新位置，不能拿一句欢迎或一句拒绝打发。你得问：它有没有资格提这条意见？能不能指出所用材料？缺了什么会让它暂缓结论？被反驳以后怎样改？

对答证来说，最具体的一条是：它看见了上一剂方与身体回答之间的那一段没有？没有，就不该先用上完整辨证的口气。

还有一种反例要留着。有的系统只做整理与提醒，把药后变化按时间排好，由医者作决定。它未必占着很强的主体位，却可能比一个滔滔不绝给意见的系统更帮人读答。

把原本丢失的回答准确交到人手里，本身就是进步，用不着靠夸大机器的人格来取得价值。

本章的结论有两面。人和工具一起形成诊疗能力，不能把医者从工具里剥出来再神化；工具开始组织候选和否决以后，又得另算一笔责任账，不能拿从来都有工具当免审的理由。

真正要守的，是每一次位置变化都没有把病人的回答挤出门外。

放进教学，还能看出一个差别。教学生认器具，是教他认眼前是什么；教学生读使用后的变化，是教他认一次行动怎样把事情带到了这里。

前一种用图片就好测，后一种必须给连续材料。考卷若永远停在落笔开方那一刻，学生再勤奋，也只能在被考的那半段上攒熟练。

工具留下的证据，还要说明谁有权看。小钟需要的不是一座人人能翻的私人经历仓库，是一条在授权范围内能交接的诊疗记录。

原始材料可以限访问，修改要留来路，教学材料要另行处理身份信息。能追到上一回，与随便进入别人的日子，是两种完全不同的能力。

器具的古老也证明不了它正确。年月说明它陪过怎样的实践，替不了今天对用途、条件与结果的判断。尊重历史，要把历史读清楚；尊重病人，还要把眼前这一次做明白。

◆ 五、放回日子里

小钟后来给三张照片各加了一段说明。他不再只填名称和材质，而写下：谁在什么情形下用，改了哪一种动作，用后的结果留在哪里。

写到药碾，他能说明制备流程，却不能凭照片说明病人的后续。写到脉枕，他能说明摆放条件，却不能凭磨损证明辨证正确。

何先生看完，只指了最后一行：下回回来看什么。小钟把那一行放在三张照片后面，没有放进器物介绍的正文里。

工具本身没有替任何理论作证；它提醒人的，是一次行动做完以后，还该给下一次留下什么。

唐阿姨拿回病历时，不关心那些照片要不要放上网页。她只问，下次来是不是还带这一本。小钟说，要让前后接得上。

他这次回答的，不是一种神秘的机器能力，是一项现在就能开始履行的记录责任。

带 走 的 话

脉枕、银针、药碾帮助医者问与答；这些器具本身不承担临床决定。

> 小 账
>
> 本章拆了什么：把医者看成脱离工具的完整主体，也把一切技术变化都说成同一回事。
>
> 本章立了什么：人和工具共同形成诊疗能力；判断参与的位置变了，读答与责任的要求也要跟着变。

第 27 章

层断了：产业涨，疗效与意义同时退

◆ 一、你一定有过这样的时刻

街角的新店还没拆开业花篮，手机里已经能看见一整排套餐。唐阿姨的邻居办了卡，拿屏幕给她看：最显眼的一栏写着还能来多少次，旁边是连续到店的天数。

店里干净，座位舒服，离家也近。邻居说，以前总觉得照顾自己很麻烦，现在下楼走几步就到了。

唐阿姨问，做完以后觉得怎样。邻居说，当时确实松快。唐阿姨又问，先前惦记着的事还做不做。对方想了一下，说近来太忙，光把卡上的安排做完就占了不少时间。两人说着笑了。

小钟在旁边等车，听见这几句，想起自己做过的一张看板。最鲜亮的曲线是服务次数，接着是新增记录数，再往后是响应速度。每条都往上走。

他翻到最后，想找过去那批人后来怎样，只找到几句主动提交的评价。没再出现的人是好了、忙了、换地方了，还是没得到帮助？他的看板答不出来。

本章的题目是一种待查的危机形状，不是宣布整个行业已经有了某种升降。一位邻居的经历也不是调查。

本章要看清的是：增长与病人的日子分开时，究竟断在哪里，什么材料才够下这个判断。

◆ 二、按次序判

本书按四型的固定次序判：先看是否属于 AI 新型，再看是否层断裂，再看是否一角独大，最后看是否目标空转。

同一时间段、同一项服务，只在第一个符合条件的位置作主要归类，不把四个坏词全贴上去。分类若不先限定对象和时间，讨论就成了见什么都能批评的口袋。

第一步看 AI 新型。要看的不是界面上有没有机器标志，是系统能不能完成推荐、开出下一步、结束服务，却没让有关各方聚成能继续承接回答的过程。

放在本卷，最典型的是一次次从当前症状出发，病人与上一剂方没有接成可供复诊读取的一段路。第 31 章细讲。某项服务若已符合它，本章不再重复归为层断裂。

第二步才问层断裂：眼前的读数在上升，支持诊疗继续运行的力量与病人自己的生活方向，是不是同时退下去?

销售、接诊、送达、评价都是读数；疗效也是读数，在医疗里极重要。可疗效再重要，也不能直接塞进价值账。

题目里的产业涨、疗效退，说的是两种读数可能背离；要判层断裂，还得另查价值与意义是不是同时受损。

价值在本书有明确口径：上一回的回答有没有被接住，病程有没有得到合适推动，人愿不愿意在需要时继续进入负责的诊疗。

意义回到病人：能不能做自己在乎的事，能不能作有根据的选择，生活是不是重新有了可期待的部分。一次舒适感盖不住这些，一次症状分值也替不了它们回答。

如果价值没随读数下降，或者意义资料根本没有，第二步就判不成。这时写未证实，不凭直觉补齐两栏。

第三步的一角独大，看意义内部一面上升、另两面下降；第四步的目标空转，看目标持续运行却丢了原来的方向。二者在下一章展开。

按顺序判，是为了让现象之间有分得清的边界，也让本书自己的判断能被驳回。

举几个例子。一个诊所用了新预约系统，接诊量增加，复诊记录更完整，病人少请假、少奔波。这里看不出层断裂，反倒可能是几本账一起改善。

另一个机构服务量下降，病人也不满意，值得查，却不是读数涨的形状。还有一个机构销量增加，结果资料暂缺，最多只能说它还没证明增长转成了获益，不能判获益已经下降。

分类的对象还要与证据的对象相同。全国销售额是宏观总量，某个门诊的复诊率是局部比例，一个病人的生活变化又是另一种资料。三者各拿一个数字拼成一条向下的因果线，尺度对不上。

这是公共讨论最低的证据成本。

◆ 三、卖得多，回来少

卖得多与回来少可以同时发生，可光凭后半句判不了好坏。

你想想：真正恢复的人，自然可能不再回来；继续回来的人，也可能只是反复续费。复诊次数若成了越多越好的目标，本书批评销售导向时，就又造出一项新的销售导向。

要留的是：必要时能回来，回来时有人读答。

小钟的看板漏掉的，正是离开的原因。同样一个空白，有人已经结束就诊，有人转到更合适的服务，有人遇到障碍，有人失望而走。

只统计留下来的人，结果会过于整齐；把离开的人都算失败，又会惩罚那些帮病人及时卸下医疗负担的服务。空白是一个待解释的问题，不能擅自填成有利的答案。

产业增长也有真实的公道。更近的服务点、更清楚的预约、更稳的供应、更少的等待，可能让原本难得到帮助的人接近合适照护。

对要守店的唐阿姨，省下往返的时间不是轻飘飘的便利。谈意义若无视这些现实条件，就把意义说成了离地的奢侈品。

所以本章不把商业化与读答设成天然的敌人。一项服务可以把后续跟踪算进成本，把复诊交接排进流程。反过来，一间很有传统气息的小诊室，也可能从不检验自己的判断。

规模、装潢和经营身份都不是结论。更该问的是：组织奖励什么，没人奖励的那一段还有没有人担?

设想考核只看当天完成多少单。初诊很容易显出一个完成：询问结束、结论给出、药品寄出。

复诊却让完成变得不整齐：病人有新变化，原判断要改，有些疑问得转交别处。如果修改被当成前次失败，工作人员就有动力把复诊写短。

这里用不着一个存心隐瞒的人，只需一条把修正算成污点的规则。

再设想评价只许当天填。态度好不好、环境舒不舒服，病人很快能评；一段病程变没变，要时间。

于是你在展示页上看到的不是全部效果，是更容易及时说出来的效果。准确的批评是证据窗口偏短，不是跳到无效的结论。

一个反例帮我们守住边界。某机构销量上升，症状保持改善，必要的复诊也被接住，只是病人对服务的热情没再升高。

这时不能为了凑三层下降，把普通、平稳的生活叫作意义退化。能安静回到原来的日子，也可能正是他想要的。

意义由人具体承担，不能被本书设成另一种表演任务。

◆ 四、断在复诊那一环

在答证的视角里，最该审查的断口是：上一剂方留下的应答，能不能到达下一次判断？

药物送达不等于应答送达；记录生成不等于记录可读；病人再次登录不等于前次经历进了这次处理。每一环都完成了自己的任务，整个过程仍可能没接起来。

摆出唐阿姨一段虚构的经历就明白了。她初诊时最困扰的是胃胀，复诊时说最明显的不适轻了，可店里一忙仍会打乱吃饭。

系统若只显示本次不适，医者不容易知道上一回问了什么；若只显示原来的证型，今天的新材料又容易被压进旧名字。接起前后，不是复制旧结论，也不是删掉重来，是让两者互相检验。

接回这条路，要靠组织安排。谁读后续，何时读，读到不合预期的材料交给谁，病人知不知道从哪里补充？这些都不是数据库容量能自动解决的。

一个收件箱可以无限存信，没有明确的接收者，信仍然没有到达。

同时要防着把负担推给病人。系统若要每个人写长文、拍大量材料、反复填同一个问题，最后只有有时间、能读会写的人留下完整记录。

看似更重视回答，实际可能拉大了谁能被看见的差别。合理的记录让医者和工具分担整理，让病人用自己能用的方式表达，不把不会填表当成不配合。

收集疗效资料也不能只收夸奖。不适没改善、不愿继续、有了新疑虑，都是系统学习的一部分。

界面若把好评放在入口，其他情况只能藏进长篇自由文本，机器很容易学到一批被安排过的故事。问题不只在模型，更在入口怎样设计、谁有时间把故事讲完。

可也别把保留复诊当成证明答证的捷径。更完整的记录，能让任何一种解释受到更公平的检验，包括方证相应、临床相遇的解释，以及本书提出的答证。

若材料显示，药后复诊的变化并没有本书预期的独立作用，就应该依照后面的判决条件认错。

建一条证据通路，是为了让争论能被回答，不是给某一方留胜利通道。

所以，产业服不服务病人，不看它用不用本书的词。某个平台从不说答证，却把前后处置、身体变化、责任交接记得清清楚楚，它已经做了重要的工作；另一处口口声声重视整体，却只在开方当天留下漂亮故事，后续仍得补。

本章把复诊放在中心，是因为它常夹在两个组织之间：前一项服务已能结算，后一项还没开始。这个不属于任何漂亮终点的间隙，存着本书最关心的转折。

评价若只数终点，间隙就容易消失。

连续材料也不等于拿今天减昨天就得到服务的作用。一个人可能在最难受时才来，后来没有特定处置也会有起伏；忙闲、别处的照护、生活条件的改变，都可能与服务同时发生。

拿服务前最糟的一天与后来最好的一天比，曲线会很动人。可它答得出服务贡献了多少吗？研究要有恰当对照，日常评估至少要有完整的时间窗。

意义的材料也一样。唐阿姨重新想开店，可能与身体改善相连，也可能与家里暂时有人帮忙相连。

把好变化都归给一剂方，是把病人的整个世界算成诊室的功劳；把不满意都算成病人要求太高，又让服务免了检查。

意义账问的是诊疗参与了怎样的变化，不是宣称诊疗造出了一个人的全部人生。

有时，断裂表现为两拨人各说真话。推广的人说预约更方便，临床的人说复杂病例更多，病人说更难找到了解前情的人。三句都可能是真的。

不能挑一个最响的声音了事。要追到交接处，看方便带来的新需求，有没有配上足够的后续能力。

增长不是过错，没人安排的承接才是具体要改的地方。

所以，任何对外的增长图，旁边都该允许出现一个尚不知道。对照没建立、失访原因不清、意义材料不够，就照实留下这个空位。

最危险的看板不是数字少，是每个位置都被一种成功说法填满，后来送来的真实回答已经没地方落脚。

还得承认，评价本身会改变服务。把必要复诊完成率设成指标，就可能多出不必要的复诊；只考停药速度，又可能忽略复杂病程。任何单一数字都可能被推向极端。三本账的用处，正在让互相冲突的结果被看见，不是发明一个永远上升的总分。

◆ 五、放回日子里

小钟没把看板全删掉。响应速度、服务量仍有用。他在原来的曲线旁加了一行说明：这是服务完成的记录，还不是病程结果。

他又单独查了一批前后记录能不能关联，发现有的同一个人被当成两条新记录，有的复诊只有一段没有时间的备注。

他没把这次检查说成全行业调查，也没拿几个空白去判何先生的全部门诊。何先生只关心一个问题：唐阿姨下回进门，自己能不能读到上回以后发生的事。

小钟说，这一项现在还不能保证，要补。

邻居再来面馆时，唐阿姨也没劝她退卡。她只是接着问，那些安排做完以后，你原来想做的事现在怎样了。

这个问题不要求人拒绝舒服，也不要求人为消费认错。它把一张不断累加的服务清单，重新放回一个人的日子里。

带走的话

增长若接不住药后的回答，产业的好看读数就可能遮住诊疗的断口。

小账

本章拆了什么：用销量证明疗效，用满意证明意义，或者反过来用少数故事宣布整个产业退步。

本章立了什么：按固定次序识别危机，以连续材料查明增长是否接住了回答，以及病人的日子。

第 28 章

一角独大与目标空转：养生产业的空转

◆ 一、你一定有过这样的时刻

邻居来面馆时，先看了一眼手机。屏幕提醒今天还差一次打卡，她把杯子移到窗边，拍完，才坐下吃面。

唐阿姨问她喝的是什么，她说是自己安排的日常饮品，已经连着记了许多天。喝的是什么不要紧，要紧的是那串连续的标记不能断。前一天忙忘了，她翻了半天相册，想找一张能补上的照片。

她笑着说，不记也行，就是心里不踏实。又问唐阿姨，面馆要不要建个打卡群，大家互相提醒。

唐阿姨想起自己也这样过：起初为了少忘事设提醒，后来一天几次提示，心里就跟着响几次。真做了什么，有时反倒不如按下完成那一下来得安心。

小钟在电脑旁随口说，工具不是帮人坚持吗？邻居说正是，所以不能断。

唐阿姨低头搅面，没有争。门口有熟客招呼，她出去说了几句，回来时面已经有些坨了，手机上的那一格却终于变成绿色。

这里没有谁被诊断出心理问题，也没有哪种习惯被宣布有害。这个虚构场景只让你看见一种可能的倒置：本来为了更好生活才安排的事，后来让生活围着完成它转。

要辨清这种倒置，先得承认：规律、陪伴和仪式，常常确实能给人安顿。

◆ 二、只剩一角在涨

照上一章的顺序，先排除 AI 新型与层断裂，才轮到一角独大。

这一型不是某人今天只想舒服一下，是在一段时间里，意义的一面上升，另两面持续下降。放在养生场景，最常见的候选是：即时舒适越来越被追求，重新做事的可能与自主选择的空间越来越窄。

可舒服不是幸福的完整同义词。

被耐心照顾、从忙碌中暂时抽身，都可以是真实的好事。要问的是，这份舒服有没有帮你重新拥有自己的生活，还是慢慢变成唯一允许追求的目标?

一次放松不能定性为麻醉；长期拿别的一切可能去换一份短暂的安心，才是要追问的关系。

创造也不等于发论文、开公司、每天产出更多。唐阿姨愿意换一种摆桌方式，学一道新点心，重新请朋友来坐，都可以是她打开日子的方式。

自由不等于什么都不做，是有根据地选择、改变、拒绝某个安排。幸福是人对这段生活的安顿与认领，不能由旁人拿一张任务清单裁定。

所以，不能把一位老人慢下来、一个病人休息，自动算成另两角下降。休息可能正好恢复选择的能力，减掉过量任务可能打开新的创造。

若把创造当产量，把自由当行动次数，本书就会拿自己的指标重演它批评的错误。意义的三面要从这个人的生活里读。

真正要辨认的是一种挤占。

一个人为了不打乱某项安排，慢慢不敢外出、不敢改一天的次序，也不去原先喜欢的活动；每次得到的安心只撑到下一次提醒，下一次又得花更多时间维持。

这样持续下去，舒服的读数虽高，它撑起的生活却可能收窄。这要本人的叙述、时间记录和前后材料，不能靠旁观者一句你太依赖来定案。

何先生的诊室也未必免疫。病人若把每次被安慰的感觉当唯一目标，医者只要人肯回来就觉得成功，双方可以处得很稳，却不再问这段相处还要不要照样继续。

本书的美聚不是留客术。人愿意回来，只是回路成立的条件之一；在合适的时候少受医疗束缚，同样值得守住。

还它公道，要把成立条件讲足。规律安排能减轻每天重新决定的负担，同伴提醒能让坚持容易些，适度的仪式能给生活一个节奏。

一个长期忽略自己的人，借某种活动终于给自己留出时间，不能因为活动属于产业服务就被抹去。只要安排仍能被本人理解、调整，又没挤掉必要的照护与在乎的生活，它就可能起正面作用。

一角独大的判断，必须在这份公道之后作。

先问它带来什么，再问付出什么，最后看这笔交换是不是仍由病人自己担得起、改得了。

一份安顿有没有变成束缚，往往要到人想稍稍偏离安排时才看得清：他能不能说今天不必照旧？这个选择又会被怎样对待？

◆ 三、为养而养

目标空转是另一种慢性的形状。前面几类不成立时，才问：一项安排是不是已经丢了它所服务的事，却靠完成本身继续运转？

它有时表现为越做越多，有时表现为只求不出错、不再追问。底下都可能是为了维持安排而维持安排。

越做越多的那一种，你大概很熟悉。原先只有一项提醒，后来每个环节配一项；原先做完就完，后来做完还要拍照、评分、总结；原先偶尔忘记是件小事，后来忘记像是否定了整个努力。

这里的勤奋是真勤奋，问题是勤奋的方向不再接受日子的检验。

只求不动的那一种更安静。有人已经不知道某项安排还帮自己什么，却怕一改就没了保障，于是照着做；有人面对互相矛盾的信息，干脆挑一个权威替自己决定一切。

不能因此笑他软弱。信息太多、时间不够、怕出错，都可能让暂停判断成为一种自保。可这个暂停若长期成了唯一办法，选择空间就越来越窄。

所以空转不能单靠次数认。每天做同一件事，可能是扎实的习惯，也可能是丢了方向的重复；活动减少，可能是想过以后的休息，也可能是对一切可能的放弃。

要问的是：这个人还说不说得出它在帮自己什么？还能不能依实际变化改它？

如果一切结果都被解释成更要继续，目标就没有任何能完成、能修正的位置。

举个例子。一项安排让人不适，解释是正在调整，要继续；没有变化，解释是积累未到，要继续；感觉舒适，解释是已经有效，更要继续。

三种结果通向同一个结论，过程就没有接收回答的能力。

这里批评的是不会被回答改变的说法，不是对某个具体疗法下临床判决。

本书借三句话把这种危险说得尖锐：没有自由的创造是苦役，没有创造的自由是空转，没有创造与自由的幸福是麻醉。

三句是规范判断，不是病名。放回日常：第一句是被迫做越来越多的自我管理任务，却无权调整；第二句是表面没有约束，却不再打开任何新的生活可能；第三句是只剩被安抚的瞬间，离开安抚就再无去处。

三句话也不能拿去给人贴标签。一个暂时只求安稳的人，可能正扛着极重的压力。它们首先用来审查服务的方向：我们提供的东西，是让人更能生活，还是让人更只能依赖我们?

空转还有机构的版本。员工努力让完成率上升，主管努力让报表好看，平台努力让提醒更及时，谁都没机会回头问病人的后续。

每一级都完成了自己的任务，最后没有一级对原来的目的负责。目标怎样设，终止与转出怎样评，谁能提出不必继续，都是组织要回答的问题。

◆ 四、安顿不必付出服从

能安顿人的服务，该允许你问为什么。

它不必每次都给确定答案，可要让不确定有位置。若询问被当成不信任，若没改善被归咎于不够虔诚、执行不够完美，病人的日子就可能被变成替服务辩护的材料。

安顿与服从的界线，在这里最容易模糊。

也要允许人与安排保持距离。调整长期医疗处置，要与负责的专业人员商量，不能凭一本书或一次情绪决定；普通的生活记录，人不该因一次遗漏就被算作失败。

两类事混在一起，既可能把娱乐式打卡抬成医疗必需，又可能把必要的医疗降成随手可弃。

一个好的反例：某项服务主动帮人减少不必要的重复。它仍要营业，却没把永远回来当唯一的成功；它仍发提醒，却让提醒随需要变；它也问是不是占了人太多时间。

这说明商业安排不一定走向空转。我们批评的是一套具体激励怎样压住回答，不是给所有服务者预先定罪。

从答证的角度，最值得学的是问题怎样改。原先只问今天完成了吗，可以接着问完成以后发生了什么；原先只问你舒服吗，可以接着问这份舒服让你更能做什么；原先只问还续不续，可以先问原来的目标走到了哪里。

这些不是让你自己辨证的问卷，是审视服务关系的几个方向。

还要防着意义账被做成产品。平台若给创造、自由、幸福各设一个总分，要求天天上涨，意义就成了新的打卡。

一个人为了证明自己更自由，每天完成自由任务，正是空转的一种讽刺。过日子的人不需要随时为自己的存在递交合格证。

医者也不能借意义之名越过病人的意愿。唐阿姨想先把面馆撑住，旁人却坚持她该追求宏大的创造，这就又把她的意义押到了别人那一头。

她的创造可以很小，自由可以有限，幸福也可能很平实。只要来自她具体的生活，就比一幅别人替她画的理想人生更值得尊重。

所以本章主张的修补，不是给每个人加更多目标，是恢复目标能被回答改变的条件。

身体与生活送来新材料，服务要听得见；原有安排不再合适，负责的人要能商量调整；证据不够，要承认不够。这个开着的缺口，让坚持成了有方向的坚持，也让休息成了能认领的休息。

必要的耐心也由此分得清。有些判断本来要时间，不能因短期没变化就说空转；可要时间，就得有说得出的理由和检查的位置。何时重新评估、由谁评估，都属于负责安排的一部分。

还有一种难处理的情况：安排既给了安顿，也造成负担。你可能真喜欢活动里的陪伴，又讨厌时时证明自己参加了；可能感谢专业人员耐心解释，又怕拒绝追加服务伤了关系。

这时不必在全盘认可与全盘否定之间二选一。把有益的部分与附加的约束分别说清，才能留下前者、商量后者。混合的经验不是杂音，是生活本来的复杂。

有人会说，本人愿意花时间，旁人何必多问？愿意，需要有可用的信息和真实可行的选择。

若一切疑问都被转成新的购买理由，若退出被暗示会招来说不清的后果，表面的自愿就值得再了解。反过来，本人明白用途与限制、担得起成本、也保有别的生活可能，本书不拿自己的偏好替他做主。

于是，检验空转最有力的材料，往往是一次真实的谈话：一个人说某项安排已经不帮自己了，服务能不能把这句话当材料，而不是当一种要纠正的态度？

如果谈话能改变安排，回路还有开口；如果任何话最后都被翻译成继续同一安排的理由，空转的判断才有了清楚的着落。

沉默、迟疑、反复、暂时没有方向，都可能是实际生活的一部分。能容下这些的关系，比只容积极变化的关系更有机会听见真实的回答。

◆ 五、放回日子里

邻居第二次提起打卡群时，小钟没急着给她做程序。他问群里准备记什么，对方说当然记有没有做。

小钟又问，过一段时间怎么知道这个群帮没帮上忙。她想了想，说至少大家别因为拍照又添一件烦心事。唐阿姨笑了，说这条可以放在最前面。

这不是一套正式干预，更不是一项研究。几个人只是把默认的目标重新摆上桌：提醒是为了让日子容易些，不是让日子服从提醒。

后来那位邻居仍留着自己喜欢的安排；涉及健康的处置要不要继续，她仍与专业人员商量。这里没有一个戏剧化的清醒时刻，也不需要有。

何先生听小钟讲起，只说人来这里，总该能带着自己的日子来，也带着自己的日子走。小钟把这句话记在空白处。

一套系统若只会让人更会用系统，还没有答出自己存在的理由。

带走的话

当任何回答都只能换来继续，养生安排便可能离开生活，开始空转。

小账

本章拆了什么：把舒服直接当作全部幸福，把连续完成当作目的已经实现。

本章立了什么：先辨一角独大，再辨目标空转；好的安顿应支持人重新拥有做事、选择与生活的空间。

第 29 章

没有中医的中药：废医存药的老问题

◆ 一、你一定有过这样的时刻

唐阿姨把手机放在面馆收银台旁。页面上写着三分钟线上问诊，药寄到家。这是本章设的虚构页面，不指向哪一家真实机构。

字很大，步骤很短：先填几项情况，再传材料，最后等消息。忙完午市，她最在意的是不用关店跑一趟。

点进去以前，她把屏幕给小钟看，问以前的病历能不能放进去。小钟找到了上传入口。唐阿姨又问，收到药以后，原来最难受的地方要是变了，该点哪里。

小钟往下翻，先看见物流，接着是评价，再是重新问诊。他没找到能把上一回与下一回接起来的位置，可也没因此断言后台没有安排。他说，这件事要问清楚。

何先生看见两人研究页面，没说网上都不可靠。他只问，第二回是谁看。唐阿姨想了想，说上面好像没写。

外卖提示音响起来，她去收拾一张桌子，回来时屏幕已经回到首页。那些步骤仍然很方便，缺的那个问题却没有因此消失。

药可以远行，资料也可以远行，读资料的人不必和病人坐在同一间屋里。

问题是：一剂方从屏幕走进现实以后，身体送回的变化，有没有同样清楚的去处？

◆ 二、三分钟不是原罪

线上服务快不快，决定不了质量。

初次接触可能只做分流，后面另有细致评估；熟悉病情的随访，不必每次重问一遍；有些情况必须转去当面检查。只凭几分钟这个广告数字定性，批评的就只是一个醒目的词。

方便的公道要给足。一个要照顾家人、守店或行动受限的人，少跑一趟，可能就不再推迟必要的咨询。

距离不该成为判断用不用心的代名词。关心可以在远程发生，敷衍也可以面对面发生。

数字记录还有纸面难替代的长处。它能留时间，能很快调出旧材料，能让不同地点的专业人员在授权范围内接着做。

设计得好的系统，不必让唐阿姨把每次经历重讲一遍，还能把缺失清楚标出来。批评只存初诊的模式，正是要求把这些能力用到前后连接上。

可是便利只证明某一段成本降了，不证明整段服务完整。

订得更快、送得更稳、付得更方便，都是局部成就。药后应答怎样被读取，是另一项要明确安排的工作。把局部成就加起来就宣布连续诊疗已完成，关键的那一段可能恰好在加法里消失。

本章说没有中医的中药，指的是这样一种服务形状：方药保留了，辨证在药后怎样继续却被省掉。

它不是说标准化药物不该存在，也不是说离开某种传统话语，药就没了作用。第 2 章已经承认成分研究、质量控制和严格验证的价值。某个药物若对确定的问题有可靠证据，就按其证据范围评价，不必为了维护本书去否认它。

有些处置的依据本来就不是答证，本卷已承认急症、单方和没有复诊场合的边界。这里讨论的，只是原本以连续辨证为承诺、实际却只做了第一次分类的那部分服务。

正是在这个范围里，老争论又冒了出来。

废医存药在历史争论中想留下可验证的药，把某些医理和诊法排出去。今天有些流程未必宣称这种立场，结构上却可能得到相似的结果：留下能交付的一包药，省去不好结算、也不好展示的后续判断。

我们比的是形状，不指认经营者怀着同一种历史主张。

◆ 三、问题寄出，回答寄给谁

一剂方若被看作一个问题，就不能只查它发没发出。下一次变化回到哪里，是问题的一部分。

这里的回答不是随手点评，也不是点一下满意。照本书对答证的收窄，药后变化要能在脉、舌、病程等材料里被下一诊读出，并进入下一方的判断。哪些材料适合远程取得，由有资质的专业人员依具体情况判断。

一个常见的设计误会，是以为聊天窗口一直在，回答就一直有人接。

窗口只是一条通路，还得知道谁读、何时读、读不到什么、怎样转交。上一回的医者若已结束服务，下一回的人只看见一条新消息；病人还在同一个页面里，诊疗却可能已经没人说明地重新开始了。

界面连续与责任连续，不是一回事。

另一个误会是把自动回信当成接住了回答。系统回一句收到，能让病人少些疑惑，可不等于材料已被理解。把新情况重新概括成旧证型，也不等于读了答。

真正的接续，要允许新材料改变既有判断，包括承认凭远程资料判断不了。没有改变决定的可能，收到就只是一个存储动作。

小钟可以在虚构系统里排两种入口。第一种让用户每次重新填当下的不适，由系统给一份独立意见；第二种先调出经确认的上次处置与时间，再展示后来的变化，提示接诊者补足缺项。

两种都看着清爽，都能生成整齐的文书。区别在后一种逼系统面对前次行动的后果。

可后一种也有风险。旧记录一放在最上方，接诊者就可能被原结论牵着走，只找与它相符的变化。

接上前情，不能变成被前情锁住。

好一些的记录，要分开原始观察、当时的解释、后来的解释。旧方是待检验的来路，不是禁止新判断的权威。

还要把病人的实际经历与系统里的计划分开。开出不等于拿到，拿到不等于用了，用了也不等于周围条件一点没变。

研究若把计划当经历，就是替身体编一条它没走过的路。下一位医者若混了这几件事，你的药后变化也可能被他读错。把不知道写成不知道，比把空白补成顺从的故事更负责。

物流记录说得清东西何时送到，说不清身体何时、怎样回应；支付记录说得清交易完成，说不清选择已被充分理解。不能因为机器好读，就让最好计数的那一项吞掉其余。

评估连续性，还要看转出。新情况超出原服务能力，及时转去合适的当面诊疗，是接住回答的一种方式，不是回路失败。

答证不是把人困在同一张方、同一个医者或同一个平台里，是要求实际变化能到达有能力处理它的位置。

◆ 四、留下方，也留下答

要让远程便利不割断后续，先得让服务结束有一个清楚的含义。

结束一次询问、结束配送、结束一段诊疗，是三件不同的事。平台可以在前两件上及时结算，却不能让病人误以为第三件也已完成。只要承诺里有连续辨证，后续责任就不能在订单关闭时悄悄蒸发。

这不是说每个医者都要时时在线。可以是明确的团队交接，可以是认得出的复诊时段，也可以是在能力边界处清楚转出。

关键在：病人知道路径，接续者看得见必要的前情，紧急情况不被普通消息队列耽误。这是组织原则，不是给你的就医建议。

还要给新一回留够空间。初诊有二十个字段，复诊只剩一个是否好转，数据库就已经替理论作了选择：前者值得细分，后者只需盖章。

把复诊做大，不是机械地加题目，是让处置、应答、判断变化都有能保存的位置。

你也许会反驳：这不是普通的连续医疗早就在做的事吗？

是的，记录前次处置、追踪结果、交接责任，都不是本书发明的。本书的特别要求，是拿这段材料去检验证的构成：复诊证是否受首方与身体应答共同决定，是否出现预先说好的方序效应。

普通的连续记录是必要的地基，可不能凭地基在，就宣称本书的特别命题成立。

也有人会问：某项标准化服务在严格研究中效果良好，又不用答证的语言，为什么要改?

不必改成中医的词。只有当它声称能替代连续辨证时，才需要拿出相应的证据。理论争论要公平，就不能把自己的定义设成别人必须走的唯一入口。

从这里回看没有中医的中药：它可能是一种缺失，也可能是一种自觉的范围选择。

若明说自己只解决已验证的某个问题，交代清楚后续照护归谁，就不能光凭没有现场辨证批评它。若一面借着个体化连续辨证的声誉，一面只交付固定问卷后的单次商品，才有了承诺与结构的不相称。

另一个不能省的条件，是资料能不能带走。唐阿姨换了服务地点，前情不该锁在原平台里。

可带走不等于无边界传播。恰当的摘要、原始材料的来路、清楚的访问权限，能让下一位负责者拿到所需，而不是拿到一切。

企业若说保存完整后续太贵，那正说明成本讨论必须公开。

可以比哪些信息最有价值，怎样用工具帮着整理；可不能先删掉贵的那一段，再把删过的价格宣传成同等服务更便宜。省掉过程与提高效率，外表都缩短时间，含义却不同。

技术在这里完全可以当修补者。排好前后材料、找出缺失的时间、提示前后描述不一致、帮医者生成可核对的交接摘要，都能减轻连续工作的负担。

要防的不是机器帮忙，是机器把缺失润色成完整的叙述。原记录没说的，系统该提示缺失，不能拿常见情况代填唐阿姨的身体经历。

你也许觉得，写清后续不过多几行说明，何必讲这么久？

难处在于，说明必须连着能兑现的工作。页面写着有问题随时联系，人手却只覆盖下单环节，这句话没增加一点承接能力。审查要看实际流程怎样运转，不能把一段让人放心的文字当成完成。

记录里的时间还关系到证据强弱。病人事后回忆，总可能把先后记混；自动摘要若把大约几天改成确定日期，就造出了原材料没有的精度。

对本书的方序效应来说，次序尤其要紧。连先做什么、后变什么都被系统悄悄补齐了，再漂亮的分析也可能只是在分析机器编出的顺序。

完整的连续服务也不等于把所有人硬接成同一种故事。有人拿不出某次记录，有人在别处接受过不同处置，有人没按原计划走。

为了库整洁而剔掉所有不整齐的人，最后学到的可能是一条现实里很少有人完整走过的理想路径。

真正负责的便利，该把这些复杂工作尽量放在服务方与工具一侧，不是让唐阿姨先学会一套数据语言。

她把实际经历带来，专业人员与系统忠实整理，再由有资格的人判断下一步。便利若降低了表达与交接的门槛，就帮答被听见；若只降低了购买的门槛，它只做了半件事。

投诉、疑问和复诊材料也要分清。一份病程记录不该转给只管退款的人；病人不必先把身体变化说成一场交易纠纷，才能被听见。

◆ 五、放回日子里

唐阿姨最后没在面馆里决定那项服务适不适合自己。她先记住了三个要问清的问题：原病历谁能看，后续变化由谁接，远程判断不了时怎样转去合适的帮助。

她没因此成了会自己辨证的人，却更清楚一项连续服务该怎样说明自己。

小钟把首页上的几项完成标志重新想了一遍。支付完成、配送完成、信息收到，可以各自成立。

要补的是另一种位置：这里还有待负责人员接着处理的问题。把等待写清楚，比用一个总完成盖住所有环节更诚实。

何先生听了，没反对寄药到家。他说路远就让东西走，人少跑一点；可上回到这回那段路，不能没人记。

下一章要查的，正是这段路为什么容易被省掉。它不是到了手机上才消失；早在知识被装进教材和机器时，什么适合留下、什么容易丢，就已经是个问题。

带走的话

药能寄到家，药后的回答也应有去处；方便须接得上负责的下一诊。

小账

本章拆了什么：用配送和单次问诊的完成，替代连续辨证已经完成的承诺。

本章立了什么：方便可以保留，回答也必须有去处；服务的范围、交接与可检验边界应当相称。

第 30 章

教材化与专家系统：1950 年代与 1978—1979 年，回路被压成了截面

◆ 一、你一定有过这样的时刻

小钟从旧资料里找出一张流程图，旁边摊着自己的设计草稿。一张已经发黄，一张刚从打印机出来。

他先看输入，再看输出，发现两张都很容易被自己概括成三个格子：症状、证型、方。笔顺着箭头往下走，到最后一格就没处可去了。

他拿给何先生看。何先生问，下一张纸呢？小钟说，这一页只说明一次处理。师父说，那就是这一页，别说它已经把看病全讲完了。

小钟原本准备赞叹新旧技术多么相像，听完这句，把资料重新翻了一遍。他不能凭一张图就知道整个旧系统有没有别的模块，也不能凭自己的理解推断原设计者怎样想。

傍晚唐阿姨来补取复印件，问为什么同一个人的三次病历放进了三个文件夹。小钟说是按日期存的。她又问，那看的人知道这是连续三回吗？

这一问把他从旧纸拉回了今天。文件全在，不等于它们之间的来路也在。

本章查两次重要的知识保存：教材把经验变成可教的形式，专家系统把经验变成可执行的规则。

我们保留原章题里的年代标记，正文里分开已查明的史实与仍须核对的细节。回路被压成截面这个判断，不能冒充查过所有教材、所有旧系统以后的历史结论。

◆ 二、第一次：教材

教材化的头一份功劳，是让知识不再只能附在一个人的在场上。

病人等不到每位年轻医者都独自熬几十年。分类、定义、典型材料与处置原则，把难以把握的临床经验整理成能共同学习、讨论和纠错的语言。

这件事本身值得承认。

本书把二十世纪五十年代的教材化当作一个历史检查入口，具体教材名称、版本与相关段落仍须查原文〔待核〕。

原件核定以前，只能谈一种可能的编排形状：先列症状，再列证型，再讲治法与方。不能据此断言那个年代所有教材都只教初诊。历史判断要靠具体的书页，不能靠本书喜欢的示意图。

教材为什么容易这样编？因为它要让初学者在有限篇幅里找到入口。

把描述相近的材料放一起，给一个名称，再摆出常用处置，读者就能抓住一个框架。框架全拆了，每次诊疗都写成独特故事，学生反倒不知道哪些差别值得注意。

难处出在框架什么时候被当成了全过程。

一次成熟的诊疗判断，可能是许多尝试、变化与修正留下的结果。教材为了好讲，把结果放在开头，学生就容易以为这个名字原本就静静等在那里。

原来要沿着病程读出的区别，被写成眼前就能列完的特征。教学上的顺序，就这样悄悄变成了关于证如何存在的顺序。

这不是教材独有的罪。数学教材把发现过程整理成干净的证明，菜谱把反复试做整理成步骤，法律教材把复杂案件压成争点。

问题不在整理，在你知不知道被省掉的部分还在，需要时又怎样重新进去。对答证来说，被省掉的可能正是上一剂方怎样改了下一次辨证的材料。

拿一道题作例子。题目若只给当下症状，让学生选证型，考的是一次截面的分类；若给出上次判断、实际处置、药后病程，再让学生说明今天哪些解释得到支持、哪些要放弃，才开始考读转折。

学生在第一类题上拿高分，不自动意味着他会处理第二类材料。

还可以有第三类题：给出连续记录，却故意缺掉一段关键时间，让学生说明哪些判断暂时下不了。这样的训练教人把不知道留住。

若所有考题都默认资料完整、答案唯一，医者日后面对空白，就容易拿最熟的证型去补。答证要的不只是更会下结论的人，也要知道何处必须等更多合格材料的人。

所以本章说的第一次压缩，不是把教材编写者定成破坏者。它提出一种可以审查的偏向。

教材为了可教，把行动后的应答转成已知的分类条件，有没有削弱学生追踪来路的能力？

要回答，得比较实际的章节、案例与考核，不能只数书里出现了多少次复诊二字。提到复诊，与真让药后材料改变推理，是两种不同的教学安排。

◆ 三、第二次：专家系统

机器参与中医判断，不是大模型出现以后才有的事。

北京中医医院官网的回顾记载，关幼波团队在一九七八年完成肝病诊疗程序，一九七九年一月二十三日投入使用。此后团队继续收集病例、修订程序（北京中医医院，二〇一九）。

这些资料足以纠正机器过去只会保管文字、今天才开始给意见的说法；它们不能单独证明系统怎样逐诊表示病程。

两处年代已有机构史料支持，年代以外的技术细节要分别核查。还要核的是早期技术文档、数据结构和病例输入方式，特别是有没有保存前次处置与后续变化的关联。

官方回顾带有成绩叙述，本章不拿其中的符合率或疗效数字当独立的有效性证据。

专家系统的基本想法，你不难懂。把专家判断里说得清的条件整理出来，系统就能照这些条件筛选候选、给出建议。

它不是把一个人的全部生活原样装进去，是把能表达、能执行的部分转换成规则。转换得好，经验能传得更远，原先只靠权威服人的判断也能逐条讨论。

这份公道要紧。把早期研究说成只会机械套方，会遮住当时真正的难题：专家能不能说清自己依据什么，对不上时怎样修改。

把本领从个人身上搬进可检查的程序，本身就是一种开拓。

规则系统也不是天生处理不了时间。只要把前次处置、后来的变化、时间间隔与新的判断写进表示，它完全能装下连续过程。

反过来，一个语言流畅的大模型，若只收当前表单，照样把过程切成截面。关键不在规则还是神经网络，在被保存、被调用的究竟是什么。

小钟画的三个格子，能说明一个受限模型，却代表不了关幼波系统的全部历史事实。

这个受限模型把当下症状映射到证型，再把证型映射到处置；下一次来，重复一遍。即使每次都重新辨证，它也未必知道今天这份材料怎样从上一回走来。

重复处理两个时点，不等于已经表示了两个时点之间的转折。

一个具体的区别是：系统把证型变化记成结果，还是把变化当成要解释的事件？

前一种可以说上回是甲型，这回是乙型；后一种还要问上回实际做了什么，随后哪些材料变了，这些变化怎样支持今天的判断。前一种比完全不留历史好，可答证要的推理还没完成。

把甲改成乙的动作，要有能追索的理由。

也要承认一种反例：有些问题只要当前材料就够，多余的历史可能没用，甚至造成偏见。

记录的完整与判断的适度要分开。完整保存，才能检验何时历史有用、何时没用；只存截面，这项检验从一开始就做不了。

◆ 四、都只存了初诊

本书用都只存了初诊，概括两次压缩的共同形状。这句话指本章审查的截面式保存模式，不是已证实的全体教材与专家系统的事实。

第一次把经验压成可教的分类链，第二次把分类链压成可执行的规则链；两次若都没给药后转折留位置，机器拿到的就是两次加工过的初诊模型。

这里说的初诊，不一定标着初诊二字。

一条确实发生在第二次就诊的记录，若只写当下症状与当前证型，不写前次处置怎样进入判断，结构上仍像一次新的初诊。所以审查不能只数标签比例，要看复诊记录里有没有足够来路。

一个库可能有非常多复诊，却只留下很少转折；另一个库病例不多，却把每次判断怎样改变记得相当清楚。

数量不能替结构作证。

小钟若只在汇报里写有多少万条病历，你并不知道其中多少能回答上一剂方与下一诊的关系。数据规模可以是资源，也可以把同一种空白复制很多遍。

教材与机器连在一起，还会反过来改临床。学生照教材学会分类，工作人员照软件字段提问，没有字段的内容越来越少被问到，后来研究者又拿这些记录证明哪些特征最常见。

一个原先只是整理材料的选择，在循环里越来越像自然事实。下一章讲系统怎样漏掉回答，第 33 章再把这个回写过程拆开。

可这个循环并非注定不可逆。教师可以补进连续案例，程序可以加时间关系，研究者可以主动审计缺失。回写有方向，也能改方向。

要核查，最有用的是拿实际样本做对照。

选一段去掉身份信息的连续病例，让不知道设计意图的审查者判断：能不能找出上次处置？能不能分开实际经过与计划？能不能看出哪些变化影响了本次决定？此处只提审计办法，不报告任何已得的结果。

这项审计也要允许本书自己输。

若一个早期系统已经把这些位置存得很好，本章关于它的压缩指控就应撤回或转向更窄的模块；若某本教材已充分教了复诊推理，就该把它作为反例写进教材史。

历史的复杂，是检验理论边界的材料，不是碍事的杂物。

完整记录也不等于把医者的每句思考都变成必填字段。过度结构化会让人只剩填表，挤走观察与交谈。新增的记录若只让人更累，却没让回答更可读，就还得改。

本章由此给出一个守得住的历史判断：教材化与专家系统都面对把活经验存成稳定形式的难题，存的过程中可能丢掉药后转折；丢没丢、丢多少，必须逐项查。

今天的模型再强，也补不回训练材料里没留下的来路。

教材的次序还有一个能比较的后果。先看证型答案再读连续材料，学生可能只找支持答案的部分；先整理药前药后的变化再看历史证型，他可能提出别的疑问。

两种教法都可能有价值。可以在相同材料上比：学生能不能认出矛盾，能不能留住不确定。这样，次序问题才从修辞走到可研究的地方。

你还得分清复诊的事实次序与教材的呈现次序。身体经历不能倒放，书页却可以先给结论再解释来路。

学生若只因先看到答案就更容易同意答案，那是学习与判断的顺序效应，不能拿来证明首方在身体里造成了方序效应。前者研究知识怎样被读，后者研究处置与应答怎样生出差异，各要各的材料。

专家系统的输入界面也一样。先问证型再问症状，更快；先收原始材料最后让人确认解释，可能更能留住不合预想的信息，却也可能加重负担。

要在实际使用中比遗漏与错误。本书主张把药后转折留下来，对怎样留、留下有没有用，同样担着检验的义务。

保存制度还得容得下版本。规则改了，旧病例当时用的是哪一版，要能追；后来重新解释旧病例，新解释不能覆盖旧判断而不留痕迹。

否则系统会显得越来越正确，因为过去的错已被改写成今天的答案。

读史也是如此。本书沿用专家系统这个通行名称，却不能借此替当年的程序补上今天才有的能力，也不能把它压成一件毫无变化的古董。名称帮你定位，原始文档才能决定具体功能。

◆ 五、放回日子里

小钟在流程图旁添了两个问号，没把旧系统的名字写在问号后面。他把历史事实与自己的受限模型分开存：前者留来源，后者标明是为讨论而画。

师父说，这是两件事，分清了才好往下走。小钟头一回觉得，认真批评一项技术，可能比写一篇赞美更要耐心。

他随后抽出唐阿姨的三次记录，试着不听何先生补充，只凭纸上的内容复原前后。能复原的，他留着；得靠师父回忆的，他记为缺失；自己想当然补出来的，他划掉。

这项练习没有证明答证，却让他知道库里的完整究竟差在哪一步。

门诊结束时，他再看最初那张三个格子的草图。真正要加的不是一句系统更智能，是一个朴素的位置：上一次以后发生了什么，它又怎样改变了这一次。

下一章的模型会说很多话。小钟现在知道，话多之前，先要有这个位置。

带 走 的 话

教材和系统若只保存分类链，留下的便是第一眼，药后的第二眼仍待补回。

> 小 账
>
> 本章拆了什么：机器诊疗始于大模型的错觉，以及凭一张示意图概括全部技术史的草率。
>
> 本章立了什么：知识保存要同时保存判断的来路；可教、可执行之外，还要能接回药后的第二眼。

第 31 章

AI 开方：只问不听答的处方——AI 新型危机，含舌诊脉诊的跨设备稳定性

◆ 一、你一定有过这样的时刻

小钟把唐阿姨的三次虚构记录，分三次交给自己的演示模型。每次只放当次材料，不给前两次的来路。

模型都很认真：先归纳不适，再列判断，最后给出一段格式齐整的处置说明。三份文字单独看，都像一个完整回答。摆在一起，却没有一句解释：为什么上一回做过以后，这一回要这样改。

他把纸并排放在诊桌上。何先生看完，问模型知不知道第二张纸是第一张以后的事。小钟说，每份都有日期。师父又问，日期后面那段它看见没有。

小钟这才发现，自己把有日期当成了有病程，把同一个姓名当成了同一段连续照护。

唐阿姨恰好来拿复印件，看见三份纸，问怎么写得像三个人。小钟说，是我给它的材料没接起来。她没有责怪机器，只说她自己也记不清所有细节，所以才总带着同一本病历。

小钟把三份输出收起，没让它们进入实际诊疗。这回演示说明的，不是机器做错了哪种具体治疗。

是他设的任务，根本没要求它回答连续的那一问。

本章说的只问不听答，针对的是这种没有取得、也没有使用连续资料的配置。现代系统能接入历史记录和检索，不能笼统说 AI 没有记忆。

正因为技术能接续，你才更要问一句：这个系统真的接上了吗?

◆ 二、三次从零开始

从零开始，首先是一种任务设置，不是机器的天命。

模型拿到当前表单，就围着眼前材料转。上次处置和药后变化没送进来，记忆容量再大，也不知道唐阿姨经历了什么。它可能用常见病程补出一段顺畅解释。那是生成的可能故事，不是已经发生的身体回答。

历史材料都在，系统也可能不用。检索只找与当前症状最像的文字；摘要只留最新结论；长记录一压缩，否定与修正就丢了。这样，表面有历史的系统，实际只读一个截面。

存储、取出、理解、用于决定，是四个环节。前一环做到了，不替后一环担保。

本书说的　AI　新型危机，就在这道缝里。系统能做完一套外观完整的动作：询问、归类、选择、输出、结束。病人与方却没在这套动作里聚成一个能继续读答的过程。机器再礼貌、再体贴，做完的仍只是一次又一次提问。

这里说没有美，不是文字不美，是缺了把人、方与后续应答聚起来的那股力量。

按第 27 章的判定次序，选定案例一旦符合这种结构，就先归为 AI 新型，不再给同一段过程重复贴其余三型。它可以伴着销量增长或目标空转，可本章

追查的断口已经定了：系统的自主输出，与连续应答没接上。这样分，修补才有明确的去处。

判断这种断口，也不能只问系统能不能复述病历。模型背得出上次证型，仍可能说不清这个证型怎样被后来的材料挑战；它记得上一张方，也可能只拿它当推荐相似方的关键词。

答证要的，是前次行动与后续应答一起进入新判断，而且新判断说得出：什么保留了，什么改了，什么还不确定。

可以做一个不涉及真实用药的记录测试。同一套当前材料，你配上不同的前次处置说明，让系统标出哪些结论因此要重审；再给一套缺了前次记录的材料，看它肯不肯承认判断做不完。

这种离线测试查的是系统行为。它证明不了诊疗有效，更证明不了方序效应在人体中存在；临床命题仍需临床研究。

另一个测试是调换时间顺序。在标明了的模拟材料里，看模型会不会把处置以前的变化错算到处置以后。它若只按文字相关性编解释，顺序错了也不会停。

一个系统说自己懂药后过程，你先得看它分不分得清前后。这条底线过不去，术语加得越多，错误越难察觉。

公平地说，人也犯同样的错。忙的时候只看最新一页，把旧结论当事实，拿熟悉的模式补缺口。AI 不制造全部遗漏，却可能把遗漏包装得更统一、复制得更快；它也可能反过来提醒人缺了哪一段。

该比较的是具体配置下的人机复合过程，不是让抽象的人和抽象的机器比谁更用心。

◆ 三、同一条舌头，不同屏幕

读答的材料不稳，前后比较就会混进设备的变化。唐阿姨在暖色灯下拍一张，在窗边拍一张，你再放到不同屏幕上看，颜色可能并不一样。

这件事只说一个基本测量问题：图片里的变化，可能来自被拍的人，也可能来自光照、相机处理和显示条件。

数字舌图研究早就处理过这个问题。Wang 与 Zhang 的研究讨论了照明、成像与颜色校正的设计；Hu 等人的手机舌图研究也把光照估计和颜色校正纳入方法（Wang与Zhang，二〇一三；Hu等，二〇一九）。它们支持颜色条件需要控制，不支持任何手机照片都能准确辨证，也没有为本书的答证做过临床验证。

放对位置：做了颜色校正，不等于各设备之间已经互通；在同一种设备上分类表现好，不等于换设备、换人群、换环境以后还好；对某个舌图特征认得一致，也不等于对完整证候判得一致。

结论每扩大一层，就要补一层验证。一张漂亮的识别结果图，扛不起所有层次的承诺。

最容易出的误会，是把技术变动当成病程转折。初诊用一种采集设备，复诊换了另一种，模型学到的可能是设备的颜色习惯，不是身体的变化。同一型号，照明、压缩、自动美化、版本更新也会带进差别。

记下采集条件，是为了让后来的人知道哪些差异有资格进入解释。

脉象数字化也是同样的道理。触接位置、接触压力、传感器特性、采样与处理方式，都会影响记下的波形。不同设备之间能否比较，具体研究仍需逐项核验〔待核〕。

一条波形，也不等于传统脉象的全部含义。转成数字，只是把问题换成另一种能记录的形式。

再进一步：同一台设备反复给出同样读数，也可能只是稳定地保留了同一种偏差。所以要分开三件事：重复稳定、跨设备可比、解释有效。一个读数可以很稳，临床意义却有限。

稳定是重要条件，不是进入任何判断的通行证。

本书拟议的研究里，漱口、由不知分组的人拍舌象等安排，是想减少几种明显的混淆。它们包办不了全部测量问题，也保证不了医者不从别的线索猜到分组。设备条件、观察者信息与失盲的可能，都还得继续查。

还要防一种反方向的错：因为设备有偏差，就宣布数字记录没意义。颜色校正、质量控制、保存原图、跨环境测试，都能减少不确定，是读答的帮手。

批评跨设备问题，不是拒绝测量，是要求把测量的条件和限度一起交出来。

◆ 四、读数稳，不等于回路全

你不妨假定最理想的情况：每次采集都稳，前后图片能可靠比较，脉象记录也足够一致。现在能说系统会读答了吗？

还不能。它还得知道前次处置、实际经过、别的影响，以及这些怎样进入下一次判断。砖磨得再平，路也没有因此铺好。

反过来，连续叙述很完整，基础材料质量差，判断也靠不住。一个系统可以写出感人的病程故事，却混用了条件不明的图像；也可以给每项变化都配上解释，却分不清病人回忆和当时记录。

读数纪律和回路完整是并列要求，谁也替不了谁。两头都用力，才不会在仪器崇拜和经验崇拜之间来回摆。

AI 的真实增益也在这里。它可以按明确规则查时间缺口，把前后同类资料并排，提示同一句描述在不同记录里意思变了，让医者更快找到该复核的材料。它不会到了下午就累，可不会疲倦，不等于永远正确。

它的稳定值得利用，也值得被独立监测。

评价这种增益，不能只用单张舌图或单份病例。一个连续病例应整体留在同一评估部分，免得同一个人相邻的记录一边用来学习、一边用来测试，表现虚高。还要看不同采集条件下它是否仍能识别缺失，碰到不熟悉的材料肯不肯说不确定。

对本书来说，最要紧的评估任务，要从猜一个证型，转到说明这次判断和上次之间的证据关系。

模型有没有正确引用真实的前次材料？有没有把没发生的事编进来？能不能指出新材料反对旧解释？知不知道眼下还决定不了？这些能力可以先在审查过的模拟资料里测，再在合乎伦理的研究里检验实际价值。

还有一个不好解决的问题：模型的理由听着合理，你怎么知道它真按这些理由作了决定？解释可能是事后生成的。

所以审查不能只给理由的文采打分，还要改动材料，看输出是否照预期改变；做缺失测试，看它肯不肯承认限制。漂亮解释帮得上沟通，却不能当作系统已经懂了病程的唯一证据。

如果连续资料显示本书的答证判断不成立，系统不该被要求替本书制造支持。诚实的工具，同样要能帮着检验方证相应或别的模型，指出哪项预测得到了材料支持。

把某个理论写进提示词，它并不因此变成临床事实。按答证设计记录，是为了让有关问题可问、可答，不是逼每条记录都长成答证的样子。

最后，系统的缺失必须让人看得见。没有上一剂方，就写没有；前后身份确认不了，就暂停关联；实际经过不明，就不能把计划当事实。

最要警惕的，是缺失被自然语言抹平：表格里的一个空位，消失在一大段看似周全的解释里。

还有一种输入要单独审计：系统自己生成的摘要。第一次摘要把不确定写成了确定，第二次模型可能把它当作医者的可靠记录，第三次再据此往下解释。最初的一次润色，就成了整段病程的来路。

系统之间互相引用，不会让事实更真。摘要必须追得到原文，来源的身份、时间和可信程度都要留着。生成的文字，不能在传递中悄悄升级成身体事实。

病人语言的变化，也不能全算成身体的变化。第一次他说胃胀，第二次学会了系统常用的词，开始按选项描述自己。这可能是表达改善了，也可能只是更会填表。

系统若把术语一致当成证的一致，读数里就混进了被教出来的说法。本书要求能在相关观察和病程上读出的应答，正是为了不把报告变顺口当成答证成立。

与此相连的是缺失的方向。愿意继续上传的人，可能正是觉得有帮助的人，也可能正是仍有困难的人；不上传的人也各有原因。模型若只学留下来的连续病例，可能把一种被筛过的病程当成普遍路径。

所以介绍数据时不能只写有多少完整病例，还要说明：哪些人没进入这部分资料，原因能知道多少，这种缺失可能怎样影响结论。

跨设备稳定性，合理的研究次序是先问能不能比，再问比了意味着什么。颜色条件还不清楚，就先把图像差别限在图像层面；图像层面能可靠对照了，再检验它帮不帮得上完整的临床判断。

不能反过来，先认定某个证型标签为真，再训练设备把图像调得更像那个标签。那样，校正的目标就被偷换成了迎合预设答案。

另一个办法，是在同一批资料上依次遮去不同部分，看系统行为怎样变。没有上一剂方时，它是否失去某类合理判断？没有药后病程时，它是否仍然过度确定？只有当前图像时，它是否把一项局部特征扩大成全部结论？

这类比较能发现系统依赖什么，却认定不了哪个临床解释为真。

材料含混时，系统也不该把所有选择推给医者，用一句请结合临床，盖住自己已经给出的强烈导向。页面把某个建议放在最醒目处，其他可能藏在末尾，就算最后写着仅供参考，你的注意力也已经被改了。

候选怎样排、不确定怎样显示，都是系统作用的一部分。评估不能只截正文。

还可以比较一种更谦逊的做法：系统不推荐具体处置，只把前后证据整理成一份可核对的清单。若这样已经明显减少遗漏，就不必为了显得先进，硬让

它占更多决策位置。反过来，若研究证明在明确范围内给建议确有增益，也不必拿机器只能整理当原则去拒绝。

工具担多少，该随验证范围与责任安排定，不随宣传里的自主程度定。

最后要守的边界：技术的能力证据，和理论的真实性证据，分开。

模型可能很会按某个理论重述病例，理论本身却仍没得到支持；也可能理论有用，当前模型却执行得不可靠。两者捆在一起，任何批评都会被误读成反对中医或反对 AI。分开检验，技术才能在做得到的地方往前走，理论才能在该认错的地方认错。

落到你身上，是一个信赖问题。一份意见说得完整，是因为它拿到了足够的材料，还是因为它会把有限的材料写得完整？

你不必自己去测算法。可提供服务的一方，应当说得清所用范围、材料缺失和复核安排，不能让你靠语气去猜。

复诊时，系统承认前情不足，可能比马上给出一套完整方案更有用，也免得唐阿姨把流畅误认作被理解。

能让问题停在正确的位置，同样是一种值得训练和验证的能力。

◆ 五、放回日子里

小钟重新运行演示时，没让模型多写。他先把三次记录按来路连起来，再要它只标出三类：确实知道的、需要核实的、无法判断的。输出比上回短，却出现了原先没有的空位。

何先生看见其中一项，说这件事我也得问过才知道。小钟终于觉得，机器承认缺失，不是演示失败。

唐阿姨的照片，也不再被当作独立结论。小钟留下采集说明，把不能可靠比较的地方标出来，不让模型凭颜色变化编一个顺畅的故事。演示系统没因此变成临床产品，下一步研究却有了一个比较诚实的起点。

他把三份旧输出放进一个单独的文件夹，标明截面配置示例。那里面没有坏脾气的机器，也没有不听话的病人。

只有一种任务，从一开始就漏掉了回答。

下一章更尖锐的问题是：当这种任务配置拿到了否决医者的权力，谁来保证那个被漏掉的回答还能进入决定?

带 走 的 话

病历存下了，还须把前方与药后的答接起来；容量不能替连续判断作证。

小 账

本章拆了什么：把容量当记忆，把测量稳定当连续诊疗，把流畅解释当作已经读到了答。

本章立了什么：采集条件、真实时间与判断来路都要可查；系统的未知必须留下可见的位置。

第 32 章

AI 坐上主体位：第一次能否决医者，与医者的去技能化

◆ 一、你一定有过这样的时刻

一位年轻医生把自己的判断输进演示系统，旁边马上跳出一块醒目的提示：不符合证型。他停了一下，回到原记录，把一处想保留的变化删了，按提示改了。

没有争吵，没有强制命令，系统甚至用了请核对这样温和的措辞。可屏幕上的决定，已经换了方向。

何先生站在后面，问他为什么改。年轻医生说，系统提示不合。师父说，你改掉的是对的那一味。

这里的对，只是虚构教学情景里何先生的判断，不是临床裁决；场景不列药名。

年轻医生转过来问，您为什么认为它对。何先生让他把上一回的记录调出来。

两人重新看过前后，才发现系统没拿到那段药后变化。年轻医生的原判断也有一处说不清，不能只因师父支持就算对。小钟在一旁把这次分歧存下来：系统的理由是什么，医生起初凭什么，后来又补了什么。

几个人谁也没马上赢，却终于开始讨论同一份材料。

关键不在机器说错、人说对，而在一个提醒怎样拿到了实际的否决力。

依据和责任不说清，一个温和的默认选项，也能把一条尚待检验的建议，变成医者必须服从的门槛。

◆ 二、主体位是什么，不是什么

主体位在本书里指一个工作位置：能提出、挑选、否决。它不等于有意识。

系统提出解释、给候选排序、拒绝某个选择，都在参与决定。它有没有感受，是另一类问题。没有意识的系统，照样能借界面和制度影响人的决定。

这个定义也不把法律与道德责任交给机器。能输出意见，和有资格担责任，是两回事。

负责的专业人员、部署机构、开发与维护者，各管不同环节。出了问题，要按实际作用和约定责任去追：不能把过错全推给会说话的页面，也不能把系统问题全留给最后签字的人。

章题说第一次能否决医者，强调的是工作角色的变化，不是计算机史上的绝对断言。前一章已经承认，早期专家系统参与过判断，规则式系统也能报警、排除选项、设置阻挡。

真正要说清的是：在这条临床流程里，系统到底拿到了多大的意见权和阻止权？

否决有几种程度。有的只列一条反对理由，医者看过材料仍可自己定；有的把某个选项移出默认列表，想保留就得额外说明；有的让流程走不下去，必须转另一个审核环节。

模型也许只生成了一句话，外围流程却可能让它有相当强的约束力。

所以别只从程序能力推断权力。你想想，同样的输出，放在教学讨论里是一条意见，放在考核体系里可能是扣分依据，放在支付或审批流程里又可能是实际门槛。

主体位是系统、制度和使用者一起形成的。它也在谁能推翻建议、推翻要付多大代价的安排里。

对答证来说，最尖锐的情形是：系统握着否决力，却没握着完整来路。

它凭当前证型说不合，医者凭上一剂方后的变化说要重新解释。若前者是标准字段，后者只能写在备注里，制度天然更容易承认前者。数据表示上的一点贫乏，经过界面和考核，就被放大成判断上的强势。

可反向的可能也得留着。系统发现医者漏了一段重要前情，提出反对，促人复核，这可能是实在的保护。不能把任何否决都看成机器压人，也不能把医者的自由解释当成不需证据的特权。

真正该抵抗的，是无依据的服从：服从机器，也服从资历。

所以何先生那句对的那一味，在教学里不能当最终答案。年轻医生若只是从服从屏幕改成服从师父，主体性的难处没解决，只是换了对象。

他该学会指出：哪项前后材料支持原判断，哪项反对，什么还不能定。师父可以帮他看见材料，却不能拿看了四十年病当理由，让材料退场。

◆ 三、机器说不，人会失去什么

去技能化，不是你用了工具就变笨。是某些能力长期不练、不检验、不更新，可能慢慢变弱。

本卷最担心的，是这几样能力：读出前后转折，判断材料够不够，发现系统漏了什么，在分歧中说出理由。它们若长期让位给点击接受，最后签字的人可能失去实质复核的条件。

有一项相关研究，值得谨慎参照。Budzyń 等人在二〇二五年发表多中心回顾性观察研究，讨论内镜医师接触辅助识别系统以后，在没有 AI 辅助时表现下降的风险。

它研究的是结肠镜，不是中医辨证；观察性设计也排除不了替代解释。它支持认真研究这种风险，不证明中医医者已因大模型退化。

在中医场景研究这件事，先得把能力说清。只比医者能不能背出固定证型表，测到的多半是记忆分工；比他在连续病例里能否认出与旧判断不合的材料，才更接近本书关心的读答。

就算后者下降了，也要查工作量、训练机会、病例难度有没有变，不能全算到模型头上。

能力也可能升级。系统接走重复誊写，医者就有更多时间比较病程、解释不确定、回应病人的关切，复合能力会长。

问题是省下的时间去了哪里，新能力有没有被训练、被评价。每一分钟都换成多接一个号，学习空间就没了。

所以防去技能化，不能只靠保留旧动作。要医生永远手抄全部记录，未必保护得了判断；拒绝搜索工具，也未必让理解更深。

要保留的，是能检查、能纠错、能担决定的核心能力。哪些旧技能可以交给工具，哪些仍要亲自练，该按任务风险和证据定，不按对旧时代的感情定。

一个具体的训练法：在合适的教学病例里，先让学习者写下自己的初步判断和不确定，再看系统意见，最后对分歧逐项说明。

这样存下的不是人机比赛的胜负，是判断怎样被改变的过程。系统说对了，人要说得出为什么；系统错了，人要指得出哪份材料被误读。教学练习不该让真实病人承担未经审查的试错风险。

还可以在演练条件下查系统不可用时的工作能力：关键岗位能否认出明显缺失，启动替代流程。这不是鼓励突然撤掉可靠工具。

复合体可靠，不等于每个成员能独自做完全部工作。可它得知道，某一部分失灵时，谁来接住。

另一项常被忽视的技能，是有根据地同意。

不少讨论只夸敢反对机器的人，好像不同意就证明了独立。可医者凭直觉拒绝一条有可靠依据的提醒，也可能给病人带来风险。

成熟的判断既能说不，也能在证据充分时改变自己。主体位的训练，不是训练更多反抗，是训练意见怎样通过材料接受检验。

◆ 四、真实增益要留得住

谈危机，不等于藏起 AI 的增益。它能帮着整理大量既往材料，减少同一信息反复录入，提示前后记录不一致，帮远处的专业人员更快接上必要信息。对偏远地区或专科资源少的地方，这些能力可能降低获得支持的门槛。

改没改善照护，仍要按具体系统验证。

读数稳定也是一种增益，但要分清是哪种稳定。固定的确定性规则，相同输入下可以重复执行，记录格式也能保持一致。生成模型的输出却仍可能随采样设置、上下文和版本而变，整齐的格式不等于判断稳定。

把稳定理解成永不出错，增益反倒成了过度信赖的来源。要验证的是具体配置里的表现，并给版本、检查和纠正留出位置。

世界卫生组织二〇二一年的相关治理指南强调，医疗 AI 的设计与使用要以伦理、人权和对受影响者的责任为中心。它还要求有关主体对实际部署承担责任（世界卫生组织，二〇二一）。

本书不把这份原则文件当作任何产品有效的证明，只把它当治理讨论的方向：技术能力要和人的权益、可问责的工作安排一起落地。

谁签字，不是末尾补一个名字那么简单。

签字的人要看得到足以复核的材料，有时间处理分歧，有权拒绝不适用的建议。流程若只给他一个结论，却要他为所有隐蔽错误负责，签字就成了责任转移。反过来，明知材料不足还签，也不能把责任全推给系统。

否决要留下理由。系统因资料缺失提出暂缓，和因发现明确冲突提出反对，是两回事；医者不采纳系统建议，也要说明依据。

理由不必冗长，但要够后来者重建这次决定，要指向具体材料和适用范围。系统评分偏低、个人经验认为，这类话没法查。

复诊必须进入后续审查。若只统计医者采纳系统意见的比例，组织可能把服从当成功。

该看的是：采纳的和不采纳的各自怎样发展，哪些分歧后来被新材料澄清，哪些仍判断不了。也不能只收集系统纠正人的成功故事，不收集人纠正系统的。治理要允许双方都被后续证据修正。

你作为病人，也该知道是谁在担实际的决定。服务范围、人工复核安排、提出疑问的途径，应当说得明白。

系统帮着整理的，不该让你误以为全程由某位名医逐字判断；专业人员认真复核过的，也不该让你以为只是无人负责的自动回答。透明是为了帮人形成合理的信赖，不是拿技术名词制造敬畏。

治理的最后一项：错误能不能回到改变系统的位置。

医者发现了问题，却没有提交和追踪的通道，问题就会在下一位病人身上重现。系统不只要能给意见，还要在发现问题后能被修改、被限制，必要时在明确范围内暂停。

能力越强，越需要这种可纠正性。

不同性质的否决也要分开。依据明确安全规则发出的警报，和依据某种尚有争论的证型解释提出的反对，不能用同样确定的语气、同样的处置门槛。前者也要验证适用范围，后者更要标出推断性质。

系统若把所有不同意见都涂成红色，使用者会慢慢把证据等级、风险程度和界面颜色混成一件事。

频繁而无关的提示，还可能让人习惯性关掉提醒。为了多一层保护加的警报，反而损害了对真正要紧的提示的注意。

提示不是越多越安全。评估系统时，不能漏掉人的注意力怎样被持续消耗。

同一条提醒，对有经验和缺经验的人，作用也可能不同。前者知道什么时候去追原始材料，后者可能把整齐的解释当成学科共识。给所有人同一个界面，不一定是给所有人同等支持。

不能只在角落放一段免责文字，就假定使用者已经有了必要的判断能力。

研究去技能化，还要分开个人能力和复合能力。一个人不再熟记某些内容，复合过程却更可靠，不必自动算退步。可复合过程若依赖一个查不了、替不了的环节，人又失去了发现错误的能力，脆弱性就增加了。

比较时也要看异常、缺失、分歧条件下能不能接得住，不能只挑最顺的标准题。

反过来，医者的专业权威也要接受回写。系统发现旧惯例有问题，促使团队修订，有人会不舒服，却不等于侵犯了主体性。

主体性不是永远守住最初的意见，是能进入比较，作出理由充分的选择，并承担修正。病人不是来保护医者自尊的；工具也不该为迎合资深者，放弃有根据的异议。

一套合理的分歧程序，要尽量降低说明不同意见的无谓成本。采纳系统只要点一下，不采纳却要写长篇解释，久了采纳率就会被流程成本左右。这时不能拿高采纳率反推系统总是对的。

反过来，拒绝系统若不需任何说明，也学不到它在哪些场合失灵。两边都留简明、可查的理由，记录才不被方便程度歪曲。

对部署机构，培训不能只教怎样把软件操作通。使用者要知道：模型适用什么材料，常见的缺失怎样露出来，版本更新后哪些功能变了，发现不合找谁。

对开发者，模型不能只在干净数据里展示。真实记录里的简写、错位、矛盾，正是要验证的情形。

资料来源的质量，也影响否决是否正当。系统若把某位医者过去的习惯当绝对标准，可能只是在复制个人偏向；若拿多数人的选择当标准，少数但理由充分的判断又可能被压住。

多数一致可以是重要证据，却不是正确的同义词。

系统要说清自己是在执行公认约束、复现经验分布，还是提出尚需检验的解释。这三种不能藏在同一句不符合里。

最后，责任要延续到修订之后。团队改掉一个错误，不该只删了出错的输出，不追查它是否影响过其他相似情形；新规则加了限制，也要查它有没有带来新的遗漏。

这项工作不以追究个人为唯一目的，是让复合过程继续学习。若所有记录都以保护系统形象为目标，去技能化的危险就会扩到整个组织：大家越来越会顺利运行，却越来越发现不了自己哪里错了。

治理还得记下系统当时的状态：哪一版规则或模型，调了哪些资料。否则同一个问题今天答得不同，你分不清是新证据起了作用，还是系统变了。这份来路由机构和技术人员保存，不让病人承担。

◆ 五、放回日子里

年轻医生最后没有把原判断直接改回去。他先补齐前次资料，再把系统指出的疑点和自己的理由逐项对照。何先生也讲了自己为什么在意那一处变化。

小钟发现，真正有价值的记录不是谁最后赢了，是哪些材料让决定变了，哪些不确定还留着。

他给演示系统加了一个分歧记录入口，却没把按钮叫医生申诉。这个名字会让系统好像天然坐在裁判席上。

入口只请双方说明依据，再交给适当的专业审查。系统缺材料，就补材料；医者的推断不成立，就改推断。制度不该给任何一方预先留一个不可纠正的位置。

唐阿姨不想研究这场争论里谁更像主体。她关心的是，自己离开以后发生的变化，下次来有没有人认真看。

能否决的系统，若同时让这份回答更难进来，就拿到了不相称的权力；若它帮医者更清楚地读答，它也可以成为诊疗本领继续生长的一部分。

带 走 的 话

机器的否决力越大，越须查清它读到了什么，谁能依据后续材料纠正它。

> 小 账
>
> 本章拆了什么：把主体位等同意识，把签字等同实质控制，把服从率当成诊疗质量。
>
> 本章立了什么：提出、挑选与否决都须有可查依据；真实增益、能力训练与可纠正的责任安排必须一起建立。

第 33 章

辨证回写：标准化证型怎样回头改医者，以及怎样把复诊重新存进数据库

◆ 一、你一定有过这样的时刻

小钟把一张新表打印出来，放到何先生面前。师父看了第一行，问这不是原来的初诊表吗。小钟说，是复诊的。

何先生往下看，表上没先印一长排证型，而是给上次实际处置、后来变化、本次判断各留了位置。几栏之间还有空白，不是每一格都得马上填满。

唐阿姨坐在旁边，说以前复诊总觉得补一句好了些就够了。小钟问，是你觉得够，还是表上只问这一句。她想了想，说好像两样都有。

何先生翻出旧病历，看到自己也写过效可、同前。那几个字当时省了时间，今天却得靠他重新回忆才接得起来。

小钟没有怪师父当年为什么不写详细。换成自己在忙的时候，他也可能挑最短的那一栏。他只把新旧两张表并排，问：先看左边，你会问什么？先看右边，又会问什么？

唐阿姨指着新表说，至少这一回，我知道上次以后发生的事也是要紧事。

表格还没验证过。可它已经提出一个值得检验的问题：记录不是诊疗之后的被动收藏。

它会提前告诉医者和病人，哪些经历值得注意，哪些话有地方留下。

◆ 二、前人叫它循环效应

先交代前人，再谈本书多问了什么。

伊恩·哈金把分类与被分类者相互改变的现象，称为循环效应。他在二〇〇六年的《Making Up People》里说明：研究、分类、机构和被分类的人，并非互不相干；人会回应分类，这些回应又让分类对象发生变化（Hacking，二〇〇六）。这里不重述他的全部理论，也不把回写说成本书才发现的现象。

把这个提醒带进诊室，你能看见一个具体过程。证型词语帮医者整理材料，也进了病人的自我描述。系统把某些词放在显眼处，医者就更常按这些词问，病人也更常用这些词答。后来数据库里这类描述多了，研究者可能据此以为它们本来就是最重要的特点。

标签不是纸上不动的字。它一被使用，就参与塑造后来的材料。

这不是说一切分类都是任意编的。病人的实际变化可以抵抗既有的名称，新证据可以逼着解释修改。

哈金帮我们看到命名参与了实践，却证明不了任何具体证型有效或无效。分类怎样影响人，与分类能否帮临床判断，要分别检验。

本卷把回写放在医者这一侧，特别留意一个次序。教材先把证型排成可教的语言，系统再把它们排成可执行的入口，医者随后照这些入口发问。

后来的记录看似在记录自然呈现的病人，其实已经过了前两道筛。本书要添的不是循环这个名字，而是追问：先后顺序怎样改变了哪些应答进得了记录？

这个次序是一条待检验的路径，不是唯一的箭头。临床经验也会推动教材改写，医者能反过来调整系统。实际材料若显示主要作用方向不同，模型就照实修改。

三次都只存初诊这个判断，也只针对本书审查的压缩模式：教材、专家系统、大模型都保留了截面式分类，却没充分表示药后转折。它不是所有学校、医院和软件的共同事实。批评要落到具体字段、调用方式和训练材料上，不能只靠时代标签。

系统若先显示证型，再让医者找支持材料，可能强化原有分类；若先显示前后变化，再让医者提出解释，不合旧分类的材料可能更容易进入讨论。

两者是否真有差别、差多少，都是研究问题。

也还它公道。标准化让陌生的医者接得上，减少同一个词各说各话，也给研究一个共同口径。

所以回写不是标准化的另一个名字，是标准化进入行动以后产生的影响。共同语言要留着；让不合共同语言的材料改变它的入口，也要留着。

◆ 三、次序与翻转点

次序不是装饰。先给你名称再看材料，和先看材料再谈名称，你可能走上不同的注意路径。

这一点可以先在处理过的教学病例里研究：资料相同，只改出现顺序，看医者是否引用不同的证据、留下不同的疑问。没有差别，就不能再说这种次序在该情形下重要；有差别，还要分清是信息遗漏、权威影响，还是别的因素。

本卷另提出一个更具体的假设：复诊结构化记录在有效训练材料里占比过低时，系统可能主要复现初诊分类；连续记录多到能被稳定学习和调用时，它才可能转向解释前后变化。

这就是这里说的翻转点。

它不是已发现的常数，附录里的数值只作示意，不能当部署标准。

为什么要有阈值这个想法？因为你多加一点资料，不一定马上改变系统。少数完整病例可能被大量截面淹没，或者存下了，却没进训练和检索。

到某个条件变了，连续材料足以影响常见输出，系统才明显转向。也可能只是平缓变化，本书不保证一定有清楚的跳变。

光有比例还不够。随手把旧记录复制成复诊，数量上去了，来路没增加；同一个人的大量相近记录重复计入，也会夸大连续性。

要分清：记录是否完整，彼此是否独立，时间是否可靠，能否关联实际处置。质量和比例混在一起，翻转就不知道由什么引起。

调用也影响实际比重。库里复诊很多，检索规则却只取当下最相似的症状，系统仍可能看不到转折；复诊不多，但每次都能准确调出有关前情，也可能已有实质帮助。

所以研究要分别记三个数：库里的占比，模型实际收到的占比，输出真正引用的比例。它们不是一张表上的同一个数。

验证模型时，还要把有连续资料的人和缺资料的人分开看。系统若只在记录完整的人身上表现好，缺前情的人就不能自动得到同等的信心。

翻转的目标，不是让系统总给出更确定的答案，是让它更有根据地决定何时能答、何时不能答。

更难的是：医者一旦开始照系统发问，新增资料本身就受了系统影响。训练材料和临床流程缠在一起，一次先后对比分不清因果。

可以比较不同入口，保留一部分独立采集的材料，记下版本变化，看改变是否跟着特定设置出现。本章不报告没实施过的结果。

这里的次序，也不能和方序效应混为一谈。改资料的显示顺序，研究的是医者和系统怎样读；改首方并追踪身体应答，研究的是前次处置怎样进入后续的证。

前者即使显著，也不能替后者作证。两者可以互相帮忙：好的显示顺序让方序效应更容易检验。可它们各自的证据和撤回条件，必须分开。

◆ 四、给复诊一张一样大的表

一样大，不是纸张面积相同，是给复诊同等的认识地位。

初诊用心记，复诊只许写同前，系统自然把第一眼看得比第二眼重。要修补，先得把三样接起来：上一剂方，身体随后的变化，下一次判断怎样调整。表格的任务是帮着留住这段关系，不是让医者多填一堆互不相干的格子。

上一剂方这一栏，要分开当时的计划和实际的经过。药是否拿到了，时间清不清楚，都可以填不知道，却不能由系统推定为按计划完成。这里只谈记录原则，不涉及用药。负责人员要的是事实来路，不是修饰过的依从故事。

应答这一栏，要留原始材料和观察条件。病人自己的叙述、当时的观察、后来整理的摘要，不能混成同一种证据。

有些细节能结构化，有些要留原话或附件。不能因为机器只擅长读短句，就把要紧的复杂性删掉。

本次改变这一栏，要让下一位读者知道判断为什么变。改了什么只是第一步，还要标明哪份新材料支持改变，哪些旧解释保留了，什么暂时判断不了。

没有改变也要有来路：可能是连续材料支持原方向，也可能是材料仍然不够。把没改全当成原来正确，系统就学不会分辨不同的不变。

复诊表还要给别的变化留位置。病人可能在别处接受过照护，生活安排可能变了，记录可能中断过。

这些不是搅乱故事的枝节，是避免把一切变化都算到上一剂方头上的必要条件。答证要成为可检验的判断，就得面对这些替代解释，不能靠删掉它们换一条漂亮的前后线。

记录更新必须留版本。何先生后来修正了原来的解释，应追加新解释并说明为什么改，不是把旧记录盖掉。

历史一被改写，机器会以为医者从没走过弯路。承认过去想错过，经验才传得下去；每次都写成一开始就对，传下的只是一个没法复制的权威形象。

同时，复诊入库不是无条件地多收私人生活。哪些材料对当前诊疗和经批准的研究确实必要，谁能看，留多久，怎样交接，都要有合理安排。

病人愿意说说生活目标，不等于授权机构把他的经历挪作任何用途。

最好的表格，在繁忙门诊里也可能失败。设计者要看哪里重复、哪里难懂、哪些字段没人能可靠地填，并允许修订。

若为了入库把问诊变成一场填表考试，回路没补上，真实的相遇倒先被挤走了。

所以本章说把复诊重新存进数据库，是修补本卷所谈缺口的必要一步，不是治理的全部。没有专业责任、足够的工作时间、可比的材料和后续审查，数据库只会变成一个更整齐的仓库。

真正的改变发生在：存下的答能影响下一次问，下一次问又把新的答带回来。

记录进入了行动，才有本书说的回写。

一张新表能否起预期作用，可以先从小范围的记录审计开始。请几位合格的阅读者，在不知道表格设计意图的情况下，各自重建同一病例的前后关系，再比较他们漏了哪些材料、在哪里出现分歧。

这项检查不要求他们赞同答证。新表若没让病历更好读，就继续改，别怪使用者没懂理念。

没有回答的位置，还要分清原因。没有复诊、复诊了没录入、录入了关联不上、材料质量不够，是四种不同的空白。

全记成无资料，研究者就不知道缺口出在病人的经历、组织的工作，还是技术的处理。对修补来说，这个区别很实在：缺联络，改交接；缺采集，改流程；缺关联，才是数据库结构的问题。

将来若真观察到一个翻转点，也要查它是否依赖特定版本、特定病种、特定人群。小范围试验里有效的比例，不该被宣传成普遍规则，更不能成为考核线。

理论需要的是可解释的条件关系，病人需要的是适合自己的照护，都不需要一个神奇百分比。

本章的方案也留着失败的可能。连续记录增加以后，模型仍可能只学会把旧结论串成故事；记录更完整了，医者也可能没时间认真比较。那就说明光靠入库不够。把复诊还给数据库，只是把被删掉的一段放回视野；它有没有进入判断，有没有帮到病人，仍要检验。

把唐阿姨的一段虚构记录缩成一个例子。

上一诊记下何先生拟作的处置；实际经过一栏只填已核实的事实，没说明的地方就写未说明。本次的原始叙述，保留她说某种不适减轻、另一个问题仍在的原话，不先译成新证型。

医者的解释另写一栏，说明哪些材料让他改了看法，并关联到上一诊的记录。后来发现原解释不妥，就追加新的解释和理由。

这个例子只让计划、实际、观察、解释各有一个位置，不再在一段流畅的文字里互相冒充。

◆ 五、放回日子里

新表试填到第三栏，何先生就说这里太绕，平常不会这么写。小钟没去讲设计原理，先问师父想留住的是什么，再把重复的问题合并。

唐阿姨也指出，有一栏她分不清是问现在，还是问上次以后。小钟把时间提示改清楚，留着她原来的话，不让系统替她改写成更像专业术语的版本。

几个人没有庆祝造出了理想的数据库。第一张表只让他们看见：所谓完整，要一次次被实际使用纠正。

表格回头改人，人也接着改表格，谁都没法在第一次设计时把以后全定死。

最后，小钟把复诊入口放在初诊旁边。它没有更鲜亮，也没有更隐蔽。

唐阿姨说，下次我就知道不是重新讲一遍，是接着上次讲。何先生把新表放进病历，这一次没有只写同前。

下一编要问的是：这段终于留下来的路，怎样分别记进读数、价值、意义三本账。

本编总判断：AI 坐上主体位时手里只有问没有答；把复诊还给数据库，是把答还给回路。

带 走 的 话

让真实复诊进入记录和判断，机器才有机会帮助人接住药后的回答。

> 小 账
>
> 本章拆了什么：把分类当作被动标签，把记录数量当作连续性，把示意翻转点当成已知常数。
>
> 本章立了什么：在承认循环效应前人的基础上，检验次序与记录条件，让真实复诊能够改变下一次判断。

第 五 编

三本账

走到这里，我们已经把一张静止的处方重新放回前后相接的就诊过程。接下来还有一道更难的关：说得通的故事，怎样变成记得清、查得到、可以反驳的记录？本编先翻读数账，再翻价值账和意义账，最后把三本账带进一次尚待实施的试验。何先生常说的「先吃三剂，回来我再看」，在这个故事里意味着留下下一次判断的位置。三剂只是人物的做法，并不是辨认好医生的通用标准。真正要看的，是身体送回来的回答有没有被接住。

第 34 章

读数账：舌象、脉象、化验怎样一起读——药前药后各读一遍

◆ 一、你一定有过这样的时刻

唐阿姨从手机里找出两张照片，并排递给小钟。照片里都是她的舌头，一张在家里窗边拍的，一张在面馆后间拍的。

她把屏幕拉近，又往后缩了缩，说左边这张看着白，右边这张看着红，问这是不是说明好了一些。

小钟接过手机，先看照片下面的日期。两张隔了几天，拍摄时间不一样，连手机自动调亮后的颜色也不同。

何先生没先回答好没好。他问了那几天的情形，又请唐阿姨把之前的记录拿出来。

她记得最胀的一个晚上，也记得有一顿饭吃得踏实；至于哪天在先、那时是否已经开始服那张方，一时答不准。相册里还有一张收据和几条给家人的语音，散着的日子慢慢接了起来。

两张照片还摆在那里，却不再像刚才那样能单独作证。

小钟新开一页，把照片原样存下，没调色，也没给它们加上「改善」两个字。他发现自己以前总急着给图片起个名字，现在得先知道图片落在哪一段日子里。

唐阿姨问：「原来我拍了也不算？」小钟说：「算，先把它算成当时留下的一份东西，再看它能回答什么。」

◆ 二、两张照片开始说话

读数必须带着来处，才进得了判断。

你拍的一张照片记下颜色、形状和纹理，也同时带着灯光、设备、距离和拍摄时刻的影响。把后一张看着更红，直接读成身体某种性质变强，就跳过了两种变化：身体的变化，和记录方式的变化。

这两种变化不分开，照片越清楚，误会可能越有说服力。

本卷提出复诊前漱口、由不知道分组的人拍舌象，是要减少一个明确的混淆：药物或食物留下的颜色，不能轻易冒充身体对干预的回答。这只是拟议试验的记录纪律。

漱口要有固定程序，光照、相机设置、拍摄时段也要说明。做完这些，不等于干扰都已排除，更不等于单凭照片就能辨证。

一项措施排除的，只是它针对的那一类误差，领不走全部可靠性的功劳。

也要还照片一个公道。它能留住当时看得见的细节，让医者不全靠记忆。若完全排斥照片，只凭资历担保自己记得，就把本可查验的材料又收回了个人心里。

问题从来不是照片有没有用，是它以什么身份进入一组材料。

原始图像和医者解释要分开保存，不能让后来填的证型盖住最初看见的东西。否则后来的人只见结论，不见结论怎样从材料里来。

脉的记录、化验结果、患者叙述，也各有来处。检验数值的单位、检测时间、参照范围，必须跟着记录走。脉的描述要留下观察者和观察条件，不能把不同人的词汇当成未经检验的同一把尺。

患者的叙述要尽量留原意。不能为了填满选项，把「午后坐一会儿才舒服」压成一个孤立的「腹胀减轻」。

这些记录并不天然互相翻译。化验无异常，推不出没有不适；舌象变了，也推不出某项检验跟着变了。

一本好账，允许几栏暂时不一致。

为了整齐，把所有材料都改写成支持同一个证名的句子，那整齐是写出来的，不是身体答出来的。医者可以权衡后作判断，但权衡要留下痕迹：什么材料支持，什么抵触，抵触为什么暂时没推翻判断。

可靠的记录常常留着不确定；虚假的完整，反倒不留疑问。

还要给「没有留下」单开一栏。没有照片和照片没变化不同；没有复诊和复诊后没新发现不同；没问某项症状和患者否认那项症状也不同。

数据库若用一个空格装下它们，分析时很容易把不知道变成没有。未知要有自己的位置，缺的材料才不会被机器悄悄填成对理论有利的答案。

◆ 三、读的是差和次序

药前药后各读一遍，读的是两诊之间发生的差，不是给两个时刻各贴一张标签就算完。

服方后觉得有了变化，这还没告诉你变化由什么引起。他可能同时改了作息，病程也可能自己起伏。你怎么能一见先后，就宣布因果？

把时间接起来，是提出因果问题的起点，不是证明因果的终点。

「跳、波、散」是三种看法。跳，留下某一时刻的一项记录；波，把一段时间的起伏接起来；散，把一群人的分布摊开。

它们不是三台抢地盘的仪器。同一项记录，可以先是一个时刻的点，再接成个人的一段起伏，最后放进一群人的分布里。尺度一变，问题也变了。

唐阿姨今天的记录，回答不了所有患者通常怎样；一群患者的平均变化，也替她写不出这一周具体发生了什么。

你为什么不能只拿两个端点相减？因为同样的起点和终点，中间可以走不同的路。

一个人先缓解了一些，又出现新的不适；另一个人先没变化，后来才慢慢下降。只留第一天和第七天，两人可能被记成同样的改善。

对本卷要问的下一诊怎样读取上一手，它可能恰好丢了最有解释力的次序。所以要事先定好中间哪些时刻、哪些事件需要记。

「读差」也不能夸张成绝对值不重要。某个当前值关系到安全时，不能因为对变化有兴趣就忽略它。不同检测之间也不能硬凑差值。

读数账反对的，是脱离来路的独断，不是单次检查本身。能回答当前问题的检查，不必去担它本来回答不了的历史问题。

本卷还要求把医生下一步的判断接到这段变化上。所谓回答若与下一个判断毫不相干，它至多是一份记录，还够不上这里对「答证」的收窄要求。

可「影响了判断」也可能只是医者被旧处方的名称暗示了，这要另行检验。知道了某一味药或某张方以后，医生更倾向说出某个证名，这不能自动算作身体已经给了相应的回答。

材料怎样出现，医者怎样读，判断怎样改，是三段各自可能出错的过程。

所以下一诊的记录，应当允许一个否定句：这一段变化，不足以支持原来的解释。

系统若只许选既有证型，不许说明证据不足，就会把犹疑硬塞成肯定。患者也可能报告与预期完全不同的经历，这时最有价值的不是把故事修顺，是把意外留下来。

上一方提出问题这个说法，只有在容许身体答出自己不想听的内容时，才不只是一个漂亮的比喻。

◆ 四、当面与看病历

当面接诊和只读病历，拿到的材料不一样。本卷保留一条次要预测：当面接诊后的证漂移，大于只看病历的盲辨分歧。

这是一条待检验的预测，不是已确立的事实。所谓漂移，指同一病例在预定时点、按规定方法形成的判断之间的差异。比较的是谁、隔多久、用什么分类，都得先说清。

当面接诊可能补进病历没留下的信息，也可能带进语气、表情和交谈次序的影响。只看病历能减少某些人际暗示，却要承受记录者已经做过的取舍。两边各有长处，不能一边叫真实、一边叫失真。

当面的分歧若更大，可能是材料更丰富，也可能是提问方式差得更多；若更小，可能是关键线索更清楚，也可能是医者受了共同的暗示。预测的结果，要连同记录过程一起解释。

具体研究时，同一个病例若先被医者读过病历，再当面接诊，前一次判断就可能留在后一次里。

研究者要事先排好评判次序，记下医者接触了哪些信息，防止串话。病人若已听到前一位医者给的证名，下一位面对的就不是完全相同的接诊条件。

所谓「各自判断」，必须在实际程序上成立。

这就引出一致性和准确性的区别。几位医者说出同一个名称，说明他们在某套规则、某组材料下取得了一致。可你凭什么说那个名称就是对的？它没有单独证明，那个名称对应一个已被独立确证的真实类别。

几个人可以一起读对，也可以一起读错。反过来，分类边界本就没定的时候，分歧也不全是无知。缺少独立参照时，最稳妥的说法就是一致性，不能写成准确率。

κ是研究一致性的一种工具，不是替代思考的分数。

Feinstein与Cicchetti在一九九〇年讨论过：类别比例和评判的边际分布，能改变κ的表现。所以两组κ不同，要同时查各类证型所占的比例，以及直接的一致比例。某一组几乎都被归进同一类时，数值的行为会和类别较均匀的组不同。

本卷预设门槛，没有消除这个问题；门槛越要紧，越要交代计算方法和不确定范围。

重复评判也不会凭空多出独立样本。一位医者反复判断同一个患者，判断之间共享记忆；多位医者判断同一个患者，判断之间共享这名患者的材料。

同一个人的许多条记录，不能装成许多个不相干的人，否则结果会显得异常精确。这些要在研究计划里定好，不能算完再挑一个最漂亮的数。

你不必学会所有计算，但可以记住一个朴素的检查：一个分数底下，还看得见具体的人、具体的类别、具体的记录程序吗？

若全看不见，只剩一句「一致性达到要求」，它就还不是一本完整的读数账。数字的价值，在于把争论带回能检查的地方，不是在争论上方挂一块不许追问的牌子。

还有一种容易藏起来的选择：到底把哪些病人摆进同一张表。

若只比按时复诊、资料完整、沟通顺畅的人，结果可能代表不了最初进入研究的全部人。没回来的人，可能已经不需要帮助，也可能遇到了负担、不适或失望。

把他们全删掉，等于先替结果筛了一遍。读数账要从进入那天起记下去向，让缺失有能讨论的原因，而不是无声消失。

证型的名字，也要有一本固定的字典。同一个词是否指同一范围，相近的词能不能合并，都要事先说明。

甲组用细分类，乙组用粗分类，一致性比较就没有共同的底板。若结果出来后才把最不一致的类别合并，分数当然可能变好，可那已经换掉了原来检验的问题。

修订分类不是不许，只是要另存版本，用新材料检验修订后的规则。

病人的语音也是材料，不因为不像化验单就天然低一等。症状、感受和对生活的影响，常常要本人来说。

本卷给答证定下「只改病人报告的，算问，不算答」，是收窄本卷独特命题的范围，不是宣布主观报告不可信、不值得照护。研究者若把这条界线理解成只有仪器能承认痛苦，就把理论边界变成了对人的伤害。

报告要按它能回答的问题被尊重，不能被逼着证明它从没声称过的东西。

几种材料一起读，也不是票多的一边必胜。三项相互关联的记录可能出自同一个源头，不能当三份独立支持；一项质量很高、直接关系安全的结果，可能要优先处理。

比如医生已听患者说改善了，接下来对图片的解释就可能受影响；图像评判者若也知道症状变化，所谓双重支持就有一部分是共享的信息。独立获取、独立评判的意义，就在于把这种共享摆到明处。

最后，读数账要保留更正。拍摄日期填错，一次记录重复，患者后来补充了先后顺序，都可以改，但原记录和修改原因不该无痕消失。

否则将来的研究者看见的，是修得平平整整的故事，不是材料实际形成的过程。可核查不要求人永不出错，它要求错误被发现后，有一条清楚的路把账改对。

◆ 五、放回日子里

小钟把两张照片重新排了一遍，留着原图，把日期、拍摄条件和当时的简要情形放在旁边。何先生的判断另占一栏，下一步的安排又占一栏。

唐阿姨记不清的地方，他写了「时间未能确定」。这四个字没让表格变差，反倒让后来的人知道哪一段不能硬接。

他不再求每一栏都有内容，只求有内容的地方不冒充别的东西。

何先生翻到上一诊，讲起自己当时为什么那样判断。小钟没把这番话当作复述旧结论，而是请他指出：这回什么材料支持它，什么材料让它变了。

唐阿姨插进来，说有一段情形以前没人问过。表格又添了一行。这一行不是专业结论，却让读数的时间线完整了一点。

三个人各知道一部分事情，并在一起，才开始看见两次就诊之间的那一段。

这不是请你拍了舌头自己辨证，也不是请大家拿某个记录项目替医生作决定。你能带走的，是对记录的要求：别让当前一句话吞掉之前的经过，别让一个解释盖住原来的材料，别把没记录当作没发生。

本章给的是读账的办法，不是治病的步骤。

何先生也得接受记录的反问。他若说自己早就注意到某个转折，旧材料里却找不到相应的痕迹，研究中就只能写成事后回忆。资历不能把回忆补成当时的记录。

这样要求并不羞辱经验。它让经验里哪些部分能独立复核、哪些仍靠个人记忆，各有清楚的位置。

还剩一个问题留给你：记录清楚了，接诊过程就一定好吗？

一份很完整的病历，可以用来认真照护，也可以用来持续推销；一个很漂亮的改善数值，也可能伴着不必要的负担。读数账重要，却包办不了另外两本账。

下一章要问的是：这段过程到底守住了什么，推动了什么，又把哪些人聚到了一起。

带走的话

一张舌头照片记下一刻；前后读数要谈变化，还须先问拍摄条件是否可比。

小账

本章拆了什么：把某次检查值、某张照片或一个一致性分数直接当成完整的证。

本章立了什么：保留材料来处、时间次序和判断变化，让药前药后的记录能够相互核对。

想一想

复诊时医生问的是「现在怎样」，还是「吃药以后哪里变了」？

你自己记得药前药后的区别吗，哪些地方其实还不能确定？

第 35 章

价值账：真、善、美怎样算

◆ 一、你一定有过这样的时刻

何先生把几份复诊记录摊在桌上。小钟刚做完一个界面，首页有患者数量、记录完整度，还有几条向上的曲线。他请师父看看，哪一项最能说明门诊做得好。

何先生没看完曲线，就翻回一份旧记录，问上一张方放在哪里。小钟点开第二层页面，找到了。再问药后那几天写在哪里，他又点了两次。

何先生说：「好大夫看三样：人回不回来，药停不停得下，上一张方还记不记得。」

小钟笑，说这三样都能算。何先生指着屏幕问：没回来的人，是好到不必来，是不愿再来，还是没办法来？药停下的人，是可以停，还是自己断了？上一张方留在系统里，就算这一回真读过了吗？

门外有人叫号。唐阿姨从候诊椅上起身，顺手把面馆的钥匙收进包里。她听见了最后一句，说自己不在意表格有几层，只希望每次不用从头讲起。

小钟看着那几条曲线，忽然觉得它们得有别的东西陪着，才站得住。

三样事都能记，可每一样怎样记，会把门诊推向不同的方向。

◆ 二、三股劲各守一件事

价值账问的是：一段诊疗怎样才算转得好。本系列第 255 号讲过真、善、美怎样发生；这里把它们收窄成三股可以追问的劲。

真守，守住方与回答的连续。善推，把病程推到不必再继续原来那一步的位置。美聚，让医、病、方自愿而可持续地聚在一起。这是本书提出的操作方向，不是验证过的临床量表。

「真守」守的，不是某个标签永远不改。身体给出了不支持旧判断的新材料，还咬住旧标签，守住的只是面子。

真守要守的是：上一手没有凭空消失。当时为什么这样问，后来收到什么回答，这回为什么接着走或改道。变化说得清，错误追得回，这条线才算守住。测得准是一个支撑，可这里的真不等于测得准。

拿一份复诊记录来查：它有没有具体引用上一手，有没有写那之后能认出来的变化？把上一张方复制过来，不算读过回答；只写「好转，续前」，也可能漏掉判断的依据。

医生写明之前的安排为什么不宜再走，承认自己的解释要改，这份记录不漂亮，反倒更可能是真守。

价值判断看的是对新回答的担当，不是病历里有没有一个从不出错的医生。

「善推」推的不是复诊次数，也不是停药越快越好。它要每一次干预都有接着做、改做或结束的理由，别让手段自己长成目的。

有的病程要较长的管理，有的治疗不能随便停，有的要转到别的照护。「推到可以停的那一点」，指恰当地结束原来那一步，不是给所有病定一个短疗程。诊次与剂数只能放进具体情形里解释，不能跨患者排名。

「美聚」也不是让患者永远留下。值得维持的相聚，包括人能问、能拒绝、能离开，也知道需要时怎样再找回帮助。

靠恐惧、依赖或不透明的收费撑起来的高复诊率，领不走美的名义。

对唐阿姨来说，愿意回来和不得不一直回来，是两回事。一段照护帮她回到自己的日子，适时减少就诊，可能比让她每周固定报到更接近这股劲。

所以三股劲互相约束。守住了记录，却把人困在没完没了的治疗里，真不能替善结账。很快结束了干预，却没留下后续照护和转接，善不能凭一个短数字宣布成功。门诊热闹、人人愿意说话，却不认失败和不良反应，美遮不住断掉的真。

三本账不是把一件事分给三个部门。它要的是：一个漂亮结果，没法包办全部判断。

◆ 三、怎样留下可核的锚点

你怎么知道一段照护是好的？价值不能靠夸自己来测。「我们满怀善意，所以患者受到了善待」，其实还是医者给自己作证。

本卷的锚点，要尽量落到旁人能核查的过程上。复诊有没有引用前方和它的回答？接着走或结束的理由写没写清？患者有没有得到理解、提问和自己选择的机会？这些锚点和症状改善分开记，才看得出疗效相近、过程不同的情形。

你可以先拿真守试一试。记录可以分四种状态：没引用；只列出前方；引用前方并写了药后变化；据此说明本次判断。

这只是拟议的编码，不宜先加起来叫作验证过的分数。四栏都填了，也未必真做到，还得抽查原始记录和当事人的理解对不对得上。

几位核查者给同一份材料编码，总对不上，说明锚点写得不清楚，不能把责任推给被评的人。

善推的锚点更要看情形。研究可以记走到合适的结束、转接或调整用了几诊，理由是什么，却不能把「还没结束」一律扣分。

患者出了不适，由专业人员及时调整，和为了停药率草草收场，完全不同。没到结束条件的人要如实留着，不能从统计里删掉；中途失联，也不能算成功停药。

计数容易。你要问的是：被计的东西怎样定义，才决定这个数有没有意义。

美聚可以记按约复诊和回访意愿，也必须记下没来的原因和负担。上班冲突、路费、要照顾家人，都会挡住人回来；反过来，按时到场也可能是怕挨批评。

只拿复诊率来量，美聚就会奖励交通便利地方的门诊，惩罚服务困难人群的照护。价值账不该把社会条件伪装成医生的品格。

所以三个方向暂时并排摆出来，不急着合成一个总分。

要合分，得先讲清权重：为什么一项缺了能拿另一项的高分抵掉，什么情况下不能抵，适用于哪些人。没有这些，总分只会盖住价值之间的冲突。有的

过程要改记录，有的要减负担，有的要及时转接；都压成七十八分，既不好追责，也不好改。

本卷说锚点独立于疗效，是说定义与记录不拿疗效当答案，不是说它们和疗效在统计上毫不相干。认真读药后变化，可能和改善有关，也可能在某类患者里没关系。有没有关系，要检验。

本书不把「有效」写进真守的定义，再回头宣布真守必然有效。那样的结论，只是在重复自己写下的词。

锚点还要有清楚的观察窗口：只看这一次复诊，还是把整个疗程接起来？

接诊者这次没引用前方，可能是材料拿不到，也可能是他认为无关，要分开记。患者这回不愿回访，可能只是时间不便，不能说成关系破裂。别把每个小起伏都放大成人格或制度的结论。

核查者也得受约束。知道记录出自名医，可能把含糊处读成深意；知道出自新手，又可能记成遗漏。条件允许时，要遮住无关的身份信息，留下分歧的理由。

有些价值，一张表量不尽。一个人愿不愿意说出难处，可能要很久才看得见；一次回访的满意里，可能有客气，也有顾虑。

承认这些，不是放弃测量，是防止有限的锚点越权。

锚点像门上的把手，帮你进到一个问题里；它不是整间屋子。用把手的长短判房子的好坏，只是另一种指标独大。

过程也会被迎合。奖励「引用前方」的比例，复制粘贴就会变多；奖励回访意愿，工作人员就可能挑患者不便拒绝的时候去问；奖励结束速度，难治的病例就可能被挡在外面。

锚点一旦变成奖惩目标，就得再查：它还代表原来要守的东西吗？

价值账不是写一次就永远管用的表格。它也会被自己的用法改坏。

◆ 四、疗效为什么还不够

先还疗效一个公道。症状缓没缓解、功能好没好转、风险降没降低，是严肃而必要的问题。一个过程再温暖，也不能拿温暖顶替有效和安全。

把疗效叫作读数，没有把它降成小事。本书一再称它为最大的一个读数，正因为它实实在在关系着病人的身体和生活。

价值账不能成为无效疗法的避难所。

可是，同样的短期改善，可以从不同的过程里来。一个过程里，患者得到了充分解释，能及时说出不适，下一诊接住了上一诊的变化。另一个过程里，只许说好消息，一次偶然好转就被当成永久成功。

两者在一次测量里数字相近，你仍有理由关心差别。这不是故弄玄虚：这些过程决定了以后出了意外，能不能及时被发现、被纠正。

反过来，认真负责的照护，也可能碰上没有改善的结果。复杂的病程、有限的知识、个体的差异，不会因为态度端正就消失。

这时要记住两件事：没有改善，不能被过程良好盖住；过程良好，也不该因一次不利结果被全部抹掉。

分开记，才知道下一步该改什么。干预本身没作用，补表格不够；有效的干预被执行坏了，换个名词也不够。

再看常被误读的「停药」。停掉某项治疗，可能是恰当地做完了，可能是负担太大，可能是有不良反应，也可能是失去了联系。

一个笼统的停药比例把这些原因搅在一起，不能算成善推的成绩。怎样分类，要由专业的研究方案规定。本章辨认的是「结束」的含义，不规定谁什么时候停治疗；你也不宜照本章自己改用药。

价值账还有一道限：不能替病人规定他该感谢什么。

医生觉得讲得很细，病人可能还是没听懂；医生觉得给了选择，病人可能以为只有服从才能接着得到照护。所以核查过程要留着患者那一侧，也要留意患者碍于情面不说异议。

只有医生的好评，没有患者能安全说「不」的空间，所谓三方相聚，可能仍是单方面的说法。

三家旧解释在这里还用得上。成分路线提醒你把作用和风险查实，过程解释提醒你看相互的变化，医者路线提醒你留意判断与沟通。价值账没有宣布它们过时，只要它们各自交出能检查的过程。

成分有依据，不等于这一次用得有依据；谈得融洽，不等于患者有选择；连续复诊，不等于回路真接住了药后的回答。

价值账也该看见医生的条件。看诊时间太短，记录系统不相通，原始材料难拿到，都让认真接续变难。指出这些，不是取消个人责任，是不把该改制度的问题全化成个人态度。

要辨认的是责任怎样一起扛，不是去找一个独自做完所有事的英雄。

患者付出的工夫，也不能从账上消失：填记录、跑门诊、存材料、讲旧经历，都要时间。为了提高完整率，让唐阿姨每天花很久整理资料，她要护住的生活又被占去一块。

评价工具自己也有一本价值账：多收这一项信息，改变了什么判断？值得让谁付出多少代价？说不清，删掉一项记录，可能比加一项更负责。

还有医患目标不一致的时候：医生想降低某项风险，患者更怕日子被治疗挤占。

这里不能拿美聚要求双方假装没有冲突。相聚的质量，恰恰看冲突能不能讲明白，能不能在专业要求和患者的选择之间作出有理由的安排。

每次都说「听你的」，未必是尊重；每次都说「按规定」，也未必是负责。

所以价值账是一种让理由露面的办法。

它消不掉困难，却能挡住困难被成功率或满意度遮掉。要取舍时，记录里写明舍了什么、凭什么、谁参与了决定。日后结果不如预期，才能顺着理由回头查，而不是只在一个好人和一个坏人之间找答案。

最后，三股劲不是三个抽屉里的美德名词。真守让错误有来处，善推让干预有终点，美聚让人愿意、也能够参与；它们在同一次就诊里互相成全，也互相牵制。

患者能说真话，记录才不只留下医者愿意看见的那一半。

价值，就是在这样的互相撑持里做出来的。

◆ 五、放回日子里

小钟没有把师父那三句话做成医生排行榜。他在首页加了三个能展开的窗口：上一次的安排怎样进到这一次的判断，接着走或结束的理由是什么，患者怎样理解接下来的安排。空白照样留着，困难也照样留着。

何先生看见自己有一份记录只写了两行，就补上当时判断的理由，并注明是事后的回忆，不能装作当时已经记下。

唐阿姨最在意的，还是不用每次从头讲。小钟把它当成一个具体要求：上一次讲过的要紧经过，能不能在她允许的前提下，被下一次准确接住？

何先生提醒他：系统接住了文字，不等于人听过了。还得问唐阿姨，那段话今天还准不准，新情况有没有推翻旧描述。

一个人不是上一次表格的复印件。

价值账给这次修改指了方向，却没回答唐阿姨到底为了什么需要这段照护。记录更好了，理由更清楚了，她也更愿意说话了，这些都值得做。可要是她的日子只剩检查、吃药、复诊，连想回到哪里都不再提，这本书还欠着最后一本账。

下一章，要把那句很轻的「我怕又不想开店」放到正中间。

带 走 的 话

疗效是读数，价值是那股劲：回路守没守住，病推没推到能停，人愿不愿再来。

> **小 账**
>
> 本章拆了什么：用一次疗效、一次停药或一个复诊率直接替全部价值结账。
>
> 本章立了什么：用可以核查、也允许被质疑的过程锚点，分别追问真守、善推与美聚。

想 一 想

你觉得一位医生好，是因为一次就好，还是因为他记得你上一次；这两种好能否分别判断？

只看疗效会错过哪种好医生，只看过程又会漏掉什么问题？

第 36 章

意义账：治未病，阈值之前

◆ 一、你一定有过这样的时刻

唐阿姨坐下来，先把手机扣在桌上。面馆里的人刚发来消息，问明天照旧准备，还是少做一点。她没回。

何先生问这几天怎样，她讲了一遍胃胀，停了一会儿，忽然补了一句：

「我不怕胃胀，我怕又不想开店。」

说完她自己也觉得说重了，改口说当然还是怕，只是最怕的不是那一会儿难受。

小钟听见这句，把光标移了回来。唐阿姨讲起每天开门前的那一会儿：把桌子擦好，把门口的牌子翻过来，等第一个人进来。忙的时候，她想早点关门；真要几天不去，又觉得整天没个落点。她不要把面馆开成什么大事业，只是不愿每次安排生活，都得先问肚子同不同意。

何先生没说胃胀一定和心情有关，也没劝她想开点，只让小钟把那句话完整留下。

唐阿姨问，这也要写？何先生说，上一次你说想回去的地方，这一次还得知道回去了没有。

窗外有人挪椅子。手机亮了一下，她看了看，仍没急着回。

那不是一项检查，却让这次就诊有了一个检查给不了的方向。

◆ 二、好了以后要去哪里

意义账问：病人为了什么需要好起来。它不等于症状分数下降，也不等于患者夸医生关心自己。

唐阿姨想把面馆重开，这里头是她自己的一组生活联系：能安排事情，对明天有盼头，和人相处时仍觉得自己是其中一员。胃胀是这组联系里要紧的一块，可不能顶替全部。

本卷用创造、自由、幸福描述三个方向。

创造不只指写书、发明、办企业，也可以是重新想出一种安排日子的办法。自由不只是从菜单上挑一项，而是能走的生活道路没有被一种困扰一点点挤窄。幸福也不是时时愉快，而是人能在自己的生活联系里安顿下来。

这是本书提出的意义解释，不能靠哪一份症状问卷直接证明。

这里尤其不能给患者布置「必须活得有意义」的新任务。

有些人恢复时先要休息，有些人珍惜的是陪伴、安静、不再被催。医生拿开店、上班或表现积极当标准，患者的意义又被押回医者那一头。另一位患者决定少做点生意，同样可能是拿回自由。

意义也会变。病前想回到原来的生活，病中可能发现那种安排本就难以为继，好了又可能选新的节奏。

研究要留着这些变化，不能只看患者回没回到初诊写下的目标，否则真正的重新安排会被误判成没达成原计划。

意义账要稳住的，是追问的权利一直在患者手里，不是某个愿望永远不变。

还要还症状照护一个公道。疼痛、睡不好、一直不舒服，本身就值得认真对待，不必先证明它们挡住了什么宏大的目标。

意义账给照护添一个问题，不削减减轻痛苦的理由。患者不欠研究者一个漂亮的人生答案，医者也不能把「理解人生」当成拿到帮助的门票。

所以意义这一层要和医生的善意分开。

医生用心，是过程的一部分；患者能不能过上自己认可的生活，是另一部分。有用心却没达到预期的，也有症状好了、难处还在的。拆开记，才知道哪一段还要支持。只凭医者一句「我关心整个人」，意义就还停在医者的表态里。

◆ 三、阈值之前不是提前卖药

「治未病」在这里是一个要谨慎理解的历史词。它出自哪几篇经典、在不同语境里怎样解释、后来怎样演变，还要依可靠版本核定〔待核〕。

本书不给它硬加一条没核实过的古代定义，只提出今天的发生学读法。困扰会挤窄一个人能创造、能选择、能安顿的生活空间；在它大幅挤窄之前，就开始关心这段变化。

阈值不是人人共用的一条神秘刻度。

同样的不适，落到不同人的日子里，分量不同。倒班、要照顾家人、收入的压力、身边有没有人帮，都会改变一个人撑不撑得住生活。唐阿姨能不能少开半天店，和她面馆的人手有关；另一位患者可能根本没这个余地。

把这些差别都说成谁意志不够坚定，就把真实条件从意义账上删掉了。

所谓阈值之前，先是别等你的生活已经全面收缩，才承认它在收缩。

它不是把没症状的人都变成潜在病人，更不是凭这本书推荐筛查、保健项目或长期服用什么东西。过早贴病名、过度盯着身体的信号，同样会占去本来属于生活的时间和心力。

一个号称保护你未来的安排，要是让你今天不敢生活，意义账得允许把它的负担记下来。

这样，「预防」和「推销」就能分开问。

前者要说明针对什么风险、收益和代价各是什么；后者常把模糊的不安变成没完没了的消费理由。本卷不替任何养生项目作证，只看它说不说得出边界：什么时候不需要，什么时候该重新评估。

永远结束不了的准备，容易把生活本身推到遥远的以后。

同时，不能拿阈值当理由耽误就医。已经要专业判断的情况，不能用「先看看生活的变化」顶替诊疗。意义账让你问得更多，不是少做该做的评估；本卷也不提供自己辨病、判断能不能等的界线。

回到唐阿姨，要紧的变化有时就藏在一句平常话里。

以前她说「今天胀不胀」，后来变成「明天还是别开门了」，再后来，可能连开不开门都不想谈。

这句话诊断不出什么病，却提醒研究者：只存症状强度，就看不见生活怎样一层层缩小。有没有认得出的转折，要拿长期跟踪的材料去看，一个故事推不出普遍规律。

也可能有反方向的变化。症状还没完全消失，一个人却在合适的支持下找到了更扛得住的生活安排，不再把所有计划都押在「完全没感觉的那一天」。

这证明不了身体的问题已经解决，只说明意义账和读数账可能不同步。

不同步，正是分开记账的理由，不是挑一本账去否认另一本。

◆ 四、量表不能替生活命名

要让意义这一层进入研究，不能只挑几句动人的话。本卷拟用事先选定的生命意义量表一类工具，和患者认可的生活目标分开记录。

Steger、Frazier、Oishi与Kaler在二〇〇六年提出的生命意义问卷，区分了意义的存在感和意义的寻求。它给研究提供了一个候选的测量起点，却没有直接测到本书说的创造、自由、幸福的全部，也没有替本卷验证意义层的命题。

为什么必须事先选定？你想一想：

研究做完了再从一堆量表里挑出差异最大的那份，就容易把偶然的结果包装成早就预料到的发现。版本、主要分量表、测量时点、缺失怎样处理，事先定下来，后来的解释才受约束。

用中文译本，还要核定版本、授权和它在目标人群里的表现。这些本书都没做，候选量表不能写成已注册使用的正式工具。

现成量表让不同的人按大致一样的方式回答，研究才能比较；可同一句话落进不同人的生活，意思可能不同。

所以要查工具在选定的人群里听不听得懂、分不分得清相邻的概念，不能借一个熟悉的名字就宣布测到了意义。对中老年门诊患者怎样问才合适，也要实际检验。

存在感和寻求也不能相加，当成越高越好的总量。

一个人拼命找意义，可能说明他在探一条新路，也可能和还没找到方向同时存在。研究要照工具的计分结构来，说清本卷预测哪一种变化。

要是一切上升都叫成功，一切下降都解释成重新整合，这个命题就没有可能出错的地方了。

本卷自己的生活记录，也得防着和症状重复计分。

意义题目要是只问「因为胃不胀了所以开心」，再拿它去预测胃胀改善，多半只是同一条信息换了个说法。真正要知道的是：在已经记下的症状和基线困难之外，患者对生活方向和可走选择的变化，还能不能提供新信息。

这很难，却正是意义层想当独立命题必须扛的难。

研究还要记下现实条件的变化：家人来帮忙、工作减轻、收入起落，都可能同时改变意义感和一年后的状态。

意义量表和结局相关，证明不了意义带来了结局；控制了测过的因素，还有没测到的。

预测有用、因果作用成立、理论讲的发生机制正确，是三个强度不同的结论，不能拿同一次相关全部领走。

提问本身也会改变回答。研究者每次复诊都反复强调人生要有意义，参与者可能慢慢学会说研究者想听的话；量表分数涨了，生活的方向未必跟着变。

提问方式要尽量一致，别把某种回答塑造成更值得夸的。患者有权说自己还是茫然，也有权不谈。

所以意义账不能变成门诊的绩效承诺。要求医者让每个人的意义分数都上升，他就可能把复杂的经历劝成一套乐观的说辞；有些积极的回答，也许只是不想让人担心。

人和分数之间要留着距离。一个人不因某次分数偏低，就成了照护的失败品。

三界的区别能帮你不记混账：想法那一界，人弄明白自己为什么要活；现实那一界，有没有能走的安排；自我那一界，他怎样经验这段生活。

三者可以互相支撑，也会错开。

唐阿姨可能还想开店，现实却暂时不许；也可能回到了店里，心里仍失落。研究只记「恢复营业」，就把后两种差别压平了。

本卷不给每一界各造一份新量表。先定下最要紧的候选测量，说清它覆盖哪一块、没覆盖哪一块，比一堆漂亮的分数稳当。

测不准的材料，可以按事先定的规则做质性分析，可不能把感人的故事悄悄当成预测已经成立。定量和叙述要互相校正，不是互相补救到永远不会失败。

◆ 五、意义账怎样算错

本书对意义这一层留着一条明确的撤回承诺。控制基线严重度与抑郁后，意义账的变化对一年后的复发、依从、停药没有独立预测力，意义层命题撤回。

这条承诺针对的是本卷提出的独立预测主张。它不宣布人生的意义因此不存在，更不是说病人珍惜的事不值得尊重。

一个研究假说可以失败，照护的伦理理由不跟着消失。

这里的复发、依从、停药要先定义清楚。

复发，是哪一种预定的结局，在哪个观察窗里发生。依从，是对哪一段双方确认过的安排。停药，是经专业评估的结束，是因不良反应中止，还是自己停的。这几种不能混在一起。

尤其，依从不等于无条件服从，合理地拒绝或调整安排，不能被研究写成道德上的失败。少了这些细分，意义账预测得再好，也可能只是预测了一个含混的词。

「没有独立预测力」，也不能凭一次没到统计显著就轻易宣布。

样本不够、误差太大，都可能分不出有没有增量。可也不能一直说样本不够，赖着不撤回。

试验前必须定好：要排除的最小增量是多少，要多窄的不确定范围，什么结果算足够精确的否定。原有撤回条款不变，判它用的统计细则还要正式定下来。

就算意义变化真有增量的预测力，也只支持选定人群、时点和结局里的这一个预测，证明不了所有中医疗法都靠意义起作用。

主要结局失败了，却在十几个次要分析里找到一处漂亮的关联，不能偷偷把那一处升成全书的胜利。

研究最该护住的，不是作者的结论，是原来答应要检验的那个问题。

还要问：预测换到没参与建模的新材料上，还站不站得住？

同一批人的许多记录反复挑选组合，总能找出看起来很有解释力的关系；换一批患者就没了，所谓独立增量就没站稳。正式研究要事先安排内部验证、规划外部检验。将来的支持，不能全来自自己拟合自己的那一批数据。

意义账对研究者最严的一条，是不许把尊重人的愿望和捍卫理论绑在一起。

就算最后撤回了独立预测命题，何先生仍可以认真听唐阿姨讲面馆，医院仍该尊重患者的选择，照护仍有理由帮人重新过日子。反过来，就算预测成立了，也不能逼患者接受本书的人生解释。

理论成败归理论，人的尊严不拿来下注。

◆ 六、意义怎样走进回路：止在哪里，由谁说了算

写到这里，意义账还有一个毛病，本书自己先指出来：它像挂在回路旁边的一本账，方一答一方转它的，意义账记它的，两边不碰。若真是这样，意义层就只是一句人文关怀，删掉它，答证的论证一处不变。

其实两边在一个地方必然相碰：回路什么时候停。

「中病即止」里的「中」，中的是什么？

要是只由医者按症状和证型来定，止点就落在读数上：胀消了、苔退了，停。

可唐阿姨要的不只是胀消，是能把早市重新开起来，又不把自己累垮。同样消了胀，一个想回去开店的人，和一个想先歇半年的人，下一步未必一样：一个也许要再巩固几剂，另一个也许此刻就该停，把力气留给休息。

所以意义不在回路外面。

它是回路的第三个输入：下一张方，不只由这一诊读出的证和上一张方决定，还由病人说出的「为了什么」决定——尤其是决定停还是走。

真守管回路不断，善推管推到可以停的那一点，而「可以停」的那一点在哪里，要由病人的目的参与划定。

这样写，意义账就有了一个能检验的后果，而且和第　38　章第四条接上了。

若止点按病人登记的目的来定，比只按读数来定，能更好地预测一年里的依从、停药与复发，意义层就在回路里站住了。若两种止点预测得一样好，意义账就退回为一份值得保存、却不改变回路的生活记录。

这也给医者添了一句很朴素的复诊问话。不只问「哪里变了」，还问「你原来想回去做的那件事，现在近了没有」。

它不是心理咨询，也不替病人定方向；它只让回路在决定停与走的那一刻，听得见病人自己的声音。

◆ 七、放回日子里

小钟在唐阿姨的记录里另开一段，不叫「精神好转」，也不急着写「意义提升」。他存下她那句担心，注明是这次交谈里说的。下一回可以再问：这个担心现在怎样了，她想回到的生活有没有变。

身体方面要判断的，何先生仍放在它自己的位置，没让面馆的故事顶替。

唐阿姨终于回了手机上的消息。

她没有因为说出了人生方向就立刻好起来，也没有因为有了记录就得到一个保证。故事在这里保持平常：一个人向别人说出自己怕丢掉什么，别人愿意认真记住，同时继续担起自己的专业责任。

意义层的起点，常常不是教给病人一个宏大的答案，而是不把他的答案删掉。

哪天她不再把开店放在第一位，新的答案也该进账。

留住人的位置，不是把第一次说的话永远钉死。真正要接续的，是她参与说明自己生活的权利，和旁人听这种说明的责任。

下一章，会把三本账带回抓药、针灸与养生。到那时，每一种安排都要同时面对三问：身体与记录有什么变化，照护过程值不值得继续，为了什么继续。

三问的答案可以暂时不整齐。真正要避免的，是用其中一句，把另外两句压得无声无息。

带走的话

治未病不是不生病，是在病拿走你想做的事之前，把「为了什么」记进账里。

> 小账
>
> 本章拆了什么：把意义等同于症状缓解、医者善意或患者必须积极向上的义务。
>
> 本章立了什么：意义不挂在回路旁边，它参与划定回路的止点；止点按目的定是否比按读数定更能预测一年结局，交给第 38 章第四条判。

想 一 想

上次病好了，你最先想回去做什么，那是你自己的愿望吗？

那件事没回来，你会说自己好了吗；如果你选择了另一种生活，又该怎样记？

第 37 章

抓药、针灸、养生：三本账落到日子里——为什么好大夫只开三剂

◆ 一、你一定有过这样的时刻

上午，何先生坐在桌边接诊。唐阿姨来了，又走了，留下这几天的记录。临近中午，门诊转到预约的针灸时段，小钟帮着把几份要续接的材料摆好。

下午有人来问养生，说手里的项目太多，每天先做哪个、后做哪个都得看表。何先生把那张排得密密麻麻的纸放平，先问他：当初为什么想做这些？

小钟在一旁觉得，一天像走过三个地方。上午谈方药，中午谈针刺，下午谈生活安排。大家拿来的东西不一样，问的却常是同一句：「这个到底好不好？」

何先生的回答不总让人满意，因为他老追问：上一次以后，发生了什么？

快收诊时，小钟说，师父最爱讲的还是「回来再看」。

何先生把纸夹收好，说：有的要回来，有的该转到别处，有的要把理由讲明白、暂且结束，不能只记住「回来」两个字。

小钟翻自己一天的笔记，才发现不是每一条都通向下一次收费。有些记录的下一步，是不再继续原来的安排。

◆ 二、三剂只是留一个位置

本章题目里的「只开三剂」，说的是何先生这个虚构人物常有的做法：在故事里留一个较近的再评估位置，等药后那一段进到下一次判断。

它不是评选现实中医生好坏的规则，也不是哪个病种的疗程建议。处方长短必须由合格的专业人员按具体情况定；长处方不等于粗心，短处方也不自动等于负责。

你真正要辨认的是：一次安排，有没有留下读回答的机会。

这个机会不一定是到门诊露面，也可以是预定的回访或别的合适评估，形式要服从临床需要。反过来，患者每隔几天就坐到同一张椅子上，医生却总照初诊印象重复开，回路在内容上照样是断的。

来得勤，和真接上，是两回事。

抓药这一幕，读数账记前后的材料和可能的影响，改善、没变化和意外都记。价值账接着问：上一手有没有被这次判断接住，接着走、调整、结束有没有说得出的理由，患者懂不懂接下来的安排。意义账最后问：这段照护和患者想守住或找回的生活，有什么关系。

三本账互相照面，不能互相顶替。

假如唐阿姨说这回舒服些，故事里暂时有了一个好读数。何先生还要知道：变化是什么时候出现的，这期间还有哪些安排变了，身体别处有没有新情况。

不问这些，所谓身体的回答就只剩一个「好」字。小钟要是只把这个「好」字存进系统，下一位接诊者连这个好里装着什么都不知道。

也可能是更不舒服了，药没吃完，或者信息缺了。

坏消息必须走同一套记录程序，不能成功时谈答证，失败时把患者剔出去。也不能拿「身体正在回答」把不良反应浪漫化；该及时处理的问题，不是一个值得耐心等待的哲学转折。

还要还「一次拿够」一个公道。交通、工作、照顾家人的负担都是真的，合适的长程管理能少跑很多路。要求所有人频繁回来，反而可能让他们撑不住必要的照护。

判断不该停在「拿了多少」，要看这段安排里何时、怎样评估变化，出了问题怎样接上。三本账要是只加成本，不改善理解和处置，它自己就得被重新检查。

药房也有位置。药从哪里来，实际领了多少、用了多少，患者怎样理解医嘱，都影响后来怎样解释结果。

医生写下的安排，和患者真正经历的过程，不天然一样。研究里只留处方单，不记执行情况，就可能把没真发生过的一手当成发生过了。核对不是责备患者，是不让纸面动作冒充身体的经历。

几处机构一起治疗时，接续更难：上一位的解释下一位看不看得见，日期对不对得上，别的安排有没有算进来。

答证不能假设只有一位医生、一张方、一个封闭的身体。真实生活里的干预会交叠，研究要划清自己考察的是哪一步，并老实记下别的可能影响。

接续也不等于无限共享个人资料。为了读懂上一手要用哪些记录，就该说明用途和谁能看。

唐阿姨愿意讲面馆的难处，不等于同意拿去推销产品。意义账比症状记录更贴近私人生活，保护的责任也更重。

不能一面说尊重整个人，一面把整个人拆成随处可用的数据。

◆ 三、一针之后还问什么

针刺同样要前后相接的记录，可方药的证据不能直接搬给它。不同干预的作用条件、对照的难处和临床用途各不相同。

本卷把两条路线并排放，是因为它们都能被问「下一次怎样读上一次」；不是一条成立，另一条就自动得证。每一条都得自己扛证据的责任。

Cherkin等人在二〇〇九年的慢性机械性腰痛研究里，设了个体化针刺、标准化针刺、模拟针刺和常规照护四组。三种针刺相关的安排，在主要结果上没有显出个体化明显更好的证据，它们和常规照护之间却出现了差别。

这份研究要你认真面对：在这个人群、这套安排里，某些被强调的个体化差别，没有变成同样明确的额外收益。

它不许你假装模拟对照没有成绩，也不许你把一种病的结果扩写成所有针刺永远一样。

本卷拟议的另一问是：真针与假针，分别搭配辨证取穴与标准取穴，构成两个因素的比较，再记录针后复诊的取穴是否比首诊更一致。

这是新拟的草案，不是Cherkin试验已经用过的完整安排。它要检验辨证有没有增量，也要留意假针未必毫无生理或情境作用。对照怎样搭，会改变研究实际能回答的问题。

还要看两个因素能不能真分开。

辨证取穴往往伴着不同的交谈、解释和预期；标准取穴也不等于对患者一无所知。辨证组要是多得了接诊时间，差别就可能来自好几样东西。

研究要尽量平衡这些条件，说清哪些平衡不了，不能把「随机」两个字当成偏差已经消失的印章。

针后复诊取穴更一致，单凭这一点，也证明不了取穴更准、更安全或更有效。

医者可能受了上次安排的暗示，也可能因为材料少了更容易选同一组穴。一致性和临床结果要分开看。一致性涨了、患者却没有相应收益，研究就该报告这种分离，不能只挑对本卷有利的那一栏。

所以故事里对何先生的要求很具体：针刺经验再多，下次判断也得说明理由；某次改善再明显，该有的对照也不能跳过。

经验能帮着提问题、看细节，却不能自己充当对照组；好的研究也要听它，免得设计成空架子。

让经验帮试验问得准，和让经验决定试验必须成功，是两种关系。

本书不提供穴位组合、进针方法或操作程序。把一个治疗讲通俗了，不等于把它变成人人能照做的技术。

针刺路线还有一个容易被忽略的细节：患者最在意的有时是功能，研究主要测的有时是疼痛，医者在意的有时是取穴一致。

这三件事不能因为出现在同一张结果表上，就当成一个结局。研究要事先说清哪项是主要问题，哪些只是解释过程的辅助材料。

取穴更一致、功能却没相应变化，不能把一致性提升说成患者获益；功能改善了、取穴分歧仍大，也不能为了护住固定分类而否认改善。

标准化的安排同样可以有认真的照护，程序好复制，也方便判断某个因素的增量。个体化能回应不同的材料，却让比较更难。

两者不是善恶对立，要比的是在具体目的下各自解决了什么、付出了什么。

把标准化写成冷漠，把个体化写成温暖，真正要检验的差别就从眼前溜走了。

◆ 四、养生怎样不再空转

养生最容易被一张忙碌的日程表冒充。

每天做完很多项目，买了很多产品，记下很多数字，可能仍没回答最初的问题。不必把所有日常照护都怀疑一遍，只要问清：每项安排想改善什么，凭什么，代价是什么，怎样知道该改或该停。

说不清结束条件的项目，常会自己生出越来越多的项目。

读数账能让空转露出来。做项目的天数多了，原来关心的结果却没人记；设备数据越攒越多，却不知道哪些变化超出了测量条件本身的差异；每次都得到一句「正在调理」，却从没约定什么才算没达到预期。

这些是认得出的过程模式，不是普遍结论；一出现，就值得要更具体的解释。

价值账接着问：这个安排守没守住真实的来路？

要是只有推销的人能解释数字，而且什么数字都被解释成继续购买的理由，外部核查就被关掉了。善推问它有没有合适的停点，美聚问参与是不是自愿、负担扛不扛得住。

一个项目把人从原来的困扰带进害怕停下的依赖，不能因为客户续费率高就自称成功。

愿意参与，应当包括能体面地退出。

意义账还会问：护健康占去了多少本来要护住的生活？

唐阿姨要是把开店、休息、和人来往的时间都排给了养生流程，就可能是手段挤走了目的。有些必要的治疗确实要花时间，不算浪费。区别在于投入有没有说得出的理由，和患者认可的目标怎样连着，代价有没有人在评估。

也还规律生活和日常照护一个公道。它们不必每一项都包上高深理论，才配进入生活。

一个人喜欢某种安全的日常安排，觉得它帮自己找到节奏，不需要马上把它升格成普遍的医学疗效。问题出在个人体验被放大成人人适用的治疗承诺的时候。

体验值得尊重，承诺需要证据；各在各的位置，才不互相伤害。

AI也可以帮着整理项目、提醒记录、发现互相冲突的安排，可它不该借患者的担心不断造出新需要。系统把每天互动次数当目标，就可能更擅长留住注意，而不是帮人在合适的时候放下注意。

一个真正有益的记录工具，应当接受这样的结果：用得少了，人反而过得更自在。

三本账没有给养生行业一张统一的判决书。

某项干预有没有效，要针对具体的干预、人群和结局去研究；某个服务过程尊不尊重人，可以从过程材料去查；它支不支持患者认可的生活，要听当事人自己说。

把不同的问题分开，不是拖着不判，是不让一个情绪化的大词替所有问题作答。

家里的照护也能借这种眼光，不必把家变成研究室。家人可以帮着存材料、讲经过，也可能出于好意替当事人决定一切。

每个选择都由别人安排，患者的自由就从意义账上消失了。三本账要听见本人，并不排斥必要的帮忙；它提醒你分清：是支持一个人作决定，还是替他活成旁人希望的样子。

有时候，最有价值的结果是取消一项不必要的安排。

取消不是放任，是照新的理解减负担。也有时候，新材料要求增加必要的照护，不能为了日子轻松就拒绝。这里没有一条「越少越好」的口号。

好的方向来自三样：理由核得了，变化追得到，当事人的目的还被看见。数量本身做不了判断的主。

所以，把三本账放回日子里，不是给每人多发三个必须填的本子，是给观察三个不能互相吞掉的问题。可以用几行简短的记录回答，也可以在一次充分的谈话里讲清。

工具要是比问题本身还庞大，就该简化工具。

一个帮生活重新展开的方法，不该以压缩生活作固定代价。

◆ 五、放回日子里

门诊结束后，小钟把一天的记录分成三个窗口，没把上午的方药、中午的针刺和下午的养生揉成同一套评分。每个窗口都留了下一次查看的入口：之前做过什么，后来怎样，现在凭什么作新的安排。

何先生看了，说别忘了，有些下一步是转诊，有些是把人交还给生活，不是让每个人都再回来。

唐阿姨经过门口，问下次要不要把那几天的情形写得更清楚。

何先生说，照约定把要紧的变化说明白就行，不必把一天活成一份病历。

小钟记住了这句：记录是为人服务的，不能为了记得完整，把人的注意力全绑在身体上。收什么材料要和用途相称，收得多不总是好。

此刻的三本账，没有判定何先生是好医生，也没有证明答证成立。它们只让每一方的责任更清楚：医者说明判断，系统保存来路，患者有说话和选择的位置，研究者不得把故事当结果。

下一章要做的，就是把这些要求带进一场可能得出相反结论的比较。

小钟给当天的整理留了一句说明：这是一组帮着检查的记录方式，不是认证门诊优劣的工具；欢迎指出漏了什么，没用的栏目就删。

如果甲方、乙方与安慰剂之后，复诊一致性没有达到本卷承诺的差别，书里这些生动的门诊场景，不能替它补上缺的证据。如果差别达到了，也还要解释为什么不是别的原因。

只有把不利的结果也提前请到桌上，「回来再看」才会从一个动听的收尾，变成对自己判断的真约束。

带走的话

处置长短须由临床判断；值得追问的是，下一诊怎样接住身体的回答。

小账

本章拆了什么：把处方长短、治疗次数和养生忙碌程度直接当成照护质量。

本章立了什么：在不同干预中分别记读数、过程价值与生活意义，并保留调整、转接与结束的位置。

想一想

上次拿药是一次拿够，还是吃完再回去；那段安排如何评估变化？

一次拿够了，谁来读身体的回答；频繁回来时，这个回答又是否真的被接住？

第 38 章

判决性试验：两张首方、一份安慰剂，截面读全以后谁料得更准

◆ 一、你一定有过这样的时刻

小钟在白板上画了三组病人，旁边又画了两组医者。线刚接完，何先生就问：「我要是知道他们吃哪张方呢？」

小钟说，一组知道，一组不知道。何先生又问：不知道的人，能不能从交谈里猜出来？知道的人，会不会先认定身体该怎样变？病人自己说漏了怎么办？小钟擦掉白板一角，给几条线重新标了次序。

唐阿姨来取自己的一份记录，在门口看了一会儿，问那第三组是不是没吃到真正的方。

小钟说，这只是在讨论的研究图。真要做，得由专业团队判断谁适合参加、怎样保护参与者，不是把今天来的病人随便分进去。

唐阿姨点点头，又问：要是最后三组差不多，怎么办？何先生没替白板回答，只看了看小钟。

小钟把「差不多」写在最下面。

这一句绕不过去。试验没给出期待的差别，故事不会消失，何先生也照样做了四十年医生；可这本书得交代，自己新提的那一层还有什么理由留着。

◆ 二、先把老试验读完整

新试验要先承认老研究做成了什么，不能靠把前人写简单，给自己腾位置。

Bensoussan等人一九九八年发表于《JAMA》的肠易激综合征试验，比较个体化中药、标准化中药和安慰剂，治疗十六周，结束治疗十四周后再随访。它本来就有治疗中的复诊，不是看一眼初诊就撒手。

本卷要补的，只是多医者复诊辨证的测量，加上两张合规首方的随机比较。

它在疗程末没检出两种活性安排的显著差异，这不能写成证明了二者等效。原文随访部分说症状评分的维持，用的是低于百分之十的显著性水平，不能偷换成通常说的低于百分之五已经确证。标准化组也不能概括成完全失去改善。

它给本卷的，是接着追问个体化过程和后续轨迹的理由，不是答证或方序效应已经成立的证明。

Cherkin等人二〇〇九年发表于《内科学文献》的研究，纳入六百三十八名慢性机械性腰痛患者，比较个体化针刺、标准化针刺、模拟针刺与常规照护。三种针刺相关安排在关键疗效指标上结果相近，提醒你不能只凭「个体化」这个名字就预期更好。

它没检验复诊辨证一致性，也不是上一章拟的两因素交叉设计。

两份研究的人群、干预、对照和时间都不同，不能拿一份的有利结果盖住另一份的不利结果。它们一起教给本卷的纪律是：疗程末和随访分开看；没发现差异和证明等效分开说；个体化的名义和实际的增量分开量。

没做过的比较，就明说没做过。

二〇〇八年Kaptchuk等人在《BMJ》的试验又提醒：接诊的情境本身就能影响患者报告等结果。

这让「药后出现变化」更难解释了。就算看到差别，也要问接触时间、解释方式、预期和执行是不是不一样；把这些叫作背景，它们照样起作用。临床生成论与意义反应论，在这里仍是必须认真对待的解释。

本书给旧理论写的比较预测，是为这次检验搭的收窄模型。

方证相应不必否认药后证会变，临床生成论不必只看一次相遇，意义反应论也不否认药理作用。所以新试验就算支持本卷的预测，先支持的也只是本卷事先规定的操作命题。要说它排除了这些更宽的理论，还得逐条说明它们为什么容不下这个结果。

一次胜过简单对照，不等于拿到了独占的解释权。

◆ 三、三组病人两组医者

下面保留本卷的试验原案。它是研究草案，还没实施，也没在真实的注册平台做过预注册。文中的门槛是拟议的，不是已有研究认可的诊疗标准。

判决性试验：先对账 Cherkin 2009 年的针刺试验（个体化、标准、模拟三组疗效相当）与 1998 年《JAMA》肠易激试验（14 周随访只有个体化组维持，后者是本卷的旁证）；主试验选功能性消化不良或肠易激等可以安全等候一周的病种，初诊后由医者组认定两张都合规的首方甲、乙，病人随机分三组：服甲、服乙、服外观一致的安慰剂颗粒；第七天复诊，多位医者各自当面辨证，分为知首方与不知首方两组；复诊前漱口、舌象由不知情者拍照，排除药色染苔；预登记同一医者重测一致性下限 $\kappa \geqslant 0.6$、医者之间下限 $\kappa \geqslant 0.4$；再随访一年，记复发、依从与意义账（量表事先选定），控制基线严重度与抑郁

原案只做到第七天，它回答的是方序效应：两张不同的首方，复诊是否分开。本书要对判词本身判生死，还得加两步：先后对调，与截面读全后的预测比较。本书称它们为第二、第三阶段。

第二阶段（先后对调）：服甲组与服乙组在第七天复诊之后交换，原服甲者改服乙，原服乙者改服甲，剂量、疗程与间隔相同；第十四天第三诊，由不知次序、不知首方的医者独立辨证；次要终点为两种次序第三诊证型分布之差（方序不对易）。安慰剂组第七天后按临床需要转入常规照护，不进入对调。

第三阶段（截面读全）：第十四天第三诊，截面按预定的几档由薄到厚读全：舌照与脉图、症状量表、去掉治疗史的问诊记录、预定化验。每一档交两组医者各自辨证：一组只见截面，一组另知两剂方的先后与其后经过，但不知研究假设。第四剂方按预定规则给出，第二十一天由不知分组者评定预定结局。主要终点为两组之证对该结局的预测增量（区分度与校准各一项，事先登记），以及增量随截面加厚的变化。

第二阶段是一个最小的序贯多次随机试验，设计思路借自动态治疗方案的SMART（见第 9 章）。

第二阶段有一处好处：两种次序吃的是同两张方，药效之差在两组之间互相抵消，不必再拿症状变化去配平。可它判不了母题，第 20 章已经说明：药会改变身体，先后一换，截面不同，证自然不同。它的用处，是给第三阶段造出两种来路不同、用药相同的病人，让「治疗史」这一变量有足够的落差。

第三阶段才是对着母题的那一刀。它不问医者之间是否一致，问的是谁料得准；也不怕截面读得不够，因为截面要一档一档加厚，看知史的优势会不会被加厚的截面吃掉。

它也带来新的负担。交换的那一刻，临床上必须说得过去。第七天复诊显示某人需要别的处置，他就退出对调、接受照护，并按预定规则计入分析。

两张方的先后能不能安全对调，要由专业团队逐个病种判断。判断不了，就不做这一步，并在报告里写明：本书的第五条因此暂时不可判。

原案里对旧研究的简写，要和上一节的限制一起读：「相当」不是正式等效检验，「只有个体化组维持」也不是标准化组全部失效。

「可以安全等候一周」必须落到每个人的入组评估上，不能从一个病名直接推出来。

纳入、排除、救援与退出，由专业团队和伦理审查来定，不能耽误必要的照护。参与者要清楚自己可能分到什么、什么不能保证；不愿参加的人，照样得到正常照护。

两张首方都合规，意思是：在预定的入组情形里，专业医者组认为两张都能接受，并写明选择范围和理由。它不意味着两张方同效、同风险，或在所有患者之间可以互换。

对某类患者建立不起真实的选择不确定，就不能为了整齐硬做随机。具体方名、剂量和制法，也不能由一本讲概念的书代替正式方案来定。

随机分配要让接诊者猜不到，执行者、评判者和分析者各接触哪些信息，要分别说明。

外观一致，挡不住气味、味道和身体感受透露线索。研究要记下遮蔽可能在哪里被打破；必要治疗的信息优先于遮蔽，揭盲要有明确程序。

第七天的多医者当面辨证，尤其容易被顺序影响。

第一位问过的问题，会留在病人的记忆里；病人也可能主动复述前一位的判断。评判的顺序、每次的间隔、禁止交流的安排、材料怎样呈现，都要事先规定。

知首方和不知首方的医者怎样分配，会不会有记忆污染，要正式方案裁定，不能到分析时才补一句「已控制」。

同一医者重测也有张力：间隔太短，只是记住了答案；间隔太长，患者自己又变了。

医者之间的一致性，不能靠先开会统一答案、再各自抄写得来。训练是让大家懂分类规则，不是把每个病例的结论提前教给评判者。

◆ 四、信息多了还是答来了

本卷的主预测原文见第 8 章与附录二。它有三个目标：服方组复诊一致性比安慰剂组高出预登记差值 $\Delta\kappa \geqslant 0.15$；配平症状变化后仍然高出；两张首方之后的复诊证分布不同。

主预测的前半段是本卷搭的收窄比较模型，不是从原典里核出来的统计预言。差值也没有现成的权威，是拟议的要求；看数据之前，要先论证可行性、测量精度和所需样本。

你会先想到的那个替代解释，也是最强的一个：服方以后症状变化更明显，医者拿到更多可用的线索，所以判断更一致。

真是这样，结果未必需要答证。所以本卷要求事先记录症状变化的幅度，做条件比较。

这个要求有必要，可别误以为把症状变化放进回归，就自动解决了因果问题。症状变化发生在随机分组之后，它自己就可能受干预和别的因素共同影响。

Montgomery、Nyhan与Torres二〇一八年的方法研究说明，对干预后的变量做条件化，可能毁掉原先随机比较的优势。

所以本卷要分清两类问题。一类：随机分到哪一组，对复诊一致性总体有什么影响。另一类：在症状变化相近的条件下，各组还有什么差别。第二类结果靠额外的假设，不能自动叫作第一类问题的净因果答案。

正式方案要在主分析之外，事先写出条件分析估计什么、为什么这样估，换了假设结果怎样变；测量误差、失访与执行偏离，都要做敏感性分析。解决不了，就承认原设计的判决力不够，不能说调整得越多越科学。

事先登记一个错误的方法，也不会让它变对。

一致性门槛同样要拆开看。

κ受类别比例和评判者边际分布的影响。服方组的证型更集中或更分散，都可能改变κ，不一定是医者读得更准了。要报告用的是哪种κ和不确定范围；患者和医者交织成多层联系，不能把每一对判断都当独立样本。具体模型和样本量待统计方案确定，本书不编一个人数。

主预测不止一个目标：一致性差值、绝对下限、两首方之后的分布差异。

哪一个是主要终点，多个检验怎样处理，什么时候作综合判断，都要在正式注册前写明。看完结果再挑通过的那一项当主要结果，就把原来严厉的承诺改成了挑幸运数字。

探索性的发现可以报告，可得保留「探索性」这个名字。

报告先要把三组的去向列清楚：各组进了多少人，第七天多少人接受评判，一年后多少人仍有结局，谁接受了救援或转接，哪些资料缺了。

没复诊，不能当成没改善，也不能当成好了。主要比较保留最初分组的意义，实际接受的情况另作分析，两者不能悄悄互换。

首方比较和医者知情比较，分析单元不同。

首方随机落在患者身上，不能靠多做几次评判造出更多患者。医者知不知道首方，落在判断的信息条件上，要考虑同一位医者、同一名患者，以及两人相遇时的联系。

只让资深医者知情、新手不知情，差别就混进了经验高低。这些必须开始前定下。

服方与安慰剂怎样比，也要事先定。

甲乙分开检验还是合并比较，不能等看到哪组好看再挑。甲达标、乙不达标，报告就得留着这种差异；平均以后一个有利的结果，证明不了两张首方都支持同一个机制。

证型类别也要事先固定，不能发现差异之后再拆细。

κ旁边要摆出能解释它的材料：各组每类证型的比例，每位评判者的分类倾向，原始一致比例，分歧落在哪些类别之间。服方组只是因为更多人落进一个常见类别才显得一致，你应当看得见。

不能在κ不利时临时换指标，宣布原门槛已经被另一个分数通过。

正式研究的样本，要围绕精度和检验能力来设计。

参数还没有可靠依据时，先做不进正式结论的可行性研究，再用多种情形做模拟。模拟不是造结果，是检查设计在有差别、没差别、类别极不均匀时，能不能兑现判决承诺。

分析前还要界定两张首方之后的路。

第二诊调整了什么、凭什么，有没有转诊，都要按时间记下。不能只比一直坚持原安排的人，能坚持本身就可能和反应有关；也不能把后来的改变一律当噪声删掉。要问某种调整次序的作用，首方随机自己回答不了。

结果报告可以分三层。

第一层是原始的随机比较：各组发生了什么，包括收益、风险和缺失。第二层是条件比较：在事先说明的症状变化条件和假设下，差别怎样，换了假设还稳不稳。第三层是预测增量：加入意义账以后，对后来的结局多提供了多少预测，在没用于拟合的资料里还在不在。

三层不共用一个「证明了」。

主要图表的骨架，结果出来之前就用空表排好，少一些事后只挑漂亮曲线的诱惑。冒出意外的新线索，另起一处说明来由，交给新研究检验，不能倒写成这次最初的问题。

最难的情况，可能既不是成功也不是失败，而是结果太不精确，没法按门槛判断。

这时报告要直说证据不够，指出设计在哪一处没兑现。不能把不确定包装成支持，也不能为了显得果断就宣布没差别。

若事前设计已保证足够精度，而结果清楚落在撤回范围，则应按条款撤回；若方法缺口使条款不可判，首先要承担的，是研究设计没做完的责任。

研究最后要交出足以复核的分类规则、去掉身份信息的材料和分析程序，共享到什么程度服从授权和隐私。外人要看得出结果怎样从记录里来，不是只能相信作者报的一个数；保护隐私，也不能成了拒绝解释分析的万能理由。

独立复核，是换一双不急着支持本书的眼睛。

别人按同样规则得出不同结果，就追查问题出在哪一环；换个地方失效，适用范围就得重新说明。

第一次的有利结果只是起点，赢过一回，不等于以后不能被修正。

次要预测也要待在它的位置上：当面接诊后的证漂移，大于只看病历的盲辨分歧。

它能帮着解释接诊方式带来的变化，却不能在主预测失败时顶上去。针刺的两因素比较是另一条研究路线，也不能借药物试验的成功自动过关。

不同的问题可以互相启发，证据的责任必须一项一项扛。

◆ 五、五条认错的路

本卷的撤回承诺保留原文如下。标题里的「预注册」指的是打算执行的纪律，不能读成已经完成登记的事实：

致命条款（草拟，预注册）：其一，以症状变化幅度作协变量配平后，服方后复诊的医者间一致性比安慰剂组高出不到 $\Delta\kappa=0.15$，或低于医者之间 $\kappa\geqslant0.4$ 的下限，「答证」撤回，证退回「两人之间的属性」；其二，控制病程与基线严重度后，复诊证的分布与首方是甲是乙无关，「方序效应」撤回，本卷退回强版方证相应（首方改变身体、证随之变，但无需另立答证）；其三，复诊医者知不知道首方，一致性与准确性都没有差别，「知犯何逆」这一读法降格为单纯的症状观察；其四，控制基线严重度与抑郁后，意义账的变化对一年后的复发、依从、停药没有独立预测力，意义层命题撤回。其五，第三阶段截面读全后，另知治疗史的医者所辨之证，对第四剂方之后预定结局的预测，不比只见截面者高出预登记增量，或该增量随截面加厚落入预登记等效界，「证不在方之前」的本体判断撤回，答证退为记录建议，证照旧可作开方那一刻的状态研究。阈值与差值在试验前登记。

第一条撤回的，是本书给答证立的独立地位。

它要求的不只是比安慰剂高，还要超过拟议的差值，并达到医者之间的下限。没达到，就不能说「患者很复杂，所以理论还是赢了」。

不过，怎样用置信区间判断越没越过门槛，样本不够时怎样分清「没能确认」和「足够精确的否定」，原文没写全，要在正式方案里裁定。

这是执行承诺时的空缺，不是私下新开的逃生口。

第二条撤回方序效应。

两张合规首方没有留下本卷承诺的后续分布差别，就不能再把「首方留下独特路线」当成已获支持的创新。

可是「没有差别」不能简单等于某次检验不显著。要事先规定多小的差别实际上可以算无关，多高的精度才够下这个判断。研究只检得出很大的差别时，不显著只能说明证据不够，不能证明相同。

还得承认：甲、乙两张首方的平行随机，先检验的是首方的选择和后续的差别；它不是甲后乙与乙后甲的完整次序随机。

所以，就算第一周分开了，也还不能单独证明严格的次序效应。这正是本章加上第二阶段的理由：严格的次序效应，在那里单独看；母题的生死，交给第三阶段与第五条。

一年随访也证明不了永不回弹。它最多说明，在预定的观察窗、测量时点和观察的人群里，两条路汇没汇合。

几次测量里保持差别，和永远回不到同一条路，强度不同；「不回弹」这个强判断，必须面对观察有限。

观察窗里已经汇合，当然对它不利；还没汇合，也不能宣布已经有了无限时间的答案。

第三条撤回「知犯何逆」在本卷里的这种读法。

知道首方没给复诊判断带来承诺的增量，就不能再说「读上一手」本身有已经证明的必要贡献。

条款里同时写了一致性与准确性，准确性需要独立的参照。证型要是没有公认而独立的金标准，就不能拿多数医者的答案既当真值、又证明医者准确。

正式研究要先裁定准确性到底怎样合理测量；做不到这一步，就必须公开说明，这一条目前没法完整执行。

知道首方以后更一致，还可能来自共同的偏向：评判者都预期甲会带来某种变化，于是都选了某个名字，一致性就高了。

所以不能让「一致」一个词扛下全部的「正确」。判断理由能不能独立追查，和别的预定材料对不对得上，要分别说明。

第四条撤回的，是意义层的独立预测命题。

在症状和基线困难都记下以后，意义账仍要对预定的一年结局提供增量信息。候选量表的版本、时点、主要分量表和结局定义，都要先定。复发、依从、停药要分别定义、分别分析，不能事后从几个结果里挑一个。

预测成立，不等于证明了因果机制；预测失败，也不等于患者的生活方向不值得尊重。

第五条撤回的，是全书的母题。

它比前四条都重：前四条输了，答证、方序效应、知犯何逆、意义账各自退场，「证不在方之前」仍可以等下一次试验；第五条输了，母题本身退场。

它的执行难处也要写明。预测增量的等效界设多宽、截面分几档、最后一档读到哪里，都要在看数据前依据可行性研究论证。知史组可能因为知道先后，就带着期待辨证，所以它只知经过、不知假设，第四剂方按规则给出，结局由不知分组者评定。样本不足以判定时，只能报告不可判，不能把未显著当成没有增量，也不能把有增量当成已经站住。

若截面加到最后一档，知史的优势仍在，本书也只赢下这一个病种、这一个时间窗、这几档截面；推到别的病、别的方、更厚的截面，须另做。

你会问：赢了一条，能不能补另一条？不能。五条承诺各撤各的命题，不能互相代偿。

疗效好，救不回一致性不足；意义有增量，救不回方序效应的失败；医者之间意见一致，也替不了没有独立参照的准确性背书。

部分得到支持，就报告部分支持；部分撤回，就明确撤回那一部分。认下这一点，全书才不会变成一部不管结果怎样、总有一段胜利的叙事。

◆ 六、放回日子里

小钟把白板拍下来，在照片下面加了一页：尚待解决的问题。

他没编注册号，没画不存在的结果曲线，也没把何先生的赞同当成伦理批准。

何先生看完五条，说：要是人家辨得一样，就得照上面写的办。

小钟问，那四十年会不会白做了。何先生说，该记的还是要记，只是不能把想出来的话，当成已经证实的话。

唐阿姨的故事，也停在故事的位置。面馆的钥匙，没变成意义量表上的高分。

她让你看见这个问题为什么值得问；真要回答，还得有别的参与者、程序和结果。

把人物写得可信，和把研究做得可信，是两种活，哪一边都不能偷领另一边的证明。

本章叫判决性试验，是对研究目的的要求，不是宣布眼下的草案已经够作所有判决。

做完正式方案和伦理审查，可能发现某个目标要更细的设计。那就在看结果之前公开修订、留下记录，不能等不利结果出来，才重新定义自己问了什么。

本编总判断：读数账让变化可核，价值账让过程可问，意义账让生活不被删去；三本账都必须进入能够支持也能够否定本卷的检验。

一个说法敢写下认错的条件，是朝科学迈了一步；它还需要有效的设计、可靠的测量、公开的分析和独立的复核。

只有撤回的姿态，没有能执行的方法，承诺仍悬在半空。

现在可以回到书名了。要回答的，已经不是一个庞大的传统能不能整批领到某张证书，而是其中这个明确的说法，愿不愿意扛下这些具体的要求。

带 走 的 话

事先写明什么结果会让自己认错，是科学检验的一项要求；还须用可靠的方法，让这个结果有机会出现。

小 账

本章拆了什么：把旧试验、门诊故事、统计未显著或一个一致性分数，当成答证已经成立的证明。

本章立了什么：五条撤回承诺，其中第五条只打在母题上；公开设计空缺，让尚未实施的试验朝能够真正判定的方案推进。

想 一 想

若安慰剂组复诊一样一致，你怎样看「先吃三剂再回来」中仍有用的部分与必须撤回的部分？

若不一样，你怎样看只存初诊的病历，还会追问哪些可能的解释？

同两张方只换先后，你最想先排除哪一种「汇合」或「分开」的假象？

结　语

中医是不是科学

何先生给唐阿姨开了第四次方。小钟把这次的复诊表接进系统，上一张方、那之后的经过和今天的判断，终于能在同一条时间线上打开。

唐阿姨看了一眼屏幕，问是不是下次就不用从头讲了。小钟说，旧的能接着看，新的还得请你讲。何先生把记录递还给她，没用一句「都记住了」结束这次交谈。

这不是一个圆满的病案。三个人都是虚构的，唐阿姨的经历没替任何疗法证明效果，也没给答证贡献一个样本。

她在书里做的，是让抽象的问题有一段看得懂的日子：身体和生活在两次就诊之间接着变，下一次判断必须面对那一段。

小钟的系统要是只存开头，就丢了故事里最该追问的那一段。

◆ 一、把问题问到可以回答

书名问：中医是不是科学。你大概也想听一个是或不是。

走完全书，本书反对的，是把这样一个庞大的传统当成一个不能拆开的单项命题，一次判成全真或全假。

中药成分的具体作用、某个诊疗程序的效果、辨证分类靠不靠得住、接诊关系的作用、患者生活的变化，相关，却不是同一个问题。每个问题有自己的证据要求，一个成功不能替全部背书，一个失败也不能自动取消别的研究。

本卷开头的判词，在这里完整保留：

> **问中医是不是科学，问错了：存药派、气化派、医者派各看对了一头，却共同默认了一件事——证在方之前，先辨清楚，再开方。张仲景不是这样做的。「少与小承气汤，汤入腹中，转矢气者，此有燥屎也，乃可攻之」：燥屎这个证，是一小剂药问出来、身体答出来的。一剂方是向身体提的一个问题，证是身体的回答；辨证论治不是一条先辨后治的直线，是一个「方—答—方」的回路。三家又都把意义层押进了医者那一头，押进了「医者，意也」的那个「意」（「意」原义是揣度、用心，本卷借它指医者那一头，不等同于意义层）。疗效不是那股力量，只是它留下的最大一个读数，同时是下一诊的问题；那股力量在价值账里算（附录给独立于疗效的量表锚点），它为了什么，在意义账里算——病人重新能创造、能自由、能幸福（用生命意义量表一类工具，事先登记）。**

这段判词，是本书要拿去受检验的判断，不是一份现成的历史定论。

三家是本书的分析归类，现实里的人并不整齐地住在三个盒子里。古代条文能让你重问诊疗的次序，却推不出今天随机试验的结果。答证要在当代的测量和公开反驳里挣到位置，不能向古人借一张永久证明。

前人也不是等着被揭穿的稻草人。成分研究有严肃的成果，方证研究不必排斥药后的变化，临床生成论早已在研究实践怎样形成，意义反应论也没有因为重视情境就否认药理。

全书的新问题，只有在这些强版本面前仍有认得出的增量，才值得留下。为了设计比较把对手说窄，可以；把比较里的简化冒充成对手的全部思想，不行。

◆ 二、留下药后的那一段

答证把目光放在上一剂方和病人的身体之间，放在这段回答怎样被下一诊读出来。

它不是给原来固定的证换个新名字，也不是把一切临床变化统称为生成。它的责任更窄。能不能认出两次就诊之间的转折？能不能让药后复诊达到事先规定的一致性？能不能显出首方的选择和后续证型分布之间的特定关系？

达不到这些要求，命题就必须面对撤回。

可是答证、方序效应这些名字即使都站住了，诊断性治疗仍可以说：药只是把早就在的证探得更清楚。

所以本书最后把判词的本体一半，押在一个更窄也更硬的比较上：开方那一刻的截面读到最全，知道上一剂方和那一段经过的医者，是否仍比只见截面的医者更能料中下一剂方之后的结局。本书起初押在先后对调上，后来认了错：药会改变身体，先后一换就分开，谁都料得到。

料得并不更准，证在方之前，本书退回一条记录建议；仍料得更准，证在方之后，「问中医是不是科学」这一问才真正问错了地方——要问的不是那一张方、那一个证，是方与证之间那一段经过。

初诊并没有被取消。

初诊要担起必要的评估和安排，暂定不等于随便；叫它问证，不是降低临床责任的借口。没有复诊的急症，也不能硬塞进本卷的定义。

一个理论越肯说清自己管到哪里，越能把管得到的部分说清楚。

方序效应把问题又往前推了一步：不同而同样合规的首方，会不会留下不同的后续路径，而不只是不同程度的症状变化？

这是还待检验的强主张：首方平行比较证明不了完整的次序效应，一年随访证明不了永不回弹。第 38 章没有把它的难处藏在技术附注里，因为这些难处直接决定本卷的承诺能不能兑现。

如果最后必须撤回答证，认真保存复诊记录的价值仍然可以存在；如果必须撤回方序效应，按实际反应重新判断的临床需要也不会因此消失。

撤回的，是本书给这些做法提出的特定解释和独立命题，不是烧掉全部经验。

经验该继续找更合适的解释，不该被一种新理论绑成和作者同生共死的资产。

◆ 三、三本账不替彼此付钱

读数账记身体、观察和测量怎样变，要看见材料的来处，分清直接记录和事后解释，分清一致和准确。价值账追问真守、善推、美聚。意义账再问：病人为了什么需要这段照护，创造、自由与幸福的方向有没有被看见。

三本账都重要，哪一本都不能让另外两本自动结清。

一项读数变好，不能替不透明的过程洗白；一个尊重人的过程，不能替无效或有害的干预背书；一段有意义的叙述，更不能取消专业判断和安全责任。

反过来，结果没达到预期，患者也不失去被认真倾听的资格。分开记账，是为了知道问题出在哪里、谁来担。

意义尤其不能变成对病人的要求。

唐阿姨想开店，别人可能想休息、转行、照顾家人，或者暂时说不出愿望。人的方向会变，量表也只能接近其中一部分。

未来研究若发现意义账没有承诺的独立预测力，本卷应当撤回相应命题；但患者珍惜的事情不因此变得无足轻重。

统计命题有自己的生死，人值不值得尊重，不由统计结果决定。

本书没有提供药物剂量、配方服法或针刺操作，也没有提供自己停药、选疗程或判断能不能等的办法。你能带走的，是对理由、记录和证据的追问。具体诊疗，仍要由合格的专业人员根据完整情况来担。

◆ 四、机器也要听得见回答

小钟给系统接上复诊时间线，并没有让机器自动变成好医生。它只是补回一个以前容易丢的入口。

机器照样会认错图像、弄混日期、过度依赖先前的标签，换个地方就不稳。它不能因为说得流畅就拿到临床决定权。

本卷愿意承认AI的真实帮助：整理材料，提醒遗漏，把隔了几次的变化摆到一起，让容易被忘掉的线索重新露面。

这种帮助不是把人挤出回路。系统越强，越要说得出用了哪段材料、哪里不确定、什么时候该停下来交给人。

人也得受这种接续的约束。何先生不能因为资历深就不用说明，小钟不能因为会建系统就不用核查，研究者不能因为提了新词就不用认错。

所谓复合的能力，不是让责任在一起干活里消失，而是让每一处贡献和每一处失误，都有可以追问的位置。

最后留下的，不是一句全盘支持或全盘否定中医的口号。

更值得留下的，是几个能接着干的动作。把上一手写清，把药后的变化留住，把这一次判断的理由说明。把不同的解释放进同一个比较，把什么结果会让自己认错提前写出来。

做到这些，才可能从身份之争，走进具体知识的形成。

这还要一种容得下部分结果的耐心。同一页上，可以写下一项得到支持、一项还待判断、一项应当撤回，不急着拼成全胜或全败。

知识往往就在这种不整齐的地方长出来。

你也不必等到读懂全部统计方法，才有资格参与。你可以问：材料从哪里来？比较对象公不公平？故事和证据分清了没有？失败条件真的执行了吗？

研究者有责任用清楚的话回答。把问题讲得听得懂，不会降低科学的要求，只让它更难被偷偷绕过。

所以，书写到这里，仍留着没做完的活。

第 38 章是一份担着承诺的草案，附录存着定义、测量的空缺和待核的资料。它们不是装饰性的谦虚，是路标。

若后来的材料使判词站不住，就沿着这些路标撤回；若得到支持，也继续核查它只在什么条件下站住。

唐阿姨收好记录，说：「我想要的，还是能好好过我的日子。」小钟关上那个只显示初诊的旧页面，说：「这一回，前后能接起来了。」何先生把桌上的下一份材料摊开，说：「接起来，还得一回一回看。」

带走的话

科学性不能只靠宣言；把药后过程写清，给不同解释留下可比较、可判错的材料。

附 录 一

判词怎样才算错

本附录保存全书要接受检验的文字。它既不是试验注册记录，也不是已完成研究的结果。凡写「预注册」处，均指拟议研究在实施前应完成的公开登记；本稿尚未取得真实注册号。具体方法未定之处列于后文，不以这份书稿代替伦理审查和正式统计分析计划。判词全文见前言、导读与结语，三处一字不差，此处只存撤回条款。

致命条款（草拟，预注册）：其一，以症状变化幅度作协变量配平后，服方后复诊的医者间一致性比安慰剂组高出不到 $\Delta\kappa=0.15$，或低于医者之间 $\kappa\geqslant0.4$ 的下限，「答证」撤回，证退回「两人之间的属性」；其二，控制病程与基线严重度后，复诊证的分布与首方是甲是乙无关，「方序效应」撤回，本卷退回强版方证相应（首方改变身体、证随之变，但无需另立答证）；其三，复诊医者知不知道首方，一致性与准确性都没有差别，「知犯何逆」这一读法降格为单纯的症状观察；其四，控制基线严重度与抑郁后，意义账的变化对一年后的复发、依从、停药没有独立预测力，意义层命题撤回。其五，第三阶段截面读全后，另知治疗史的医者所辨之证，对第四剂方之后预定结局的预测，不比只见截面者高出预登记增量，或该增量随截面加厚落入预登记等效界，「证不在方之前」的本体判断撤回，答证退为记录建议，证照旧可作开方那一刻的状态研究。阈值与差值在试验前登记。

第一条撤回答证所承诺的独立地位，不是否认复诊有价值。第二条撤回首方留下独特后续路径的方序效应，不是否认不同药物可能产生不同作用。第三条撤回了解前方具有本卷所说独立判断贡献的读法，不是否认病史应被认真保存。第四条撤回意义账在预定结局上的独立预测命题，不是否认人的生活方向值得尊重。第五条撤回的是母题：「证不在方之前」作为本体判断退场，留下的只是「病历应当保存药后那一段」这条方法建议。前四条判死的是名字，第五条判死的是母题。

执行条款仍需确定：第五条的截面分档、预测指标与等效界如何事先论证；第三条的准确性，以第五条所用的下一剂方之后的预定结局为参照；差值与下限如何使用置信区间；怎样以足够精度判定无实质差别；准确性是否有可成立的独立参照；症状变化条件化所需的因果假设如何检验。统计未显著不能直接等同于没有差别。不可判定应报告不可判定，明确失败应按条款撤回，不得用其他有利指标替代。

附 录 二

预注册预言

分歧预测：方证相应与临床生成论都预测，复诊时医者之间的一致性只随信息量增加而缓慢上升，与首方是哪一张无关；本卷预测，服方后复诊的医者间一致性，比「等候同样时长、问诊同样详尽、服外观一致的安慰剂颗粒」的复诊高出预登记的差值（$\Delta\kappa \geqslant 0.15$），症状变化幅度作协变量配平后仍然高出，且同一初诊证随机给两张合规首方，复诊证的分布显著不同。

截面预测：第三诊截面按预定几档读全，只见截面者与另知治疗史者各自辨证，以第四剂方之后的预定结局为参照；截面派预测两组预测力相同，或知史优势随截面加厚而消失；本卷预测知史组高出预登记增量，且到最后一档仍然高出。

对易预测（次要）：同一初诊证随机分入「先甲后乙」与「先乙后甲」，同剂量、同间隔，第十四天第三诊由不知次序者辨证；本卷预测两者之差超出预登记等效界。此预测截面派同样可以容纳，不作母题判据。

原卷的一条保留为次要预测：当面接诊后的证漂移大于只看病历的盲辨分歧

针刺一路保留：真针与假针 × 辨证取穴与标准取穴，2×2 设计，检验辨证在针刺上的增量；另加一问——针后复诊的取穴是否比首诊一致

上述前人预测是本卷为比较构造的收窄模型，不能伪称已查到的作者原典统计预言。方证相应未必排斥药后变化，临床生成论未必只处理初次相遇，意义反应论不否认药理。结果若支持本卷，仍需与这些更强版本竞争解释。

正式登记至少固定以下内容：具体病种与入组标准、两首方的合规判定过程、甲乙与安慰剂分配方式、第七天评判次序、医者知情条件分配、同一医者重测安排、分类字典、主要与次要终点、多重比较处理、样本精度与失访计划。初诊一致性应同时测量，不能仅用复诊高低替代前后变化。还须预先界定「并改变下一方」所需的实质处置修订；单纯维持不自动计为答证达标，也不得为凑足条件刻意改变真实治疗。

拟议门槛为同一医者$\kappa \geqslant 0.6$、医者间$\kappa \geqslant 0.4$、服方与安慰剂差值$\Delta\kappa \geqslant 0.15$。它们不是临床行业标准。基线严重度、病程及抑郁按所对应问题预先记录；症状变化幅度是随机化后变量，条件分析不能自动解释为净因果效应。主要随机比较、条件比较及敏感性分析分别报告。

价值账暂用以下锚点，尚未验证为量表：真守记录前方与药后变化是否具体进入本诊理由；善推记录适当继续、改变、转接或结束的理由及所需诊次，不以停得越快越好；美聚记录按约复诊、回访意愿及未能参与的原因，不以持续依赖为成功。各项并列，不预先制造总分。三项锚点若在控制疗效读数之后，对一年内的依从、停药与复发都没有独立预测力，价值账退为过程的描述性记录，不再声称是独立于疗效的一层。

意义账候选工具为Steger等人二〇〇六年的生命意义问卷，分意义存在与意义寻求。中文适用版本、使用许可、目标人群测量表现与主要分量表尚待确定；它不等于创造、自由、幸福的全部。不得向普通读者推荐据此自诊。复发、依从、停药必须逐一定义，合理拒绝与临床结束不应混作不依从。

附 录 三

欠条表与编码办法

三家是文本分析的假说，不是对全部中医史的定论。只有一个解释在自身推导之外直接借入某项条件，却未说明其地位时，才进入欠条候选；作者公开承认的边界不应被算成秘密借用。分析应先选定可靠版本、抽样范围与段落单位，再由未读过本书结论的编码者独立判定。

分析路线	已经认真处理的部分	需要检查的借入条件	不能预先判定的事
存药派	成分、可验证作用与质量	作用如何进入具体患者的前后过程，谁读取变化	不能断言成分研究完全没有时间与个体差异
气化派	相互牵连、生克与传变	具体方如何成为干预，判断由谁、按何种次序作出	不能把历史语言直接等同某个现代物理量
医者派	观察、揣度、交谈与临床判断	方药本身的作用与药后材料是否得到独立处理	不能把医者用心直接等同患者的意义层
方证相应	方与证之间的对应及选择	对应关系是否容许首方改变后续可辨出的证	不能先假定其全部版本都把证当静止标签
临床生成论	临床相遇和实践中的形成	对药后时间过程的处理范围与解释地位	不能把未逐页查证的沉默当作明确否认
意义反应论	意义与情境对反应的作用	具体药物选择是否另有可识别的增量	不能宣称它认为药理不重要

码表把原始项先分为成分与制备、传变与相互影响、医者观察判断、患者表达、上一手之后的身体变化及其他。前几类按具体语境对应客体、互动、主体；「上一剂方的应答」单列，是本卷的工作安排，不得因为有这个新栏就预

先判定每位作者都缺它。一个段落可以承担多个类别，歧义必须留下理由，不能强制单归。

独立编码后报告分歧与一致性，并保留未经协商的原始判断。不能在讨论统一后把一致性写成天然很高。若某家明确推导了原来被指为借入的条件，相关欠条取消；若多数关键段落无法依码表可靠区分，首先修改或撤回编码主张。若新旧模型在同样材料上没有可区分结果，不得仅靠新术语宣布不可还原。

附 录 四

按诊次递推的最小模型

> **三方程：第 n 诊的证＝H（上一剂方，病人之身对它的应答）；医者判断＝F（证，上一剂方）——知犯何逆；病人之身的属性＝G（医者所开之方，证）——疗效是 G 的读数，同时是下一诊的问题。方程按诊次递推，不是一次解完**

写出方程不等于证明。这里的字母表示有待估计的关系，并未提供已知的生理机制。方在不同式子里的位置随诊次递推而变：上一诊的产出，进入下一诊的条件。必须以带时间的记录加以区分，否则三式容易被误读成同一时刻相互定义的循环。

为说明有限轨迹与永久分离的差别，另给一个纯示意模型。令 z_n 为第 n 诊各证型概率构成的向量，u_n 为该诊决定的干预编码，x_n 为身体应答摘要，m_n 为该诊可取得的信息。可写 $z_n = H(u_{n-1}, x_n, m_n)$，医者据此形成 u_n。第 1 诊的 u_0 记作问诊。这里增加信息条件，只是把测量过程显式写出，不改正文承重三式。所有函数、参数与变量构造均为「示意，待核」，尚未拟合任何患者资料。

若在一个单维示意中，两首方造成的初始差为 d_1，后续差满足 $d_{n+1} = \rho \cdot d_n$，则零到一之间的ρ使差逐步缩小，ρ等于一才在这个假设模型里保持不变。有限几次看到差仍存在，不能区分它会缓慢缩小还是永久保持。更不能先

设ρ等于一，再把模型输出当成方序效应得到证明。用数据估计衰减与不确定范围，才是模型应当帮助做的事。

记录回写也可用一个最简示意。令q表示可用复诊材料所占比例，a表示每份有效复诊材料纠正截面判断的平均作用，c表示截面标签锁定判断的平均作用。净方向暂写作 a·q − c·(1 − q)。若 a、c 均为正，则示意翻转点满足下式：

$$q^{*} = c/(a + c)$$

这只说明阈值应由两种作用的相对强度决定，不能给所有系统套一个固定百分比。材料质量差时，增加比例也未必改善判断。

最后给截面式一个最小写法。把第 n 诊开方那一刻可读的截面记作 C_n，上一剂方及其后经过记作 H_n，下一剂方之后的预定结局记作 Y。截面派的模型是 $P(Y \mid C_n, H_n) = P(Y \mid C_n)$，即 C_n 对 Y 马尔可夫充分；本书的模型是两者不等。检验时，只见 C_n 的医者辨出证 Z_0，另知 H_n 的医者辨出证 Z_1，比较 Z_1 与 Z_0 对 Y 的预测增量 Δ（区分度与校准各一项）。截面按 k 档加厚为 $C_n^{(1)} \subset C_n^{(2)} \subset \dots \subset C_n^{(k)}$，记各档增量 $\Delta_1, \dots, \Delta_k$。$\Delta_k$ 的置信上限小于事先登记的 δ，判截面充分，本书第五条撤回；Δ_k 的置信下限大于 δ，判截面不充分；落在中间，判不可判。先后对调的总变差距离 $D = \tfrac{1}{2} \Sigma \left|P(\text{甲}\to\text{乙}) - P(\text{乙}\to\text{甲})\right|$ 仍可报告，但只作方序不对易的大小，不作母题判据。这里的指标与 δ 都是示意，尚未拟合任何患者资料。

若q升高却只是重复粘贴，a可能接近零；若医者完全照着系统标签提问，c可能变大。于是同样的记录比例，在不同制度里可能产生相反后果。需要另行设计观察或干预来估计这些作用，不能从数据表的列数直接推出阈值。模型的用处是暴露所需假设，不是给假设披上数学外衣。

属性层外侧讨论主体、客体、互动三属性，内侧才讨论显露、差异序列与特征纠缠。D×E在此仅作差异运行与纠缠条件不可任意分离的记号提示，不是一条已校准的数值乘法；没有定义单位和测量方法，不可直接计算临床分数。

附 录 五

术语对照

正文说法	本系列用语或记号	本卷限定
客体那一头	一号位的侧重显影	不是孤立而先成的物件
互动那一头	二号位的侧重显影	本卷答证聚焦上一剂方与病人之身
主体那一头	三号位的侧重显影	医者读取与承担判断；不是主体单独创造全部结果
冒出来、变化、缠在一起	显露、差异序列、特征纠缠	三者不能分别当成固定实体再相加
想法那一界	理念界	证被辨读为可交流判断的落点
实际发生的日子	现实界	实施、身体变化和可记录行动所在
自己经验的生活	自我界	感受与意义不能被外部标签完全代替
跳、波、散	粒子、波、场的读数形状	时点记录、时间起伏、群体分布，不是三种医学实体
问证	初诊暂定的答	暂定不减轻临床评估责任
答证	两诊之间转折的本卷新定义	需按收窄规则接受测量与撤回
方序效应	首方与后续路径分离的命题	不等于一般药效差别，尚未证实
方序不对易	同两张方只换先后，第三诊证型分布分开	方序效应的加强版；截面派也能容纳，不作母题判据
截面不充分	截面读全后，知治疗史者对下一步结局预测更准	母题判据；增量随截面加厚消失即撤回「证不在方之前」
诊断性治疗、以药测证	药作检查、证先在的最强对手（ex juvantibus）	与答证在单次复诊上常说得一样好，靠截面读全后的预测增量分开

正文说法	本系列用语或记号	本卷限定
动态治疗方案、SMART	治疗史进入决策的统计框架与序贯随机试验	本卷向它借设计与工具；本卷只多问：证对中医自己的截面是否马尔可夫充分
真守、善推、美聚	价值层三股力量	分别观察过程，不用疗效定义全部价值
创造、自由、幸福	意义层三个方向	患者认可的生活，不等同医生善意

新属性定义所说「证型是证的读数」，不使证型免受检验，反而要求交代它怎样从药后材料形成。记录中的一致性是评判者之间的关系，准确性需要独立参照，两者不可互换。问与答的边界也不能被用来贬低患者报告：报告仍是重要临床材料，只是本卷独特命题另有更窄的操作要求。

「AI坐上主体位」只指系统能够提出、挑选或否决候选，不等于具有意识，更不自动授予临床权限。「回写」指分类与记录方式反过来改变后续提问和判断；在本卷要进一步检验的，是这种改变的次序以及何时从截面锁定转向追读药后过程。

附 录 六

与本系列对账

第 391 号提供三家归类、欠条、三本账与可撤回命题的组织方式；第 255 号讨论价值发生，本卷只把真守、善推、美聚落到诊疗过程；第 388 号讨论身体观，中医在互动与主体两头联合、客体从属的落位由该卷承接；第 306 号提供发生学心理框架，本卷只取期待与意义的相关接口。上述关系来自本系列写作安排，不能替代对应原书的逐页核查，也不是四本书替本卷实验命题提供证据。

相邻卷	母题	本卷吸收的问题，判断仍留在中医之内
生理学	叠写设定点	证在方之后怎样获得更稳定的可读性
生物学	记功口	证的单位为何取两诊之间的转折
心理学	应模	问诊如何形成暂定问证，而非无影响的采集
西医	入病路径	证名怎样连接处置，不只充当静态标签
文学	过手	辨证次序怎样进入后来能够读出的证
音乐	唱入	疗效怎样成为下一步信号，首方留下的路径会不会汇合

六条联系并不构成六份外部证据。一个领域中成立的过程，不能直接证明另一个领域也成立。对中医卷而言，跨领域启发只有落成可观察的复诊材料、可比较的分组和可执行的撤回条款，才进入自己的证据工作。

心理学的「应模」关注想要如何在回应中形成，本卷不把它等同于病人的症状报告；西医的「入病路径」关注怎样进入病名及其处置，本卷不把证型和

现代医学病名混为一谈；音乐的「唱入」也不证明身体具有相同的保持机制。比较保留的是提问方式，各卷仍须分别承担材料与方法责任。

附 录 七

待核清单与研究空缺

本清单把资料核查与研究待完成分开。资料核到书名或摘要，不等于全书逐页论证已核；新设计尚未完成，也不能标成文献缺失。正文的〔待核〕应与此处对应，核定以后保留版本与改动记录。下表为本稿需继续核查的项目，最终逐条状态以相应章的来源说明为准。

项目	当前可用范围与仍欠部分
葛洪原句与版本	屠呦呦公开承认葛洪启发，诺奖自述已核；正文所引古籍短语的现代校勘底本及页码仍待核
《废医论》、民元文件、余云岫提案	历史文件名、年代、原件措辞分别核查，不由一个史料支持全部归类
郭玉传与许胤宗传	两史在线原典的基本上下文已核，正式出版底本仍待对勘；古义「意」不等于本书的意义层
阴阳、五行、气化与温病文献	历史概念先按原义说明，未核古文只转述，不补造页码
伤寒条文及方证史料	伤寒短引及柯琴、徐大椿相关编排的在线转录已核；现代校勘底本与条文编号差异仍待对勘，不把经典当试验结果
教材化与专家系统	医院官网已核关幼波程序 1978 年完成、1979 年 1 月 23 日使用，并记后续修订；教材底本与系统逐诊数据结构仍待核
方证相应原典	胡希恕原句、黄煌论述范围与首方预测的关系仍需原典对账
临床生成论原典	Farquhar与Scheid书目信息已核，药后时间过程的逐页范围仍需核查
辨证一致性资料	Zhang、Mist与Grant等研究书目及摘要已核；未完成全领域初诊／复诊研究比例普查，不作全学科断言
经络与器具史	

项目	当前可用范围与仍欠部分
	已核局部组织对应、历史解释及小鼠神经机制研究的范围；器具详细年代待核，不由局部现象宣告经络整体已证
产业与养生现象	无可靠统计不写规模数字，思想场景不冒充调查
AI诊疗与跨设备表现	舌图成像与颜色校正论文书目、摘要已核；脉诊跨设备资料与完整辨证效度仍待核，不以技术演示代替临床验证
医者去技能化与回写	内镜去技能化观察研究与Hacking循环效应原文已核；中医直接证据及本卷次序阈值仍待独立检验
治未病、效不更方	未完成可靠版本定位处，只作为词语使用，不补引古文
动态治疗方案与次序效应文献	Murphy 2003、Murphy 2005 与 Wang 等 2014 的题名、年份、刊物已核；卷页按通行著录，正式出版前对勘原刊；本书只借其设计与逻辑，不借其数值
先后对调与截面分档的可行性	两张合规首方能否在第七天安全对调、截面分几档、预测指标与等效界设多宽，均未经可行性研究；第五条在此之前不可判
量子问卷次序等式的中医版本（第一空缺）	Wang 等 2014 的等式能区分「改变状态」与「次序构成回答」；中医版的对应等式本书未能推出。没有它，截面不充分只能判死母题、不能证成母题，也分不开隐状态派
本系列原书与人物	第391、255、388、306号承接关系及人物不重名，需与实际定稿核对

三篇关键试验的书目和主要边界已有核查：Bensoussan等一九九八年《JAMA》；Kaptchuk等二〇〇八年《BMJ》；Cherkin等二〇〇九年《内科学文献》。尚不能由它们推得答证、方序效应或意义层独立预测已经成立。尤其JAMA随访的显著性表述及Cherkin四臂设计，应保留正文校正。

生命意义问卷原论文、κ的边际分布问题以及干预后条件化的方法文献已有核查。仍待完成的是中文工具版本与适用性、价值锚点验证、多评判者与重测分析方案、首方和知情条件的随机分配、无金标准时准确性的处理、无差别与门槛的精度判定，以及后续调方和失访的分析。

最后保留一组不能靠查文献填平的空白：真正实施试验、公开注册、获得伦理批准、形成研究结果及独立重复，都尚未发生。最小模型中的作用强度与阈值是示意参数，未从资料估计。附录把这些空白写出来，是为了使读者知道哪些是已知来源，哪些是本书判断，哪些仍是下一步要做的工作。

参 考 资 料

以下列出本书实际援引或据以核对的主要资料。网络资料访问日期均为 2026 年 10 月 14 日。古籍电子转录与出版点校底本仍待对勘；对前人模型适用范围及本书所设分歧预测的归属，仍须依据原典逐页核查。仅核书目、摘要或机构介绍的条目在后注明，不以检索到书目代替通读原作。

◆ 一、古籍与历史资料

1. 张仲景：《伤寒论》。电子转录，所引条文正式底本及编号待统一。原文

2. 范晔：《后汉书》卷八十二下，方术列传第七十二下，郭玉。原文

3. 刘昫等：《旧唐书》卷一百九十一，列传第一百四十一，方伎，许胤宗。原文

4. 俞樾：《俞楼杂纂》相关篇《废医论》。成文与刊刻年代待原典核校；所链接页面为电子识别稿。原文入口

5. 柯琴：《伤寒来苏集》。电子本，出版底本待统一。原文入口

6. 徐大椿：《伤寒论类方》。电子转录，序言及类方编排参照。原文

7. 国家中医药管理局：《看〈老中医〉必备的历史背景知识！全国中医界反击「废止旧医案」》，2019 年 2 月 22 日。历史背景材料，不替代 1929 年提案原件。资料

8. 中医药历史展陈：《北洋政府教育漏列中医案与中医界抗争》。历史线索材料，1912 年相关法令原刊待核。资料

9. 北京中医医院：《「关幼波肝病诊疗程序」诞生始末》，2019 年 11 月 1 日。机构回顾材料。原文

10. Nobel Prize Committee. 2015. The Nobel Prize in Physiology or Medicine 2015: Advanced Information. NobelPrize.org. 官方书目与检索片段已核。官方资料

11. Tu, Youyou. 2015. Biographical. NobelPrize.org. 屠呦呦自述；本书关于葛洪《肘后备急方》启发的叙述参照此文。原文

12. Tu, Youyou. 2015. Discovery of Artemisinin: A Gift from Traditional Chinese Medicine to the World. Nobel Lecture, 7 December 2015. 官方书目与检索片段已核。讲演

◆ 二、理论与临床研究

13. Kaptchuk, T. J., Kelley, J. M., Conboy, L. A., et al. 2008. Components of placebo effect: randomised controlled trial in patients with irritable bowel syndrome. BMJ, 336(7651): 999–1003. DOI: 10.1136/bmj.39524.439618.25. 摘要及原文检索片段已核。原文

14. Bensoussan, A., Talley, N. J., Hing, M., Menzies, R., Guo, A., & Ngu, M. 1998. Treatment of Irritable Bowel Syndrome With Chinese Herbal Medicine: A Randomized Controlled Trial. JAMA, 280(18): 1585–1589. DOI: 10.1001/jama.280.18.1585.原文

15. Cherkin, D. C., Sherman, K. J., Avins, A. L., et al. 2009. A Randomized Trial Comparing Acupuncture, Simulated Acupuncture, and Usual Care for Chronic Low Back Pain. Archives

of Internal Medicine, 169(9): 858–866. DOI: 10.1001/archinternmed.2009.65.原文

16. Moerman, D. E., & Jonas, W. B. 2002. Deconstructing the placebo effect and finding the meaning response. Annals of Internal Medicine, 136(6): 471–476. DOI: 10.7326/0003-4819-136-6-200203190-00011. 摘要已核。书目与摘要

17. Kaptchuk, T. J. 1983. The Web That Has No Weaver: Understanding Chinese Medicine. New York: Congdon & Weed. 作者官方书目已核。书目

18. Farquhar, J. 1994. Knowing Practice: The Clinical Encounter of Chinese Medicine. Boulder: Westview Press. 出版社书目、内容介绍与目录已核。书目

19. Scheid, V. 2002. Chinese Medicine in Contemporary China: Plurality and Synthesis. Durham: Duke University Press. 出版社书目、内容介绍与目录已核。书目

20. 南京中医药大学：《学术讲座：从远古走来的经方 Chinese herbal formulae passed down from ancient times》，2023 年 6 月 5 日。黄煌研究取向与著作的机构介绍。资料

21. Kitano, H. 2002. Systems biology: a brief overview. Science, 295(5560): 1662–1664. DOI: 10.1126/science.1069492. 摘要与原论文片段已核。书目与摘要

22. Li, S., Zhang, Z. Q., Wu, L. J., Zhang, X. G., Li, Y. D., & Wang, Y. Y. 2007. Understanding ZHENG in traditional Chinese medicine in the context of neuro-endocrine-immune network. IET Systems Biology, 1(1): 51–60. DOI: 10.1049/iet-syb:20060032. 摘要与书目信息已核。书目与摘要

23. Zhang, G. G., Lee, W.-L., Lao, L., Bausell, B., Berman, B., & Handwerger, B. 2004. The variability of TCM pattern diagnosis and herbal prescription on rheumatoid arthritis patients. Alternative Therapies in Health and Medicine, 10(1): 58–63. 摘要已核。书目与摘要

24. Grant, S. J., Schnyer, R. N., Chang, D. H.-T., Fahey, P., & Bensoussan, A. 2013. Interrater Reliability of Chinese Medicine Diagnosis in People with Prediabetes. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, 2013: 710892. DOI: 10.1155/2013/710892. 摘要及作者机构书目已核。书目与摘要

25. Langevin, H. M., & Yandow, J. A. 2002. Relationship of acupuncture points and meridians to connective tissue planes. The Anatomical Record, 269(6): 257–265. DOI: 10.1002/ar.10185. 摘要已核。书目与摘要

26. Shaw, V., & Winder, I. C. 2021. Anatomy in Ancient China: How Acupuncture Meridians Were First Identified. The AACP Journal, 33(2): 11–18. 作者机构摘要与书目已核。书目与摘要

27. Liu, S., Wang, Z., Su, Y., et al. 2021. A neuroanatomical basis for electroacupuncture to drive the vagal–adrenal axis. Nature, 598: 641–645. DOI: 10.1038/s41586-021-04001-4. 摘要与书目信息已核；研究对象为小鼠。书目与摘要

28. National Center for Complementary and Integrative Health. Acupuncture: Effectiveness and Safety. 官方知识页面。资料

◆ 三、测量与AI方法

29. Mist, S., Ritenbaugh, C., & Aickin, M. 2009. Effects of Questionnaire-Based Diagnosis and Training on Inter-Rater Reliability Among Practitioners of Traditional Chinese Medicine. Journal of Alternative and Complementary Medicine. 题名、年份及研究主题已核；卷页与DOI未补列。书目

30. Steger, M. F., Frazier, P., Oishi, S., & Kaler, M. 2006. The Meaning in Life Questionnaire: Assessing the Presence of and Search for Meaning in Life. Journal of Counseling Psychology, 53(1): 80–93. DOI: 10.1037/0022-0167.53.1.80.原论文

31. Feinstein, A. R., & Cicchetti, D. V. 1990. High agreement but low kappa: I. The problems of two paradoxes. Journal of Clinical Epidemiology, 43(6): 543–549. DOI: 10.1016/0895-4356(90)90158-L. 摘要已核。书目与摘要

32. Montgomery, J. M., Nyhan, B., & Torres, M. 2018. How Conditioning on Posttreatment Variables Can Ruin Your

Experiment and What to Do about It. American Journal of Political Science, 62(3): 760–775. DOI: 10.1111/ajps.12357.作者稿

33. Wang, Xingzheng, & Zhang, Dapeng. 2013. A high quality color imaging system for computerized tongue image analysis. Expert Systems with Applications, 40(15): 5854–5866. DOI: 10.1016/j.eswa.2013.04.031. 作者机构摘要与书目已核。书目与摘要

34. Hu, Min-Chun, Lan, Kun-Chan, Fang, Wen-Chieh, et al. 2019. Automated tongue diagnosis on the smartphone and its applications. Computer Methods and Programs in Biomedicine, 174: 51–64. DOI: 10.1016/j.cmpb.2017.12.029. 原刊摘要与作者机构书目已核。书目与摘要

35. Budzyń, K., Romańczyk, M., Kitala, D., et al. 2025. Endoscopist deskilling risk after exposure to artificial intelligence in colonoscopy: a multicentre, observational study. The Lancet Gastroenterology & Hepatology, 10(10): 896–903. DOI: 10.1016/S2468-1253(25)00133-5. 摘要与书目信息已核。书目与摘要

36. World Health Organization. 2021. Ethics and governance of artificial intelligence for health: WHO guidance. 2021 年 6 月 28 日。官方发布页与概述已核。官方资料

37. Hacking, Ian. 2006. Making Up People. London Review of Books, 28(16), 17 August 2006.原文

38. Murphy, S. A. 2003. Optimal dynamic treatment regimes. Journal of the Royal Statistical Society, Series B, 65(2): 331–355. 题名、刊物、卷期页已核。

39. Murphy, S. A. 2005. An experimental design for the development of adaptive treatment strategies. Statistics in Medicine, 24(10): 1455–1481. 题名与刊物已核；卷期页按通行著录。

40. Wang, Z., Solloway, T., Shiffrin, R. M., & Busemeyer, J. R. 2014. Context effects produced by question orders reveal quantum nature of human judgments. Proceedings of the National Academy of Sciences, 111(26): 9431–9436. 题名、作者、刊物与研究范围（七十份全国民调）已核；卷期页按通行著录。

判 词

一剂方是向身体提的一个问题，证是身体的回答；辨证论治不是一条先辨后治的直线，是一个「方—答—方」的回路。

唐阿姨胃胀，何先生说：先开三剂，回来再看。他的徒弟小钟在做中医大模型，发现系统存下了第一眼，却丢了第二眼。

废医的一方要药，护医的一方要医者，两边吵了一百多年，却都默认证在方之前。本书把争论移到两次就诊之间，并写好五条让自己认错的路：截面读全以后，知道上一剂方的医者，若不能更准地料中下一剂方的结果，母题撤回。

「少与小承气汤，汤入腹中，转矢气者，此有燥屎也，乃可攻之。」——《伤寒论》

德麦国际出版社 · Demai International Press
德麦国际专著第 382 号
定价 US$25

ISBN 979-8-90690-938-1
9 798906 909381