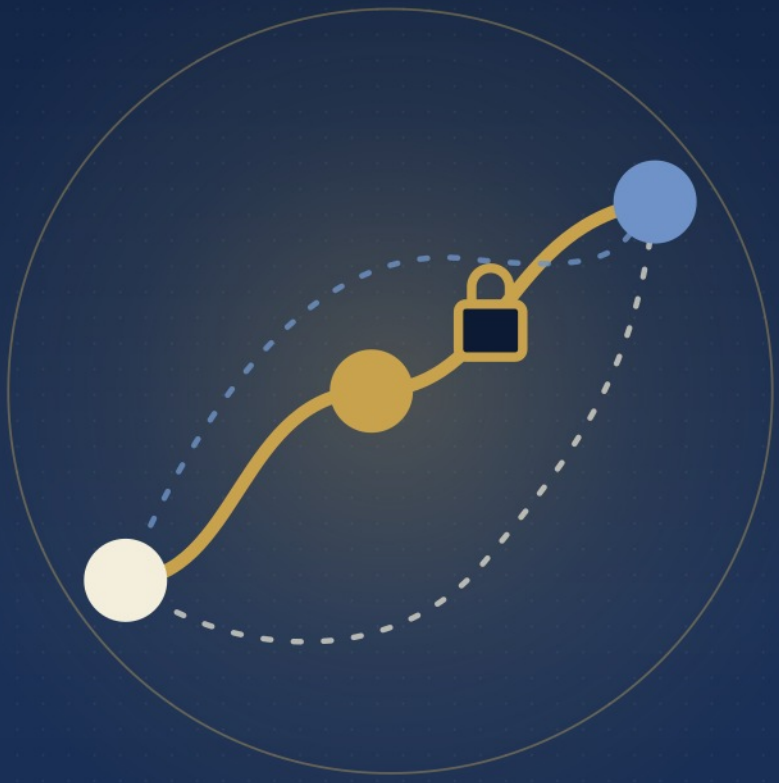
属性纠缠应用丛书

病在哪里？

普通人都能明白的西医



王德生　　著

德麦国际出版社
Demai International Press

属性纠缠应用丛书

病在哪里？

普通人都能明白的西医

王德生　　著

德麦国际出版社

Demai International Press

出　版　信　息

书名	《病在哪里？——普通人都能明白的西医》
著者	王德生
执笔	复合主体：王德生立题、定纲与裁定，AI（Claude）执笔，经王德生审定
出版	德麦国际出版社（Demai International Press）· 新加坡
编号	德麦国际专著第 389 号
ISBN	979-8-90690-924-4
定价	US$20.00
开本	170 mm × 240 mm（16 开）
字数	约 20 万字
版次	2026 年 10 月第 1 版
完稿	2026 年 10 月 14 日

AI 协作声明：本书的判词、母题、新属性定义、属性三方程、新现象、分歧预测与致命条款由王德生给出；文字在其指令下由 AI 协作成稿，并经其审定。

引文说明：书中所引外国学者的话，一律转述大意；凡带引号处，请读作「大意如此」。

〔待核〕：正文中标〔待核〕的条目，表示文献、年份或数字尚待逐条核对，全部收入附录七。

人物说明：王大夫、小许、老赵、赵敏及书中其他陪读人物都是虚构的，不对应任何真实的人；他们不承担证据，只把道理放回日子里。

健康说明：本书讲道理，不作诊疗建议。凡涉及吃不吃药、做不做手术、停不停复查，请和你的医生商量；本书只帮你看清自己是从哪条路走进来的。

全书结构：卷首四件，导论，五编三十六章，结语，附录七件。

版权所有　侵权必究

作 者 介 绍

王德生，计算数学博士，毕业于中国科学院，并在那里做过博士后研究。他早年的专长在计算数学，做过 Voronoi 图、Delaunay 剖分、质心 Voronoi 剖分和有限元一类的网格计算。后来，他先后在英国斯旺西大学和新加坡南洋理工大学任职，2005 年起在新加坡生活和工作。

这几样网格计算，说白了都在做同一类事。Voronoi 图，是在平面上撒下一把点，每个点各占一块地，离谁最近，就归谁。Delaunay 剖分，是把这些点连成一张三角形的网。质心 Voronoi 剖分，是让每一块地的中心，正好落在它自己的那个点上。有限元，是把一个复杂的东西切成许多小块，一块一块地算。这一行的日常，就是在一堆东西中间划边界，然后问：这条边界划在哪里，才站得住。

他在中国农村长大，父亲是农民。1990 年，他复读一年后考进湘潭大学。从一个农家孩子到一个算网格的人，再到一个追问「东西是怎样发生的」的人，这条路，倒也可以拿来当个例子：同一个人，从不同的路走过来，就不是同一个人。

他是德麦国际（Demai International Pte. Ltd.）的创办人，也是德麦国际出版社（Demai International Press）的创办人。他提出了一套叫 SDE 的本体论框架，三个字母分别指显露（东西露出来、被看见的那一下）、差异和纠缠。这些年，他用这套框架写了一系列「普通人都能明白的」书，从经济学、心理学写到教育、诗经和量子力学，书以德麦国际出版社的名义出版。这些书的书名里，常带「普通人都能明白的」几个字。

计算数学这个行当，天天和「误差」打交道。一个数算得对不对，常常要看它离真值差多少；差的这一截，有的是方法留下的，有的是数据带来的，有的是问题本身就是那个样子。哪些误差该消掉，哪些其实是问题自己的形状，是这一行最先要分清的事。本书后面要问的，正好是一个相近的问题：西医当作误差减掉的那一截，是不是也该这样分一分。这两件事不是一回事，本书也不靠这层关系立论，只是在这里先交代一句。

他走到「病」这件事上，是顺着一个老问题过来的：在一堆东西中间划边界，边界落下的先后，会不会改变被划进去的东西？本体论问的，是东西怎样发生；病，是这个问题里最贴身的一个。一个名字落在一个人身上，等于在他和别人之间划了一条线，这条线什么时候落，是先落还是后落，正是本书想问的。

本书是他把这套框架用到医学上的一本。这是一本讲道理的书，不是一本临床的书；书里的人物都是虚构的，书里没有一句话是在替谁看病。本书的署名方式，见版权页上的说明：判词、母题和几处承重的定义，由他给出并审定，文字由 AI 协作写成。

十 分 钟 读 完 这 本 书

没有时间读完全书，就读这九节。每一节一个画面，不讲术语。地铁上能读完一节，等号的时候能读完两节。读完，你就带着全书的骨架进诊室了。

◆ 一、王大夫的那个上午

一个周二上午，社区全科医生王大夫的诊室里，来了三个人。走廊里的长椅坐满了，墙上的屏幕一遍一遍地叫号。

小许二十八岁，化验单上每一项都正常。他说：「我很难受。」

老赵六十二岁，血压一栏标着红。他说：「我好得很。」

赵敏三十四岁，是老赵的女儿。三年前她做了甲状腺手术，病理报告上写着「癌」。2016 年，这一类结节被改了名，不再叫癌。可她每年仍按癌症复查，仍说自己是「癌症幸存者」。

三个人，三张单子，没有一个人的话和单子对得上。小许的单子说「没事」，人说「有事」。老赵的单子说「有事」，人说「没事」。赵敏的单子说「不算了」，人说「算的」。

他先让小许把手伸出来，摸了摸脉，又让老赵把袖子卷到肘上，重新量了一遍，最后把赵敏带来的那页病理报告翻到有手写字的那一面。然后，他把三张单子并排摆在桌上，看了一会儿。他看了三十年门诊，这种对不上，他见得多了。可是这一回，他想把这个「对不上」，说清楚。

◆ 二、病不在任何一头

人们问「病在哪里」，习惯去找一个地方。

有人说病在身上，在那个结节里、那根血管里。有人说病在关系里，在医生签的那张假条里。有人说病在心里，在「我很难受」那句话里。这三种说法，你大概都听过，也大概在其中一种说法里待过。

本书说：三处都不是。病在一条路上。三样东西——一个病名，一处病灶，一份难受——先后落下，排出一条路。哪一样先到，哪一样后到，到了哪一步被治疗锁住，病就不同。

路的意思很家常。你去一个陌生的地方，先知道的是它的名字，还是先亲眼看见了它的街，还是先觉得脚底下累了，对这个地方的印象，就不是一回事。病也一样。

老赵的病，是先在体检单上有了一个红色的数字，才有人跟他说「你这血压要当心」，他自己是最后一个才有感觉的，甚至到今天也还说没有。小许的病，是先半夜里觉得难受，才一家一家地去查，查到最后，没有一个地方亮灯。同样是「有病」，这两个人走的是方向相反的两条路。

◆ 三、三家各押一头

医学里吵了很久的，大致有三家。

一家专找病灶，看化验和片子。一家专看病人这个身份，看谁准你请假、谁替你担责。一家专听病人的难受，看痛苦怎样被说出来。

第一家会对小许说：单子正常，我们没有找到病。第二家会问老赵：你没请过假，也没人当你是病人，那你是谁的病人？第三家会坐下来，听小许把凌晨的那个钟点讲完。

三家各自都对。合起来，却接不住王大夫那一个上午：小许没有灶，老赵没有痛，赵敏的名被撤走了，人却没有回去。

病灶那一家接得住老赵，病痛那一家接得住小许。可是到了赵敏面前，三家都要停一下：名字是管病灶的人改的，难受是听病痛的人听的，复查的日程却是在医院和家里的关系里一点点排出来的。每一家只管到了自己那一头，没有一家问过：这三样东西，是谁先到的。

这不是哪一家的过错。一家管得深，才看得准；一家管得专，才靠得住。只是一个人走进诊室的时候，三样东西是一起带来的，而且是有先后地带来的。

◆ 四、西医减掉的那四样「误差」

西医有一套很好的工具，专门挑出研究里的偏差。

筛查查出来的病，好像活得更久，其实只是发现得早，这叫领先时间偏倚。两个人在同一年离世，一个靠筛查早五年知道，一个有了症状才知道，早知道的那位，「确诊后活了多久」就多出五年，人并没有多活一天。

筛查容易查到长得慢的病，这叫病程长度偏倚。筛查像一张隔段时间撒一回的网，游得慢的鱼容易被网住，游得快的鱼，常常在两次撒网之间就已经出了事。

查出了一辈子都不会惹事的病，这叫过度诊断：那个人带着一个名字过完了一生，没有因为它病倒过一天。听说了副作用，就真的出了副作用，这叫反安慰剂：说明书念了一遍，夜里就开始觉得头晕，可是那粒药还没有吃下去。

先说一句公道：这套工具有大功劳。它挡住过无效的疗法，也揭穿过看上去很美的假进步，是西医自己给自己纠错的办法。

这四样，西医当误差减掉。本书说：减掉的，正是病自己走过的那段路。

四样里头，有两样说的是「查出来的时间」，一样说的是「查出来的是谁」，一样说的是「名字带来的难受」。它们看上去是四件事，本书说，它们是同一件事的四个侧面：名、灶、痛到了的先后，不一样。

◆ 五、六条路

一个病名、一处病灶、一份难受，三样东西排先后，能排出六条路。

先难受、再查出病灶、再定名，这是教科书默认的那一条。先查出病灶、再定名、后难受，是体检筛查的那一条。先有一个名字、后找病灶、再难受，是「携带者」「前期」的那一条。还有按症状清单确诊的，先被贴了标签的，和一摔腿断的急症。

六条路不是六种病的名字，是三样东西落下的六种先后。

三样东西缺了一样，路就断了。小许有痛无灶，老赵有灶无痛，路都是断的。断的方向还不一样：同样被确诊，小许可能松一口气，老赵却可能从此开始难受。

小许拿到一个名字，那份说不清的难受，终于有了地方放。老赵拿到一个名字，原来没有的难受，反倒找上门来。这不是谁软弱谁坚强，是名字落下的位置不同。

还有一类路，是名字先到，病灶和难受都还没有影子。比如家里有人得过某种病，你去做了一项检查，报告上写着「携带」。你没有觉得哪里不对，医院也没找到哪里不对，可是你从那一天起，在心里多了一个名字。这样的路，本书也一并写进去。

◆ 六、锁点：赵敏回不去了

名字可以撤，刀口撤不回。

赵敏的病名，从「癌」改成了一个长长的英文缩写。可她已经做过手术，已经有了每年的复查日程，已经在心里把自己放进了「得过癌的人」那一栏。

赵敏每年到了复查的月份，会在日历上圈一个日子。她不觉得那是怕，她说那是习惯。可是这个习惯，是那个名字留下来的。

名字经由治疗刻进身体的那一步，本书叫锁点。锁点之前撤名，人可以回去；锁点之后撤名，人回不去。本书给这件事起了个名字：撤名不复原。

锁，不一定是一把大锁。一台手术是一把，一种每天要吃的药是一把，一张排好的复查日历也是一把。哪一把锁上了，名字就不再只是一个字，它开始有分量了。

打个比方。一个人刚被告知「疑似」，第二天又被告知「排除了」，他回到原来的日子里，没有什么东西留下来。另一个人，名字已经带着他走过了手术台、走进了复查的日历，这时候再说「这个名字不用了」，名字撤了，手术台和日历，都还在。

◆ 七、化验是读数

老赵的血压计，小许的十张化验单，赵敏每年的 B 超图像，都是读数。

读数不是病的「真面目」。它是病一路走过时留下的脚印。有的脚印一下一下地跳，比如一次化验；有的连成一道起伏的波，比如一条病程曲线；有的散在一大群人身上，比如「这类结节复发的概率」。

脚印正常，不等于路没走歪。

化验单上写着的那个数，是准的。准，指的是这一次量出来是这个数。至于这个数该不该让一个人从此改叫「病人」，那是另一回事。

还有一件小事。化验单上那条「正常范围」的线，是一些人坐在一起商量着画的，这些年在不同的年份，还挪过位置。线挪一挪，同一个老赵，昨天还是好好的，今天就成了病人。读数要认真读，可是读完以后，要记得问一句：这条线，是谁画的。

这不是要你不信化验单。恰恰相反，化验单是医学给你的最硬的一样东西。本书只是请你多看一眼：它给你的是一个脚印，不是那个人的全部。

◆ 八、AI 让名先到

小许凌晨两点睡不着，问手机里的 AI：「心慌、手麻、睡不着是什么病？」

AI 给了他几个病名。第二天进诊室，他说的第一句话，就是 AI 给的那个名字。

几百年来，病名大多是医生先说出口的。如今，名字可以先于医生到达。它一到，难受就开始照着名字长。

这里要先替 AI 说一句公道。半夜里没人可问的时候，有个东西肯听你把话说完，这件事本身就是好处。书里会把它的好处写足，也会写它让名先到以后，路上多出来的那些岔。

小许那天进诊室，没有先说心慌，没有先说手麻，先说的是一个病名。王大夫听着，没有打断他。他心里想的是：这个名字，是谁先说出口的，对这个人，意味着什么。

◆ 九、三本账，和一句话

看病，可以记三本账。账本不是给医生用的，是给你自己用的。

读数账：手上这张单子，是跳的、波的，还是散的？它是一个点，是一段日子，还是一大群人的平均？价值账：病名、病灶、难受三处，指的是不是同一个病？治疗有没有把人推回能做的事？你愿不愿意把这段病讲成自己的故事？意义账：病好了以后，你往你想去的地方走了多远？

三本账记不全，也不要紧。每一本账，书里都有一章专门讲，到了那里再翻也来得及。

进诊室之前，先问自己一句就够：

同一个病，从不同的路走进来，就不是同一个病。

前　言

病在哪里

◆ 一、判词

先把判词摆在桌上：

> **同一个病，从不同的路走进来，就不是同一个病。病不在病灶、病人角色、病痛任何一头，在名、灶、痛三样东西先后落下的那条路上：哪一样先到、哪一样后到、在哪一步被治疗锁住。西医把这条路上的差别叫领先时间偏倚、病程长度偏倚、过度诊断、反安慰剂，当误差减掉——减掉的正是病自己的发生史。治愈是一股推向创造、自由、幸福的力量（在价值账里算，在意义账里看它推到了哪里）；化验与影像、病程曲线、风险分布，只是它一路留下的读数。**

这段话有两半。

前一半说病在哪里。它不在任何一头，在一条路上。路由三样东西排成：名，是医生或别人说出的那个病名；灶，是身上能被找到、被拍到、被化验出来的那一处；痛，是你自己的难受。三样东西谁先落下，谁后落下，哪一步被手术、终身服药或复查日程锁住，病就跟着不同。

后一半说治好是什么。治好不是化验单回到正常范围。治好是一股劲，把人推回能做事、能去想去的地方、能过自己的日子。化验单、病程曲线、风险的数字，都是这股劲一路留下的读数。

这段话很长，读第一遍可以只记住开头的一句。其余的，后面三十多章会一句一句地拆开、一件一件地放回日子里。

◆ 二、书名的问题

「病在哪里？」这是一个老问题。

两百多年前，意大利解剖学家莫尔加尼（Morgagni）写了一部书，题目就叫《论疾病的位置与原因》。从那以后，西医找病，问的一直是「在哪里」：哪个器官，哪层组织，哪个细胞，哪段基因。这个问法救了无数人的命。

可是有一些病，这个问法接不住。

化验全正常的人说难受，你该到哪里去找他的病？血压超标的人说没感觉，他的病在血管里，还是在那张化验单上？一个结节被改名了，不再叫癌，那个人心里的「癌」，又在哪里？

这些问题，不是只有哲学课上才有。你陪家里人去过医院，大概就碰到过其中一个：单子上写的，和人说的，不是一回事；医生说「没事」，人却一夜一夜地睡不着；医生说「要当心」，人却觉得自己好得很。碰到的时候，你多半不会去想这是不是一个理论问题，你只会觉得别扭：到底谁说的是对的？

本书把「在哪里」换一个问法：病是从哪条路上走进来的？

这一换，要找的东西就变了。不是再往身体里多挖一层，而是回过头去问：这个人，是怎么走到这间诊室来的；他走来的路上，先落下的是什么，后落下的是什么。这个问题，病理切片回答不了，化验单也回答不了，可是每一位坐在诊桌后面的医生，其实天天都在问，只是没有一个现成的词来放它。

◆ 三、这本书和西医是什么关系

这本书不反医学。

它批评的，只是一个动作：把入病的先后当成误差，从病里减掉。这个动作，是西医最好的工具在做的。随机对照试验、盲法、领先时间校正、过度诊断研究，每一样都挡住过坏药、揭穿过假进步，每一样都是西医的自我纠错。本书每一章，都会先把这些功劳写足。

打个比方。一种药到底有没有用，不靠医生觉得有用，也不靠病人觉得有用，靠的是把一群人随机分成两组，让大家都看不见谁吃了什么，最后数一数。这个朴素的办法，让多少「大家都觉得有用」的疗法，被证明并没有用；也让多少真有用

的东西，站稳了脚跟。过度诊断也一样：是西医里的人自己发现，有一类人被当作病人对待了一辈子，其实并不需要。能这样回头看自己的行当，不容易。

本书的做法，是先替对方把话说足，再问那一句话。说足的意思是：他完全成立的条件，要写出来；他救过的人，要写出来；他自己已经看到的缺口，也要写出来。这样做，不是客气，是因为一个批评，只有在对方的话被说到最好的时候，才有分量。

本书只多问一句：减掉的那一截，是谁的?

如果减掉的只是观察的偏差，那它确实该减。如果减掉的是病自己走过的路，那就减错了。哪一种是真的，本书不打算靠嘴说赢。第 17 章会写出一条可以判的线，第 36 章会写出两场可以做的试验，并且事先写好：什么结果出来，本书就收窄，什么结果出来，本书就撤回。

◆ 四、写给谁

写给看过病、陪人看过病的普通人。

你不需要懂医学，也不需要懂哲学。你只需要记得自己某一次进诊室的样子：是因为难受去的，还是因为体检单上有一个箭头？是自己先在网上搜出了一个名字，还是医生先说出口的?

也写给医生和护士。你们每天都在这条路上，比谁都清楚：同样一个诊断，落在不同的人身上，是不同的事。本书想替这句话，找一个说得清的说法。

还写给那些不在诊室里的人：给病人写过材料的人，替家里人排过号的人，凌晨守在急诊走廊上的人。你们看到的，往往比单子上多一截。

最后说一句：本书讲道理，不作诊疗建议。读完它，你应当更会和医生说话，而不是更不信医生。

◆ 五、几句交代

书里有四个人：王大夫、小许、老赵、赵敏。他们是虚构的，不对应任何真实的人。他们只负责把一个道理，落到某个具体的上午或晚上。书里每一个判断的凭据，在文献和试验里，不在他们身上。

书里引到外国学者的话，一律是转述大意。凡标〔待核〕的地方，是年份、篇名或数字还没有逐条核对，书后有一张清单，把它们收在一起。

这本书的判词、母题和几处承重的定义，由王德生给出；文字由 AI 协作写成，经他审定。这件事版权页上写了，这里再说一遍，是因为一本讲「名字先到还是后到」的书，应当把自己是怎样写成的，先说在前面。

导　读

这本书怎样读

◆ 一、五编各做什么

全书五编，三十六章，前有导论，后有结语。

导论请出王大夫和三个病人，先让你看见难题。

第一编「三家各押一头」，四章。第 1 章问「疾病是什么」，这是全书的开场难题；第 2 到 4 章，三家各一章，先把每一家看对了什么写足。读完这一编，你会发现每一家都有道理，也会发现，它们都没有说完。

第二编「三家的欠条」，十一章。先请出已经讲「病是被做出来的」的最强对手，再请出离本书最近的几位前人，再压一个最难打的反例。然后用一张欠条表收三家，列三张具体的欠条，做四次检验医学史的检验，最后把欠条写成三条互相依赖的方程。

这一编读起来最像在打官司，每一章都先替对方把话说足。你不必记住那些人名。记住一件事就够：每一位前人，都已经走到了离本书很近的地方，本书只问他脚下哪一块是当作现成的踩过去的。

第三编「缺了的第一层」，九章，是全书的核心。西医里其实早有「为了什么」的碎片，只是它们要么被做成了读数，要么被押进了某一头。入病路径、六条路、锁点、撤名不复原，都在这一编讲出；第 24 章回到第 1 章的难题，给出答案。

第四编「AI 坐上主体位」，七章。AI 怎样先当病痛的第一听者，怎样开始挑选、否决诊断，怎样让病名第一次先于医生到达。好处和坏处都写。影像辅助、分诊、夜间也能找到人说话，这些真实的增益，会和它带来的新麻烦放在同一张桌子上。

第五编「三本账」，五章。读数账、价值账、意义账，落到看病、陪护、复诊的日子里；最后一章把本书押在两场试验上。这一编每章末尾有两个小问题，只问你自己是从哪条路走进来的，不问该不该吃药、停复查。

◆ 二、三条读法路线

全书可以从头读到尾，也可以挑着读。每一章都有自己的开头和收尾，单拿出来读，不会迷路。碰到不认识的人名，先放过去，书里每个人第一次出场都会交代一句他是谁、说了什么。

只有一个下午：读「十分钟读完这本书」，再读第 17、19、24 章和结语。这四处，是全书的主线：路是什么，锁是什么，开头那个问题怎样收回来。

为家里的病人来的：读第 19、23、35 章。第 19 章讲名字什么时候刻进身体，第 23 章讲治好是什么，第 35 章讲看病、陪护、复诊的日子。这几章里没有一句话替你的家人做决定，只帮你看清，他是从哪条路走进来的。

为工作来的医生、护士：读第 7、12、15、27、36 章。头几章是写给你们的：你们的工具，本书怎样还它公道，又在哪一处多问了一句；最后一章，是本书押上去的两场试验，欢迎你们来挑毛病。

◆ 三、判词怎样才算错

再把判词摆一次：

> **同一个病，从不同的路走进来，就不是同一个病。病不在病灶、病人角色、病痛任何一头，在名、灶、痛三样东西先后落下的那条路上：哪一样先到、哪一样后到、在哪一步被治疗锁住。西医把这条路上的差别叫领先时间偏倚、病程长度偏倚、过度诊断、反安慰剂，当误差减掉——减掉的正是病自己的发生史。治愈是一股推向创造、自由、幸福的力量（在价值账里算，在意义账里看它推到了哪里）；化验与影像、病程曲线、风险分布，只是它一路留下的读数。**

判词能被推翻，才配站在第一页。本书事先写下三条，用人话说是这样：

第一条，也是最要紧的一条。2016 年那次改名，有一批人的「癌」被撤掉了。把他们和另一批人比：那批人也做了腺叶切除，可从一开始就被诊断为良性腺瘤，从没被叫过癌。

如果在事先登记的时间里，被撤名的人在自己报告的身心状况上，在「我是癌症幸存者」这句话上，都回到了和对照组相当的水平；而且做过全切加放射碘的人，和只做腺叶切除的人没有差别——那么「入病路径是病的属性」和「撤名不复原」都撤回，本书退回到过度诊断研究原来的说法。

这里要补一句：复查的次数，不拿来当证据。2016 年以后，指南本身改了复查的安排，次数变了，不一定是人的心变了。所以复查频率只作次要的参考，真正要看的，是人自己报告的状况，和那一句「我是癌症幸存者」。

第二条。在新的高血压标准 130/80 两侧，找血压一样、却从不同的路进来的两组人：一组是体检查出来的，一组是因为不舒服来看病的。如果两组此后的病程不分岔，或者被贴上标签的人，难受的变化并不先于病程的变化，「名先到、痛跟着变」这一半就撤回。

用人话讲，这一条问的是：同样是 130，一个人是量出来的，一个人是难受着来的，他们往后的日子，是不是真的走成了两样。又问：那个被叫作「病人」的人，是先难受起来，再出现病程的变化，还是先有了变化，才难受起来。

第三条。有痛无灶的人和有灶无痛的人，被确诊以后，如果反应的方向是一样的，「断路有方向」就撤回。

本书的说法是，两类人朝相反的方向走：有痛无灶的人，名字给了难受一个落处，病痛下降；有灶无痛的人，名字先到，难受跟着来，病痛上升。如果真的做出来，两类人的反应并不相反，这一句就站不住。

这三条的细节，在第 36 章和附录一。

◆ 四、随身三问

读每一章，碰到自己或家人的病，都可以问这三句。它们也是全书最短的一份使用说明：

先到的是名、灶，还是痛？

锁住了没有？

这个读数是跳的、波的，还是散的？

这三句问的都是事实，不是对错。先到的是什么，是回忆得出来的：你是先觉得不对，还是先看到了一个箭头，还是先听到了一个名字。锁住没有，是看得见的：有没有一台手术、一种每天要吃的药、一张排好的复查日程，已经跟着这个名字落了地。读数是跳的、波的还是散的，也不玄：一张单子是一次的数，一条曲线是一段日子，一个「风险百分之几」是一大群人的事。

◆ 五、使用边界

本书讲道理，不作诊疗建议。

书里写到甲状腺结节、高血压、纤维肌痛、抑郁，写到复查、手术、终身服药，都只是为了看清一条路，不评价任何一种治疗的对错。书里的人物要不要继续复查、要不要吃药，书不替他们决定，只写他们怎样和医生把这件事说清楚。

你读到哪一句，觉得像是在说「该不该吃这个药、做这个手术、停这个复查」，请把它读成：这件事请和你的医生商量；本书只帮你看清自己是从哪条路走进来的。

身体或心里的难处真的大了，请找医生或心理咨询师。不要等读完这本书再去。

◆ 六、书里的人

书里会反复出现四个人。他们都是虚构的。

王大夫，五十八岁，社区全科医生，看了三十年门诊。他信听诊器，也信自己心里那一下「不对劲」。他最怕的不是漏诊，是说不清。

小许，二十八岁，在一家互联网公司做运营，常常熬夜到一两点。认真，容易焦虑，身上一不对劲就先上网搜。

老赵，六十二岁，在老街上开了二十多年五金店，嗓门大，最常说的一句话是「我好得很」。

赵敏，三十四岁，老赵的女儿，在一家公司做会计。稳当，要强，记性好，复查从来没缺过一次。

他们不承担证据。书里的每一个判断，证据都在文献和试验里；他们只负责把判断，落到一个具体的上午或晚上。你不必替他们担心，也不必拿自己去对号。

偶尔还有几个只出场一两次的人，比如诊室里的护士小邓，老街上的邻居老蒋。他们也是虚构的，也不承担证据。

目 录

v

十分钟读完这本书 viii

前言　病在哪里 xiv

导读　这本书怎样读 xviii

导论　化验正常却难受，指标超标却不难受，不是癌了却还当癌复查——从 Morgagni 1761 年的《论疾病的位置与原因》说起 26

第一编　三家各押一头 33

第 1 章　疾病是什么：Boorse 的自然主义、规范派，与 Wakefield 的混合论 34

第 2 章　病理派：定位越缩越小，从器官到细胞再到分子——疾病客体的属性发生学 44

第 3 章　病人角色派：Parsons 的病人角色——疾病互动的属性发生学 53

第 4 章　病痛派：Kleinman 与 Cassell——疾病主体的属性发生学 62

第二编　三家的欠条 71

第 5 章　背景：Engel 并列了三层，算不上对手 72

第 6 章　最强的对手：Mol 与康吉莱姆已经讲生成 80

第 7 章　最近的对手：Welch 的过度诊断与 Feinstein 的 Will Rogers 现象——把入病路径当作偏倚减掉 89

第 8 章　意义反应、安慰剂神经科学与可加性批评、Helman 1981 的「无病痛之病」，以及 Jutel 的诊断社会学——本卷多出次序与锁点 100

第 9 章　最强反例：骨折与急性阑尾炎——急症路几乎只有一条，若这里路径不带来任何增量，本卷的适用范围就到此为止 110

第 10 章　三家互相欠：一张欠条表 119

第 11 章　欠条一：诊断标准从哪里来——阈值招进来的人回头改写了这个病的预后 127

第 12 章　欠条二：随机对照试验与流行病学的去偏倚装置——盲法、领先时间校正、安慰剂减法，共用一个「与路径无关的真病」做零点 135

第 13 章　欠条三：病理医生之间的分歧被挤进阈值边上的窄带——交界性病变与原位癌（Elmore 等 2015 乳腺活检研究） 142

第 14 章　四个「互相」检验医学史：纤维肌痛（共变）、幽门螺杆菌（抽离）、130/80 新标准（阈值位移）、NIFTP 改名（干预追踪） 150
第 15 章　欠条定理与属性三方程：一张码表，一次盲编 160

第三编　缺了的第一层 169
第 16 章　意义层的碎片早已在：患者报告结局、姑息医学、苦难论，却进不了诊断 170
第 17 章　入病路径：同一个病，从不同的路走进来，就不是同一个病 179
第 18 章　六条路与三种断路：经典路、筛查路、风险路、标准路、标签路、急症路 192
第 19 章　锁点：名字什么时候刻进身体，撤名为什么回不去 204
第 20 章　一次「病」的完整读法：哪一头显、哪一维动、落在哪一界、走的是哪条路 216
第 21 章　三界里的健康：创造、自由、幸福，与显露的方向 229
第 22 章　化验是读数：单次值、病程、风险分布 238
第 23 章　治愈是显出来的：自我界的重新对齐，和走回头路的条件 246
第 24 章　回到开场：疾病是什么——一条路，不是一个地方 256

第四编　AI 坐上主体位 269
第 25 章　听诊器、X 光、检验科、CT、AI：诊断权的几次转移 270
第 26 章　层断了：指标好转，人与生活同时退 279
第 27 章　一角独大与目标空转：防御性医疗与检查内卷 288
第 28 章　无病人的诊断：AI 新型危机 297
第 29 章　病痛的第一听者是 AI：主诉在见医生之前就长成了形状 307
第 30 章　AI 坐上主体位：按具体任务看胜任与责任 317
第 31 章　诊断回写：名先到——AI 症状自查怎样把标签路变成主路 327

第五编　三本账 340
第 32 章　读数账：化验单和影像报告怎样读 341
第 33 章　价值账：真、善、美怎样算 350
第 34 章　意义账：健康在三界里走到了哪里 359
第 35 章　看病、陪护、复诊：三本账落到日子里——问自己是从哪条路走进来的 368
第 36 章　判决性试验：NIFTP 改名者回不回得去，与 130/80 的筛查路和症状路 379

结语　病在哪里 397
附录一　判词怎样才算错 403
附录二　预注册预言 406
附录三　欠条表 410
附录四　最小模型 412
附录五　术语对照 415
附录六　与本系列对账 418
附录七　〔待核〕清单 420

导　论

化验正常却难受，指标超标却不难受，不是癌了却还当癌复查——从 Morgagni 1761 年的《论疾病的位置与原因》说起

◆ 一、王大夫的那个上午

周二上午八点半，王大夫的诊室门口已经坐了七八个人。

护士小邓把叫号的屏幕调亮了一格，又替一位拄拐杖的老人搬了张凳子。走廊里有消毒水的味道，有人在小声数落孩子，有人低头看手机，有人盯着墙上那张「请勿喧哗」的告示，看了很久。

他在社区医院看了三十年门诊。诊桌左手边放着一个听诊器，胶管早就发硬了，他舍不得换；右手边是一台电脑，化验结果直接从检验科传过来。

那天上午，他的桌上先后摊开了三张单子。

第一张是小许的。血常规、肝功能、甲状腺功能、心电图，一项一项看下去，没有一个箭头。小许坐在对面，眼圈发青，两只手搓来搓去：

「王大夫，我真的很难受。心慌，手麻，晚上睡不着。单子都正常，可我就是难受。」

王大夫抬头看了他一眼。他看人的时候不急着说话，三十年下来，他知道很多时候，病人说出口的第一句话，不是最要紧的那一句。

第二张是老赵的。社区组织老人免费体检，血压一栏，打印机给它标了红。老赵把单子往桌上一拍：

「我好得很。吃得下，睡得着，扛一箱螺丝上三楼，气都不喘。你们这机器，是不是量错了？」

他是从老街上的五金店直接过来的，围裙还系在腰上，口袋里露出半截卷尺。

第三张不是化验单，是一份三年前的病理报告。赵敏陪父亲来，顺便把自己的东西也带上了。报告上，「甲状腺滤泡亚型乳头状癌」几个字，被人用笔划了一道，旁边手写着五个英文字母：NIFTP。

「我的主治医生说，这个现在不算癌了。」赵敏说得很平静，「可我下个月还是要去复查。我还是觉得，我是得过癌的人。」

她把那页纸压平，又对折了一下，像是怕它被风吹走。

三个人，三张单子。王大夫看了三十年门诊，这种对不上，他见得多了。

可是他也知道，见得多，不等于说得清。年轻的时候，他碰到这样的人，会下意识地想：是不是哪一边弄错了——是机器错了，还是人说错了？再往后他慢慢明白，多数时候，机器没错，人也没说错。两边都是真的，只是说的不是同一件事。这个「不是同一件事」，他在心里转了很多年，一直没有一个现成的词，可以把它放进病历里。

小许有难受，没有病灶，没有病名。老赵有病灶，有一个快要落下的病名，没有难受。赵敏有过病名，名又被撤走了，可人没有跟着名字回去。

这三种对不上，就是这本书要拆的东西。

◆ 二、病被放进了一个地方

要拆它，先得知道西医是怎样问病的。

1761 年，意大利帕多瓦的解剖学教授莫尔加尼，出版了一部大书，书名译成中文是《论疾病的位置与原因》〔拉丁原题 De sedibus et causis morborum，待核〕。他把许多病人生前的症状，和死后解剖看到的器官改变，一例一例对起来。咳了很久的人，肺里有什么；胸口痛的人，心脏是什么样子。

这件事听上去朴素，做起来却很费功夫。一个病人，生前要有人记下他说过什么、哪里痛、痛了多久；死后要有人肯把他打开，看，记，再把两份记录放在一起比。比一例不够，要比很多例，比到某一种症状总是和某一种改变一起出现，才敢说：它们是一回事。

这件事的意义，怎么说都不过分。

在他之前，很多医生把病看成体液失调，看成一种全身的、说不清在哪的状态。莫尔加尼说，大意是：病有位置，位置在器官里。症状是器官出了问题以后，从里面透出来的信号。

先还它公道。这是西医找到「地方」的开端。有了地方，就能去看、去摸、去切开、去修补。后来的病理学、外科学、影像学，都是沿着这条路走下来的。人类寿命里的一大截，就是靠「找到地方，然后动手」挣来的。

他的办法里，还有一层不太被人注意的东西：他是把两份记录放在一起，才看出了位置。一份是病人活着时说的话，一份是离世以后看到的身体。两份记录之间，隔着一段时间，隔着一个人从有病到离世的整条路。他把路压扁了，只留下两头，然后在两头之间画了一条线。这个动作，在当时是极大的进步；本书后面要问的，是那条路被压扁的时候，什么东西留在了外面。

你今天去医院，让医生看一张片子，指给你看「就是这里」，那一下，用的就是他留下的办法。那根手指所指的，是一个你可以看见、别人也可以看见的地方。它不因为你相信不相信而改变，这正是它的力量。

可是，「位置」这个问法也从此成了西医的问法。

器官之后是组织，组织之后是细胞，细胞之后是分子。地方越找越小，找得越来越准。问题始终是同一个：病在哪一处?

到了王大夫的诊室，这个问法卡住了。

小许的「哪一处」，化验找不到。老赵的「哪一处」，在血管里，可他自己不认。赵敏的「哪一处」，三年前已经切掉了，病名也改了，可她心里那一处，还在。

后来的人沿着这个问法往下走，走出了三条不同的岔路。

一条说，位置在身上：病是一处能被找到、被拍到、被化验出来的灶。一条说，位置在关系里：病是一个人被社会认可的身份，谁准你歇下来，谁替你担着，才算病。一条说，位置在心里：病是一个人自己的难受，别人听不听得见，它都在。这三条路，各自都走得很远，各自都救过人，也各自都有一个拿它没办法的病人。

三条岔路的人吵了很久，吵的是同一个问题：病的位置，到底在哪一头。

两百多年来，西医问「病在哪里」，问的一直是「在哪一头」：在身上，在关系里，还是在心里。没有问过：在哪一条路上。

◆ 三、三层，先看一眼

在进入正文之前，先给你看一张很简单的图。看病这件事，可以分成三层。

最下面一层是读数。血压多少，结节几毫米，化验单上有没有箭头。这一层，西医做得极好。

中间一层是好不好。这个治疗有没有用，副作用大不大，病人的生活质量是升是降。这一层，西医也一直在做：疗效、获益、风险，都在这里算。

最上面一层是为了什么。病好了以后，人去做什么？还能不能想事、做事、去想去的地方、过自己想过的日子？本书把这一层叫意义那一层，它对着三样东西：创造、自由、幸福。

再换一个人来看。小许的读数那一层，是一张全正常的单子，什么也没有说；好不好那一层，是他睡不着以后，白天开会写不出一页周报；为了什么那一层，是他想不想把这份工作做下去，想不想在三十岁以前，有一个可以放心睡觉的夜晚。三层摆开，你会看到：同一个小许，读数那一层是空的，上面两层却是满的。

拿老赵打个比方。读数那一层，是他的血压：多少，高在哪里。好不好那一层，是药：吃了血压降多少，头晕不晕，一年下来风险少了多少。为了什么那一层，是他自己心里的那件事：他想把五金店再开十年，想在冬至以前把货盘点一遍，想自己扛得动螺丝，不要儿女替他扛。三层问的不是同一件事。

再看赵敏。读数那一层，是每年都干干净净的 B 超图像；好不好那一层，是复查日程占去的那几个半天，和复查前那几个睡不踏实的夜晚；为了什么那一层，是她想怎样称呼自己这一段经历，想不想有一天，不必再先说一句「我是得过癌的人」。同样是三层，每一层的话，都说得通，却不在同一个地方。

西医不是没有最上面一层。病人报告的生活质量、姑息医学讲的「全人的痛」、医生在床边的那几句话，都碰到了它。可是在西医里，这一层要么被做成了

一个量表分数，放回读数里；要么被交给了专讲痛苦的那一家，放在一头里。它进得了评价，进不了诊断。

为什么进不了诊断？第 16 章会细说。这里只先埋一句：诊断只认三样东西「是什么」，不认它们「谁先到」。

◆ 四、这本书用的七个词

本书尽量说大白话。可有七个词，要先交到你手里。我们用小许一个人的一天，把七个词各用一遍。

三头。小许的病，可以从三头去看。一头是病灶：化验单、心电图，能被测出来的那一处。一头是角色：他能不能请到假，领导信不信他，家里人当不当他是病人。一头是病痛：他自己的心慌、手麻、睡不着。三头，是三家各押的那三处。

三界。小许身上的东西，会落在三块地上。病名落在想法那块地上，本书叫理念界；病灶落在看得见摸得着的那块地上，叫现实界；难受落在他自己心里那块地上，叫自我界。这三块地，本书简称名、灶、痛。

这里要提醒一句：三头和三界不是一回事。三头是病灶、角色、病痛；三界是名、灶、痛。「名」不是「角色」。病名是三头一起在想法那块地上留下的一个读数，不等于小许能不能请到假。全书会反复守住这条线。

路。那天早上，小许先是心慌（痛），然后上网搜，搜出一个「焦虑症」（名），然后来查，什么也没查到（没有灶）。痛、名、灶落下的先后，就是他的路。本书把它叫入病路径。这里只露一面，第 17 章才细讲。

锁点。如果小许被诊断为某种病，开始每天吃一种要吃很久的药，那个名字就经由治疗刻进了他的日子。这一步，叫锁点。锁点之前，名字撤了，人还能回去；锁点之后，就难了。小许还没有走到这一步。

断路。小许有痛，没有灶。三样东西缺了一样，路就断了。断路不是「什么都没有」，它是一条特别的路，有自己的方向。

读数。小许的化验单、心电图、他手表里的夜间心率，都是读数。读数是路上的脚印，不是病本身。

回写。如果小许看到那个「焦虑症」以后，越想越像，难受真的变得像焦虑了，那就是病名回过头来，改写了他的难受。这件事，前人叫过很多名字：反安慰剂、贴标签效应、哈金（Hacking）的循环效应。本书沿用它们，只多出一点：回写有先后，也有锁。

举个小例子，看这七个词怎样连在一起。小许那一天，难受先来，名字第二个来，病灶一直没来，这是一条路，而且是一条断了的路。他还没有吃药，没有手术，没有排上复查的日历，所以还在锁点之前。他口袋里那些化验单，是路上的脚印。他回过头再看自己的难受时，已经带着那个名字去看了，这是回写。

小许的病，还有一个旁边的看法：他的同事见他脸色不好，替他把一个会议挪到了下午。这是角色那一头的事，同事们并不知道他有没有病，只是在照顾一个「看起来不太好的人」。三头里的这一头，往往最安静，却一直在场。

七个词，就这些。别的术语，本书尽量不用；用了，第一次出现时会讲清。

再给这个故事添一个尾巴。小许第二天进了诊室，把那个「焦虑症」讲给王大夫听。王大夫没有说「是」，也没有说「不是」。他问的是另一句：你是什么时候开始觉得心慌的，是在搜到这个名字之前，还是之后。

这一问，就问到了路的先后。那天上午，小许答不上来。他自己也不确定。这一点，后面的章节会反复回来。

你不必现在就把它们背下来。把小许的那一天，当一个故事记住就够了：他先觉得难受，然后搜到一个名字，然后什么也没查出来。每一章里这七个词再出现，你会发现它们不过是在给这个故事的某一段起名字。

◆ 五、小账怎么记

每一章最后，都有两行小账。

第一行问：本章拆了什么。

第二行问：本章立了什么。

拿导论本身举例：

本章拆了什么：拆的是「病在哪里」这个问法的默认答案——病一定在某一处，在某一头。

本章立了什么：立的是一个换过的问法——病在哪一条路上；还请出了四个人和七个词。

读完全书，把三十多笔小账连起来，就是这本书的总账。

每一章最后的那句「带走的话」，也是同样的用意：一章读完，只许你带走一句。带走一句，比带走十句靠得住。

小账的好处，是诚实：一章拆了什么，立了什么，各只许写一行。写不出一行的，就是没拆成，或者没立成。本书希望你在每一章末尾，都能自己核一核。

下一章，先请哲学家们把他们的答案摆出来：疾病，到底是什么。

> **带走的话**
>
> 问病在哪一头，三家吵了两百年；问病在哪一条路上，才轮到这本书。

> **小账**
>
> 本章拆了什么：「病在哪里」的默认答案——病一定在某一处、某一头。
>
> 本章立了什么：换一个问法，问病在哪一条路上；请出王大夫和三个病人，交出七个词。

第 一 编

三家各押一头

编　序

这一编四章。第 1 章先问一个最老的问题：疾病到底是什么。哲学家吵了半个世纪，给出三种答案。第 2 到 4 章，请出医学里另外三家：专找病灶的，专看病人身份的，专听病人难受的。

这一编要让你看见第一个反差：每一家都对，每一家也都接得住王大夫那个上午的某一个病人；可没有哪一家，能同时接住三个。

第 1 章

疾病是什么：Boorse 的自然主义、规范派，与 Wakefield 的混合论

> **这一章的问题：**疾病到底是谁说了算？三个哲学答案，为什么都接不住同一个上午的三个病人？

◆ 一、你一定有过这样的时刻

老赵坐在诊椅上，两只手按着膝盖，腰板挺得笔直。他的手掌很厚，指节上有旧的划痕，那是二十多年拿螺丝刀、搬货箱留下的。

「王大夫，我好得很。吃得下，睡得着，扛一箱螺丝上三楼，气都不喘。你凭什么说我有病？」

王大夫没有说话，把血压单往他面前推了推。红色的数字，在白纸上很显眼。

老赵低头看了一眼，又抬头看王大夫，那神情像是在看一个替机器说话的人。

门外，走廊的长椅上，小许正低着头刷手机。屏幕上是一个搜索框，他输进去的字，删了又写，写了又删。护士叫他的号，他没听见。护士小邓又叫了一遍，他才猛地抬起头。后来他进来，在老赵刚坐过的位子上坐下，说的话几乎是老赵的反面：

「王大夫，我难受得要死。你凭什么说我没病？」

一个人说：我没病，你说我有。一个人说：我有病，你说我没有。两个人都在问同一个问题，只是站在相反的两头：

疾病，到底是谁说了算？

你要是留心，会发现这两个人说的话，像是同一块布的两面。老赵的「没病」，靠的是自己的力气和胃口；小许的「有病」，靠的是自己的夜晚和手。他们

各自拿出来的，都是真的。王大夫手里的单子，也是真的。三样真的东西，摆在同一张桌子上，却拼不到一起。

这个问题听上去像一道哲学题。可只要你在诊室里坐过，就知道它是一件很具体的事。能不能请假，能不能报销，要不要吃药，要不要把一件事告诉家里人，都挂在它后面。单位要的那张病假条，保险公司问的那一栏，回家以后要不要瞒着老伴，每一样，都先要有人回答：这到底算不算病。

这个回答，不是由站在诊桌后面的那个人一个人说了算的，也不是由坐在诊桌前面的那个人一个人说了算的。两边都在说，说的又不是一回事。这一章，先请哲学家们把他们的答案摆出来。先说好：本章不替任何一个答案判输赢。三个答案各摆一遍，各还一次公道，然后各放到那三个人身上试一试。

◆ 二、病是功能低于常态

先说第一种答案，也是最硬的一种。

美国哲学家克里斯托弗·布尔斯（Christopher Boorse）在 1970 年代发表了一组文章，其中最有名的两篇，一篇谈疾病与病痛的区别（1975），一篇谈健康作为一个理论概念（1977）〔待核：篇名、期刊〕。他的主张，本书转述大意如下：疾病，是一个生物的某项功能，低于这个物种的典型水平。这里的「典型」，是一个统计上的说法：拿同年龄、同性别的一群人，看他们的心脏怎样泵血，肾怎样过滤，把中间那一大片叫正常，偏离到足够低的那一端，就是病〔待核：核心定义的原句〕。

这个定义有个很要紧的特点：它不掺价值。

一个人觉得难受不难受，医生觉得该不该治，社会觉得丢不丢人，都不进定义。进定义的，只有一件事：他的器官，能不能做该做的事。

他还给这个定义配了一套办法。一个器官的「功能」，是它对生物活下去、传下去所做的那份贡献；要量它，先要定一个参照的群：同一个物种，同样的年龄，同样的性别。群里大多数人的水平是一片，偏离这一片到足够远的，才叫低于典型〔待核：参照类与功能的表述，此处为转述大意〕。这样一来，「正常」就不是谁说了算的，是一群人量出来的。

你在化验单上看到的那一栏「参考范围」，大意就是这个思路：取一群看上去没有毛病的人，量出他们中间的大多数落在哪里，把那一片画出来；你的数落在片外，单子上就多一个箭头。这个办法朴素，又管用，它让医生不必凭感觉说话。

先还它公道。这一条，给了「病」一个不依人意的标准。

没有这条标准，会怎样？历史上有过。十九世纪的美国，有医生提出过一种「病」，叫奴隶逃跑症，说是黑人奴隶身上有一种想逃跑的病〔待核：提出者与年份〕。如果「病」就是「被人说成不好的状态」，这种话是挡不住的。布尔斯的定义，至少给了医生一把能量的尺子：你说这是病，请拿出功能偏离的证据来。

还有一处，常被人忽略：布尔斯并没有把人的那一头扔掉。他把「病」拆成两个词，一个是纯粹说身体功能的 disease，一个是说一个人带着这个毛病、觉得不好、做不成事的 illness，两者要分开说〔待核：1975 年那篇文章的区分〕。他给病人的难受，另留了一个位置，只是不让它进「病是什么」的定义。这个分法，后面你会不止一次想起来。

这还不是它最稳当的地方。把话说足，它完全成立的条件，有这样几个。

第一，功能说得出名字，也量得出来。肾每分钟能过滤多少，血里的红细胞能带多少氧，心脏每一下能射出多少血，这些都是可以量、可以比的数。

第二，参照的群是清楚的。同龄、同性别的一群人，数量足够，水平也有个大致的分布。

第三，病人自己说不出话来的时候。昏迷的人说不出难受，刚出生的婴儿说不出，兽医面对的那头牛也说不出。兽医给一头牛看病，不会先问牛觉得好不好，他照样诊得出牛病了。这些时候，「他自己觉得不好」这一条无处可问，布尔斯的尺子照样可以量。

第四，换了时间和地方，这把尺子的读数不变。一根骨头断了，在哪个年代、哪个国家，都是断了。

老赵的血压，正好是这把尺子最拿手的活。血压高到某个程度，血管壁受力过大，心脏、肾、脑，迟早会出问题。尺子量出来，不看他自己觉得怎样。尺子对老

赵说的话，大意是：你觉得怎样，是你的事；你的血管受着多大的力，是另一件事；这两件事，我只管后一件。

可是尺子也有它够不着的地方。

一是线画在哪里。低到哪一步算病，是一条线，线是一些人划的，尺子自己说不出该划在哪一格。这件事，第 11 章会细讲。二是常常有人问：要是一个群里几乎人人都有，统计上就成了「典型」，那它还算不算病？比如在某些年代，龋齿几乎人人都有〔待核〕。按尺子，它是「典型」；可是没有人愿意说，龋齿不是病。

再有，就是小许。小许的每一项功能，都在典型范围之内。按这个定义，小许没病。可小许坐在对面，两只手搓来搓去。

◆ 三、病是被说成不好的状态

第二种答案，从另一头来。

有一批哲学家说：你别想把价值从「病」里拿出去。病这个字的意思，本来就是「不好」。一个人身体里有个什么偏离，只要没有人觉得它不好，它就不是病。左撇子是少数，色盲在某些年代、某些职业里是大麻烦，在另一些地方根本无所谓。

这一派，本书统称规范派。美国的恩格尔哈特（H. Tristram Engelhardt）在 1970　　年代写过相关文章〔待核：篇名与观点〕，瑞典的诺登费尔特（Lennart Nordenfelt）写过《健康的本质》一类的书，把健康说成人在一般条件下，实现自己重要目标的能力〔待核：书名、年份、原表述〕。大意是：病，是一种让人做不成自己想做的事的状态。

也先还它公道。这一派说中了「病」字里面本来就有的那个「不好」。

一个人被叫作有病，从来不只是一个测量结果。它是一个判断：这不好，这需要处理，这值得别人关注。医生说「你有病」，病人听到的是「你有麻烦了」。把这一层抹掉，医学就成了一种没有人味的量具。

谁在说「不好」，也是这一派问得最认真的事：是病人自己，是家里人，是医生，还是一个社会？四方说的有时并不一样。老赵觉得自己好得很，王大夫觉得不

好，老赵的女儿又觉得父亲嘴硬。同一件事，几个人各给了一个判断。规范派不回避这件事，它把这些判断都算进「病」里面。

这一派完全成立的地方，也要写足。

一是被叫作「病」这件事，本来就是一个有后果的动作。给一个人定上这个字，他可以歇下来，可以被照顾，可以被免去一些事，也可能被人另眼相看。这些后果，是价值，不是读数。

二是历史上，确有一些东西，被当作病写进过诊断手册，后来又被拿掉了。最常被人提起的例子，是同性恋曾经被列入美国精神医学会的诊断手册，1973 年前后被拿出去〔待核：年份与经过〕。一个分类，今天在，明天不在，身体里的什么都没有变，变的是社会对它的看法。这一类事，只有承认「病」里有价值，才讲得通。

三是有的状态，当事人自己并不当作病。有的聋人社群，不把失聪看成一件该被治好的事，而看成一种语言、一种生活〔待核〕。在那里，问「他缺了什么功能」，不如问「他在这样的日子里，想做什么、做不做得成」。

诺登费尔特这一类讲法，有个好处：它问的是一个人能做什么。老赵扛螺丝，是一件能做的事；小许盯着周报半天写不出一行，是一件做不成的事。这样的问法，把病人的日子带进了定义。

小许的难受，在这个答案里，终于有了位置：他做不成该做的事，他睡不着，他手麻，这就是病。

可是老赵就卡住了。老赵扛着螺丝上三楼，他做得成他想做的一切事。按这个定义，老赵没病。可他的血管壁，一天一天在变厚。

◆ 四、有害的失调，和它卡住的三个人

两边吵了很多年，每一边都能举出对方的反例。于是有了第三种答案。

美国学者杰罗姆·韦克菲尔德（Jerome Wakefield）在 1992 年发表的一篇文章里提出：疾病，是一种「有害的失调」〔待核：篇名、期刊、原表述〕。他写那篇文章，最初想的是精神疾病：哪些痛苦算病，哪些只是人生里该有的难过〔待

核〕。后来这个想法，常被人拿来讲一般的疾病。这是个拼起来的概念，两半各取各的。

「失调」那一半，来自布尔斯那一边，是事实的一半：身体里某个机制，没有做它被演化「设计」出来要做的事。

「有害」那一半，来自规范派那一边，是价值的一半：这个失调，对这个人，按他所处的社会的看法，是不好的。

两半合起来，才是病。只有失调、没有害，比如一个人多长了一根无害的血管分支，不是病；只有害、没有失调，比如失恋带来的痛苦，不是病。

这是个聪明的拼法，本书把它当作第三种答案。它在诊室里也好用：医生问「哪里坏了」，也问「这对你有什么妨碍」，两句话，正好是这两半。它不算后面要讲的三家之一，而是「疾病是什么」这场争论内部的一个调和方案。

先还它公道。这个拼法完全成立的条件，是两半同时清楚的时候。

一只眼睛的视网膜脱落了。视觉这一套，没有做它该做的事，这是失调；一个人看不见了，这件事在任何一个社会里都算害。两半都亮着，没有人争。

又比如，一个人亲人去世了，哭了几个星期，吃不下饭。他很难受，可这份难受是人在失去亲人的时候本该有的反应，那一套反应在好好做它的事。按这个拼法，它不是失调，所以不是病〔待核：韦克菲尔德对丧亲之痛的讨论〕。一头拿功能，一头拿价值，各管一半，把一个原先吵不清的区别，分开了。

「害」的那一半，按的是当事人所处社会的看法，所以同一个失调，换一个年代、换一个地方，可能算害，也可能不算。比如一个人的视力差了一点，在没有眼镜的地方，是大麻烦；在街角就能配到眼镜的地方，不过是一件小事。

这个拼法也有它自己要靠的东西。「失调」要靠对演化的推想：没有人见过那张「设计图」，我们是从身体如今的样子，往回推它大概该做什么。「有害」要靠社会的看法，而社会的看法，会换。这两处，都留了一个活口。

好，现在把三个答案，一个一个，放到王大夫那三个病人身上。

先看老赵。他的血管，有失调；他自己，觉得没有害。按布尔斯，他有病；按规范派，他没病；按韦克菲尔德，要看「有害」那一半怎么算：算他自己觉得的害，还是算医学认为的害？一半对，一半不对。

再看小许。他的各项功能，没有可查的失调；他自己，觉得有害，而且害得很重。按布尔斯，他没病；按规范派，他有病；按韦克菲尔德，没有失调，所以不是病。又是一半对，一半不对。

最后看赵敏。她三年前的那个结节，原来被诊断为癌，现在被改了名，NIFTP。改名的理由，大意是：这一类结节包膜完整，没有向外侵袭，长期随访下来，几乎不再复发，用一个「癌」字，让一批人受了不必要的惊吓〔待核：Nikiforov 等 2016〕。同一个细胞，同一张切片，同一台手术，三年前的叫法，和今天的叫法，不一样了。

按布尔斯，她的细胞有没有偏离典型功能？这要看病理学家今天怎么画那条线。按规范派，她觉得害不害？她觉得。按韦克菲尔德，那个「失调」，是三年前有，现在没有，还是一直都有？

三个答案，各卡在一个人身上。更要紧的是，赵敏卡住了所有三个答案：三个答案都默认，「那件事」本身是明摆着的，只有对它的叫法在变。可赵敏的情形是，叫法一变，连「那件事」是什么，都不再明摆着了。

这三个答案，不是谁对谁错的问题。每一个都守住了「病」这个字的一块地：第一个守住了身体里确有其事，第二个守住了病总是跟「不好」连在一起，第三个守住了两者不可偏废。读到这里，你大概已经觉得，三个都有道理；也大概已经觉得，三个加起来，还是接不住那三个人。这个感觉是对的。

还有一个共同的样子，值得先看一眼。三个答案问的，都是同一种问题：此刻，坐在这里的这个人，算不算病。没有一个问：他是怎么走到这间诊室来的。

这个难题，本章不答。它留着，等第 24 章回来。

◆ 五、放回日子里

那天中午，门诊快结束的时候，王大夫一个人在诊室里吃盒饭。

他想起三十多年前，自己在医学院的课堂上，也学过这三个答案里的头一个。老师在黑板上画了一条钟形的曲线，中间鼓，两头薄，说，疾病就是偏离正常的功能。他当时觉得，这话说得真干净。

三十年下来，他见过太多不干净的情形了。有的人，功能偏离了，一辈子没有半点不舒服；有的人，什么都没偏离，却一天一天地难受。他也见过，同一个人，同一张单子，因为指南改了一版，上一年还「正常」，下一年就成了「病人」。

他放下筷子，在病历本的背面写了一行字：

「病，是谁说了算？」

他看了一会儿，又在下面写了一行：

「说了算的那一个，是先来的，还是后来的？」

写完这一行，他自己愣了一下。他这辈子，从来没有问过「先来后到」这回事。

走廊里，老赵还没有走。他坐在长椅的另一头，等他女儿来接。小许拿着一叠单子，在他旁边坐下，隔了一会儿，小声说：

「大爷，我挺羡慕你的。你说你好得很。」

老赵侧过头看他，嗓门不自觉地放低了一点：

「小伙子，你要是天天有人跟你说你血压有问题，你也说不出好得很。」

他说完自己也笑了一下，笑得有点勉强。小许愣在那里。两个人各拿着一张单子，一个想拿走一点难受，一个想拿走一点踏实，谁也给不了谁。

赵敏到了，手里提着一袋刚买的青菜。她站在两个人中间，看了看她父亲，看了看小许，又朝诊室的方向看了一眼，说：

「我爸又跟谁吵起来了？」她问这话的时候，语气是习惯了的，像是每年复查前她都要问自己一遍：这回，会不会又有什么不一样。

「没吵。」老赵说，「我们在说，谁有病。」

这句话说得很随便。王大夫在诊室里听到了，没有出来，也没有应声。

护士小邓收拾完最后一个号，进来倒水，顺口问了一句：

「王大夫，今天这三位，到底谁有病？」

王大夫想了想，说：「三位都是来了的。」

小邓没有听懂，笑了笑，端着杯子出去了。王大夫自己知道，这不是一个回答，只是一个暂时放下的问号。他把盒饭合上，在病历本上那两行字的下面，又空出了一行。那一行，他暂时不知道该写什么，可是他知道，不写满它，这一天不算完。

傍晚收工，他走回家，路过老街。五金店的卷帘门还没有落，老赵站在柜台后面，正在把一排螺丝一盒一盒地对着货架摆。邻居老蒋靠在门框上，问他：「老赵，听说你查出血压高了？」

「高什么高，」老赵说，「我好得很。」

他嘴上这么说，手上的盒子，却是比平时放得轻了一点。王大夫没有停下脚，只是在门口多看了一眼。

给你一个小办法。它不难，也不费事，随时都能用。下一次，你听见有人说「我没病」或者「我有病」，先别急着判谁对谁错。只在心里问一句：这句话，是在说哪一样东西？是说单子上的数，说身上的灶，还是说自己的难受？

还有一件事，要先说在前面。后面三章，请出的是医学里的三家：一家押病灶，一家押病人这个身份，一家押病痛。这三家，是本书给它们编的码，不是学派史上的定论；它们和前面说的「三头」，也只是部分对得上，不是一一对应。到了第 10 章，这句话还要再说一遍。

下一章，先请三家里最会找地方的那一家。

> **带走的话**
>
> 说病是偏离常态也好，说病是被说成不好也好，都在找病的一个地方；三个病人告诉你，地方找不到。

小账

本章拆了什么：「疾病是什么」的三个标准答案——功能低于常态、被说成不好的状态、有害的失调——各自卡在哪一个人身上。

本章立了什么：留下一个难题：三个答案都默认「那件事」本身是明摆着的，赵敏的情形却不是；这个难题，到第 24 章再答。

第 2 章

病理派：定位越缩越小，从器官到细胞再到分子——疾病客体的属性发生学

> **这一章的问题：**病灶越找越小，病是不是就越像一个「东西」？每缩小一级，先要有什么?

◆ 一、你一定有过这样的时刻

老赵把体检报告折了两折，揣在工作服口袋里，揣了三天，才拿到诊室来。

「王大夫，这个箭头是什么东西？」

他的手指点在血压那一栏。红色的数字旁边，打印机给印了一个向上的小箭头。

「它是说，你的血压比参考范围高了。」

「我问的不是这个。我是问，这个箭头，它到底是个什么东西？是长在我身上的，还是印在纸上的？」

王大夫没有马上回答。三十年里，这样的话他听过很多回，可老赵这一句问得特别直：箭头是纸上的，那它指着的东西呢?

老赵心里的看法，其实大多数人都有。纸上的箭头只是个记号，记号指着身体里的一样东西。那样东西才是病。医生的本事，就是顺着记号，把它找出来。

这个看法，是西医两百多年来最成功的一个看法。上一章里，三个答案都在给病找一个地方，找得最勤、找得最准的，就是这一家。本章先把它的功劳写足，再看它借了什么。

它属于医学里专找病灶的那一家。本书叫它病理派，是三家里的第一家。「三家」是本书的编码说法，不是学派史上的定论，后面两章再请另外两家。

这一家押的是客体这一头：病在身上，病灶和指标，就是病。它把病当成一件可以指给人看的东西，指得越准，手就越能落到该落的地方。

◆ 二、从器官到分子，一路缩小

先说这一家是怎样一步一步把病找小的。

1761 年，意大利的莫尔加尼把生前的症状和死后的器官对了起来，病第一次有了地方：在肺里，在心里，在肝里。这件事，导论里已经讲过。

在这几步之前，欧洲的医生大多相信，病是体液失了调，是血、黏液、胆汁在身体里的比例不对。这样的病，没有地方，只有「偏多」和「偏少」。莫尔加尼之后，医生才开始说：不，病是一个地方出了毛病。这一转，是从说不清，转到了指得着。

往下走一步，是组织。法国的毕沙（Bichat）活得很短，却留下一个很有分量的想法，大意是：同一个器官里，不同的结构受的病不一样。病不是占满整个器官，是落在器官里的某一种组织上〔待核：书名与年份，通行说法是 1800 年前后〕。

再往下走一步，是细胞。德国的菲尔绍（Virchow）在 1858 年前后讲出细胞病理学，大意是：病是细胞的病，细胞从原来的细胞来，病变也从原来的细胞来〔待核：书名、年份与原话〕。

再往下走，是分子。美国化学家鲍林（Pauling）和同事，在二十世纪四十年代末把镰状细胞贫血称作「分子病」。意思是：病人红细胞里的血红蛋白，分子本身就和常人不一样〔待核：作者、年份〕。后来查明，差别小到只是蛋白链上的一个氨基酸。再往后，是基因测序，是肿瘤细胞上的各种受体和突变。

四步走下来，病缩小了四回：先是整个器官，后来是一层组织，再后来是一个细胞，最后是一条链上的一个小点。

这四步，每一步背后都有一件新家伙。第一步靠的是解剖刀和一双肯看尸体的眼睛。第二步靠的是一块块薄薄的组织。第三步靠的是显微镜、切片和染色，一个

细胞，要染成了色，才在玻片上站得出来。第四步靠的是电泳、测序，是一台一台昂贵的机器，和一大批人把数据对上去的耐心。

每缩小一回，医生就更看得清，也更动得了手。

拿一个肺里的阴影来说。

器官的年代，医生只能说：肺里有一块硬东西。

组织的年代，他能说：这块硬东西，是哪一种组织长的。

细胞的年代，他能说：切片里的细胞，长得像不像正常的细胞，往外扩散了没有。

分子的年代，他能说：这些细胞里，是哪一个基因变了，对哪一类药有反应，对哪一类药没有反应。

同一个人，同一块阴影，一级一级，被说得越来越细。治疗也跟着一级一级分开：该切多大一块，该不该用药，该用哪一种。

老赵那一个箭头，是这条路上最晚近、也最平常的一个脚印。血压计的袖带，量的是血管里的压力；那个红色的箭头，把一个连续的数，切成了「线内」和「线外」。

◆ 三、找到了，就能动手

现在先还这一家公道，而且要还足。

病理派对医学最大的贡献，只有一句话：病有地方可找。

有地方，就能去看，去摸，去切开，去修补，去对着它下药。在病理学成形以前，病人和医生面对的，常常是一团说不清的「身子不好」。有了病理，医生才能问：具体是哪一处？这一处是什么性质？切掉够不够？

今天的医院里，病理报告常被叫作诊断的「金标准」。一个肿块是良性还是恶性，外科医生下刀之前，要等病理科一个回答。这个回答不是锦上添花，它决定手术台上切多大，术后要不要再往下治。

再说一件不显眼的功劳。

同样是「咳了三个月」，有的人是肺里长了东西，有的人是鼻子里的分泌物一直往喉咙里流，有的人是胃里的酸反上来刺着嗓子。三个人的咳嗽听上去差不多，找到的灶却各不相同，后面的治疗也就各走各的路。把「咳嗽」拆成不同的灶，是病理定位最日常的一件本事，天天在发生，没有人为它鼓掌。

同样叫「乳腺癌」的两个病人，在显微镜下、在受体染色之后，可能是两种很不一样的病。有一种对某一类药有反应，另一种对它毫无反应。病理分型把这两种分开，等于替第二个人省下了一场没有用的治疗。这种功劳，在报纸上读不到，在病历里一页一页都是。

老街上的邻居老蒋，前几年摸到颈侧一个小肿块，夜里翻来覆去睡不着，嘴上还硬撑着说没事。穿刺的结果出来那天，老蒋在医院走廊里站了很久，回来逢人就说：「是良性的。」他说这三个字的时候，整个人像是卸下了一副担子。这三个字，是病理科给的。

人类寿命里相当大的一截，就是这样挣来的。不是靠一句「病人觉得好些了」，是靠一次次「找到它，然后动手」。

这个本事强到什么地步？强到它成了西医心里「真病」的样子。有灶的，是器质性的病，是真的；没灶的，病历上常写「未发现器质性病变」，或者叫「功能性」的。后一种说法并不恶意，它只是诚实地说：我的尺子，量不到这里。可是你想想，一个说「我很难受」的人，听到的是什么？

这一家还有一个让人踏实的地方：它讲的是别人可以重做的事。同一张切片，换一位病理医生来看；同一份血样，换一台机器来测。结果大体对得上，这就是医学站得住的底气。

它还有一个更难得的本事：能回头查自己。病人生前医生下过一个诊断，死后解剖，把器官打开，对一对，哪里说对了，哪里说错了，一清二楚。几百年来，这样的对照，一次一次逼着医生改自己的看法。一门学问肯用这样的办法检查自己，是很了不起的。

还要写明，这一家在什么条件下完全成立。

当灶清楚、边界清楚、名字稳当，而且病痛、病灶、病名差不多同时到的时候，病理派几乎是无敌的。一条腿断了，片子上清清楚楚；一个阑尾发了炎，手术台上看得见。这种时候，你不需要问任何别的问题：灶在哪，病就在哪，找到它，处理它，事情就完了。

这是它的主场。第 9 章会专门去压这个主场，看本书的话在这里还站不站得住。

王大夫年轻的时候，带过他的一位老师说过一句朴素的话：「没有切片的病，心里总是悬着的。」后来他自己做了三十年全科，越来越明白这句话里的分量。拿到病理报告的那一天，病人和医生，常常是一起松了一口气。

所以，下面要说的每一句话，都不是说这一家错了。

◆ 四、每缩一级，都先有一个名字

下面要说的，是这一家借了什么。

本书的看法是这样的：病灶看上去像一个一直站在那里、等着被发现的「东西」，可它被看见的每一级，都是在一整套看法里长出来的。

这里先讲清一件事：发生学反对的，不是事实。那个肿块是真的，切下来就握在手里；那个突变是真的，测序仪上读得出来。本书说的是另一件事：它被看成什么样，被叫作什么，被放在哪一级，是跟着一整套切片、染色、测序一起长成的。

王大夫刚做医生那几年，去病理科进修过一个月。一位老病理医生把两张切片推到他眼前，问：「你看，有什么不一样？」

他看了半天，说：「都是红红紫紫的一片。」

老医生笑了笑，没有说他错，只是拿笔尖在片子上点了几处，一处一处地报名字。那些名字报出来以后，同一张片子，在王大夫眼里就变了：原来什么也没有的地方，忽然有了边，有了层次，有了「不对劲」。

这件事他记了一辈子。名字不是后贴上去的标签，名字是眼睛。没有这一套名字的人，面对同一张切片，看不见同样的东西。教科书先发图谱、再发名称，不是偶然。看，本来就是带着名字看。

这是这一家借来的第一样东西：名。每缩小一级，病理学家先要有一套新的名字，才能在新的一级上，认出一个新的灶。

再说第二样：人的到来。

病灶要被看见，得有人带着它，走进一间能看见它的房间。老赵那个箭头，是社区组织免费体检时量出来的；他若不去，这个数字就不会存在。再往远处想，有些国家的尸检研究报告过：有的人一辈子没为甲状腺的事就过诊，去世以后，才在甲状腺里发现很小的癌灶〔待核：具体研究与数字〕。这些灶早就在，却没有人来，没有机会被看见，也就从来没有成为谁的「病」。

再回头看老赵的那一个箭头，里面有多少道手续。社区安排了体检，老赵排了队，护士绑了袖带，机器读了数，软件对着一条参考线，打了一个箭头，另一个人把它印成纸，递到他手里。这一串里，任何一环换了，那个箭头就未必存在：换一个年份，换一条参考线，换一天老赵没来。血管里的压力当然是真的，可「老赵有一个超标的血压」这件事，是一串手续一起做出来的。

所以，病灶站得稳，要有两样东西撑着：一个名字，一个人的到来。

名字一落下来，有时还同时划出了一群人。

上世纪九十年代，乳腺癌的易感基因 BRCA1 与 BRCA2 先后被找到并命名〔待核：年份与细节〕。那以后，医学里多了一个词：携带者。带有某些变异的人，一生里得乳腺癌与卵巢癌的风险，高于一般人。

请注意这件事的顺序。在名字被取出来之前，这群人并不存在。她们不难受，没有灶，没有病名，在街上走，在厨房里做饭。名字落下来的那一天，她们被一刀划了出来，成了「携带者」。她们依然不难受，依然没有灶，却有了一个医学上的身份、一套随访的日程，和一个要不要做某些选择的问题。这些选择好不好，本书不评，那是她们和医生之间的事。

这件事，本书叫它：诊断在命名的同时划出承载者。

名字不只是描述一个早就站在那里的东西。它同时把一群人，划进了一个范围。

现在可以说，病理派欠了什么。

「欠」是一个很家常的说法：指一家的推导里，直接拿来用、却没有推出来、也没有声明的东西。

第一笔，欠互动。老赵那个箭头，靠的是那条参考线，线是怎么画的？是一个委员会，依据一批研究和一番商量，定下来的。线往下挪一格，就会多出一批「病人」。线从哪来，第 11 章专门讲。眼下只记一句：灶的边界，常常是人在互动里画的，不是灶自己带的刻度。

第二笔，欠主体。灶要被看见，得有人先走进诊室。那个人为什么走进来，是难受，是体检，是家人催，是网上搜到一个名字，这些在病理学的推导里都不出现。它们被当作「灶出现之前的事」，放在门外。

病理派借了这两样，却把它们记成了灶自己的本事。这就是欠条。

本书把灶放在现实界，也就是看得见、摸得着、可以测的那一块地上。这块地是真的。可这块地上的东西，不是自己站出来的。

◆ 五、放回日子里

那天，王大夫没有直接回答老赵「箭头是什么东西」。

他先问了一句：「你这个血压，是怎么量出来的？」

「社区体检，免费的，拉了一条队，排到我就量了。」

「量的时候，你觉得哪里不舒服吗？」

「没有。我说了，我好得很。」

王大夫点点头，在病历本上写下一行字：先有数，后有名，没有难受。

然后他才对老赵说：

「那个箭头，是纸上的，也是你身上的。你血管里确实有压力，这个我可以画给你看。可它是在你一点不难受的时候，被一台机器和一条参考线请出来的。你不是因为难受才来找我的，是因为这个箭头。这一点，我们待会儿还要慢慢说。」

老赵想了想，嘴硬了一句：「所以，是你们先说我有病的？」

「这个『你们』里，有机器，有标准，有我，也有你自己愿意去排的那一队。」王大夫说。

老赵没有说话。过了一会儿，他又开口，声音低了一点：

「那我血管里这个东西，要是我没来量，它是不是就不在？」

「在。」王大夫说，「你来不来量，血管都在。变的是别的：它什么时候成了一个数，什么时候成了一个箭头，什么时候成了一个叫『高血压』的名字。这三个『什么时候』，哪个在前，哪个在后，对你以后怎么过日子，是有分别的。」

「有什么分别？」

「这个问题，我也想了很多年。」王大夫说，「先说到这儿。你回去，别急着给自己下结论，也别急着把它扔了。」

老赵站起来，走到门口，又回头：「王大夫，你说的那个『先后』，我听不懂。」

「不要紧，」王大夫说，「我也是三十年以后，才开始问这个。」

门关上以后，王大夫在病历本的背面，写了一行字：灶先到，名跟着到，痛没到。

写完，他把笔帽盖上，想起了赵敏。这一行字，放在她身上，是倒过来的：名先到了，灶被切掉了，痛却一直留着。

同样是一个人，同样是三样东西，换一个先后，就是另一种日子。

他以前也隐约想过这件事，只是没有这样直白地问过自己。病理派教了他三十年怎样找灶，找得越准越好，他从没后悔。可他现在隐约觉得，找灶之前，其实还有一道更早的事，是谁、在什么情形下、带着哪一个名字，来到了灶的面前。

他把这个念头压了一压，叫了下一个号。

老赵那天回家，把那张折过两折的报告抚平，放进了抽屉。

灶要有名字才站得稳，名字要有人认、有人准，才走得进日子里。这是下一章的事：请的是专看「谁来认、谁来准」的那一家。

给你一个小办法。下一次，你拿到一张带箭头的单子，先别急着问「这个数是不是病」。只问两句：这个数，是在我难受的时候量的，还是在我没觉得什么的时候量的？是我自己要来的，还是体检请我来的？

答案怎么样，请你和你的医生商量。本书只帮你看清：灶是怎样被你看见的。

> **带走的话**
>
> 病灶越找越小，病越像一个东西；可每一回缩小，都是先有了一个名字，灶才有地方站。

> **小账**
>
> 本章拆了什么：「病灶一直站在那里，等着被发现」这个默认看法，每缩小一级，其实都要靠一套新的名字和一个到来的人。
>
> 本章立了什么：立的是病理派的功劳（病有地方可找，找到了就能动手）和它借来的两样东西（名与人的到来）；诊断在命名的同时划出承载者；灶落在现实界。

第 3 章

病人角色派：Parsons 的病人角色——疾病互动的属性发生学

> **这一章的问题：**病人这个身份靠什么发出来？发出它的那张单子上，写的是什么？

◆ 一、你一定有过这样的时刻

周日晚上十点，小许坐在出租屋的床沿上，手机屏幕亮着，输入框里只有一行字：「主管，我身体不舒服，想请两天假。」

他删掉，重写，又删掉。

这个字他改了三遍。「不舒服」太轻，像是在找借口。「很难受」太重，要追问是什么病。「心慌手麻睡不着」听上去像一个二十八岁的人在为熬夜找理由。

他的面前摊着那几张单子，医院的、社区的，血常规、肝功能、甲状腺功能、心电图，每一张都干干净净。上周他在王大夫那里坐了二十分钟，王大夫听得很认真，听完说：「各项都在范围里，先别急着下结论。」

小许当时点了点头。这会儿他才发现，自己不知道怎么把「先别急着下结论」，翻译成一条能发给主管的消息。

他把手机放下，又拿起来。

他心里很清楚，主管并不是坏人。可他同样清楚，他要的不只是两天的觉。他要的是一个说法：我不是在偷懒，我是真的不好。

那个说法，从哪里来？

上一章说，灶要先有一个名字才站得稳。名字写到纸上以后，谁来认它，谁来准它，是这一章的事。

这一章，请出医学里的第二家。它不看灶，也不听难受，它看的是：一个人变成「病人」，在别人眼里意味着什么。

本书叫它病人角色派。

◆ 二、病人也是一种身份

先说这一家的开山人物。

美国社会学家帕森斯（Talcott Parsons）在 1951 年出版的《社会系统》里，用了一个章节讲医疗〔待核：章节位置〕。他的主张，本书转述大意如下：生病，不光是身体出了毛病，它还是社会上的一种位置。一个人生了病，就走进了一个角色，叫病人角色。这个角色，有它的权利，也有它的规矩。

通行的说法是，权利有两项，规矩也有两项〔待核：逐项原话〕。

两项权利，也可以叫豁免：一，病人可以不用尽平时的义务，可以不上班，可以不做饭，可以不去接孩子。二，病人不必为自己的病负责，生病不是他的错，不能责怪他「怎么这么不当心」。

两项规矩，也可以叫义务：一，病人应当想办法好起来，不能把病当成长久的好处。二，病人应当去找合格的帮助，通常就是医生，并且配合治疗。

你读到这里，大概会觉得这套说法很眼熟。因为你每一次请病假，都在用它。

先还这一家公道，而且要还足。

这一家看对了一件事：病不只发生在身上，它也发生在关系里。

想一想你小时候发烧。烧本身是体温计上的一个数，可那几天里发生的，远不止这个数：妈妈不让你写作业了，爸爸提早下班，亲戚打来电话问「好些了没有」。是一整张网，随着「你病了」这三个字，动了起来。

反过来也一样。有的人真的病着，可没有一个人承认他是病人，他得硬撑着上班、带孩子，因为没有任何一张纸，替他把豁免这扇门打开。这样的人，身体上的病没有变，可他生的那场病，和有人照顾的人生的，不是同一场。

这一家还提醒了医学一件它容易忘的事：「装病」这个怕，其实是一个社会的怕。一个社会，若是什么人都可以说「我病了」就不干活，社会就转不动；所以它要有一个办法，来分辨谁是真病，谁是假病。病人角色，就是社会用来分辨的那套办法。

医生开的那张假条，就是这套办法最看得见的一个零件。

这一头还有一个好处，是别的两头不太有的：它可以数。一个人请了几天假，去了几次门诊，家里有没有人替他分担，这些都留在记录里，不靠谁的嘴说。互动那一头，因此是三头里最容易被摆到桌面上的一头。本书后面要把三头写成可以检验的东西，这一头很有用。

这一家怎样才算完全成立？在几个条件下，它几乎是无可挑剔的：病是急性的，灶是清楚的，社会承认它是病，病程是有限的，人最终会回来。一场肺炎，一次骨折，一个手术：角色发出去，豁免用上，规矩守完，人回到原来的位置。这个时候，帕森斯的那四条，像是量着人裁出来的衣服。

后来的社会学家也看到了衣服的边。慢性病不会好，也不会走，豁免用不完，义务做不完，「人最终会回来」这一条先垮了。有人据此说，这套说法更像是给急病量身裁的〔待核：后来的批评者与原话〕。这不是在驳它，是在说它的合身有范围。

接下来，要交代一个编码上的事，这一家的名字不是凭空来的。

医学人类学和医学社会学里，有一个很流行的三分：同样一个「病」字，可以拆成三个英文词。disease，指身体里的病理。illness，指人自己感到的难受。sickness，指社会承认的那个病人身份。这个三分，通常记在 Twaddle 1968 和 Young 1982 名下〔待核：Young 1982 的篇名为「The anthropologies of illness and sickness」，期刊与页码待核〕。

本书把专看第三项的那一家，编码叫作病人角色派，押的是互动这一头。这个派名是本书的编码，不是学界通行的称呼；三分本身有出处。

现在可以把这一家写成本书的话了：它讲的是互动这一头的属性怎样发生。角色不是一个人带在身上的东西，它是在就诊、请假、家人照顾里，一次一次长出来

的。这一次，医生签了字；那一次，主管批了假；再一次，家里人替他把碗洗了。每一次都往这个角色上添一点，直到他和旁人都认得：这是一个病人。

◆ 三、这个身份要谁签字

下面看这一家借了什么。

病人角色有一个特点：它不是自己长出来的，也不是自己宣布的。

回到小许的床沿上。他想请的假，要主管批准；主管批准，常常要看一张证明；证明要医生出；医生写证明，要写一个什么？

写一个诊断。

这是整件事里最关键的一环：角色要靠一张诊断单才发得出来。诊断单上，写的是名，背后撑着的是灶。没有灶，名就站不稳；没有名，角色就没有地方盖章。

所以病人角色这一家，在最要紧的地方，是借了病理派的账。它自己说不清「谁算病人」，得靠病理派那一头，递给它一个名字，一处灶，它才开得出这个身份。

王大夫诊室里的护士小邓，每天要回答一个问题，不下二十遍：「大夫，能不能给我开个证明？」她不是医生，不能答，只能说：「你问问大夫，看他怎么写。」她每说一遍，心里都知道，这一张纸，在许多人手里，比一张化验单还要重。

王大夫自己写了三十年证明，最清楚这张纸的分量。他写的每一个字，都要经得起别人的核对：单位的人事要核对，保险的人要核对，有时候病人的家属也要核对。所以他养成了一个习惯，只写自己看到的，不写自己猜到的。这个习惯保护了他，也偶尔让一个真难受的人，空着手走出诊室。

再看小许。

他的角色，被卡在了门外。他有痛，没有灶，也没有名。三样东西里，只有最不被承认的那一样到了。角色发不出来，因为盖章的那一栏，空着。

这不是医生的错，也不是主管的错。这是这套办法的样子：它要的是一个别人可以核对的东西。难受不能被核对。

小许自己也知道这一点。他在公司里见过别人请病假，茶水间里有人小声嘀咕过：「真病假病，谁知道呢。」他不愿意成为被人这样嘀咕的人。所以他的难受之外，还添了一层难受：怕自己的难受，不够格。

这一层，是角色这套办法自己带来的。它为了防假，把门设窄了；门窄了，真难受的人，也得先学会自证。

再看角色的另一个短处：它给的是义务，不是感受。

回头看帕森斯那四条。豁免是什么？不上班，不被责怪。义务是什么？想好，找医生。四条里没有一条，说的是病人心里的事：害怕、羞愧、孤独、不知道明天会怎样。角色这一家，管的是一个人在别人眼里该怎样做，不管他在自己心里是怎样的。

所以，一个人可以拿着角色的全部，仍然觉得没有被理解。

义务那一半，有时还会反过来压人。「想办法好起来」这一条，对一个很快就会好的人，是一句鼓励；对一个好不了、或一时说不清为什么不好的人，就成了一句催。小许才难受了三个星期，就已经听到了好几个人关心的话：「你去看了吗？」「怎么还没好？」每一句都是善意，每一句落在他身上，都像在问：你为什么还不履行义务？

这是角色的另一面。它给你一个位置，也给你一张期限表。

老赵就是这样。他的血压超标，这是一个可以被核对的名。在家里，在女儿眼里，他已经成了一个「要注意的人」：少吃盐，别发火，别扛重东西，按时去量。角色已经发出来了。可老赵觉得自己好得很。角色给了他一串义务，没有给他一个难受；他拿着一张自己并不认的身份证，在家里走来走去，浑身别扭。

再说赵敏。她的角色，是另一种样子：一个已经发出去、又没有人说得清该不该收回的角色。每年复查，是这个角色的义务；每年复查之前那几天，家里人总会小心翼翼，这是这个角色的豁免。2016 年那一次改名，从「癌」变成了 NIFTP，纸上的名字撤掉了，可她身上的角色，没有一个人收走。收不走：因为发出它的那个人，不是改名的那个委员会，是三年里每一次复查、每一次家里人的那一声「你别累着」。

角色有一个脾气：发出去容易，收回来难。发的时候，有一张纸，有一个人签字；收的时候，没有一张纸能追得上那些已经散在家里、散在同事心里的待遇。

这一点，这一家说得出来，却解释不了：为什么名字撤了，角色还在?

它只能说：角色有惯性。可是名字撤了，角色还在，这背后是什么？本书到第19 章才回答。

◆ 四、名字不是角色

写到这里，要把一条线画清楚。这是全书里最容易被弄混的一条线。

三头：病灶、角色、病痛。这是三家各押的三处，本章的角色，是其中一头。

三界：名、灶、痛。这是名、灶、痛三样东西落在哪里：名落在想法那块地，灶落在看得见摸得着的那块地，痛落在自己心里那块地。

名，不等于角色。

名是什么？是诊断名，是病历上、化验单上、病理报告上的那个称呼。它是病灶、角色、病痛三头一起，在想法那块地上共同留下的一个读数。

角色是什么？是别人对你的位置的承认：请不请得到假，家里人怎么待你，同事怎么看你。

两个东西，经常同时出现，可它们能分开。

有名而角色半空：老赵。「高血压」这个名，在病历上，白纸黑字。可他自己不当自己是病人，扛货照扛，家里人递过来的那一点照顾，他也一直没有真收下。名在，角色是半空的。

有角色无名：小许。同事看他脸色发青，主动说：「你别硬撑了，休息休息。」家里人在电话里叫他早点睡。他得到了一部分角色的待遇，却没有任何一个诊断名。

同一个名，不同的角色：同样是「糖尿病」，在一个人身上，意味着每顿饭要家里人陪着算；在另一个人身上，什么也没有改变。名是一样的，角色长得不一样。

这几组对比，要说明的是一件事：名是读数，角色是互动。读数里有互动的份，可读数不是互动。

角色是怎样一次一次长出来的，拿老赵家来看，最清楚。

名字落下来的第一个星期，女儿赵敏把父亲家里的盐罐换成了小的。第二个星期，店里的伙计小宋开始说：「赵师傅，这箱你别动，我来。」第三个星期，老伴儿在饭桌上多问了一句：「今天量了没有？」没有一个人宣布「你现在是病人了」，可一点一点，这个角色就这样添了出来。老赵嘴上说自己好得很，手却不自觉地，把那个小盐罐往自己碗边挪了挪。

这就是互动属性的发生：它不是一次发出，是一次一次添的。

所以，当本书后面写到「名」，请你想到的，是理念界那个诊断的称呼。写到「角色」，请你想到的，是互动里的那个位置。两个词，不会混用。

这样看，病人角色派对医学的欠条，也就清楚了。

第一笔，欠客体。角色要靠一张诊断单才发得出来，诊断单后面是灶和名。没有这两样，角色的盖章处，是空的。它在最要紧的地方，用了别人的东西，却没有算进自己的账。

第二笔，欠主体。角色给的是义务，不是感受。它讲了一个人该怎样做，没有讲一个人是怎样的。小许心里的那份难受，在角色的推导里，没有位置。

所以，这一家看对了：病在关系里，是一个真事实。它没有看见的是：关系里的这个位置，是靠别人递来的单子，才站得住的，而且它管不到人心里。

◆ 五、放回日子里

周一早上，小许还是去了王大夫那里。

他没有再说一遍「我很难受」，他说：「王大夫，我想请两天假，需要您写点什么。」

王大夫抬起头，看了他一会儿。

「我能写的，」他说，「只有我看到的。症状，你说的，我记下来。检查，都做了，没有查到异常。我可以写：症状如上，检查未见异常，门诊随访。你拿这个去，能不能算数，是你单位说了算。」

小许接过那张纸，上面没有病名，只有两行字。

「这样行吗？」

「我不知道，」王大夫说，「我只知道，我不能写一个我没有的名字。」

小许把纸折好，放进口袋。走到门口，他回过头：「王大夫，要是我没有病，我为什么这么难受？」

王大夫没有答。他看着小许走出去的背影，很想说一句什么，却觉得，那句话，现在还说不准。

那天上午，候诊厅里还有一件小事。护士小邓在叫号的间隙，听见两个等着的人在小声说话。一个说：「我就是想让医生开个证明，我真不是装的。」另一个说：「医生看你的单子，单子好好的，你还怎么证明？」两个人同时叹了口气。小邓把叫号的话筒握紧了一点，什么也没说。

中午，小许在医院门口的长椅上给主管发了消息，把那张纸拍了照，附在后面。

下午两点，主管回了：「好好休息，注意身体。后面看情况再说。」

没有批假，也没有拒绝。「看情况」三个字，悬在那里。小许把手机攥在手里，不知道该松一口气，还是该更紧张。他拿到了一小半角色，另一半，在别人的手里，等着一个他给不出来的名字。

晚上，王大夫翻开病历本，在背面又添了一行：

「小许：痛先到，灶没来，名没来，角色在门外。」

写完，他把这一行和先前写的那一行放在一起看。老赵是灶先到，角色先来了一半，痛没到。小许是痛先到，角色在门外，灶和名都没到。两个人都有一个角色上的缺口，可缺的位置不一样，难处也就不一样。

他忽然想到：病人角色，是靠一张诊断单递进去的。可那张诊断单，又是靠什么，才被递出来的？

给你一个小办法。下一次，你或者你的家人要请病假、要被照顾、要被当成病人的时候，先问一句：这个位置，是谁给的？是医生写在纸上的名，还是身边人看在眼里的难受？

两样都可能有。请你把它们分开记。纸上的归纸上，眼里的归眼里。这件事，请和你的医生、你的家人商量，本书只帮你看清：你拿到的，是一张什么单子。

纸上的名字，别人给的位置，都说过了。还剩一样最近、也最难说清的：难受本身。下一章，请专听它的那一家。

> **带走的话**
>
> 病人这个身份，要别人准许才拿得到；准许的那张纸上，写的是一个名字，不是你的难受。

> **小账**
>
> 本章拆了什么：「病人角色是病的另一个名字」这个看法——角色要靠一张诊断单才发得出来，发出来的是义务，不是感受。
>
> 本章立了什么：立的是病人角色派的功劳（病也发生在关系里）和它的两笔欠条（欠客体，欠主体）；分清名不是角色，名是三头在理念界留下的读数。

第 4 章

病痛派：Kleinman 与 Cassell——疾病主体的属性发生学

> **这一章的问题：**难受是不是病的一个独立事实？它的形状又是从哪里借来的？

◆ 一、你一定有过这样的时刻

复查的前一晚，赵敏又没有睡着。

十一点，她在客厅里把明天要带的东西摆好：身份证，就诊卡，三年来的报告装在一个透明文件袋里，按日期排好，最上面是最近的一张。她做会计，习惯了东西各归各位。丈夫端了杯热水给她，在沙发另一头坐下。

「怕了？」

「不怕。」她说得很快，然后停了一下，「也不是不怕。」

「怕复发？」

「医生说过很多次，这个概率很低。我知道。」她的手指绕着杯沿，「我不是怕那个。我也说不清我怕什么。」

丈夫等着。电视没开，客厅里只有冰箱的嗡嗡声。

过了很久，她说了一句话，说得很轻：

「我是得过癌的人。」

丈夫没有接话。他知道这句话不能反驳。他可以说，医生已经说了，现在不算癌了。可他也知道，这句话从赵敏嘴里说出来的时候，不是一个诊断，是一个住址：她住在那里，住了三年。

上一章停在一个问号上：纸上的名字撤了，家里的待遇为什么还在。这一晚，这个问号落在了赵敏自己身上。

这一章，请出医学里的第三家。它不看灶，也不看角色，它听的是：一个人说「我很难受」，那句话本身。

本书叫它病痛派。

◆ 二、难受是一个事实

先说这一家的两位代表人物。

美国精神科医生、人类学家凯博文（Arthur Kleinman）在 1988 年出版了一本书，中文常译作《疾痛的故事》〔待核：书名与年份〕。他把「病」拆成两样：一样是医生看到的，医生用自己的理论，把病人的毛病重新整理出来的那个东西，叫 disease；另一样是病人和家人活着的，他们怎样感觉、怎样解释、怎样应付，叫 illness〔待核：定义的原话〕。

他的主张，本书转述大意如下：医学只盯着前一样，是不够的。后一样不是前一样的附属品，它有自己的故事。医生的工作，应当包括听这个故事。

病人讲的故事里，大致有三样东西。一样是怎么觉得的：哪里难受，难受成什么样。一样是怎么解释的：为什么是我，为什么是现在，是不是我做错了什么。还有一样是怎么应付的：找谁，瞒不瞒，要不要请假，要不要换医院。凯博文管第二样叫「解释模型」，意思是每个病人心里，都有一套自己的说法〔待核：术语与出处〕。这套说法，常常和医生的说法不一样，可它决定病人接下来怎么做。

赵敏心里也有这样一套。她常想，三年前那阵子天天加班到深夜，会不会就是原因。这套说法，没有哪一份病理报告支持，也没有哪一份报告推翻得了，可它每年复查前，准时回来。

先还这一家公道，而且要还足。

这一家做成的事，只有一件，却分量很重：它让「病人怎么说」，第一次堂堂正正地走进了医学的门。

在这之前，病人的话，常常被当作线索：你说疼，我顺着疼找灶。灶找到了，话就完成了任务。灶没找到，话就被当成「主观感受」，放到一边。凯博文这一派说，不行。病人的话，不是通往灶的路标，它本身就是一个事实。小许的心慌手麻

睡不着，是一个事实；赵敏每次复查前睡不着，是一个事实。化验单上没有，不等于世界上没有。

想一想那些最难的病：长期的疼痛，说不清的疲倦，慢性病里一天一天的日子，癌症治疗之后怎样过。在这些地方，灶也许已经拿掉，也许根本没有找到，可是人还在难受，还需要被照顾。如果医学只认灶，这些人就没有地方去。病痛派给了他们一个位置：你的难受，是医学该管的事。

王大夫的第一个「说不清」的病人，是他刚做全科医生第二年遇到的一位中年女士。她说全身没劲，什么都查了，什么都正常。他那时年轻，急着给出一个说法，说：「你可能是想多了。」那位女士看了他一眼，站起来走了，再也没来。

三十年里，他一直记得她走时的背影。他后来读到凯博文这一派的话，才明白当年那一眼是什么意思。她要的不是一个结论，她要的是有人相信，她的难受是真的。

这一家什么时候完全成立？在灶找不到、或灶已经没了、可人还在难受的时候，它是唯一能接住人的那一家。在临终的床前，在长期的疼痛里，在癌症治疗以后的漫长日子里，它说的话，比任何一张化验单都管用。

◆ 三、苦难不在身体里

第二位代表人物，更进了一步。

美国医生埃里克·卡塞尔（Eric Cassell）在 1982 年，在《新英格兰医学杂志》上发表过一篇文章，题目大意是《苦难的本质与医学的目标》〔待核：篇名、期刊〕。后来他又写成一本书，1991 年出版〔待核〕。

他的主张，本书转述大意如下：受苦的，不是身体，是人。

身体会痛，会坏，可「苦」是另一回事。苦发生在一个人觉得，自己作为一个完整的人，受到了威胁的时候。这个威胁没有消失，苦就没有完。他举过很多例子，大意是：同样的痛，有的人觉得苦，有的人不觉得苦；有的人没有任何身体上的痛，也苦得厉害〔待核：具体例子与原话〕。

王大夫年轻时在病房值夜班，遇到过一位晚期的老先生。夜里护士问他疼不疼，他摇头，说：「疼，能忍。」又过了一会儿，他对守在床边的王大夫说：「我不怕疼，我怕他们都围着我转。」那天夜里，王大夫给他调了药，疼是缓下来了。可老先生后来一直念叨的，是后面那一句。

这句话很重。它意思是，你把痛治好了，苦不一定走。反过来，你让一个人把话说出来，让他觉得自己还是一个整体，苦就可能松一点，哪怕身体上的痛还在。

医学的目标，卡塞尔说，不只是治病，也是缓解苦难。这一点，今天的姑息医学、安宁疗护，都在做。

这里有一个细处值得停一下。卡塞尔没有说，医生要替病人去苦；他说的是，医生要看见苦。看见，是第一步，也往往是最难的一步，因为苦不在化验单上，不在片子上，只在一个人开口说话的那一会儿里。一位医生肯多花五分钟坐下来听，这五分钟，有时候比一支针更先到达那个人。

还要还一句公道：这一家提醒的，是医学最容易丢掉的那样东西。医生在手术室里，在检验科里，在读片灯前，看见的是一个器官、一个数、一个影子。人，常常被留在了门外。卡塞尔那一篇文章，把这个人，重新请回了医学的屋里。

这一家什么时候最成立？当苦难大过病灶的时候。一个人的病灶已经小到几乎看不见，可他从此不敢出门；一个人的灶还很大，可他心里安稳，日子照过。前一种，身体好了，人还没好；后一种，身体没好，人已经在往前走。这两种人，化验单分不出来，只有听他讲，才分得出来。

把这两位放在一起，就能看出这一家是怎样看「病痛」的。本书把它写成：主体这一头的属性怎样发生。

病痛不是一个人关起门来，一个人在心里长出来的东西。它是在讲述里，一次一次长成形状的。一个人先是觉得不对劲，说不清。后来，有人问他：哪里不舒服？什么时候开始的？他回答了，答案就成了一个形状：「胸口闷，晚上重。」再后来，他对家里人讲，对朋友讲，对医生讲，一次比一次完整。每讲一次，病痛就更像一个能被认出来的东西。

赵敏的病痛，就是这样一遍一遍讲出来的。

◆ 四、它借了什么

下面要看的，是这一家借了什么。

仍回到赵敏的那一句：「我是得过癌的人。」

先看这个「癌」字。癌这个字，不是赵敏想出来的。它是病理科在显微镜下看着切片，才写下来的一个名字。赵敏听到它的时候，没有任何别的选择：这个字带着千百年来人们对癌的所有恐惧，一下子落进了她的心里。她的难受，被装进了一个现成的容器。

这个容器，是病理派给的。

再看「幸存者」这三个字。赵敏的抽屉里，有一本印着「癌症康复」字样的小册子，是手术后医院发的；她还加过一个病友群，群里的人，常常用这个词称呼自己。这个词，好听，也有重量：它承认你经历过一场很大的事，也给你一个可以站着的地方。可它同时在说：这件事，是你身份的一部分，而且没有终点。

没有人逼赵敏用这个词。她是自己愿意用的。可是愿意，不等于词是从她自己心里长出来的。她是在一个说「幸存者」的地方，学会了这样称呼自己。

再看「得过」这两个字。它说的是过去，可她说的时候，是现在。她每年的复查日程，家里人在复查前的那几天格外小心，同事对她说话时多出来的那份客气，都在不停地对她说：你是那个人。这个「那个人」，是角色那一套一点一点添给她的。

也就是说，赵敏的病痛，用的是借来的两样东西：病理派给的名，角色派给的位置。

这就是这一家的欠条。

第一笔，欠客体。病痛要说出来，得借医学的名词。一个人原本只是觉得「胸口压着一块东西」，到了医院，就被换算成了「胸闷」「心悸」「焦虑」。这些词，是医学给的。它们帮了他，让他的难受有了一个可以被听懂的样子；可也在悄悄地，改了他的难受的形状。

小许就是这样。他最早对王大夫说的，是「像有一只手攥着胸口，攥一下，松一下」。后来他在网上看到一个词，叫「心悸」，又看到一个词，叫「焦虑症」。再来诊室的时候，他说的是：「我可能是焦虑症。」那只攥着胸口的手，不见了，换成了一个词。词当然更方便，医生一听就懂。可方便的代价，是原来那只手，没有人再问起了。

第二笔，欠互动。痛的形状，是在问诊里被问出来的。同样的难受，换一个问法，长成的样子就不同：「是不是紧张？」问出来的，是紧张；「是不是闷？」问出来的，是闷。第 29 章会专门讲这件事。眼下记一句：病人的话，不是从空地里长出来的，它长在医生问的那一来一回里。

所以，这一家看对了：难受是一个独立的事实。它没有看见的是：这个事实说出来的样子，一半是借来的。

借来的那个名字，有时候，比病还难放下。

◆ 五、三家各接住了一个病人

现在，可以把这一编的三家，放在一起看了。

病理派接住的，是老赵。他的血管里有灶，这个灶是真的，是可以测、可以画、可以治的。在老赵这里，这一家的每一句话都站得住。可它接不住的是，老赵为什么说「我好得很」。他没有痛，也没有认下那个名。灶有了，人没有跟上来。

病人角色派接住的，是赵敏。她被一个角色罩住，一个已经发出去、没有谁能收回的角色。这一家能说清：为什么她每年按时复查，为什么家里人那样小心。可它接不住的是，名字撤了，角色为什么还在；也接不住她心里那份说不清的怕。

病痛派接住的，是小许。他的难受是真的，这一家是唯一愿意认下这个真的。可它接不住的是，小许的难受，为什么偏偏在他上了网、搜到那个名字以后，变得更像一个病；也接不住他手里那张没有名字的单子，为什么让他请不下假。

三家，各接住一个人。

这不是三家的疏忽。每一家的格子，都是为了把自己那一头看深才画出来的；格子画得越好，格子以外的东西，越容易看不见。

有人会想，那把三家加起来，不就行了？一家管灶，一家管角色，一家管难受，三家并排放在诊室里，不是正好覆盖了三个病人？

下一章会说，医学里真的有人这样做过，而且做得很好。可是并排放，只能保证没有漏掉某一头，保证不了没有漏掉更要紧的东西。把三样东西摆在一张桌上，你看得见它们都在，却看不见它们是怎么到的桌上，谁先，谁后。

这还不算最奇怪的。最奇怪的是，每一家接住一个人的同时，另外两个人，就在它的手边漏了出去。而且漏出去的方式，每一回都一样：它们漏掉的，不是某一头的内容，是三头之间的一个问题。

小许：痛先到，灶没来，名没来。

老赵：灶先到，名跟着到，痛没来。

赵敏：名先到，灶被切掉，痛一直在。

三个人，三样东西，到的先后各不相同。三家各自看着一头，谁也没有问过这个问题：它们是谁先到的。

这个问题，听上去小，其实不小。小许若是先有了名，再有的痛，他的难受，会不会是另外一个样子？老赵若是先难受，再被量出血压，他还会这样说「我好得很」吗？赵敏若是三年前，根本没有被叫过那个字，今天站在复查的门口，她还会是这样吗？

三家的推导里，没有一处回答过这些。它们不是不想回答，是推导的格子里，没有这一格。

◆ 六、放回日子里

那天晚上，赵敏没有睡好，第二天一早，还是准时去了医院。

复查的结果，和往年一样：没有异常。主治医生把「没有异常」说了两遍，又说了几句宽慰的话，送她出门。赵敏点头，也道了谢。她不是没听见，她是听见了，又觉得那句话说的是纸上的事。赵敏回到车里，把文件袋放在副驾驶座上，没有马上发动车子。她看着窗外医院门口来来往往的人，有的拿着单子，有的扶着老

人，有的低头看手机。她忽然想，这些人里，有多少个和她一样，这一刻心里想的，不是单子上写的那件事。

她给父亲打了个电话，说：「爸，我这边完了，没事。王大夫跟你说的话，你还记得吧？」

老赵在电话那头嚷嚷：「我好得很，你们一个个的，都当我是病人。」

赵敏笑了，笑着笑着，眼眶却热了。

那天下午，王大夫正好有半个小时的空档。他把三个病历本放在桌上，一本一本地翻。

他没有画图。他只是在三本病历的第一页，各写了一行字。

「小许：痛。」

「老赵：灶。」

「赵敏：名。」

这一回，他不按病名、不按科室，只按「哪一样先来」，给这三个人排了个号。

他看了很久，起身去倒了杯水，回来的时候，把这三行字抄在了自己的笔记本里。

他想起上午那个宽慰赵敏的主治医生，想起自己年轻时那位走掉的女士，想起老赵嚷嚷着「我好得很」的样子。这么多年，他把它们分别放在不同的抽屉里：这个是没有灶的，那个是没有痛的，还有一个是名字出了问题的。他从没想过，把三个抽屉倒在同一张桌子上。

倒在桌上以后，他才发现，三个抽屉里的东西，不是三种东西，是同一件事的三个样子。

给你一个小办法。下一次，你听到别人讲他的病，或者你自己讲自己的病，先别急着问「是什么病」。只听一听，他讲的第一句话是什么：是先讲难受，先讲单子上的数，还是先讲一个名字？

第一句话，常常就是他的路的起点。这件事，不替医生做任何决定，只是帮你听清：他是从哪一样东西，走进这个病的。

第一编到这里。下一编，请三家把各自借来的账，一笔一笔摊到桌面上。

本编总判断：三家各押一头，各自都对，也各自只接得住王大夫诊室里的一个病人；三个人合在一起，露出的是三家谁也没有问过的一件事——名、灶、痛，是谁先到的。

> **带走的话**
>
> 难受是真的，可难受说出来的样子，一半是借来的；借来的那个名字，有时比病还难放下。

> **小账**
>
> 本章拆了什么：「难受是病人自己的事，和别的无关」这个看法——病痛说出来的样子，借了病理派的名和角色派的位置，也借了问诊的那一来一回。
>
> 本章立了什么：立的是病痛派的功劳（让病人怎么说进了医学的门）和它的两笔欠条（欠客体，欠互动）；第一编的收束：三家各接住一个病人，三个人合起来，露出一个谁也没问过的问题：谁先到。

第 二 编

三家的欠条

编　序

这一编十一章，是全书最长的一段路。第 5 章先交代一个背景：医学里早有人把三层摆上了同一张桌子，这是兼容，不是对手。第 6 章请出最强的对手，他们已经讲「病是做出来的」。第 7、8 章请出离本书最近的几位前人，他们都看见了路的差别，然后把它当成了误差。第 9 章去压最难的一个反例：骨折和阑尾炎。

第 10 章用一张欠条表，把三家收到一起。第 11 到 13 章，是三张具体的欠条，每一张都落在西医自己的日常里：诊断标准从哪来，最好的工具共用一个什么零点，病理医生的分歧挤在了哪里。第 14 章用四把事先定好的尺，去量医学的历史。第 15 章把欠条写成方程。

这一编要让你看见第二个反差：西医最好的那几件去偏倚的工具，正是挡住了无数坏药和假进步的工具。也恰恰是它们，把病自己的发生史，当成了误差，减掉了。

第 5 章

背景：Engel 并列了三层，算不上对手

> **这一章的问题：**把生物、心理、社会三层摆上同一张桌子，为什么还是看不见谁先到?

◆ 一、你一定有过这样的时刻

二十多年前，王大夫到省城参加过一个为期两周的全科进修班。

第一天上午，一位头发花白的老教授走上讲台，在黑板上画了三个圈，圈与圈之间画了几道箭头。

「生物，」他用粉笔点着第一个圈，「心理，」点第二个，「社会，」点第三个。

「一个病人，不是一个器官。不是一堆化验指标。他是这三层的总和。以后你们在门诊，看一个病人，三个圈都要看。」

王大夫坐在第三排，认真记了笔记。他那时三十出头，刚做全科医生没几年，听得热血沸腾。他觉得这个说法，说出了他每天在诊室里模糊感觉到、却说不出来的东西：病人不只是一副身子。

两周后，他回到社区医院。第一天上班，门口坐着七八个人。

他按老教授教的，一个一个问：睡得怎么样，心情怎么样，家里怎么样，单位怎么样。问得比以前细多了，病历也写得比以前厚多了。

可他很快发现了一件小事：病历是厚了，病人还是那些病人。三个圈画在纸上，漂亮得很；一回到诊室，摆在他面前的，依然是一张血压单，一份心理量表，一张病假条。三张单子，三个圈，各管各的。

他把这件事记了下来，却没有想明白。直到二十多年后，三个病人同时坐在他的桌子对面，他才忽然想起那三个圈。

上一章末尾说，医学里真有人把三家并排放在诊室里，而且做得很好。这一章说的，就是这个人。

这一章，不请出对手，请出一位背景。

因为在这本书之前，医学里确实有人，把三层摆上了同一张桌子，而且摆得很成功。

◆ 二、三层上了同一张桌子

这位老教授讲的，是美国精神科医生恩格尔（George Engel）的想法。

恩格尔在 1977 年，在《科学》杂志上发表过一篇文章，题目大意是《需要一种新的医学模式》〔待核：篇名、期刊〕。文章的意思，本书转述大意如下：

当时医学奉行的，是一种他称为生物医学的模式。这种模式认为，病就是身体里某些可以测量的生物量，偏离了正常；找到了偏离，病就说清楚了。这样的看法，没有给社会、心理、行为留任何位置。恩格尔说，这不够。他主张一个新的模式，把生物、心理、社会放在一起看〔待核：原话与术语〕。后来，人们把它叫作生物—心理—社会医学模式。

先还他公道，而且要还足。

恩格尔做成了一件很大的事：他改变了医学教育。

在他之前，医学院里教的，大多是怎样把一个人拆成器官。他之后，不少医学院开始教学生问病人的生活，问病人的心情，问病人家里发生了什么。「心理社会史」渐渐成了病历里的一项内容〔待核：对医学教育影响的说法〕。医生开始有意识地练习，怎样坐下来，怎样不打断，怎样听病人讲完。

他在文章里讲过糖尿病这样的例子，大意是：同样是血糖出了毛病，一个人怎样感受它，怎样应付它，身边的人怎样对待它，都会改变这场病的样子〔待核：具体例子与原话〕。这样的话，放在今天听，已经是常识了。在 1977 年，它是需要有人站出来说一遍的。

你若去今天的任何一所医学院看看，大概都会发现，他的三个圈，还挂在教室的墙上。

这件事为什么重要?因为它第一次用医学自己的语言,说出了一句话:病人是一个人。不是一个器官的容器,不是一串数的集合,是一个有心情、有家庭、有工作的人。

再说它成立的条件。恩格尔的模式,在需要同时照顾多个方面的场合,几乎是不可或缺的:慢性病的长期管理,临终照护,康复,初级保健。在这些地方,一个只看灶的医生,常常会急得团团转;一个懂得看三层的医生,才会知道,下一步该问哪一句话。

所以,本书和恩格尔,是兼容的。本书不是要把他推倒,更不是要把三个圈擦掉。本书要说的是:三个圈在那里,很好。可是在这张桌子上,还可以多问一个问题。

◆ 三、并列看不见先后

那么,为什么恩格尔只是背景,不算对手?

因为他的三个圈,是并列的。

并列,意思是三样东西同时摆在桌上,彼此有联系,彼此有影响。恩格尔本人也强调这一点:他用的是系统的说法,认为各层之间互相牵动〔待核:原话与立场〕。这是他的长处,本书读他,也读到了这个长处。

可是并列,有一个看不见的地方:它看不见先后。

举个例子。

设想赵敏有两个版本。

第一个版本:她先摸到颈部一个小肿块,隐隐觉得不对,担心了一阵,去了医院,做了超声,穿刺,病理写出「癌」,然后手术。

第二个版本:单位组织体检,超声的时候,医生说「这里有个结节」;她当时什么感觉也没有;后来穿刺,病理写出「癌」,这个字落下来的那一天,她才开始害怕。

把这两个版本,各放进恩格尔的三个圈里。

生物那一层：都是一个甲状腺里的结节，都被切掉了同一块。

心理那一层：都有害怕，都有担忧。

社会那一层：都请了假，都有家人的关心，都有每年的复查。

三个圈里的内容，两个版本，几乎一模一样。可是你只要想一想就明白，这是两种不同的人生。第一个版本里，她是先难受，后来才被告知病名；第二个版本里，她是先被告知病名，才开始难受。

三个圈把内容摆得清清楚楚，却分不出这两个版本。

再看老赵。他的血压是在体检里被量出来的，和他是因为头晕去看病、被量出来的，两个老赵，在三个圈里，也几乎一模一样：生物那一层，都是同一个数；心理那一层，都有一点不服；社会那一层，都有女儿的叮嘱。圈里的内容，没有变。变的是，哪一样先落下来。

这个看不见，不是恩格尔的疏忽，是并列这种摆法自带的盲区。把三样东西摆在一起，你得到的是一张静态的照片：它们都在。你得不到一部电影：它们是怎样一样一样到的。

小许也是这样。如果他是先难受，后来才在网上看到「焦虑障碍」的名字，和他是先在网上看到这个名字，之后才发现自己「真的」难受，这两条路，在三个圈里画出来，几乎是一样的。

本书的看法是，这两条路上的人，不是同一个人，也不是同一个病。这是一个看法，不是已经证明了的事。到底是不是，第 17 章会写出一条可以判的线，第 36 章会写出可以做的试验。

这个盲区，在研究里尤其要紧。

医学研究最常做的一件事，是把两组人配成「一样」：年龄一样，性别一样，病的分期一样，指标一样，生活方式也尽量调成一样。配得越像，结论越可信。这是很好的方法，本书第 12 章还要专门替它还公道。可是你想，两组人在三个圈里的内容都配齐了，入病的先后却没有人去配，也没有人去问。那么这个先后的差别，就会被悄悄当成「配平以后剩下的零头」，混进误差里。

还有一层差别。

并列，是说三层互相影响。可「影响」是一个中性的词，它没有说：三层是怎样长出来的？是三样东西各自先在，然后碰在一起？还是它们彼此是从对方那里一步一步长出来的？恩格尔没有回答这个问题，他也没有打算回答。他要做的，是把门打开，让医学看见三层。

门开了，是大功。门里有什么，还要往里走。

这一点，全科医生比谁都清楚。全科医学这些年强调的「以人为中心」，很大一部分，是从恩格尔那里接过来的火。王大夫在社区三十年，每天做的，就是把三个圈揣在心里，一个人一个人地看。他能做到的，已经比单看灶的医生，多出一大截。他说不出的，只是那个小小的、始终没有人替他讲的「先后」。

◆ 四、后面请谁出场

好，现在可以说，后面的路怎么走了。

第二编要做的事，是把第一编里三家各自借来的东西，一笔一笔，摆到桌面上。

这些借来的东西，本书叫欠条。

前面几章，已经偷偷用过这个说法了，这里正式交代一下。「欠条」是一个很家常的说法，意思是：一家的推导里，直接拿来用、却没有推出来、也没有声明的东西。注意这个定义里的两个「没有」。一家若是明明白白说了「我在这里假定了什么」，那不叫欠条，那叫公开的条件，是诚实的。欠条是悄悄借的，借了没记账。

要算清这些账，需要几位证人，本书按下面的顺序，请他们出场。

先请最强的对手。荷兰的学者莫尔（Annemarie Mol），和法国的医生、哲学家康吉莱姆（Georges Canguilhem），已经把「病是做出来的」「病是生命自己立的规矩」讲得很透〔待核：作者与年份〕。他们是本书最难绕开的人，第 6 章专门讲。

再请离本书最近的几位前人。韦尔奇（Gilbert Welch）和他的合作者，讲过度诊断；范斯坦（Alvan Feinstein）讲分期迁移造成的假象；第 8 章里还有讲意义反应与安慰剂的几位，讲「无病痛之病」的赫尔曼（Cecil Helman），讲诊断社会学的朱特尔（Annemarie Jutel）〔待核：人名译法与年份〕。这几位都已经走到了路的边上，看见了先后的差别，然后把它当作误差，减掉了。

接着请一个最难打的反例：骨折和急性阑尾炎。这两个病，几乎只有一条路。如果在这里，路径什么也添不了，本书就要老老实实收窄自己的范围。第 9 章要写的，就是这件事。

然后才是欠条表、三张具体的欠条、四把检验的尺，和最后的方程。

这一串，说白了是一个由远到近的过程。先是哲学和社会学里的对手，再是医学内部最熟悉的工具，最后是你我每天都碰到的东西。比如一个数怎么来的，一张病理报告上的分歧落在哪，一条指南改了，会换掉哪些人。越到后面，越贴近老赵和赵敏的日子。

还要先说一句，免得读到后面弄混：恩格尔的三个圈，和第一编的三家，名字相近，不是一回事。恩格尔的三个圈，是看一个人的三个层面：生物的、心理的、社会的。三家押的是三个地方：病灶、角色、病痛。两组东西，彼此有几分对得上，却不是一一对应。本书会提醒你，什么时候说的是层，什么时候说的是家。

读这一编，有一个小办法。每一章开头，都会先还一家公道，然后才说它借了什么。如果你读到某一处，觉得本书是在批评医学，请回头看那一章的前半段。本书批评的，始终是一个动作：把入病的先后，当作误差，从病里减掉。不是西医，也不是这些前辈。他们大多是西医里最诚实、最肯自我纠错的那一批人。

◆ 五、放回日子里

进修班结束那天，王大夫把那张画着三个圈的笔记，夹在了桌上的玻璃板下面。

二十多年过去，那张纸已经发黄，边角卷了起来。护士小邓每次擦桌子，都小心地绕开它。

这天下班，小邓收拾东西的时候，随口问了一句：「大夫，那张纸上画的什么呀？」

「三个圈。」王大夫说，「生物，心理，社会。」

「哦，那我们天天都在用呀。」小邓说，「你不是每个病人都问睡得好不好、家里怎么样吗？」

「对，天天用。」王大夫笑了笑，「用了二十多年，一个字都没错。」

「那您还看它干什么？」

王大夫没有马上回答。他看着玻璃板下面的那张纸，过了一会儿才说：「我是想起来，有一样东西，它从来没问过。」

「什么？」

「三个圈里，哪一个，是先到的。」

小邓愣了一下，笑了：「这有什么要紧的呀？反正最后都到了。」

「是啊，」王大夫说，「最后都到了。」

他没有再往下说。因为这句话，他自己也还没有想透，要等到很多章以后，才有一个答案。

小邓收拾完，拎起包走到门口，又回头看了一眼玻璃板下面那张发黄的纸。她以前一直以为，那只是一张老笔记。

「大夫，」她说，「明天我也留意一下，看病人进来，是哪个先到的。」

「好，」王大夫说，「留意就好。」

小邓点点头，带上了门。走廊里，她的脚步声一路远了。

给你一个小办法。下一次，你听到有人说「看病要看全人，身体、心理、社会，都要考虑」，请你先点头，这话是对的。然后在心里多问一句：这三样，是哪一样先来的?

这句多问，不替医生做任何决定。它只是帮你把一个人的病，从一张照片，变成一段路。

> **带走的话**
>
> 把三样东西摆在一起不难，难的是问：它们是谁先到的。

> **小账**
>
> 本章拆了什么：「三层摆在一起，就能看全一个病」这个想法——并列看得见内容，看不见先后。
>
> 本章立了什么：立的是对恩格尔的公道（改变医学教育，说出病人是一个人）和他算作兼容、不算对手的理由；交代了第二编后面请出场的次序，和「欠条」的家常定义。

第 6 章

最强的对手：Mol 与康吉莱姆已经讲生成

> **这一章的问题：**有人已经说病是做出来的，本书还多问了什么?

◆ 一、你一定有过这样的时刻

赵敏有一个习惯：所有和那个结节有关的纸，她都留着，按日期装在一个透明文件袋里。

那天她把文件袋放在王大夫桌上，抽出三张，并排摆开。

第一张来自　B　超室。上面是几行描述和一个编号：边界怎样，回声怎样，多大，最后一行是一个分类的等级，提示要进一步检查。在这张纸上，那个结节是一个「要打分的东西」。

第二张来自病理科。一片染了色的切片，几行字，结论一栏写着当年的那个名字。在这张纸上，它是一片「要给细胞起名字的组织」。起什么名字，要看那一年病理医生们公认的标准。

第三张来自手术室，是术前讨论的记录。在这张纸上，它是「要拿下来的一块」。更要紧的是拿多少：只拿一侧，还是两侧都拿。

赵敏用手指点着这三张纸，说：

「王大夫，是同一个结节，对吧?」

「是同一个。」

「可三个地方说的，不是同一样东西。」她停了一下，又补一句，「B　超室里它还没有名字。病理科里它有了。到了手术室，它就要变成一道疤。」

王大夫没有马上接话。他看着那三张纸，想起自己年轻时带过的一个实习生，也说过差不多的话：「老师，我们科和隔壁科，看的是同一个病人吗?」那时他回答：当然是同一个。

现在他不太敢这么回答了。赵敏这句话，不是她第一个想到的。有一位学者，专门为它写了一本书。还有一位，比这位学者早了半个多世纪，从另一头想到了差不多的地方。这一章请出的，就是这两位。

他们是本书遇到的最强的对手。为什么说最强？因为他们要说的，本书也要说：病不是现成摆在那里等着被看的东西，病是做出来的。这件事，前人已经说了。

上一章说，恩格尔把三层并排放上了桌，没有问谁先到。这一章的两位，已经往前走了一大步。

所以这一章要先问清楚：本书到底还多出什么？

◆ 二、一个病，几处做出来

先请第一位。

荷兰学者 Annemarie Mol 在 2002 年出了一本书，中文常译作《多重身体》〔待核：出版年〕。她的做法很特别：不去问「动脉粥样硬化是什么」，而是跑到一家医院里，看这个病在不同的地方是怎样被做出来的〔待核：具体案例〕。

本书转述她的大意，是这样。

在门诊的诊室里，这个病是一个人的毛病：走几步路腿就痛，痛了要停下来歇一歇。医生问的是走多远会痛。在病理科，这个病是显微镜下的一段血管壁，壁变厚了，里面堆了东西。在检查室里，它是几个压力读数，要拿脚踝和手臂比一比。在手术室里，它是一段要被疏通、或者被绕过去的管子〔待核：各处的具体做法，以她的书为准〕。

几处地方，用的是不同的工具，问的是不同的问题，得到的是不同的东西。

Mol 的意思是：这不是同一个病被从几个角度看见，而是几个「病」，各自在自己的地方被做出来。她给「做出来」这个动作起了一个名字，叫 enactment，大意是演出来、做出来〔待核：术语译法〕。

先还它公道。这一笔，要写足。

第一，她把「病是现成的」这个想法，拆得很干净。

前面三章里，三家各押一头：病理派押灶，病人角色派押互动，病痛派押难受。三家吵得很凶，可有一件事谁也没有吵：病总归是个现成的东西，只是各家认为它现成地落在不同的地方。Mol 把「现成」这件事本身拿掉了。

第二，她拆这件事的办法，不是坐在书斋里想，是蹲在医院里看。

她的材料是真的诊室、真的科室、真的做法。这是一份很硬的功夫。一个哲学主张，能落在这样的材料上，就不是空话。

第三，她没有让「做出来」滑成「随便说」。

几处做出来的东西，并不各说各话。它们要被协调到一起，才成为一个医院里能治的病。这个协调怎样发生，是她书里花力气最多的地方之一〔待核〕。医院每天都在做这件事：门诊的主诉，要对得上检查室的数；检查室的数，要对得上手术前的讨论。对不上，就得有人出来调。

说句实在话，这三条，本书全收。

王大夫在社区三十年，每周都在做这种协调：病人嘴里说的难受，和手里的检查单对不上，就要有人打电话问一问，再约一次，把几处的话接到一起。这活儿没有名字，也不记在谁的功劳簿上。Mol 给了它一个名字，也给了它一份认真。

还有一条，比这三条都要紧，要在这里先说明白：Mol　并没有把病灶、角色、病痛当成现成的。

这一点，不能写错。在她那里，病灶是做出来的，病人的难受也是做出来的，连「病人这个身份」，也是在几处做法里一点一点长成的〔待核〕。她不是三家里的哪一家，她是站在三家的外面，问：这三家各自抱着的东西，是怎样被做出来的?

这样一位对手，不能打稻草人。本书打不赢稻草人，也不想打。

再给出它完全成立的条件。

假如你要弄清的是：同一天里，同一个病人，为什么门诊说一句，检查室说一句，手术前的讨论又说一句，三句话还不太一样——Mol　的这副眼镜，是最合用的

一副。这是一个「同时」的问题：几处并存，怎样对上，对不上谁来调。她把这件事讲透了，本书不跟她争。

本书要问的，是另一个方向的问题。

◆ 三、病是生命自己立的规矩

第二位，是一位法国人。

乔治·康吉莱姆（Georges　　Canguilhem）是哲学家，也受过医学训练〔待核〕。他的《正常与病理》，最早是 1943 年的一篇医学论文，1966 年增订再版〔待核：版本〕。

先说他在反对什么。

十九世纪有一种流行的想法：病和健康只是量的差别。血糖高一点，是病；再高一点，是重病；降回来，就是正常。病不过是正常的「太多」或者「太少」。

康吉莱姆不同意。他说，大意是：正常与病理，不是多一点少一点，是两种不同的活法〔待核〕。

他的关键词是「规范」。一个活着的东西，不只是被动地待在某个平均值上，它会给自己立规矩：在这样的环境里，我就这样活。健康，是一个生命有能力在环境变了以后，重新立一套规矩。病，是这个能力缩窄了：它只能在很窄的条件下活，条件稍微一偏，就撑不住〔待核：原表述〕。

所以他说的病，不是「低于平均」，而是「没法再换规矩」。

打个比方。同样是发烧三天，一个年轻人照样把活干完，只是慢一点。一位身体弱的老人，同样的烧，连起床的规矩都要重新立：先坐一会儿，再站起来，不能一个人下楼。烧是同一场烧，两个人的规矩缩得不一样。康吉莱姆要看的，是后一样。

两个人的血糖读数一样。一个人，天气热了冷了、吃多了吃少了，都能自己调回来；另一个人，一点风吹草动就乱。读数一样，活法不一样。照他的看法，病的大概是后一个人。

先还它公道。这一位，也要写足三条。

第一，他早早就把「病不过是离平均值远一点」这条路拆过一遍。第 1 章里那条统计常态的路，和他拆掉的想法有些相像，只是两边隔着几十年，没有真的吵起来〔待核〕。

第二，他把出发点放回了活着的人身上。

他有一个常被转述的意思：医学之所以存在，是因为有人觉得自己不对劲，来求助〔待核〕。这句话，把「难受」放在了医学的门口，而不是放在化验单的后面。第 4 章里病痛派要说的话，他在另一个地方，用另一种口气，也说过了。

第三，他承认规矩会变。

一个人今天的规矩，和昨天的不一样；病不是旧活法的残缺，是一种新的活法〔待核〕。这一条要紧，因为它说明，他从没把一个人看成一个定了型的东西。他看的是一个会立规矩、会改规矩的生命。

这样的对手，本书同样不想打稻草人。

也给出他完全成立的条件。

假如你要弄清的是：一个人面对一场病，还剩多少回旋的余地——能不能自己调回来，能不能换个办法过日子——康吉莱姆的尺子，比任何一张化验单都贴身。康复和慢病的门诊里，医生常常问的那一句「他还能做什么」，问的就是这个。

◆ 四、多出来的只有先后和锁

现在可以回答那个问题了：本书还多出什么?

答案很小。小到只有两样：先后，和锁。

要说清这两样，得先精确地说出，每一位对手把哪一样东西留在了没被追问的地方。

先看 Mol。

她当成起点的，是做病的那几处地方：门诊、病理科、检查室、手术室。

注意，她当成现成的是几处地方，三头她并没有当现成。病灶、角色、病痛，她都当作做出来的。她当成现成的，是那几个实践的位置：它们各在各的地方，同

时都在，各有各的工具和规矩。她问的是：这几处同时并存的时候，怎样被协调到一起？

她问的是「多」。本书想多问的一句是：这几处，是同时被病人遇到的吗？

不是。病人走进医院，总是先进一间，再进另一间。赵敏先进的是体检的 B 超室，后进的才是病理科和手术室。要是她先进的是病理科呢？比如一个人因为别的原因切了甲状腺，病理顺带看见了一个小结节。再比如，一个人先摸到脖子上有个包，难受了好几个月，才去做 B 超。

同样是那几处地方，同样是那一个结节。先进哪一间，后面几间遇到的，就不是同一个人了。

用 Mol 的眼镜看，这两个人的纸是一样的：B 超室、病理科、手术室，各做各的，各有各的做法。

用本书的眼镜看，这是两个不同的人。

一个人的 B 超室，是「一台机器先开了口」，他自己什么也没觉得。另一个人的 B 超室，是「我已经难受了几个月，总算有人肯看一看」。屋子是同一间屋子，机器是同一台机器。可是进门的方式不同，从门里拿出来的东西，就不一样：前一个人拿到的是一个没人知道该怎么对待的「发现」，后一个人拿到的，是一个终于有了落处的「解释」。

这两个东西，会一路带进后面的病理科和手术室。

Mol 会说，这是两种不同的做法。本书同意。只想再加一句：做法的不同，不是从病理科才开始的，在门口就已经开始了。

这是本书的读法，不是 Mol 的结论。她的书里有没有问过这个先后，本书还需要核原书〔待核〕。要是核下来，她早就问过，这一节要改，而且改得越彻底越好。

再看康吉莱姆。

他当成起点的，是这个病人此刻的规范能力：他现在还能在多宽的条件里活，还能不能立新规矩。

同样，他也没有把三头当现成。康吉莱姆的出发点，是一个活着的人，他的难受、他的活法、他对环境的应对，都在里面。

本书想多问的一句是：这份能力，是被什么推窄的?

他讲规矩会缩，也会重新立。可是，缩的那一下，是被一个先到的名字推的，还是被一处先到的灶推的，还是被一份先到的难受推的？这三样东西，先后到的次序不同，规矩缩的样子会不会不同?

拿一个假想的人来说。他体检查出血压偏高，医生说了「高血压」三个字。在这三个字之前，他每天傍晚绕着小区快步走一圈，雷打不动。三个字到了以后，他听了一些这样那样的说法，傍晚的那一圈就停了。是血压把他的规矩改了吗？血压还是原来的血压。是那三个字，加上三个字带来的一套说法，把他的规矩改了。

康吉莱姆讲的是规矩会变。本书多问的是：谁先到，规矩就先被谁改。

〔待核：以上是本书对康吉莱姆的读法，是否与原书冲突，须核原书。〕

这样，本书多出来的，就清楚了。

第一样，是次序。

同样几处实践、同样三样东西，哪一样先到，病就不同。这是本书的主张。就本书读到的而言，两位前人都没有这样说过〔待核〕。

第二样，是锁。「做出来」听上去，好像一切都可以重新做。可是有一些「做」，是做了就拆不掉的。手术是一个例子：腺叶已经拿掉了，改名以后也长不回来。终身服药是一个例子：药已经吃了很多年，名字改了，这些年不会跟着改回去。复查的日程也是：一个人已经每年把那一天空出来，这一天，不会因为一份新的指南就消失。

Mol　讲几个「病」并存，康吉莱姆讲规矩缩窄又重立。本书说：并存的几处，有先后；缩窄的规矩，有的地方回得去，有的地方回不去。

还有一句话，要对准这一章的开头说：

说病是做出来的，已经有人说过了。

如果读到这里，你觉得本书的话前人已经说完了，那么这一章就写对了一半。剩下的另一半，是要你看清：多出来的这一点，是真的多，还是只是换了一个说法？

这个，不靠这一章的口气来判。本书把这点押在一句哲学主张上：入病路径，是病的一个属性，不是观察病的一个偏差。这句话比 Mol 和康吉莱姆的话都重，因为它不只是说病是做出来的，还说做的先后，会留在这个病身上，像它的一个特点。重话要有可以判的条件，不然就是口号。条件是什么，怎样算押对，第 17 章会写成一条可以判的线。

◆ 五、放回日子里

那天赵敏走了以后，王大夫没有马上叫下一个号。

他把那三张纸又看了一遍。他在这间诊室里坐了三十年，一直把它们看成「同一个结节被三个科室看了一遍」。

现在他把这句话改了一个字。

「同一个结节，被三个科室各做了一次。」

只改一个字，意思差得很远。「看」是对着一个现成的东西。「做」是在一个地方，把东西做成一个样子。

他又在病历本的背面，加了一行小字：

「她最先进的是哪一间？」

他想起来了：赵敏说过，是单位体检，B　超里先看见的。她没有难受，没有摸到什么，是一台机器先说话。

他心里有一个模糊的感觉：假如先说话的不是机器，而是她脖子上摸到一个包，后面三间屋子里的事，可能都是另一回事。

他没有再往下想。这件事，他一个人在诊室里想不出来。

这一晚，他回到家，翻出自己三十年前的笔记本，找他当年记下的一行字：「病人三个科室跑了一圈，回来问我：到底是什么？」

当时他在旁边批了两个字：「解释。」

现在他看着那两个字，觉得当年的自己，只做了一半。他解释的是「到底是什么」。可是这个病人是怎样一间一间走过来的，他一次也没有记。

下一次赵敏来，他不会说什么「你不用担心」。他想说的是另一句：

「你把那三张纸的日期，按先后排一排给我看。不是排在一起，是排先后。」

给你一个小办法，不用等到进诊室。你手里要是也有一叠和自己的病有关的纸，哪怕只有两三张，试一试：别看每一张说什么，先看日期。哪一张在前，哪一张在后?

这个办法，不替医生看病，只替你把自己的病，在纸上排出一个先后来。这件事和医生一起做，会清楚得多。

下一章，请两位离本书更近的前人。他们也看见了路的差别，然后把它减掉了。

> **带走的话**
>
> 说病是做出来的，已经有人说过；本书只多问一句：哪一处先做，做完了还能不能拆。

> **小账**
>
> 本章拆了什么：「生成论已经把话说完了」这个想法——Mol 当成起点的是并存的几处实践，康吉莱姆当成起点的是此刻的规范能力，两处都没有追问先后与回不去的那一步。
>
> 本章立了什么：立的是本书的位置：同意病是做出来的，只多出次序和锁两样；多出来的是真多还是换说法，留给第 17 章的可判条件。

第 7 章

最近的对手：Welch 的过度诊断与 Feinstein 的 Will Rogers 现象——把入病路径当作偏倚减掉

> **这一章的问题：**过度诊断和 Will Rogers 现象把路的差别当误差减掉，减掉时用的那条「本来的路」，谁见过？

◆ 一、你一定有过这样的时刻

社区组织老年人体检的那天，老赵是排在队伍中间的。

他挽起袖子，护士把袖带缠上去，捏着球打气。机器嘀了一声，护士看了一眼数字，没说什么，让他歇两分钟，再量一次。

第二次的数字，还是红的。

老赵把袖子放下来，嗓门不小：

「我又没感觉。我天天扛货，哪儿不舒服了？这是你们量出来的病。」

护士小邓是社区站里最年轻的一个，被他噎得说不出话，只好把单子递过去：「叔，您拿着，回头请王大夫看一下。」

那天的情形，王大夫是后来才在老赵女儿赵敏那里听全的。赵敏讲得很平静，最后加了一句：

「我爸那句话，听着气人，可我越想越觉得，他说的也不全是错的。」

王大夫笑了笑，没有接。他心里想的是另一件事。

老赵那句「你们量出来的病」，放在一个人嘴里，是一句牢骚。放在一大群人身上，就是一门学问。这门学问的名字，叫过度诊断。

上一章请的两位，讲的是病怎样被做出来。这一章请的两位，离本书更近。他们也看见了「入病的路不同」这件事，而且看得很准。然后，他们把它当成误差，减掉了。

减，是西医最好的本事之一。本书要问的，只是减掉的那一截，是谁的。

◆ 二、一生不会出症状的病

先说第一位。

美国医生和研究者 Welch，同 Black 合写过一篇文章，题目是《癌症中的过度诊断》，发表在 2010 年，期刊是 JNCI〔待核：期刊〕。谈起过度诊断，这篇文章是常被提到的一篇。

它给过度诊断下的定义，本书转述大意如下：过度诊断，是查出了一种病，这种病在这个人的一生里，本来不会带来症状，也不会要他的命〔待核〕。

这个定义有两层意思。

一层是，这个病长得极慢，慢到这个人活到头也没长出什么事来。另一层是，这个病本来会长大，不过这个人在它长成之前，已经因为别的原因去世了。两种情形，用一句话概括，就是「此人一生」里，它什么也没做。

它被查出来了。查出来了，就有了名字；有了名字，常常就有了治疗。治疗有代价：手术的风险，药的副作用，每年复查的时间，还有一个人从此被叫做「病人」的那份心事。对一个其实不会有事的人来说，这些代价全是白付的。

为什么筛查会制造出过度诊断？打个比方。

筛查像一张网眼很细的网，撒进水里去捞鱼。游得快的鱼，大多在两次撒网之间就蹿远了；游得慢的鱼，一直待在原地，网一撒就捞上来。于是网里的鱼，慢的特别多。放到病上说：长得快的病，常常在两次检查之间就冒出症状来了；长得慢的、甚至不长的病，躺在那里等着被网到（这件事，第 12 章还要细讲）。

网眼越细，捞到的小而慢的就越多。这不是哪个医生不小心，是「认真地查」本身带来的。

先还它公道。这一笔，要写足。

第一，过度诊断的研究，是西医的自我纠错，而且是最勤勉的一种。

做这件事的，不是外面的批评家，是医生自己。他们拿着放大镜，对着自己最得意的成果看：筛查查出了更多的癌，这当然是好事吗？未必。他们愿意问这个问题，愿意把答案写出来，愿意让同行不舒服。这是一门行当的底气。

这份自我纠错，还顺带给医生添了一个新习惯：在把一个名字说出口之前，先想一想，这个发现对眼前这个人的日子，意味着什么。这个习惯，没有哪条规程规定过，却是从这一派的工作里慢慢长出来的。

第二，它让筛查的好处和代价，第一次被摆在同一张纸上。

以前人们说「早发现，早治疗」，说得斩钉截铁。这一派的工作，让人们开始同时问两句话：早发现，救了多少人？早发现，又多治了多少本来不用治的人？

第三，它还有自己清楚的边界。这一点，Welch 自己也说得明白：对某一个具体的人，没有人能够说他是不是被过度诊断了；因为那个「他本来会怎样」的结局，永远看不见〔待核〕。过度诊断只能在一群人身上算。

怎么算呢？大意是这样。把一大群人随机分成两半，一半做筛查，一半不做。过了足够长的时间，比较两群人里查出了多少病，死了多少人。要是做筛查的那一半，查出来的病明显多了，死的人却并没有跟着少，那么多出来的那一部分，很可能就是过度诊断〔待核〕。

有人拿韩国的甲状腺癌来讲这个道理：筛查铺开以后，被报告出来的甲状腺癌病例数涨了很多，死于甲状腺癌的人数却没有跟着涨〔待核：Ahn 等 2014，期刊与数据；本书不引数字〕。

这个算法，本书不反对一个字。

它在「一群人」的问题上完全成立：要不要给全社会做一次大筛查，值不值，该查到多大年纪，这些都是一群人的决定，用一群人的算法去回答，对。

◆ 三、两组都变好了的假象

再说第二位。

美国的 Feinstein，在 1985 年与同事合写过一篇文章，讲一种后来以一个名字著称的现象：Will Rogers 现象〔待核：合著者与期刊〕。

这个名字有个来历。据说，美国的幽默作家 Will Rogers 讲过一个笑话：某个州有一批人搬去了另一个州，结果两个州的平均水平都升高了〔待核：出处〕。听上去是个玩笑。在医学里，它真的会发生。

用一个编出来的小算术，讲一遍。这里的数字，是为了说明编的，不是任何研究的数据。

设有两组病人：一组被分在「较早期」，一组被分在「较晚期」。每个人能活的年数，是早就定好的。

较早期组有四个人，能活的年数分别是 10、10、10、4，平均 8.5 年。较晚期组有三个人，能活 3、2、1 年，平均 2 年。

现在医院换了一台更灵敏的机器。它在较早期组里照出了一个人：他身体别处已经有了一粒很小的转移，以前看不见。这个人，就是那个只能活 4 年的人。他被从较早期组，挪到了较晚期组。

挪完以后，较早期组是 10、10、10，平均 10 年。较晚期组是 4、3、2、1，平均 2.5 年。

两组的平均都变好了。早期组从 8.5 年到 10 年，晚期组从 2 年到 2.5 年。

可是七个人里，没有一个人多活了一天。总共能活的年数，挪之前是 34 加 6，挪之后是 30 加 10，都是 40。

这七个人是编出来的，别拿他们去套任何一个真人。

这就是 Will Rogers 现象。更准确地说，是 Feinstein 他们关心的「分期迁移」：新的检查把一部分人从这一期挪到那一期，两边的成绩单同时变好看，实际上谁也没有活得更久。

先还它公道。

这是一个很了不起的发现。医学里有大量的「生存率提高了」的消息，背后可能只是机器变灵了，分期的口子挪了。要是没有这个发现，不知有多少虚假的进步会被当成真的，被写进教科书，被拿去争经费。

它还给出了一个很清楚的使用条件。要是你拿两个年代、两家医院的生存率去比，而这两处用的检查不一样、分期的口子不一样，Feinstein 的提醒，就是你必须先问的第一句话。

这个条件，本书同样不反对一个字。

它还给普通读者留了一个很实用的问法。下一回你读到一条新闻，说某种病的「五年生存率提高了」，先别急着高兴，也别急着怀疑，只在心里问一句：这几年里，查这种病的机器换过吗？分期的口子挪过吗？要是换过、挪过，这个数字变好，有一部分可能只是名册换了排法。

问完以后，再去读新闻后面的内容。这一问，不替任何一种治疗打分，只是让你读数字的时候，多一双眼睛。

◆ 四、减掉的那一截是谁的

现在可以说，这两位前人，和本书是怎样分开的。

他们分开的地方，只有一处：他们各自减掉了一样东西。减的时候，靠的是一条参照线。这条线没有被追问。

先看 Welch 与 Black。

「此人一生」，是一条线。要说一个病「此人一生不会出症状」，就得先有一条这个人本来会走的路：假如没有这次检查，没有这个名字，他的一生是怎样走的？

这条线，没有任何人见过。

因为这个人，已经被查出来了。他走的，是另一条路了。那个「假如没有」的世界，没有人能进去看一眼。刚才说过，Welch 自己也承认，对一个具体的人，这件事看不见。

在一群人身上，倒是可以算。请注意，在一群人身上算的时候，那条参照线是怎么来的：是从没有做筛查的那一半人身上来的。这一半人，也走了一条路，那是另一条路：不查，等到哪天难受了，才去看医生。

也就是说，所谓「本来的样子」，在一群人的算法里，是一群人走出来的另一条路。把它叫做「本来」，就是把一条路，当成了没有路。

这是欠条。

先把一件事说明白：本书不是说，过度诊断不存在。它存在，而且很多。本书说的，是把它从病里「减掉」的时候，减的方式要改：不能把它当成一个与路径无关的误差，一减了之。

欠的是：一条不经过「怎样被走进来」的自然史。Welch　　的框架，在这条线上，给了一张没有写明的借据。

本书的说法是：过度诊断，只是六条路中的一条，落在筛查路上。筛查路是这样一条路：先查出灶，再给名，难受可能跟着来，也可能一直不来。六条路是什么，第 18 章细讲。

再看 Feinstein。

他的算术，靠的是一条假定：挪过去的那个人，和他留在原地时的病程，是同一个。

回头看那个编出来的小算术。我们说「没有人多活一天」，是因为我们事先规定了，每个人能活几年，是定死的。换句话说，不管他被分在哪一组，他的病程不变。

这个假定本身没有错。把病程「冻住」，正是为了看清机器的作用，是一种干净的方法。冻住用得好，是方法；冻住了忘记解开，才成了欠条。

真实的人，是这样吗?

被挪到较晚期的那个人，因为他的名字换了，他得到的待遇可能也换了：更重的治疗，更密的随访，家人的态度，他自己的打算。这些东西，会不会真的改了他后来的病程?

有可能会。也有可能不会。

比方，他被挪进较晚期那一组以后，医生提议加一轮治疗，复查也排得比以前密了；家人开始把他当成重病人来照顾，他自己也把日程重新排了一遍。这些事，每一件都是一个人病程的一部分。要是它们真的改了他后来的日子，那么「没有人多活一天」这句话，就只在算术里成立，在他的日子里不成立。

本书的说法是：Will Rogers 现象里的「假象」，有一部分是真的。有一部分，真的是挪动本身改了病程。这一部分占多大比例，本书不知道。本书只说：待实测。

〔待核：以上是本书对 Feinstein 的读法，是否与原文冲突，须核原文。〕

再来说一件要紧的事。

赵敏在听完这些以后，问了王大夫一个问题。

「王大夫，您说的这个过度诊断，我是不是就是那个被多查出来的人？」

王大夫没有马上答。他先把话说了一半：

「没有人能对一个具体的人，说这句话。包括写这个定义的人自己。」

「那，」赵敏接着问，「如果我是，现在名字也撤了，我是不是就应该回到没被叫过癌的人那里去了？」

这句问话，比她自己知道的更要紧。

因为这正是 Welch 框架里，一个可以推出来的结论。本书替他推一遍。

按照 Welch 的思路：过度诊断的人，那个病本来是无害的。真正有害的，是那个名字，是名字带来的治疗和心事。那么，名字一撤，有害的东西就没了；剩下的，只是一份标签带来的心理，时间一长，应当向「从来没被叫过癌的人」回归〔待核〕。

注意，这一步，**是本书替 Welch 推出来的，不是他的原话**〔待核：Welch 原文是否蕴含撤名后应回归〕。他自己也许会说：一个被撤名的人，需要的时间可能很长；也许会说另外的话。这一条推论能不能算在他名下，要核他的原文。

推论归推论，它在本书里的用处，是很大的：它给本书立了一个靶子，一个清楚的、可以被打中的靶子。

本书的预测，和这条推论相反：改名以后，有一部分人，回不去。哪一部分，怎样比，比什么，第 19 章会原样写出来；第 36 章会写成一个可以做的试验。

◆ 五、减掉的不是伤害，是路

前面说「减掉」，说得快了一点，容易被读成另一个意思。这里放慢，把它放准。

先还一笔公道，这一笔比前面的都要紧。

过度诊断这一派，恰恰是西医里最认真把「名字和治疗的伤害」记进账里的人。

一个人被查出一个本来不会惹事的病，他挨的刀，吃的药，药的副作用，每年请假去复查，夜里睡不着的那份担心，在他们的定义里，全都算作实打实的伤害。

他们算过很多这样的账：多切了多少，多吃了多少药，多少人从此背上一个病人的名字〔待核〕。Welch 还和 Schwartz、Woloshin 合写过一本给普通读者看的书，讲的就是这件事：查得太多，本身会伤人〔待核：书名与年份〕。

所以，要是有人读了前一节，以为过度诊断的研究把这些伤害「减掉」了，那是读错了，也冤枉了他们。

他们没有减掉伤害。他们是第一批把伤害摆上桌的人。

那么，判词里说的「当误差减掉」，减的是什么?

减的地方，在另一张桌子上：比较两条路的那张桌子。

医学要回答一个问题：筛查到底有没有用？办法是比较两群人，一群走筛查这条路，一群不走。

比的时候，有几样东西会让筛查那一群「看上去」更好。病查得早，从确诊算起，活得像是更久了，这叫领先时间。查到的多是长得慢的，这叫病程长度。还多查出一些本来不惹事的，这就是过度诊断。

这几样，在比较里都被当作偏倚，算出来，校正掉。为的是看清筛查本身，到底救没救人。

这一步，做得对。不校正，就会把虚的好处当成真的。

本书多问的，只有一句，而且只问在这张比较的桌子上。

校正掉的，是「两群人走的路不同」这件事，在比较里起的作用。路不同，被看成一层要擦掉的灰；擦干净以后剩下的那个数，被当成病本身和治疗本身。

本书说，那层灰里，可能有一部分不是灰。

两群人走的路不同，后面的病程，也许就真的不同了。举个例子：一个人提前三年知道自己有病，这三年里他的日子、他的担心、他吃的药，都可能改了后面的路。这一部分，在比较里被当成「路带来的假象」扣掉了，没有被记成病自己的一段历史。

用一句话分开：伤害，他们记了；路，他们减了。

判词说「减掉的正是病自己的发生史」，指的是后一样，不是前一样。

还要把另一件事说清楚，免得冤枉人。

前一节那条推论，撤名以后人「应当向从未被称为癌的人回归」，是本书替 Welch 一派推出来的一个靶子。推它的时候，本书挑的是最顺手的一条路：既然伤害来自名字，名字撤了，伤害就该散。

他们自己，很可能并不这样预测。

一个把标签的伤害认真记进账的人，完全可以说：伤害会留很久，撤了名也未必散〔待核〕。要是他们真这样说，本书和他们在「回不回去」这一格上，就没有分歧。

分歧只剩在怎么解释。他们会说，那是伤害的余波；本书说，那是路的一部分，而且刻得越深，留得越多。

所以，第 36 章的试验，判的是本书自己的预测，不是判 Welch。

改名者要是回到了腺瘤对照的圈里，输的是本书。改名者要是没回去，也不等于打倒了谁，只说明本书这条预测，这一回没有被打掉。

致命条款里那句「本卷退回　Welch」，意思是退回到「把路当成可以校正的偏倚」那种读法上。它不是说，Welch 本人押过「一定回归」那一注。

能把本书和「伤害余波」那种解释分开的，是分层里的那道梯度：刀越深，回得越少。这一层，第 19 章讲清楚。

◆ 六、放回日子里

王大夫那天后来是怎样回答赵敏的，他记得很清楚。

他说：「你是不是那个被多查出来的人，我答不了。你的主治医生也答不了。这不是谁不够努力，是这个问题，在一个人身上本来就看不见答案。」

赵敏点点头，没有再问。

她要的，不是一个「是」或者「不是」。她要的是别人不要用一句话，把她三年的日子打发掉。这一点，王大夫看出来了。

至于要不要继续复查，复查到什么时候，这件事请她和主治医生商量。王大夫能做的，是陪她把问题问清楚，再把她那句话，原样记在病历本的背面，一个字不改。

老赵那边，是另一个下午。

老赵又来了，这一回，他还是那句话：「你们量出来的病。」

王大夫这次没有笑。他说：

「老赵，你这话，有一半对。」

「哪一半？」

「你现在没感觉，是真的。你不是装的。这一半，我信。」

「那另一半呢？」

「另一半，我现在说不出来。你是不是那个多出来的人，没有谁说得出来。我能说的只有一样：你是从体检这条路进来的。和一个头晕了三个月，才跑来量血压的人，你不是同一条路。路不同，我们后面要看的东西，也不一样。」

老赵哼了一声，没再说话。他把单子折好，放进了上衣口袋，没有扔。

老赵走到门口，又回头嘟囔了一句：「反正我现在不疼不痒。」

「我知道。」王大夫说，「这一点，我记下了。」

那天晚上，王大夫在病历本的背面写了一句：「本来会怎样？谁见过。」

写完，又在下面添了两个字：「筛查。」

这是他头一回，把一个人的来路，写成了一个词。

给你一个小办法。下一次，你拿到一张写着箭头的单子，别急着问「严重不严重」。先问自己两句：这个数，是我难受了以后才量的，还是没难受就量出来的？量出来以后，我的日子里，什么变了？

这两句话，不替医生判断，也不替你下结论。它们只是帮你认出，你是从哪一条路走到这张单子前面的。

下一章，轮到一个更小的字：名。

> **带走的话**
>
> 说一个病「本来不会怎样」，得先有一条「本来」的路；这条路，谁也没走过。

> **小账**
>
> 本章拆了什么：「减掉入病路径」这一步靠的参照线——Welch 的「此人一生」是没有人见过的一条线，群体算法里的「本来」其实是另一群人走出的另一条路；Feinstein 的算术靠的是「挪动不改病程」这一条假定。
>
> 本章立了什么：立的是两处欠条：一条不经路径的自然史，和一条「迁移之下病程不变」的假定；并预告分歧预测（主），注明「撤名后应回归」是本书替 Welch 推出来的。

第 8 章

意义反应、安慰剂神经科学与可加性批评、Helman 1981 的「无病痛之病」，以及 Jutel 的诊断社会学——本卷多出次序与锁点

> **这一章的问题：**意义反应、安慰剂、错相、诊断社会学都碰到了「名」，为什么还把它当成加在病上的一份东西?

◆ 一、你一定有过这样的时刻

两个星期以后，小许又来了。

上一回，他拿着一叠全部正常的单子坐在王大夫对面，说他心慌、手麻、睡不着。王大夫翻完单子，对他说的是实话:

「单子上没有问题。我给你开一点维生素，不会有什么坏处，也说不上有多大用处。你先吃两个星期，再来找我。」

小许当时点了点头，没有露出多满意的样子。

这一回，他一进门，脸色不一样了。

「王大夫，好多了。睡得着了，手也不怎么麻了。那个维生素，我再买两瓶。」

王大夫「嗯」了一声，在病历上记了一笔。

他的心，却往下沉了一下。

不是因为不高兴。小许好了，他当然高兴。他沉下去，是因为他不知道，这个「好多了」，该记在谁名下。

记在维生素上吗？他自己开药的时候，就没指望它有什么大用。记在时间上吗？也许熬夜的那阵子正好过去了。记在那句「单子上没有问题」上吗？还是记在小许终于被人认认真真听了十几分钟这件事上？

他随口问了一句：

「你是哪天开始觉得好一点的？」

小许想了想，说出来的话，让王大夫把笔放下了：

「其实，就是你说『单子没有问题』的那天晚上。我回去就睡着了。药是第二天才开始吃的。」

药是后来吃的，好转是先来的。

这样的事，每一个做过几年门诊的医生，都碰到过。医学里为它起过很多名字：安慰剂，意义反应，期待，医患关系。每一个名字，都想把那个「好多了」，记在一个看得见的地方。

这一章，请出的是几位离「名」最近的前人。他们每一位，都碰到了名字对病的影响，而且碰得很准。本书要问的，只是他们把名字放在了哪里。

◆ 二、意义也能被测到

先说两位，看对了一件很大的事。

美国人类学家 Moerman，在 2002 年写过一本书，书名大意是《意义、医学与「安慰剂效应」》〔待核：书名与年份〕。他不太喜欢「安慰剂」这个词。因为在他看来，那个词暗示着：有一种东西叫「假的治疗」，它本来不该起作用，可是偏偏起了作用，真是怪事。

他换了一个说法，叫「意义反应」：一个人接受治疗的时候，他对这件事的理解，会引起身体的反应〔待核〕。药片的颜色、一天吃几片、是胶囊还是药丸、医生说话的口气，据说都被观察到会影响效果〔待核〕。

这些东西，不是药的成分，是药带来的意义。

意大利的神经科学家 Benedetti，往前又走了一步〔待核：专著〕。他和同事想知道：这个「意义」，在身体里到底是怎样起作用的。

他们的大意是这样的：安慰剂止痛，不是病人在骗自己。人在期待止痛的时候，脑子里确实有一套机制被启动了，可以用药物去阻断它，也可以在脑部看见它的活动〔待核〕。还有一类做法，让同一种药，一次当着病人的面给，一次悄悄地给，让病人不知道。同一种药，同一个剂量，两次的效果不完全一样〔待核〕。

这个做法，给本书一个很要紧的提示：同一份药，在病人知道它来了的那一刻，和病人不知道的那一刻，效果不一样。药没有变，到的时刻没有变，变的是：「这是一剂止痛药」这个说法，有没有先一步到达。

先还它公道。这一笔，要写足。

第一，他们让「意义」第一次可以被测量。

以前，「医生的态度」「病人的期待」，是软东西，说起来动听，放不上秤。现在不一样了：意义反应有了测法，安慰剂有了机制，有了可以重复的实验。

第二，他们给了床边那几句话一个科学的身份。

医生坐下来听病人讲上一刻钟，那一刻钟不是礼貌，是治疗的一部分。这个说法，因为有了他们的工作，才站得住。

第三，他们给这件事划了一个清楚的使用条件：当你要弄清的是「同一种治疗，在不同的说法、不同的氛围里，效果差多少」，这套做法就是最合手的工具。

本书用得上他们的材料，也乐意向他们学这一点：意义是真的，名字的力量是真的，它可以量。

◆ 三、相加不了的那一份

第三、第四位，是质疑「可加性」的那一路：Kirsch，还有 Kube 和 Rief〔待核：各自的论文〕。

要说清他们在质疑什么，得先说一下医学里最常用的那个算法。

试验里，通常把病人随机分成两组：一组吃真药，一组吃安慰剂。吃安慰剂的那组，好转了多少，是「安慰剂的效果」。吃真药的那组，好转了多少，是「真药加上安慰剂的效果」。两个数一减，剩下的就是「真药本身的效果」。

这个算法，有一个藏在后面的假定：两样东西是可以相加的。药效就是药效，安慰剂就是安慰剂，吃了真药，不过是在安慰剂的基础上，再加一份药效。

用厨房的话说：2 升水加 3 升水，是 5 升。

Kirsch，还有 Kube 与 Rief，对这个假定提出了质疑。他们的大意是：药和安慰剂，也许不是 2 加 3。它们可能互相缠着，互相放大或者互相抵消〔待核〕。要真是这样，一减之后剩下的那个数，就不再是「纯药效」了。

他们还提出了几种新的试验做法，试着把两样东西拆开测〔待核〕。

这一路的工作，本书同样要还公道。

它是医学自己对自己最基本的一个算法提的疑问，而且问得有理有据。很多医生用了一辈子的「真药减安慰剂」，被他们翻开盖子看了一眼。这样的勇气，该记。

可是，请注意，他们的批评停在了哪里。

他们批评了「可加」。他们还保留了「纯药效」。

也就是说，他们仍然相信：有一个「真药效」，存在于某个地方；难的只是怎样把它从混在一起的东西里分出来。那个纯的数，是零点，所有别的东西，都相对它而论。

本书要问的，就是这个零点。

什么样的人，才能让「纯药效」显出来？一个没有被告诉过自己的病名、不知道自己在吃什么药、对药没有任何期待、没有走过任何一条路进来的人。

这样的人，在试验里是找不到的。

每一个受试者，都是从一条路走进来的。他先有了一个够格的诊断（名），所以才能被选进来；他签了知情同意书，被告知了自己的病、药的好处和风险（名又到了一次）；他在入组之前，往往已经难受了好一阵子（痛），或者体检里查出过

什么（灶）。他走进试验的那条路，是这个试验的第一个条件，不是一个与试验无关的背景。

所以，「真药效」那个零点，不是一条与路径无关的线。它本身，就是一条路上量到的读数：一群「经过筛选、知道自己的病名、同意被研究的人」走出来的路。

这不是说试验没用。随机对照试验，仍然是挡住坏药最好的办法，这一点，本书到第 12 章还要再还一次公道。本书只多提一句：试验量到的那个数，后面应当带一行小字，写明「这是一群从这样一条路走进来的人，走出来的结果」。

用一个比方，把两个词分清楚。

「附加量」，像在汤里多加一勺糖。糖放进去了，汤还是那锅汤，只是甜了一点；想知道糖的作用，把糖拿出来，一称就知道。

「路口」，像走到一个岔路，往左还是往右。走了左边，后面看见的风景，和走右边就不是同一片了。你不能说「左边的风景，比右边多出了一块」，因为两边根本没有可以对齐的底子。

名字，在本书看来，是路口，不是糖。

◆ 四、错相是断了的路

第五位，是英国的全科医生兼人类学家 Helman。

他在 1981 年写过一篇很有名的短文，大意是在讲：医生脑子里有一套解释病的办法，病人脑子里有另一套，两套常常对不上〔待核：篇名与期刊〕。他把医生那一套叫 disease，把病人那一套叫 illness，并且举过一类情形：disease without illness，查得出病，病人却没有任何不舒服〔待核〕。他也写过反过来的一种〔待核〕。

这个「查得出病，人却没觉得病」，在这本书里借用一个词来叫：**错相**〔待核：译名〕。

老赵的血压，就是一个错相：查得出，没感觉。这种事，体检里天天有，高血压、血脂偏高，常常就是这样被发现的。

反过来的那一种，也有现成的人：小许。单子上什么也查不出，他却说难受。

先还 Helman 公道。他让门诊里每天都发生的一件事，第一次被写成了一个清楚的概念。以前，医生碰到病人不认账，常常归结为「不配合」「不理解」。他提醒大家：两个人用的，是两套不同的解释。有了这个提醒，好多医生开始学着先问一句「你自己怎么看这件事」。这是一份功德。

可是在他那里，错相，是「两套解释的错位」。医生一套，病人一套，对不上。对策，是做翻译：医生学着听懂病人的话，病人学着听懂医生的话。

本书的说法是：错相，是一条断了的路。

老赵没有痛。灶到了，名快要到了，痛没有跟上来。这条路，缺了一个环节。路断了，所以两套解释对不上，因为其中一套的源头，根本没有出现。

这样看，翻译当然还要做。可是翻译之外，还要多问一句：这个断路的人，在被确诊以后，会往哪边走？会不会，名字一到，原来没有的痛，开始跟着来了？这个方向，第 18 章专门讲。

最后说第六位，Jutel。

这位学者写过一本关于诊断的社会学的书，书名大意是《给它一个名字》〔待核：书名、年份〕。Jutel 的大意是：诊断不只是医生对病的一个发现，它是一个社会过程。一个名字落下来，就会引发一连串的事：谁有资格请假，谁有资格拿到治疗，谁被归进哪一类人里〔待核〕。分类，本身是有力量的。

这一位，是所有前人里，离「名」最近的。

先还公道。

分类的力量，在 Jutel 笔下写得很透。名字不只是一个标签，它是一道门：门里门外，待遇不同。很多人以为诊断是最「科学」的一环，Jutel 提醒大家：诊断同时也是最「社会」的一环。第 3 章里小许拿着正常的单子，不知道怎么请假，那是这种眼光看得最清楚的地方。

本书的不同，只有两点。

第一，在 Jutel 笔下，诊断常常被写成一次命名的事件：名字落下来，社会的机器随之转动〔待核〕。本书想多问一句：这个名字，是第几个到的？在它之前，已经有了痛，还是已经有了灶，还是什么都还没有？

第二，名字落下来以后，会被治疗锁住。手术、终身服药、复查的日程，是把名字刻进身体的几道工序。名字再改，工序留下的东西，不会自己消失。

所以，本书的话是：命名有先后位置，且经治疗被锁。

◆ 五、别人的功劳先写足，本书只多出一句

前面说「零点本身是一条路」，这句话不能说得像是本书头一个看见的。在它前面，已经站着好几位。

先说一件老事。

诊断检验这一行，很早就有人提醒过：一个检验准不准，要看它是在什么人身上量出来的。

Ransohoff 与 Feinstein 写过一篇讨论，大意是这样。拿一群病得很明显的人，和一群明明白白没病的人，去试一个新检验，它会显得格外准。拿到门诊里，面对那些说不清、病得轻、还夹着别的毛病的人，它就没那么准了〔待核：篇名、期刊与年份〕。

后来人们把这件事叫做「谱偏倚」〔待核：译名〕。意思是，被量的那一群人，从轻到重排成的那一道「谱」不同，量出来的数就不同。

又是 Feinstein。上一章的 Will Rogers 现象有他，这一章的谱偏倚也有他。这位先生，一辈子都在提醒同行：数字是从哪群人身上来的，要先问。

试验这一边，也有人说过同样的事。

随机对照试验里的受试者，是筛过的：年纪，病重病轻，有没有别的病，都有门槛。试验里量到的效果，搬到门诊里那些没被筛过的人身上，能不能照样成立？这个问题，有一个专门的名字，叫外推，也叫外部效度〔待核〕。

为了这件事，医学还发展出一种更贴近日常门诊的试验做法〔待核：实效性试验的提出者与年份〕。

这些，都是西医自己的功劳。它们早已看见：试验里的那个数，带着它那一群人的样子，不能随手搬走。

前面几位也一样。Moerman 与 Benedetti 看见了意义能被量，Kirsch、Kube 与 Rief 看见了药和意义不能简单相加，Helman 看见了两套解释的错位，Jutel 看见了名字是一道门。这些，本章都照实记下了。

本书说的「试验里的零点，是大家走了同一条路」，是站在这些功劳上面的一句改述。它没有推翻谁，只是把「人群不同」说得更具体一点。

具体在哪里？

以往说人群不同，说的多是：年纪不同，病情轻重不同，别的毛病不同。本书多加的一样是：进来的路不同。

举个例子。两位六十岁的人，血压一样高。一个是体检查出来的，一个是头晕了三个月才来看的。按年纪和病情，他们落在同一道谱上；按路，他们不在同一条路上。

而且，路是可以记下来的。第 15 章会讲，用病历里首个症状、首个病灶证据、首个诊断编码三个时间戳，就能把一个人走的路编成码。这样，「路不同」就不只是一句话，是一个能放进分析里的变量。

本书多出来的，就这么一句：在「谁被量」这个老问题上，加上「从哪条路走进来」这一格。

这一格有没有用，不是这里说了算，要看第 36 章的试验能不能把它量出来。

◆ 六、放回日子里

那天下班以后，王大夫没有马上回家。

他在诊室里坐了一会儿，把今天想到的几个名字，在病历本背面列了出来：意义反应、安慰剂、错相、诊断的力量。

他在每一个名字后面，写了一行小字：

「名字，被当成了加在病上的一份东西。」

写完，他又划掉了「一份东西」，改成：

「名字，是病路上的一个路口。」

他看着这两行字，觉得心里那一下往下沉的感觉，松了一点。

他想起小许说的那句话：「就是你说『单子没有问题』的那天晚上，我回去就睡着了。」

那一晚，没有药，没有手术，没有新的化验。只有一句话，落在了一个先有了痛、还没有灶、还没有名的人面前。那句话，是一个「名」吗？不算正式的名。可它做的事情，和名很像：它给了痛一个落处。

小许后来的好转，有多少是这句话带来的，有多少是维生素，有多少是时间，王大夫说不清，没有人说得清。

他能做的，只是把顺序记下来：先是这句话，然后是药，然后是好转。顺序记下来，不下结论。要下结论，得靠许多个小许凑起来的试验，不靠一个下午的印象。

下一次，再碰到类似的病人，他想先问的不是「你吃了什么」，而是：

「你是哪一天开始觉得好一点的？那一天之前，发生了什么？」

给你一个小办法。往后，你自己或者家人有一回「好多了」，先别急着记在药上，也别急着记在运气上。只在心里排一个先后：好转之前，最近发生的是哪一件？是一句话，一个检查结果，还是一个新的名字？

这个办法，不替任何一种治疗打分。它只是让你，在回头看自己的病的时候，看见路上的一个个路口。

这一章里的前人，各有各的长处，各看见了名字的一个面。本卷多出来的，只有两样，就是第 6 章说过的那两样：次序，和锁点。

前面请出的这几位，都肯让本书走近。下一章要请的，是一个最不客气的反例：一摔腿断，三样东西一起到。

带走的话

名字不是加在病上的一份药，它是路上的一个路口；先到还是后到，后面的路就不同。

小账

本章拆了什么：「名字是加在病上的一份东西」这个想法——意义反应与安慰剂把意义当成可测的附加量；可加性批评保留了一个与路径无关的「真药效」零点；错相被读成两套解释的错位；诊断被写成一次命名事件。

本章立了什么：立的是名字的位置：它是路上的一个路口，有先后，也会被治疗锁住；错相是断了的路；「纯药效」的零点本身是一条经过筛选与知情同意的路。

第 9 章

最强反例：骨折与急性阑尾炎——急症路几乎只有一条，若这里路径不带来任何增量，本卷的适用范围就到此为止

> **这一章的问题：**骨折和急性阑尾炎几乎只有一条路，路径在这里还能添什么？添不出来，本书管到哪里为止？

◆ 一、你一定有过这样的时刻

那天是个下雨的傍晚。

老赵在五金店后面的仓库里，要下一段陡楼梯去拿一箱螺丝。楼梯被雨天的潮气浸得发滑，他一脚踩空，整个人摔了下去。

店里的伙计小宋听见一声闷响，跑过去，看见老赵躺在楼梯脚下，右腿弯成了一个不该有的角度。

这一回，老赵没有说「我好得很」。他咬着牙，脸白得像纸，嘴里只有一个字，一遍一遍地重复：疼。

小宋手抖着打了急救电话。救护车来了，把老赵抬走。到了急诊，护士一边剪开他的裤腿，一边问了几句话；医生看了一眼那条腿，没有多问，直接开了单子去拍片。

片子出来，挂在灯箱上，骨头断成了两截，错开了位置。

骨科的岳医生看了片子，对赶来的赵敏说：

「小腿骨折，错位比较明显，要手术固定，今晚就安排。」

从摔下去，到片子挂上灯箱，到那三个字被说出口，前后不过几个小时。

后来王大夫听赵敏讲这一晚，听到这里，没有接话，只是在心里默默数了一遍：

腿弯了，那是灶。老赵喊疼，那是痛。「骨折」两个字，那是名。

三样东西，几乎是前脚跟着后脚，一个晚上就到齐了。他忽然意识到：这些日子，他心里一直在琢磨「三样东西谁先谁后」。可在这一晚，这个问题，没有地方放。

没有哪个医生会问老赵：你是先觉得疼、还是先看到片子的？因为没有人需要知道。这就是这一章要面对的东西，也是本书最难打的一个反例。

◆ 二、三样东西一起到

先把反例写足。

骨折，和急性阑尾炎，是急症里最典型的两种。它们有一个共同点：路只有一条。

这条路，本书叫它急症路：灶、痛、名，三样东西差不多是接连着到的，中间几乎没有空隙（本书六条路里的这一条，第 18 章会列全）。

先看骨折。一个人摔了，腿断了，灶是明摆着的，眼睛看得见，片子拍得出。痛，几乎同一刻就来。名字呢，医生看一眼片子，就能说出口。三样东西，隔着几分钟，最多隔着几个小时。

再看急性阑尾炎。一个人突然肚子疼，疼到不能直腰，发烧，恶心。医生按一按右下腹，抽血，必要时做个影像，十有八九当天就有了名字：阑尾炎。手术台就在那边等着。

在这两种病里，三样东西到达的间隔，窄得放不下任何别的故事。

先还西医公道。这一笔，要写得比哪一章都足。这是西医最拿手的地方。

阑尾炎，在有外科、麻醉和抗生素之前，常常是要命的〔待核〕。肚子一疼，几天之内，阑尾穿了，脓漏进肚子里，人就没了。今天，一个人走进急诊，当天晚上躺上手术台，第二天可能就能下床。这中间发生的事，是一整套医学的成就：解剖的知识，影像，手术的无菌，麻醉，术后的抗生素。

骨折也是一样。一条断腿，放在几百年前，常常意味着终身的残废。今天，它是一台有章可循的手术，一套康复的流程。人类寿命里的一大截，是这样挣来的。

在这一类病上，病理派的老路子——找到灶，给个名，动手治——几乎没有可挑剔的地方。

还有一件事要承认：四样「误差」，在这里差不多全都不出场。

领先时间偏倚，要有筛查才有；一摔腿断，没有谁在筛。病程长度偏倚，也是一样的缘故。过度诊断，要有一个「此人一生不会出症状」的病；一条错了位的腿骨，不会有这个问题。反安慰剂，需要名字先到、痛跟着变；这里是痛先到，名字只是在追认它。

所以，Welch 和 Feinstein 要减掉的那几样东西，在这里没什么可减。那个「与路径无关的真病」的零点，在这里几乎是真的：因为所有人走的，是同一条路。

说得直白一点：在这个范围里，用西医原来的办法，已经足够好。本书没有理由，也没有打算，去挑战它。

◆ 三、只剩锁点可看

反例不能只是承认。反例要压一压：压一下，看这里面到底还有没有东西。

压之前，先把规矩写好。

第一，先说什么叫「增量」。本书的主张是：入病路径是病的一个属性。那么，在急症里，如果路径还有话可说，它说出来的东西，必须是伤情和治疗这两个老词解释不了的。

就是说：把伤情对齐，把治疗也对齐，路径这个变量，还能多解释病程或病痛里的一点差别。这才叫增量。

要是说出来的东西，换成「伤情」或者「治疗」就能说完，那就不是增量，只是换了一个说法。

第二，先把两种结局都写在前头。

要是找到了增量，就写出它出现的条件，说清是在哪几种情形里，路径在急症里也有话可说。要是没找到，就老老实实收窄，原话是：

本卷的适用范围就到此为止。

急症，不归本书的主张管。

规矩定好了，现在开始压。有三处可以压。**第一处，路径本身。**

在骨折和急性阑尾炎里，路几乎只有一条。没有变化，就谈不上增量。

当然，路径不是绝对的一条。比如，有的阑尾炎，是因为别的原因做了腹部的影像，碰巧在上面看见的〔待核〕。这时，灶比痛先到了一步。这样的情形不多，而且即使如此，痛往往随后几个小时就来了，到手术台上，两种来法的人，没有什么可比较的东西。

还有一类要分清的，是名字相同、路却不同的情形。骨折这个名字，并不决定一个病走的是不是急症路。比如，有些老年人的脊椎压缩性骨折，没有摔过，没有剧痛，是在拍胸片的时候，顺带看见的〔待核〕。灶先到，名后到，痛不一定到。这样的「骨折」，走的是另一条路，是慢病和筛查的路，不是急症路。

这个例子很有用，它让本书的边界变得清楚：边界不按器官划，也不按病名划，按路有几条划。同一个名字底下，有的人走一条路，有的人走好几条。

第二处，锁点。

锁点是本书最容易在急症里找到用场的概念。手术一刀下去，回不去。这不是正好吗？

先看一个对照。

2020 年发表的一项大型试验，叫 CODA，比较了得了急性阑尾炎的成年人里，两种办法：一组做手术切除阑尾，一组先用抗生素治疗〔待核：试验名称、年份与结论〕。本书转述大意：就试验设定的主要指标看，抗生素这一组的结果不比手术差；不过，抗生素这一组里，有一部分人，后来还是做了手术〔待核：比例，本书不引数字〕。

这件事，本书不评谁对谁错。选哪一种，请和外科医生商量。

本书关心的，是它给了一个什么样的观察机会：同样是急性阑尾炎，一个人走进了手术室，另一个人没有。前一个人，阑尾没有了，肚子上多了一道疤，名字被刻进了身体。后一个人，阑尾还在，这个名字还悬着，会不会再发，没有人敢保证。

这里有一个锁点：手术。一个人过了，一个人没过。

请对照开头定下的规矩来问：这个锁点的差别，需要「入病路径」这个变量来说明吗?

不需要。这两个人，走的是同一条路。他们的差别，从一开始就是「治疗不同」。要说清楚前一个人为什么不再担心复发，后一个人为什么还在担心，不需要说路径。只需要说：一个人切了，一个人没切。

外科医生早就知道，这件事叫「不可逆」。本书用「锁点」两个字重新叫了一遍，没有新增任何东西。

倒是有一处，看上去也许能多说一点：两种人后来的心里，是不是不一样？一个已经了结了，一个在等着。如果有人认真量过这两组人后来「担不担心再发」，那是锁点能多说一点的地方。本书没有找到这样的材料〔待核〕。没有材料，就不能拿来撑自己。

第三处，撤名。

「撤名不复原」，是本书最看重的新现象。在急症里，有没有撤名的情形?

有。比如，有的人被诊断为急性阑尾炎，送上了手术台，切下来以后，病理看了一眼，说这个阑尾其实是正常的〔待核〕。名字被撤了，刀却已经下过了。

这看起来，很像赵敏。名字撤了，锁点在撤名之前已经过了，人回不去。

细想一下，这两件事，不是同一回事。

这位被切了正常阑尾的人，回不去，是因为阑尾真的没有了，那是刀留下的东西，是身体的一部分被拿走了。不用「名字」来解释，也完全说得通。

赵敏不一样。她的腺叶也被拿走了，这一点是刀留下的。可是本书关心的，是刀之外还剩什么：那份「我是癌症幸存者」的自称，那份仍然按癌症来排的日子。

要在急症里找到类似的东西，需要有人去比：被撤了名的那些人，和一开始就被诊断为别的、做了同样手术的人，后来的状况有没有差别。

这样的比较，没有人替我们做过，本书也不敢替它们说话。所以，这一处，本书记作「不知道」，不拿来撑自己。

三处压完，结果是：没有找到。

在路几乎只有一条的地方，路径没有变化；锁点只是外科医生早就知道的那个不可逆；撤名的情形，要么只是刀的事，要么没有材料。

没有任何一处，是「路径」这个变量，在伤情和治疗之外，多说了一句话的。

本书承认这个结果。同时，本书给自己留下一道门：要是有人拿出材料，证明在急症里，伤情和治疗都相同，只有入病路径不同，此后病程或者病痛却分叉了，那么本书愿意把范围往里放宽。现在没有这样的材料。

◆ 四、本书管到哪里为止

所以，该收窄的，就收窄。

话要说得清清楚楚：

急症，不归本书的主张管。

本书主管的，是四个地方：慢病、筛查、低风险病变，与改名。

这四处，不是随便挑的。它们有一个共同的样子：三样东西到达的间隔，可长可短；路，可以有好几条；名字可以先到，也可以后到，还可以被撤走；治疗可以早做，也可以晚做，还可以不做。

慢病，如老赵的血压，如纤维肌痛。病不是一下子来的，今年查出来，明年才难受，后年才被叫做某某病。三样东西散得很开，次序因此有了意思。

筛查，如老赵走进的那条路。灶先被机器找到，名字跟上，痛不一定来。

低风险病变，如赵敏的结节。它不会马上要命，所以名字什么时候落、落成什么、要不要动手，都有商量的余地。商量的余地，就是路分岔的地方。

改名，就是赵敏的情形：名字落下了，又被撤走，剩下的是什么。

四处的共同点，一句话说完：三样东西到得有先有后，路上有岔，名字有位置可挑。

急症恰恰相反：三样东西挤在一起到，路上没有岔，名字没有位置可挑。

所以，本书的判词——「同一个病，从不同的路走进来，就不是同一个病」——在急症里，不是说错了。是前提不在了：这里只有一条路，用不上「不同」两个字。

所以，收窄以后的说法是：「入病路径是病的属性」这句话，只在路确实分了岔的那几处，才谈得上要不要成立；成不成立，由第 17 章的那条线来判。

有两件事，要同时说一下。

第一，收窄，不等于急症不重要。恰恰相反，急症是西医最硬的一块地方，本书不碰它，是因为它不需要本书。

第二，本书在第 18 章列六条路的时候，仍然会把急症路列进去。因为六条路要排全，才看得出哪一条最窄、哪一条最宽。排全了，才能理直气壮地说：这一条，本书不管。

◆ 五、放回日子里

老赵出院，是在两个多星期以后。

那天，赵敏推着轮椅，把他送到了王大夫的诊室。老赵的右腿打着石膏，架在轮椅前面的踏板上。

他一进门，嗓门又大了起来：

「王大夫，这一回，我服了。」

王大夫抬头看他。

「以前你说我有病，我心里不服，我又没觉得哪儿不对。这回，我一摔，腿一弯，我自己就知道哪儿坏了，用不着你们说。」

王大夫笑了。

他心里清楚，老赵这句话，说得很对。腿断了，就是腿断了。老赵不需要谁去解释，也不需要谁去校正。三样东西，一个晚上就对齐了，不留任何缝隙。

「这一回，」王大夫说，「我没话说。」老赵得意地哼了一声：「我就说嘛。」

他又补了一句，指了指放在桌角的血压计：「那个红的呢？」

「那个，」王大夫说，「是另一回事。」他没有往下解释。他知道，老赵血压的那个「另一回事」，正是这本书的所在。

那天晚上，王大夫把病历本翻到背面，写下了一行字：

「一摔腿断，三样东西一起到，不用想。」下面又写了一行：「想的，是那些隔了很久才凑齐的。」

给你一个小办法。下次听人说起一个病，你可以先问一句：这个病，是三样东西挤在一天里到的，还是隔了几个月、几年才凑齐的？

挤在一天里的，病多半就是那个病，和医生商量着办就好。隔了很久才凑齐的，才是这本书要陪你想的。

这个问法，不替医生判断。它只是帮你认出，你面前的这个病，是不是一个有岔路的病。

对手和反例，到这里都见过了。下一章，王大夫在病历本背面画一张三格的表，把三家互相借的账，收到一处。

> **带走的话**
>
> 一摔腿断，病就是那个病；本书不跟这种病争，它只管那些走得出好几条路的病。

小账

本章拆了什么：「入病路径放之四海而皆准」这个想法——在路几乎只有一条的急症里，路径没有变化，锁点只是外科早就知道的不可逆，撤名要么只是刀的事、要么没有材料，三处压完，没有找到路径的增量。

本章立了什么：立的是本书的边界：急症不归本书的主张管；本书主管慢病、筛查、低风险病变与改名，这四处的共同样子是三样东西到得有先有后、路上有岔。

第 10 章

三家互相欠：一张欠条表

> **这一章的问题：**三家各自借了另外两头什么？它们一起默认的那个前提是什么？

◆ 一、你一定有过这样的时刻

你家里大概有一本这样的账，不一定写在纸上。

谁家办喜事，你随了多少。谁帮你搬过家，谁借过你一把梯子，谁在你最难的那个月替你垫过房租。没有借条。大家心里都有数，谁欠谁，谁该先还。

这种账有个特点：欠的人，往往自己没觉得在欠。他只觉得，这事本来就是这样的。

那天门诊结束得晚。护士小邓收拾完推车走了，诊室里只剩王大夫一个人。他把上午的三份单子摊在桌上，又翻开病历本，在最后一页的背面画了一张表。

三格。

第一格他写「单子上的」，指化验、影像、病理这一类白纸黑字的东西。第二格写「准许的」，指假条、复查日程、别人看你的眼光。第三格写「自己说的」，指那句「我很难受」，或者「我好得很」。

然后他把三个病人填进去。

小许：第三格写满了，前两格是空的。

老赵：第一格有红字，第三格是他自己说的那个「好」，第二格空着。

赵敏：三格都有字。第一格里有个字被划过，是病理报告上的「癌」，划掉了，旁边写着 NIFTP。第二格里是每年一次的复查。第三格里，是她那句「我是癌症幸存者」。

王大夫盯着这张表看了很久。

他发现，让人头疼的不是哪一格空着。三格都有字的赵敏，反而最难读。因为她第二格和第三格里的字，是靠第一格那个被划掉的字写出来的。

字划掉了，字底下的东西还在用。

这就像一本账。有一笔进项，记在这一家名下，可钱其实是另一家垫的。账面上是平的，因为那笔垫款没有写。

这一章要做的事，就是把三家的账摊开，一家一家地看，它们各自垫了谁的钱。

◆ 二、谁借了谁

先说一条规矩。「欠条」在这本书里只有一个很窄的意思，不要读宽了。

一家学问有它的立论门。门里面，是它自己推出来的东西：从它的出发点出发，一步一步，走得到的。门外面，是它没有推、却直接拿来用的东西。拿来用了，又没有说一声「这是我借的」，这就是一张欠条。

反过来，说了的不算。一家学问把条件摆在桌面上，写明「我只在这个范围里成立」，那叫公开承认的条件，不叫欠条。

举三个例子。Boorse 说疾病是功能低于物种的典型水平，他讲得明白：拿来比的，是同年龄、同性别的一群人（转述大意）〔待核〕。这是条件，摆在明处。Kleinman 一路讲，病痛的说法受文化塑造〔待核〕，他把这一点当主张来讲，也不是欠条。Parsons 讲病人角色要靠医生认可才发得出来〔待核〕，这一句他也说了；他没说的，是医生认可所凭的那张单子，是怎么来的。这最后一句没说的，才是欠条。

按这个标准，把三家各自的账摊成一张表。

派	它在自己门里推出来的	它直接拿来用、没推出来、也没有说明的
病理派（押病灶与指标）	病灶可以一级一级往小处找，从器官到组织、细胞、分子；找到了灶，就能追原因，就能动手。	其一，「多高算高、多大算癌」那条线，当作病灶自带的刻度，没有说它是一群人坐下来商量定的。其二，灶要被看见，得有人走进诊室；人来不来、为什么来，当作不用问的事。

派	它在自己门里推出来的	它直接拿来用、没推出来、也没有说明的
病人角色派（押关系里的身份）	病不只在身上。人被准许请假、被准许不尽义务，这一套准许，本身就是病的一部分。	其一，准许要凭的那张诊断单，当作现成在手，没有说单子上的名和灶是怎么来的。其二，角色给的是义务和豁免，「难受」当作已经在那里，没有说它从哪来。
病痛派（押病人自己的难受）	「我很难受」是一个独立的事实，不是化验单的附属品；病人怎么讲，值得认真听。	其一，病人讲难受时用的词，多半是医学借给他的，当作他自己的话。其二，难受的样子是在问诊那一来一回里长出来的，当作他一个人关起门长成的。
三家共有	三家推的都是「病落在哪一头」，没有一家推过「谁先到」。	见下一节那一条。

先看左边那一列。

病理派说，病有地方可找，找到了就能动手。这是人类寿命挣下来的一大块。病人角色派说，病也发生在关系里，你生了病，被准许歇一歇，这一套准许是真的，不是装的。病痛派说，「我很难受」不是化验单的附属品，这一句让「病人怎么说」第一次进了医学的门。

三句话，都站得住。这一列写出来，并不为显得它们不重要，恰恰相反：它们是各自的本钱。

再看右边那一列。

把三行读下来，你会发现一件事：每一家的第三格里，写的都是另外两家的名字。

病理派欠的，是「线是谁定的」和「人为什么来」，前一句落在关系那一头，后一句落在病人那一头。病人角色派欠的，是「单子怎么来」和「难受从哪来」，一句落在病灶那一头，一句落在病人那一头。病痛派欠的，是「词从哪借」和「问诊怎么问」，一句落在病灶和诊断那一头，一句落在医生和病人之间。

三家各借了另外两家的钱，却都把借来的当作自己的本钱记账。

每一张借条，在日子里都有一个样子。

病理派那一条，「人为什么来」。有些研究是在人死后做的：把没有因为甲状腺的事情进过诊室的人解剖开来，看他们的甲状腺。结果是，不少人的甲状腺里有

从来没被发现过的小病灶〔待核：尸检研究的出处与比例〕。灶在，人没来，灶就一直没有名字。反过来，一个人今年走进了体检中心，灶就在今年有了名字。灶是一样的灶，「被看见」这件事，要靠一个人迈进门槛。病理派的推导，从灶出发，到灶为止，门槛不在里面。

病人角色派那一条，「单子怎么来」。小许想请假，领导问他：「医生怎么说？」他拿不出一张写着病名的纸。准许发不出来，角色就发不出来。角色派讲得对，准许是病的一部分；准许要凭一张纸，纸上的名，又是病理派和医生之间的事。角色派的推导，从关系出发，那张纸是从门外递进来的。

病痛派那一条，「词从哪借」。小许半夜刷手机，搜了一圈，回来对医生说：「我觉得自己是不是有焦虑。」「焦虑」这个词，是他在网页上借的。他的难受是真的，可难受说出来的样子，一半是借来的。病痛派说，要认真听病人怎么讲；可是病人是用谁的词在讲，这一点，没有记进账里。

这三张，就是三家「互相欠」的意思。这没有指责的意思。任何一家学问往前推，都要借门外的东西，借了没写，也常有。

要紧的是，这张表只画出了三家各自门里门外的那一圈，这一圈里的账是可以数的。数出来，每一家欠的是什么、欠谁的，都清清楚楚。

再说一遍，这三家是本书的编码假说，不是学派史的定论。三分里，病理派、病人角色派、病痛派，与前面说的病灶、角色、病痛这三头，只是部分对得上，不是一一对应。你要是在哪一家里找到了不在这张表里的东西，那是它在表外的本事，不是表错了。

◆ 三、没说出口的那一条

圈里的账数完了，还剩一笔。

这一笔不在任何一家的名下。三家都没有写，三家也都在用。本书把它叫作三家共有的、从未说出口的前提，原文是这样的：

> 病有一条不经过「怎样被走进来」的自然史，三家各自争的只是这条自然史落在哪一头；入病的次序被三家一致交给了流行病学，当作偏倚去校正

这句话有两半，一半一半地读。

前半：病有一条不经过「怎样被走进来」的自然史。

打个比方。一条铁路线，不管有没有乘客上车，它自己是有的：从哪站到哪站，经过几个山洞。乘客从哪个站台上车，是乘客的事，不改线路。三家不约而同地，都把「病」想成了这样一条线。

三家吵的，是这条线铺在哪。病理派说铺在身体里，铺在那个灶上。病人角色派说铺在关系里，铺在被准许的那套身份上。病痛派说铺在人心里，铺在那份难受上。吵来吵去，吵的是线的位置。没有人问：线在乘客上车之前，真的已经铺好了吗？

后半：入病的次序被三家一致交给了流行病学，当作偏倚去校正。

怎么叫「入病的次序」？先觉得难受，还是先被查出一个数？先被叫了病名，还是先被发现了灶？三个病人走进诊室的次序不一样，这是明摆着的事。三家碰到这件事，反应惊人地一致：这是统计上的麻烦，让流行病学去处理。流行病学也确实有一套处理的办法，下一章起慢慢讲。

办法的名字，就叫领先时间偏倚、病程长度偏倚，叫校正。「偏倚」两个字，就是说：这与病无关，是我们观察病的方法带来的误差。

举个再平常不过的情形。一种病，靠体检早早地查出来了，查出来以后又活了很多年。你会觉得，早查出来真好。统计学家会先问一句：这「多活的年头」，是不是只是因为从更早的时间点开始数？起点往前挪了，终点没动，数出来的年头当然长了。这个问法没有错，它挡住了无数虚假的进步。

可是请注意它做了一件什么事。它把「早早查出来」和「后来才有症状才查出来」，当成了同一个病的两种测量。病是同一个，只是量的时间点不同。差别被算进了「测量」，没有算进「病」。

合起来：病自己有一条线；你怎么走近它，是你的事；你走近的路带来的差别，是误差，要减掉。

这就是三家共有的那张欠条。

为什么说它是欠条，而不是一个大家公开接受的出发点？看三个理由。

第一，没人说过。翻三家的书，没有一家写「我假定病有一条与路径无关的自然史」。它是被默认的，没有被声明。

第二，没人推过。三家推的都是「是什么」：是灶，是角色，是难受。「谁先到」是一个关于先后的问题，三家各自的出发点里，没有一个是关于先后的。从三个不说先后的出发点，推不出一条与先后无关的线。它只能是从门外拿进来的。

第三，它是三家一起借的。一家借了钱，可以找另外两家对账。三家一起借，没有人对账，账就一直平着。

在诊室里，这个前提常常藏在几句家常话里。「这个病迟早会查出来的。」「它本来就在那里，只是你没发现。」「早晚的事。」这些话说得都很自然，听的人也点头。话里有一个没说出口的意思：病是先于你走进来的，你什么时候、从哪条路走进来，不改变它。

王大夫自己也说过这样的话，说过很多回。每回说完，病人都放心一些，他自己也觉得踏实。直到那天他在病历本背面画了那张表。

本书不说这个前提是错的。它也许对一部分病成立，比如一场骨折，一个急性的阑尾炎。本书只说，它是一张没写的借条，谁借的，借了多少，到现在还没有人数过。

数它，需要一件趁手的东西。第 12 章会请出那件东西：流行病学的去偏倚装置。那里会看到，这张欠条在每一次「校正」里都被用了一回。

还有一点，请你留心。这个前提，不是三家哪一家的毛病。三家各自的贡献，没有一样被它抵消。病理派的定位，病人角色派的身份，病痛派的叙事，都留在左边那一列里，站得好好的。它们只是，在同一个地方，一起借了钱。

◆ 四、放回日子里

第二天上午，老赵第一个到。

他刚坐下，就把一张纸拍在桌上：「我昨天去药店量了，一百三十八，八十五。你说，我是不是又超标了？」

王大夫没有马上答他。他翻开病历本的最后一页，那张三格的表还在。

「老赵，你昨天去量血压，是自己想起来的，还是有人让你去的？」

老赵想了一下：「我女儿说，让我去量量。」

「量出来以后呢？你觉得怎么样？」

「也没怎么样。就是，回来路上，是想了一会儿。」

王大夫点点头，没有往下问。他在第三格里记了一笔：量完以后，想了一会儿。

这三个问题，没有一个是在问「你有没有病」。他问的是，这一句话，借了哪一格的东西。

老赵那句「是不是又超标了」，第一格借的是药店里那台机器的数，第二格借的是女儿的催促，第三格借的是他回来路上那一会儿的想。三格都有，各占一份。要是只听数字，那就错过了两份。

给你一个小办法。下一次，你听见谁说起自己的病，包括你自己，别急着问是什么病。先听一听，这句话，借了哪一格的东西。是借了单子上的数，借了别人的准许，还是借了自己的感觉？一句话里，往往三样都借了。

借，不是错。只是知道自己借了谁的，说话就稳。

老赵走了以后，王大夫把那页纸撕下来，夹进了病历本里。他想，明天换一个角度再听一遍小许。小许那一格，写满了，另外两格空着。空着的两格，不是没有东西，而是东西还没有来。来的时候，是先来一个名，还是先来一个灶？这一点，他以前从没记在病历上。

> **带走的话**
>
> 三家吵的是病落在哪一头，却一起默认了：病有一条不管你怎么走进来都一样的路。

小账

本章拆了什么：三家各自门里推出来的，和它们直接借来、没有写明的；三家一起借、从没人数过的那一张欠条。

本章立了什么：三家共有的、从未说出口的前提，原文亮出；欠条的意思立下，窄用，公开承认的条件不算。

第 11 章

欠条一：诊断标准从哪里来——阈值招进来的人回头改写了这个病的预后

这一章的问题：诊断标准往下挪一格，招进来的人怎样回头改写这个病？

◆ 一、你一定有过这样的时刻

过了两天，老赵又来了。这回他带的不是药店的小票，是两张社区体检表，一张去年的，一张今年的，并排放在桌上。

他的手指在两张纸之间来回点了几下：「王大夫，你给我看看。去年这一栏写的是『正常』，今年写的是『偏高』。我这一年，吃的是一样的饭，扛的是一样的货，你说，我的血管是一夜之间变了？」

王大夫低头看了看。去年那个数，和今年那个数，差不了几毫米汞柱，几乎是同一个数。

他把两张表翻到最下角。去年那张，参考范围一栏印的是老线；今年这张，社区换了新版的表格，印的是新线。数几乎没动，印在数旁边的那一行小字动了。

「标准改了。」他说。

老赵愣了一下：「标准改了？那就是说，我什么都没变，是尺子变了？」

「差不多是这个意思。」

「那我这个『病』，是怎么来的？」

老赵是做五金生意的人，一辈子跟尺子打交道。他知道一把尺子刻错了，量出来的东西全跟着错。他不明白的是，量血压的尺子，怎么也有人说改就改。

这个问题，王大夫在诊室里听过很多回。每回他都要想一想，该从哪说起。

这一章，就从这里说起。

◆ 二、标准往下挪了一格

先把事情说清楚。

高血压的诊断线，在很长一段时间里，常见的写法是 140/90。上面那个数是收缩压，下面那个是舒张压，单位是毫米汞柱。超过这条线，就叫高血压。线以下，到 120/80 之间，一度被叫作「高血压前期」〔待核〕。

2017 年，美国的几个学会联合发布了新的指南，把一级高血压的起点，往下挪到了 130/80〔待核：年份、机构〕。原来叫「前期」的那一部分人，一夜之间成了一级高血压。

各地的体检表跟上新线，快慢不一；老赵所在的社区，是今年才换的表。这是后话，先说这一格是怎么挪的。

挪这一格，是有证据的。指南的制定者们参考了一些大型试验，其中有一项把血压目标压得更低，结果显示，压得更低的人，心脑血管的事件更少〔待核：所指试验及其结论〕。这是一批认真的人，看了认真的数据，做出认真的判断。往下调线，常常就是为了让更多人早一步得到好处。这一点，本书一个字也不打折。

指南的制定者还留了一道保险。新指南里，一级高血压的人并不是一律吃药；其中十年风险较低的，建议先从生活方式做起〔待核〕。他们自己知道，被线招进来的这批人，和线上面的老一批不一样。

还有一件更老的事，值得讲。二十世纪中叶，英国有两位医生，Platt 和 Pickering，为一个问题争过很多年〔待核：年代与观点〕：高血压，是一种和正常血压断开的病，还是血压这条连续曲线的高端？Platt 一边看到的是断开，Pickering 一边看到的是连续。大意是：Pickering 说，血压高和不高，没有天然的界，界是人划的〔待核〕。后来的数据，大体站在连续这一边〔待核〕。

这场争论没有过时。线上线下的人，血管里的东西是连着的。线，是后来的人，为了能做事画上去的。

还要说一件事：并不是所有地方的指南都跟着挪。欧洲的学会在随后的指南里，仍然把线放在 140/90〔待核〕。同样的血压，在一个地方被叫作病，在另一个地方还不是。

为什么不同的学会，对同一批数据，画出了不同的线？因为线不是从数据里自己长出来的。数据摆在那里，有人觉得这个风险值得提前处理，有人觉得再看看。线，是一群人商量的结果。

这是医学里一个很老的事实，一点也不丢人。糖尿病前期也是这样。空腹血糖到了多少，叫作「前期」？美国糖尿病学会的线和世界卫生组织的线，下限不同，一个低一些，一个高一些〔待核〕。同一个人，拿着同一个数，在甲的单子上是「前期」，在乙的单子上是「正常」。

骨质疏松也是这样。骨密度低到多少算病？有一个国际通行的算法，拿一批年轻健康成年人的平均值做参照，低过某个倍数的标准差，就算〔待核：世界卫生组织的专家组在上世纪九十年代提出，具体年份与数值〕。这条线一画，被叫作骨质疏松的人一下子多了许多。

这三个例子里，被量的东西没有变。血压、血糖、骨密度，这个人身上的这个读数，是一样的。变的，是读数到了哪儿，被叫作什么。

王大夫的病历柜里就有这样的例子。同一个人，同一个读数，三年里的病历首页，写的字不一样：先是「血压偏高」，后来是「高血压前期」，再后来是「一级高血压」。三个字，他的血管没有变过一回。变的是首页上的名，和跟着名来的那一串安排。

◆ 三、新来的人改写了旧病

线一挪，还有第二件事发生。

线下挪了一格，新来了一批人。这批人是原来的线外面的人，他们的血压比原来的病人低，风险也低。他们加入以后，这个病的人群变了。

用一笔算术说一说。下面是纯粹的算术示意，不是任何一项研究的数据。

假设原来的线以上，有一百个人，十年里出了十次心脑血管的大事。换算一下，是百分之十。

现在线往下挪了一格。新进来一百个人，他们原本就风险低，十年里出了两次。把两批合起来看：二百个人，十二次，是百分之六。

没有一个病人变好。可是这个「病」的预后变好了。它从百分之十变成了百分之六。

读到这里，你可能会想，这是个文字游戏。不是。这笔算术，在真实的医学统计里，天天发生。

治疗的人看到这个变化，会觉得：这个病比以前轻了，治疗比以前灵了。其中有一部分，确实是真的，因为治疗确实在发生作用。可是还有一部分，纯粹是人群换了。这两部分混在一起，没人拆得开。

还有一件事，更微妙。

王大夫刚上班那几年，诊室里的高血压病人，多半是来看头痛、头晕、眼底出血的。他们是被症状送来的。现在诊室里的高血压病人，多半是什么也没觉得、在体检单上看到一个红箭头的。这两批人叫同一个名字，可是他们是同一种病吗?

新来的这批人，和老一批，差的不只是血压的高低。

愿意去体检的人，和不愿意去的人，生活习惯往往就不同。愿意去量血压的，平日多半更留心自己的身体，吃得清淡的、动一动的，比例可能更高。流行病学里有个说法，大意是「爱体检的人本来就更健康」〔待核：这一类偏倚的通行叫法〕。所以线往下挪，招进来的轻症者，比同样血压、没去查的人，可能还要轻一点。这是平均预后变好的第三个来源，混在前两个里面，一起算进了「治疗灵了」。

这是王大夫的感觉，不是研究。它和那笔算术放在一起，指向同一个方向：线一动，病的构成就换了。构成一换，这个病整体的样子——它的预后、它的常见表现、教科书里怎么写它——都跟着换。

这就是本章要说的第一个判断：诊断阈值招进来的人，回头改写了这个病的自然史。

要把话说准。这个判断里，有一半是医学公认的。阈值下移，会改变一个病的人群构成，进而改变平均预后。统计学上叫迁移，第 7 章里 Feinstein 1985 年讲的分期迁移，讲的是同一类事情。另一半是本书的读法：这件事不只是统计上的人群

换了，是病本身在换。换，是因为这批人是先被量出来，才被叫作病人的。他们走进这个病的方式，和老一批人不一样。

说到这里，把病理派要得到的公道再补足一笔。

它并没有说过「线是天生的」。临床指南的前言里，一向把话说得谨慎：这条线是推荐，是综合了证据与利弊后的建议，不是自然界的分界。病理派的人自己最清楚这一点。

只是推到下一步，从指南走进诊室、走进体检报告、走进病历首页，这句谨慎的话慢慢被磨掉了。线变成了一个字：「病」。病人看到的，是这个字，不是那段前言。

线本来是一个「建议」，传到病人手里，成了一个「事实」。这一路上，每个人都在认真做事，没有哪个人在骗谁。

◆ 四、刻度是谁定的

那么，这条线是谁定的？

病理派的做法，是把线当作病灶自带的刻度。好像血压 130 这个数，天然就比 129 多了点什么，血管壁在那一格上，会有一个看得见的变化。可是没有。从 129 到 130，血管壁没有一个台阶。风险是一条平滑上升的曲线，没有哪个数是悬崖。

还有一件小事，临床上人人都见过。同一个人，早上量一回，下午量一回，数常常差上好几毫米汞柱，有时还不止；站着量与坐着量、刚走完楼梯量与歇了一刻钟量，也不一样。一个人在一天里，完全可能被这条线来回地划进、划出好几次。线是硬的，人是活的。

有人会反驳：既然是平滑的，为什么不干脆不画线？因为医生要做决定。给不给药，要不要复查，要不要生活方式干预，都得有一个能执行的界限。画线，是为了能做事。这一点，要还它公道。没有线，指南没法写，门诊没法开。

所以问题不在画线。问题在，画线的这个动作，被记在了「病」的账上，没有记在「画线的人」的账上。

病理派推到「线以上是病」，这一步，是从病灶的读数推出来的。「线画在哪里」，不是读数能推出来的。它是一群人，带着当时的证据、当时的担心、当时的利益平衡，坐下来商量的结果。线是互动里长出来的东西，不是病灶身上刻着的东西。

这就是本章的欠条。回到上一章那张表，病理派那一行的第一条，写的就是它。

线一定下来，后面的事就一件一件跟着来了。名到了：体检报告上多了一个词。接着是复查的日程，医生叮嘱的几句话，家里人变得小心的语气。这些不是病灶带来的，是名带来的。而名，是线给的。线要是挪了一格，这一整串东西，就换了一批人去经历。那批新来的人，从此也要学着和一个名字过日子。

病理派的账上，「线以上叫病」写得清清楚楚。「线是委员会定的」，没有写。这一笔，是从互动那一头借来的，借了没有记账。

这张欠条还有另一面。线一画，名一定，名就开始招人。招进来的人，回头又改写这个病的样子。线动一下，病换一批人；人换了，病的整体面貌换了；面貌换了，下一版的线再往哪里挪，依据又不同了。这是一个圈。圈里没有一个「原来的病」可以站着不动，等着被量。

还有一层。线一挪，被招进来的人里，有一部分是什么感觉也没有的。他们被叫作病人，是因为单子上的一个数。这一类人，是先被灶找到、再被叫名、最后才开始有感受的。这样走进来的人，和先难受、再去查的人，不是一路人。导论里露过面的那个词「路」，说的就是这个。这里先不展开，只留一个记号：同样的血压，走进来的路不同，后面的日子可能不同。

请注意本书没有说什么。本书没有说 130/80 画错了，也没有说应该画回140/90。这是证据的事，是医学界自己的事，是你和你的医生之间的事。本书只看一件事：这条线，不是病自带的，是人定的；定了以后，病换了一批人。

◆ 五、放回日子里

老赵听完，沉默了一会儿。

「所以，」他说，「我去年是『正常』，今年是『偏高』，不是我变了，是线变了。」

「是线变了，也不全是线变了。」王大夫说，「线变了，是一半。另一半是，你现在被叫作病人了，这个名字会跟着你，会影响你以后怎么看自己的血压。这个影响，我也说不清是好是坏。」

老赵没有接话。他想起这几天，自己确实有些不一样。以前家里有人问起他的血压，他嗓门一提，说「好得很」。这两天他没提这茬。夜里上厕所，他会摸一摸自己的脉。他不知道这算不算一种变化。

王大夫看着他的脸，没有往下问。这件事，他在第三格里记了一个问号。

老赵挠了挠头：「那你们医生自己，信不信这条线？」

「信。」王大夫说，「信它是一条有用的线，因为没有线，就没法决定谁先得到帮助。可我不把它当成你身上长出来的东西。」

老赵点点头，又问：「那我该怎么办？吃不吃药，要不要换个办法？」

「这件事请你和你的医生商量。」王大夫说，「我今天只想让你看清一件事：你手里这张纸上的『偏高』，是这样来的。」

他在老赵的体检表下角，指着那行小字：「你看这儿，参考范围。哪一年的，谁定的，写在这儿。」

老赵眯着眼睛看了半天：「就是一行字。」

「对，一行字。你以后拿到任何一张单子，先看这行字。不是为了不信它，是为了知道你面对的，是一个数，还是一个数加一条线。」

王大夫心里还留着一句没说的话。线是人画的，这个道理说起来不难；难的是后面那一步：医学拿什么办法，保证这条线画出来的病，和病自己的样子是一回事？它有一套很好的办法，叫试验，叫校正。那套办法靠什么做零点，下一章再说。

老赵把两张表叠起来，折了一下，塞进口袋。出门的时候，他回头问了一句：

「那我女儿那个事，也是线的事？」

王大夫没有马上答。他想起赵敏的病理报告，想起那个被划掉的字。

「那个，下下章再说。」

带走的话

标准挪一格，病就换了一批人；换了一批人，病就不是原来的病了。

小账

本章拆了什么：病理派把阈值当作病灶自带的刻度；其实线是一群人在互动里商量出来的。

本章立了什么：诊断阈值招进来的人，回头改写了这个病的预后和样子；画线的动作，该记在画线的人账上。

第 12 章

欠条二：随机对照试验与流行病学的去偏倚装置——盲法、领先时间校正、安慰剂减法，共用一个「与路径无关的真病」做零点

> **这一章的问题：**盲法、领先时间校正、安慰剂减法共用的那个「真病」零点，有没有被证明过？

◆ 一、你一定有过这样的时刻

王大夫年轻的时候，参加过一次药物试验。

那时他刚工作几年，在一家医院的内科轮转。有一天科里来了一批药，说是要做一项对照，让几个年轻医生帮着登记病人。药盒是一模一样的白盒子，只在盒底印着一串编号。

他记得发药的那位老护士，一边把盒子递给病人，一边小声嘀咕：「我也不知道哪一盒是真的，哪一盒是糖丸。」

王大夫当时觉得有点好笑。他问：「您都不知道，那谁知道？」

老护士指了指天花板：「楼上的统计组知道。他们说，我要是知道了，你要是知道了，病人一看我们的脸色，就全知道了。」

这一句，他记了二十多年。

他当时的感受是佩服。这样干净的办法，把医生的脸色、病人的盼头、护士的手势，统统隔开。留下来的，只有药和病。

二十多年过去了，他仍然佩服这个办法。只是最近，他在病历本的背面画了那张三格的表以后，对这个办法多了一个念头：隔开了脸色，隔开了盼头，隔开了手势。那这个办法最后留下来的「病」，是一个什么样的病？

这一章，要请你一起看这个念头。

◆ 二、三件最好的工具

先把话说在前头：这一章要讲的三件工具，是西医最好的东西。

第一件，盲法。让病人不知道自己吃的是药还是糖丸；再进一步，让医生也不知道，让评价结果的人也不知道。做到这一步，期待、脸色、善意的暗示，就进不了结果。

第二件，领先时间校正。要说清它，得先说领先时间偏倚是什么。

一个病，靠筛查早早查了出来，又活了很多年。你会觉得早发现真好。统计学家会先问：这「多活的年头」，是不是只是因为数的起点往前挪了？举一个纯粹的算术示意，不是任何研究的数据。一个人，靠检查在六十岁被查出一种病；要是不查，他三年后会因为症状在六十三岁被发现；不管早查还是晚查，他都在六十六岁去世。早查，从诊断到去世是六年；晚查，是三年。生存时间翻了一倍，可是他死的那一年，一天也没变。

这就是领先时间偏倚：诊断的时间点往前挪了，数出来的生存时间就长了，可病没有被改变。领先时间校正，就是把这一段「提前量」估出来，从生存时间里减掉〔待核：选定教科书的通行表述〕。

与它成对的，是病程长度偏倚。设想你站在公交站，随便抽人问他等了多久。你抽到的，多半是等得久的人，因为等得短的，早就上车走了。筛查也是这样。检查那一天去抽人，抽到的多半是病走得慢的，因为走得快的，早就在两次检查之间出了症状，被另一条路送进了医院。所以筛查查出来的病，平均看上去比较温和，预后比较好。这个好，一部分是病本身慢，不是筛查让病变好。

第三件，安慰剂减法。药的效果，等于吃药的那组，减去吃糖丸的那组。糖丸那组也会好一些，这叫安慰剂反应；糖丸那组也会报告头晕、恶心一类的「副作用」，这叫反安慰剂。减掉它们，剩下的才是「药自己的力气」。

在这一套里，还有一个邻居，叫过度诊断：一个病永远不会闹出来，却被查了出来，叫了名字。第　7　章说过它。它不是这三件工具里的一件，可是它和领先时间、病程长度住在同一条街上：都是「怎样被查出来」带来的麻烦。

这三件工具，每一件都有一段骄傲的历史。

它们也不是纸上谈兵。药厂要上市一种新药，要过随机对照这一关；筛查项目要推广，要有人拿着领先时间的尺子去量一量。一个小诊所的医生，也许一辈子不做试验，可他开出去的每一个处方，都站在这些试验的肩上。

随机对照试验挡住过多少坏药？举一个常被提起的例子：绝经后的激素替代治疗，很多观察性研究曾经显示它似乎能保护心脏，后来大型的随机对照试验反过来，发现风险并不低〔待核：试验名称、年份与结论〕。要是没有对照，很多人会一直吃下去，一直相信。又比如，筛查项目被宣布成功之前，领先时间校正和病程长度偏倚的追问，拦下了不少虚假的进步。

所以，请不要把这一章读成对这三件工具的挑剔。它们是西医的自我纠错能力，是一种了不起的诚实。谁要是借这一章去质疑一个随机对照试验的结论，那是读反了。

◆ 三、它们共用一个零点

好，现在把三件工具并排放在桌上，看它们各自在做什么。

盲法，是减掉「你知道了你吃的是药」所带来的那一份。也就是，把「这个人被告知了什么」从结果里拿掉。

领先时间校正，是减掉「诊断来得早」所带来的那一份。也就是，把「这个人在哪个时间点被叫了名」拿掉。

安慰剂减法，是减掉「接受了一次治疗这件事」所带来的那一份。也就是，把「这件事对这个人意味着什么」拿掉。

拿王大夫那三个病人各配一件。小许吃了「维生素」说好多了，这一份要靠安慰剂减法来量。老赵在体检里被量出血压高，他的生存账要靠领先时间校正来算。

赵敏被叫了「癌」，这个名到达的时刻，在盲法里是最先要被隔开的东西：要是病人知道自己是「癌」，后面的一切就不干净了。

三件工具做的是同一类动作：把「这个人是怎么走到这里的」，从结果里减掉。减掉以后，剩下的东西，就是「病自己的样子」，一个干净的、不带路的病。

本书把它叫作这三件工具共用的零点：一个与路径无关的「真病」。

零点是什么意思？度量衡里有个零点，称体重的秤要先归零。这三件工具做减法，都是要先有一个零点，才能说「减了多少」。零点就是那个「什么也没发生的时候病应该是什么样」。

这个零点，是第 10 章那张欠条的落脚处。第 10 章亮出的前提，是病有一条不经过「怎样被走进来」的自然史，入病的次序被交给流行病学，当作偏倚去校正。现在你看到了：这个「校正」的手，就是这三件工具；这个「自然史」，就是它们共用的零点。

前提不是空话。它在每一次校正里，都被用了一回。

到这里，可以把几个名字排在一起看了：领先时间偏倚、病程长度偏倚、过度诊断、反安慰剂。在西医的手册里，它们是四样误差，各有各的算法，各有各的校正办法。放在第 10 章那张表旁边，它们有一个共同点：每一样说的，都是「这个人是怎样被走进来的」，只是切在不同的位置。有的切在诊断的时间上，有的切在抽到谁上，有的切在查没查上，有的切在被告知了什么上。本书在第 17 章要问的是：这四样，真的只是误差吗？这里先不答，只记下这个问法。

那么，这个零点有没有被证明过？

没有。换句话说，没有人见过一个「不带路」的病人。每一个被观察的病人，都是走了一条路才进入观察的：有人是被症状送来的，有人是被体检送来的，有人是被家里人逼来的，有人是在网上搜了一圈自己找来的。要说「减掉路以后的病」，那是一个算出来的东西，不是一个看见过的东西。

随机对照试验是怎么处理这件事的？它的聪明之处在于，不去减路，而是让两组人走同一条路：同样的入选标准，同样的诊断，同样的一道门，随机分到药和糖丸两边。路是一样的，所以相减以后路的差别抵消了。

这个办法，在回答「这个药在走这条路进来的人身上有没有用」这个问题上，无可挑剔。可是你要换一个问法：「这个药在走另一条路进来的人身上有没有用？」试验就沉默了。因为试验里的人，都是从同一道门进来的，那道门通常是一套诊断标准加一份症状清单。从体检单上被量出来的人，和从症状里被送来的人，并不在同一批里〔待核：这一点因试验而异，须按具体试验核对〕。

所以更准确地说，试验里的零点，不是「没有路」，是「大家都走了同一条路」。这是一个很好的零点，只是它的名字，不应该叫作「与路径无关的真病」。

这是本书的读法，不是这些工具自己的说法。这些工具自己不说，也不需要说。它们只管做减法。零点是否站得住，是减法之外的事，所以是一张欠条。

也要写清楚，这个零点在什么条件下，完全成立。

当一个病的入口只有一道门，三样东西差不多同时到，路只有一条，那么「减掉路」和「不减」没有区别，零点就是真的。一场外伤，一个急性的感染，大致是这样。当试验问的就是「走这道门进来的人，吃这个药有没有用」，零点也是真的，因为问题本身就限定了路。在这些地方，这三件工具一点欠账也没有。

欠账出现在另一类地方：病有好几道门，人从不同的门进来，而结论又要被拿去对所有人用。

◆ 四、校正之后还分叉吗

最后，留一个口子，给第 17 章。

假设有一个病，靠筛查和靠症状进来的两批人，后来的病程看上去不一样：筛查进来的人活得更久。统计学家做了领先时间校正，把提前量扣掉了。扣掉以后，两批人的生存曲线有两种可能。

第一种可能：扣掉以后，两批曲线重合了。那说明，筛查进来的人，只是被更早地叫了名，病并没有不同。这时候，所谓路的差别，只是诊断时点往前挪，算偏倚，该校正。

第二种可能：扣掉以后，两批曲线还是分开的。那说明，提前量吸收不了这个差别。这时候，零点就吸收不了它。

本书想问的，就是第二种可能出现的时候，那个差别算什么。

分叉不一定只出现在生存时间上。病程里还有别的东西可以量：人活得怎么样，能不能做自己要做的事，有没有重新回到日子里。校正过「提前量」以后，如果这些东西在两批人身上仍然不一样，那么这个差别，就不再是「时间点挪了一下」这么简单的事。

先说清楚一件事。到现在为止，本书没有证明第二种可能一定会出现，也不知道它在哪些病上出现，出现多大，所以不会因为这一章，就说路是病的属性。这个判断，要等到第 17 章，由一个事先写明的条件来裁决。这一章只做一件事：指出零点是欠条，而这张欠条能不能还上，要看校正之后分不分叉。

还要老实交代一件事。领先时间校正本身，也是一个估计。提前量到底多长，没人能直接看见，只能靠模型来估。估得不准，校正就不干净。所以「校正之后还分叉」，是一个要靠好的估计才能回答的问题。第 15 章会讲，怎么在病历里编码，让这件事可以被检验。

◆ 五、放回日子里

那天下午，老赵又来了。他是来取化验单的，顺嘴问了一句：

「王大夫，你们不是总说，高血压要早发现、早治疗吗？我这算是早发现了吧？」

王大夫点点头：「算早。」

「那我这回，是早发现了，还是白发现了？」

王大夫没有马上答。

这个问题，听上去只是一句口头话，可是要答它，就得有一个零点：这个病，要是没发现，会不会走到那一步？走到哪一步？多久之后？

这个「要是」，他没见过。他见过的，是发现了的人和没发现的人。没发现的人，要么后来被别的路发现了，要么一辈子没发现。他一个人，一辈子，见不到一条没有路的病。

他最后只说了一句：

「老赵，这个问题，我不能替你答。我能告诉你的是，答它需要比对着看很多人，而且这个比法，是有讲究的。」

老赵撇撇嘴：「你们当医生的，也有答不上来的时候。」

「有。」王大夫说，「而且有的时候，答不上来，是因为问得对。」

老赵走了以后，诊室里安静下来。王大夫想，这样的话，他三十年里，对不少病人说过。每一回，他都把「答不上来」，当作自己知识的缺口。今天他第一次想到，那也许不是缺口，是这个办法本身留下的一段空白：办法越干净，空白越大。

那天晚上，他把当年试验的那个白盒子的故事，讲给了来实习的医学生听。末了，他加了一句：

「这个办法真是好办法。只是用它的时候，要记得，它让所有的人走了同一条路。」

学生问：「那不走同一条路的人呢？」

王大夫想了想，说：「他们多半挤在中间，挤在两个名字交界的地方。明天我给你看一张片子，看了你就明白，那个地方为什么最吵。」

> **带走的话**
>
> 把路的差别当误差减掉，得先假定有一个不走路的病；这个病，没有人见过。

> **小账**
>
> 本章拆了什么：盲法、领先时间校正、安慰剂减法共用一个「与路径无关的真病」做零点；这个零点没有被证明，试验里的零点是「大家走了同一条路」。
>
> 本章立了什么：零点是一张欠条；校正之后病程仍然分叉与否，是这张欠条能不能还上的分界，留给第 17 章裁决。

第 13 章

欠条三：病理医生之间的分歧被挤进阈值边上的窄带——交界性病变与原位癌（Elmore 等 2015 乳腺活检研究）

> **这一章的问题：**病理医生在哪里分歧最大？病为什么会在那条窄带里被造出来？

◆ 一、你一定有过这样的时刻

赵敏从抽屉最底下，翻出一个牛皮纸袋。

里面是她三年前的病理报告。她是会计，什么单据都不扔，什么单据都按日期排好。报告只有薄薄两页，正文是一串她读不太懂的术语，最后一行，是医生手写的四个字：建议会诊。

她以前看过无数遍，每一遍都是看那个结论。这一次，她盯着那四个字，看了很久。

「王大夫，」她把报告推过去，「这四个字，当时我没在意。后来会诊的结果出来，说是癌，我就把这四个字忘了。今天我想问：当时为什么要会诊？」

王大夫说：「因为第一位看片子的医生，拿不太准。」

「拿不准？」赵敏皱起眉，「我以为病理报告，是一个最准的东西。你们不是都说，病理是金标准吗？」

「大多数时候是。」王大夫说，「最清楚的病，病理医生之间很少吵。吵的，是中间。」

赵敏是做账的。她知道两个人对同一笔账，对出来的数不一样，是什么意思。要么有一个人看漏了，要么这笔账本身，是一笔写得不清楚的账。

「那我这一笔，」她问，「是哪一种？」

这一章，就从这个问题开始。

◆ 二、两头一致，中间吵

先说一个了不起的事实。

病理诊断，是医学里最接近「最后裁判」的一道关。一块组织切下来，做成薄片，染上颜色，放在显微镜下，由受过多年训练的病理医生来读。大多数时候，读出来的结果是稳的。明明白白的癌，不同的病理医生读出来是一样的；明明白白的良性，读出来也是一样的。这两头的一致，是一个很大的成就，是靠一代一代人的训练和标准，一点一点磨出来的。

那中间呢？

2015 年，Elmore 和同事发表了一项关于乳腺活检的研究〔待核：期刊为 JAMA，具体题名与一致率数字〕。他们找来一批病理医生，让他们读同一批乳腺活检的切片，再拿每个人的读法，去对照一组专家共同给出的参考诊断。

本书转述这项研究的大意：病理医生们读到明确的浸润性癌的时候，和参考诊断高度一致；读到明确的良性的时候，也大体一致。分歧最集中的地方，是中间一段：非典型增生，以及与它相邻的原位癌〔待核：各类别的具体一致率，本书不写数字〕。同一张片子，有的医生读成非典型增生，有的医生读成原位癌；同一位医生，隔一段时间再读，也未必每回都读成一样〔待核〕。

这项研究值得多说两句它的好处。

第一，它是医学自己做的。病理医生请别的病理医生来检验病理医生，把自己行当里最不好看的一块，拿到太阳底下量了一遍。这是一种难得的诚实。

第二，它不是在说这些医生水平不行。参与的是受过训练、日常就做乳腺病理的人。分歧不是因为谁读得糙，是因为片子上的东西，本来就在中间。

这项研究里还藏着一个细节，值得停一停：拿来当尺子的「参考诊断」，是几位专家商量出来的〔待核：参考诊断的产生方式〕。也就是说，量窄带的那把尺

子，自己也是在窄带里商量出来的。这不是研究的毛病，是这件事绕不开的样子：没有一台仪器可以替病理医生，在连续的线上画刀。

为什么中间难读?

因为切片上的东西，是连续的。细胞从完全正常，到轻微不典型，到明显不典型，到刚好长成一团，到冲破边界，这是一条逐渐变化的线，没有台阶。名字却是分类的：良性、非典型增生、原位癌、浸润癌，一格一格，各有各的名字。要把一条连续的线，分成几个有名字的格子，就得在线上画几刀。刀画在哪里，在两头不难，在中间，就是一个判断。

这个判断，有的人落在左边一点，有的人落在右边一点。

打个比方。老师批卷子，离及格线很远的卷子，谁来批都一样；贴着及格线的卷子，就是另一回事了。一道作文题，两位老师各给一个分，一位差一分不及格，一位刚好及格，谁也没有批错。可那一分之差，一个人要补考，一个人拿到了学分，往后的日子便不一样。线上的人没有变，变的是线的哪一边。切片上的刀，就有这么个脾气，只是它划开的不是一张成绩单，是一个人往后的路。

医学对这件事不是没有办法。诊断标准一版一版地修订，把「中间」的几个名字，写得越来越细；疑难病例有二次会诊，有同行评议；教学上有统一的参考切片，让年轻医生对着看。这些办法，一点一点地把窄带收窄。所以今天的窄带，比几十年前窄。

可是收窄，不等于消失。一条连续的线上画刀，刀总要落在某个地方，落在哪里，总会有一小段是判断。

◆ 三、窄带里造出来的病

把分歧的位置画出来，你会看到一件事：它不是随机散在各处，而是挤在一条窄窄的带子里。带子的位置，正好是各个名字相交的地方，是阈值的边上。

带子外面，名字清楚，没有人吵。带子里面，名字不清楚，每一张片子都在被商量。

接下来看一个小地方，是这条窄带里发生的事。

同一张片子，读成非典型增生，意味着一套安排：多半是随访，也可能切除了再看；读成原位癌，意味着另一套安排：通常要手术，视情况加上放疗或药物〔待核：具体处理方案因地区和指南而异，本书不评优劣〕。两个名字之间，只隔着一刀。

这一刀落下，人就走上了不同的路。走上不同的路以后，他们接下来的一切——复查的次数，谈起自己的话，家里人看他的眼神——都不一样了。

再往深一层。原位癌里，有一部分永远不会往前走，一辈子待在原地；还有一部分会往前走。医学界自己对这一点还在研究，有人正在试验对部分低风险的原位癌，先观察、不急着手术〔待核：相关试验名称与结论〕。这就是说，有一部分被叫作原位癌的人，若换一个读法、换一刀落点，会走上另一条路，一条不被叫作癌的路。

本书到这里要下一个判断，请注意分层。

事实这一层：病理诊断在两头一致，在中间分歧；分歧集中在阈值边上的窄带里；窄带里的名字，决定后面的处理，不同的处理，带来不同的后续。这几句，是医学公认的，Elmore 这一类研究提供了证据。

判断这一层：病，在这条窄带里被造出。

为什么敢用「造出」二字？因为窄带里的名字，不是从切片上读出来的，而是在读的人手里「定」出来的。读的人，受了训练，有了标准，有同行可以会诊，可是最后那一刀，是判断。这个判断一落下，名字就有了；名字一有，后面的路就开了；路一开，这个人就成了「这个病」的人。

注意这里的次序：先有一条连续的线，后有一刀，再有一个名字，再有一串安排。名字不是线上本来就有的，是刀画出来的；这个人在病里的身份，是名字之后才定下来的。

窄带还有一个性质，值得单拎出来：它的位置不是固定的。

上一章讲过，诊断的线会被挪。线一挪，窄带跟着挪。今天坐落在带子里的一块病变，换一版标准，可能落到带子外面去。这一点，从医学史上看得很清楚：同样的组织形态，在不同的年代，被分到不同的名字下面。

这是本书对窄带的读法。它没有说病理医生错了，也没有说名字是随便起的。它只是把一件事摆在桌上：病的身份，一部分是在一个很窄的地方，被定下来的。

还有一层，容易被忽略。在窄带里被定下名字的人，常常是从筛查进来的。乳腺钼靶发现了一个小小的东西，这个东西被切下来读片，名字落在窄带里。人是先有灶（影像上的小东西），后有名（窄带里定的），之后才有痛（担心、害怕）。这是第 18 章要细说的一条路。这里先看到：窄带，是这条路上一个特别重要的路口。

◆ 四、赵敏的结节在窄带里

回到赵敏。

她的结节，在甲状腺。甲状腺里有一类病变，叫滤泡性病变：细胞排成小小的泡状。其中有一种，被称作包膜完整的滤泡亚型乳头状癌。它长得有点像癌，细胞核有一些乳头状癌的特征，却被一层完整的包膜包着，没有往外长。

这一类病变，正好落在窄带里。

甲状腺滤泡性病变的判读，病理医生之间的分歧，早就有报道〔待核：相关研究〕。它既不像明明白白的良性，也不像明明白白的癌。赵敏当年报告末尾那四个字「建议会诊」，就是这条窄带在她身上留下的一枚指印。

后来，这个窄带里的一块地，被重新画了线。

2016 年，一个由病理医生和临床医生组成的国际小组，发表了一项研究，主张把这一类「包膜完整、没有浸润」的病变，改名为 NIFTP〔待核：Nikiforov 等，JAMA Oncology〕。这个名字的意思，大意是：非浸润性的、有乳头样核特征的滤泡性甲状腺肿瘤。名字里没有「癌」字。他们的理由，大意是：这一类病变，长期随访下来很少出事，叫作癌，引来的治疗过重了〔待核：随访数据与结论〕。

改名的实际好处，要先摆足。对后来被叫作 NIFTP 的人，指南建议的处理变轻了，不再一概是全切加放射碘一类更重的安排〔待核：指南对这一类病变的处理建议〕。处理变轻，病人就少受一份罪，这是实打实的。

本书对这件事的态度，要说得很清楚。

这是一次认真的、自觉的、基于随访数据的改名。它背后是病理学家和临床医生一起对病人负责的做法，是医学自我纠错的一个漂亮例子。减少不必要的治疗，是好事。本书没有一个字，想质疑它。

本书只想从这件事里，看到窄带的另一个性质：窄带里的线，是可以重画的。

同一块组织，同一张片子，同一台手术。三年前的读法，和后来的读法，不一样了。片子没变，细胞没变，变的是那一刀落在窄带里的位置。

赵敏这个人，已经走过了这条线的这一边。

她走进来的时候，那一刀落在「癌」的这一边。她被叫了癌，她切了腺叶，她被安排每年复查，她开始自称癌症幸存者。线后来挪了，名字撤了。她的人，没有跟着线回来。

回头看赵敏单子上的次序：先是 B 超看见一个结节，那是灶；然后是病理，会诊之后落下一个「癌」字，那是名；名到了以后，才是她夜里睡不着，那是痛。灶，名，痛。一个名，夹在两头之间，而这个名，是窄带里的一刀给的。

线撤了，人为什么没有回来，是第 19 章的事。这一章先看到，窄带为什么重要：在窄带里，一刀落下，人就被分到了一条路上，而这条路上有锁。

这一章，也是第二编里，三张具体欠条的第三张。欠条是这样记的：

病理派的账上，写着「病灶的诊断，来自对切片的读」。这一步它推得很清楚。没有写的是，在窄带里，读片不是在读一个现成的名字，而是在一条连续的线上画一刀。刀是判断，不是读数。这一笔，是从互动那一头借来的：那一刀，是一个人、一个小组、一次会议，在互动里画的。

◆ 五、放回日子里

赵敏把报告收回纸袋，放回抽屉。

她问王大夫：「那我是不是应该去问问，当年我那张片子，到底是几个人看的？」

王大夫想了想：「你可以问。你问的时候，不是在怀疑谁，是在了解自己这张单子是怎么来的。比如问一句：当年这张片子，是一位医生看的，还是几位一起看的？这个问题，医生会愿意回答的。」

他停了一下：「这件事，请你和你现在的医生商量。我今天要说的只有一句：一份病理报告，是一个人，或者几个人，在一条线上画的一刀。刀是认真画的，可它是一刀。」

赵敏点点头。

王大夫又补了一句。他年轻的时候，有一回自己送过一张疑难的片子去会诊，等了十几天。那十几天里，那位病人天天来诊所，问同一个问题：「王大夫，结果出来了吗？」他每天回答同一句：「还没有。」病人问到最后，不问了，只是坐在候诊椅上发呆。

「那十几天，」王大夫说，「那个诊断名还没到，可他的痛已经到了。那是我第一回觉得，窄带里的人，不是在等一个结果，是已经在走路了。」

赵敏没有说话。她想起自己等会诊结果的那一个多星期。

她突然笑了：「做账的人最懂这个。两个人对账，对不上，才说明这本账是认真的。要是谁都对得一模一样，我反而要怀疑，是不是抄的。」

王大夫也笑了：「所以『建议会诊』四个字，不是在说片子不好。是在说，这一页纸还有人在认真看。」

赵敏收好纸袋，起身要走。走到门口，她回头问了一句：

「王大夫，你说的那条窄带，我当年就在里面。里面到底有多少人？」

王大夫说：「不少。比你想的多。」

她没再问，轻轻带上了门。

王大夫坐了一会儿，又把旧病历柜最底下那一格拉了出来。窄带里的人，三十年里他见过不少，每一份首页上的名字，都不止换过一回。名字换过的时候，究竟是几样东西在动？这要用尺子量，不能凭印象。下一章，他打算先把尺子立起来。

带走的话

最清楚的病不吵，最吵的地方在边上；边上那一刀落在哪，人就走上哪条路。

小账

本章拆了什么：病理派把读片当作读一个现成的名字；在阈值边上的窄带里，读片是在连续的线上画一刀。

本章立了什么：分歧挤在窄带里，病的身份在窄带里被定下；NIFTP　改名是窄带里的一次重划，人却没有跟着线回来。

第 14 章

四个「互相」检验医学史：纤维肌痛（共变）、幽门螺杆菌（抽离）、130/80 新标准（阈值位移）、NIFTP 改名（干预追踪）

> **这一章的问题：**用四把事先定好的尺量医学史，名、灶、痛有没有一次是单独在动?

◆ 一、你一定有过这样的时刻

诊所最里面的墙边，立着一排旧病历柜。

王大夫有一天下午没有病人，就把最底下那一格拉了出来。里面是三十年前的东西，纸已经发黄，首页上的字，是他自己年轻时的笔迹。

他随手抽出几份，一份一份地翻。

有一份首页写的是「胃病」，隔了几年，同一个人的新页写成了「消化性溃疡」，再往后，是一行小字：「幽门螺杆菌阳性，已除菌」。同一个人，同一块胃，三个说法。

有一份写的是「神经官能症」，那是一位总说浑身痛的中年女病人。后来的病历里，同样的人，被写成了「纤维肌痛」。

还有一份，是前几天刚从桌上收进来的，老赵的。去年的首页写着「血压正常」，今年的写着「高血压」。

他把这几份并排放在桌上，看了很久。

这些首页上的字，换来换去。每换一次，他当时都以为只是一次「更准确」。这样并排放着看，他发现，每一次换字，换的都不止是字。字一换，病历后面的东西跟着换：做的检查，开的药，复查的间隔，病人自己在候诊椅上讲的话。

他想，这到底是几样东西在动?

这是一个可以问得很准的问题。准到可以事先定好尺子，再去量。

这一章，就量一量。

◆ 二、四把尺先定好

先把尺子立起来，再去看材料。规矩要在看材料之前定好，这样别人才可以拿同样的规矩，去重做一遍。

先说量什么。

量的是三头：病灶，角色，病痛。病灶，指影像、化验、病理这一类白纸黑字的读数，以及人们认定病灶的办法、寻找病灶的方向。角色，指病假、就诊、复查日程、社会支持这一类记录，以及别人准许你做什么、不做什么。病痛，指病人自己报告的难受，以及这份难受讲出来的样子。

只算有记录的变化。靠想象的变化不算。

再说怎么量。有四把尺，每把尺有它的量法，也有它「对本书不利」的结果。

尺	怎么量	什么结果对本书不利
共变	一个病在某一段时间里，看三头的记录是不是一起变	找到一段历史，其中只有一头有记录地变，另两头纹丝不动
抽离	把一头的解释整个拿走，或者证明它不成立，看另两头是不是原样不动	拿走以后，另两头原样不动
阈值位移	同一条诊断线挪动前后，看站在线两边、读数相同的人，三头各怎样	线挪了，三头的记录一概不变，变的只有纸面上的名字
干预追踪	一次人为的改动（改名、改标准）之后，沿着时间追下去，看三头怎样走	追下去，三头都回到改动之前的样子

读法也要事先定。每一把尺，每一个案例，只回答一个问题：有几头在动?

只有一头动，另两头不动，记作本书输了一局。两头或三头一起动，记作一次支持。查不到记录的，记作待测，不算支持，也不算输。

还有两条老实话，先写在前头。

第一，这四段医学史，是本书挑的。挑的人难免偏心。请别人另选四段，用同一套尺子重做，如果有人找到一段只有一头动的医学史，这就是对本书的一次正面反驳。

第二，这一章是翻旧账，翻的是已经发生过的事，读的是已经留下的记录。它不是试验。翻旧账能说明「过去的记录里是什么样」，不能说明「再做一次会怎样」。后者要靠第 36 章的设计。

尺子立好了，现在看材料。

◆ 三、四段医学史各量一次

第一段：纤维肌痛，量共变。

纤维肌痛是这样一类病：全身多处疼痛，持续很久，常伴有疲倦、睡不好，却查不出一个公认的病灶。化验正常，影像正常。这就是第一编里小许那种处境的医学版本：先有痛，灶没来。

在很长一段时间里，这类病人的名字不统一，出现过好几种叫法〔待核〕。1990 年，美国风湿病学会发表了一套分类标准：广泛的疼痛持续三个月以上，加上按压身上十八个指定的点，有十一个以上疼痛〔待核：ACR 1990 标准的具体内容〕。这套标准原本是为研究用的，用来保证大家研究的是同一类人，后来在门诊上被越来越多地拿来当诊断依据〔待核〕。再往后，标准又改过几回，其中一版不再数压痛点〔待核〕。

名字有了，三头怎样动?

病痛那一头：命名以后，痛有了一个落处。对许多人来说，这是第一次有人说「你的痛是真的，它有名字」。

角色那一头：有了名，请假有了凭据，残障评估有了依据，病友团体有了聚在一起的由头〔待核〕。专门针对这个病的药物，后来也有获批的〔待核〕。

病灶那一头：灶始终没有找到，这一点没有变。找灶的方向，倒是变了。从早期设想的肌肉里的炎症，转向了痛的信号在神经系统里被放大的说法〔待核：相关研究〕。灶没找到，「找灶」这件事在动。

按这把尺，三头都有记录地动了，而且动得很难拆开：名字一到，痛、角色，连带找灶的方向，一起换了位置。

这里有一个具体的问题，本书不装作知道答案。

有痛无灶的人，被确诊以后，病痛是上升还是下降？本书在后面第 18 章会提出一个命题：下降，因为名字给了痛一个落处。White 等人 2002 年做过一项追踪研究，比较慢性广泛疼痛的人被贴上这个标签前后的情况〔待核：作者、期刊、结论〕。本书对它的结论只有一个模糊的印象，大意与「确诊并没有让情况变坏」相近〔待核〕，没有核过原文，本书不借它的力。要是核下来结论相反，「确诊后病痛下降」就降为待检验的命题，本书老实收回这一句。

第二段：幽门螺杆菌，量抽离。

胃溃疡的故事，是医学史上最漂亮的反转之一。

很长一段时间里，胃溃疡被归于胃酸和压力。病人被告知：少操心，少应酬，少吃辣，按时吃药压住酸。药有用，停了药，溃疡常常复发。

二十世纪八十年代初，Marshall 和 Warren 在溃疡病人的胃里，发现了一种螺旋形的细菌，并提出它与胃炎、溃疡有关〔待核：年份与发表〕。这个想法一开始没几个人信。后来，Marshall　自己喝下了培养液的故事流传很广〔待核〕。再后来，对照试验显示，把菌杀掉以后，溃疡复发大幅减少〔待核〕。2005 年，两人获得了诺贝尔生理学或医学奖〔待核〕。

这是病理派的一场大胜。找到了灶，灶是一种可以检出、可以杀灭的东西，一个疗程下去，许多人的病就彻底好了。

现在用抽离这把尺：把「压力」那套解释拿走，另外两头怎样？

病灶那一头：灶找到了，可以化验，可以确认。

角色那一头：过去，溃疡病人常被看成一类「想得太多、压力太大」的人〔待核〕。这个形象，随着感染的说法，慢慢淡了。病人不再是「自己把自己弄出病来的人」，而是「被一种细菌感染的人」。

病痛那一头：治疗从长期压住酸，变成了一个疗程。许多病人头一回听到「可以断根」这几个字。

把「压力」那一头的解释拿走，另外两头没有一个原样不动。

要说一句公道话。压力那套说法，并没有全错。压力会影响胃酸，会影响人的生活方式；还有一类溃疡，是长期吃某些止痛药引起的，跟细菌无关〔待核〕。感染的说法赢得很彻底，可它并没有解释所有的溃疡。

第三段：130/80，量阈值位移。

这一段，第 11 章已经讲过一遍，这里只用尺子重量一次。

2017 年的美国指南，把一级高血压的起点挪到 130/80〔待核〕。站在线两边的人，血压读数几乎相同，一边是「前期」或「正常」，一边是「一级高血压」。

病灶那一头：读数没有变，没有新的灶长出来；变的是认定病灶的办法，也就是线。这一格，是本书把规则放得宽的地方：认定办法变了，算动。把这个宽松处明写出来，请读者自己判断算不算数。

角色那一头：有一项老的研究可以当旁证。Haynes 等人 1978 年研究了一家工厂的男工，被查出高血压并被告知以后，缺勤增加了〔待核：作者、年份、期刊、数字〕。缺勤，是角色那一头的记录。这项研究只作旁证，它测的是 1970 年代的另一批人，不是 2017 年线下挪动的人。

病痛那一头：被叫作病人以后，人们怎么讲自己的难受，有没有变，这一格，没有可靠的记录，记作待测。

按规则，这一段记不满一次支持：病灶那一头是按宽松算的，角色那一头只有一项旁证，病痛那一头待测。只能记作「部分支持，余下待测」，同时留下一个待测的格子。

这个待测的格子，就是第 36 章次臂要去量的东西。那里用的是一个叫模糊断点回归的办法〔待核：方法文献〕：专门比较那些恰好站在线两边的人。站在线两边的人，血压几乎一样，本来没有理由不同，只有一边被叫了病人。再按他们是怎样走进来的，分成两组：一组是体检时被查出来的，一组是因为症状来看病的。比较

他们之后的病程。这个办法还有一个好处，它避开了回归均值：量了一次偏高的人，下一次量出来往往会低一点，那不是治疗的功劳，是量的误差在回落。站在线两边的人，都受同样的回落影响，相比之下，这一份就抵消了。

在这个待测的格子上，本书先把一句预测立在这里，等第 36 章去检验。它是本书的预测，不是这一章量出来的结果。原文如下：

> 分歧预测（次）：在低风险 1 期、只做生活方式干预的高血压人群里，经筛查路（灶→名→痛）进来的人与经症状路进来、血压相同的人，此后病程分叉；标签后病痛先变，预登记领先 4–12 周；血压先因应激升、后因行为降，翻转点预登记在 3–6 个月之间。「有痛无灶」人群确诊后病痛下降、病程不变——须先对账 White 等 2002 年的纤维肌痛贴标签研究〔待核〕

用人话说，就是老赵这一类人：同样的血压，是体检单上查出来的，还是头昏了才来看的，此后的日子不会走成一样。名字一到，难受先变，血压后跟。若是两组人此后并不分叉，或者难受的变化并不先于病程的变化，本书就撤回「标签先行效应」，这是致命条款的第二条。

第四段：NIFTP 改名，量干预追踪。

这一段，是四段里最特别的一段。

前三段是翻旧账，这一段是一次人为的干预：2016 年，一类病变被改了名，不再叫癌。干预追踪这把尺要问的是：改名以后，沿着时间追下去，三头怎样走？

病灶那一头：切片没有变，细胞没有变。变的是读法。

角色那一头：有一件事现在已经能说：改名以后，指南对这一类病变的处理和复查建议，跟着变了〔待核：2015 年美国甲状腺协会指南与 2016 年之后的变化〕。可是个人层面，有人仍按原来的日程复查，有人调整了。

病痛那一头：赵敏这样的个案，是看得见的：名字撤了，她仍说自己是癌症幸存者。可是个案不是数据。成批的人，改名以后病痛怎样走，这个问题本书不装作有答案。

这一段，按规则，记作「有个案、无群体记录」，也就是待测。

它为什么还要摆进来?因为它是四段里,唯一一次有人事先知道改动发生的日期,而且改动不是病人自己选的,是一个小组对一类病变统一改的。这样的改动,叫自然实验〔待核〕:像是有人替我们做了一次分组,我们只需要沿着时间追下去。第 36 章的主臂,就是它。

这里有一个陷阱,要先说破。改名之后,指南也变了,复查的频率会受指南的影响。所以,复查频率不能拿来当「人没有回去」的证据。第 19 章会把这一点讲透,第 36 章把它移出主结局。这里先记一笔:干预追踪这把尺,对 NIFTP 这一段,只能拿病痛和自我称呼去量。

◆ 四、没有一次是一头单独动

把四段并排放在一张表里。表里只写有记录的东西,写不出的,就老实写「待测」。

案例	病灶	角色	病痛
纤维肌痛(共变)	灶仍未找到,找灶的方向动了(宽)〔待核〕	病假、残障认定、病友团体〔待核〕	命名后的变化,待与 White 对账〔待核〕
幽门螺杆菌(抽离)	找到菌,可检出可杀灭	不再被看成「想得太多的人」〔待核〕	从长期压酸变成一个疗程,可以断根
130/80(阈值位移)	读数不变,认定办法动(宽)	旁证:被告知后缺勤增加〔待核〕	待测
NIFTP(干预追踪)	切片不变,读法动(宽)	指南的处理与复查建议动;个人层面各异〔待核〕	个案有,群体待测

读这张表,先要看它说了什么,再看它没说什么。

它说了:在目前能翻到的记录里,没有找到一段只有一头动、另两头纹丝不动的医学史。前两段,三头的记录比较完整,一起动了。第三段,一头按宽松算,一头只有旁证,只能记作部分支持。第四段,只有个案。

它没说的是:这不等于每一次改名、改标准,三头都一定同时动。也不等于第三、第四段已经被证实。待测的格子,是本书欠自己的账,不是已经收回的账。

这四把尺，没有一把落在「对本书不利」的那一栏里。这是一个让人踏实的结果，可是请你不要把它读得太满。四段是本书挑的，两格待测，尺子也没有经过别人的手。它只能算一次起步。

还要承认，这几把尺不是没有毛病。

「动」这个字，本书定得偏宽：认定办法变了、找灶的方向变了，都算动。这样一来，一头完全不动的机会本来就小，尺子容易顺着本书的意思走。所以上面这张表里，凡是按宽松算的格子，都标了「宽」字，请别的读者收紧再量一遍。收紧以后，要是只剩下一头有记录地动，那一格就该改写。尺子是可以被磨钝的，磨钝了，就该换。

还有一件事，是这一章想让你带走的。

医学里的每一次改名、改标准、找到病菌，都是一件大事。大事发生的时候，人们往往只盯着其中一样：灶找到了，线挪了，名字换了。盯着一样，另外两样的动，就被记成了别的东西：「治疗反应」「心理因素」「安慰剂效应」。

这些名字，一个一个，都是西医自己造的，也都有用。它们把一头的动，分到了各自的格子里，让每一样都能被单独量、单独治。

本书只说一件事：当三样东西一起动的时候，只记其中一样，是少记了账。

◆ 五、这几段旧账，别人早翻过

这四段医学史，没有一段是本书头一个翻的。

纤维肌痛怎样从好几个叫法走到一个名字，名字有了以后，病人怎样聚到一起，研究这件事的医学史家和社会学家写过不少〔待核〕。幽门螺杆菌的故事，几乎每一本讲医学发现的书都讲过。

医学史家 Rosenberg 有一个说法，大意是：一个病要被认下来，先要被「框」出来。框它的有医生，有病人，有制度；框的方式，又会反过来改变病人的处境〔待核：Rosenberg 关于「框定疾病」的论述〕。这和本章说的「三头一起动」，意思很近。

130/80 那一段也一样。线一挪，被叫做病人的人一下多出一大批，这件事在指南发布的时候就有很多讨论〔待核〕。

第 8 章提过的谱偏倚，Ransohoff 与 Feinstein 那一路的讨论，也早就说清了一件事：在一群人身上得到的结论，搬到另一群人身上，要小心〔待核〕。

线挪动以后新招进来的人，大多病得更轻，更多是体检查出来的。拿旧的证据去管他们，正是这样一次搬家。

这些，是别人的功劳，先写在这里。

这些研究和讨论，有的比本章细得多。本章借的是它们的眼光，不替它们下结论；凡是这里说它们「大意如此」的地方，都还要回到原文去核。

本书在这一章里多出来的，只有两样。

一样是尺子：四把事先定好的尺，每一把都事先写出了「什么结果对本书不利」。

一样是一句改述。别人说「这群人和那群人不同」，本书说得更具体一点：不同之一，在于进来的路。试验里那个干干净净的零点，是大家走了同一条路量出来的；路一换，零点也可能跟着挪。这句话，站在谱偏倚那一路的讨论上，只往前挪了半步。

最后，有一句话要老老实实写在这里。

这四段医学史，只是翻已有的记录，不是做实验。目前翻到的里面，没有一段是只有一头动、另两头不动的。

这一句，正是本书可以被推翻的地方。谁翻出一段有可靠记录、只有一头动的医学史，本章的结论就要改写。那会是对本书最直接的一次反驳。

◆ 六、放回日子里

那天傍晚，王大夫把翻出来的几份旧病历，又放回了柜子。

放回去之前，他拿了一支铅笔，在每一份首页的名字旁边，轻轻写了一个年份：这个名字是哪一年写上去的。

写完，他退后两步看那一排。

首页上的名字，一个一个都有它的年份。年份不同，名字不同，名字背后的那一串东西，也不同。

他想，往后再看病历，不能只看这个人得的是什么，还要看这个名字，是在什么时候、通过哪条路，到了这个人身上。

门诊已经结束了。他正要锁门，手机亮了一下，是小许发来的消息。

「王大夫，我今天搜到一个名字，说跟我的症状很像。我想先问问您，这个名字要不要紧？」

小许没有说是哪个名字。王大夫看了一会儿，没有马上回。

这个名字，是先于医生到达的。它从一个搜索框里来，带着一串他看不见的东西，到了小许身上。王大夫在回复框里写了几个字，又删掉了。最后他写的是：

「明天来一趟，我们一起看。名字先放一放，你先把这段时间，什么时候开始难受的、哪一天最重，写下来。」

他把手机放回口袋，关了灯。

这件事请你和你自己的医生商量。本书只想让你看到，名字到达的先后，是一个可以问的问题。

> **带走的话**
>
> 医学史里的每一次改名、改标准、找到病菌，都是三样东西一起在动；只看一样，就会把另两样的动记成误差。

> **小账**
>
> 本章拆了什么：只盯一头的医学史叙事；把另两头的动记成治疗反应、心理因素、安慰剂效应。
>
> 本章立了什么：四把事先定好的尺和对本书不利的结果；四段医学史各量一次，目前翻得到的记录里没有只有一头动的；待测的格子留给第 36 章。

第 15 章

欠条定理与属性三方程：一张码表，一次盲编

> **这一章的问题：**怎样让欠条能被数出来？三个日期的先后，为什么不能互换？

◆ 一、你一定有过这样的时刻

周三下午，诊所里没几个病人。王大夫让实习的医学生小姚去后面的柜子里，搬出一百份旧病历。

「每一份，你只做一件事。」他递给她三支笔，红的，蓝的，黑的，「红笔，找病人第一次说不舒服的那个日期。蓝笔，找第一次有人在片子或化验单上看到异常的那个日期。黑笔，找病历上第一次写下诊断的那个日期。三个日期圈出来，别的先不管。」

小姚二十三岁，觉得这活儿不难。

两个钟头以后，她抱着一摞病历回来，脸有点红。

「王大夫，有的病历，三个日期挤在同一天。有的我找不到红笔该圈的地方，病人只说『这两年一直没精神』，没有日期。还有的，诊断写在前头，不舒服写在后头，我不知道该信哪一个。」

她把一百份病历摊在桌上，按红蓝黑三个日期的先后摆了一遍，忽然停住了。

「还有一件怪事。同样写着『高血压』的，有的红笔圈在最前面，有的黑笔圈在最前面。摆在一起看，我觉得它们不太像同一种病。」

王大夫看了她一眼。

「这是你的印象。」他说，「印象不算数。」

小姚没吭声。

这一章就是从这一句话开始的。病历上的日期，平常只是行政记录，用来排版、归档、报销，没有人把它当成病的一部分。可如果日期的先后，真的是病的一部分呢？

那就不能凭印象说话。得有一张事先定好的表，得有不认识这本书的人，照着表去标，标出来的东西，才配拿来数。

◆ 二、一张码表定在前头

先说清一件事：什么叫欠条。

一家把道理讲到底，有些东西是它自己一步一步推出来的，有些东西是它顺手拿来用的，既没推出来，也没说一声。前一种叫它的立论。后一种，本书叫欠条。

公开承认的条件不算。一家说「本研究只适用于成年人」，这是写在门口的告示，不是欠条。欠条是那些没有告示、却一直在用的东西。

前面几章，一家一家数过。病理派讲病灶，可病灶要靠病人来就诊才被看见，诊断的阈值是委员会在互动里定的，这两样它没有推，直接用了。病人角色派讲角色，可角色要靠一张诊断单才发得出来，角色给的是义务，不是感受，这两样它也没有推。病痛派讲难受，可难受的形状借了医学的名词，也借了问诊的一来一回，这两样同样没有推。

每一家，至少有一张欠条，落在另外两头。本书把这条叫**欠条定理**。

定理两个字，别吓着。这里不是数学证明。它的意思是：这些欠条可以数出来，数错了，可以被人指出来。

说得再直白一点，欠条定理是一次查账。查的是「借了来用、门口又没写明」的那几笔，一笔一笔数得出个数。它不是数学课上那种从几条公理一步一步推出来的定理，借这两个字，只为说它可以被人拿去核。

怎样才数得出来？靠一张码表。

先说数的办法，免得你觉得玄。拿一家的一篇论证来，把它推导里用到的每一样原始项一条条列出来：用到了血压值，用到了诊断单，用到了病人的一句话。然后问每一条：这一条，是它在门里面推出来的，还是直接拿来用的？直接拿来用、

门口又没挂告示的，记一笔。每一笔再问：它归哪一头？归哪一头，不由作者说了算，由码表说了算。

码表就是一张事先写好、事先公开的对照表：病历里的哪一样原始记录，归哪一边。

病历里的记录	归哪里	怎么读
病人第一次提到不舒服的日期（首个症状）	痛，落在自我界	取病历里当时写下的最早一条
第一次有影像或化验看到异常的日期（首个病灶证据）	灶，落在现实界	取最早的一条
第一次写下诊断的日期（首个诊断编码）	名，落在理念界	取最早的一条

三个日期，谁先谁后，就是这个病的入病路径。哪一个排在最前，哪一个排在最后，就是路的次序。第 17 章会把这个词讲透，这里先把它当作一个读法：三个日期排一排，读出一条路。

码表要写得细。同一天怎么办？症状只写了「近来」「这两年」，没有日期怎么办？事后补写的算不算？这些办法，由码表在试验之前写定，本书此刻不替它定。

不过有一条必须先说，因为它最容易出事：**事后追补的不算**。

一个人被叫了病名以后，回头想，常常会觉得「其实早就有点不对劲」。这是人之常情，也很可能是名字回头改写了记忆。如果码表把这种回忆算作首个症状，名字就偷偷地回到了前头，路径被名字自己弄乱了。所以码表认的是病历里当时写下的字，不认事后的回忆。

还有一道关：盲编。

标日期的人，必须是没读过这本书的人。至少两位，各标各的，互相看不到。他们也不知道病人后来怎么样了，不知道本书预测什么。他们只有一张码表、一份病历。

这样做的目的很朴素：让本书没有机会替病历说话。如果盲编的人标出来的路，和本书想要的不一样，就是本书输了。

两位编码员标出来的东西，会有一致，也会有不一致。一致到什么程度才算可靠？医学研究里常用一个叫 κ 的数来量（Cohen 1960〔待核〕）。它的意思不难：两个人各自标，碰巧一致的那一部分先扣掉，剩下的一致，才是真的一致。

κ 要有一个下限，而且必须在看到数据之前就写定。这叫预登记。达不到下限的病历，不进分析。下限是多少，本书此刻不写。数字要在试验登记的那一天，连同码表一起公开，不是作者在书里随手报一个顺眼的数。

有一处，本书自认是最弱的。

筛查路和经典路，在真实病历里不一定分得清。设想一位像老赵这样体检查出血压高的人，可他早几年也许偶尔头晕过，当时没人记。红笔该圈的地方是空的，路就被读成了筛查路；其实他走的可能是另一条。这类病历，κ 会低。

遇到这种情形，退路也事先写好：分不清的，合并成一组，只比较能分清的路。第 18 章会说，那时六条路在真实病历里，有一部分只能分到四条。

还要给做这件事的人一个公道。病历不是为研究写的。它是医生在忙乱里，一笔一笔记下来的，哪天写、写什么、不写什么，都带着门诊的仓促。可是正因为有这些千千万万份病历，医学才有了可以回头去数的东西。把三个日期标出来，本来就是流行病学家天天在做的活，本书只是把它们的先后，当作一个量来问。

◆ 三、三样东西互相算

码表数出来的，是三个日期。三个日期背后，还有三样东西，在日子里互相改来改去。

病痛、病灶、角色。本书叫它们三头。

先说病痛。你疼不疼，怎么疼，疼得有多重，跟身上有没有可查的病灶有关，也跟别人怎么待你有关。小许化验全正常，可领导一句「你看着挺好的」，他的难受就重了三分。病痛随病灶和角色变。这个量用患者报告结局来测，就是那些问你「这一周睡得怎么样」「做事累不累」的量表。

再说病灶。病灶看上去是身上自己长的东西，可它也随病痛和角色变。路上有两道关口：应激，和依从。

难受久了，睡不好，心里绷着，血压会跟着动，这是应激。医生交代的事，肯照着做还是不肯，化验单上的数会跟着不同，这是依从。有的人嘴上说「我好得很」，医嘱记在本子上，日子里却一顿一落，化验单上的数就下不来。病灶的指标，是用影像和化验来测的。这个量，一半在身上，一半在日子里。

最后说角色。角色就是病人这个身份：请不请得下假，看不看得上病，家里人和同事肯不肯搭把手。它随病痛和病灶变：有灶有痛，假条好开；有痛无灶，假条难开。角色这个量，用病假记录、就诊记录和社会支持记录来测。

三样东西，谁也不是别人的影子。病痛随病灶和角色变，病灶随病痛和角色变，角色随病痛和病灶变。三条关系，互相咬着。

这是三家各自欠下的那几张欠条，合起来的样子。每一家只数了自己那一头，另外两头，被它当成了现成的。

先还它们公道。每一家在自己的那一头，数得都对。病理派量灶，量得准；角色派看关系，看得真；病痛派听难受，听得细。三条关系咬在一起，是后来合起来看，才看得出的事，不是它们各自的疏忽。

章末有一个方框，抄着这三条关系的原话。方框之外，这本书不再用字母，后面写「病痛随病灶和角色变」，就够了。

◆ 四、先代入谁，解就不同

原话里最后一句，最要紧，也最容易被读成一句废话：先代入哪一个，解不同。

学过联立方程的人会皱眉头。三个方程联在一起解，先代哪一个，不都一样吗?

在课堂上，是一样的。可病里不一样，因为病里的每一次代入，都是一件真的发生了的事。

想象三个人合力抬一张桌子进门。三个人互相看着，谁往左，别人就跟着往左一点；谁往上，别人就跟着往上一点。最后桌子进了门，摆在屋子里的哪个位置？

要看谁先动。如果是甲先抬，乙和丙顺着甲调，桌子摆成一个样。如果是乙先抬，甲和丙顺着乙调，桌子可能摆成另一个样。这不是三个人的力气不一样，是进门这件事，一旦做了，就不能退回去，重新来一遍。

病里的三样东西，也是这样。

如果难受先到，灶和角色跟着难受去调，后面的路是一条。如果灶先被查出来，难受和角色跟着灶去调，是另一条。如果病名先到，难受和灶都朝着那个名字去靠，又是一条。每一步落下，都在身上、在日子里、在病历上留了东西。留下了，就不是没发生过。

拿小许和赵敏各对一下。

小许是难受先到的。他先有痛，才有去查的念头，查了没有灶，名字也一直没落下。后面的角色，是在这样的底子上长出来的：请假难，被人说「想多了」。赵敏是体检时灶先到的，病理报告上的那个字紧跟着落下，刀跟着来，复查跟着来，难受最后才跟上。名先于痛，痛是在名的底子上长出来的。两个人面对的是同样三样东西，可谁先落下，谁就成了后面两样的底子。

所以本书说：先代入谁，解就不同。入病路径，就是代入的次序。用病历里的三个日期，把这个次序读出来。

这是本书的主张，不是已经证明了的结论。它对不对，要看第 17 章那条线，要看第 36 章的试验。如果校正了时间以后，先后一换，病程依然不变，这句话就只是一个比喻，不是一个属性。

这里面也有该分清的地方。三方程用的是病痛、病灶、角色，三头。码表读的是名、灶、痛，三界。两组三元不是一回事。名不是角色。病名是三头一起在理念界留下的读数，不等于病人请得下几天假。后面的章节，也会一直守着这条线。

◆ 五、次序是一步一步改出来的

上一节那句话，还要说得更老实一些。

先把课堂上的那一半认下来。三个关系同时摆在桌上，一起解，求的是三个量都不再变的那一组数。这时候先代哪一个，后代哪一个，只是手上的算法，答案是同一组。学过联立方程的人皱眉头，皱得有道理。

本书说的「次序」，不是这一种。

病里的三样东西，不是同时摆上桌的。它们是一步一步互相改的：今天难受多了一点，过几个星期血压跟着动一点，再过一阵，请假的事跟着变一点。每一步，总有一样先动。先动的那一样，看到的是上一步留下的旧样子；后动的，看到的已经是它改过的新样子。先改谁，后面每一样看到的底子就不同，走出来的就是另一条轨迹。

举一个算得出的例子。下面的规则和数字都是举例，只为看清次序，不是哪一种病的数据。

三个量都打一个零到十的分。规则只有三条：病痛，取病灶和角色两个分的平均；病灶，底子是六，再加上病痛的三分之一，这一点算应激；角色，取病痛和病灶两个分的平均。起点像老赵：病痛零，病灶六，角色零。

甲种次序，每一步先改病痛，再改病灶，再改角色。第一步，病痛变成三，病灶变成七，角色变成五。第二步，病痛六，病灶八，角色七。

乙种次序，每一步先改角色，再改病痛，再改病灶。第一步，角色三，病痛四点五，病灶七点五。第二步，角色六，病痛六点七五，病灶八点二五。

同样的规则，同样的起点，两步之后，三个分没有一个相同。

要是三样都只看上一步的旧值、同时改，第二步是病痛四点五，病灶七，角色四点五，又是第三条轨迹。这种算法里，次序不起作用，可它也正是病里难得碰上的那一种：三样东西很少在同一天一起动。

还有一句也要说实话。照这三条平平顺顺的规则一直算下去，三条轨迹最后都会走到同一处，三个分都是九。差别只在路上。

病里的规则没有这么平顺。路上有门槛，过了就撤不回：一刀切下去，一种药吃上了就要吃一辈子，复查排进了日程。路上的差别一碰上这样的门槛，就成了终点的差别。这一层，第 19 章叫它锁点。

所以本书说「解不同」，说的「解」，是整条轨迹，连同轨迹在哪一步被锁住，不是课堂上那一组不再变的数。三条关系本身，章末方框里照原样写着，一个字不动；变的，只是读它们的方式：从一起解，换成一步一步地改。

◆ 六、放回日子里

傍晚，王大夫一个人坐在诊室里，翻小姚标过的那一摞病历。

红笔，蓝笔，黑笔，一张一张圈得很认真。有好几份，红笔那一栏空着，小姚在旁边用铅笔写了两个字：「找不到」。

他翻到一份很旧的，是一位老街坊多年前的体检记录。蓝笔圈在最前面，血压的那个箭头。红笔那一栏，空着。黑笔，圈在蓝笔后面的第四天。

王大夫盯着这份病历看了很久，没有写任何结论。三个日期标得出来，路读得出来，可路上的人为了什么走这一趟，日期不回答。这是下一编要补的那一层。他知道这一份，说明不了什么，一百份也未必说明得了什么。他只是把它放回柜子里，在柜门上贴了一张纸条：「日期先标，结论后说。」

给你一个小办法。找一次你自己或家人看病的经过，不用病历，凭记忆也行。把三件事写在一张纸上：第一次觉得不对劲，是哪一天；第一次有人说查出了什么，是哪一天；第一次听到那个病名，是哪一天。再把三件事按先后排一排。

不用急着判断什么。你只是在看，自己是从哪条路走进来的。这件事该怎么办，请和你的医生商量。

三家各自都在推导里借了另外两头，借了哪几张，一张码表就数得出来；数出来之后，三样东西互相改写，先落下哪一头，后面的病就不同。西医最好的去偏倚工具，恰恰把这段先后，当作误差减掉了。

属性三方程（本书的操作定义）

病痛＝F（病灶，角色），病痛用患者报告结局测；病灶＝G（病痛，角色），经应激与依从，病灶用影像与化验指标测；角色＝H（病痛，病灶），用病假、就诊与社会支持记录测。新增一条：三方程不交换——同样三个量，先代入哪一个，解不同；入病路径就是代入次序，用病历里首个症状、首个病灶证据、首个诊断编码三个时间戳编码，码表事先公开、盲编

带走的话

病历里三个日期，谁先谁后，就是这个病走的路；先后一换，同样的三样东西，就要算成另一个病。

小账

本章拆了什么：拆的是「病历日期只是行政记录」的默认看法，和三家各数各的那一头；欠条可以被数出来，三样东西咬在一起。

本章立了什么：立的是一张事先公开的码表、一次盲编、一个预登记的一致性下限，和三方程不交换这一条主张；这条主张是否成立，留给第 17 章那条线和第 36 章的试验。

第 三 编

缺了的第一层

编　序

这一编九章，是全书的核心。第 16 章先去对账：西医已经有的意义论，到底有多少，放在了哪里。第 17 到 19 章立起本书的母题：入病路径，六条路，和名字刻进身体的那一步。第 20 章用赵敏的三年，把一个病完整地读一遍。第 21 到 23 章讲三块地里的健康，讲读数，讲治愈。第 24 章回到第 1 章留下的那个难题，给出答案。

这一编要让你看见第三个反差：西医早就有意义的碎片，缺的不是意义，是次序。

第 16 章

意义层的碎片早已在：患者报告结局、姑息医学、苦难论，却进不了诊断

> **这一章的问题：**西医问过你过得怎么样，那份回答去了哪里？意义为什么进得了评价，进不了诊断？

◆ 一、你一定有过这样的时刻

赵敏每次复查，护士都会递给她一张问卷。

问卷不长，两面纸，十几道题。「过去一周，你睡得好吗？」「做日常的事，会不会觉得累？」「你有多担心复发？」每道题后面是五个小格子，从「完全没有」到「非常严重」，用笔涂一个。

她涂得很认真，涂完折好，交回去。

三年了，她从来没有想过一件事：这张纸去了哪里。

有一次她多问了一句。护士说，这个是生活质量评分，要录进系统的。赵敏点点头，没再问。她心里隐隐有点说不上来的东西。她明明写了很多，睡不着的夜里，想到「幸存者」三个字时胸口那一下，都在那几个小格子里了。可它们最后变成了一个数。

那个数，不在她的 B 超旁边，也不在她的甲状腺功能旁边。

它在另一个系统里。她的病历上，只有结节、手术、病理、复查。

她想不明白，也就不想了。

这一章要问的，就是赵敏没有问出口的那句话：西医问过你过得怎么样，那个回答去了哪里。

先说一个常见的看法。有人说，西医只管病，不管人；只看指标，不看意义。这话说对了一半。西医不是不管，它早就管了，管了很多年。只是管的办法，让这一层进不了最要紧的那道门。

◆ 二、问卷分去了哪里

先把西医做的事写足。

大约从二十世纪后半叶起，临床研究里出现了一个越来越重的词：患者报告结局。意思是，治疗好不好，不只由化验、影像、医生的检查来说，也要由病人自己来说。疼不疼，累不累，睡得怎样，能不能上楼，心里怕不怕，都由病人自己填。

这是一件大事。在它之前，一种药，肿瘤缩小了，指标降下来了，就算有效；病人是不是活得更像个人，这一层很少被系统地问。患者报告结局把「我觉得怎么样」做成了一个可以量、可以比、可以进试验的东西。美国食品药品监督管理局在 2009 年发过一份专门讲怎样使用这类结局的指南〔待核：年份与名称〕。美国国立卫生研究院牵头建了一套叫 PROMIS 的量表系统〔待核〕。这些都是西医的自我纠错。

它用起来是什么样子？比如一种新药要拿去比较。过去，试验最后看的常常是化验和影像：指标降了多少，影像上的东西缩了多少。现在，试验设计里常常会多放一条：病人自己填的那份问卷，在服药前后有没有变化。两条放在一起看，才知道这个药是只把数字改好了，还是真的让人好过了一些。

这套办法背后，是一种很朴素的体面：病人是自己身体的第一个见证人。化验单再精密，也测不到一个人夜里醒了几次，白天提不提得起劲。这些事只有病人知道，医学愿意把它请进评价里来，让它和影像、化验并排坐着，这不是小事。

这样做的好处很实在。有的药，数字漂亮，病人却说「不如不吃」；有的疗法，数字平平，病人却说「睡得着了」。没有这一层问卷，这两种情形，都会被漏掉。

先还它公道。没有这一步，很多东西会被忽略过去：一个降压药把血压压下来了，可病人一天到晚头昏；一个化疗方案让肿瘤缩了一圈，可病人几乎不能下床。

化验单看不出来，问卷看得出来。问卷让「病人怎么说」更系统地进了医学的评价。

请你再看这些量表的样子。

每一道题，都是一个读数。睡眠，三分；疲劳，二分；担心复发，四分。把这些分数加起来，得到一个总分，高的好，低的差。分数可以画成一条随时间起伏的曲线，也可以拿到一大群人身上去比较。

问卷也有它的本分。它只能问当天、当周的事，问不了这件事的来历。它给的是一张快照，不是一部电影。这不是它的毛病，是任何一张问卷都有的样子。

问卷还有一个老毛病，做这行的人自己最清楚。有研究者把它叫作反应转移（Sprangers 与 Schwartz 1999〔待核：作者与年份〕）：一个人生了病以后，心里那把尺子会悄悄变。从前「很好」的意思是能跑步，病后「很好」的意思成了能自己上楼。同样一道题，同样涂「还好」，前后两次涂的，已经不是同一个东西。

这件事本书先记下，不往下推。它至少说明：分数的意思，跟这个人走过什么有关。

读数分跳的、波的、散的三种。一张问卷，是跳的读数：这一周，涂了一次。一年的问卷连起来，是波的读数。很多人的问卷放在一起，是散的读数。第 22 章会讲足这三种。现在只要记住一件事：它们都是读数。

读数是路上留下的脚印，不是走路的那个人。

这里还有一件小事，值得说说。量表是怎么编出来的？编的人先找来很多病人，一遍一遍地问，哪些话是他们真的会说的，再把这些话磨成题目，反复试，直到不同的人答得稳。这是一种很认真的听。也正因为认真，量表里的每一道题，都是从一大群人的话里提炼出来的共同部分。个人的那一部分，那些只有赵敏才有的夜晚，留在了题目外面。

编量表的人，本意并不是把人变成数字。他们是想让更多人的声音，能被听到、被算进去。分数只是这份认真留下的形状。

所以这里有一个小小的错位。西医问了赵敏最要紧的那句话——你过得怎么样，可是把她的回答，做成了一只脚印，放在病的旁边，而不是放在病里面。这个分数可以用来评价一种治疗好不好，却没有人用它来回答另一个问题：赵敏这个病，到底是什么病？

诊断是另一个系统。诊断问的是：有没有结节，是什么病理类型，叫什么名字，要不要手术。这些问题的答案，不看赵敏涂的那几个小格子。

意义这一层，是被当成读数，放到了病的外面。

◆ 三、全人的痛

再看第二个碎片。

英国的西西里·桑德斯（Cicely　Saunders）是现代安宁疗护的奠基人。她提出了一个说法，叫「全人的痛苦」，英文是　total　pain〔待核：提出者与说法〕。大意是：一个临终的病人，他的痛不只是身体的痛。他还有心里的恐惧，有对家人放不下的牵挂，有对「我这一生算什么」的追问。这些东西缠在一起，才是他的痛。你只给止痛药，身体的痛也止不住。

桑德斯的路本身就有意思。据说她先做护士，后来做医务社会工作者，最后才读医学，成了医生〔待核〕。她一路换了三种身份，大概是因为在每一种身份里，她都看见了同一件事：病人的痛，没有被当成一件事来对待。她后来创办的临终关怀医院，在 1960 年代末开门〔待核：医院名称与年份〕，成了后来许多地方学习的样子。

她说全人的痛，通常被拆成几层：身体的，心理的，社会的，还有灵性的〔待核：四层的说法〕。这几层怎样缠在一起，她没有写成一个公式，她是在床边一个一个病人看出来的。

这一派的功劳，也要写足。

在一个治不好的病人面前，西医常常显得无话可说：指标已经没有可改的了，剩下的是什么？姑息医学说，剩下的是这个人。它让医生、护士、社工、牧师坐在

同一张床边，问的不是「病灶怎样」，而是「这个人还想做什么，还想见谁，还有什么没说完」。这不是附加品，这是医学最体面的地方。

再往前一步，就是卡塞尔（Eric Cassell）。第 4 章讲过他。他把苦难说成人的完整性受到威胁时的状态，大意如此〔待核：年份与原话〕。痛苦不等于疼痛。一个人没有很重的疼痛，也可能在受很重的苦；一个人在很重的疼痛里，也可能没有受苦。分开这两件事，是病痛派对医学的大贡献。

它改变了医生在床边的问法。从前问「哪里痛」，现在还要问「这对你意味着什么」。一个人手上的疼痛评分是三分，他可能说「还好」，也可能说「我怕得不行」。这两句话的差别，在量表上是看不见的，在床边却是一个人受不受苦的全部差别。

还有一句公道要补。姑息医学这些年早已不只管最后的几周。在病的早期就请它一起来，让它和治疗并肩走，已经是许多地方越来越常见的做法〔待核〕。这是西医在自己身上做的又一次纠正：把「全人」从最后一站，往前挪了一些。

不过请你留意这几位放意义的地方。

安宁疗护，主要放在病已经治不好的时候。苦难论，放在病痛那一头，是「主体」的事。它们都认真对待了意义，可是都把它放在了一个角落：一个在病的末端，一个在病人的内心；这是它们在医学里主要站的位置。意义那一层，被押进了一头。

于是形成了一种奇特的分工。要治病，找病理；要评价治得怎样，看量表；要面对治不好，找姑息；要问苦难，找病痛派。每一块都有人管，每一块都管得很好。可是意义这一层，谁来管「它怎么进到诊断里去」？没有人。

◆ 四、进不了诊断的那一层

把三层摆出来看，你会更清楚。

第一层，读数。血压多少，结节几毫米，化验单上有没有箭头，问卷涂了几分。第二层，好不好。这个治疗有没有用，副作用多大，生活质量是升是降。第三层，为了什么。病好了以后，这个人要去做什么?

第三层，本书叫它意义那一层。它对着三样东西：创造，自由，幸福。创造落在想法那块地上（理念界），自由落在看得见摸得着的那块地上（现实界），幸福落在人心里那块地上（自我界）。这三块地，第 21 章会细讲。这里先记下：「为了什么」不是一句空话，它有三个方向。

本书管它叫第一层，不是因为它排在最前，是因为另外两层，说到底都是为它问的。血压要降，是为了人能去做想做的事；问卷要填，是为了知道人是不是在往那个方向走。如果没有第一层，第二层和第三层都没了理由。

现在可以回答前面的问题了：意义这一层，西医不是没有。它有碎片，散在三个地方——被做成了问卷分，放进读数；被押给了苦难论，放进病痛那一头；被安放在病的末端，叫安宁疗护。三块碎片，各自成立，彼此不通。

你也许会问，既然三块碎片都在，为什么不干脆把它们并到诊断单上去？比如在病名后面，附一个生活质量的分数，附一句苦难的评语，附一行姑息的建议。

这样附上去的东西，是有用的，值得做。可是附上去的东西，仍是附件。它挂在名字的后面，名字却还是原来那个名字。

它们为什么进不了诊断？

不是因为医生不重视，也不是因为技术不够。本书的回答，是一个很朴素的原因：诊断只认三样东西「是什么」，不认它们「谁先到」。

请你想想问卷分。赵敏填的那个「担心复发：四分」，是在哪个时刻填的？是在病名还没到之前，还是病名到了之后？是在手术以前，还是在手术以后？是在 2016 年那次改名之前，还是之后？

同样是四分，在不同的位置上，说的是不同的事。名字没到之前的四分，说的是一个人对身体里某种说不清的东西的担心。名字到了、刀口落了之后的四分，说的是一个人对「癌」这个字的担心。一个数，两件事。

如果诊断不记先后，这个分数就无处安放。它只能待在读数里，被拿去和别人的分数比较，和别人的平均比较，得到一个「高于」或「低于」的结论。它说的那件事，是怎么走到这里的，被拿掉了。

你也许要说，病历里明明有日期啊。医生问诊，第一句常常就是「什么时候开始的」。

是的，西医问，也记。先还它公道：日期在病历里写得清清楚楚，它被用来算病程有多长，用来分期，用来判断急不急。不过它是被当成「这个病有多久」来用的，没有人把它当成「这个病是怎样的病」的一部分。诊断单上最后落下的，仍然只是一个名字，名字后面不带路。

这套做法，对大多数急性的、一条路的病，已经够用了。它不够用的地方，是那些有好几条路可走的病。

这就是本书要补的缺口。缺的不是意义，意义的碎片已经在了。缺的是次序：每一个分数、每一次痛、每一个名字，是在这个人的路上的哪一站落下的。

碰到这个缺口，常见的补法有两种。

一种是把量表做得更细，加题目，加维度，把意义也做成一格一格的分数。这样做，意义确实被量到了更多，可是它还是读数，还是放在病的外面。另一种是把意义交给人文课：多一点叙事，多一点倾听，让医生在床边多坐五分钟。这样做，床边会温暖得多，可是诊断单上，仍然只有那一个名字。两种补法都好，都值得做，都不动诊断本身。

要动诊断，得让诊断记住先后。

拿老赵来想一想。他现在每天都说「我好得很」。如果有一天，他在体检单上被写上一个病名，他的问卷分会怎么变？本书的预测是：名字到了以后，他的难受会先变，先于他身上的任何东西变。这是一个预测，不是已经量过的事实，第 18 章、第 36 章会回来。这里只借它说明一件事：同一个人，同一份问卷，名字到之前的分数和到之后的分数，要是被混成一条线，那条线上，就丢了最要紧的一处转折。

有了次序，三块碎片才能挂在同一条路上，彼此认得。第 17 章就从这里开始。

◆ 五、放回日子里

那天复查完，赵敏照例坐在诊室外面的长椅上，等王大夫看完结果。

她今天没有去涂问卷，因为护士说系统正在维护，下次补。她手里空着，不知道该做什么，就看着墙上的宣传画发呆。

王大夫从诊室里出来，手里拿着她的复查单。他在她旁边坐了一会儿，把单子递给她：「都挺好。」

赵敏接过单子，看了一眼，也说了一声：「嗯，都挺好。」

两个人都没有说话。过了一会儿，赵敏忽然问：「王大夫，我那个问卷，写的东西，您看到过吗？」

王大夫想了想，说实话：「分数我见过。内容，没有。」

他没有再往下说。他想起一件事：那张问卷，他拿起来看过一次。两面纸，十几道题，从头到尾，没有一道题问「这件事是哪一天开始的」。

他把这个念头压了下去，没对赵敏说。那天的午饭，他吃得很慢。

她忽然想起，三年来，自己涂的那几张问卷，如果按时间排一排，应该是一条曲线。曲线上有一处，是手术以后的第一次复查，分数最低。还有一处，是听说病名被撤走以后的那一次，分数又掉了一回。她记得那段日子，因为她当时想的是：病名都撤了，我怎么反而更睡不着了。

她没有把这个想法告诉任何人。它在问卷的哪个小格子里，也找不到。

王大夫走回诊室，把赵敏的复查单放进病历夹。病历夹里夹着三年的单子：B超，病理，甲状腺功能，每次复查的小结。没有一张纸，记着赵敏那几个晚上。

他不觉得谁做错了。系统要的是可比的数，病历要的是可查的事，各有各的用处。他只觉得，这中间有一块地方，是空的。

给你一个小办法。下次有人递给你一张评分的问卷，不用急着涂。先翻到最后一页看看：这些问题，有没有一道问你，这件事是怎么开始的？如果没有，你也不用觉得问卷不对。它本来就是读数，不是路。你自己心里记着那条路，就够了。该怎么看这些分数，请和你的医生商量。

> **带走的话**
>
> 西医问过你过得怎么样，只是把你的回答做成了一个分数，放在病的外面。

> **小账**
>
> 本章拆了什么：拆的是「西医没有意义那一层」的说法；意义层的碎片早已在，被做成了问卷分，或被押进了病痛和临终这样的一角。
>
> 本章立了什么：立的是缺口的位置：缺的不是意义，是次序；诊断只认三样东西是什么，不认谁先到，所以意义进得了评价，进不了诊断。

第 17 章

入病路径：同一个病，从不同的路走进来，就不是同一个病

> **这一章的问题：**在什么条件下，路才算是病的属性，而不是偏差？

◆ 一、你一定有过这样的时刻

周二傍晚，最后一个病人走了。

王大夫没有急着关电脑。他从病历柜里抽出三份病历，摊在桌上。

三份病历，平时他是按病名排的。小许那一份，病名一栏写着「待查」，厚度最薄。老赵那一份，写着「高血压」。赵敏那一份，写着甲状腺的一个长长的名字，后面括着那五个英文字母。

今天他不按病名排。他按另一个顺序排：每一份里，哪一样东西最先到。

小许的，是难受先到。很多个夜晚的心慌，手麻，睡不着，然后才是一次又一次的检查，检查什么也没有查到。名字至今没落下。

老赵的，是灶先到。一次体检，血压那一栏被打印机标成了红色。他当时什么感觉也没有。然后是病名，然后，才慢慢有了一点点别的东西。

赵敏的，是灶先到，名紧跟着到，痛最后才来。一张 B 超，一份病理报告，一个字，她走进手术室的时候，那个字已经在她身上了。名字比难受先到，难受是后来才跟上的。

小许那一份最薄，薄得有些让人不安。厚的病历，王大夫读得出一个故事；薄的，他读不出，只读到一个人在很多个夜晚里，一直等着有人替他的难受找一个名字。

老赵那一份，王大夫翻到中间，停住了。每一次复诊记录，写得几乎一模一样：血压，用药，嘱咐，下次复诊。没有一行是老赵自己的话。他的话，只有一句，王大夫记得，却没有写：「我好得很。」

赵敏那一份最厚。厚的不是病，是日期。每年一次的复查，每次的小结，每张 B 超图像的编号，像一个人在一条不会拐弯的路上，一年一年地走。

王大夫把三份病历在桌上并排摆好，看了很久。

按病名排，它们是三个毫不相干的人，一个没有病名，一个有常见病名，一个有罕见病名。按先后排，它们忽然成了三条路。三条路的起点不一样，拐弯的地方不一样，走到后来，连「病」这个字的分量，都不一样。

他想起行医三十年来一直默认的一件事：病历上的先后，是记录的顺序，不是病的一部分。病是那个东西，先后只是它被发现的过程。

可是今天，他有点拿不准了。

这一章要问的，就是这一句：先后，是不是病的一部分?

◆ 二、四样误差，其实是路

先把西医自己的话摆出来。

医学教科书里，有四样东西叫偏倚或者误差，每个学流行病学的人都背过。

第一样，领先时间偏倚。筛查把病提前几年查了出来，从确诊那天算起，病人「活得更久」了。不过有可能，只是确诊的那只钟拨早了，人去世的时间没有变。算一笔假想的账：一个人六十五岁去世。如果他六十岁因为症状就诊，确诊后活了五年；如果他五十七岁在筛查里被查出来，确诊后活了八年。八年比五年长，可是这个人，没有多活一天。这是一笔示意的账，不是哪一项研究的数据。

第二样，病程长度偏倚。筛查是隔一段时间查一次。长得慢的病，在身体里停留得久，更容易撞上一次筛查；长得快的病，常常在两次筛查之间，就先出了症状。所以筛查里查出来的病，平均看上去，更温和一些，不是筛查让病变温和了，是筛查挑走了温和的那一批。

第三样，过度诊断。查出了一种病，可是这个人一辈子都不会因为它出现症状，也不会因为它去世。这一条最有名的定义，出自 Welch 与 Black 2010 年的一篇文章〔待核：期刊〕：以「此人一生不会出现症状」为参照。

第四样，反安慰剂。听说一种药有副作用，吃了以后，就真的出了副作用。不是药在起作用，是「听说」在起作用。

这四样，是西医最好的自我纠错。先还它们公道：不做这些校正，一个筛查项目到底值不值得做，根本没法判断。把确诊的钟拨早，当成寿命变长，会让很多本来无益、甚至有害的东西，看上去功劳赫赫。随机对照试验、盲法、领先时间校正，一次一次地挡住了这种事。这是医学的体面，不是医学的毛病。

本书并不反对校正。本书只多问一句：这四样东西，被减掉的时候，减掉的是什么？

第 12 章讲过，这些校正有一个共同的零点：一个与路径无关的「真病」。校正的意思，就是把一条路上的人，换算到那个零点上去，再比较。换算的时候，路的差别被当成了要扣掉的杂质。

如果零点真的存在，扣掉没有错。如果零点本身就是一条路，扣掉的，就不只是杂质了。

本书给它起了一个名字，叫入病路径。它的定义是这样的：

> 入病路径：领先时间偏倚、病程长度偏倚、过度诊断与反安慰剂，不是要从病里减掉的误差，而是入病路径——名（诊断名，落在理念界）、灶（病灶，落在现实界）、痛（病痛，落在自我界）三者先后落下的次序，以及在哪一步被治疗锁住。它是病的一个属性，不是观察病的一个偏差。

这是一句很大的话，也是一句还没有证明的话。

请先把它当作本书的主张，不要当作结论。这一章的后半，要做的就是给它画一条线，什么情形下它成立，什么情形下它撤回。在那条线被越过（也就是校正之后，病程仍然分叉）之前，本书只说「主张」，不说「已证」。

先看这个定义怎样读。

名，是医生或别人说出口的那个病名，落在想法那块地上。灶，是身上被找到、被拍到、被化验出来的那一处，落在看得见摸得着的那块地上。痛，是你自己的难受，落在自己心里那块地上。三样东西，先后落下，就排出一条路。

再看四样误差，怎样读成路。

领先时间：灶和名到得比痛早很多，或者到了名，痛根本没来。钟拨早的那一段，是这条路上多出来的一截日子。病程长度：不同的路，招进来的是不同的人。走筛查路的，被挑走了一批长得慢的；走症状路的，是撞上了症状的。过度诊断：有灶、有名，痛终身不来的那一条路。反安慰剂：名字到了，痛跟着名字长出来。

每一样，都对应着三样东西里，谁先到、谁后到。

换一个设想，看得更清楚些。有两个人，一个是老赵，体检查出血压偏高，他没有任何不舒服，是灶先到。另一个人，也是同样的血压数字，不过他是因为连着几个早晨头昏才来看病的，是痛先到。两个人的血压值，一模一样，病名一模一样，处方也许也一模一样。

西医会说：这是同一个病，同一个诊断，同一个起点。本书会问：这两个人的第二天，一样吗？一个人拿着一个数字回家，不知道该拿它怎么办；另一个人拿着一个名字回家，终于知道自己的头昏有了一个说法。他们回到家以后，对待自己的身体、对待那台血压计、对待明天早上的第一杯水，会不会一样？

这是一个设想，不是一个结果。本书的预测是：不一样，而且这个不一样，会一点一点地累积成后来的病程分叉。这个预测到底站不站得住，要看第 14 章讲的 130/80 的材料，要看第 36 章的设计。

接着，是这条路上的另一个定义。它说的不是路本身，是走路的这个东西：

> 「病」是病人这个聚合体（病人、身体、医生、病历、家人合起来的那一团）的一次发生：差异那一维（病程分叉）在动，落在三界——理念界是诊断名，现实界是病灶，自我界是病痛；病的身份由三者落下的次序（入病路径）和锁点共同决定，不由任何一头的内容单独决定。三界不与三头一一对应：诊断名不是角色本身，是三头在理念界共同留下的读数。错相（Helman 1981 已说 disease without illness）在本卷是断路的一种

一句一句拆开说。

「病是一次发生」。发生，不是一块东西，是一件正在发生的事，像一场雨，不像一块石头。石头你可以拿起来，放在桌上，问它在哪里。雨你只能问：它是从什么时候开始下的，怎么下的，下到哪一步。

「聚合体」，是这一场发生里所有在场的东西：病人，他的身体，给他看病的医生，写下的病历，守在旁边的家人。这一团东西合起来，才有「病」这件事。去掉任何一样，这件事都不是原来的样子。

「差异那一维在动」，用大白话说，就是病在路上分了岔。同样一个起点，走着走着，有的人往这边，有的人往那边，日子越往后，分得越开。这叫病程分叉。

「病的身份由次序和锁点共同决定」。这是整句话最要紧的一半。大家习惯问：这个病的内容是什么？灶有多大，痛有多重，名字叫什么。本书说，光问内容不够，还要问三样东西是怎么排的。同样的内容，排法不同，是不同的病。

「三界不与三头一一对应」。这是一个防误会的地方，先在这里说清。病痛、病灶、角色，是三头；名、灶、痛，是三界。名不是角色。病名是三头一起，在想法那块地上留下的一个读数。一张假条是角色的事，一个病名，不只是假条的事。

最后一句，是给 Helman 留的位置。Helman 在 1981 年写过 disease without illness，人们叫它错相：医生说你有病，病人自己却不觉得难受〔待核〕。本书把它放进来，当作断路的一种：三样东西少了一样，路就断了。断路有方向，第 18 章专门讲。

现在回到王大夫的桌子上。

其实西医自己，早就知道这件事。同一个诊断，走进来的路不同，后面的故事不同，这句话，西医在统计里一遍一遍地遇上，一遍一遍地起名字：领先时间，病程长度，过度诊断，反安慰剂。每一个名字，都是一次遇上。只是它每一次遇上，都选择了同一种处理：减掉。

王大夫自己，问诊时多半也会问上一句「这个是怎么发现的」。他问这句话，不是为了填表。他心里知道，答案会改变他接下来要说的话。

好，现在可以接第 15 章那句话了。

第 15 章说，三方程不交换：同样三个量，先代入哪一个，解不同；入病路径就是代入次序。病历里首个症状、首个病灶证据、首个诊断编码这三个日子，把这个次序读出来。读出来的，是一条路。

所以本书这一部分的意思是：那三样东西没有排好之前，你拿着它们，算不出一个病。

还有半句，先在这里露一下，第 19 章才细讲。定义里说「在哪一步被治疗锁住」。路上有一些步子，走过去可以回头；有一些步子，走过去，就回不了头。切除，终身服药，排进日程的复查，都是后一种。名字一旦经由它们刻进身体，就成了路上一块拔不掉的界碑。同一个名字，在界碑之前和界碑之后，已经不是同一回事。

◆ 三、属性还是偏差：一条可判的线

现在说本书自认最弱的一处。

「入病路径是病的属性」，是一个哲学的主张。哲学的主张，容易被说成对，也容易被说成错，因为没有一条线，能把它说死。本书不想靠嘴说赢。它要给自己画一条线，一条别人可以拿去核对的线。

先问一句：路径的差别，可以有两种读法。

一种读法：路径只是看病的人走进来的方式，病本身没有变。筛查把病的钟拨早了，这是看的时间早了，不是病不一样了。把时间校正回来，两条路上的人，后面的病程应该是一样的。如果是这样，入病路径只是一个偏差，西医减掉它，减得对。

另一种读法：校正了时间以后，两条路上的人，后面的病程还是不一样。那么差别就不只是看的时间，它是病自己的差别，路径就是病的一部分。

回到前面那笔假想的账。八年和五年，差的三年，是钟拨早了的三年。把这三年扣掉，两个人站在同一个起点上，都是「确诊后五年」。这时候再问：这两个人，除了那三年，还有别的不同吗？他们的难受，他们的日子，他们后来的复查和

用药，会不会也因为是在五十七岁而不是六十岁被叫了病名，走出了不一样的样子？

如果有，那些就是校正拿不走的东西。

两种读法，哪一种对？不是靠想，是靠看。所以本书在这里，立一个条件。

做过领先时间校正之后病程仍然分叉，才算属性；校正后不分叉，只是诊断时点前移，算偏差。

这一句，是整本书最先要受检验的一句。请你把它多读两遍。

它由两半组成。前一半：把领先时间校正做完，比如把筛查提前的那几年扣掉，让两组人站在同一个时间起点上。校正做完以后，两组人此后的走向，还是不同。比如病痛的变化不同，生活能不能恢复不同，后来的并发和结局不同。那么路径就留下了校正拿不走的东西，这个东西，才配叫属性。后一半：校正做完，两组人此后的走向一样了，那所谓的差别，只是诊断的时刻提前了，路径只是偏差，本书这个主张就在这里收回。

领先时间怎么校正，也不止一种办法。常见的做法，是先估计筛查平均把确诊提前了多久，再把这段时间从生存里扣掉；也有办法，是把两组人对齐到同一个起点上再比。用哪一种，在看到数据之前就要写定，写进登记书，不能等结果出来以后再挑一种顺手的。

「分叉」两个字，也要有一个交代。分叉不是两个人长得不一样，而是一批人和另一批人，此后的走向，在事先登记好的结局上，分布不同。结局是什么，怎么量，要在看到数据之前写定。第 36 章写设计的时候，会一项一项写出来。

这条线对两边都公平。它不偏向本书，也不偏向 Welch 和 Feinstein。如果本书是对的，校正之后会剩下东西；如果他们是对的，校正之后什么也不剩。谁输谁赢，不由谁的名气大、谁讲得好听来定，由事先写好的结局和事先写好的校正办法来定。

为什么要把办法写在看数据之前？因为人有一种本事，看到结果以后，总能找到一种看上去合理的算法，让结果好看。医学里为此吃过不少亏，所以才有了预先登记这一套规矩。这是西医自己立的规矩，本书借来，先绑住自己的手。

还有一点要说清：这条线不要求每个人都分叉。它问的是一批人和另一批人，整体上是不是分开了。个别人走回头路，个别人原地不动，都是常有的事。那是个人的运气，不算数。算数的，是分布。

换成日子里的话，这条线问的是：把早知道的那几年算清楚、扣干净。然后看，早早拿到名字的人，和晚些才拿到名字的人，后面的日子还是不是一个样子。

如果是一个样子，那么路径只是一块挪早了的招牌，招牌下面的病没有变。如果不是一个样子，那么招牌挪早的时候，连带着挪动了别的东西：吃药的习惯，量血压的次数，夜里醒来想什么。这些东西，不在校正的公式里。

这条线会有三种结局。

一种是路路都过：每一条能分清的路，校正以后都仍然分叉。那么本书的主张，可以按原样往下说。一种是路路都不过：校正以后，处处不分叉。那么入病路径降为可以校正的偏倚，本书退回　　Welch，也就是退回到过度诊断研究原来的说法。还有一种是有的过、有的不过。那么就是下面说的收窄。

三种结局，本书事先都认。

在这条线被越过之前，本书不把「属性」当成已证。

这不是客气。后面几章，你会不断读到「入病路径」「锁点」「撤名不复原」这样的词。每一次它们出现，请你在心里都加上一个小括号：若这条线被越过。这是本书对读者的一份诚实。

还有两点，也说在前面。

第一，这条线不是要放过校正。领先时间偏倚在统计上是真的，该校正就必须校正。本书不是说校正做错了，是说校正做完以后，还要看剩下什么。西医做校正，本来就是为了看剩下什么，本书只是把剩下的那一部分，不再一律叫作误差。

第二，这条线只立了领先时间这一道关。病程长度偏倚和过度诊断，各有各的处理办法，要在第 36 章的设计里一并写。这里先立最容易说清的一条。

如果只有一部分路，过了这条线，另一些路没有过，本书的退路也写在这里：那就收窄。「入病路径是病的属性」，只在校正后仍然分叉的那几条路上成立；其

余的路，降成偏倚。以后的措辞，改成「在这几条路上，路径是病的属性」。这比现在的说法小，不过诚实。

这条线，在第 36 章次臂的分析计划里，会原样再出现一次。它和导读里说的第二条「判词怎样才算错」，是同一件事。在 130/80 的断点两侧，血压一样、路不同的两组人，如果此后的病程不分叉，或者被贴标签的人，难受的变化并不先于病程的变化，「名先到、痛跟着变」那一半的主张就撤回。

这个检验，本书写下来的时候，还没有做。

◆ 四、剩下的差别，也可能是挑出来的

那条线立住了。可它有一处，自己判不出来，本书得先说出来。

设想校正做完，两条路上的人，后面的日子果然还是不一样。这份「不一样」，可以有两种来历。

一种来历：是路改了病。名字先到，人就开始天天量血压，夜里开始听自己的心跳，痛跟着来了。路在这里起的是推的作用。本书要的，是这一种。

另一种来历：是路挑了人。肯去体检的人，本来就和不去的人不一样：更在意身体，更有空，日子也许更宽裕。就算一个名字都不叫，他们后面的日子也会不一样。路在这里起的只是筛的作用，像一道门，进门的人本来就是另一批。

还有一种挑法，挑的不是人，是病。第二节说过病程长度偏倚：长得慢的病，在身体里停得久，更容易撞上一次筛查。筛查路上的病，本来就偏温和。领先时间扣得再干净，这一层也扣不掉，它不是钟拨早了，是篮子里装的东西本来就不同。

这两种来历，都会让那条线显示「校正后仍分叉」。线只看分没分叉，不看是推出来的，还是挑出来的。

先还那条线一个公道。它挡住的是最常见、也最容易骗人的一种：把钟拨早当成活得更久。它没有错，只是一道关挡不住所有的路。

所以本书在登记的时候，再加两道关。上面那条加粗的线一字不动，它仍是第一道；后两道，是加在它后面的。

第二道关，防的是人挑路。办法是：路要在诊断之前就定下来，而且最好不由人自己挑。比如一个地方的筛查邀请，按出生年份或者住址分批寄出，早收到信的和晚收到信的，人本来差不多。

比的是「被邀请」的两批人，不是「去了」的两批人，再看他们后来的病痛和病程轨迹。用这种外来的变化当工具，是流行病学里常见的一种识别思路〔待核〕。第 14 章那道 130/80 的线，也是这个意思：线两边的人，血压只差一点，被叫不叫病名，是线替他们定的，不是他们自己挑的。

第三道关，防的是路挑病。办法有两种。一种是在同一个时间点上，把已经患了一阵的人和刚刚新发的人分开比：头一轮筛查查出来的，多半是身体里存了很久、长得慢的那一批；之后每一轮新发的，才和症状路上的人比较接近〔待核〕。

另一种，是拿间期癌来对照：两次筛查之间，因为症状自己冒出来的癌，叫间期癌；它和筛查查出来的癌，长得快慢常常不同〔待核〕。路径的差别，要在这样分开之后还在，才算数。

三道关都过了，剩下的差别，才记到路的头上。

这两道关，只会让本书更难赢，不会让它更容易赢。致命条款里写的撤回条件，一条不变。过了第一道、没过后两道的那几条路，照前面的收窄办法处理：差别记成挑人或挑病，路径在这几条路上降为偏倚。

用日子里的话说：两个人后来过得不一样，先别急着说是那张体检单改了他。先问，他是不是本来就是会去体检的那种人；再问，他身上那个病，是不是本来就是慢慢长的那一种。两问都答过了，才轮到问路。

◆ 五、为什么不能还原成前人的话

你可能会觉得，这些话听上去，前人好像都说过了。

确实，离本书最近的几位前人，各自都碰到了这件事的一角。本书不是要说他们错了。每一位的话，本书都认。问题是：能不能把本书的话，全部翻译成他们的话？本书的回答是：不能。翻译完，有一样东西丢了。下面四位，各讲一段。

一，Welch。先说他对在哪里：他和 Black 让人看见，筛查不是免费的午餐，查出来的东西里，有一部分根本不会伤人，却要人付出手术、药物和余生的担心。这个提醒，救过不少人。

他们把病分成两种：真病，和过度诊断。过度诊断的人，被称作确诊了一种一生都不会出症状的病。可是这个分法，靠一个参照：「此人一生」的那条自然史，那条假如没有人去查，这个人本来会走的路。这条路没有人见过。本书取消这条参照。取消以后，被过度诊断的人，不再是「本来不会有病的人」。他们是走了筛查路的人，有了名、有了灶，也许有了刀口和复查。这些都是真的发生过的事。过度诊断，是六条路里的一条。

二，Feinstein。他对在哪里：很多生存率的进步，看上去是治疗的功劳，其实是分期的线挪了。揭穿这件事，保护了很多人不被好看的数字骗过去。

他在 1985 年讲 Will Rogers 现象〔待核：合著者与期刊〕：分期的线挪了，一些病人从这一期搬到那一期，两组的生存率同时变好，实际上没有一个人多活一天。这是统计上的假象，揭穿它很重要。可是他的说法假定：搬家之前和搬家之后，这些人的病程是不变的。本书说，这个假定值得问：假象里面，有一部分，也许是真的改了病程。名字搬了家，治疗跟着名字搬了家，病程也许跟着变了。这一部分有多大，本书不知道，只能标作「待实测」。

三，Hacking。他对在哪里：他看见，给人分类这件事不是旁观，分类会走进人的生活，改写人，也被人改写。这一点，本书全盘认下。

他讲人的类别和被分类的人互相改写，叫循环效应〔待核：1995〕。一个人被分进某个类别，会按这个类别的样子去活；活出来的样子，又回头改写这个类别。他讲得最多的是，类别怎样随着时间漂移。本书的问法不同：类别不变，名字就是那个名字，不过两个人走进来的路不同，病就不同；而且走到某一步，名字被刻进了身体，再也撤不掉。Hacking　看的是类别的历史，本书看的是一个人的这一条路，和路上那个撤不回的点。

四，Helman。他对在哪里：他让医生看见，病人身上的难受和医生手里的病，可以是两件事。这在 1981 年是需要有人站出来说的。

他的错相，说的是医生眼里的病，和病人身上的难受，两套解释对不上〔待核〕。常见的读法，是把它当作两套话语的错位，需要沟通来弥合。本书说，错相不是错位，是断了的路：三样东西，缺了一样。缺的是哪一样，断路的方向就不同，对确诊的反应就不同。这一层，两套话语的说法讲不出来。

四位，各看见一角，各丢了一块。

这里再说一遍，免得被读成别的意思：本书没有一句话，是要把这四位请下台。没有 Welch，没有人敢问筛查值不值得；没有 Feinstein，很多漂亮的数字不会被拆穿；没有 Hacking，类别和人互相改写这件事，不会被这样清楚地讲出来；没有 Helman，医生和病人各说各话这件事，不会进教科书。本书站在他们的肩上，多问了一个他们没有问的问题。

所以说，还原成前人的话，丢的正好是同一样东西：三样东西谁先到，和哪一步被锁住。

◆ 六、放回日子里

王大夫把三份病历重新放回病历柜，照老规矩，按病名放。

他没有在任何一份上写结论。他知道，那条线还没有被越过，现在能说的，只是「我把这几份的先后排了一遍」。

他往外走的时候，护士小邓还在前台理号牌，随口问了一句：「王大夫，今天的三份病历，有什么说法吗？」

「没有说法。」王大夫说，「就是排了一遍。」

小邓笑了一下，没有追问。她在这里干了八年，知道王大夫说没有，多半就是有，只是还没想明白。

夜里回到家，他又想起白天的事。

他想，自己行医三十年，其实一直在做一件事：把三样东西拼起来。难受是一样，片子是一样，名字是一样。他从来没有问过，是哪一样最先来。先来的，就是这个人走进他诊室的方式。他问的是「你哪里不舒服」，他没有问「这件事是怎么走到我面前的」。

这两句话，听上去差不多。可是它们问出来的东西，也许不一样。

第二天上午，老赵一个人来了，说是来拿降压药。王大夫给他开了药，没有提昨天那三份病历，也没有提「先到」「后到」。他只是在老赵走之前，问了一句：「老赵，那一回体检，你是怎么想的？」

老赵想了想，说：「我当时想，这机器是不是坏了。」

「现在呢？」

「现在……」老赵挠了挠头，「现在我回家，每天早上都要先看一眼血压计。以前我从来不看。」

王大夫点点头，没有说话。

老赵这句话，他不会写进病历，也不会拿它去证明任何事。人物的话不是证据。可是他心里清楚，这一句话，是值得有人去认真量一量的。

给你一个小办法，就是随身三问里的第一问。下次轮到你或家里人看病，在医生开口以前，先在心里问一句：先到的是名、灶，还是痛？

不用判断对错。你只是在看，自己是从哪条路走进来的。这件事，该怎么办，请和你的医生商量。

> **带走的话**
>
> 同一个病，从不同的路走进来，就不是同一个病——只要校正了时间，路还在分岔。

> **小账**
>
> 本章拆了什么：拆的是「领先时间、病程长度、过度诊断、反安慰剂只是要减掉的误差」这个默认；也拆了「还原成前人的话就够了」这个想法。
>
> 本章立了什么：立的是入病路径的定义和「病是一次发生」的新属性定义，立的是那条加粗的可判的线；这个主张是否成立，要等校正之后才能说。

第 18 章

六条路与三种断路：经典路、筛查路、风险路、标准路、标签路、急症路

> **这一章的问题：**名、灶、痛能排出几条路？缺一样的断路，为什么有方向？

◆ 一、你一定有过这样的时刻

周二的门诊收了尾，王大夫没有急着走。

诊室门后挂着一块小白板，平时用来给糖尿病人画饮食的分量：一格主食，两格蔬菜。他把上面的字擦了，画了三个圈，从左到右，分别写上三个字：名，灶，痛。

护士小邓端着一盘没发完的药盒经过，探头看了一眼。

「王大夫，您这是画什么？」

「画今天上午的三个人。」

他拿起笔，从「痛」画一个箭头到「灶」，再画到「名」。画完看了看，擦掉。又从「灶」出发，经过「名」，停在「痛」。再擦掉。再换一个起点。

六遍画完，白板被他擦得发白。小邓忍不住又问：

「怎么画了这么多遍？」

「因为我读书的时候，只学过第一遍。」

老师教的看病，是一条直路：病人先觉得不对劲，医生再找出毛病，最后写上一个名字。这条直路，王大夫的诊室里天天都在走。可是那个上午的三个人，没有一个是照着它进来的。

你自己想一想：上一次你，或者你家里的人，被查出一个毛病，是先难受的，还是先在一张单子上看见了什么，还是先听别人说了一个名字？

三样东西到达的先后，原来不止一种排法。这一章，把它们一条一条数出来。

◆ 二、三个圈，六条路

先把三个圈说一遍。

名，是诊断名，一个病被叫成什么，它住在病历的诊断栏里，住在医生和病人的话里，本书说它落在理念界。灶，是病灶，身上能被拍到、被切下来、被化验出来的那一处，落在现实界。痛，是病痛，你自己的难受，落在自我界。

这三个圈，和导论里那三头不是一回事。名也不是病人的角色。名是三头一起在理念界留下的读数，别把它们混了。

三样东西排先后，数学上正好六种排法。本书把每一种叫作一条路。原文是这样写的：

> 六条路：痛→灶→名（经典路，教科书默认的那一条）；灶→名→痛（筛查路）；名→灶→痛（风险路：携带者、前期）；痛→名→灶（标准路：按症状清单确诊）；名→痛→灶（标签路）；灶→痛→名（急症路）

一条一条看。

第一条，经典路：痛→灶→名。你咳了三个星期，去拍了片子，片子上有一块阴影，医生在病历上写下「肺炎」。先难受，再找到毛病，最后有名字。这是教科书默认的那一条。病历首页的格式，主诉、现病史、查体、检查、诊断，就是照着它排的。

第二条，筛查路：灶→名→痛。老赵走的就是这一条。社区的免费体检，机器给他的血压一栏标了红。灶先到了，名字跟着就要来，难受还没有影子。体检、普查、筛查，说白了，都是主动去找那些还没有痛的灶。赵敏的结节，也是这样被看见的，第 20 章会细读。

第三条，风险路：名→灶→痛。名字先到，灶和痛都还在后面。一个人验出带有某个致病基因的变异，就被叫作「携带者」；一个人的血糖高了一点，还没到糖尿病，被叫作「前期」〔待核：携带者与「前期」的定义和年份〕。名字先落地，

灶也许来，也许不来。「前期」这一类名字，码表里要事先说清楚它算不算已经有灶，这是第 15 章那张码表该管的事。

第四条，标准路：痛→名→灶。有一类病，诊断不靠找灶，靠一张症状清单：持续多久，有哪几条，符合几条就确诊。偏头痛、肠易激综合征、纤维肌痛，都是按症状标准来确诊的〔待核：各病的诊断标准〕。人先是难受，名字顺着清单来，灶要么在后面补上，要么一直没有。小许在手机上搜出来的那个名字，走的就是这条路的前两格。

第五条，标签路：名→痛→灶。名字先到，而且不是靠灶，也不是靠痛。老赵隔壁卖水果的大姐，血压、血脂都不理想，母亲又是心梗走的，家庭医生在转诊单上写了「拟诊冠心病」，让她去做进一步检查。检查排了三个星期的队。这三个星期里，她的胸口开始发紧，夜里醒来的次数多了。检查做完，才看到灶。

大姐的难受，是在那个等待的名字里长出来的。这不是说她装病。这条路上的痛是真的，只是它来得比灶早。

第六条，急症路：灶→痛→名。老赵有一回在楼梯上摔了一跤，腿弯成了不该有的角度。灶，一眼就看得见；痛，几乎在同一秒；名字，等片子出来才写上去。这条路第 9 章已经划过界，这里只记下它的位置：三样东西几乎一起到，名字最后补。

六条路摆出来，有一件事看得出来：先到的那一样，决定了后面两样落在什么样的地上。

经典路上，痛先到。人是带着难受进的门，他已经在等一个说法，医生找到灶，写下名字，像是把一件悬着的事放了下来。

筛查路上，灶先到。人没有任何理由进门，他进门，只因为单位发了一张体检单。名字落在一个毫无准备的人身上。

风险路上，名字先到，落在一个什么都还没发生的人身上。他要自己去想象，灶和痛将来是什么样子。标签路上，名字也先到，可是它带着一个问号，人只好守着问号等。急症路上，三样东西一起砸过来，没有谁能先站稳。

同一个名字，落在这六种地上，长出来的不是同一样东西。这是本书说「路是病的一部分」的头一层意思。

西医早就看见了其中几条路的脚印。筛查路上，有领先时间偏倚：病被提前发现，人好像活得更久，其实只是计时的起点往前挪了〔待核〕。有病程长度偏倚：筛查更容易抓到长得慢的病，抓到的人看上去预后更好。有过度诊断：抓到了一些一辈子也不会惹事的病。名字先到的那几条路上，有反安慰剂：听说了副作用，就真的出了副作用。

第 17 章说过，这四样东西，西医当误差减掉。现在你看出来了：它们不是散在各处的四个毛病，它们各住在不同的路上。

先说一句公道话。这六条路里，没有一条是错路。

经典路是医学训练得最熟的路，几乎所有的诊断思路，都是照它磨出来的。筛查路挡在了很多人的前头：病在还没有一点难受的时候被找出来，有些人的命，就是这样留下的。风险路让一个家族有机会提前打招呼。标准路给了那些查不出毛病的难受一个入口，没有那张症状清单，他们连挂号单上的名字都没有。急症路，是整个急诊科存在的理由。

每一条，都是医学为了一类人修出来的路。

就连标签路也是。那位大姐等检查的三个星期里，转诊单上的「拟诊」二字，是医生对她负责的方式。宁可先把心梗的可能当真，也不愿意把一个母亲是心梗走的人，轻轻放过。等待让人心里发紧，这是这条路的代价，不是谁的过失。

本书要问的，只有一件事：这六条路上走进来的人，是不是同一个病。

◆ 三、缺一样，路就断了

再看白板上那些没有画完的箭头。

三样东西不是每次都到齐。到不齐的时候，原文管它叫断路：

缺项是断路：有痛无灶、有灶无痛、有名无灶无痛

断路不是「什么都没有」。它是一条少了一块的路，有自己的起点，也有自己的走向。

有痛无灶，是小许。心慌，手麻，睡不着，每一项化验都在正常范围里。痛到了，灶没有来，名字也不知该写什么。

有灶无痛，是老赵。血压单上的红色是实实在在的灶，可他吃得下，睡得着，扛着螺丝上三楼，一点不喘。灶到了，痛没有来。

有名无灶无痛，是那些被叫作「携带者」的人。三样东西只到了一样，而且是看上去最轻的一样：一个名字。可名字是会往下走的东西，这个以后再说。

第 8 章请出过 Helman 1981 年的「错相」：身上有病灶，医生说有病，病人自己觉得没病〔待核〕。那一章说，错相是断了的路。现在可以说得更具体一点：它就是其中的一种断路，有灶无痛。倒过来，查不出毛病的难受，是另一种断路，有痛无灶。这两种人，王大夫三十年门诊里见得最多。

三种断路和六条路是什么关系？可以这样记：断路，是六条路走到一半、停住了的样子。

有痛无灶，是标准路或经典路停在了灶那一格，痛到了，名字也许到了，灶始终没来。有灶无痛，是筛查路停在了痛那一格，灶和名字都到了，痛没有来。有名无灶无痛，是风险路刚迈出第一步，名字落了地，后面两样还不见踪影。

所以断路不是第七种、第八种路，它是同一张图上，没有画完的箭头。

断路在诊室里，有它自己的样子。

有痛无灶的人，最怕听到的一句话是「你没事」。化验单是真的，他的难受也是真的，可那一句「没事」，把两样东西都说成了假的。医生没有说谎，单子上确实什么也没有。只是这个人回到家，下次再来，换了个说法，说成「我最近压力大」，或者干脆挂了另一个科。

有灶无痛的人，最常说的一句话是「我好得很」。这句话也是真话，他没有骗医生。可医生手里那个红色的数字，同样没有骗他。

王大夫最怕的，是说不清。面对断路的人，他常常站在这样的位置：一手是真的数字，一手是真的难受，没有哪一个能把另一个说服。

两点要说在前头。

第一，断，是相对此刻说的。老赵的痛，今年没来，明年也许就来了；小许的灶，今天查不到，三年后也许有人查到。路是走出来的，缺的那一块，可能晚到，也可能永远不到。

第二，断路不是轻病的意思。有痛无灶的人在受苦，是真苦。有灶无痛的人在冒险，是真险。断路这个词不分轻重，只说一件事：三样东西没有排齐。

◆ 四、断路有方向

现在到了这一章最要紧的一句。

> 断路有方向：同样被确诊，有痛无灶者病痛下降（名给了痛一个落处），有灶无痛者病痛上升（名先到，痛跟着来）

一个字都不能动，所以先把它读慢一点。

「同样被确诊」，指的是两个人拿到了同一种东西：一个名字，写进了病历。名字一样，名字落下去的地方不一样。

先看小许。设想一下，有一天，王大夫坐下来，对他说：你这个难受，医学上有一个说法，它有名字，很多人有，不是你半夜在手机上搜出来的那些吓人的东西。

小许没有被治好。难受还在。可是他那天晚上，睡得比前几晚长了一点。第二天，他对领导说：「我这个，医生说有个说法。」这句话，他以前说不出口，因为他不知道「这个」叫什么。

他的难受没有消失，可是它不再悬着了。名字给了痛一个落处。

再设想老赵。王大夫让他在不同的日子里又量了几次，几次都偏高，于是对他说：「老赵，你这是高血压。」

老赵嘴上说：「我好得很。」

可是回到家的路上，他第一次留意自己的脑袋。晚上躺下，他听见了自己的心跳。他让女儿给他买了个血压计，夜里量了三回，三回数字都不一样。第二天早上，他对老伴说：「我这头，有点沉。」

以前，他从来不知道自己的头沉不沉。

名字先到了，痛跟着来了。

同一件事，被确诊：一个人的难受往下落，一个人的难受往上长。差别不在名字，在名字落下去的地方。本书的猜想是：名字落在已经有的痛上，是接住；名字落在一片空地上，痛有可能照着名字长出来。

名字到底给了痛什么，值得多想一步。

给了小许一个词。以前他说不出自己的难受是什么，只能说「就是不舒服」。有了名字，他可以对领导说，对家里人说，对朋友说。给了他一张票。第 3 章说过，病人这个身份要靠一张诊断单才发得出来，有了名字，他请假就有了依据。还给了他一群人：他不再是一个人在怪自己，有很多人和他一样。

老赵那边，名字给的是另一些东西。给了他一个要盯着看的对象：以前他从不留意自己的头，现在要留意了。给了他一套要做的事：量血压，记数字，忌口，复查。给了他一个要担的身份：从今天起，他是「有高血压的人」。盯着看，会让原本不会注意的感觉浮到面前；做的事越多，名字在他的日子里就扎得越深。

这些是本书对机制的猜想，没有一条是定论。第 36 章的设计不检验机制，只检验方向。机制可以慢慢找，方向先要看清。

这句话，是本书的命题，不是定论。它正是致命条款的第三条，要在第 36 章受检验。小许和老赵只是把它演一遍，他们不是证据。一个人的一个晚上，什么也说明不了。

那证据在哪里？本书手里有两样旁证，都要先核。

一样是 White 等人 2002 年的研究〔待核：作者、期刊〕。据说它盯的是社区里一批长期广泛疼痛的人。比较的是其中一部分人，在被贴上「纤维肌痛」这个名字前后的健康状况与就医情况〔待核：研究对象、比较方式，以及结论是否为确诊

后病痛下降〕。本书要先和它对账。如果核下来，它的结论与「有痛无灶者病痛下降」相反，这半句就要降为待检验的命题。

另一样是 Haynes 等人 1978 年的高血压研究：人被查出高血压、被告知之后，缺勤变多了〔待核：细节〕。它量的是缺勤，不是难受，所以只能算旁证。

真正的检验放在第 36 章。这里先用人话把它说出来。

把两类人各找一批：一类有痛无灶，一类有灶无痛。他们同样被确诊，同样拿到一个名字。量他们确诊前后的病痛，用的是第 15 章说过的患者报告结局。比的不是谁的病痛高，小许的难受本来就比老赵高，高低不算数。算的是各自往哪边走。

如果两类人确诊之后，往同一个方向走，都降，或者都升，「断路有方向」这句话，本书就撤回。

还要补两句，免得误会。第一，说的是一群人的方向，不是每个人。第二，说的是同一类确诊，不是每一个名字：一个吓人的名字，落在已有的痛上，也可能让痛更重。命题要经得起的，是同一类确诊、同一把量表、同一个观察窗里，两类人的方向到底是不是反的。

这里还要立一道防线。不立，这句话会赢得太便宜。

设想两个人，同一天去量血压。一个是头疼得厉害，熬不住了才去的；一个是单位体检，顺路量一下。过几个星期，两人再量一次。头疼的那个，多半会低一些；顺路的那个，也许高一点，也许不变。这和医生那天说了什么，可以一点关系都没有。人总是在最难受的那一天去看病，那一天往往是高点；高点之后，自己就会往回落一些。平常的那一天，往下没有多少地方可落，往上倒还有。统计上管这叫回归均值。

放到两种断路上，是一样的。有痛无灶的人，多半在痛的高点上门；有灶无痛的人，确诊那天的病痛本来就在低位。不管名字给了什么，前一种往下走、后一种往上走，几乎是统计上躲不开的事。两条线方向相反，可能什么也没有说明。

所以本书说的「方向」，要这样读。给每一类人各找一批对照：同一时期，病痛和病灶都相近，只是没有被确诊。看同一段时间里，对照自己往哪边走；把这一段同期的变化扣掉，剩下的，才是确诊带来的方向。命题那句话一个字不动，里面

的「方向」两个字，从此按扣掉之后来读。判决性试验那一条写着「避开回归均值」，说的就是这件事。

扣掉之后，两类人还是反着走，命题才站得住。扣掉之后，两类人往同一边走，照上面那一条，本书撤回；两类人都不动，方向这件事也就没有立起来。

还有第三种断路，有名无灶无痛。它确诊之后往哪边走，原文没有下断语，本书也不替它下。这一块，本书留着空白。

◆ 五、别人已经走到了哪里

六条路、三种断路、断路有方向，讲到这里，该把前人的账摆出来。路和结果有关，这件事不是本书先看见的。

英国有一类研究，叫诊断路径研究，大意是把癌症病人按走进医院的入口分开：有的从急诊进来，有的经家庭医生转诊进来，有的经筛查进来。分开一看，入口不同，后来的生存差得很远，从急诊进来的往往最差〔待核：研究名称、年份与具体数字〕。

筛查本身也有一笔老账。第 17 章说过的间期癌，两次筛查之间因为症状冒出来的癌，和筛查查出来的癌比，常常长得更快，结局更差〔待核〕。

社会学那边，Corbin 与 Strauss 讲疾病轨迹，大意是：一个慢性病，不是一个点，是一条要走很多年的路，有起伏，有阶段，病人、家人和医护一起在管这条路〔待核〕。心理学那边，有 Leventhal 的常识模型〔待核〕。大意是：一个人有了症状，心里会自己给它起名、猜原因，估它要多久、能不能管住。这套想法，决定他去不去看病、怎样看病。

还有两份分类，本书前面一直在用。Eisenberg 把医生手里的病和病人身上的病痛分成两样，disease 和 illness〔待核〕；Twaddle 再加上社会认下来的那一样，sickness，分成三样（Twaddle 1968）。

先还它们公道。这些研究和分类，已经看到了路径和结果有关，而且看得比本书早、量得比本书细。诊断路径研究让急诊入口成了要去改的地方；间期癌让人知

道筛查有漏网的那一类；疾病轨迹让医护明白病是要陪着走的；常识模型让医生知道，痛先到的人，进门前心里早有一个说法。

那本书还多出什么？只有两样。

第一样，是给校正后剩下的那一份差别改判。前人多半把它读成病本身不同：急诊进来的，病多半已经晚了；路上耽搁了；或者筛查挑走了慢的〔待核〕。这些读法多半是对的，第 17 章那三道关就是照着它们立的。本书只问：这些都扣干净以后，如果还剩，剩下的算什么。前人把它留在偏倚那一边，本书把它改判为病的属性，并且给了一条可判的线，过不了线，就撤回。

第二样，是锁。名字经由治疗刻进身体，刀口、终身的药、排进日程的复查，过了这一步，撤名回不去。前人的轨迹讲路怎样走，没有专门问路上哪一步回不了头。这一步，第 19 章讲。

断路和 Eisenberg、Twaddle 的关系，也要说清。「有灶无痛」「有痛无灶」，放在 disease 与 illness 两分的表里，早就各有一个格子；Helman 的错相，也是其中一格。这几个格子，不是本书画的。本书新增的，只是一个可以检验的假说：同样被确诊，这两个格子里的人，病痛往相反的方向走，而且是扣掉同期变化以后。前人的表说的是「有哪几种」，本书说的是「被叫了名字以后，各往哪边去」。方向对不对，第 36 章去量。

◆ 六、分不清的时候

六条路画在白板上，清清楚楚。画到病历上，没有这么清楚。

本书怎么认路，第 15 章说过：看病历里三个时间戳，首个症状、首个病灶证据、首个诊断编码，谁在前，谁在后。码表事先公开，交给没读过本书的人盲编。两个人编出来的结果一致到什么程度，用一个叫 κ 的数来量，它把碰巧一致的那一部分先扣掉〔待核：Cohen 1960〕。要先登记一个下限，数值本书不自拟；达不到下限的病历，不进分析。

难处在哪里？在筛查路和经典路。

这两条路都是灶在名的前头，差别只在痛：是在名字之前来的，还是在名字之后来的。可是「首个症状」，偏偏是三个时间戳里最不牢靠的一个。它多半是病人事后回忆的，当时医生没有写。病历里常见的两种写法，一种是「无明显不适」，一种是「近期偶有……」，同一个人，两位医生可能写出两种。

举个例子。老赵的病历里，首个病灶证据，是体检那天的血压单。首个诊断编码，是后来王大夫复测之后录的。首个症状那一栏，有一行字：「偶有头晕」。一位编码员把它记在体检之前，编成经典路。另一位编码员发现，这四个字是诊断之后补写的，编成筛查路。同一份病历，两个人，两条路。老赵不是证据，这个例子只是说明编码的难处。

还有一件更麻烦的事。名字一到，人就会回头找自己的难受。找到了，往往就记成「早就有了」。病历里的痛，有一部分是被名字回头改过的。

所以本书把话说在前头：筛查路和经典路，在真实病历里，有一部分分不清。

退路是这样的。分不清的病历，不硬分，合并成一组，叫「经典或筛查（未定）」。以后比较，只比较能分清的路。这样一来，六条路在真实病历里，有一部分只能分到四类：「经典或筛查（未定）」、风险路、标准路、标签路。急症路的三个时间戳多半挤在一两天里，本书不拿它做比较。

这是本书的收窄，不是遮掩。宁可少比，不乱比。

◆ 七、放回日子里

那天下午，王大夫把白板上的圈留着，没有擦。

他想起这些年里最让他犯难的病人。仔细一数，不少都是断路上的人：一个说难受的，手里拿着一叠正常的单子；一个说没事的，手里拿着一张红色的单子。那时候他总觉得是自己没有说清楚。现在他看着白板，才想到，也许不全是他的问题。三样东西没有排齐，话本来就不好说。

小邓发完了药，又来问：「那今天这三位，各走的是哪一条？」

王大夫拿起笔。小许：痛，然后是一个自己搜来的名字，灶那一格空着。老赵：灶，名字就在门口，痛还没有来。赵敏：灶，名，然后痛，后面还有一段，他

一时画不下，只写了一个问号。那个问号，是名字到了、治疗跟着来了，名字又被撤走以后的事。名字撤走，人会回到哪里，是下一章要问的。

他放下笔，说：

「画出来也只是看清。该怎么治，是另一回事。」

这一章不教你治病。它给你一个很小的办法：下一次，你听到一个病名，不管是你的，还是家里人的，拿一张纸，画三个圈，写上名、灶、痛。然后只问自己一句：哪一个先到的？

如果有一个圈一直空着，你就有了一条断路。它是不是需要处理，处理到什么地步，请和你的医生商量。本书只帮你看清，自己是从哪条路走进来的。

> **带走的话**
>
> 先难受、先查出来、先被叫出名字，是三条不同的路；缺了一样，路就断了，断的方向也不同。

> **小账**
>
> 本章拆了什么：「看病就是痛→灶→名」这条默认的直路——它只是六条路中的一条。
>
> 本章立了什么：六条路、三种断路和「断路有方向」一句；还有筛查路与经典路在病历里分不清时的退路。

第 19 章

锁点：名字什么时候刻进身体，撤名为什么回不去

> **这一章的问题：**名字什么时候刻进身体？撤名之后，为什么有的人回不去？

◆ 一、你一定有过这样的时刻

那是一个周三的傍晚，赵敏正在厨房淘米。

手机响了，是医院的号码。她在围裙上擦了擦手，接起来。

电话那头是她的主治医生，语气很轻松，像是在说一件好事：

「赵敏啊，跟你说一声。你那个，现在不算癌了。」

她愣了一下，说：「哦。谢谢医生。」

挂了电话，她站在那里，水龙头还开着。她想，自己应该是高兴的。

三年前，她也是站在这间厨房里，接到医院打来的电话。那一次，电话那头说的是另一句话。那一次，水龙头也是开着的。

她关了水，拿起手机，打开日历。十一月的第二个周四，有一个红色的小点，写着「甲状腺复查」。那是术后她自己设的提醒，设成了每年重复，从来没有取消过。

这个小点，刚才还是一件她必须去做的事。现在它看上去像一张账单，上面写着一笔不知道该不该还的钱。

她没有取消它。她把手机放回台面，继续淘米。

医生没有说错，改名是真的。一个名字，一句话就能写上去，一句话也能划掉。

可是名字撤了，赵敏的日子里，有些东西没有跟着撤。这一章要讲的，就是那些东西。

◆ 二、名字刻进身体的那一步

先把这一章的头一个词交给你。原文是这样写的：

> 锁点：名字经由治疗刻进身体（切除、终身服药、复查日程）的那一步；锁点之前撤名可以回去，锁点之后撤名回不去

名字本来是一件很轻的东西。写在纸上，说在话里，医生可以写，也可以划。小许搜来的那个名字，老赵血压单旁边的那个名字，到现在，大体还停在纸上和话里。

锁点，就是名字不再只在纸上的那一步。

括号里写了三样东西：切除，终身服药，复查日程。这是名字借给治疗、治疗再刻进身体的三种刻法。

切除，刻在身上。一块组织拿下去了，就不再长回来。改名不会让它长回来。

终身服药，刻在每一天里。甲状腺全切之后，身体不再自己制造足量的甲状腺激素，要靠药片补上，一吃就是一辈子。腺叶切除之后，也有一部分人要吃药〔待核〕。每天早饭前的那一粒，是一个每天都会响一次的提醒。

复查日程，刻在日历里。每年一次，或者每半年一次，到了日子要请假，要排队，要把手机调成静音，走进检查室。赵敏的那个红点，就是这一种。

日程，是三种锁里最容易被忽略的一种，因为它看上去只是一个提醒。可是每一次它到来，都把名字重新念一遍：去医院的路上，挂号单上的科室，候诊室表格里「既往史」那一栏。名字没有一天被放下过，它只是换了一种方式，被人一年又一年地提起。

有一点请你留意：被刻进身体的，严格说不是名字本身，是治疗。名字是一个声音，一行字，刻不进肉里。是刀、药和日程，替名字在身上、在日子里留下了形状。所以撤名的时候，被撤走的是那个声音，那些形状还站在原处。

三种刻法，深浅不同。本书不替它们排高低。第 36 章的分层，就是要量：刻得不一样深，撤名之后，人回得去多少。

这里先把公道还给治疗。

锁点不是医学的过错。治疗要起作用，就得落到身上：刀要切，药要吃，日子要复查。一个癌如果真是癌，这三样东西救的是命。治疗要是不锁，就起不了作用。锁，是治疗这件事的性质，不是谁的失误。

改名更是医学的一次自我纠错。2016　年，一群病理学家和临床医生重新画了线。他们把一类长得慢、几乎不惹事的甲状腺结节，从癌里划了出去〔待核：Nikiforov 等 2016〕。新名字是一串英文缩写 NIFTP，译成中文，大致是「带乳头状核特征的非浸润性滤泡性甲状腺肿瘤」〔待核：中文译名〕。名字里已经没有那个「癌」字了。据说这样改，理由之一，就是别再让这一类人背着那个字，也别再让他们受不必要的治疗〔待核〕。

这件事，西医自己做了，而且做对了。

本书要说的，是这件对的事的另一半：它对得最彻底的，是后来的人。

那锁点之前呢?

护士小邓有个舅舅，做穿刺的那一周，报告上写着「可疑」。过了几天，病理科复核，改成了「良性」。舅舅什么都还没做，没有手术，没有吃药，没有排进任何日程。三天以后，他又去河边钓鱼了。

他回去了。名字撤走，他就是原来的那个舅舅。

不是所有的治疗都算锁。吃三天的消炎药，抽一次血，做一回检查，都不算。判断的办法只有一个：名字撤了以后，这样东西还在不在你的身上、你的每一天、你的日历里。还在，它就是一道锁；不在了，它就只是一次路过。

这是定义里说的「锁点之前撤名可以回去」。不过它说的是一件很具体的事：回到一个从未被命名过的人那里。舅舅那一周睡不好的几个晚上，谁也不会假装它们没有发生过。

◆ 三、撤名不复原

锁点之后撤名，会怎样？本书给这件事起了一个名字。原文如下：

> 「撤名不复原」——诊断名被撤销或改名后，过了锁点的人不回到从未被命名者的状态；「标签先行效应」降为它的前半段（名先到、痛跟着变）

这句话有两半。

前半段，医学早就看见了：名字先到，痛跟着变。前人用过好几个名字，反安慰剂，贴标签效应，Hacking 的循环效应〔待核〕。Haynes 等人 1978 年的高血压研究，是一份旁证〔待核〕。它们说的是同一类事：一个名字落下来，人跟着变。本书把它放在「名先到、痛跟着变」这一格，叫「标签先行效应」，并且把它降为新现象的前半段，不另立成第二个新现象。

后半段，是本书多出来的：名字走了，痛没有跟着走。

说「多出来」，要打个折扣。这一半，前人也碰过，而且碰得不浅。第六节会把他们走到的地方一处一处写出来，再说本书真正多出来的是哪一样。

为什么这一半值得单立一个名字？因为它和前半段的推理，方向是反的。

前半段说，名字能改变人。顺着往下想，名字一撤，被名字改变的东西，就该退回去。这是一个很自然的想法。下一节要讲的 Welch 那一路的过度诊断研究，按本书的推法，可以推出这个想法；他们自己未必这样想，下一节会说清。

本书说，不一定。名字改变了人之后，会被治疗留在身体里。这时候再把名字拿走，留下来的那一部分，不会跟着名字一起走。

西医自己的材料里，就有几样东西，在替这句话作证。

第一样不用争。一个已经切下去的腺叶，不会因为改名而长回来。这是一件医学自己也不会否认的事实：改名之后，这个人和没做过手术的人，不是同一个人。

第二样是一个词。在肿瘤学里，「癌症幸存者」常常是从确诊那天起算的，一直算到生命的终点〔待核：相关机构的表述〕。这个词有入口，没有出口。医学里没有哪个词，是从撤名那天起算「不再是」的。赵敏说自己是「癌症幸存者」，用的是医学自己的词，按医学自己的算法，她没有说错。

第三样是病历。随访的日程，是照着诊断的类别排下来的。改名之后，今后的日程可以改，可是已经排过的年份，已经去过的检查室，已经写满的病历页，改不了。旧页还在。

三样东西摆在一起，意思很简单：名字可以撤，名字落下的痕迹，不归撤名管。

你不妨想象这样两个女人，年纪相仿，同一年在同一家医院做了同样的腺叶切除。一个人的病理报告上写的是腺瘤，一个人的写的是癌。她们的刀口一样长，术后的药方也许一样。可是第二个人，在拿到报告的那个晚上，听到了一个字，这个字和她的名字，被人放在了同一句话里。

后来，那个字被撤了。第一个人，从来没有这个字可撤。她们还是同一类人吗？本书的回答是，不一定。

还要把两个容易误会的地方说清楚。

第一，「不复原」不是说赵敏这个人不好了，也不是说她不如那个从没被叫过癌的人。它只说一件事：她和那个人，已经不在同一条路上了。路不同，人就不同。不同的人，是好是坏，本书不预先替她说。本书预测的，只是不一样。

第二，过了锁点，不是说就没有人走得回去。下一节的预测里写着，只做腺叶切除的人，有一部分回得去。锁点不是一道死门。它只是说，回去要多走一段路，而且在这条路上，不是每个人都走得完。

◆ 四、一条能被推翻的预测

现在回到 Welch。

第 7 章讲过，Welch 与 Black 2010 年给过度诊断下的定义：确诊了一种此人一生都不会出现症状的病〔待核：期刊〕。

接下来有一句话，要先说清它是谁的。

按 Welch 的过度诊断框架推下去，被「撤癌」的人，本来就是被过度诊断的人。他们的结节，一辈子也不会惹事。他们受到的伤害，是那个「癌」字，和随之而来的治疗。名字一撤，伤害的来源就被拿走了，剩下的只是一点标签心理。这点心理应该慢慢散去，向从未被叫过癌的人回归。

这一句，是本书替 Welch 推出来的，不是他的原话〔待核：Welch 的原文是否蕴含这一推论〕。如果核下来，他没有这样说，这一句就只是本书自己搭的靶子。本书把靶子搭得尽量像他，为的是让这个预测有东西可打。

还要补一句公道话。Welch 一派自己，把标签和治疗的伤害记得很认真，他们很可能并不预测撤名以后就回归（第 7 章第五节讲过）。所以这条预测，以及第 36 章的试验，判的是本书自己，不是判他们。

本书和这条推理的分歧，在一个很小的地方。

在 Welch 那条线上，伤害只有两处：一处是治疗，一处是那个字。治疗做完了，就是做完了；那个字撤了，就只剩一点心理。

本书说，治疗做完，并没有真的做完。药要天天吃，日程要年年排，治疗在日子里还在继续，它一遍一遍，在重复那个名字。

为什么偏偏拿 NIFTP 改名来检验?

因为它是一次难得的自然实验。同一类细胞，同一类手术，名字被人在某一天，从癌改成了不是癌。没有人抽签决定谁改谁不改，可是这次改名，和每个病人自己的身体、性格都没有关系，它是从外面落下来的。这样，名字的作用，才有机会和别的东西分开来看。

预测的原文如下:

> 分歧预测（主）：NIFTP 改名。按 Welch 的过度诊断框架推下去（本卷的推论，须核原文），被「撤癌」者剩下的只是标签心理，撤名后应向从未被称为癌的人回归。本卷预测：与同样做了腺叶切除、一直诊断为滤泡性腺瘤的人相比，改名者在 12 个月内的患者报告结局与自认「癌症幸存者」的比例，整体不回到腺瘤对照的等效界之内（复查频率受 2016 年后指南影响，只作次要结局）；分层看锁点——做过全切与放射碘、终身服药者不回归，只做腺叶切除者部分回归

这段话要拆开读，它有两层。

第一层，是整体。

比的是两群人。一群是改名者，他们的结节原来叫癌，后来改了名。另一群是腺瘤对照，他们做了同样的腺叶切除，从头到尾，病理报告上写的都是滤泡性腺瘤，没有一个人对他们说过那个字。手术一样，名字的历史不一样。

量什么？十二个月之内的两样东西：一样是患者报告结局，也就是他们自己说的身心状况，第 15 章讲过，病痛用它来测；另一样是有多少人自认为「癌症幸存者」。

「等效界」是什么？是一个事先画好的圈。两群人的差距落在圈里，就算没有分别；落在圈外，就算有分别。圈要在看数据之前画好，画多大，要事先登记。本书不替它自拟数字。

Welch 框架推出的，是改名者应当回到圈里。本书的预测是：整体不回去。

第二层，是分层。

同样是改名者，当年挨的刀不一样。有人做了甲状腺全切，加了放射碘，从此终身服药，这是刻得最深的一批。有人只做了腺叶切除，刻得浅一些。本书预测，刻得越深，回去得越少：全切加放射碘、终身服药的，不回归；只做腺叶切除的，部分回归。

「部分回归」，是说这一批人整体上，离圈近了一些，不是说每个人回去了一半。

还要交代一句：全切加放射碘的这一批人，是改名之前按癌来治的。改名之后新确诊的人，大多不会再走到这一步〔待核〕，所以这一批人，是会越来越少的。要看他们，得趁早。

赵敏属于只做腺叶切除的那一批。按本书的预测，这一层的人里，有一部分会回去。她回没回去，不是证据，她只是这一层里的一个人。

两层为什么要一起看？

只有第一层，别人可以说：这是标签心理拖得久一点，慢慢会散的。有了第二层，才看得出别的东西。越深越回不去，这个梯度，单靠标签心理不容易解释，因为一个字的重量，不会因为刀的深浅而不同。

当然，还有另一种解释：刻得深的人，当年也许被认为病得更重，这本身就会把两组拉开。所以终身服药要在分析里控制，这是下一节的事。

这个预测随时可以被打掉。致命条款第一条已经写好了。

如果下面两件事同时出现：改名者在登记的观察窗里，患者报告结局和自认「癌症幸存者」的比例，回到了腺瘤对照的等效界之内；全切加放射碘与腺叶切除两组没有分别。那么「入病路径是病的属性」和「撤名不复原」，本书都撤回。入病路径降为可以校正的偏倚，本书退回 Welch。

三条致命条款里，这是最要紧的一条。第 36 章把它写成可以做的设计。

◆ 五、复查为什么不能当证据

赵敏每年复查，一次不缺。你可能会想：这不就是最好的证据吗？她没有回去，从她的行为里就看得出来。

本书的回答是：不能。

原因在于，2016 年以后，指南本身改了复查的频率。改名之前，这一类结节按癌来复查，有一套日程；改名之后，指南对它的建议不一样了〔待核：2015 年美国甲状腺协会指南，及其后对 NIFTP 的建议〕。

一个人去不去复查，由三样东西一起决定：指南怎么写，医生怎么排，本人怎么想。本书想看的，只有第三样。可是病历里的就诊记录，把三样东西搅在了一起。

这种混杂是双向的。赵敏每年去，可能是因为她心里没有回去，也可能只是她的医生按旧日程给她排了，或者医院的系统自动给她排了。反过来，另一个人少去了，可能是因为他回去了，也可能只是新指南让他可以少去。两头都读不出人心。

再举一个例子。赵敏有一位病友，同一年做的手术。医生按新的建议，两年才让她去一回。她很听话，两年去一回。可是她对赵敏说，她心里一天也没有放下过。

一个人每年去，一个人两年去，病历上看，赵敏更放不下。其实不一定。日期是医生和指南排的，心是自己的。

所以本书这样安排。

主结局只留两样：患者报告结局，和自认「癌症幸存者」的比例。这两样，是人自己说的。

复查频率不丢，它作次要结局，照实记录，照实报告。

检验的时候，要把两样东西控制住：一样是终身服药，一样是 2016 年后指南规定的复查频率。

「控制」是什么意思？说白了，就是分开比：吃药的和不吃药的分开比，按旧日程复查的和按新日程复查的分开比。分开以后，剩下的差别，才有机会算在名字的头上。

为什么要控制终身服药？药不是名字，可药是名字留在日子里的一种形状。全切的人要吃药，腺叶切除的人里也有一部分在吃药，对照组里同样有人吃药。不把它摆到明处，就分不清：回不去的，是名字的作用，是每天那一粒药的作用，还是两样混在一起。

还有一条，是本书写给自己的。如果次要结局和主结局的方向不一样，比如人们自己说的状态没有回去，复查却少了，本书照实报告，以主结局为准，不拿复查频率来撑判词。

好数的东西，不一定是要数的东西。复查次数好数，病历里是一个个干净的日期。可本书要数的是人，不是日期。

最后要说一句，免得被读错。这一节不是在说复查没有意义。复查是医学里最踏实的一件事，它盯的是病会不会回来。该不该复查，多久复查一次，请和你的医生商量。本书只说一件事：复查的次数，不能拿来当「人有没有回去」的证据。

◆ 六、别人已经走到了哪里

前面说「名字走了，痛没有跟着走」这一半是本书多出来的。这句话要打个折扣。名字会留下痕迹，前人早已看到，而且看得很清楚。

先说离本章最近的一支：筛查里的假阳性。

乳腺筛查里，有一部分女性先被告知「片子上有可疑的地方」，再做进一步的检查，最后被告知「没事，是良性」。名字来了，又走了。按常理，她们该回到原来的样子。

丹麦的 Brodersen 和同事追踪过这样的女性。大意是：被告知没事以后，过了相当长的时间，她们在焦虑、睡眠、对身体的担心这些方面，仍然和从没被叫回复查的女性不一样〔待核：Brodersen 与 Siersma 关于乳腺筛查假阳性长期心理后果的研究，期刊、年份与追踪时长〕。

这是一份很要紧的材料。它说的，正是「名字走了，人没全回去」的一个样子，而且比赵敏更轻：她们没有挨刀，没有吃药，名字只在纸上停了几个星期。

再往远处看，还有几支。

一支是社会学里的污名。Goffman 写过身上被打了记号的人，怎样在别人的眼光里被那个记号重新定义；记号去掉了，别人的眼光未必跟着去掉〔待核：Goffman 关于污名的论述〕。

一支是标签理论。Scheff 讲过精神疾病的标签：一个人被贴上标签以后，周围的人按标签待他，他自己也慢慢按标签活，标签就这样被稳住了〔待核：Scheff 关于精神疾病标签理论的论述〕。

一支是关于「癌」这个字本身的研究。有人做过这样的比较：同一种低风险的病变，说的时候用「癌」字和不用「癌」字，人们愿意做手术的程度不一样〔待核：称谓影响治疗选择的研究，作者与病种〕。一个字，就能改变一个人愿意挨几刀。

还有一支，是医疗化与医源性的级联。Conrad 等人写过，生活里的许多事怎样一步一步被收进医学的名下〔待核：Conrad 关于医疗化的论述〕。也有人写过，一次检查怎样引出下一次检查，一次治疗怎样引出下一次治疗，一环扣一环，停不下来〔待核：关于医疗级联效应的论述〕。名字进来以后，留下的不只是心事，还有一串排好了的事。

先还它们公道。

它们早已看见：名字会留下痕迹，撤了名，痕迹不一定跟着走。本章说的大半，它们都说过，有的说得比本书更细。

那本书多出来的是什么？只有一样。

把锁点按治疗的深浅分开排。只是纸上来过一个名字的，像那些假阳性的女性；做了腺叶切除的；做了全切加放射碘、终身服药的。然后看，回去的程度，是不是跟着深浅排出一道梯度：刻得越浅，回得越多；刻得越深，回得越少。

这一样，写成了事先登记、可以被推翻的预测，就是第四节那两层。

它是预测，不是已经证明的事。

这道梯度，替本书挡了一个问题，也给本书出了一个难题。

挡的问题是：如果只看回没回去，别人完全可以说「这是污名，是标签心理，是级联」，用不着什么锁点。有了梯度，才有东西可以把几种说法分开。

出的难题是：那些假阳性的女性，按本书的说法，还在锁点之前，本该回得去。要是量下来，她们留下的痕迹，和做过全切的人一样深、一样久，梯度就不存在，「锁点」这个说法就要收窄。

这一条，本书也记在自己的账上。

◆ 七、放回日子里

过了几天，赵敏来王大夫的诊室，是替父亲取一张单子。

取完了，她没有走。她站在桌边，手指在包带上绕了一圈。

「王大夫，我想问问。那个复查的提醒，我要不要取消？」

王大夫没有回答。他看着她。

「这个要问你的甲状腺医生，我替你定不了。」他说，「不过，我可以教你换一种问法。不要问『我能不能不查』。问：『按现在的名字，您给我排的日程，依据是什么？』」

赵敏拿出手机，把这句话记进了备忘录。

「还有一个小办法，」王大夫说，「下一次去复查之前，拿一张纸，画两栏。一栏写『医生定的』，一栏写『我自己想去的』。去的理由，往两栏里填。不用分对错，填完看哪一栏长。」

赵敏笑了一下：「我估计，两栏都挺长。」

「那也好。」王大夫说，「起码你看清了。」

她又问了一句：「那我还算那个词吗？我是说，癌症幸存者。」

「这个词，我不替你选。」王大夫说，「它是医学的词，也是你的词。你愿意用它讲什么，是你的事。我只想让你知道，你不是糊涂，也不是矫情。你走过的那一段，是真的。」

她走出诊室的时候，日历上的红点还在。她没有取消它，也没有急着决定。这一次，她知道自己是怎么走到这个红点面前的了。

这一整条路，从那张 B 超到这个红点，该怎么从头到尾读一遍，下一章，王大夫要用她的三年，一步一步地读。

> **带走的话**
>
> 名字可以撤，刀口撤不回；过了那一步，改名改的是纸，不是人。

> **小账**
>
> 本章拆了什么：「撤了名，人就回到从未被命名的样子」这个想当然，以及「复查次数就是人没回去的证据」这个想当然。
>
> 本章立了什么：锁点，新现象「撤名不复原」，分歧预测（主）的两层，以及复查频率移出主结局、只留患者报告结局与自认「癌症幸存者」的比例。

第 20 章

一次「病」的完整读法：哪一头显、哪一维动、落在哪一界、走的是哪条路

这一章的问题：读一次病，要读哪四件事？赵敏这一读，病变成了什么？

◆ 一、你一定有过这样的时刻

周六下午，诊所里没什么人。

赵敏来了，背着一个鼓鼓囊囊的帆布包。她是做会计的，什么东西都留着，什么东西都按日期归好。她把包里的东西，一样一样摆在王大夫的桌上。

一份三年前的病理报告，上面「癌」字被人划了一道，旁边手写着五个英文字母。一沓复查单，一年一张，用回形针别在一起。几张 B 超的打印件，纸已经有些发黄。还有一个巴掌大的笔记本，封面上写着「术后」两个字，里面是她自己的日记。

王大夫没有翻，可她自己翻开给他看了几页。有些页上只有一句话。「今天复查，平的。回家路上买了菜。」「今天没有提那个字。」「今天又提了。」

东西摆满了半张桌子。

「王大夫，」她说，「你帮我看看，我到底算什么。」

「算什么」，这三个字，是她三年里问过自己很多遍的话。是病人，还是没病的人？是得过癌的人，还是不算癌的人？医生说不算了，可她心里那个字，还在。

王大夫没有马上回答。他没问她现在感觉怎样，先问了一句：

「你手上最早的一张纸，是哪一天的？」

赵敏翻了翻：「体检那天的 B 超。」

「好。」他把那张纸放在桌子最左边，又把别的纸，一张一张，按日期排成一行，从左到右。

这是他三十年里很少有过的读法。平时他读病历，是从上往下读的：主诉，现病史，既往史，查体，诊断。一页纸，一个病，一条竖线。今天他是从左往右读的，一条横线，时间在上面走。

「我没法告诉你『算什么』。」他说，「不过，我可以陪你把它从头读一遍。」

你有没有过这样的时候？一件事压在心里很久，最想要的，不是一个结论，而是有人坐在你对面，陪你把它按顺序捋一遍。

这一章，就是这样一遍。

◆ 二、四件事一件件读

读一个病，本书只问四件事。

第一件，哪一头在显。病有三头：病灶，角色，病痛。在这一步里，是哪一头露在最外面，被人看见，被人记下，把故事往前讲？

第二件，病在哪里分了岔。同一个人，走到这一步，本来可以往两边去。岔口在哪里，他走了哪一边？

第三件，落在哪一界。名，灶，痛，这一步里的东西，是落在了想法里，落在了身体上，还是落在了自己心里？

第四件，走的是哪条路，锁住了没有。前面三样东西，到了几样？先后是什么？名字有没有被治疗刻进身体？

病历首页也问问题：主诉是什么，现病史怎样，既往史有什么，诊断写什么。这些问题，问的是「现在是什么」。本书的四件事多问了两样：中间在哪里分了岔，以及路上有没有锁。

为什么偏偏是这四件？

因为本书说的病，是病人这个聚合体的一次发生。发生的时候，三头轮流站到前面，这是第一件。发生的路上会分岔，这是第二件。每走一步，东西要落在三块地中的某一块，这是第三件。走了哪一条路，锁没锁，决定了这个人后来是怎样一个人，这是第四件。四件事合起来，就是前面几章讲过的东西，换成了一张可以拿在手里读的单子。

这四件事，第一件问的是头，第三件问的是界，第二件问的是路上的岔，第四件问的是路本身。头和界是两组三元，不要混在一起。名字，不是角色；病灶那一头，也不等于现实界那一块地。

先拿一个最简单的例子试一遍。老赵在后院楼梯上摔过一跤，腿断了，第 9 章说过。哪一头在显：病灶，一眼就看得见。病在哪里分了岔：手术，还是保守，这是岔口。落在哪一界：现实界，片子上的那道线。走的是哪条路：急症路，三样东西几乎一起到，名字最后补。四件事问完，不到一分钟。这样的病，读起来很快，因为路很短。

路长的病，读起来要慢一些。

读的时候，还会碰到读数。本书把读数分成三种。

一种是一下一下的，叫跳的读数，比如一张影像、一次化验。一种是连成一道起伏的线的，叫波的读数，比如一条复查的曲线。一种是铺在一大群人身上的，叫散的读数，比如「这一类病，复发的可能有多大」。（这三个字，借的是物理学里的老字：粒子、波、场。本书只借这一次。）

三种读数，各说各的事，说的是不同的时间。跳的读数说此刻，波的读数说一段日子，散的读数说一群人将来的可能。本章在赵敏身上，每一种碰到一次。

还要提前说一句公道话。这一遍能读下来，靠的全是西医的记录。B 超单上有日期，病理报告上有签发的时间，每年的复查单上有数字。没有这些，一条路连画都画不出来。读病的功夫，是在西医留下的纸上做的。

另外有一个提醒。下面的读法，不是诊断，也不是评价。哪一步该不该这样走，医生和赵敏当时是怎么商量的，这一章一概不评。它只回答一个问题：这一条路，是怎样走出来的?

◆ 三、赵敏的三年

下面一步一步读。一共六步，每一步问同样的四件事。

第一步：体检。

那一年年底，单位组织体检，赵敏排在下午。B　超室里，她躺在窄窄的检查床上，探头在她的脖子上停了好一会儿。她问：「有问题吗？」医生说：「出了报告再看。」

报告上写着一行：甲状腺一侧有一个结节，建议进一步检查。

那时候她什么也没觉得。吃得下，睡得着，正赶着把年底的账结完。她把那张报告折了两折，塞进包里，下午继续对账。晚上给父亲打电话，顺口提了一句：「体检说我脖子上有个结节，让再查查。」老赵在电话那头嗓门很大：「你能有什么事，你比我还好得很。」她笑了，把电话挂了。

读这一步。

哪一头在显：病灶这一头。是那张图把故事递了过来，角色和病痛两头都还没有出场：她没有请假，没有人把她当病人，她自己也不难受。

病在哪里分了岔：这时候谈不上分岔，路刚迈出第一步，只有一条。不过岔口已经摆在前头了：这个结节，是继续看着它，还是取一点出来看。

落在哪一界：现实界。灶落了地，名字和难受都还没有来。

走的是哪条路：灶先到，是筛查路的第一格。三个时间戳里，首个症状那一栏，是空的。

这一步里，有第一种读数：B　超图像。它是跳的读数，一次拍下来，定格在那里。它能说「这一刻，这里有一个结节」，说不了这个结节往后会怎样。早一年拍，晚一年拍，是两张不同的图。

第二步：名字到。

穿刺的结果出来，医生把她叫进诊室，用了一个她从来没有对自己用过的字。医生说的是「高度怀疑」，可她听见的，只有那一个字。

手术之后，完整的病理报告出来，白纸黑字：甲状腺滤泡亚型乳头状癌〔待核：诊断流程为叙事简化〕。

名字先在医生嘴里到，后在纸上到。病历里最早出现那个字的一行，就是码表上「首个诊断编码」的日期。

同一周，她被准了假，被安排了床位，她的家人被通知了。她按部就班地办手续，像在办一件公事。那个字，她还没有放进自己心里。

读这一步。

哪一头在显：病灶递出名字，角色马上接住名字，两头一起。名字，本来就是三头一起在想法里留下的读数。病痛这一头，还没有出场。

病在哪里分了岔：这一步，才是真正的分岔。同一块组织，同一张切片，正好落在第 13 章说的那条窄带里。窄带里，另一位病理医生也许会写另一个名字。不是谁读错了，是那条线本来就画在那里。当年，它落在了「癌」这一边。

落在哪一界：理念界。

走的是哪条路：灶，名，是筛查路的第二格。名字到了，痛还没有到。她此刻是一个有灶无痛的人，和老赵很像。第 18 章里的那一句，就埋在这里：名先到，痛跟着来。

如果只戴一副眼镜，这一步会被读成什么？病理派会说，这是一个诊断明确的病灶，该怎么处理，有现成的路。角色派会说，她从这一周起，是一个病人了。每一种读法，都读对了一块。可没有一种读法，看见了「名字先于难受到」这件事。

第三步：腺叶切除。

手术安排在下个月。手术那天，老赵坐在走廊的长椅上，从早上一直坐到下午，一次也没有说「我好得很」。腺叶切除，一侧的甲状腺拿掉了。出院那天，医生把头几年复查的日子，一次排给了她。她回到家，把它们一个一个输进手机，设成红色的小点。

小点是红的，因为那是她自己挑的颜色。

读这一步。

哪一头在显：病灶和角色两头一起动。刀落在病灶上，日程落在角色上：假要请，医院要去，家人要陪。病痛这一头，仍在后面。

病在哪里分了岔：手术的范围，本来有几种选法，医生和她商量以后，定了腺叶切除。这一步没有对错可评。本书只记下，它既是一个岔口，也是一道锁。

落在哪一界：现实界。名字从理念界落到了身体上，有了一个看得见的落处。

走的是哪条路：锁点到了。切除是第一道锁，复查日程是第二道锁。从这一步起，撤名可以回去的那种回，已经没有了。

只戴一副眼镜，这一步会读成一场成功的手术，这没有错，手术确实成功了。也可以读成病人角色的开始，这也没有错。可是名字是怎样从一张纸走进她的身体、走进她的日历的，这一副眼镜，都不看。

这里要还外科一个公道。手术前，医生把几种做法一样一样讲给她听，各有什么得，各有什么失，让她自己拿主意。那是一场很认真的商量。读法在事后看见了锁，可当时的商量，是在尽力把锁的代价说清楚。

第四步：痛来了。

术后的第三个月，有一个夜里，赵敏睡不着。她没有哪里痛，也说不清怕什么，只对自己说了一句：「我是得过癌的人。」

她打开日历数了数，离下一次复查还有十一天。

后来，她在一个病友群里，用这句话做了自我介绍。群里有人比她重得多，大家都欢迎她。这个词给了她一个位置，一群同伴。也给了她一间看不见的屋子。

读这一步。

哪一头在显：病痛这一头。这是她自己的话。可话里的那个「癌」字，是名字给她的。她借了病理派的词，才说出了自己的怕。

病在哪里分了岔：同样是术后的人，有人把这件事记成一次手术，有人把它记成一个身份。她走了后一条。这没有什么错，只是岔口在这里。

落在哪一界：自我界。

走的是哪条路：灶，名，痛，筛查路的三格走全了。痛是最后到的，是跟着名字来的。这和第 18 章里「名先到，痛跟着来」那一句对得上。不过赵敏只是把它演一遍，她不是证据。

这一步里，有第二种读数：复查曲线。三年的复查数字，连成一条线，平平的。这是波的读数，它说的是：这三年里，没有新的事发生。

可是它说不了她夜里的那一条线。

病痛派在这里读得最准：她的难受是一个独立的事实，不是化验单的附属品。可是它只读到了这一步。前面三步，它没有看见。

第五步：撤名。

2016 年，那一类结节被改了名〔待核：Nikiforov 等 2016〕。后来，医生给赵敏打了那个电话。上一章讲过，水龙头还开着。

那天夜里，她把那五个字母输进搜索框，看到的第一行是中文译名。名字里没有「癌」，有「肿瘤」。

她对着这两个字看了很久。肿瘤和癌，差多远?

读这一步。

哪一头在显：病灶这一头，只不过这一回，它不是在身上动，是在分类标准里动。一群病理学家，重新画了一条线。

病在哪里分了岔：对后来的人，这是一条新岔路，同一类结节，不再叫癌，也不再按癌来处理〔待核〕。对赵敏，这不是岔路，这是一场回头看。

落在哪一界：理念界被改了。现实界没有动，还是同一块组织，同一张切片。自我界，没有人通知。

走的是哪条路：撤名发生在锁点之后，所以前面那条路，不会因此倒着再走一遍。

这一步里，有第三种读数：这一类结节的复发风险。追踪下来，这类结节后来出现复发或转移的风险很低〔待核：不写数字〕。这是散的读数，说的是一大群人。

赵敏不是「很低」，她是一个人。一个人，要么有，要么没有。这个读数，让医生放了心，可它没法告诉她，那个字在她身上留下了什么。

病理派在这里做了一件很漂亮的事。它发现自己画的线画得太靠前，主动往后挪了一格。这是一门学问敢于自己纠错的样子。只是这个纠错，对后来的人是礼物，对已经走完前半程的人，是一份迟到的通知。

第六步：仍复查，仍自称。

十一月的第二个周四，她去复查。候诊室的表格上有一栏，叫既往史。她写：甲状腺癌（现已更名）。「现已更名」四个字，她写得很小。

走出检查室，她跟一个同样在候诊的人聊了几句。那人问她：「你是哪一种？」她说：「我是癌症幸存者。」

说完，她自己愣了一下。

那句话出口得太顺了。三年里，她在病友群里说过，在日记里写过，在心里念过，念得多了，就磨成了一句不用想的话。她站在候诊室的灯底下，忽然意识到，这句话已经不是她从医院拿到的，是她自己一天一天磨出来的。

读这一步。

哪一头在显：病痛和角色两头在讲，病灶那一头，早已安静。每年的复查单上，那一栏都是平平的。

病在哪里分了岔：这是第二个岔口，在改名之后。路可以朝着「回到从未被命名的人」那边走，也可以留在原地。分岔的位置，就是锁：锁得浅的，有一部分走得回去；锁得深的，回不去。

落在哪一界：自我界为主，日程是现实界里的一小块。

走的是哪条路：还是那一条筛查路。撤名和锁，是路上的两个记号，不另算一条路。她每年仍去复查，这一条，上一章说过，不能拿来当她没有回去的证据。她自称「癌症幸存者」，才是她自己说的话。

这就是赵敏的三年。

把六步放在一起，是这样的：

第几步	哪一头在显	病在哪里分了岔	落在哪一界	走到哪条路，锁没锁
一、体检 B 超	病灶	岔口在前头：看着，还是取样	现实界	灶先到，筛查路第一格
二、名字到	病灶递名，角色接名	同一张切片，名字有两个可能	理念界	灶、名，名先于痛，未锁
三、腺叶切除	病灶与角色一起动	手术范围的选择，既是岔口，也是锁	现实界	锁点到：切除加复查日程
四、痛来了	病痛	记成一次手术，还是一个身份	自我界	灶、名、痛走全，已锁
五、撤名	病灶（在分类标准里动）	对后来的人是新岔路，对她是回头看	理念界被改	撤名在锁点之后
六、仍复查，仍自称	病痛与角色	改名之后的第二个岔口，位置在锁	自我界为主	同一条路，不复原

表格里的内容，不是答案，是一张读法卡。你可以拿它去读任何一个病。

从上往下看这张表，你会看见几件事。三头轮流站到前面，先是病灶，再是病灶加角色，最后是病痛。三块地被依次踩到，先是现实界，再是理念界，又回到现实界，最后落在自我界。岔口一个接着一个，每一个，都是人和纸和医生和家里人，一起走过的地方。

这就是病人这个聚合体的一次发生。它不是一个东西从头到尾不变，而是一团人，一步一步，被一条路带着往前走。

要是把赵敏的病历，交给一位没读过本书的编码员，他会怎么编?

首个病灶证据，是体检那天的 B 超日期。首个诊断编码，是穿刺之后病历里第一次出现那个字的日期。首个症状，是术后第一次门诊的记录，上面写着睡眠差、担心。三个日期一排，灶在前，名在中，痛在后，清清楚楚，筛查路。

这样的病历，在第 18 章说的「分不清」里，是好编的那一类。不是每份病历都这么干净。

◆ 四、同一个结节，换一条路

读完这六步，还有一个问题没有回答：这条路要是换了，会怎样？

设想另一个女人。年纪和赵敏差不多，结节的大小、位置、细胞，和赵敏的几乎一模一样。（这只是设想，世上不会有一模一样的两个结节。）不同的是，她先摸到了脖子上有一个东西，吞咽的时候有一点梗。她去看病，医生给她做了 B 超，看见了结节，后来也做了手术，病理报告上，同样写着那个字。

她走的是经典路：痛，灶，名。

同一个字，落在她身上，和落在赵敏身上，不一样。落在她身上的时候，她已经带着一个问题来了：我这是怎么了？这个字，是一个回答，哪怕是一个吓人的回答。落在赵敏身上的时候，她没有问题，是名字带着问题找上门来的。

读法不替人预测。本书没有办法说，这两个女人以后谁会睡得更好。它只指出一件事：她们站在同一个名字面前，可是站的位置，不是同一个。

两个女人的 B 超图像，也许一模一样；两份病理报告，也许一个字不差。可是两本日记，不会是同一本。日记里记的，是名字落下来以后，一个人怎样把它接住，接在哪里，接了多久。读法要读的，正是这一部分。

这也是为什么，本书说「病」不是一个名字，不是一个灶，也不是一份难受。它是名、灶、痛三样东西，排成的一条路。排法一变，同一个字的分量就变了。

这个想法，现在看起来还只是一个说法。怎样把它变成一场可以做的试验，是第 36 章的事。

最后交代读法自己的三个限度，免得你读过了头。

第一，这是回头读的。赵敏的故事，我们是知道了结尾才去读前面的。当年走在路上的人，并不知道岔口在哪里。读法能帮人看清走过的路，替不了人去预知没走的路。

第二，读法靠记录。记录不全，路就读不全。有的人，首个症状那一栏永远是空的，那一格，只能写「未定」。

第三，读法不是证据。一个人的一遍读法，说明不了一般的道理。一般的道理，要靠第 36 章那样的设计去检验。赵敏、小许、老赵，只是帮你看清这套读法怎么用的人。

◆ 五、同样的读法，读小许和老赵

赵敏读完了，王大夫回头看了一眼门外。小许和老赵上午的单子，还摊在另一张桌上。同样的读法，也可以读他们。每人只读一遍，不下结论。第 24 章会回来。

先读小许。

哪一头在显：病痛这一头。别的两头，都还没有出场。他的话，是整个故事里仅有的东西。

病在哪里分了岔：那天夜里，他可以等天亮，也可以问手机。他问了手机。名字是先从屏幕上来的，不是从诊室里来的。

落在哪一界：先是自我界，然后是理念界，那个他自己搜来的名字。灶那一格，是空的。

走的是哪条路：痛，名，灶的位置空着。这是标准路的前两格，也是一条有痛无灶的断路。到今天为止，他没有手术，没有长期服药，也没有排进任何日程，他还没有一道锁。这不是诊断，也不是劝告，只是他在路上的位置。

再读老赵。

哪一头在显：病灶这一头。血压单上的那片红色，是它递过来的。痛那一头，他自己说没有。

病在哪里分了岔：岔口在名字。高血压不能靠一次读数下结论，王大夫要他在不同的日子再量几次。几次都偏高，名字就落了地。

落在哪一界：先是现实界，然后是理念界。

走的是哪条路：灶，名，痛刚刚冒头。这是筛查路的前两格半，也是一条有灶无痛的断路，正在往另一边走。他有一个复诊的日子，床头多了一只血压计。这是最浅的一种刻法，算不算锁点，要看他往后几个月怎么走。这一点，留给第 24 章。

三个人，三份读法，放在一起看，王大夫心里有了一个模模糊糊的念头：同样是「病」这个字，装进去的东西，完全不一样。

赵敏有锁，有撤名。小许没有锁，也没有灶。老赵的灶很清楚，锁才刚刚开始。三个人站在同一个诊室里，却站在三条路的三个不同的位置上。

◆ 六、放回日子里

读完赵敏的这一遍，窗外已经暗下来了。

赵敏看着桌上排成一行的纸，过了一会儿，问：

「所以……我到底算什么？」

王大夫想了想。

「你不是『算什么』的人。」他说，「你是一个走过一条路的人。这条路，有它的先后，有它的锁。你在哪一步，怎样走过来的，都能说清楚。这比『算什么』，要有用一点。」

赵敏没有说话。她低头，看着桌子最左边的那张发黄的 B 超单。

「我一直以为，是那个字把我变成这样的。」她说。

「也许是。」王大夫说，「也许不全是。那个字，那把刀，那个红点，那些年的夜里，一样一样都在里面。我现在说不清，哪一样占几分。可是我知道，你不是糊涂。」

他拿过她的复查单，在背面写了四行字：

哪一头在显？

病在哪里分了岔？

落在哪一界？

走的是哪条路，锁住了吗？

「以后每次想到这个病，就拿这四句话问自己。」他把纸递给她，「不是要你问出一个答案。是让你知道，该往哪里看。」

至于下一次复查，去不去，什么时候去，他没有说。那是她和她的甲状腺医生之间的事。他只是说：「你可以带着这四句话去。」

赵敏把纸折好，放进笔记本里。走到门口，她又回过头：

「我爸那个，也会这样吗？」

「他的路才刚开头。」王大夫说，「你要是想帮他，先别急着告诉他该怎样。你就问他一句：这个病，你是怎么知道的？是哪天、谁告诉你的、当时你有没有哪里不舒服。听他说完，你就知道他站在哪一格了。」

王大夫看着她的背影出了门。他想，三十年里，他读过无数个病，从来没有把「先后」两个字，写在病历的任何一栏里。

给你一个小办法。下一次，你想到自己的病，或者家里人的病，拿一张纸，写下这四句话。不用写得多，每句话一行就够。

再多做一件小事：把你手上最早的那张纸，放在桌子最左边，其余的按日期排开。排完你也许会发现，你一直在问「这是什么病」，却从没有问过「这条路，我是怎么走过来的」。

读一次，不是为了判断对错，是为了看清。

赵敏出门以后，王大夫又想起老赵床头那只血压计。病好了以后，人往哪里走，这是下一章的事。

> **带走的话**
>
> 读一个病，不只问它是什么，还要问：哪一样先来，在哪里锁住，落到了你的哪一块地上。

> **小账**
>
> 本章拆了什么：「我到底算什么」这个把病当成一次归类的问法。
>
> 本章立了什么：读一个病的四件事，用赵敏完整读了一遍，又用小许、老赵各读了一遍；三种读数各出场一次。

第 21 章

三界里的健康：创造、自由、幸福，与显露的方向

> **这一章的问题：**健康是没有病，还是往创造、自由、幸福的方向走？

◆ 一、你一定有过这样的时刻

老赵把铺子交给伙计的第三个年头，血压一直控制得很好。家里量的数，王大夫看了都点头。

可是这几个月，他变了。

铺子交给了伙计小宋。他每天吃完早饭，就坐到客厅的沙发上，电视开着，眼睛不看。老伴问他中午想吃什么，他说随便。赵敏让他去老街转转，他说有什么好转的。从前他一进门就要问店里的货，现在伙计小宋打电话来，他接起来只说一句：你看着办。

有一天夜里，赵敏起来喝水，听见他在黑着灯的客厅里，自己对自己说了一句：

「活着没意思。」

下一次复诊，王大夫把单子从头翻到尾。血压，好。别的几项，也都在范围里。他翻得很慢，像是想从这些整整齐齐的数字里，找出一个哪怕小小的箭头。

没有。

他抬起头：

「老赵，你现在哪儿不舒服？」

老赵想了很久。

「哪儿都不疼，哪儿都不堵。」他说，「就是没劲。」

这个老赵，和从前拍着桌子说「我好得很」的老赵，是同一个人。那时候单子红了，他说自己没病。现在单子绿了，他说自己没劲。

单子说：好。他说：没劲。

两句话都是真的。王大夫坐在中间，不知道该信哪一句，又觉得哪一句都不该丢。

病好了，人就健康了吗?

前面二十章，一直在问病在哪里，病是怎样走进来的。这一章换一个问法，问病的另一头：一个人往好里走，是往哪里走?

◆ 二、三块地

先把前面讲过的三块地，再摆一遍。

名，落在想法那块地上，本书叫理念界。灶，落在看得见摸得着的那块地上，叫现实界。痛，落在自己心里那块地上，叫自我界。

前面几章，这三块地是病落脚的地方。可它们先是人过日子的地方。一个人没病的时候，也在这三块地上过活，只是平时不觉得。

在想法这块地上，人给事情起名字，定计划，想办法，把原来没有的东西做出来。一桌新菜，一种新的记账法，一个哄孩子睡觉的新调子。本书把这件事叫创造。创造不用大，只要是原来没有的，从你这里出来了。

在现实这块地上，人用身体去够东西，走到地方，把活干成。手抬不抬得起来，腿下不下得了楼，今天想去的地方去不去得成。更要紧的是，去不去，由谁定。本书把这件事叫自由。自由不是想干什么就干什么，是在你能做的事里，由你自己挑。

在自己心里这块地上，是舒不舒坦，愿不愿意把这一天过下去。本书把这件事叫幸福。幸福不是大笑，是睡前想起这一天，心里没有硌着的地方。

这三块地和这三样东西，大致对得上：想法这块地侧重创造，现实这块地侧重自由，自己心里这块地侧重幸福。

说「侧重」，是因为它们不分家。做一桌新菜，要手动得起来，那是现实界的事；要吃的人说一声好，那是自我界的事。一样东西落在一块地上，总会牵着另外两块。所以这个对应，不是一对一的格子，只是告诉你：从哪一块地上看，哪一样最先显出来。

人的日子，就是在这三块地上，一天一天露出来的。「露出来」这个意思，本书有个正式的词，叫显露（东西露出来、被看见的那一下）。你今天做了什么、去了哪儿、心里怎样，都是这一天在三块地上显露出来的样子。

病来的时候，也是在这三块地上动手。

你可以拿一个人的膝盖试试。膝盖出了毛病，灶落在现实界：下楼要一级一级挪，原来想去的地方，一下子远了，自由先窄了一圈。医生说出一个病名，落在想法这块地上。从这一天起，你在别人嘴里、在病历上、在自己心里，多了一个身份，叫「某某病人」。你要做的新事，先得过这个身份的关，创造也窄了一圈。夜里疼，白天怕，对明天没把握，这是自我界的事，幸福再窄一圈。

三块地同时往里收。病留下的，从来不止一处。

同样是膝盖的毛病，有人下楼只是慢了一点，日子照旧；有人从此不再出门。两个人膝盖上的读数，可以一模一样，三块地收进去的幅度，却不一样。

老赵也一样。后来王大夫翻旧病历，才注意到一件小事。老赵的血压被标上红字、「高血压」三个字落进病历的那一年，他开始把店里的进货，一样一样交给伙计小宋。

这两件事有没有关系，王大夫不敢说。人物不是证据，病历也还没有告诉他谁先动。他只是在页边记了一笔：三块地，不知道是哪一块先松的。

显露是有方向的。

同样过一年，有的人，一年下来，露出来的东西越来越窄：能做的新事越来越少，能自己挑的越来越少，心里舒坦的时候越来越少。有的人，越来越宽。

窄还是宽，不看哪一天的样子，看这一年往哪边走。

方向有一个麻烦：一天的样子，看不出方向。

你拿一张今天的单子，看不出血压是在往好里走，还是往坏里走。你得有两个点，才连得出一条线。日子里的三块地也一样。所以问健康的时候，要问的不是「你今天怎么样」，是「比去年这个时候，你是宽了，还是窄了」。

这把尺子不跟别人比，只跟你自己比。老蒋不用跟邻居年轻人比腿脚，他只要问问自己：去年这个时候，我能教几个孩子？今年呢?

导论里先看过一眼的三层，读数、好不好、为了什么，这三块地和三样东西，就是最上面那一层，为了什么。读数和好不好，说的是你的身体怎样。这一层问的是：身体好了，你要去哪里。

◆ 三、往哪里走，算健康

世界卫生组织成立时的章程里，有一句话，常被说成它给出的健康定义，年份常记作 1948 年〔待核：年份与原文〕。大意是：健康不仅是没有疾病或虚弱，而是身体上、心理上和社会上的完好状态。

先还它公道。这句话，在当时是一件大事。

在它之前，人们心里默认的健康，就是没病。一个人只要查不出病，就是健康。这句话把这个默认推开了：没病，只是健康的一部分，甚至不是全部。

王大夫面前的老赵，单子上什么都好，人却没劲。用这句话，就能说通。

它不是为老赵一个人写的。它对医学说：别只看病，要看人。这个转向，后来的姑息医学、患者报告结局，都接着往下走。第 16 章里说过的那些意义层的碎片，不少是顺着它长出来的。

它成立的条件也很清楚：当你要对一个只盯着单子的人，说清「没病不等于好」的时候，这一句话就够了。

可是，这句话给的是一个状态：完好。

状态像一个地方，人要么在里面，要么不在。「完好」两个字，也常被人议论：谁敢说自己的身体、心里、日子，样样都完好呢？照这个量法，慢性病人几乎一辈子站在门外。

邻居老蒋，七十一岁，腿不好，走路拄拐，药一天三顿，门诊一个月去一趟。按「完好」来量，他是不及格的。

可老蒋每天下午，拄着拐坐到小区的凉亭里，教几个孩子下象棋。他自己编了一套口诀，孩子们背得比课文还熟。教谁、教到几点、哪天不教，都由他自己定。下完棋，他慢慢走回家，进门说一句：

「今天赢了三盘。」

老蒋的日子里，有他编出来的东西，有他自己挑的事，有睡前不硌人的心。这三样他都只有一点，也都在往外长。

反过来，再看老赵。他的单子比老蒋漂亮得多。如果只许选一个人说「他在往好里走」，你敢不敢选老赵？

所以本书把健康换一个问法。不问「你站在哪里」，问「你往哪里走」。

既然病是一条路，健康问的也就不是在不在某个地方，是路往哪边开。

健康，是在三块地上，往创造、自由、幸福的方向走。

这话要拆开看。

路上有病，不要紧。老蒋有病，他在往那个方向走。

路上没病，也不保证。老赵的单子最漂亮，他这一年，却一天比一天窄。

还有一层，要说清楚，免得读歪。说方向，不是说要使劲。方向不是考核，也不是催人。人病得重的时候，往前挪一寸是方向，原地歇一歇，也是这条路的一部分。创造也不是非得做出大事，给孙子编一个睡前的故事，就够了。

这股推着人往那个方向走的劲，叫什么，怎么算它，是第 23 章的事。这一章先把方向认清。

◆ 四、苦役、空转、麻醉

三样东西，缺了一样，人就会往另一个方向滑。

先把三句话摆出来：

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。

这三句话，本来是讲价值的话。放进诊室，就成了看病的话。一句一句看。

先说苦役。一个人做得很多，却没有一件由自己定。

赵敏有一阵子，就是这样。她是会计，年底的账一笔不差；复查从不缺一次，每回都准时到。有一年腊月，她白天对完最后一本账，晚上赶去医院，排了两个钟头的队，回家还把第二天要用的表格做完。

她要强，心里有一句话：得过癌的人，什么都不能耽误。

于是样样做到，件件做好，可没有一件，是她想做才做的。每一件，都是在向一个名字交代。

苦役里的人，常常是别人眼里最让人放心的人：样样不落，件件按时。放心的是别人，累的是他自己。

这样的日子，做得再多，也是苦役。

请注意，这里没有说复查不该做，药不该吃。那件事请和医生商量。这里说的，只是日子里的一件小事：做的时候，有没有哪一件，是你自己挑的。

苦役有一种声音，听久了你会认出来。那是一连串的「得」：得去，得做，得按时，得不能耽误。

再说空转。一个人想去哪儿都行，却没有一件想做的事。

老赵现在就是这样。身体让他下楼，家里没人管他，钱够，时间多，哪儿都去得。可他想不出一件想做的事。轮子转得很欢，不带动任何东西。

读数全好，恰恰是空转最像健康的地方。单子漂亮，没有人会担心他，连他自己也找不到说「我不对劲」的理由。

空转也有一种声音：「随便」「无所谓」「你看着办」。

最后说麻醉。一个人心里很舒坦，却既没有做什么，也没有选什么。

护士小邓讲过病房里的一位老人家。他住了很久，护士们都喜欢他。三餐有人送，药有人发，哪儿都不用去，什么都不用操心。他常说：

「住在这儿真好，什么都不用想。」

小邓说，她每回听到这句话，心里都紧一下。

「他是真舒服。」她说，「可他也真的，什么都不做了。」

麻醉的声音，最轻，也最好听：「不用想」「有人管」「这样就挺好」。

这里也要还一笔公道。

人病得很重的时候，舒服本身就是最要紧的事。疼的人，先要不疼。这时候，没有人该拿「创造」「自由」去催他。姑息医学花了很多年，才把这一点说成医学自己的话。

麻醉的意思，不是舒服不好。是舒服成了唯一的一样，而人还在往窄里走。

这三种滑落，不是三种病，也不是给人贴的三张标签。它们是三个方向，每个人都可能在某一段日子里滑过去。老蒋在老伴走的那一年，也有过一个冬天，凉亭没去，棋盘蒙了灰。后来又去了。

滑，不是定了。能看见自己在往哪边滑，就是一件有用的事。

听出这三种声音，是为了多一对耳朵，不用给人定性，也轮不到谁替谁下判断。王大夫在诊室里，慢慢学会了听「得」「随便」和「不用想」，跟学会听心脏的杂音，是一个道理。

三句话合起来，是一个简单的东西：读数好，不等于三样都在。

读数管的是身体怎样，管不到这三样在不在。所以，病好了，不等于健康回来了。

◆ 五、放回日子里

那天的复诊，王大夫没有再翻单子。

他合上病历，换了一种问法。他说：

「老赵，我问你三件小事，你想想再答。」

「这一个星期里，有没有一件事，是你想做、而且做了的？」

老赵没吭声。

「有没有一件事，是你自己挑的，不是别人叫你做的？」

老赵低着头，手指在膝盖上敲了两下。

「有没有哪一刻，你心里是舒坦的？」

诊室里安静了一会儿。窗外有人在推一辆吱吱响的小车。

「上礼拜，」老赵终于开口，「伙计小宋来问我，一种螺丝的型号。我给他讲了半个钟头。」他停了停，「那半个钟头，倒不觉得没劲。」

王大夫没有说「你这是抑郁」，也没有说「你该怎么办」。他只是把这句话，原样写进了病历。

那天中午，他又想起三十年前，自己刚当医生的时候，总以为治病的尽头是单子变好。现在他知道，单子变好，只是路上的一块石头。过了这块石头，还得问一句：然后呢。

临走，王大夫补了一句：

「下回来，也带着这三个问题。」

老赵站起来，把椅子推回原位，嘟囔着：

「你这大夫，净问些不要紧的事。」

可他走到门口，又回头看了王大夫一眼。那一眼里，没有「我好得很」，也没有「没劲」，像是在把三个问题，一个一个，放进口袋里。

给你一个小办法。下一次，你觉得自己或家里人「说不上哪儿不对」，别只看单子。把那三个问题，在心里过一遍：这个星期，有没有一件我做出来的事？有没有一件是我自己挑的？有没有一刻，心里是舒坦的？

三个都答不上来，也不用慌。这不是诊断，是一把尺子，量的是方向。

如果这样的日子很久了，或者「活着没意思」这样的话越说越多，请找医生或心理咨询师谈一谈。身体或心里的难处真的大了，那不是靠自己想明白的事。

老赵走后，王大夫把那几张整整齐齐的单子又看了一眼。它们没有错，可它们到底在说什么，又没说什么，下一章把它摆开来看。

> **带走的话**
>
> 病好了，不等于健康回来了；健康是你又能往前走，走向你想做的事、想去的地方、想成为的那个人。

小账

本章拆了什么：「没有病就是健康」这个默认，以及「读数好就等于意义那一层也好」的想法。

本章立了什么：立的是三界里的健康：创造、自由、幸福各有侧重的一块地，显露有方向，缺一样就滑成苦役、空转或麻醉。

第 22 章

化验是读数：单次值、病程、风险分布

> **这一章的问题：**化验单是病的脸，还是路上留下的脚印?

◆ 一、你一定有过这样的时刻

小许把十张化验单，按日期一张一张排在床上。

最早的一张是去年三月的，最近的一张是上星期的。血常规，肝功能，甲状腺功能，空腹血糖，血脂，每一张的最右边，都有一栏小字：参考范围。他的数，一个不落，全在范围里。

他蹲在床边，一张一张地看，像是在翻一本没有字的书。

这些天夜里，他已经看过很多遍了。他拿一支红笔，把每张单子上离范围边缘最近的那个数圈出来，圈了二十几个。那些数还在范围里，只是靠得近。他想，会不会有一天，其中一个会越过那条线。他不知道自己是在找病，还是在找一个说得出口的理由。

十张，都正常。可他还是难受。心慌的时候，手心是冷的；夜里躺下，耳朵里是自己的心跳。

他拍了一张照片，发给王大夫，后面跟了一句话：

「王大夫，十张都正常。是我有问题，还是这些单子有问题?」

王大夫看着这句话，没有马上回。

这句问话里，有一个很多人都有的想法，小许自己没觉出来。他以为，单子和病之间，只能有一种关系：单子是病的脸。脸上没有，病就不在；病在，脸上就该有。两边对不上，总有一边错了。

这一章，要把这个想法拆开。拆开以后，单子还是单子，小许还是小许，只是两者之间的那根绳子，换了一种系法。

◆ 二、读数不是病的脸

先说这个想法是从哪里来的。

一说到化验单，人们心里常有一幅默认的图：病是躲在身体深处的一样真东西，看不见，摸不着。化验、影像，是把它露出来的那一面。里面是本质，外面是表现。单子上的数，就是那个本质在外面的样子。

先还这幅图一个公道。它不是无缘无故长出来的。

在有化验和影像以前，医生只能凭病人说，凭手摸，凭听。同一个病人，换一个医生，说法可能不一样。同一个病人，隔一个月，说法也可能对不上。

化验和影像把这些看不见的东西，变成了可以摆在桌上的东西。能留底，能比对，能让别人重做一遍。一个年轻医生和一个老医生，也能对着同一张片子争论。

没有这一步，就没有后来的诊断标准，没有试验，没有一整套可以教、可以查、可以纠错的医学。有些单次的数，比如血糖低到一定程度，一个数就能让人立刻停下手里的事，去救命。

这幅图在一种情形下，几乎完全成立：灶、痛、名几乎同时到的时候。一摔腿断，片子上断的那一截，就是病的样子。第 9 章说过，这样的病，本书不跟它争。

可是，在小许这里，这幅图卡住了。

它卡住，是因为图里有一道二分：里面是病的本质，外面是读数这个表现。本书把这道二分取消。

取消的理由，有三条，一条一条说。

第一条，病没有躲在里面的那一个「真身」。本书说过，病是名、灶、痛三样东西先后落下的一条路。这三样都是实的：灶是身上真有的，痛是人真觉得的，名是真被写进病历的。三样都不是谁的影子。

第二条，化验量的是灶，而且只量灶这一处。第 15 章写过，病灶用影像与化验指标测，病痛要用另一种办法测，角色又是另一种。一张血常规，量的是血里的几样东西，在抽血的那一刻是多少。它没有量你为什么难受，也没有量你有没有被叫出一个名字。

第三条，所以单子上的数，说的是路上的一个落点，不是整条路。

你也许会问：那肿瘤呢？CT 上明明白白的一个影子，不就是病的真身吗？

那个影子是灶，是真的。赵敏的结节，在术前的 B 超里是一个小小的暗区。切下来的那张病理切片，三年前写的是癌，2016 年的改名以后，切片一点没变，变的是纸上的字。同样的影子，在她身上是一条有锁的路；换到另一个人身上，也许只是体检时顺带看到、从此没有再长的一个小点，从未被叫出过名字。影子是一样的，路不一样。

所以，影子是病落下的一个地方，不是病。

这样一来，读数就从「病的脸」，换成了「路上留下的记号」。

本书没有说读数不重要。恰恰相反，路上留了记号，就能找到路。本书只是把这些记号摆回它该在的位置：它们记下了路，它们不是路本身。

读数这一层之外，还有另一层。治愈、健康，是一股推人往前走的劲，下一章会讲它。读数这一层记脚印，劲这一层管推力。两层并列，谁也不是谁的表现，谁也不是谁的本质。

这就是判词后半的意思。把判词的后一半，一字不差地摆在这里：

> **治愈是一股推向创造、自由、幸福的力量（在价值账里算，在意义账里看它推到了哪里）；化验与影像、病程曲线、风险分布，只是它一路留下的读数。**

句子里的「它」，指前半句里的那一股劲，也就是治愈。治愈这一半，留给下一章。这一章先把后半句看清：读数，是这股劲一路留下的脚印。

◆ 三、跳、波、散

读数不止一种。本书把西医手里的读数，分成三种。

第一种，化验与影像值。血压量一次，是一个数；B 超照一次，是一张图。每一个都落在某一刻，下一次再量，又是另一个。本书叫它跳的读数。

第二种，病程曲线。把很多次的数，按时间连起来，成一条线，这条线起起伏伏。本书叫它波的读数。

第三种，流行病学的风险分布。它不是一个人的数，是一大群人的数：这一类人里，有多少比例，后来怎样了。本书叫它散的读数。

这三种读数，前面已经各出现过一次。这一章把它们讲足。

三种读数，各说各的事，各只说一种时间里的事。

跳的读数，说一刻。波的读数，说一程。散的读数，说一群。

先看跳，配老赵。

老赵的血压，在体检车上量一次，是偏高的；在诊室里再量，高一点；回到家里，坐着，喝了杯茶，再量，低一些。三个数，三个地方，三个时刻，没有一个是错的。

这就是跳的读数的脾气。它忠实地记下那一刻，那一刻之外的事，它不管。量的时候你刚爬完楼梯，或者刚吵完架，或者一夜没睡，它都照记。

所以王大夫看血压，从来不只看一个数。他会让老赵在家里自己量几天，把几个数摆在一起看。这是一个医生早就懂得的事：单个的跳，要小心读。

可是也要还一笔公道：有些跳，必须当场读。胸痛的人，心电图上的那一下，不能等；血糖掉得很低的人，那一个数，就是命令。跳的读数在急的时候，几乎就是全部真话。

再看波，配赵敏。

赵敏每一年的复查，都留下一个数。三年下来，三个点，连成了一条线。她把这条线折起来，夹在病历里，没事的时候拿出来看一眼。

这条线说的，是走向：是平的，是缓缓往下的，还是忽高忽低。它比任何一个单点，都更接近「这条路在怎么走」。

可是对赵敏来说，线上每多一个点，都是一次小小的开庭。每年复查前的一个星期，她睡得浅。拿到结果的那天，她先看新点落在哪里，再看它跟前面几个点是不是还连得上。线平着，她松一口气；可松完这口气，她又开始想下一个点。

线给了她方向感，也给了她下一个点的悬念。读数是一份记录，读的人心里怎样，是另一回事。

波的读数，有两个要留神的地方。

一，线上的点，要用同一把尺子量。换了仪器，换了方法，换了医院，点与点之间的差，可能不是病的变化，是尺子的变化。

二，线是从某一天才开始画的。它的起点，就是有人第一次去量的那一天。第12章讲过领先时间：把起点往前挪，线就变长了，人并没有因此多活一天。波的起点，是路上的一个时刻，而不是病的出生。

最后看散，配小许。

小许有一个习惯，难受的时候先上网搜。那天夜里，他搜到一个页面，上面写着：出现心慌、手麻、睡不着的人里，绝大多数查不出大问题，少数是某几种病。后面跟着一排细小的百分数。

他盯着那一排数，看了很久。

这是散的读数。它说的是一大群人，说得也许很准。可是，它不说他是哪一个。

「绝大多数」，对他是一句宽心的话，也是一句没用的话。他是那绝大多数中的一个，还是那少数中的一个？页面不知道。散的读数就是这样：它描出一群人的样子，却无法指到其中的某一个人身上。

可是，也要还公道。如果没有这样的分布，人就不知道哪些习惯、哪些指标，和后来的病有关，也就没有预防，没有筛查，没有各种指南。风险分布，让医学从「等人病了再治」，往前走了一大步。

三种读数，各有各的用处，也各有各的边。跳的读数，不能当作路。波的读数，不能当作病的出生。散的读数，不能当作你。

还有一件事，值得多看一眼。三种读数，都带着路的印子。

走筛查路进来的人，灶先到，他的曲线从体检那天开始画。走症状路进来的人，痛先到，他的曲线从那个难受的夜里开始画。血压一样的两个人，曲线的起点

不在一处，线的长短和形状，也就没法直接比。散的读数更是如此：「确诊的人里怎样怎样」，要看这一群人是怎么被圈进来的。

读数不会自己说出它是从哪条路上来的。这一句话，要靠人去问。

◆ 四、十张正常的化验单

回到小许床上的十张单子。

王大夫那天晚上回了他一条消息。很短，意思是：这件事，明天来诊室当面看。

第二天，小许把十张单子，一张一张摊在王大夫桌上。

王大夫没有先说「正常」，他先问了一句：

「你说你难受。这十张单子里，哪一张量的是难受？」

小许愣住了。他翻了一遍。

没有一张。

十张单子，量的是血、激素、血糖、血脂、心脏的电活动。没有一张，是在量他的心慌，量他夜里为什么醒。

「单子说的是一件事，」王大夫说，「你身体里的这些东西，在抽血的那几天，没有偏出去。」

「另一件事，你为什么难受，它们没有回答。也没有说，你不难受。」

这是第一层。

第二层，是「正常」两个字。

小许的每一个数，都落在参考范围里。这个范围是怎么来的？通常的做法，是找一大群被认为没什么毛病的人，量他们的同一个指标，把中间的大部分划成正常，两头各留出一小截〔待核：参考区间的通行定义〕。

这是一个散的读数。

所以，一个数在范围里，意思是：你这个数，落在很多人的中间那一大片里。它不是说，你这个人没事。两头那一小截，也有健康的人。中间那一大片，也有走在岔路上的人。

第三层，是把十张单子，按日期连起来。

小许的十个点，连成了一条平平的线。这是一条波。波说的是：这些东西，一年多来，没有明显的变化。这是一句真话，也是一句有用的话。但它只管这几样东西。

还有一层，是王大夫这时才说出口的。

「难受，其实也有它的读数。」他说，「不过那不是抽血抽出来的，是问出来的。」

他抽出一份问卷，问小许最近两周，心慌几次、睡得怎样、做事时的力气、对明天的把握。每一题后面，有一排数字，让他自己圈。这就是第 16 章说过的患者报告结局。它同样是读数：圈的那一天，是跳；每隔几周圈一次，连起来，是波；拿它跟很多人比，是散。

可它也只是读数。它记下的是难受的一个脚印，不是难受本身。小许圈完，王大夫没有把它当成判决，只当成多了一份可以对着看的东西。

三层加起来，王大夫能对小许说的是：

你身体里这几样东西，现在、过去，都没有偏出去。这很好，值得高兴。

你的难受，是真的。它没出现在这十张单子上，不等于它不在。

下一步怎么查，怎么听，怎么谈，那是诊室里要继续做的事。本书不替你决定。

这就是读数的位置。它是路上的脚印，是一份真实的记录，也只是一份记录。

小许听完，没有马上说话。过了一会儿，他问：「那这十张单子，算不算白查了？」

王大夫摇摇头。查出来的每一个「正常」，都是一个有用的答案，它们把很多条可以走的岔路，一一排除了。排除错路，也是在找路。

小许把十张单子收回来，没有再扔回床上。

他找了一个信封，把它们装进去，在封面上写了一行字：这些说的是血，不是我。

写完，他自己看了一会儿，又在后面补了一句：不是说它们不对。

这一行字，王大夫没看到，是后来小许在候诊椅上随口讲给他听的。王大夫听完，点点头，什么也没评。他想，一个人肯把「读数」和「我」分开放，这十张单子，才算真的被读懂了。

给你一个小办法。下一次，你拿到一张单子，别只看后面那个箭头。在心里，给每一个数，问三句话：

这个数，是哪一刻量的？这是跳。

它前后几次，是怎么走的？这是波。

拿它跟谁比，才叫正常？这是散。

问完三句，你再看那个箭头。有时候，它会比刚才小一点，有时候，会大一点。无论大小，你都比刚才更清楚，它在说什么。

脚印看清了，还剩一个问题：人是怎样从病里走出来的？走出来的那一刻，脚印未必先变，这是下一章的事。

> **带走的话**
>
> 化验单记下的是路上的一个脚印，不是走路的那个人；脚印正常，不等于路没走歪。

> **小账**
>
> 本章拆了什么：「指标是病的本质的表现」这道二分，和「单子与病只能有一种关系」的想法。
>
> 本章立了什么：立的是读数三种：跳的读数说一刻，波的读数说一程，散的读数说一群；读数与劲是并列两层，判词后半在这里首次讲出。

第 23 章

治愈是显出来的：自我界的重新对齐，和走回头路的条件

> **这一章的问题：**治愈是指标回到正常，还是三处重新对上？走回头路，要什么条件?

◆ 一、你一定有过这样的时刻

周六下午，赵敏和几个大学同学坐在一家茶馆里。

好些年没聚齐了。大家说孩子，说房价，说谁换了工作。一个同学看见她衣领下面露出的那道淡淡的疤，随口问了一句：

「你这儿是怎么了？」

以前遇到这样的问题，赵敏有一套现成的说法，开头总是那几个字：我得过癌。说完，她自己先停住，等对方的脸色变一变，再接着往下说。

那天她没有。

她端起杯子，说：「三年前做过一个手术，甲状腺上长了个东西，切掉了。每年去看一看。」

同学点点头：「现在没事了吧？」

「没事。」她说。

话题就这样滑到了别处。回家的地铁上，她忽然想起一件事：刚才那一段话里，她没有说那个字。

她没有刻意避开。那个字，只是没有自己跳出来。

下一次见到王大夫，她把这件事讲了，讲得有点不好意思，像是在交代一件不该有的小得意。王大夫听完，翻了翻她的复查单。一切照旧，数字和半年前一模一样。那次改名，也早已是旧事，没有再动过。

读数没动，名也没再改。可是有一样东西动了。

那是什么？

这一章要回答的，就是这个问题：治愈到底是什么。

先把判词的后一半再摆一遍：

> **治愈是一股推向创造、自由、幸福的力量（在价值账里算，在意义账里看它推到了哪里）；化验与影像、病程曲线、风险分布，只是它一路留下的读数。**

上一章讲了后半句：读数是脚印。这一章讲前半句：那股劲。

它分三股，叫真守、善推、美聚。本书给它们的说法是：

真守、善推、美聚：诊断名、病灶、病痛三界指向同一个病（不是测得准，是三界落位一致）；治疗推人回到能做的事；病人愿意把这段病讲成自己的故事（叙事整合，不是依从率）。

一股一节。本系列第　255　号《SDE价值发生学》已经说过真、善、美怎样发生，这里不重写，只给它们在看病这件事上的操作定义。

◆ 二、真：三处指向同一个病

第一股劲，叫真守。

本书给它的操作定义是：诊断名、病灶、病痛三界，指向同一个病，也就是三界落位一致。

注意，真在这里，不是测得准。

这一句，要说得慢一点，因为它最容易被读回去。读回去的版本是：化验准，影像清楚，诊断没有错，就是真。

不是的。

准，是一个读数的品质。一个数量得准不准，看仪器，看方法，看重复。真守问的是另一件事：名、灶、痛，这三处，是不是落在了同一个病上。

举个例子。老赵的血压，量得很准。「高血压」这个名，也没有错。血管壁上的变化，也许真有。可是他的痛，说的是「我好得很」。名说一件事，灶说一件事，痛什么也不说。三处是各自独立的，它们没有互相拉住。

从本书的眼光看，这个病，在老赵身上，还没有落实成「他的病」。

再举赵敏。名那一栏，早就改成了 NIFTP，「不算癌」。灶那一处，结节已经切掉，剩下一道疤。痛这一处，却是「我是癌症幸存者」。

名说：不是癌。痛说：是癌。灶说：切过了。三处，各讲各的话。

这样的状态，化验再准，片子再清楚，也不算「真」。真守的守字，是「互相拉住，不松」的意思。三处指向同一个病，才拉得住。

再看小许。他有痛，没有灶，名只是自己上网搜来的几个说法，没有一位医生签过字。名在一边，痛在一边，灶根本没来。三处不是互相拉住的，是各自悬着的。所以他的难受越想越像，越像越慌。这不是他不够坚强，是这个病，在他身上还没有落实。

「没有灶」不等于「不真」。它的意思是：三处还没有对上，这个病还没有成形。

对一个医生来说，这是一个很实用的看法。王大夫在写诊断以前，习惯在心里问三句话：名说的是什么？灶说的是什么？痛说的是什么？三句话说的是不是同一件事？对得上，他才放心下笔；对不上，他就知道，这张诊断单，还欠着一块。

要还准一个公道。

准，是真的前提。如果灶的读数本身是乱的，名就没有依据，痛就没有着落，三处根本对不到一起。所以医学花了两百年，把读数做准，这是一件了不起的事。

不过，准是必要的，却不够用。读数再准，三处不在一处，人还是在两个世界里过日子。

◆ 三、善：回到能做的事

第二股劲，叫善推。

操作定义是：治疗推人回到能做的事。

这句话里，要紧的是三个字：能做的。不是「指标回到正常」，也不是「症状消失」，是人又能做他原来能做、想做的事。

「能做的事」是哪些，单子上查不到，得问人。有人的能做，是下楼买菜；有人的能做，是重新开会；有人的能做，只是自己坐起来喝一口水。每个人的清单不同，所以善推的尺子，只能拿在病人自己手里，医生帮着一起读。

老赵有过一次最干净的例子。就是第 9 章里，他下楼梯摔的那一跤，腿断了。上了石膏，躺了几个星期，起来以后做康复，一步一步，从拄着拐杖，到自己下楼。有一天，他重新扛起了一箱螺丝，走上三楼。

骨头长好，是读数。人重新扛得起那箱螺丝，是善推。

这两样，在这个例子里几乎是同一件事，所以没有人觉得它们是两样。

邻居老蒋的拐杖，是善推的另一种样子。拐杖不会让他的腿变好。读数一点没动。可是有了它，他每天下午走得到小区的凉亭，教得了孩子下棋。一根拐杖，把他推回了他能做、也想做的事。

所以善推不专属于药和刀。拐杖、扶手、一张写得清楚的出院小结、一个愿意陪他走完走廊的护士，都可能是善推。

到了慢病，它们就分开了。

血压用药压下来了，这是读数。人是不是跟着重新开了铺子，重新下了楼，重新愿意出门，这是另一件事。第 21 章里的老赵，读数全都好，人坐在沙发上，没有被推回任何事。药把数推到了范围里，没有把他推到别处。

所以本书说，善推问的是：这一次好转，是谁的功劳，记在谁名下？

这就是记功口。同样的一次好转，可以记在药上：药起了作用。也可以记在人上：他每天走一千步，他把盐减下来。两种记法，各有各的道理。要是一个治疗，只把功劳记在药上、记在读数上，而记不到「人回到了什么」上，它的善，就只算了一半。

还要还治疗一个公道。

治疗的善，常常是看不见的。一个人手术以后，能自己上厕所了，那是别人眼里的小事，却是他一整个月里最大的事。医学里这样的善，很多，很细，很少上论文。

另外，善推有时是带着代价的。化疗要推人，也在拉人。药有副作用，手术有刀口。善推不是说没有代价，是说这笔账，要看人最后回到了什么。

这件事请和你的医生商量。本书不替任何人定该不该，只帮你把账看清。

◆ 四、美：愿意讲成自己的故事

第三股劲，叫美聚。

操作定义是：病人愿意把这段病，讲成自己的故事。这叫叙事整合，不是依从率。

先说依从率。它是一个读数：按医嘱吃药的人占多少，按时来复查的人占多少。这个数很有用，医生靠它知道一个方案落没落地。

不过，依从率回答不了一件事：这个人，是怎样看这段病的。

一个人可以每顿药都按时吃，每次复查都按时到，却在心里把这几年记作一场灾难，一块撕不掉的补丁，一段「被夺走的日子」。他样样依从，那段病在他的生命里，却是一块散的、扔在角落里的东西。

另一个人，药吃得没有那么齐整，但他说起这段病，会说：「那一年，我才知道我爸是这么看我的。」或者「那一年，我学会了让别人帮忙。」那段病在他的故事里，有位置，有前因，有后来。

后一个人，是美聚。

美是把散的东西聚起来的那股劲。故事就是聚起来的样子：有开头，有中间，有往后的路。这段病不再是一个闯进来的外人，它成了这个人讲自己时，说得出口的一章。

请注意，这里说的美，和美化不相干。

一个愿意讲的故事，可以是难过的，可以是气的，可以是后悔的。叙事整合不要求你说「这场病让我成长了」。它只要求这段病有处可放，不必躲，不必再用一个别人给的名字去顶。

这个故事，别人替不了。医生可以听，家人可以听，朋友可以听，谁也不该替他讲，更不该替他改。王大夫在这件事上，只有一个角色：听。听的人把话听全了，讲的人才有机会，听见自己是怎么讲的。

本书不会教你怎么讲。你的故事，只能你自己讲。第 4 章里，病痛派记下过很多这样的故事。他们看到的东西，也是同一件：病人说得出口的那个版本，本身就是一股劲。

回头看赵敏在茶馆里那一小段话。「三年前做过一个手术，甲状腺上长了个东西，切掉了。每年去看一看。」这里没有「癌」字，也没有回避。它是一个完整的句子，有时间，有事，有现在。

那就是叙事整合的一个小样子。

这里要小心，不要把赵敏的一句话，当成证据。她只是一个人，一个画面。它能告诉你的是，美聚长什么样，不能告诉你它多常发生。

这里还有一个常被问到的问题：既然叙事这么要紧，是不是只要换一种讲法，病就好了？

不会。讲法不能代替治疗，也不能代替对账。一个人把没有对上的三处硬说成一个故事，那是勉强，不是整合。勉强的故事，经不起一次复查单，也经不起一个深夜。真正聚起来的故事，是三处先慢慢对上了，话才顺着出来。

所以美聚排在真守后面。先有三处指向同一个病，才有一个讲得下去的故事。

◆ 五、锁点之前，锁点之后

三股劲讲完了：真守，善推，美聚。治愈，就是这三股劲一起往创造、自由、幸福的方向使劲。

第 21 章讲过方向，这一章讲了劲。价值账里，算这三股劲足不足；意义账里，看它们把人推到了哪里。

最后一个问题：这股劲，能不能把人推回原来的地方?

这要看锁点。

第 19 章讲过，名字经由治疗刻进身体的那一步，叫锁点。本书的看法是：锁点之前，撤名可以回去；锁点之后，撤名回不去。这是本书的主张，要到第 36 章，才摆出怎么检验它。

先说锁点之前。

老赵第一次体检那天，血压被标红。那时候，「高血压」三个字刚刚写上，药没开，复查日程没排，家里人也没有谁当他是病人。如果复测以后发现是那天量得偏了，名字可以撤，老赵可以一觉醒来，回到那个什么都没发生的老赵。那条路，还没有被锁。

这样的回头路，是存在的。治愈在这里，就是最老的意思：回去了。

要说清楚，回得去，并不等于「什么也没留下」。老赵会记得那一天，可记得和被锁住是两回事。一个人可以记得自己被叫过什么，而日子照旧过。锁点之前，名字像一张贴在门上的纸，撕下来，门还是原来的门。

再说锁点之后。

赵敏做过腺叶切除，有了每年的复查日程。这两样一旦做了，就不会因为一个新的名字，被撤销。名字可以改成不叫癌，刀口不会因此长回去，日程也不会自己消失。她从此不是「从没被叫过癌的人」。

在这里，治愈换了意思。

它不再是回到从前，因为从前回不去了。它是重新对齐：名、灶、痛，在新的位置上重新指向同一个病；人回到他仍能做的事；他愿意把这几年，讲成自己的一章。

这是一条往前的路，没有回头。

锁点之后，也不意味着人只剩下遗憾。刀口是回不去了，可是同一个人，能在上面接出新的东西：三处重新对上以后，他会知道自己的身体多了什么，少了什么；他会按新的方式安排一天；他会对下一个走进诊室的人，多一份听得懂的耐心。这样的人，王大夫在诊室里见过不少。他们的共同点，是路接上了，不一定是病好了。

这样的治愈，不比回头路低一档，只是更长，更需要时间，也更需要有人陪。它的好，不在于抹掉，在于接上。

至于赵敏还要不要继续复查，那是她和她的医生之间的事，本书不替她定。书能做的，只是帮她看清：复查是她的日程，不是她的身份；日程可以按医嘱照常走，身份却可以慢慢重新对齐。

◆ 六、放回日子里

那个周日的晚饭，赵敏回父母家吃饭。

老蒋也来了，是被老赵拉来下象棋的。饭桌上，老伴问起上个星期的同学聚会。赵敏就把茶馆里那件事，顺口讲了一遍，讲到那位同学问她脖子上的疤。

她还是用了那段话：三年前做过一个手术，长了个东西，切掉了，每年去看一看。

老赵正夹菜，筷子停在半空。

「你以前不是这么说的。」他说。

「以前我说的是另一个版本。」

老赵想了想：「哪个版本好？」

赵敏笑了一下。

「都是我的。」她说。

老赵没再问。过了一会儿，他把那块菜放进女儿碗里。

他大概没有听明白。不过，他听见了女儿的口气里，有一样东西，是从前没有的：不躲，也不抢着交代。

那天夜里，王大夫在整理病历，翻到赵敏那一页，看了很久，没有写什么。他想起刚当医生那几年，总觉得治愈这个词，应该有一个出口：一间手术室的门，一个出院的日子，一个单子上的箭头消失。后来他慢慢明白，对很多人，治愈不是一个出口，是一段路上，某一天，有些东西悄悄对上了。

给你一个小办法。想一想你自己或家里人的一段病，不管多久以前，拿一张纸，写三行：

名那一行：别人是怎么称呼这件事的?

灶那一行：身上留下了什么，是看得见、摸得着、查得到的?

痛那一行：你自己心里，是怎么称呼它的?

写完，别急着让三行一样。三行不一样，只说明这个病还没有完全落实，与你的对错无关。先看清，再想，要不要找一个信得过的人，把它讲一遍。讲得好不好，不要紧。

如果这件事，让你越想越难受，或者睡不着，请找医生或心理咨询师谈一谈。身体或心里的难处真的大了，那不是一张纸能解决的事。

这只是一个看清的办法。治疗的事，请和你的医生商量。

那天夜里，王大夫合上赵敏那页病历，想起上午诊室里那三个人。第三编的路走到这里，该回到最初那个问题了：疾病到底是什么。下一章回答。

> **带走的话**
>
> 治愈不是回到从前，是三样东西重新对上，人回到能做的事，你又愿意把这段日子讲成自己的故事。

小账

本章拆了什么：「治愈就是指标回到正常」这个默认，以及把真读成「测得准」、把美读成「依从率」的读法。

本章立了什么：立的是治愈的三股劲：真守是名、灶、痛指向同一个病，善推是推人回到能做的事，美聚是愿意把这段病讲成自己的故事；还立了回头路的条件：锁点之前有回头路，锁点之后只有重新对齐。

第 24 章

回到开场：疾病是什么——一条路，不是一个地方

> **这一章的问题：**Boorse 与规范派为什么吵了半个世纪吵不完？病到底是一个地方，还是一条路？

◆ 一、你一定有过这样的时刻

又是一个周二上午。

候诊的长椅上，坐着熟悉的三个人。小许靠着墙，手机屏幕亮着；老赵坐得笔直，两只手按着膝盖；赵敏陪着父亲，膝上放着一个旧文件袋。

和上一次一样，三个人先后走进了王大夫的诊室。

不一样的是，王大夫这回没有先问那句问了三十年的话。他没有问「哪里不舒服」，也没有先翻单子。他把椅子往后一靠，问了一个他从前从来没问过的问题：

「这件事，是从哪儿开始的？」

老赵先答，嗓门还是那么大：

「体检。机器一量，红了。我自己一点感觉都没有。」

小许低着头，想了一会儿：

「先是夜里心慌，后来是手麻。过了一阵我才来查，单子都是好的。」

赵敏把文件袋放到桌上，抽出最上面一张：

「去年那次是复查。最早是 B 超，看到一个结节。后来病理报告出来，写的是癌。」

王大夫一边听，一边在桌上的吸水纸边上，用笔尖点了三个小点。听老赵说话，他点的第一个点是「灶」；听小许说话，第一个点是「痛」；听赵敏说话，他犹豫了一下，先点了「灶」，又在旁边加了一个「名」，再画了一道短短的横线。

三个人的回答，说的是同一个意思：从哪里开始。可开始的地方，各不相同。一个从一张红字的单子开始，一个从夜里的一阵心慌开始，一个从一块暗区开始。

王大夫低头，翻开病历本的背面。

那一页，他写过两行字。一行是「病，是谁说了算？」，另一行是「说了算的那一个，是先来的，还是后来的？」那天他写完以后自己愣了一下，因为他这辈子，从来没问过先来后到。

他把那两行字看了很久，然后在它们下面，空了一行。

第 1 章留下的那个难题，到这里，该回来了。

◆ 二、吵不完的原因

先把第 1 章的账，翻出来。

「疾病是什么」这个问题，哲学家们吵了大半个世纪。吵出了三个答案：疾病是功能低于常态；疾病是被说成不好的状态；疾病是有害的失调。三个答案，每一个都有道理，每一个也都被另一边举出的反例顶得没有退路。

这一节要问的，是一个第 1 章没有问的问题：为什么吵不完？

吵不完，常有一个原因：吵的两边，站在同一块没有人察觉的地上。

先看 Boorse。他的主张，本书转述大意如下：疾病，是一个生物的某项功能，低于这个物种在同年龄、同性别的人群里的典型水平〔待核：Boorse 1975、1977 两文〕。

请注意这条线是怎么画的。它是拿一大群人量出来的一条线，一条「这个物种的器官，一般该怎样运转」的线。量一个人，是拿这个人，放在那条线旁边比。

至于这个人是怎么走到这台仪器面前的，这些都不进这条线。是体检车上被叫来的，还是疼得受不了自己来的，是医生先报了名字，还是他自己先上网搜了名字，线上都没有记。

这条线不问来路。

再看规范派。第 1 章说过，Nordenfelt 把健康说成人在一般条件下，实现自己重要目标的能力〔待核〕。病，就是这种能力的丧失。

这里也有一条线，是「一般条件下」。人是在一般条件下，还能不能做成自己重要的事？这条线画在人想做的事上，而不是画在器官上，可它同样把这个人，放进一个已经定好的条件里去看。他怎么走到这一步，谁先给的名字，也不进这条线。

这条线，也不问来路。

最后看 Wakefield。他的「有害的失调」，一半取自 Boorse 的事实，一半取自规范派的价值〔待核〕。他讲的「失调」，是一个机制，没有做它被演化「设计」出来要做的事。这又是一条线，不是一个人的线，是整个物种的一条线，对着自然选择留下的那套设计量。

另一半，「有害」，是社会按它的价值，对这个失调说「不好」。又是一条线。

两条不问来路的线，并在一起，还是不问来路。

这三套话，王大夫自己都用过。给实习的学生讲病理，他用 Boorse 那一套：拿正常的线，去量偏离的程度。跟病人谈要不要吃药，他靠近规范派：这件事妨不妨碍你做想做的事？写到诊断证明上「有害」两个字的时候，他不由自主地用着 Wakefield 的半对半。

三套话，他换着用，没有觉得哪一套错了。也没有哪一套，能一个人把一天里的所有病人接住。

这是一个信号：三个答案，更像三件工具。每件工具各管各的活。一把锤子钉不了螺丝，不能说它是一把错的锤子。

三个答案，吵了半个世纪。一个说线应该画在身体的功能上，一个说线应该画在人想做的事上，一个说两条线都要。他们吵的，是这条线画在哪里。

可是，三个答案都有一个没说出口的预设：病有一条线，这条线不管你是怎么走进来的，都是同一条。

还有一个更深的地方。这三种答案，都把两件事分得很清：一件是病是什么，一件是怎么发现它的。前一件，是哲学家和病理学家的事。后一件，是医生和统计学家的事，要尽量做到不影响前一件。是体检查出来的，还是疼出来的，发现得早，还是发现得晚，都算「怎么发现」。对「病是什么」，它们应当没有影响。有影响，就是偏倚，要校正。

这个分法，大多数时候好用。一块骨头断了，什么时候发现，它都是断了。

可是在另一类病上，它出了问题：怎么被走进来，已经是病的一部分。

这就是第 10 章里亮出过的那一条，三家共有、从没说出口的前提。原文是这样的：

> 病有一条不经过「怎样被走进来」的自然史，三家各自争的只是这条自然史落在哪一头；入病的次序被三家一致交给了流行病学，当作偏倚去校正。

哲学家们没有读过那张欠条表，可他们的吵架，正是它在哲学里的样子。Boorse 把这条自然史放在身体的功能上，规范派把它放在人想做的事上，Wakefield 一边放一半。他们吵的，是这条自然史落在哪一头。没有人问：它为什么要是一条，不经过路径的线。

这也是为什么每一边的反例，都那么好找，又那么赶不尽。

老赵是 Boorse 的好例子，却是规范派的反例。小许是规范派的好例子，却是 Boorse 的反例。每一边，都可以把线往另一边挪一挪，把反例收进来。可是挪来挪去，总有一个人落在线外。

这些落在线外的人，有一个共同点：他们进来的路，都不是经典那一条。

教科书里默认的那一条路，是先难受，再查出病灶，再定名。三条线，都是照着这条路画的。人若是先难受、再查出来、再定名，三条线几乎可以重合，吵的也就少。可是有的人先被机器查出来，有的人先难受、却始终查不出，有的人先被叫了名，后来又被撤了名。他们不在那条路上，线就量不准他们。

这是本书的读法，哲学家们自己并没有这样说。

还要还它们一个公道。

Boorse　的线，挡住了「想逃跑也是一种病」这样的荒唐话。规范派的线，把「不好」两个字，从定义里请了回来。Wakefield　把两边的合理之处，缝在一起，是一次认真的调停。这三条线，本书一条也不丢。

它们都是真的读数。Boorse　的线，是灶的读数。规范派的线，是痛的读数。Wakefield 的线，是把两种读数并排挂在一起。

它们错的地方，不在读数，在把读数当成了病。第 22 章说过：读数是路上的脚印，不是走路的那个人。

◆ 三、病是一条路

那么，疾病是什么?

先把本书的答案，原文摆出来：

> 「病」是病人这个聚合体的一次发生：差异那一维（病程分叉）在动，落在三界——理念界是诊断名，现实界是病灶，自我界是病痛；病的身份由三者落下的次序（入病路径）和锁点共同决定，不由任何一头的内容单独决定。三界不与三头一一对应：诊断名不是角色本身，是三头在理念界共同留下的读数。错相（Helman 1981 已说 disease without illness）在本卷是断路的一种。

用大白话说：

病不是长在身上的一样东西，也不是一个诊断名，也不是一阵难受。病是这个人，连同他的身体、医生、病历、家人，一起经历的一次发生。这次发生，是在路上分了岔的。

岔路上落下三样东西：名，灶，痛。名，是别人或自己说出的病名，落在想法那块地上。灶，是身上能找到、拍到、化验到的那一处，落在看得见摸得着的那块地上。痛，是你自己的难受，落在心里那块地上。

这三样，谁先落，谁后落，落完以后，哪一步被手术、终身服药、复查日程锁住，决定了这是一个什么样的病。

要把一件事守住：这里的三样，是名、灶、痛，不是病灶、角色、病痛。后一组是三头，前一组是三界。名不是角色。

拿一张病假条来说。病假条是角色的事：这个人，准不准请假，准不准不尽义务。病名是另一张纸，写在病历上，写在诊断证明上。病名同时给病灶、病痛、也给那张病假条，留下了一个说法，所以它是三头一起在想法那块地上留下的读数。假条要靠病名才开得出来，可病名不等于假条。把这两样混了，后面的话就全乱了。

所以，疾病是什么？

疾病不是一个地方，是一条路。

是名、灶、痛按次序落下的那一条路，并且路上有锁点。

有人会问，这不就是说，病有一段历史吗？

差一点。历史是过去的事，已经写完了。路是还在走的：有走过的部分，也有前面还没走的部分。锁点是路上一道已经落下的门，门的前后，各有各的去处。读一个病，要读它走过的路，也要读它往前还能去哪里。第 23 章讲治愈，讲的就是这个。

你可以拿两个人比一比。

甲是体检查出来的。那天机器一量，血压偏高，「高血压」三个字当场落下。他什么也没觉得，回到家，日子照旧，只多了一张要按时去看的日程。

乙是头晕来查的。他先难受了好几天，才去医院，一量，血压偏高，「高血压」三个字落下。对乙来说，这个名字是一个说法，给了他的头晕一个落处。

两个人的血压数字一样，名字一样，读数也一样。可是名字落进他们日子里的样子，不一样。对甲，名先到，痛还没来，名要自己去找痛该长在哪里。对乙，痛先到，名来解释它。

先到的，往往给后到的定调。这是本书读这条路时，最看重的一件事。

按这个读法，名先到，痛常常会照着名长：一个人刚听到病名，翻开症状清单，身上就有了对号入座的地方。痛先到，名是被痛挑出来的：挑得准不准，要看

那个人讲了多少、医生听全了没有。灶先到，名和痛都得对着灶开口：灶是谁都看得见的东西，说话的底气，从它那里来。

先后一换，后来的东西，长出来的样子就换了。

本书的主张是：这两个人，走的不是同一个病。数字一样，路不一样，往后的病程，会分岔。这就是第 15 章说的，三方程不交换：同样三个量，先代入哪一个，解不同。

这个主张说得很大，所以它要接受检验。检验的办法，事先写好了，在第 36 章。

这个答案和 Boorse、规范派、Wakefield，是什么关系?

它没有把他们赶走。Boorse 那条线，量的是灶落在哪里；规范派那条线，量的是痛落在哪里；Wakefield 的两半，是两种读数的并排。它们都是路上的记号，都有用。

它只是把一个问题，换了。以前问：病在哪一头，这条线该画在哪里？现在问：病走的是哪一条路，每一个记号，是在路的哪一步留下的?

问法一换，吵不完的东西，就有了位置。

有痛无灶的那种情形，不再是 Boorse 与规范派之间的僵局，而是一条走到灶这一步就断了的路。一次改名，不再是「那个细胞到底是不是病」的僵局，而是一条路上，多了一个叫「撤名」的站。

再说回第 1 章留下的那句话：三个答案都默认「那件事」本身是明摆着的，只有对它的叫法在变。

现在可以回答：「那件事」不是明摆着的，因为病不是一件事，是一条路。叫法一变，不是同一件事换了名字，是这个人的路上，多了一站。

还有一件事，必须说清楚，不然就是在用一个没证的话收尾。

这个答案，现在还只是本书的主张，没有证成。它押在一条线上，就是第 17 章写下的那一条：做过领先时间校正之后病程仍然分叉，才算属性；校正后不分叉，只是诊断时点前移，算偏差。

这条线，要到第 36 章，才摆出怎么去量它。如果量下来，只有几条路在校正之后还分岔，那么本书的话要收窄：不是所有的病，只是在这几条路上，路径才是病的属性。

急症也在这条线之外。一摔腿断，三样东西几乎同时到，这样的病，本书不争。第 9 章已经划过界。

答案是有条件的，这没有关系。一个答案能说出它在什么条件下会被收回，才配叫答案。

◆ 四、三个人，三条路

现在，把这个答案，放回那三个人身上。

先说小许。

小许走的是一条断路。他先有了痛：夜里心慌，手麻。接着有了几个名，是他自己在网上搜来的说法，没有一个医生签过字。灶，始终没有来：单子都是好的，十张都是。

痛先到，名半路到，灶没到。三样缺了一样，路在灶这一步断了。

三个标准答案，在他身上各说各的话。Boorse 说：没有功能偏离，没病。规范派说：他做不成想做的事，有病。Wakefield 说：没有失调，所以不是病。三个答案，在同一个人身上，给出两个「没病」，一个「有病」。

换成路的眼光，小许要问的就不同了。不问他有病没病，问他走在哪条路上，断在哪里。他走的是有痛无灶的断路。

王大夫这一次和他谈，没有急着说「你没有病」。他说：「你的难受，我信。它没有出现在单子上，说明我们要换个地方找。」这句话，没有给小许一个名，也没有收走他的难受。路还断着，可是没有人在断口那里，替他立一块「什么也没有」的牌子。

小许走出诊室的时候，手机里还留着那些网上搜来的名字。王大夫没有叫他删。他只是说了一句：「名字先放着，不当作答案，也不当作敌人。等我们把别的路，也看一看。」

这一句，有它的分量。一个被放在手边、没有被落实的名字，和一个被写进病历、被药盒和日程锁进日子的名字，是两回事。小许的路，还没有锁点。

断路是有方向的。这是本书的命题，第 18 章讲过：同样被确诊，有痛无灶的人，病痛会下降，因为名给了痛一个落处。

这句话是一个命题，还不是结论。它要在第 36 章，被一场事先写好的试验去检验。小许在这里不是证据，他只是让你看清，这句话说的是哪一种人。

再说老赵。

老赵走的是筛查路：灶先到，是体检机器量出来的那个红字；名接着到，是「高血压」三个字；痛，在最开始，根本没来。他自己说，一点感觉都没有。

这是另一种断路，有灶无痛。

要还筛查一个公道。老赵这条路，是体检送进来的。没有那台机器，他的血管，也许要等到某一天毫无预兆地出事。在不少病上，筛查让人在出事之前就被拦下。这条路，不是一条坏路。

三个标准答案，在他身上也各说各的话。Boorse 说：血管有功能偏离，有病。规范派说：他想做的事一件不耽误，没病。Wakefield 说：要看「有害」那一半，算谁的害。

换成路的眼光，老赵在这条路上，还有后话。本书的命题是：有灶无痛的人，确诊以后，病痛会上升，因为名先到了，痛跟着来。

第 21 章里，老赵坐在沙发上，说没劲。这句话是不是「痛跟着来」，凭他一个人，没有人说得清。本书不拿他当证据。这件事，要在人群里查，要看一群有灶无痛的人，确诊以后，是不是朝同一个方向走。如果他们的方向，跟有痛无灶的人是一样的，这个命题就撤回。这是致命条款的第三条。

130/80 的故事，也落在老赵这一类人身上。同样的血压，一个是体检查出来的，一个是不舒服来看病的。本书预测，这两个人往后的病程，会分岔。如果他们不分岔，「名先到、痛跟着变」这一半，本书就收回。

老赵现在站在锁点的哪一边，名有没有经由药盒、日程，刻进他的日子，这些事，请他和王大夫去看。本书不替他定。

最后说赵敏。

赵敏走的路，是三个人里最长的一条，也是这一章最要紧的一条。

她的路，是这样走下来的：先是 B 超看到了结节，灶先露出了头；然后病理写下一个癌字，名到了；接着是腺叶切除，名被刀口锁进了身体；再往后，害怕，每年的复查，「癌症幸存者」的自称，痛跟着来了；后来，这一亚型改了名，不再叫癌，名被撤走；可是，她没有回到没被叫过的那个位置。

名先到，经锁，撤名不复原。

也要还那次改名一个公道。2016 年的改名，用意是好的：让一批原本被当作癌来治的人，少受些不必要的治疗〔待核：Nikiforov 等 2016〕。这是医学在纠自己的错。赵敏是被这次纠错碰到的人，只不过碰到她的时候，刀口已经落了。

三个标准答案，在她身上卡得最死。Boorse 要问：她的细胞，到底有没有偏离典型功能？这要看病理学家今天把线画在哪里。线一挪，同一个细胞，昨天是病，今天不是。规范派要问：她觉得不好吗？她觉得。Wakefield 要问：那个失调，是一直有，还是现在才没有？

三个答案，没有一个能说清，赵敏现在是什么。

换成路的眼光，答案反而简单：赵敏走的，是一条有锁的路。名到了，刀口落了，复查的日程排了，这些都是锁。后来名被撤走，锁没有跟着撤，所以人没有回去。

这就是第 19 章讲的撤名不复原。

不过，路的前方，不是一句「回不去」。第 23 章讲了另一件事，叫重新对齐。名、灶、痛，在新的位置上重新指向同一个病。人回到她能做的事。她愿意把这段病，讲成自己的一章。茶馆里那一小段话，是那条路上的一个小小的记号。

也许有人会问：如果当年没有那次改名，赵敏的路会怎样？

她的路，除了「名」那一站不同，别的不会变。刀口还是那道刀口，日程还是那张日程，痛，也许还是那个痛。改名改动的，是路上的一个站牌，不是路上的锁。所以改名对她，是一件好事，也是一件不够的事。好，在于以后的人，也许不必再走她这一段。不够，在于她走过的，不会因此被抹掉。

三个人，三条路：小许，断在灶；老赵，灶先到，名接着来，痛不见踪影；赵敏，名先到，经锁，撤名不复原。

三条路，没有一条，是教科书默认的那一条。

◆ 五、放回日子里

那天最后一个病人走了以后，王大夫一个人坐在诊室里。

窗外在下雨。护士小邓把一杯热水放在他桌上，没有说话，退了出去。

他翻开病历本的最后一页，在那两行旧字的下面，慢慢写了第三行：

「先到的是哪一样？锁住了没有？」

写完，他看了很久。

从前他问诊，问的是三句话：哪里不舒服，多久了，有没有家族史。这三句话，没有错，他用了三十年。现在他知道，在这三句话前面，还可以放一句：这件事，是从哪儿开始的。

并不是每一次问，都会问出点什么。有时候病人只说一句「就是不舒服」，他也只好点点头。可是问这一句，对他自己有一个好处：他不再急着去找那个「地方」，他先听这个人，是从哪条路走进来的。

这个问题，花不了多少时间，它不会替代诊断，只是诊断的开头：先听路，再看地方。

王大夫也知道，这个答案有可能错。这一章给出的答案，押在三个点上，每一个点，都有一条事先写下的致命条款在等着，也就是第 36 章和附录一里那三条「判词怎样才算错」。第一个点是路径：被撤了名的人，究竟回没回去。第二个点是次序：名先到的人，病痛是不是先变。第三个点是断路：有痛无灶和有灶无痛的人，

对同一个确诊，反应是不是相反。三个点里，只要有一个被量倒，对应的那一半，本书就撤回。这个答案，不是用来守的，是用来被量的。

给你一个小办法。下一次，你自己或家里人要去看病，进诊室之前，在心里把随身三问过一遍：

先到的是名、灶，还是痛？

锁住了没有？

手里这个读数，是跳的、波的，还是散的？

三个问题，不用答得对。答不上来，也是一个答案。进了诊室，把你想到的，原样讲给医生听。这件事请和你的医生商量；本书只帮你看清自己是从哪条路走进来的。

最后，把第三编的账，合起来算一算。

这一编，从第 16 章走到这里，一共走了九章。

先是对账。第 16 章看到，西医早有意义的碎片：患者报告结局，姑息医学的全人痛苦，Cassell 的苦难论。它们被做成了量表分，或被押进了一头，所以进得了评价，进不了诊断。

接着是立母题。第 17 章到第 19 章，立起入病路径，讲六条路和断路，讲锁点和撤名不复原。第 20 章用赵敏，把一个病完整读了一遍。

再往后是三章往上看。第 21 章讲健康往哪个方向走，第 22 章把化验、病程、风险分布放回读数的位置，第 23 章讲治愈的三股劲和回头路的条件。

最后是这一章，回到开场，把「疾病是什么」答了一遍。

把这一编，压成一段话：

西医并不缺意义，缺的是次序。意义的碎片早就在，却被做成了读数，或被押进了一头；问病的人，只问名、灶、痛是什么，没有问它们谁先到、在哪一步被锁住。

病不是一个地方，是名、灶、痛按次序落下的一条路。治愈也不是回到读数，是三处重新对上，人回到能做的事，愿意把这段病讲成自己的故事；这股劲往创造、自由、幸福的方向走，化验与影像、病程曲线、风险分布，只是它一路留下的读数。

这一编到此为止。路还没有走完。下一编，有一位新来的，坐上了诊室外面的那张椅子。它让病名第一次，可以不经医生，先到。

> **带走的话**
>
> 疾病不是一个地方，是一条路；问「我得的是什么病」之前，先问「我是从哪条路走进来的」。

> **小账**
>
> 本章拆了什么：Boorse、规范派与 Wakefield 吵不完的原因：三家都在找一条不经路径的自然史，三条线都是照经典那一条路画的。
>
> 本章立了什么：立的是本书对「疾病是什么」的答案：病是名、灶、痛按次序落下的那条路，并且有锁点；还把小许、老赵、赵敏放回这个答案里，读成三条路。

第四编

AI 坐上主体位

编　序

这一编七章。第 25 章先回头看一遍：两百来年，诊断的权力怎样一次一次换手，从听诊器，到 X 光、检验科、CT，再到 AI。第 26 到 28 章判四种危机：层断了，一角独大，目标空转，还有 AI 带来的一种新的。四种怎样先后判，第 26 章一开头就讲。第 29 到 31 章讲 AI 怎样一步一步坐上主体位：先做病痛的第一个听者，再开始挑选、否决诊断，最后让病名赶在医生前面到达。

这一编不只写坏处。影像辅助、分诊、夜间可及、早发现，都是真本事，该写的，每一章都写。

这一编的反差：两百来年，名要等医生开了口才有；AI 第一次让它可以先到。

第 25 章

听诊器、X 光、检验科、CT、AI：诊断权的几次转移

> **这一章的问题：**看病的工具换了几回，每换一回，谁先说出病名?

◆ 一、你一定有过这样的时刻

王大夫的抽屉里，有一个听诊器，用了三十年。

橡胶管换过两回，耳塞磨得发白，听筒的膜片中间有一圈亮亮的印子，是三十年里按在无数个胸口上，一下一下按出来的。不用它的时候，它就盘在抽屉的左角，像一条睡着的小蛇。

这个周二，桌上多了一样新东西。诊所新装了一套读片系统，装在他桌上那台电脑里。

第一个用上它的，是邻居老蒋。老蒋七十一岁，退休多年，社区组织的年度体检里有一项胸片，他来拍。片子拍完，不到一分钟，屏幕上跳出一个小方框，框住右肺靠上的一小团淡影，旁边一行字：「疑似结节，建议进一步检查。」

老蒋凑过来看：「老王，这是啥?」

王大夫没有答话。他发现自己做了一件三十年里没有做过的事：他先看了屏幕，然后才伸手去拉抽屉。

顺序倒了。

他的手在抽屉把手上停了一下。

三十多年前，他跟着带教的老师学听诊，老师让他闭上眼睛，听一个肺炎病人的后背，说：「听见了吗?像头发在耳朵边上搓。那叫湿啰音。你得先听见它，才算认识它。」他那天听了二十几个病人，回到宿舍，还觉得耳朵里有头发在搓。后来三十年，他靠这对耳朵吃饭。

屏幕不出声。它只亮着。

以前是这样的：病人坐下，说哪里不舒服；他听，他敲，他看；然后才轮到片子和单子，来证实他耳朵里听到的。现在，名字，至少是名字的一半，在他开口之前，已经亮在屏幕上了。

你大概也有过这样的时刻：人还没进诊室，手里已经攥着一个词。可能是手机上查来的，可能是体检报告上印着的。词先到了，人才到。

老看法是：工具是医生的手脚，下诊断的是医生。这话有它的道理，可是不够。这两百来年，每一件新工具进诊室，改的不只是医生看得多清楚，还有一件更要紧的事：

谁先说出那个名字。

这一章，顺着听诊器、X 光、检验科、CT，一路看到 AI，看一看名每一回搬到了哪里。

◆ 二、从耳朵到底片

先说听诊器以前。

十八世纪末以前，一个医生看病，手里的材料大半是病人的话。哪里痛，痛了几天，什么时候重，吃过什么，睡得怎样。医生问，病人讲，医生再摸一摸脉，看一看舌，按一按肚子。身体里面的事，是隔着病人的讲述去猜的。

英国学者朱森（N. D. Jewson）有一篇常被引用的文章，大意是说：在那个年代的医学里，病人的讲述是诊断的主料；后来医学的重心一点点搬进医院，搬到解剖台，搬到看得见的病变上，病人的话就退到了后头〔待核：篇名、年份、原表述〕。这个说法，本书只取大意。取它，是因为它提醒我们：名从病人嘴里出来，曾经是常态。

然后是听诊器。

法国医生拉埃内克（René Laennec）的故事，流传得很广：1816 年，他要给一位年轻的女病人检查胸部，觉得把耳朵直接贴上去不方便，随手卷了一卷纸，一头按在她胸前，一头凑到自己耳边，竟然听得比直接贴还清楚〔待核：年份与细

节〕。后来他把这件事写成书，1819　年出版〔待核〕，给胸腔里各种声音起了名字，又拿这些声音，去和病人去世后的解剖对照。

这是 Morgagni 那条线的接力：病有地方可找。它还多做了一件事：在活人身上，隔着胸壁，听见了灶。

从这时候起，名的第一个来源，开始从病人的嘴，挪向医生的耳朵。病人说「我喘不上气」，医生听到的是肺底的湿啰音。病人说的是痛，医生听到的是灶。

你在诊室里一定见过那个场面：医生把听筒按在你背上，说「深呼吸」，然后不说话了。屋里很静，你屏着气，等一个人的耳朵给你下结论。那一刻，你的嘴是闭着的。名要从别人的耳朵里出来了。

1895 年，伦琴（Wilhelm Röntgen）发现了 X 射线〔待核：年份〕。没过多久，医院里就有了第一批 X 光片。这一回，灶不但能被听见，还能被看见，被留下来，被装进一个纸袋，递给另一个不在场的人。

灶第一次离开了病人的身体，成了一张可以传阅的底片。病人自己看不懂那些深深浅浅的灰，只能听医生指着某一处说：「这里。」一位医生也可以拿着它，去请教另一位从没见过这个病人的医生，两个人隔着一张纸，谈一个不在场的人。

底片还能存。五年后，同一个人再拍一张，两张放在灯箱上并排比，医生看见的不再是一个点，而是一段变化。这是后来所谓病程曲线的最早雏形：一张片子是一个脚印，两张片子之间，才有路。

二十世纪里，不少地方用胸片给成批的人查肺结核，不管他咳不咳〔待核〕。灶在前，痛在后，甚至没有痛：这就是第 18 章讲的筛查路，最早的一批人，就是这样走进去的。

再往后是检验科。血、尿、痰，从病人身上取下来，送到另一间屋子，由另一些人、另一些仪器去读。读出来的，是一串数：血糖多少，血脂多少，白细胞多少。数写在一张单子上，送回诊室。

这是名的又一次搬家。这一回，病人的血在隔壁屋里被读，病人本人坐在走廊里等。有些病名，从此只靠一个数就能落下：数过了线，名就到了。那条线是谁划的、怎么划的，第 11 章已经讲过。

想想老赵。他第一回听说自己血压高，不是因为哪里不舒服，也不是因为谁听出了什么，是社区组织的老人免费体检，一个护士拿袖带往他胳膊上一绑，念了两个数。他当时还惦记着店里的活，手里攥着一把卷尺。那两个数一念，名就落下了，他后来的怕，是在名之后才慢慢来的。检验和测量这一类工具，把名和人的感觉拆开了：不难受，也可以有名。

这是一大进步，也是一道缝。进步在于，许多病在没有伤人之前就被拦住了；缝在于，名不用再等痛。

1970 年代初，英国工程师豪恩斯菲尔德（Godfrey Hounsfield）做出了第一台能用的 CT〔待核：年份〕。身体被切成一片一片的薄片，一片一片摊在屏幕上。以前只有解剖才看得到的东西，在活人身上看到了。

随之而来的，还有一件谁也没有预订的事：医生本来是为看一样东西去拍的，却看到了另一样没人想找的东西。这类发现，医学上有个名字，叫「意外发现」〔待核：叫法〕。灶就这样，在没有人难受、没有人起疑的时候，自己走到了桌面上。这类发现，有的救了人，有的只是给人添了一桩心事；哪一种多，要看具体是什么发现，也要看发现之后怎么跟人说。

先还这些工具一个公道。

听诊器让医生不必开刀，也不必等到病人去世，就能听见心脏的杂音、肺里的积水。X 光让一条断了的腿，不用猜就知道断在哪里。检验科让糖尿病、贫血、感染，可以在人还没倒下之前被认出来。CT 让脑出血和脑梗死，在几分钟里被分开；这两样要的是完全不同的处理，分错了，人命攸关。

这几样东西救下多少人，没有谁数得清。想一想，今天一个人摔断了腿，被抬进急诊，很快就被推进拍片室，这件事放在两百年前，是没有的。人类寿命里相当大的一块，是靠这些东西一寸一寸挣回来的。

本书要说的，不是它们错在哪里，而是它们每一样，在帮医生看得更准的同时，还在悄悄改着另一件事。

◆ 三、每一次，名都换了地方

先下一个判断：

诊断从来不是一个人下的。

是一个医生，加上他手边的那些东西：听诊器，片子，化验单，病历。人和这些东西合在一起，才是那个下诊断的整体。三十年前的王大夫是这样，两百年前的拉埃内克也是这样。

所以今天问「AI 会不会取代医生」，问得有些偏了。更准的问法是：这个整体里，现在多了一个什么；名在这个整体里，从哪里出来，往哪里去。

照这个问法，把前面几次搬家排在一起，会看见一个规律。

听诊器那一次，名从病人的嘴，挪到医生的耳朵。痛还在场，灶开始抢在痛的前面被听到。

X 光那一次，名挪到一张片子上。灶可以先于痛，甚至没有痛，就被看见。

检验科那一次，名挪到一串数上。病人连灶都没有亲眼见过，名就可以落下。

CT 那一次，名挪到一份由从未见过病人的人写出的报告里。灶从各个角落冒出来，很多并不是谁要找的。

四次搬家，方向一致：名离病人的嘴越来越远，离灶越来越近；灶在前，痛在后。第 18 章里那六条路，凡是灶先到的几条，大多就是这样一段一段修出来的。

每一次搬家，医学得到的，是更准，更早，更少靠猜。付出的，是一件不起眼的东西：病人在这个整体里的位置，往后退了一步。

这不是谁的错。要看清灶，就得把灶从病人的话里拎出来，放到可以反复看、可以传给别人看的地方。

AI 来了，这一次，方向反了。

读片系统把名带到医生的桌上，这一步和 CT 差不多。可是 AI 没有停在医生桌上。症状自查的对话程序，手表上的心律提示，手机里的健康评分，这些东西把名直接送到病人手里，在医生开口之前，有时在病人开口之前。

名第一次不是离病人越来越远，而是自己跑回了病人手上。

可是回来的，不一定还是原来的东西。

从前，名在病人嘴里的时候，是病人自己说出来的，带着他的日子、他的怕、他的说法。现在回到他手上的，是别的什么先替他说好的一个词。名是回来了，说这个名的那一个，不再是他。

名到了手腕上、手机里，不等于到了心里。这一层，后面几章还要一层一层地剥。

还有一件事值得先说在前面。名挪回病人手上，并不是单单坏事。一个人若能在半夜里，用手机里的一句话，知道自己胸口发闷是不是要马上去急诊，这是实实在在的帮助；一个住得远、请不起假的人，若能先在家里知道哪些情形不必慌、哪些情形不能等，也是实实在在的帮助。名回到病人手上，让病人不再只是被动地等着被叫名字。这一点，后面几章会一再回来。

那么，这个新来的整体，医生、听诊器、片子、化验单，再加上 AI，最后那一个，和前面几个，是不是一回事？这个问题，本章先放着。

◆ 四、AI 的真本事

每一件新工具进诊室，总有人担心它会把医生挤走。AI 也不例外。

可它的好处是真的，这里要写足，不能躲。

第一，影像辅助。读片是个耗眼力的活。一位放射科医生一天要读很多张片子，读到一天的后半截，眼睛的状态，和读第一张时是不一样的。机器不累，也不会因为前一张太难看而分神。已有研究在某些读片任务上，AI 的表现可以和有经验的医生相当，医生与 AI 一起读，漏掉的比单独读更少〔待核：选定研究〕。

读视网膜照片、筛查糖尿病眼病的系统，有的已经获准，在没有眼科医生在场的时候直接给出筛查结果〔待核〕。

再比如乳腺筛查。按照通行的做法，一张乳腺片子要由两位医生各读一遍，这叫双人读片，为的是少漏掉一个。有的研究在尝试让 AI 来当其中一位读片人，也有的让它当第一道筛子，把明显正常的片子先挑出来，让医生把力气留给难的〔待

核：选定研究〕。读骨折片也是一样：急诊夜班的医生疲倦时，一道细细的骨折线可能被漏掉，一个提示框，就能让他多看一眼。

第二，分诊。夜里三点，急诊的 CT 室外排着队。一份头部 CT 扫完，机器在医生坐下来之前，先标出「疑似出血」，这一份就能被挪到队伍的最前面〔待核：具体产品与研究〕。哪一份先读，往往就是哪一个人先得到处理。这不是替医生下诊断，是替医生排顺序。对分秒必争的病，排顺序这件事的分量不小。

第三，夜间可及，和基层可用。有的地方夜里没有放射科医生值班；有的小诊所，一年里也见不到几回专科医生。一个人在下班以后，在周末，在离大医院很远的地方，手边多了一双不睡觉的眼睛。一个只有技术员和全科医生的小地方，拍出来的片子，可以在几分钟里先过一遍机器，由它说「这张不用急」或者「这张请尽快找人看」，再决定哪一张要往上转。

这一点，AI 做得到。第 29 章会专门写夜里两点的事。

王大夫自己就尝过一回味道。他的诊所没有放射科医生，片子以前要送出去读，来回要大半天。现在，有一个初步的意见，几分钟就回来。那一个意见不是定论，可是他等得起了。

第四，早发现。在没有症状的人身上，提前看见一点东西，对其中一部分人，就是少受一场大罪。这一条，第 28 章专门写。

这四样，本书都认。一本讲道理的书，要是只写机器的坏处，就没有资格再谈它的好处。

不过，好处也要写它成立的条件，才算写足。

每一样本事，都只在一个窄窄的任务上成立：读一张胸片，看一张视网膜，数一数片子里的某一种东西。换一个任务，换一批病人，换一台机器拍出来的图，同一个系统可能就不灵了，这在业内是个反复讨论的问题〔待核〕。它擅长的，是把一个已经说清楚的问题答得又快又稳；它还不擅长的，是发现没有人提过的问题。

它的错，和人的错，样子也不一样。人的错，多半来自疲倦、赶时间、前一个病人的影响，今天错一张，明天错另一张，没有规律。机器的错，往往是成片的：训练它的图里很少出现的那一类病人，它可能一路都看不准〔待核〕。所以要把两

种错放在一起用，让一个补另一个的缺，而不是让谁替掉谁。这是医疗质量里的老道理，不是本书的新发明。

这并不是在挑它的毛病。一把好锤子，也有它不适合敲的钉子。

把这四样本事和前面那条规律放在一起，会看见一件有意思的事：AI　　的真本事，几乎都是让灶更早被看见、让名更早被认出。它顺着这两百来年的方向在走，走得更快，走得更远，也走进了过去走不到的地方：夜里，乡下，没有专家的屋子。

只是到了这里，那条路的另一头，换了一个人在等。

◆ 五、放回日子里

王大夫最后还是拿起了听诊器。

他把听筒按在老蒋右肺的上部，听了很久，什么也没听到。他又抬头看了一眼屏幕上那个小方框，框里的那一团淡影，他自己也看见了，说不准那是什么。

他问老蒋：「你最近咳吗？」

「不咳。」

「胸口有什么不对劲吗？」

「没有。我今天来，就是单位让来的。」

王大夫点点头。他对老蒋说：屏幕上说的是「疑似」，意思是机器在这个位置看到了一点东西，还没有谁说它是什么；下一步怎么把它看清楚，他们坐下来慢慢商量，不着急现在定。

老蒋松了一口气，又有点不放心：「那它说的那个词，算不算我得了病？」

「算一个提醒。」王大夫说，「提醒不是病名。」

他在病历上写下经过，笔尖停在「疑似」两个字上，停了一会儿，没有划掉，也没有圈出来。

中午吃饭的时候，他想了一会儿。他想，这个屏幕的好处是真的：他自己疲倦的时候，它不疲倦；他看漏的时候，它会提醒。可是今天早上，他发现自己的手慢

了半拍，是因为名字已经在那里了，他的耳朵要去「证实」一个别人先说出来的话，而不是去「听」。

以前是耳朵找名字，现在有时是名字找耳朵。这半拍的差别，他说不清，却记住了。

老蒋走了以后，他把听诊器放回抽屉的左角。盘好，关上抽屉。又觉得不对，把抽屉拉开一条缝，让它露一点头。

给你一个小办法。以后，有人把一张片子、一条手表提示，或者一段 AI 的回答递到你手上，先别急着问「这是什么病」。先问两句：这个名字，是谁先说出来的？是当着我的面说的，还是我不在的时候说的？

这两句话不替任何人看病，也不替你做任何决定。它只帮你认出自己是从哪一扇门走进来的。

名字送得越来越快，读数也跟着越来越好看。可数字好看和日子好过，不一定是同一回事，下一章就写这一道缝。

> **带走的话**
>
> **看病的工具换了几回，每换一回，先说出病名的那个人就换一回。**

> **小账**
>
> 本章拆了什么：「工具只是医生的手脚」这个老看法；四次工具更替，名一次比一次离病人的嘴更远，AI 这一次却把名送回了病人手上。
>
> 本章立了什么：诊断是人与手边工具合成的一个整体；看工具，要看名从哪里出来、先到的是哪一样；AI 的真本事（影像辅助、分诊、夜间可及、基层可用、早发现）一并写足。

第 26 章

层断了：指标好转，人与生活同时退

> **这一章的问题：指标都好了，人和生活却在退，这是怎么回事？**

◆ 一、你一定有过这样的时刻

老赵的三张纸，是在一个星期四的上午，摆到王大夫桌上的。

血压一张，血糖一张，血脂一张。三个月前，纸上有好几行带着箭头，红通通的，现在，箭头一个也没有了，每一项都落在「正常范围」里。

老赵把纸往桌上一拍：「你看，箭头全没了。」

「好。」王大夫说，「这三个月，你费心了。」

这是实话。药，一顿没落过。盐少了，酒也快戒了。每天早晚各量一次血压，写在一个小本子上，一页一页，字迹工整得像他记五金店的账。

老赵很得意，嗓门又大了起来。王大夫一边听，一边翻那本小本子。翻到后面几页，他停住了。

本子每一天的最后，有一栏「备注」。三个月前，那一栏里常常写着一个字：棋。近一个月，那一栏是空的。

他随口问：「下午还在店门口下棋吗？跟老蒋。」

「不下了。」

「怎么不下了？」

「你不是说让我少激动吗？」老赵说得理直气壮，「下棋我就爱嚷，一嚷血压就上去。三张纸能这么好看，我可不能前功尽弃。」

王大夫想起来了。三个月前，他是说过这句话。他的意思，是遇到吵架、动肝火的时候，要自己压一压。他没有想到，这句话会一路滚到店门口的那盘棋上。

他又问了几句。老赵说，周末的饭局，他也推了，那种场合要喝酒，要吵吵闹闹；原先每个月和几个老伙计去郊外钓一回鱼，也不去了，「万一路上有个什么，不方便」。

店门口那盘象棋，对老赵来说，不只是一盘棋。他开了二十多年五金店，一天里头，所有的话都是有价钱的：这个螺丝多少钱，那个扳手几折。只有下午三点，坐在小板凳上，和老蒋抢一个「马」，说的话是没有价钱的。这一件事，他自己不会这样讲，王大夫也只是隐隐觉得。

三张纸，每一张都漂亮。纸的后面，一个人的日子，一天比一天窄。

你也许有过类似的时刻。手腕上的表给你的睡眠打了个六十二分，那天晚上，你躺下去，反而更睡不着了。或者，体检单上有一个数偏高，你从此不吃一样本来爱吃的东西，一年下来，数字回去了，饭桌上却少了一样让你高兴的东西，你也说不上来，这笔账划不划算。

数字好了，人不一定好。这一章，就看这件事。

◆ 二、四种危机，先后判

这一编里要判四种危机，先交代判的次序，因为书里的章序和判的次序不是一回事。

章序是第 26、27、28 章，判的时候却倒过来：先判 AI 新型，也就是第 28 章的「无病人的诊断」；再判层断裂，也就是本章；然后判一角独大；最后判目标空转，这后两型都在第 27 章。四型彼此不重叠：一个案子按这个次序一问一问地往下过，前一问答「是」，它就归那一型，不再往下问。目录里把 AI 新型排在最后，是因为要先把前三型讲明白，才好讲它怎样把前三型都推快一步。

下面把四型各用一句话说清楚，再把问法排成四问。

AI 新型：名在没有痛、没有就诊、甚至没有病人在场的时候，被生成出来，送到人面前。

层断裂：读数往好里走，好不好和为了什么，同时往下退。

一角独大：名、灶、痛三个角里，名一个角涨起来，灶和痛两个角没有跟上。

目标空转：病是慢性的，检查一轮接一轮，却没有往任何方向走。

四问是这样排的。谁来问都是同一个次序，不看问的人偏爱哪一型。

第一问：这个名，是不是在病人不在场的时候，由机器的回路生成、传出去的？是，归 AI 新型，到第 28 章看。

第二问：名是病人在场时落下的。那么，读数在变好的时候，好不好和为了什么，是不是同时在退？是，归层断裂，就是本章。

第三问：三层没有断。那么，名、灶、痛三个角里，是不是名一个角在涨，另外两个跟不上？是，归一角独大。

第四问：三个角都在，病是慢性的，检查一轮接一轮地做，有没有哪一轮改变了下一步往哪走？没有，归目标空转。

先把「断」字讲清楚。三层平常是连着的，像一根绳上的三个结。读数往好里走的时候，通常好不好也跟着好，为了什么也跟着稳；读数是绳头，医生拉一拉读数，就知道另外两头在哪里。所谓断，是绳子在中间松了：绳头还在手里，那头已经不在了。

这里的「三层」，是第 16 章讲过的那三层：读数，是化验、影像、病程曲线、风险分布；好不好，是疗效、获益、生活质量；为了什么，是创造、自由、幸福这些东西最后落在哪里。第 21 章讲过，「为了什么」这一层里，创造、自由、幸福缺了哪一样，日子就会滑成苦役、空转或麻醉。

四型问的是四样不同的东西，记起来可以用四个字：来历，层间，角间，方向。AI 新型问的是名的来历；层断裂问的是三层之间还连不连；一角独大问的是三个角之间平不平；目标空转问的是检查有没有往前走。问的东西不同，才不会重叠。

为什么要有先后？因为判在前面的，会把颜色染到后面的上头。

举个例子。一块表在半夜把一个心律提示送到你手里，你第二天一整天心神不宁，血压也飘了。这时你若拿「层断裂」去量它，会量得一团糟：读数不是你带来

的，是机器夜里替你生成的，你在读数里根本不在场。这样的案子，要先问第一问，把它的来历问清楚，才好谈别的。

不重叠的办法，也写在问法里：每一问的「是」，已经把前面的「否」包进去了。所以一个案子最多落在一型里。若是它身上明明带着两型的影子，书里的做法是以先判中的那一型为准，后面的那一型，当作它的后果来看。

再把老赵放进四问里过一遍。

第一问：他的血压、血糖、血脂，是他自己坐在诊室里、被人当面测出来的，不是机器在他睡着的时候递来的。答：否。

第二问：读数从红变成了黑，好不好和为了什么呢？他的日子在变窄，下午的棋没有了，周末的饭局没有了，郊外的鱼竿搁了起来。读数在往好里走，这两层在往下退。答：是。

老赵的案子，到第二问就停了。归层断裂，第三问、第四问不用再问。

◆ 三、指标好了，人退了

先看读数是什么。

读数是一个替身。化验单上的血压、血糖、血脂，本身不是我们要的东西。我们要的，是一个人活得久一点，少中几次风，少住几回院，该做的事还做得了。这些才是「硬」的结局，医学里叫硬终点。硬终点要等好多年才看得出来，试一个新药，不能等二十年，于是研究者找一个读数当替身：血压降了多少，血里的某个值掉了多少，肿瘤缩了多少。这叫替代终点。

大多数时候，替身是靠得住的：血压降了，中风就少了；这条路走通了很多遍。但替身和本尊分开的例子，医学史上也有，而且是在最硬的地方分开的。

经常被拿来讲这件事的，是 1980 年代末的一项试验，叫 CAST〔待核：名称、年份与结论〕。故事大意是这样的：心肌梗死活下来的人，有一部分心脏会有额外的搏动，也叫早搏，而有早搏的人，后来出事的风险更高。医生们很自然地想：把早搏压下去，是不是就能少死人？有几种药，压早搏压得很好。读数漂亮极了。

试验做出来，结果让所有人吃了一惊：吃了那些药的人，死亡反而比没吃的人更多〔待核〕。

读数在涨，人在退。这是层断裂最硬的一种样子。

老赵的事，和 CAST 不一样，要分开说。老赵没有吃坏药，他吃的药，是证据最扎实的那一类。他的断裂，不出在寿命上，出在日子上。

一个读数一旦成了每次门诊要问的东西，它就会慢慢变成人要追的东西。被问到的事，会变成要做的事。血压每次看，每次问，人就会为血压活，做什么、不做什么，一件一件拿数字去衡量。数字管得严，管着管着，就管到了下午那盘棋头上。

这是目标的换位：达标本来是一条路，用来走向一种更好的日子；走着走着，成了终点。

学生考试，是个现成的比方。分数本来是读书的替身，分数高，大致说明书读进去了。可是有的孩子，一旦只盯着分数，分数越来越高，对书却越来越没有兴趣。这一点，在分数上看不出来。分数没有错，错在大家都只看分数。

再往深里看，和本书的主线接得上。老赵走的是哪一条路？他先有灶：血压偏高，是社区组织的老人免费体检，一条袖带量出来的；然后有名：高血压；然后，名落下以后，他的怕才一点点来。这就是第 18 章讲的筛查路，灶在前，名居中，痛在最后。

他后来说起那个「怕」字，王大夫才听明白：老赵并不是被哪一个数字吓住的，他是被「高血压」这三个字吓住的。名一落下，一连串的「万一」就跟着来了：万一在路上，万一一嚷，万一半夜。三张纸上没有这些「万一」，可是它们每天都在他的日子里占着地方。

第 18 章里有一句本书的命题：有灶无痛的人，被确诊以后，病痛反而是上升的，因为名先到了，痛跟着来。老赵的故事和这句话是对得上的，可是一个人的故事不是证据。这句话到底成不成立，要等第 36 章里的试验去测，书里写明，若测出来不是这样，这个命题就撤回。

有一点要说清楚：像老赵这样的断裂，有多常见，本书没有数字。本书只有诊室里的见闻，只能把它当作一个判定的问法，不当作已经测得的比例。

那么，在诊室里，凭什么看出一条绳子松了？王大夫自己有三个小记号。一个是读数漂亮，可是病人不再做以前常做的某件事。一个是病人说起自己的病，用的词全是数字，「我的血压一百二十八」，「我的糖化是六点三」，说到最后，没有一个词是关于他自己的日子。还有一个，是家里人在旁边插一句：「他这阵子，不太一样了。」

三个记号都只是线索，算不得诊断。它们只帮着王大夫多问一句。

还有人会问：医学不是早已有了办法，去量「好不好」吗？有的。第 16 章讲过，患者报告结局，就是让病人自己打一个分。这是个了不起的进步。可是分数一旦出来，也还是读数，它也可以被「达标」。一张写着生活质量八十分的问卷，也可以和一个越来越窄的下午并排放在桌上。

第 22 章讲过，读数只是路上留下的一个脚印，不是走路的那个人。脚印清清楚楚，朝着正确的方向，也不能保证走路的人还愿意往前走。

读数涨的时候，最容易看不见的，是读数以外的东西。

◆ 四、达标不是坏事

现在，要把话说回来，先还达标一个公道。

高血压控制好，能明显减少中风、心力衰竭和肾脏的损伤。这不是一两项研究的说法，它来自大型的、长年做下去的随机对照试验，是临床医学里最扎实的结论之一〔待核：选定试验〕。今天街上有多少老人，能够自己买菜、带孙子，背后就有这一条。血糖和血脂也是一样，在一大批人身上，把数管到位，换来的是少截一条腿、少一次心梗。

所以，劝人达标，是一件对的事。

替代终点，也要还它公道。没有它，一个好药可能晚十几年才能进诊室；今天很多人靠的药，就是靠替身快速验出来的。

而且，CAST　的故事也是医学自己讲的。是医学用随机对照试验这个办法，抓住了自己的一个错觉。有的专业，错了就一直错下去；医学是肯回头查自己的。这一点，本书打心里敬重。

那么，达标在什么条件下，是完完全全成立的?

一，数字真的是这个人要的东西的替身。血压降下来，是为了他可以活得久一点、少受一场大罪，这个替身是对的。

二，走向数字的这条路，没有顺手把他想做的事拿走。药吃了，盐少了，该做的事照做，下午的棋照下，这样达标，就是完完全全的好事。

大多数人是这样达标的。王大夫的诊室里就有一位卖菜的大姐，血压降下来以后，终于敢一个人坐长途车去看她女儿。她以前不敢，怕头晕在半路上发作。对她来说，数字回到范围里，是一扇门打开了。

老赵这样的断裂，不是达标的必然，是达标时一个没有被看见的岔路。

医生也有他的难处。一个门诊上午，要看很多人，数字是最快的共同语言：它写得下，传得开，对得上上一次，也对得上别人。「你最近日子过得怎样」这一句，问起来容易，答起来却要一刻钟。所以数字占了问诊的大半，不是谁偷懒，是这种语言本来就省事。数字还有一样好处：它有人负责，写得下，对得上，错了也查得出来。

多问一句，其实不费多少工夫。在门诊上，一句话就够：「除了这几个数，这三个月，你的日子有什么不一样？」答的人讲两分钟，听的人就能知道，三层还连着不连着。要紧的是问这一句，而不是问得多长。

所以问题不在达标，而在「只看达标」。一张都是黑色的化验单，和一个已经不下棋的人，可以同时坐在一间诊室里，谁也没有错。错在没有人去问，这两样东西在不在同一个方向上。

层断裂的判断，从来没有在说：别管数字了。它说的是：数字往好里走的时候，要多看一眼，另外两层，是不是跟着走。

◆ 五、放回日子里

王大夫没有劝老赵回去下棋。

这是不是可以下，下的时候火气到什么程度要停，要看老赵自己的身体，要把他的血压、他的用药、他的脾气放在一起商量。这些话，三言两语说不清，也不该由一本书替他说。

他只做了一件事：他认了自己的账。

「老赵，三个月前我那句话，说得太省事了。」他说，「我的意思是遇到吵架、发大火的时候要压一压，没说下棋行不行。这件事，我们坐下来，把它说清楚，下棋行不行，哪一种激动要避，哪一种不用管。我写给你。」

老赵愣了一下：「那三张纸，我还管不管？」

「管。」王大夫说，「管着，也别把下午管没了。」

他把病历翻开，在那三张表的后面，加了第四栏，什么表头也没有写，只写了一个字：棋。

然后他问：「老蒋这阵子没找你吗？」

老赵没说话。过了一会儿，他笑了一下：「他倒是来过两回，我说我忙。」

「你忙什么？」

「忙，」老赵挠了挠头，「忙着不激动。」

这句话说完，他自己先笑了，笑得有一点苦。王大夫也笑了一下，没有接话。

诊室里安静了几秒钟。老赵忽然压低了声音：「大夫，我跟你说实话，我怕。就怕在店门口，一激动，人倒了，给人添麻烦。」

王大夫点了点头，把这句话也记了下来，记在第四栏的下面。那是一个怕。在三张纸上，没有这个栏。这个怕，三个月前他就该问到的。他没有问，是因为三张纸上的每一项，都已经有人替他问好了。

老赵走了以后，王大夫坐了一会儿。他的病历模板里，每一次复诊都有血压、血糖、血脂这几行，一行也不少；可是没有「下午」这一行，也没有「怕」这一

行。三十年来，他一直把这些东西记在脑子里，记得住的，就记着，记不住的，也就过去了。

他不觉得谁做错了。他只是想：那些只记在脑子里的东西，要是有一天，看病的第一道口子不再是他，而是一张填好了的表，表里没有这一栏，还有谁来问？

这个念头，他没有往下想。隔着窗，他看见老赵走出诊所，在街边一个下棋的摊子前停了一下，站着看了一会儿，又接着往前走。

给你一个小办法。以后，你拿到一张箭头都没有了的单子，别只高兴一下就放进抽屉。在它旁边，加一栏，写两行：这几个月，我多做了什么；我少做了什么。

少了的那一栏里，如果有一件你本来很在乎的事，不一定是出了问题，可是值得拿着它，去和你的医生商量一下。

这样做不是替医生看病，也不是替你做决定。它只帮你看清，数字往前走的时候，人往哪里走。

老赵这一型，数字越管越好。还有一类人，数字越查越多，名字也越攒越多，下一章接着判。

> **带走的话**
>
> 三张表都达标，日子却一天比一天窄——数字往上走的时候，要回头看看人在往哪走。

> **小账**
>
> 本章拆了什么：「读数好了人就好了」这个顺手的想法；读数是替身，替身与本尊可以分开，大的时候在寿命上，小的时候在日子里。
>
> 本章立了什么：危机四型的判定次序（AI 新型、层断裂、一角独大、目标空转）和四问；层断裂的判定：读数往好里走，好不好与为了什么同时退。

第 27 章

一角独大与目标空转：防御性医疗与检查内卷

> **这一章的问题：**防御性医疗和检查内卷，怎样把病往筛查路和标签路上推?

◆ 一、你一定有过这样的时刻

小许第三次走进一家医院的门诊大厅，是一个星期六的早上。

他手里拎着一个透明的文件袋，里头是前两家医院的单子：心电图，抽血的结果，甲状腺的，肝肾的，一张叠着一张，边角已经被他翻软了。手麻，心慌，睡不着，从春天一直拖到现在。他是做运营的，白天对着屏幕，夜里常常两三点才合眼，能想到的科室，他都挂了一遍。

诊室里的医生五十岁上下，戴着眼镜，翻了翻他的文件袋，点点头：「这个做过，那个也做过。」

小许的心提了一下，等着他说「那就没什么事」。

医生却说：「不过各家的仪器不一样，我还是想自己再看一遍。你先把全套做了，做了放心。」

小许说好。他没有别的话可说。

抽血，心电图，彩超，样样都做，一上午跑了四个窗口。下午，结果出来，全部正常。医生看了一遍，抬起头，笑了一下：「没事，放心。」

「放心」两个字，小许听得清清楚楚。他走出诊室，在走廊上站了一会儿，发现自己并没有放心。

右手的小指，还是有一点麻。

他不知道那个「放心」，是说给他的，还是说给医生自己的。

晚上回到家，他又打开手机，在搜索框里敲下「检查全部正常　还是很难受」。屏幕上跳出来很多个答案，每一个答案后头，都带着一个名字。

你大概也有过这样的时刻：检查做了一轮又一轮，每一张单子都说「没事」，你却越来越不知道，该怎么相信这个「没事」。

这一章要判两种危机，在判定的次序里排第三和第四。先判一角独大，再判目标空转。

◆ 二、名字越来越多

先看一角独大。

名、灶、痛，是一个病的三个角。三个角本来互相拉着：一个名，要有它指的灶，要有它带来的痛，三个角各占一份分量，病才立得稳，像一只三条腿的凳子。

一角独大是这样：名这一个角在长，灶和痛两个角没有跟上，甚至往下掉。

你多半见过这样的一页。年度体检报告，最后一页是「检查结论」，一条一条列下来：甲状腺结节，颈动脉斑块，脂肪肝，胃窦炎，骨量减少，窦性心律不齐。六条，条条都是名。

每一条后面，有灶吗？有的，一个三毫米的小结节，一小块不厚的斑块。每一条后面，有痛吗？没有，这个人什么都不觉得。

这六个名指着的灶，多半很小，要不要管，怎么管，要看。这个人的痛，没有人问。

名的这个角涨得满满的，灶缩得很小，痛是空的。一张纸上，名占满了。

名会在人身上留下东西。每一个名，往往带着一个复查的日子：甲状腺每年看一回，斑块半年一回，胃要再查，骨要再测。六个名，就是六个日子。一个人一年的日历，渐渐不是他自己排的，是名排的。第 19 章讲过，复查日程本身就是一道锁。名多了，锁也多了。

名还会走在人的前面。病历是跟着人走的。这个人换了一家医院，新的医生接过病历，第一眼看到的，是这一长串名，然后才抬头看这个人。头一个印象，是纸

上给的。医学上有个说法，叫先入为主〔待核：叫法〕，意思是先看到的结论，会影响后面怎么看。这一串名，就是那个先入。

名为什么会越来越多?

一个理由是，名容易给，不容易撤。给一个名，只要在报告上多写一行；要撤一个名，得有人重新看、重新负责。写上不吃亏，漏掉才吃亏。

这就是常说的防御性医疗。大意是：医生做某件事、记某件事，主要是为了防着将来被问「你当时为什么没发现」，而不是为了让眼前这个病人更好〔待核：定义的表述〕。

有一项发表在《美国医学会杂志》上的调查，问的是几个高风险专科的医生，做不做防御性的事〔待核：作者 Studdert 等，年份 2005，结果〕。大意是：不少医生承认自己做过。调查把这类做法分成两种：一种是多做，多开检查，多请会诊，多写几条；一种是躲开，干脆不接那些容易出事的病人〔待核〕。

和本章有关的，是前一种：多做。多开的检查，多写的名，一条一条，加在病人身上。

这件事背后的种种制度，本书不评。只看它在病人身上落成什么样子：名多了。

怎么判是不是一角独大？有一个简单的核对办法，叫三角核对。把报告上的名一条一条拿出来，每一条问两句：它指的灶是什么？它带来的痛是什么?

拿上面那一页试试。脂肪肝，灶是影像上看到的一层淡淡的回声，痛没有。甲状腺结节，灶是三毫米，痛没有。骨量减少、窦性心律不齐这两条更特别：它们的灶，本身就是一个读数偏离了线，是第 11 章讲过的那种，名是由线划出来的。六条里，答得出痛的，一条也没有；答得出一个明确的灶的，只有一半。

如果大多数名，答不出灶，也答不出痛，只是一个读数偏离了线，那就是名这个角在独大。

这并不是说，那些名都该撤。有的灶虽小，值得盯着；有的名，也许哪一天就会变成真的灶和真的痛。核对的用处，是不让名的数目，替代了对每一个名的认

真。办法也简单：给每一个名，配上它的灶和它的痛；配不上的，老老实实标明一句：这个名，目前只是一个读数。拿脂肪肝来配：灶，是影像上那一层回声；痛，没有；要回答的问题，是需不需要随访，随访什么。配完这三行，这一条才算站得住。

这和第 26 章的层断裂不一样。层断裂里，读数在往好里走，人在退；这里没有哪一层在好转，是名在膨胀，另外两个角没有分量。

一角独大还有一个后果，要提前说在这里：它把病往两条路上推。

一条是筛查路：灶先到，是检查查出来的，名随后落下，痛是后来才跟着来的。另一条是标签路：名先到，痛在名之后慢慢长出来，灶是后来才去找的。这两条路，第 18 章里都讲过。名越多，被推上这两条路的人就越多。

◆ 三、查了又查

再看目标空转。

小许这一个上午，是它的一个样子。

他先有痛，手麻，心慌，睡不着。灶始终没有来，每一项检查都说「没发现」；医生给的名也没有来，没人给他一个明白的说法。这是第 18 章讲的断路里的一种：有痛无灶。

断路有个特点：缺了哪一样，人就一直往那一样去找。

小许缺灶，于是他去找灶。查了一家，没有；再查一家，没有；第三家，还是没有。每一次「没有」，都不是答案，只是「再去别处看看」的理由。

这就是检查内卷。内卷这个词，本来是说所有人都更用力，没有一个人走得更远。放到检查上：每一个人都多做了一步，没有一步走到新的地方。

为什么会这样？单看每一步，都说得通。

医生怕漏掉，多查一项，说得通。病人怕错过，要求再查一遍，说得通。前一家的单子，后一家不一定能用：各家的仪器、试剂不同，医生想用自己信得过的数，也说得通。报告上写一句「意义未明，建议随访」，下一回就多一轮复查，还是说得通。

每个环节都有它的道理，连起来，是一个原地转的圈。

怎么判是不是空转？看一件事：这一轮检查，改变了下一步往哪走吗？

临床决策里有一个老道理：一项检查值不值得做，要看它的结果能不能改变接下来的做法。拿一个咳了三个星期的人来说，拍一张胸片，若是发现了阴影，下一步是进一步看清它；若是干干净净，下一步是换个方向找原因。

两个答案把人带向两个地方，这张片子就是往前走的一步。可是如果同一个人，同一项检查，一个月里做了第四遍，没有人问过新的问题，不管结果是什么，下一步都是「再观察」，这项检查就是在原地转。

先说清楚，排除是有价值的。一个胸口发闷的人，把几样要命的病一样一样排掉，这本身就是一个重要的结果，许多人为此松一口气。本书不是在说检查没用。

可是排除是为了往前走。排除了几样，然后呢？下一步往哪里去？如果没有人回答「然后呢」，排除就成了一道门，只开不关，人站在门口，进也不是，出也不是。

王大夫自己写转诊单，有一个习惯：在单子最下面，留一行，写「请回答的问题」。比如「请排除某某」，比如「请看这处是否变化」。写这一行不费什么，写不出来的时候，他就知道，这一张单子，可能是在原地转。

小许的情形就是这样。三家医院，他得到了三次排除，没有得到一次「然后」。

还有一件事，细想有些心酸。那天上午，他在四个窗口前排了队：抽血的，做心电图的，做彩超的，取报告的。痛，没有窗口。痛不是一项检查，没有机器测它，没有单子列它，没有哪一个窗口是专门收它的。他的痛，从头到尾，一个窗口也没排过。

空转在人身上，有一个节奏。拿到「正常」的那几天，人是松的，睡得稍好一点。过几天，那只手又麻了一下，或者半夜心里咯噔一声，人又紧了起来。这回松的日子，比上回短。到了第三回，他还没有走进检查室，已经在想：这回会不会又是正常？

他开始盯着自己的身体。越是盯着，越觉得处处有事。这一点，王大夫不敢说成定论，只是在诊室里见过很多回。

还有一层，容易被忽略：查得多了，总会有那么一次，查出一个「交界性」的东西。一个很小的结节，一个略微偏离的数。这一回，名就落下来了。

这样落下来的名，走的是痛→灶→名，样子像经典路。那个灶，是一路查出来的意外所得，它未必是痛的来处。小许的手麻，可能和那个小结节毫无关系，可是名一落，痛就有了一个落处。第 18 章说，有痛无灶的人被确诊以后，病痛是下降的，因为名给了痛一个落处。在这里，要小心使用这句话：下降是下降了，可那是名给的一个安顿，不一定是对的安顿。

目标空转是这样：病是慢的，检查是一轮接一轮的，每一轮都在，没有一轮往前走。

它和前面两型，各有各的记号，不会混。层断裂里，读数在往好里走；空转里，读数哪儿也不去，一直是「正常」。一角独大里，名在膨胀；小许到现在，没有一个医生落下的名。空转的记号只有一个：方向。三个角都在，病也在，可是没有一步，是往某个地方去的。

这也是为什么它排在最后判：前面三问都答了「否」，才轮到问这一句。

◆ 四、医生也有他的怕

这一节，要还防御性医疗一个公道。

三十年前，王大夫接诊过一个中年人。那个人说，胸口发闷，不太痛，就是堵得慌。王大夫给他做了心电图，是正常的。他想了想，说：「应该没什么，回去休息，明天再来看看。」

当天夜里，那个人去了急诊，是心肌梗死。

人救回来了。那天夜里，王大夫在家里坐了一整夜。后来他对任何说「胸口发闷」的人，手都会不由自主多伸向一张单子。

他知道，那一次，不是他一个人错了：早期的心梗，心电图本来就可能是正常的。可是他也知道，如果当时他多留那个人一个小时，多做一项检查，也许结局不会是后来那样惊险。他到今天也不知道。

这就是医生的怕。它不是胆小，它是真实的风险。

漏诊的代价是真的。对病人是灾难，对医生是一辈子放不下的事。不管在哪里，不管是什么样的诊室，只要有「漏了会怎样」这个问题，就有这种怕。

所以，防御性医疗里，有相当大的一部分，是认真。多看一眼，多留一份记录，多做一次排除，都是把风险压低的办法。其中有一些，是真的救了人的。

这里要分开两样东西：审慎，和防御。

审慎，是为了眼前这个病人，多走一步。防御，是为了将来被问起时，手里有一张可以交出去的单子。两样做出来，在病历上长得一模一样：同样是多一项检查。区别只在一处：这一项，是要改变下一步，还是只为留一个记录。这一点，在做的那一刻，连医生自己也未必分得清。

病人其实看得见医生的这份怕：他多问一句、多留你一会儿，你常常觉得自己被认真对待了。这份认真是真的。

所以本书不说谁多查了，谁该少查。本书只提醒一件事：多查的每一项，都可能给病人一个新的名，或者一个新的「意义未明」，而病人要背着它们走下去。

有一个办法，能让这件事好一点，又不必多费多少力气：把「为什么多做这一项」，用一句话写在病历里。一来，给将来接手的人看；二来，给自己看。写得出来，大约是审慎；写不出来，就值得停一停，想一想。

病人的怕，也是真的，而且不止一种。

一种是怕有：怕哪里真的坏了，却没有人看出来。另一种更隐蔽，是怕没有：怕所有的单子都正常，别人说一句「你是不是想多了」，把他的难受，一下子放到了不被相信的那一边。

小许那一句「做了放心」，是两个人的怕撞在了一起：医生怕漏，病人怕有。两边都想放心，于是一个说「全套」，一个说「好」。

这是一件谁也没有错的事。

时间，也是一种怕。向一个检查都正常、却仍在难受的人，解释清楚「为什么没有找到」，常常要花上十几分钟，要听他讲，要把几种可能一种一种摆开。开一张单子，只要几秒。在一个人人都排着队的上午，这几秒和十几分钟的差别，有时比医生想象的更重。王大夫有过这样的上午，所以他从不拿这件事去怪别人。

说到底，防御和空转，是同一件事的两头：一头是怕，一头是转。怕的人多做一步，转的人原地走一圈。把这两头拆开看，才能分清哪一部分是该敬的认真，哪一部分是该问的空转。

◆ 五、放回日子里

那个周一，小许走进了王大夫的诊室。

他手里的透明文件袋，比上个星期厚了一倍。他把它放在桌上，没说什么，往椅子上一靠，整个人像泄了气。

王大夫没有去翻那个袋子。

他倒了一杯水，推到小许面前，问了一句：「这三家医院，每一次让你做这些检查的时候，你觉得，他们是想排除什么？」

小许愣了一下：「不知道。他们说要做，我就做了。」

「你自己呢？这几个月，你最怕的是什么？」

小许沉默了很久。这个问题，三家医院，没有一个人问过他。

最后他说：「我最怕的，是所有检查都正常。」

王大夫抬起头。

「都正常，就说明身体没问题，」小许说，「那，有问题的，就是我自己。」

王大夫没有马上接话。他在心里问了自己那个老问题：这句话，是在说哪一样东西？小许说的不是单子，不是灶，是一个人对自己的怕。他没有急着给这句话起一个名字。

「这句话，你先放在这儿。」他说，「我们不急着给它起名字。」

然后他把文件袋里的单子，一张一张抽出来，摆在桌上，三沓，摆成三排。三排纸加起来，比他的病历本还厚。他看了一遍，没有一张纸上，写着夜里两点的那只手。

「这三沓，你先留在我这里。」他说，「我一张一张看完，下个星期，我们再坐下来谈。这几天，夜里哪一回手麻，哪一回心里发慌，你随手记在手机上，不用整理，也不用猜它是什么，记下几点、你在做什么，就行。」

小许点了点头，肩膀比进门时松了一点。他是做运营的，记东西是他的老本行。头一回有人让他记的，不是数据，是他自己。

王大夫没有替他决定查不查，也没有替他决定什么都不查。那些事，他们下个星期再商量。

小许夜里一个人怎样问起那几句话，是第 29 章的事，这里先放着。

给你一个小办法。以后有人对你说「做个检查吧，做了放心」，在点头之前，可以问医生两句：这项检查，是想排除什么？如果结果是正常的，下一步往哪里走？

这两句话，不是要你少查，也不是要你多查。查不查，请和你的医生商量。它们只帮你看清，这一次检查，是往前走的一步，还是原地转的一圈。

这一章里的名，都是病人坐在诊室里的时候落下的。下一章要写的名，连这一点也不需要了。

> **带走的话**
>
> 多查一项，给了一个名字；名字多了，路却没往前走。

小账

本章拆了什么：「多做一项总比少做一项稳妥」的想法；名这个角独大，是三个角失了平衡；检查一轮一轮地做，却没有一轮改变下一步，是空转。

本章立了什么：一角独大的核对办法（每个名问它指的灶与痛）；目标空转的判定（这一轮检查改变了下一步吗）；防御性医疗里审慎与防御的分界，和医生真实的怕。

第 28 章

无病人的诊断：AI 新型危机

> **这一章的问题：**没有难受，也没有去看病，病名已经先到了，这样的诊断是怎么回事？

◆ 一、你一定有过这样的时刻

赵敏的手表，在凌晨三点十二分，轻轻震了一下。

她没有醒。手表戴在左手腕上，贴着皮肤，她翻了个身，手压在枕头下面，那一下震动，像一只飞虫在远处停了一停。

屏幕亮了几秒钟，上面有一行字：「检测到不规则心律。建议咨询医生。」

然后它暗了下去。

这一行字，在她醒来之前，已经走了很远。它进了手机里的健康应用，在「提示」那一栏记了一笔，日期、时间、心跳的曲线；应用把它归了类，贴了一个标记；它还和她前一周的睡眠、心率放在一起，生成了一张小图。

早晨六点四十，闹钟响了。她睁开眼，伸手去摸手机，先看到的是屏幕上那一行字。

她愣了一会儿。

然后，她发现自己的心口，好像真的跳得有点不对劲。

这块表是去年她给自己买的生日礼物，想让自己少坐一会儿，多走几步。她用它数步数，看睡眠，从没想过它还会跟她说别的话。

她是会计，三十四岁，记性好，做事稳，复查从来不缺。三年前的甲状腺手术，教会了她一件事：名字不是闹着玩的，名字一到，日子就要重新排。她坐在床沿上，把那一行字截了图，又搜了几个词，从床沿坐到了厨房，水壶烧开了，她没

有听见。屋里很静，她没有给任何人打电话。一个早晨，她不想一开口，就把一个才刚到的名字，说成一件家里的事。

名字已经到了，她还没醒。

你大概也有过这样的时刻。手表、手环、手机里的健康应用，给你发过一些提示：心率偏高了，睡眠不足了，今天站立时间太少了。大多数时候，你划一下就过去了。有那么一两次，那个提示像一粒小石子，落进你心里，一整天都没有沉下去。

老看法是：病名是医生给的。你难受，你去看病，医生查了，说你是什么。这个顺序，从古到今，大致没变。

可是赵敏这个早晨，没有人给她任何名字。没有医生，没有诊室，她没有难受，也没有去看病。一块表，一个阈值，一次推送。名，在她睡着的时候，自己到了。

◆ 二、没有病人的诊断

这一章要判的第一型危机，就是这样的事。

无病人的诊断：名在没有痛、没有就诊、甚至没有病人在场的时候，被生成出来。

说得再具体一点：一个诊断，在一个没有病人参与的回路里被生成，在这个回路里流转，最后才送到病人面前。

把这个回路拆开看。传感器贴在手腕上，读到一串心跳。算法拿这串心跳去比一条事先划好的线，判它是不是「不规则」。过了线，应用推送一条消息。消息存进云端，进了她的记录，也许还会同步给别人。

数一数这个回路里每一个环节，谁在场。传感器在，算法在，阈值在，推送在。病人，不在。

再算一算时间。凌晨三点十二分，名生成；几秒钟后，推送完成；又过几秒，记录存进云端。到六点四十，她睁开眼，名已经在那里等了三个半小时。三个半小时里，这个名，一直在，没有人问过她一句话。

名还会留下。它存在应用里，是一条记录：「不规则心律提示，一次」。她以后每打开一回健康汇总，它都可能在那里。名到得容易，撤起来，却没有一个窗口可去。

从前不是这样的。

从听诊器到 CT，每一件工具生成名的时候，旁边总有一个人：医生的耳朵、放射科医生的眼睛。名离病人的嘴越来越远，但总是有一个人在做这件事。他可能没见过这个病人，可是他在场，在那个生成名字的环节里，他在场。

这一回，生成名字的那个环节，没有人。

还有一层，是第 3 章里讲过的：病人这个身份，要靠一张诊断单才发得出来。一个人，是在名到达的那一刻，才成为病人的。前几百年，是人走进诊室，去等一个名；现在，是名自己出门，去找一个人。

说得再准一点，诊断不再是被需要的东西，变成了被送上门的东西。

举两个例子。

第一个，是可穿戴设备的心律提示。2019 年，《新英格兰医学杂志》发表过一项大型研究，通常叫苹果心脏研究〔待核：名称、年份、结论〕。研究者招募了很多戴智能手表的人，其中只有一小部分人收到过「不规则脉搏」的提示。收到提示、又愿意戴上心电贴片做进一步监测的人里，相当一部分真的被查出了心房颤动〔待核：具体数字〕。

这是一项严肃的研究，本书不拿它否定什么，只拿它说明一件事：这条回路是真的在运转，并且有时候是对的。

还要给做这些回路的人记一笔公道。那条线不是随手划的：做设备的人要拿一批人去验证，门槛划在哪里假警报多、划在哪里漏得多，要一次一次地调。提示的措辞，多半也留着余地，写的是「检测到」「建议咨询」，不写「你得了病」。他们并不马虎。问题不在划线的人不认真，在于一条再认真划出来的线，送到一个具体的人面前时，那个人不在场。

第二个，是机会性的影像发现。一个人因为别的原因去做了一次 CT，比如看肺部，系统在扫描完成之后，自动再读一遍，顺手数了数冠状动脉上的钙化，看了看脊椎有没有悄悄压扁，量了量肝脏里的脂肪〔待核：具体系统与研究〕。这几样，原来的检查单上都没有要求。名就这样，从一次本来不为它而做的扫描里，冒了出来。

医院的病房里，也有这样的回路。住院病人的体温、心率、血压、化验值，源源不断地进到系统里，有的医院用算法盯着这些数，一旦发现它们的组合，像是感染要往严重里走，就在护士站的屏幕上亮起一个预警〔待核：具体系统与研究〕。

床上的病人，那时候也许正睡着。一个名，在他不知道的时候，叫醒了一个护士。对其中一些病人，这是真的救命：早几个小时被看见，处理就早几个小时。

这几个例子，都有一个相同的地方：没有人为它而来。

第 18 章里讲过，缺项是断路，其中的第三种，是有名无灶无痛。以前这种断路，是很少见的：基因检测里的携带者，是一个例子，要特意去测。现在，它每天夜里，都在一些人睡着的时候发生。

这里要说清楚：无病人，不等于无真病。名可以是对的。手表的提示，可能真的指向一个心房颤动；影像里的发现，可能真的指向一个没人知道的骨折。出问题的，是路：名走进来的时候，病人不在，那条路是由一个阈值，而不是由任何人，选出来的。

还要划一条边。这一型，只管名自己找上门的情形：你没有问，没有查，没有挂号，它到了。如果是你自己半夜打开手机，把症状一条一条打给 AI，问「我是不是得了什么病」，得到一个名，那不归这一型。那时你是在场的，你开了口，那是第 29 章和第 31 章要讲的事。判它们的时候，不要混。

◆ 三、它为什么排在第一个判

第 26 章交代过，四型的判定次序，AI 新型排第一，章序里它却排在最后。现在，该讲讲为什么了。

第一个理由，是判案先问证据哪里来。

判前面三型，需要的材料，都是从病人身上来的：层断裂要看他的日子有没有变窄，一角独大要看每个名后头有没有灶有没有痛，目标空转要看这一轮检查有没有往前走。这些材料，默认都有一个在场的病人在其中。

如果这个名，是在病人不在场时生成的，这些材料就没有了根。你拿老赵那一套去量赵敏这个凌晨三点的提示，量不出东西：读数不是她带来的，名不是她要来的，她在整个生成的过程里，是一个缺席的人。所以，必须先问：这个名，是怎么来的?

第二个理由，是它让其他三型都加速。

对层断裂：手表、手环每天产生大量读数，睡眠分数、心率变异、恢复指数，读数的数目一下子多出几十倍。第 26 章说过，一个读数一旦成了每天要看的东西，它就会变成人要追的东西。读数涨得越多，断裂的机会就越多。

对一角独大：名被送到没有痛的人身上，名这个角涨得比以前快得多。以前，要靠体检、靠门诊，一年两年才添一条；现在，一个晚上就可以添一条。

对目标空转：每一个提示，都会带出一次检查；每一次检查，都可能带出下一次。回路不下班，提示不下班，空转就不会自己停。

所以，AI 新型是前三型的加速器。先判它，等于先问：这个案子的上游，是不是已经被它占住了。

第三个理由，是路的选择权。

一个人是怎么走进一种病的，从前多半由他自己的痛和他自己的决定来选：难受了，去看，被查，被命名。现在，有一部分人，是由一条凌晨三点的线，替他选了：名→灶→痛，或者名→痛→灶。是风险路，或者标签路。他自己，并没有在这个选择里出现过。

还有一件事，是规模。一个医生一个上午，对着十几个、几十个人说话，每一句话，都是对着一个人说的。一个算法，一夜之间，可以对很多人同时发出同一种提示，划的是同一条线，不管这个人几岁，睡得怎样，吃过什么药，这一夜做过什么。

那条线，其实是一群人的数字：多大的偏离，在一群人里，更常和一种病连在一起。第 22 章讲过，这是散的读数，说的是一群人的事。可是它被送到赵敏手里的时候，写的是「检测到」，说的是她一个人的事。散的读数，被当成了跳的读数来用。

打个比方，数字是编来说明的：假如一万个人戴着同一块表，一夜里有一百个人收到同样的提示，其中真有问题的，也许只占一小部分。对设计的人，这是一个可以接受的比例，他看的是一万人的账；对收到提示的那一个人，这是百分之百的自己。

这三个理由，合在一起，就是它必须先判的原因。

还有一点，要说清楚它为什么叫「新型」。前面三型，都不是 AI 才有的：CAST 是上世纪的旧事；防御性医疗和检查内卷，也由来已久。只有这一型，需要一块贴在手腕上的传感器，和一个二十四小时不睡觉的算法，需要这样的规模，才能出现。前面三型是老病，这一型，是老病的新来源。

王大夫自己的门诊，这一年也变了。以前来的人，大多是带着一个难受。现在，隔三差五，有人带着一张截图来：一条提示，一份导出的曲线，一个应用算出的分数。他们不一定难受。他们是带着一个名字来的，想问一问，这个名字算不算数。这是一种新的病人：先有名，后有医生。

还有一层，是名没有主人。医生写下的名，后面有一个签字的人，出了岔，可以去问他。回路里生成的名，责任散在传感器、算法、应用和用户之间，每一环都只管自己那一小段。名到了你手里，你想问一句「这是谁说的」，找不到一扇可以敲的门。这一层，第 30 章讲签字的人时还会回来。

名到了，人不在场。可是人，终究是要回来的。她醒了，看见了，她的心口就真的有点不对劲。

这一点，要留到第 31 章去讲。

◆ 四、早发现的真好处

现在，要把话说回来，把早发现的真好处，照实写出来。

先说心房颤动。这是一种常见的心律问题，有的人一阵一阵发作，发作完了自己都不知道。它的要紧之处，在于它可能让心房里的血流得不顺，形成血块，血块一旦跑到脑子里，就是中风。不少人，是在中风之后，才第一次知道自己有房颤。

若是能在中风以前就知道，对其中一部分人，医生可以给他们预防血块的药，把风险降下来。这是医学上有相当证据的一条路。对这一部分人来说，手腕上那一下震动，就是少了一次中风。

再说机会性的影像发现。骨质疏松的人，往往是在第一次骨折之后才被发现。如果在做别的 CT 的时候，就发现脊椎里已经有悄悄压扁的地方，这个人就有机会在摔第二跤之前，开始处理〔待核〕。冠状动脉上的钙化也是一样：一个没有任何胸痛的人，若是由此知道自己的心脏血管已经有了负担，也许他会愿意早一点和医生谈谈〔待核〕。

还有一种好处，常常被忘了说。一个独自住的人，夜里摔了一跤，爬不起来。有的设备能察觉他摔倒后一动不动，自动打出求救的电话〔待核：具体设备〕。这样的事，没有名，没有灶，没有谁在听，可是对那个人，是一条命。

这些好处，是真的。

本书不拿新闻里的故事来证明它们。这样的故事有，多半能找到，可它不是证据，证据在试验里。这一类的早发现，究竟让多少人少受了罪，各项研究的结论并不一致〔待核〕。

还要老实说一句：早发现的好处里，有一部分，是领先时间的假象。名来得早了，同样一个人，看起来「得病后活得更久」，其实只是被更早地叫了病人。第 12 章教过怎么把这一部分分出去；剩下的一部分，才是真的改了病程。哪一部分是哪一部分，各个病不一样，有的还没有测清。

同一个提示，落在不同的人身上，意思也不一样。一个本来就有好几项危险因素的人，收到提示以后，真被查出问题的可能，比较大；一个年轻、没有别的危险因素的人，收到同一个提示，多半会虚惊一场〔待核〕。这是散的读数的老毛病：数字说的是一群人，落到一个人身上，要先问，他是这群人里的哪一类。

此外，每一个提示，也有它的代价。提示里有一部分是错的，叫假警报。一个假警报，让一个本来没事的人，度过一个不安的早晨，也许还有后面一串检查。这个代价，很难算在一起，可是得有人算。

本书对这一型的判断，并不是说早发现不好。判的是路：名走进来的时候，病人不在。这和早发现的好处，是两件事。

那么，在什么条件下，早发现才是干干净净的好事?

一，提示本身把不确定写出来。「可能」就写「可能」，「检测到不规则」就写「检测到不规则」，不写「你有房颤」。

二，提示很快就能回到一个人手里：有一个医生、一个护士、一个能把话说明白的人，在提示和病人之间，接一把。

三，下一步怎么走，是病人和医生一起商量的。他不是被一个名字推着走，是被一个问题领着走。

拿这三条回头看赵敏的早晨。提示上写的是「检测到不规则心律」，没有写「你得了某某病」，这一条，做对了一半。第二条，没有：提示和她之间，没有一个人，她是一个人坐在床沿上，面对一行字。第三条，也没有：下一步怎么走，要靠她自己去搜、去猜。是她在清早，用一个不知所措的脑子，自己给自己找路。

这并不是在怪那块表。表做了它该做的，把一个值得看的东西，送到了她面前。缺的是它后面的那一段：一个人，接住它。

这三条，第 31 章还会回来，那时讲的是平台应该怎样写出不确定。这里先记下：早发现，值得；走进来的路，要有人接。

◆ 五、放回日子里

赵敏下午四点才到王大夫的诊所。

她把手机放在桌上，屏幕上是那张截图。她没有说话，等着。

王大夫没有先看那张截图。他问：「那天夜里，你在做什么？」

「睡觉。」

「睡得好不好？」

「挺好的。一觉到天亮。」

「那你什么时候开始觉得心口不对劲的？」

赵敏想了一下：「早上看了那行字之后。」

她自己也听出了这句话的味道，抿了一下嘴。

「我不是说你是装的。」王大夫说，「我是说，那行字先到，那种感觉后到。这个顺序，要记下来。」

她点头。过了一会儿，她轻轻地说：「王大夫，我已经被叫过一回名字了。」

她说的是三年前的那个字。名字来了，又被撤走，人没有回去。一块表在凌晨三点又送来一个，她不知道，这一回，自己还能不能禁得住。

王大夫没有劝她不要在意。他叫护士小邓给她做了一份心电图，请她在外面稍等。小邓一边贴电极，一边小声说：「放松，别憋气。」赵敏说好，其实一路都在憋气。

心电图走了一分多钟。在这一分钟之前，王大夫还问了她几句：这块表戴了多久，以前出现过这样的提示没有，那天夜里睡前喝没喝茶、喝没喝酒，最近是不是更累。每问一句，他都先看她的脸，再低头记。这些问题，手表问不了。

王大夫看了，对她说了实话：这一分钟里，他看到的是什么，没看到的是什么；一分钟的图，说不了一个晚上的事。她手腕上的那块表，和他桌上的这台机器，看的是两段不同的时间。至于下一步怎么办，他们坐下来，一样一样商量，不急在今天定。

赵敏听完，没有松一口气，也没有更紧。她在心里记下了一件事：这一回，有人先问了她，再给她一个说法。

然后，王大夫打开病历，在那张截图的位置，停了很久，不知道该归哪一栏。

最后，他写下了这样一行：

「来源：手表，夜间。提示时本人未在场。」

不是诊断，不是主诉。他写的是路：这个名，是怎么到的，到的时候，谁在，谁不在。

写完，他往回翻了几页。三十年的病历，每一份的第一行，都是主诉：病人说了什么。今天，这是他头一回，在一份病历的开头，记下的不是病人说了什么，而是一块表说了什么。他把笔放下，觉得这一行字，比看上去要重。

赵敏临走时问了一句：「那它以后还会再来吗？」

「也许会。」王大夫说，「下一回，你已经知道该问什么了。」

给你一个小办法。以后，你收到一条不是自己去查的提示，不管是手表发的、应用发的，还是别的什么发的，先问三句：谁发出来的，是人，还是机器？发出来的时候，我在不在场？它说的是「可能」，还是「是」？

问完这三句，拿着它，去和你的医生商量。这三句话不替你下判断，也不让你把提示扔掉。它们只帮你记住：这个名字，是从哪里来的。

这一章里，名是自己找上门的。下一章要写的是反过来的一幕：人在半夜自己开了口，去问一个会回答的东西。

> **带走的话**
>
> 你还没难受，也没去看病，病名先到了——这条路上，第一个不在场的，是你自己。

> **小账**
>
> 本章拆了什么：「病名总是医生在诊室里给的」这个老看法；名可以在没有病人参与的回路里被生成和流转，这时它走的路，是由一条阈值选的。
>
> 本章立了什么：AI 新型危机的定义（无病人的诊断）；它排在判定第一位的三个理由（上游、加速前三型、路的选择权）；早发现的真好处，和它成为干净的好事需要的三个条件。

第 29 章

病痛的第一听者是 AI：主诉在见医生之前就长成了形状

> **这一章的问题：**主诉是怎样在问诊里长成形状的？第一个问诊的是 AI，会怎样？

◆ 一、你一定有过这样的时刻

凌晨两点十分，小许在床上睁着眼睛。

心跳得很快。不是跑完步那种快，是躺着不动，也能听见心口一下一下顶着枕头。左手的指尖有点麻，像压了很久，刚刚松开。他翻了三次身，睡不着。

他拿起手机，在对话框里敲了一行字：

「我心慌、手麻、睡不着，是什么病？」

回答很快就来了。对方没有急着报病名，先问了几句：心慌是一直这样，还是一阵一阵的？手麻是一只手，还是两只手？今天喝过咖啡或浓茶没有？有没有胸口痛、出冷汗、眼前发黑？

小许一条一条地答。一阵一阵的，两只手，晚上喝了两杯咖啡，因为赶一份第二天要交的数据报告。没有胸口痛，没有出冷汗。

对方把他的话整理了一遍，顺手帮他排了个序：先说症状什么时候开始，再说怎样发作，再说有没有加重或缓解的因素。最后给了几种常见的可能，并且说，这些只是参考，白天最好让医生当面看一看。

那一晚，小许第一次觉得，自己的难受有了一个说得出口的样子。

第二天上午，他坐进王大夫的诊室。他没有像平常的病人那样，先按着胸口，或者先叹一口气。他开口的第一句话是：

「王大夫，我最近有焦虑引起的躯体症状，间歇性心悸，双手麻木，入睡困难。」

王大夫手里的笔停住了。

他做了三十年门诊，听过无数种开场白。「我这儿不得劲」「就是浑身没力气」「说不上来，反正不对」。这些话都是毛糙的，带着当事人自己的口音，要你一句一句地问，才慢慢问出个形状来。

小许这一句，是完完整整的。主语、症状、时间性，一个不缺，像从病历本上直接抄下来的。

王大夫没有怀疑这句话是假的。他怀疑的是：这个形状，是什么时候长出来的?

◆ 二、难受是问出来的形状

先说一件医生们都熟，病人却很少想到的事：病历第一行的那句话，不是病人说的。

病历里管它叫主诉，意思是病人这一次来，最主要的难处是什么，通常一句话，加上多长时间。「胸闷三天」「反复上腹痛半年」。这一行字，下一位医生扫一眼就能知道从哪里开始看。

可你想一想这一行字是怎么来的。

病人走进诊室的时候，身上的难受还是一团。有一点闷，有一点慌，说不上是在胸口还是在喉咙，也说不清是三天还是一周。他得先开口，把这一团话说出来。然后医生听，问，再听，再问，最后拣出其中最要紧的几样，翻译成病历上的话，写下来。

这一行字，是两个人一起做出来的。病人给了一团，医生给了一把尺：是刺痛还是胀痛？疼的时候往哪里放射？吃了东西会不会好一点？每问一句，病人心里那一团就被往某个方向捏一下。

所以主诉不是一个早就在那里、等着被取出来的东西。它是在问诊里，一问一答之间，长成形状的。

问诊学的课本把这件事讲得很清楚。课本里反复教的一条是：开头先用开放式的问题，比如「哪里不舒服，您慢慢说」，让病人把话说完，再用封闭式的问题去补细节，比如「痛的时候出汗吗」。顺序反过来，医生手里的问题单就会先把病人的话压成它的形状〔待核：问诊学教材对开放式与封闭式问题的通行讲法〕。

可是真实的门诊并不总是这样。

有一项常被引用的研究，Beckman 与 Frankel 在 1984 年录下医生接诊的开头，发现病人刚开口不久，医生就常常插话，把话题引到自己想问的那一处；很多病人没能把最想说的那件事说出来〔待核：作者、年份、期刊与具体数字，本书不引数字，大意如此〕。

医生们自己有个说法：病人最要紧的话，常常在手已经按在门把手上的时候才说出来。这是门诊里口耳相传的经验，不是哪一篇论文里的结论，本书只当作一句行话来用。

同一团难受，换一种问法，就捏出另一种形状。

拿一个说「夜里睡不好」的人来试。

医生若问：「是不是工作压力大？」他心里先想起的，是单位里那几件烦心事，主诉就成了「压力大，睡眠差」。

医生若问：「是躺下就心跳得厉害吗？」他会开始留意自己的心口，主诉就成了「夜间心悸」。

医生若问：「几点醒，醒了能不能再睡着？」他会去数钟点，主诉就成了「早醒」。

三个问题都问得出道理，三种主诉也都真实。可它们往后各走各的路：第一句多半通向谈话，第二句多半通向心电图，第三句多半通向睡眠的评估。起点只差一句问话。

还有一层是用词。病人自己的话里，常常没有医学的词。他说「心里发慌」「心口堵得慌」「浑身没劲」，这些说法中文里本来就既指身体，也指心情。Kleinman 在 1980 年代前后研究过中国门诊里的神经衰弱，大意是，很多人把低落

和烦闷直接说成身体上的不舒服，因为在那片土里，这样说，别人才听得懂，也才被当真〔待核：篇名、年份〕。

医生把「心里发慌」写成「心悸」，是翻译，也是选择：这一团话，往身体那边译，还是往心情那边译。这一选，主诉往哪边长，就定了一半。

这里不展开一般的心理学。一个人的难受怎样在被问、被听、被转述的过程中长出形状，本系列第 306 号已经说过。这一章只要它的一个结论：难受要成为一句主诉，必经一次问，而问的人，决定了它往哪个方向长。

主诉不是病人带进来的现成东西，是问出来的形状。

◆ 三、问诊的菜单也有它的道理

说到这里，要先还问诊一个公道。

不要以为封闭式问题是医生偷懒。「胸口痛的时候，会不会往左边肩膀和手臂窜？」「这几天有没有解黑便？」「有没有突然的、像被人打了一棍的剧烈头痛？」这些问题，每一个背后都站着一些人，是前辈在漏掉某种病以后，一条一条吃亏吃出来的。

病人自己是不会说的。一个人胸口发闷，他不知道左臂的窜痛意味着什么，也就不会主动提。医生手里这张问题单，就是替病人把「他不知道该说的话」问出来。很多要命的病，是靠这几句例行的追问，在门诊里被及时拦住的。

病历上那一行主诉也有它的道理。几十个医生、几十年轮换着看同一个人，如果每个人的开头都是各自的口音，下一个人读起来要费很大的劲。统一的话，是为了让病从一个医生手里，安全地交到下一个医生手里。

所以，本书说「主诉是问出来的形状」，不是在说这个形状不好。

是在说：形状有一个来历。来历里有一个提问的人，和他手里的那把尺。

病人和医生一起，在一问一答之间，把一团难受捏成一句话。大多数时候，捏出来的形状够用，救命，也交得出去。偶尔，捏的方向偏了，那句话就成了往后一路上的起点，后面的检查、诊断、用药，都顺着它往下走。

还有一层，是病历自己的惯性。

一句主诉写进病历，往后每一次翻开，都是它排在最前面。转诊单上抄一遍，检查申请单上抄一遍，出院小结里再抄一遍。抄到第五次，没有人再记得，它最初是病人的一团话，经过谁的手才变成这样。它看起来像一个事实，其实是一个多次转述的结果。

王大夫年轻的时候，带教的老医生有一句常挂在嘴边的话：「病历上的第一行，最好当作一个问句来读。」他当时不懂，现在懂了。

这一点先放在这里，第 31 章讲名字先到的时候，还要回来。

◆ 四、第一个问你的是 AI

现在回到凌晨两点的小许。

在以往，一个人身上的难受，从一团变成一句主诉，要等到走进诊室。第一个提问的人，是医生，或者分诊台的护士。在那之前，是病人自己和家里人的几句猜测：「是不是上火了」「是不是累的」。这些猜测是毛糙的，没有尺。

现在，第一个提问的人，换成了 AI。

先说一句要紧的话：AI 在这里坐的，是互动那个位置，也就是问与答来回发生的那一格。它的角色，是病痛的第一听者。它在这一章里只听、只问、只整理；它开始挑选、开始说不，是下一章的事。

它是个很特别的听者。它不累，不赶时间，不会在你开口十几秒的时候插话。你说得再乱，它也一条一条地接着，再按顺序排给你看。

可是它也有一把尺。

这把尺，来自它被训练时见过的无数份病历、问诊记录和医学文献，也来自设计它的人定下的规矩：先问什么，后问什么，一次问几个，什么时候给出几种可能。有的产品让你把话说完，再慢慢追问；有的一上来就给你一排选项，请你点。它们怎样问，本书不评，也评不了，因为每一家都不一样。本书只说一件事：不管它的尺是哪一种，它都在你的难受上，捏了第一下。

小许的那一晚，就是这样。

他原来的难受，是心口顶枕头，是指尖发麻，是一阵阵的慌。这些话，他自己的版本是：「我心里发慌，手上像有蚂蚁爬。」

可是 AI 帮他整理出来的版本是：间歇性心悸，双手麻木，入睡困难。

后一个版本更整齐，更像医生听得懂的话。小许把它背了下来，第二天原样搬进了诊室。

这里有一个很细的地方，值得停一下。

整理本身没有错。一个人把自己的难受说得有条理，对医生是好事，王大夫自己也常常盼着病人能这样。要看清的是另一个方面：小许原来那句「手上像有蚂蚁爬」，里面有很多东西，是蚂蚁爬在哪一块皮肤上，爬的时候他有没有害怕，爬完之后他又做了什么。这些东西，在整理的过程中，被放掉了。

放掉的部分，恰好是王大夫最想听的。

还有一层。第 4 章讲过，病痛的叙事要借医学的名词才说得成形。过去，借名词的地方，是诊室和网络上的零星文章。现在，借名词的地方，是一场长长的对话，它从午夜开始，以几乎没有间断的速度，一问一答，把你的难受一点点翻译成医学的语言。

这样的事，不只发生在小许身上。赵敏复查前一晚睡不着，也问过一回：「我三年前做过甲状腺手术，明天复查，我是不是又要……」她打到一半，把句子改成了：「我是得过癌的人，明天复查，应该注意什么？」

回答从头到尾，称她为「癌症幸存者」，客客气气，一路这样叫下来。赵敏读着，觉得被理解了。她以前对自己的说法，是「我得过癌」，现在多了一个更体面、也更牢靠的称呼。这个称呼，是回答带来的，不是她带来的。

还有一个更不容易察觉的地方：它会把你的话复述一遍。

人被别人用整齐的话复述一遍自己，会有一种奇怪的踏实感，好像终于有人懂了。「你描述的是间歇性心悸，伴有双手麻木」，小许读到这一句，觉得对，就是这样。

可是那句话是谁的？一半是他的，一半是尺的。他读着觉得对，下次再说，就用这句话说。这句话于是替换掉了他原来的说法，成了他对自己难受的新的说法。

这样一来，一个人的难受，在见到医生之前，已经被转述过两次：第一次是他自己把身上的感觉说成话，第二次是听者把他的话整理成另一种话。医生拿到手的，是第二次转述的结果。

有的人还会把整段对话存下来，带到诊室，递过手机。这样做，对医生往往是帮助。王大夫就遇到过病人把长长的对话翻给他看，从里面一眼看出了一个病人自己没当回事的细节。可他也知道，那份记录里，每一句问话都是有来历的，读它，要连问的那一边一起读。

等你走进诊室的时候，你的主诉已经在见医生之前，就有了形状。

◆ 五、深夜两点有人听

说完这一层，也要把它的好处写足，不能只写坏处。

第一，深夜两点，没有别人在醒着。

小许的难受，是夜里最凶的。白天上班，一忙起来就淡了；到了半夜，一切都静下来，心跳声变得格外清楚，也格外吓人。这个时候，家里人睡了，医院的门诊关了，急诊又不知道该不该去。以往，一个人只好一个人扛着，要么自己吓自己，要么硬着头皮睡过去。

现在，有一个肯听的对象，在零点以后，不收挂号费，也不嫌你烦。哪怕它只是帮你把话说清楚，也已经让很多人在夜里松了一口气。

第二，有些话，人不好意思对人说。

排便的问题，性方面的问题，睡眠里的怪事，心里的低落。很多病人在诊室里要憋很久才开口，有的人憋到出门才想起来没说。对着一个不会皱眉头的对象，这些话更容易说出口。把它先说出来过一遍，再进诊室，开口就不那么难。

第三，一个肯听完的听者，会让病人把话说得更全。

前面说过，门诊里病人常常说不完。AI 不用赶下一个号，它可以让一个人把一件事从头讲到尾，包括时间、先后、诱因、前后的变化。这些东西，整理好之后带

进诊室，王大夫反而省了很多功夫。他不必从零问起，可以直接问最要紧的那几处。

第四，对那些不容易走进诊室的人，它是一扇门。住得远的人，行动不便的人，语言不通的人，第一次在陌生的地方生病的人。有一个能用母语对话的听者，先把他们的事听明白，哪怕只是帮他们决定「这件事该不该今天就去看」，也已经是实实在在的好处。

第五，看完诊以后，它是第二个听者。

很多人从诊室出来，一半的话没听懂，另一半的话没记住。医生讲得快，术语多，后面还排着队，病人不好意思再问一遍。回到家，对着一张写着陌生名词的单子发呆。这个时候，有一个肯耐心解释的对象，把「这个词是什么意思」「这项检查是在看什么」讲给他听，是真正的帮忙。它没有替医生做决定，只是让病人下次再进诊室的时候，能问得出更好的问题。

第六，一个好的听者，知道什么时候该叫醒别人。

如果一个人说的是突然的胸口压榨样疼痛，是说话含糊、半边脸歪，是喘不上气，一个负责任的对象不该陪他慢慢聊，该立刻告诉他去找人、去叫急救。这一条，各家产品做得怎样，本书不评，只说这是好的听者最基本的本事。

这几条，本书都认。

本书不认的只有一件：把「它帮你把话说出来」，等同于「它没有改变你说的话」。

听者的位置，从来不是中性的。以前，这个位置上坐的是你妈妈，是邻居，是药店的老板；他们听你说，也在你的话上捏了一下，只是捏得毛糙，捏得一人一个样。现在，这个位置上坐的东西，捏得整齐，捏得很多人都一个样。

这一点，才是新的。

◆ 六、放回日子里

王大夫听完小许那一句整整齐齐的开场白，没有接着问「几点钟发作的」。

他放下笔，说了一句平常的话：

「先不说那些词。你就告诉我，昨天夜里，你人躺在床上，身上是怎么个难受法。」

小许愣了一下。他想了一会儿，才慢慢说：「就是，心口像有人拿手指顶着。然后手上，有点像被蚂蚁爬。我当时特别怕，怕自己是不是要出事了。」

王大夫点点头。这一回，他听到的是小许自己的话。

「那个词，」小许补了一句，「是我半夜上网问来的。」

「我知道，」王大夫说，「那个词有用，我留着。你刚才说的这些，我也留着。」

他在病历上写了两行：一行是小许带来的整齐的话，一行是小许说的原话，旁边注了一笔：问过 AI。

小许看着他写，问了一句：「那我昨晚说的，是不是说错了？」

「没有说错，」王大夫说，「你说的每一个词我都用得上。只是我想先知道，在那些词出来以前，是什么在先。」

小许点点头，没有再说话。他的肩膀松了一点。

王大夫又往前问了一步：「那天夜里之前呢？这几天，身边有没有什么事？」

小许这才说起那份数据报告：连着三个晚上赶，咖啡一杯接一杯，周末也没歇。这些话，他在凌晨两点的对话框里说过一半，被整理成了「入睡困难」四个字；另一半，是到了诊室，被一个人慢慢问出来的。

他原来以为，自己带来的那句整齐的话，是他最拿得出手的东西。现在他发现，王大夫更想要的，是那句整齐的话下面，毛糙的那一层。

王大夫不觉得这是在给小许挑毛病。他只是想弄清，这个人是从哪一条路走进来的。

这位年轻人，认真，容易焦虑，夜里一睡不着就先上网搜。那一晚他搜到的东西，真的帮了他：他没有一个人硬扛，他把话理顺了，他知道白天该去看医生，第二天他确实来了。这些，王大夫都记在账上。

可是同一晚，也有些东西，在他不知道的时候，被一起带进了诊室。

给你一个小办法。哪天你自己也要去看病，在出门前，拿一张纸，分成两栏。

左边一栏，写你自己的话。就用你平时说话的口气，不要查，不要改，写你身上到底是怎么个难受法。

右边一栏，写你查来的、问来的名字，不管是网上搜的，还是 AI 给的，还是别人说的。

然后两栏都带进诊室。你不必决定哪一栏更对，让医生两栏都看一遍。

这个办法不替你做任何治疗上的决定，也不代表你该信哪一栏。它只帮你自己，也帮医生，看清一件事：你的这句话，是什么时候、被谁问着，才长成这个样子的。

这一章里的 AI，只是听，只是问，只是整理。它要是开始替人挑，替人说不，那就是另一回事了，下一章接着写。

> **带走的话**
>
> 你怎么说自己的难受，是被问出来的；第一个问你的是谁，你的病就先长成谁问出来的样子。

> **小账**
>
> 本章拆了什么：拆的是「主诉是病人带进来的一句现成的话」这个默认；它是问出来的，问的人和他手里的尺都在里面。
>
> 本章立了什么：立的是 AI 坐在互动位，成了病痛的第一听者；病痛在见医生之前，就已经有了形状，而这个形状，既有真实的好处，也有放掉的东西。

第 30 章

AI 坐上主体位：按具体任务看胜任与责任

> **这一章的问题：**AI 什么时候才算坐上了主体位？每一项任务，胜任与责任怎么分？

◆ 一、你一定有过这样的时刻

上一章里，那位深夜的听者只听、只问、只整理。这一章要说的，是它开始挑、开始说不的时候。

先把一个词说清楚，再讲故事。

本书说的「主体位」，指的是一把椅子：谁能提出，能挑选，能否决，谁就坐在了这把椅子上。

它不等于有意识。AI 有没有心，有没有感受，本书不问，也用不着问。这一章只看一件事：在看病的这条路上，它做了什么，改了什么。

主体位，指能提出、挑选、否决；它不等于有意识。

定义放在这里，现在讲故事。

社区医院去年装了一套读片系统。院里开过一次会，说是先试用，片子照旧由医生看，系统在旁边「帮着看一眼」。

那天下午，王大夫面前是一张胸片，病人是一位姓费的老先生，六十八岁，单位组织的体检，什么感觉也没有。

王大夫看了一遍。右肺下野有一处淡淡的影子，边界不清，像是旧年的炎症留下的一道疤。他在报告上写：考虑陈旧性病变，建议随诊。

他刚要点「提交」，屏幕上弹出一个绿色的框，把那处影子圈了出来，旁边一行小字：右肺下叶结节，建议进一步检查。

王大夫盯着那个框，没有动。

他用了三十年的眼睛，告诉他这是一道疤。屏幕上的框，告诉他不是。两个判断摆在同一张片子上，只能留一个。

他的手指在鼠标上悬了几秒钟。然后，他把自己写的那一行删掉，改成：右肺下叶结节，建议进一步检查，请放射科复核。

他听了机器的。

这件事，换在十年前，是不会发生的。十年前，没有哪一台机器，能让他把自己写好的话删掉。

◆ 二、主体位是什么意思

为什么要说「椅子」？

因为本书关心的，是一条路上，谁在什么位置上做了什么。路上有几个位置，有的只是被看的，有的是来回传话的，有的是定下判断的。看病的整条路，就是这几个位置上的人和物，一次一次地交接。

先说被看的位置。体温计、血压计、化验仪，坐的是这一格。它们是被读的东西：你读它，它不会回话。

再说传话的位置。听诊器把心脏的声音带到医生耳朵里，X 光把骨头的影子印在底片上，病历本把这一位医生的看法带给下一位。它们坐的，是互动那一格：站在人和人、人和身体之间，把一样东西从这头送到那头。

这两格，工具坐了几千年。

还有第三格，是定判断的位置。能说「我看是这个」，能在几个「这个」里拣一个，能对别人已经下好的判断说「我看不对」。这一格，从来只有人坐，或者人组成的机构坐：会诊的专家，病例讨论会，医院里负责审处方的药师。药师看到一张开错了剂量的处方，可以打回去，请医生重开。他那一下，就是否决。

AI 做的，是工具第一次伸手去够这第三格。

要说得准确一点。早年的心电图机，会在纸条上印一行自动判读。影像软件，也早就能给可疑的地方画一个圈〔待核：这类辅助检测软件的出现年代〕。这些东西，做的是第一件事：提出。它提出了，就停手，挑和否决，都还在医生手里。

现在的不同在于，三件事可以由同一个东西做：它能提出一个候选，能在候选里排个先后，还能对医生已经写下的话说不。而且它说的话，真的会进入后面的路，改变医生的下一笔，改变病人的下一步。

这一步为什么要紧？因为全书讲的，是名、灶、痛谁先到。一个只会传话的工具，只能把已经到了的东西，送得更快更准。一个能提出、挑选、否决的东西，却可以让一个名，在没有医生开口的时候，先出生。下一章要讲的，正是这件事。

所以，几千年里工具只坐过被读和传话这两格，这是第一次，有一个东西，同时伸向了定判断的那一格。

为什么说「不等于有意识」？

因为椅子不问坐的人有没有心。审方的药师有意识，可他坐在那把椅子上，靠的不是意识，是他的位置：他的话，在这条路上有分量，能让处方退回，能让病人晚拿到药。一个会诊委员会，没有谁能说出它的「意识」在哪里，可它的决定，一样算数。

本书用这个办法看 AI：不争它有没有心，只看它的话在路上有没有分量。有，它就坐上去了。没有，它就还是工具。

坐没坐上，不是一句话能回答的。同一个 AI，读片的时候可能只是在提出，分诊的时候在挑选，被医生打回来的时候，它根本没有说话的份。一把椅子，有的任务它坐上了，有的任务它没有。

这里有两种常听到的说法，本书都不接。

一种说：AI 不过是个工具，工具永远只是工具，坐不上什么椅子。这话对听诊器是对的，对眼前这个东西，已经不够用了。听诊器不会改变你写下的字，它不会。

另一种说：它要是真能当主体，就得先证明它有意识，不然就是拟人，是吹牛。这话看着严谨，却把问题问偏了。药师的否决要不要等人证明他有意识才算数？没有人这样问。人们问的是，他有没有这个权限，他的话会不会改变这条路。

把这两种说法放下，剩下的问题就朴素了：这个东西，在这件事上，是在提出，在挑选，还是在否决？它的话，改变了什么？

所以下面，要一项一项看。

◆ 三、一项一项看胜任

看一个新来的人胜不胜任，不能问「他行不行」，要问「他做哪件事，行不行」。AI 也是这样。

下面看三件事。读片，对应提出；分诊，对应挑选；打回医生的判断，对应否决。

还要记住一点：说一个 AI 胜任，是一句没写完的话。后面要补四样：对哪一种片子，用哪一台机器，针对哪一种病，拿什么当标准答案。四样补不全，那句「胜任」就只是一句广告词。胜任是一张任务清单，不是一个分数。

读片。先还它公道。

在某些读片的任务上，已有研究报告，AI 的表现和有经验的医生相当，有的甚至更好〔待核：选定的影像诊断对比研究〕。它不累，看第一千张片子，和看第一张片子，用的是一样的眼力。它不受昨晚没睡好的影响，也不会因为这一天已经看了八十个正常的片子，对第八十一个失去警觉。

这对谁最有用？对那些没有专职放射科医生的地方，对夜里值班只有一个人的急诊，对排着长队等报告的科室。一个肯在深夜把可疑处圈出来的系统，可能救了一个本来要被漏掉的人。

想象一个只有一台拍片机、没有放射科医生的乡镇卫生院：片子拍完，要等几天才有人读。系统当场圈出可疑处，哪怕只是让当班的医生多看一眼，这几天就短了。这样的好处，在场的人看得见，只是它到底值多少，仍要靠研究一处一处地量。

还有一种用法，不是替医生看，而是替医生再看一遍：医生先下自己的判断，系统再看，两边一致的就放过去，不一致的才拿出来复核。这是一双放在后面的、不累的第二双眼睛，最适合发现人在傍晚、在第八十一张片子上漏掉的东西。

不过它的本事，有几个边界。

第一，它回答的，是「这张图像，像什么」，不是「这个人，怎么样了」。它看不见费老先生走进来时的样子，看不见他的咳嗽，看不见他抽了四十年烟。

第二，它的成绩，是在一批特定的片子上量出来的，用的是特定的机器、特定的人群。换了一台机器，换了一群体型和病种不同的人，成绩可能掉下来〔待核：关于模型换机构后性能下降的报告〕。

更麻烦的是，遇到训练时没怎么见过的情形，系统给出的答案，口气未必会变得犹豫〔待核〕。一位老医生碰到没见过的片子，会皱眉，会翻书，会去叫人；屏幕上那个绿框，多半仍旧是一个干干净净的框。

第三，也是和本书最相干的一点：它拿来当「标准答案」的东西，本身是一个名。训练它的，是医生下过的诊断、病理科给的结论。它学得最好，也就是学成了最好的那位医生。至于「如果没有这个名，这个影子会不会一辈子安静」，它没有学过，也没有人能教它。第 7 章讲过的那条没人走过的线，它也看不见。

所以一个看得更细的读片系统，会把更多的小影子、更早地圈出来，更多的人，会带着一个「灶」，先走进诊室。这是本书的推论，不是已测的结果；真有这回事，也不全是坏事，早发现的真好处，下一章还要写足。本书只记下一笔：读得更准，和路更好，不是一回事。

分诊。分诊是挑选：谁先看，谁可以等，谁该立刻去急诊。

先还它公道。一个在凌晨三点肯回答「胸口压着疼，要不要去医院」的系统，是真正的夜间可及。它可以把明显危险的信号拣出来，把一个犹豫不决的人，推出家门。它在基层，能帮只有一个全科医生的小站，把一天的号排得更合理。

社区医院夜班的护士小邓，对这类系统有自己的看法。她说，半夜里一下子进来三个人，它给排个先后，她心里踏实，尤其是新来的时候，不容易慌。可她也

说，有时候它排的，和她心里排的不一样，她得停下来想一想，听谁的。「它排得快，」她说，「可我得为这个先后负责，所以我还是得再看一眼病人的脸。」

小邓这句话，把挑选的难处说完了：排队的人省了力，被排的人，仍旧需要有人看一眼脸。

可是挑选这件事，有它自己的难处。

第一，错误是有两种的。把没事的人送去急诊，是浪费，是一场虚惊；把有事的人留在家里，可能是一条命。所以多数分诊的设计，都偏向谨慎，宁可多送。一个偏谨慎的挑选者，放到一大群人身上，可能放大出许多不必要的忧虑，下一章会看到这件事的另一面。

第二，挑选就是决定谁的路先开始。被排在前面的人，先被看见，先被叫出名字；被排在后面的人，多等的那几个小时，也在他的路上。谁被挑，谁被放，不是单纯的效率问题，是路的问题。

打回医生的判断。这一项，是最难的。

先还医生一个公道。王大夫在屏幕前悬着手的那几秒钟，不是软弱。一个医生的第一反应是相信自己看了三十年的眼睛，第二反应是想到，那个框背后是很多很多张片子，两种念头同时在，才是一个负责任的人该有的样子。

难处在于，这里有两种错，方向相反。

一种是机器说「不对」，医生信了，可是机器错了。有人把这种倾向叫自动化偏倚：人在有机器建议的时候，容易顺着它走，连明显的错也会跟〔待核：自动化偏倚的研究文献〕。

另一种是机器常常说「不对」，说多了，医生不再看了，等它哪一次真说对的时候，也被一起忽略。这叫警报疲劳〔待核〕。

所以一个否决，在什么条件下才算有分量，不是机器单方面的事，也不是医生单方面的事，是两边之间的一种安排：它说不的时候，医生要不要写下理由；医生不听它的时候，要不要留下记录；说错了多少次，系统有没有人替它记。

还要看清否决的方向。

王大夫碰到的，是机器说「有」，医生说「无」：机器给一处影子加了一个灶，医生的路因此多了一站。这种否决是响的，屏幕上有框，有字，医生一眼就看见，要不要听，是明摆着的一道选择。

还有另一个方向，安静得多：医生圈出了一处可疑，机器说「没有」。这一句，往往不会弹出任何框。它只是让一个本来要往下查的人，少查了一步。从路的眼光看，这是一个名，在没有机会出生之前，就被拿掉了。

拿掉一个不必有的名，是好事。拿掉一个本该有的名，是漏诊。机器的两种否决，各有各的好处和代价，要分开记账，不能只记响的那一种。

最稳当的办法，是让机器的否决，变成一次复核，而不是一次替换。王大夫做的，其实就是这个：他没有直接把「陈旧性病变」改成「肺癌」，他只是改成「请放射科复核」，让一个更资深的人，来做最后的判断。

这是一个很好的办法。但它不是靠运气得来的，是靠把「提出、挑选、否决」，一样一样分清，才摆得出来的。

◆ 四、签字的人

一张报告，最后总要有一个人签字。

签字是一个很老的位置。它的意思很简单：这个判断，我收下了，算作我的。从报告上的那个名字起，这件事出了差错，有一个人，可以被问。

AI 坐上了定判断的那一格，签字的位置会怎样？

老办法是一个人看，一个人签，看和签是同一双眼睛。如今看的一部分挪到了别处，签的人手里，多了一份自己没有从头走过的东西。

最容易发生的事是，签字变薄了。医生签的，从「这是我看的」，慢慢变成「这是我读过机器看的」。名字还在，分量变了。

有研究者把这种情形叫作道德缓冲区：系统是一个人和机器共同组成的，一旦出了事，承受责任的，常常是名字签在最后的那个人，哪怕做出决定的，其实是前面的整套安排〔待核：这个概念的提出者与年份〕。对医生来说，这不公平。他不该为一个他没法看透的东西，全额担保。

所以，责任这件事，不能只按「谁签字」来分，要按位置来分：

谁坐在提出的位置，谁就对这些提出的质量负责：它在哪些病、哪些机器、哪些人群上量过，量得怎样，更新了什么。这些，是做它的人和用它的机构的事。

谁坐在挑选的位置，谁就对挑选的规矩负责：什么时候往上排，什么时候放过去，偏的方向有多大。

谁坐在否决的位置，谁就要说清楚，否决了什么，依据是什么，对方可以怎样回头看。

谁坐在签字的位置，谁就要有真正看一眼的时间和权力，包括有权不听机器的话。

还有一种情形，是责任落了空。机器提了，护士按流程分了，医生在最后一屏上点了「确认」，每个人都做了自己那一步，出了岔，却谁也说不清是哪一步。这不是哪一个人偷懒，是一条路上有好几把椅子，却没有人把它们的次序写下来。

这四件事，各国各地怎样规定，各不相同，规定自己也在变。本书不评哪一种好，哪一种不好，不碰具体的条文。本书只说一句：不管规定写得多细，它都得先有人说得清这四个位置上，各自坐的是谁。

最后一个位置，签字的人，有一件事常被忽略：要有真看一眼的时间。一天要签两百份报告的人，没有办法对每一份都多想一遍。「已阅」两个字，盖上去只要一秒钟，真看一遍，要的是另外一种时间。把「请医生把关」写进流程，而不给他把关的余地，那个签字，就只是一个盖章的动作。这件事怎么安排，各家医院情况不同，本书不评，只提醒一句：责任跟着时间走。

一个办法，是留痕：哪一步是机器提的，哪一步是人挑的，谁否决了谁，谁最后签的。这条痕不是为了抓人，是为了在路出了岔的时候，能顺着回头找。

对病人来说，这件事听起来很远，其实也有很近的一面。你拿到一份报告，可以向你的医生问一句：这份报告里，哪一部分是机器先看的，哪一部分是医生看的？这是一个问题，不是一个要求。你问了，不是不信医生，只是想知道，自己的这条路，是谁在帮你走。

◆ 五、放回日子里

那天傍晚，门诊快结束了，王大夫把费老先生叫了回来。

他没有说「机器发现了什么」，也没有说「我改了主意」。他说的是：

「费老先生，您这张片子，右边肺下面有一处，我想请放射科的同事再仔细看一遍。他们有更好的设备，也比我看得多。您先别急，等他们回话。」

费老先生问：「是不是不好？」

「现在还不能说。」王大夫说，「我这里有两种看法，一种觉得是旧年留下的疤，另一种觉得需要再看一看。我不想拿一种看法当结论，所以请人再看。」

费老先生点了点头，说：「那就再看看吧。」

等人都走了，王大夫在病历上写下了几行：自己最初的判断，系统提示的内容，他改了什么，请谁复核，日期。写完，他看了一会儿。

一个星期以后，放射科的唐医生回了话：结节确实在，大小需要定期复查，暂时不用做别的。回话的末尾还有一句：系统圈出的那一处，他看了很久，也是那一处。

王大夫没有把这句话当成谁赢了谁输了。一个说「疤」，一个说「再看看」，最后是第三个人，用更多的时间、更好的设备，把话说完。这才是他心里那个「复核」该有的样子。

王大夫把这几句话读了两遍，叫费老先生来，原样转述，一个字也没有往重里说。费老先生听完，没有说话，过了一会儿才问：「那我以后，是不是每半年都得来？」

王大夫知道，这一句问，是一条路的开头。

早上费老先生走进诊室的时候，没有难受，没有病名，也没有人叫他复查。到了今天，他有了一处灶，一个还没落定的名，和一份新的日程。他走进了一条他早上并不在的路，而且是从一张片子上走进去的，没有哪个器官在叫他。

那个结节，到底该不该被看见，是不是真的值得每半年来一次，王大夫不知道，唐医生也不知道。要不要复查，这件事请费老先生和他的医生商量。本书只替他记下一笔：这一天，他的路，换了方向。

他想起桌子抽屉里那个用了三十年的听诊器。听诊器从来没有对他说过「不」。它传话，传得很准，可它从不开口。

而今天，他生平第一次，被一个不是人的东西，在一张自己写好的报告上，拦了一下。

他没有生气。他也没有觉得被冒犯。他只是忽然觉得，这个办公室里，多了一个位置，是他以前没有想过要给谁留的。

他还想到另一件事。小许那一夜问的是手机里的听者，第二天进诊室，说出的第一句话，已经是它给的。今天，这把椅子往前挪了一步，从听挪到了挑。再往下一步，是名在医生开口之前就到，难受照着它长。那是下一章的事。

给你一个小办法。下一次，你的检查报告上如果出现「计算机辅助」「智能提示」这样的字，或者你听医生说「系统也看了一遍」，可以在心里问三句：这一步，是谁提出的？是谁挑出来的？最后是谁签的字？

这三句不是用来挑刺的，也不用你自己去答。它们只是帮你认出：你这条路上，有几把椅子，各坐的是谁。

> **带走的话**
>
> AI 能提出、能挑、能说不，它就坐上了那把椅子；坐上去不等于有了心，但责任得有人接。

> **小账**
>
> 本章拆了什么：拆的是两头的说法，一头说「工具永远只是工具」，一头说「要坐上主体那把椅子，先得有意识」；一样东西坐没坐上，要看它做了什么、改了什么。
>
> 本章立了什么：立的是主体位的说法，能提出、挑选、否决，不等于有意识；并按读片、分诊、打回医生的判断三件事，分开看胜任与责任。

第 31 章

诊断回写：名先到——AI 症状自查怎样把标签路变成主路

> **这一章的问题：**名字先于医生到达，难受为什么开始照着名字长？

◆ 一、你一定有过这样的时刻

小许从王大夫那里回来，手里拿着一叠开好的单子：血常规，甲状腺功能，心电图。三天以后，结果陆续出来，全部正常。

他把结果拍了照，发给手机里那个深夜的听者，问：「全正常，那我到底是怎么了？」

回答来得很快。它把他前后说过的话重新理了一遍：夜间心慌，手麻，入睡困难，近期压力大，检查没有发现器质性问题。末了一句话，被排在最后，字不大：

焦虑障碍的可能性较高，建议到相关科室进一步评估。

小许盯着「焦虑障碍」四个字看了很久。

这几个字，他在王大夫面前说过一回，像背一句台词，没有想过它说的是自己。他以前知道自己爱紧张，开会前手心出汗，考试前睡不着，可他从来没想过，这些可以连成一个有名字的东西。现在这个名字摆在眼前，每一条都对得上：夜里心慌，对。一个人睡不着，对。越想越怕，对。

一个星期以后，他再进王大夫的诊室，难受的样子已经变了。

原来他说的，是一阵阵的心慌，没有来由，来了就来了。现在他说的是：「我晚上七点以后就开始紧张，怕今晚又来。我睡前要先量一遍脉搏，量到快了，就更怕。」

王大夫听完，在病历上写了一行字：难受有了时间表，有了对象，还有了一个等待它的人。

这不是小许想多了。身体上那一阵阵慌，一星期前就有；一星期里新长出来的，是对它的等待。而这份等待的样子，处处像那个字不大的名字：焦虑障碍。

名先到了。难受，开始照着名字长。

◆ 二、前人叫过的名字

这件事，不是本书发现的。前人早就看见了，而且给它起过名字。起头先交代清楚，是哪几个名字，各自说了什么。

反安慰剂。安慰剂的另一面：一个人被告知某样东西可能有害，就更容易出现那种害处。第 8 章里的安慰剂研究，反过来看就是它。临床试验里，吃糖丸的那一组，也有人报告恶心、头痛、没力气，这是一个公认的现象〔待核〕。一个人听说了副作用，就真的有了副作用，不是装的，是名字走在了身体前面。

贴标签效应。一个人被诊断、被告知「你有这个病」，他的行为和感受随之改变，哪怕身体里没有任何新的东西发生。最常被拿来讲这件事的，是 Haynes 与同事 1978 年的高血压研究。大意是：一批工人在工作场所被筛出了高血压并被告知，此后缺勤增加了；而他们的血压，并不是因为被告知才变得更高〔待核：研究对象、对照与具体幅度，本书不引数字〕。

请注意缺勤这个读数。缺勤，是病人角色那一头的事：被告知「你有病」以后，一个人开始按病人的样子安排自己。这是旁证，不是本书的证据，下面还要回到它。

Hacking 的循环效应。加拿大哲学家哈金（Hacking）讲的是人的分类：被分成某一类的人，会知道自己被这样分了，于是改变自己的行为和想法；分类的标准，又跟着这些人的变化而修订，一圈一圈地转〔待核：Hacking 1995 的篇名与论述〕。他看的是分类和被分类的人之间的互相改写。他讲得最多的，是类别怎样随着时间漂移。

先还这三个名字一个公道。

它们把一件事说成了铁案：名字，可以改变一个人。不是错觉，不是「想多了」，是可以观察、可以测量的现象。有了它们，今天说「名先到、难受跟着变」的人，不必再从头证明名字有没有力量。

再说它们停在哪里。

它们说的，是名字有一份效应，大小不一，方向不一。反安慰剂说有害的名字带来有害的感觉；贴标签说被告知以后，行为变了；循环效应说分类和人互相改写。三个名字都在回答「有没有」和「有多大」。

Hacking 讲的是类别随时间变，等于把类别当成了会动的那一头。本书让类别不动：名字还是那个名字，两个人走进来的路不同，病就不同；走到某一步，名字被刻进身体，撤名就回不去了。

三个名字都很少追问另外两件事：这份效应，在名到达之后的多久，才在哪一头显出来？以及，到了什么时候，它就再也撤不回去了？

本书多出来的，就是这两件事。路径和锁点。在这一章里，路径落在次序和翻转两个读法上，锁点落在撤名之后人回不回得去上。下面一样一样讲。

◆ 三、名先到，痛跟着变

要看清「名先到」是怎么回事，先要看清，以往名是怎么到的。

以前，一个名，大多数时候是医生说出口的。他看了你的化验，听了你的难受，查了你身上的灶，然后说：这是什么。名跟在灶和痛的后面，或者几乎同时到。偶尔，一个人自己先猜到了名字，也多半是靠报纸、亲戚、邻居，那是零星的、慢的。

现在，名字可以在任何时候，到任何一个肯问的人手里。

两种人，要分开看。

一种是小许。他的痛先到：半夜心慌，手麻。名是后到的：焦虑障碍。按本书第 15 章的码表，要看病历里三个时间戳，首个症状在先，首个诊断名在后，这一路该记作痛、名、灶，是标准路。

可是，请注意，名到的时候，小许的难受还没有定形。一个星期里，他的难受怎样长，怎样照着名字去长，这一段，名是走在前面的。身体上的那一阵慌，是名之前就有的；而那份等待、那份害怕再来的紧张，是名之后才长出来的。

另一种人，跟小许不同。

小许隔壁工位的小雷，二十六岁，什么感觉也没有。他戴了一块新手表，夜里记录心率和血氧。有一天他心血来潮，把一周的数据交给 AI，问这说明什么。AI 说：夜间血氧有几次下降，提示睡眠呼吸暂停的风险，建议进一步评估。

小雷看着那一行字，笑了笑，没当回事。

可是第二个星期，他发现自己开始留意夜里的呼吸了。第三个星期，他早上起来，总觉得没有睡踏实。

小雷这一路，才是纯粹的名先到：没有灶，没有痛，名字先落在他手里。如果后来他真的越来越觉得睡不好，他的路，就是名、痛、灶，也就是标签路。

本书的说法，是这样的：

AI 症状自查，让名第一次可以不经过医生，大规模地先到。过去，标签路是一条冷僻的小路，要碰上一个爱乱说话的医生，或者一份写得吓人的报告，才走得上。现在，这条路对任何人都敞开着，一部手机就够了。

这是本书的预测，不是已经量出来的结果。到底有多少人走了这条路，没有人数过。

不过，已有的评测，能让人看见这扇门的样子。Semigran 等人在 2015 年评测过一批网上的症状自查工具，大意是：它们列在第一位的诊断，常常并不对，分诊的建议也偏谨慎，宁可让人多去看〔待核：作者、期刊与具体数字，本书不引数字〕。一个工具，给出的名字多半不准，却又总是说得具体，具体的名字，比含糊的话更容易被记住，也更容易被照着长。

再说好的一面，要写足。

早一点知道，有真实的好处。一个深夜里胸口压着疼的人，在对话框里得到的第一句话是「请立刻去急诊」，他可能因此活下来。一个多年查不出原因的病人，

在对话里碰到一个他从没听说过的罕见病的名字，拿着它去问专科医生，也可能少走几年弯路。那些从来不爱去医院的人，一个名字可以把他们推到门口。

小许自己，也得过好处。那一夜的对话，让他没有一个人硬扛，第二天就去排了号。

所以，本书不说名先到是坏事。本书只说：名先到，改变的是后面的路，而且改变得很快，很多人同时。

◆ 四、先后与翻转

现在，把本书多出来的两样，写成一句可以被推翻的话。这句话，叫分歧预测（次），原文如下，一个字没有改：

> 分歧预测（次）：在低风险 1 期、只做生活方式干预的高血压人群里，经筛查路（灶→名→痛）进来的人与经症状路进来、血压相同的人，此后病程分叉；标签后病痛先变，预登记领先 4–12 周；血压先因应激升、后因行为降，翻转点预登记在 3–6 个月之间。「有痛无灶」人群确诊后病痛下降、病程不变——须先对账 White 等 2002 年的纤维肌痛贴标签研究〔待核〕

用人话说，是这样。

先说对象。是一批血压刚好过了线的人，处在医生说的低风险 1 期，医生只请他们调整生活，不开药。选这批人，是为了不让药的效果搅进来。他们当中，有一部分是体检查出来的，没有任何感觉，路径是灶、名、痛。另一部分是因为不舒服来看病，才发现血压偏高，路径从症状进来。两部分人的血压数字，是一样的。

第 14 章讲过 130/80 这条线：线的两边，血压几乎一样，可一边的人被叫作病人，一边没有。这两批人，正是从这条线上取的。

本书预测，两批人此后的病程，会分叉。

再说两个读法。

第一个，是次序。名到了以后，最先变的，是病痛，不是血压。担心，睡不好，觉得自己「是个有病的人」，这些先动，血压的曲线后动。预登记的领先时

间，是 4 周到 12 周。这就是说：如果拿病痛的量表和血压的曲线放在一起看，量表上的变化，要比曲线上的变化早出现四个星期到十二个星期。

第二个，是翻转。名到了以后，血压先因为应激而升：知道了自己是高血压，每回量血压都紧张，数字被紧张顶高了。后来，人开始照着名字做事，少吃盐，走路，在家里自己量，血压因为这些行为，慢慢降下来。升与降交叉的地方，叫翻转点。预登记在 3 个月到 6 个月之间。

也就是说：被叫作高血压的那一批人，血压先比没有被叫的更高，后来反而更低。

这两个数，4–12 周，3–6 个月，是本书事先押下的注，不是量出来的结果。押在试验之前，写在登记表里，谁都可以拿去看。

这句预测怎样才算错？本书的致命条款其二，用人话是这样：

如果在 130/80 两侧，血压相同而路径不同的两组人，做过领先时间校正之后，此后的病程不分叉；或者被贴上标签的人，病痛的变化并不比病程的变化早，那么「名先到、痛跟着变」这一半，本书撤回。

Haynes 1978 的研究，在这里只算旁证。它说的是被告知以后，缺勤变多，那是角色那一头的读数；它没有量先后，没有量翻转，也没有分路径。所以它让人觉得这件事有可能，却不能代替这个预测去试。

再说预测里最后那半句：「有痛无灶」的人，确诊以后，病痛反而下降，病程不变。

道理很简单。有痛无灶的人，难受是真的，却找不到落处；一个名字落下来，是给那份难受一个站的地方。就像第 29 章里，小许在那一夜觉得自己的难受终于有了一个说得出口的样子。

这半句，要先对账。

White 等人在 2002 年发表过一项研究，追踪一批有慢性广泛疼痛的社区成年人，看他们被诊断为纤维肌痛以后，状况有什么变化。纤维肌痛，正好是一个「有痛无灶」的病：难受很重，却没有化验和影像可以找到的灶。大意是：被贴上这个

名字以后，这批人的状况并没有变坏，有些方面还好了一点〔待核：作者、期刊与具体结论〕。

如果核下来确是如此，它的方向，和本书这半句一致。

可是，要老实地说它的限度。如果那是同一批人的前后比较，没有另一组没被贴标签的人作对照，就分不开「名字起了作用」和「疼痛本来就会起落」；它也量不到「病程不变」这一半。所以它只是对账，不是证明。

如果核下来结论相反，这半句「有痛无灶确诊后病痛下降」，就降为一个待检验的命题，不拿它撑判词。

还有一件，要放在这里说清楚，以免误会小许。

小许的难受，在 AI 说「焦虑障碍可能性较高」以后，没有下降，反而长出了等待。这是否和上面那半句相反？不一定。预测里说的，是「确诊」：一个医生确认的、落定了的名。AI 给的是「可能性较高」，一个没落定的名。没落定的名，能不能给难受一个站的地方，还是只给它一个形状，却不给落脚，本书不知道，也没有人量过。这恰好是一件值得量的事。

把 Haynes 和 White 并排放着看，会有一个有意思的现象：Haynes 那边，是有灶无痛的人（血压高，没感觉），被告知后，行为向病人那边走；White 那边，是有痛无灶的人，被告知后，没有变坏，甚至好一点。两项旧研究，恰好站在「断路有方向」的两头。

但这是两批不同的人，用不同的读数，在不同的年代量的，所以只能是旁证。是不是真的有这个方向，要到第 36 章，由专门设计的试验来判。

◆ 五、本书新加的，只有一个时间窗

把话收窄一点，说老实话。

名先到、痛跟着变这件事，前人已经覆盖了大半。

反安慰剂说，名字能带来害处。Haynes 1978 年那项研究说，被告知以后，人按病人的样子安排自己〔待核〕。Hacking 说，分类和被分类的人互相改写〔待

核〕。社会学里的标签理论说，标签贴上去，人会慢慢照着标签活〔待核：Scheff 等人的标签理论〕。

「名字有力量」「名字会改人」，这一层，用不着本书再证。

本书在这一章里新加的，只有一样：一个事先写下的时间窗。

一个窗管先后：名到以后，病痛的变化领先病程的变化 4 到 12 周。一个窗管翻转：血压先升后降，交叉点落在 3 到 6 个月之间。

这两个区间，是本书押的注。要老实说：它们没有现成的依据。

没有哪项研究量出过这两个数。本书只是凭着门诊里人怎样慌、怎样改习惯的粗略印象，给了一个宽一点的范围。依据是不足的。

押注的用处，不在押得准，在押得早。写在前面，量出来对不上，就是输了；不写，事后怎么量都讲得通。

所以，这两个区间，在登记的时候可以调整。调整只能在看数据之前，写明理由；登记以后，就不再动。

还要把两个最容易出错的地方，摆到明处。

第一个，是先后可能反过来。

本书说病痛先变、病程后变，好像是名字引起了病痛的变化。可是也可能是这样：一个人本来就在变难受，难受让他去看病，看病才得到了名字。

这样，「名到以后病痛先动」，看上去像名字的作用，其实是病痛自己早就在动，名字只是半路搭上的车。这叫反向因果。

第二个，是去看病的动机，本身就搅在里面。

谁会去体检？常常是本来就爱担心的人，家里有人得过病的人，单位统一安排的人。谁会因为不舒服来看病？本来就难受的人。两群人在名到来之前，就不一样了。

比出来的差别，可能有一部分是动机带进来的，不是路带进来的。

这两样，做研究的人有一些常用的办法来对付〔待核：以下几种办法的方法学文献〕。

一是在名到来之前，先量一次病痛。比的是名到来以后的变化，不是名到来以后的高低。

二是看名到来之前的走势。要是病痛早在名到之前几个月就在往上走，这一段就不能算在名字头上。

三是找一种不由本人选的分组。比如单位统一组织的体检，或者像　130/80　那样，线的两边血压几乎一样，只差一个名字。

四是同时量一个本来不该受名字影响的读数。要是它也跟着动，说明还有别的东西混在里面。

这些办法，都不是本书的发明，也没有哪一个能把问题全部消掉。本书把它们写在这里，留给第 36 章的设计去用。

◆ 六、撤了名，人回得去吗

现在把第 19 章的新现象，搬到 AI 这里来问。

AI 撤回一个判断，人回不回得去?

设想小许的故事往下走。两个星期以后，他又做了几项检查，结果仍旧正常。他把新的情况告诉那个听者。这一回，对方的口气变了：「根据新增的信息，焦虑障碍的可能性较前下降，更可能与近期睡眠不足、咖啡因摄入有关。」

名字撤了。

这时候，小许会回到那个从没被叫过焦虑的状态吗?

本书的判断，是：大概率不会完全回去，这是一个待验的推论，不是已测的结果。理由有四个。

第一，撤回的话，本身是另一个名。「睡眠不足，咖啡因」，也是一个有形状的说法，小许要从一个名，走向另一个名。

第二，难受已经学会了那个形状。他的等待，他睡前量脉搏的习惯，都不是一句话能够拔掉的。

第三，一个人会给自己钉钉子。小许这半个月里，已经做了不少事：设了睡前量脉搏的闹钟，戒了咖啡，每晚写症状日记，告诉了同事和家人，买了一个能测心率的手环。这些东西，每一样都是一个小小的锁，像复查日程一样，把名字钉在日子里。名字撤了，钉子还在。

第四，心理学里有个相近的发现：一条信息被明确更正以后，它仍然会在人后来的判断里留下影响〔待核：这类研究的代表文献〕。更正不等于抹去。

所以，AI 版本的撤名不复原，大意是这样：

名字撤了，人不一定回得去；回得去回不去，要看撤名的时候，名字有没有被钉进日子里。

这里有一个区别要分清。

第 19 章讲过，锁点是名字经由治疗刻进身体的那一步，比如切除、终身服药、复查日程。小许钉下的那些钉子，比手术轻得多，是软锁，大部分都还拔得出来。所以，同赵敏相比，小许回得去的机会，大概要大得多。

可是软锁有它自己的特点：数量多，速度快，不需要谁批准。一个人一夜之间能钉十颗。

如果平台把名字接在了提醒、复查日程、订阅或者推荐上，它就是在替用户钉钉子。钉子钉在谁的名下，是这一章要说的治理的一件事。

最后说写名字的人。既然名先到是一个新现象，写名字的人，就有了新的责任。本书不评哪一家的产品，也不碰具体的规定，只说几件写法上的事，看一个名字怎样写，才不会过早地长成钉子。

第一，说清楚它没有看见什么。它没有摸过你的脉，没有看过你的脸，没有听过你的心。这句话，要写在名字的前面，而不是藏在页脚的小字里。

第二，给出几种可能，而不是一个名字，并且说清楚，补上哪些信息，排序会变。一个名字像一枚钉子，几种可能像一张网，人在网里能转身。

第三，「可能」要真的是可能。一个没落定的名，不要写成标题，不要加粗，不要放在结果的第一行。人读东西，眼睛先停在最醒目的那几个字上。

第四，撤回要写成撤回。把先前的话，原样放出来，说「我先前这样说，现在不这么看了，因为……」，并且在这个人的记录里，把先前的名标成已撤，而不是悄悄地换一个新的。

第五，不替人钉钉子。名字出来，不自动排复查，不自动订阅，不自动推荐商品和服务。要不要钉，由人自己决定，而且有一个容易找到的拔钉子的地方。

第六，给出一条清楚的出口：哪些症状，是不要再聊，要立刻去找人的。

这六件事，是写法上的事，不是诊疗建议，也不替任何一家作评价。它们的共同点是：名字出来的时候，让它保持一个被人拿在手里的东西，而不是一个已经长进人里的东西。

还有一件事，对做研究的人有用。

平台的记录里，有一样医生病历里没有的东西：名字第一次出现的那一刻，往往能精确到秒。病历里的三个时间戳，首个症状、首个病灶证据、首个诊断编码，通常记不到这么细。如果有人愿意，并且当事人同意，把这个时刻，和之后的病痛、血压、行为的变化放在一起看，本章讲的先后与翻转，就有了一个量得出来的地方。这件事怎样做得合规，各地有各地的规矩，本书不评，只记下它的可能。

◆ 七、放回日子里

又过了一个星期，小许再来。

他的难受还在，只是淡了一点。他说，晚上还是会想，但不那么怕了。他说这一周，他把量脉搏的闹钟关了，把手环收进了抽屉。

王大夫听着，没有表扬，也没有批评。软锁，拔得出来，他心里记了一笔。他只是问：

「你当初，是哪一天、从哪一句话开始，觉得自己是焦虑的？」

小许想了想，说：「是那天晚上看到这个名字之后。」

「在那之前呢?」

「在那之前，我只知道难受。我不知道它叫什么。」

王大夫点点头，在病历上写了几个字：痛先，名后，名后痛又变。他没有写诊断。他只是把顺序写了下来。

给你一个小办法。下一次，如果有一个名字，是别的东西先告诉你的，不管是AI，是手表，是搜索框，还是亲戚的一句话，你可以问自己三句：

这个名字，是在我难受之前到的，还是之后到的?

它见过我吗?它是看了我的哪些东西，说出这个名字的?

如果明天有人说它不对，我今天为它做的事，还能不能撤回?

这三句，说到底问的是本书那一句老话：先到的是名、灶，还是痛；锁住了没有。它们不替你决定任何一件和治疗有关的事，只帮你看清，你是从哪一条路走进来的。

最后，把第四编的账合一合。这一编，七章，走了一条线。

第 25 章看诊断权。听诊器、X 光、检验科、CT，每换一次工具，先说出病名的人就换一次，AI 是第一次把名挪回病人手里。

第 26 到 28 章，判了四型危机，顺序是先判 AI 新型，再判层断裂，再判一角独大，最后判目标空转。无病人的诊断，排在最前面，因为它让后面几种都跑得更快。

第 29 到 31 章，讲 AI 怎样一步一步坐上去。先是坐在互动的位置，当病痛的第一听者；再是坐上主体位，能提出、挑选、否决；最后是让名先于医生到达，名字回过头来，改写了难受。

这一编里，AI 的好处，写足了：影像上不累的眼睛，深夜里肯听的耳朵，早一点知道的真好处。它的代价，也写足了：整齐的话放掉了毛糙的东西，响亮的否决盖住了安静的，没落定的名字，很容易长成钉子。

第四编的总判断：看病的工具，几百年来一直在替人看，可病名始终出自医生之口；如今，AI 先坐到病人身边听，再坐到医生桌上挑、否，最后让病名先于医生

到达，名一先到，难受就开始照着它长，病的路换了方向，而这条路上的先后和锁，从前没有人记过账，今天每夜有无数人在走。

下一编，把账真的记起来：读数账，价值账，意义账。

> **带走的话**
>
> 名字先到的那一刻，难受就开始照着名字长；这不是你想多了，是路换了方向。

> **小账**
>
> 本章拆了什么：拆的是「名字只是对已有的病的描述，说出来不会改变什么」；前人的反安慰剂、贴标签效应、Hacking 的循环效应都说过名字有力量，却没追问它在多久之后、哪一头先动，也没追问撤回之后人回不回得去。
>
> 本章立了什么：立的是诊断回写的次序与翻转，标签后病痛先变，领先 4–12 周，血压先因应激升、后因行为降，翻转点在 3–6 个月之间；并把撤名不复原搬到 AI 这里，问撤回一个判断，人回不回得去。

第 五 编

三本账

编　序

这一编五章。前四章记三本账，最后一章把本书押在两场试验上。

第 32 章记读数账：手上这张化验单、这份影像报告，是哪一种数，该怎样读。第 33 章记价值账：一次看病值不值，要算三股劲。第 34 章记意义账：病好没好是一本账，人往哪里走是另一本。第 35 章把三本账落到日子里：看病、陪护、复诊，进门之前先问自己一句。第 36 章，是本书押上自己的那两场试验。

这一编的每一章，章末都有「想一想」两问。两问只问一件事：你是从哪条路走进来的。它们不问你该不该吃药、做手术、停复查，这些事请和你的医生商量。读懂一张单子，不等于自己做了决定；本书给的，是和医生把事情说清楚的办法，不是替医生做决定的办法。

这一编的反差在这里：三本账记的都是真的，可没有一本，能替另一本记。

第 32 章

读数账：化验单和影像报告怎样读

> **这一章的问题：**拿到一张化验单，先要分清它是哪一种读数？

◆ 一、你一定有过这样的时刻

周六上午，赵敏回娘家，一进门，老赵就把一张纸递过来。

「你是算账的，你替我看看这个。」

那是社区组织的年度体检报告，四页，打印得密密麻麻。老赵用圆珠笔在上面划了几道，划的全是带箭头的地方。向上的箭头五个，向下的一个，末尾还有一行小字，写着「建议随访」。

「这一排箭头，」他说，「哪个要命？」

赵敏接过报告，看了很久。她天天跟数打交道，每个数后面有单位，有参考范围，有一个小箭头，格式整整齐齐，像一本做得很规矩的账。

可她看着看着，觉得这张纸跟账本不一样。

账本上的数，是同一种东西，都是某一天某一笔的金额。这张纸上的数，好像不是。血压那一栏，是今天早上坐在椅子上、歇了几分钟、量了一次的结果。血糖那一栏，是空着肚子抽了一管血。旁边一个数后面写着「较去年上升」，那是两年的数连在一起看。最后有一条，说的是「同龄人群中处于较高水平」，那是拿他和一大群人比。

「爸，」她说，「我不是大夫，哪个要命，我说不了。我只能告诉你，这几个数，不是同一类数。」

「数就是数。」老赵不耐烦。

「没那么简单。我先把它们分分类，咱们再说。」

这一章，写的就是她那天分类的办法。

这是去年的事。后来老赵吃上了药，箭头一个一个落回了范围里，那是第 26 章讲过的。这一章，先退回他刚拿到这张单子的那个星期六。

先把话说在前头：这一章教的是怎样读，不是读完以后怎么办。读完以后怎么办，是你和你的医生商量的事。你读懂了一张单子，只是比原来更能把话说清楚，不是你自己做了决定，更不是你替医生做了决定。

◆ 二、跳的读数：一个数，一个脚印

第一类，是一次测出来的值。血压量一次，抽一管血测一个数，拍一张片子看一个大小。本书叫它跳的读数：一下，一个数，一个时刻。

读跳的读数，可以先问三句。

第一句：这条参考范围，是谁的范围?

化验单上每个数后面的「参考范围」，最常见的来历是这样的：找一群被认为健康的人，把他们的结果排开，取中间的大多数，常见的做法是中间约百分之九十五〔待核：教科书通行说法〕，两头各去掉一点，剩下的，就是那条范围。

这条线是数出来的。它说的是「一群健康人，通常落在哪里」。

它没有说，落到线外面就是病。

这一步，很多人心里最容易滑过去。照这个做法，一群什么毛病也没有的人里，每二十个，大致会有一个落在线外。一张单子查二十项，一个健康的人，平均也会有一项带着箭头。这是数出来的必然，检验科并没有出错。小许那几张「全部正常」的单子，和老赵这张带五个箭头的单子，要是只数箭头，读出来的恰好是反的。

还有另一条线，在单子上长得一模一样，来历却不同：诊断的切点。血压到多少算高血压，血糖到多少算糖尿病，这些线不是从健康人群里数出来的。它们是专家委员会看了很多人长期的结果，在「划在这里，多救几个」和「划在这里，多吓几个」之间权衡出来的〔待核〕。第 11 章说过，这样的线，是会挪的。

两条线，在单子上都只是一个小箭头。你拿到单子，先分清：这个箭头，说的是「比一群健康人偏一点」，还是「到了要给它起名字的地方」？

第二句：这是第几次量？

一次测量，只是一个脚印。同一个人，同一天里，数就会晃：刚爬了楼梯，没睡好，进门前跟人吵了一句，坐下来歇了五分钟还是五十秒。血压尤其会晃。所以一个单次的数，读起来要留一点余地：它是一个时刻的样子，还不是一个人的样子。

第三句：它是在你走到哪一步的时候留下的？

这是本书多出来的一句，也是最要紧的一句。

一个人难受了三个月，才去查，查出一个数。另一个人什么感觉也没有，体检查出了同一个数。数一模一样，可前一个数在回答「我的难受是从哪来的」，后一个数在回答「这个数，要不要给它起一个名字」。问题不同，读法就不同。

老赵的那个血压，走的是后一条路：灶先到，痛没来。他当然觉得「数就是数」，因为他身上没有哪一块，在替这个数说话。

同一个人，前后两次的数相比，常常比他和别人的数相比更说得出话。每个人的身体，有自己平常待的那一带；一个数偏离了别人的范围，未必偏离了他自己的平常。这是为什么，医生有时更在意「和你自己上一回比」，而不只是「和参考范围比」。这个说法在检验医学里是通行的讲法〔待核：选定教科书〕。

先还检验科一个公道。

一个数，在这家医院和那家医院之间能对得上，背后有一整套天天在做的功夫：标准品，质控品，仪器校准，不同实验室之间的比对。

你看不见它，可它每天都在。没有这套功夫，参考范围无从谈起，随访的两个数也没法放在一起比。这是西医最扎实的地方之一。本章后面所有的话，都站在它的肩膀上。

影像报告也是跳的读数，只是它的样子不像数。

一份影像报告，常常分成两截。前一截叫「所见」，写的是片子上看到了什么：在哪个位置，多大，边缘怎样，里面是什么样子。后一截叫「印象」或「结论」，写的是看完以后的意思。

这两截，在路上站的位置不一样。「所见」是灶：那里有一个东西，这是它的样子。「印象」已经朝名走了一步：像是什么，建议怎样。读报告的时候，可以把这两截分开读。前一截说的，是片子上真有的东西；后一截说的，是一位医生，根据这些东西，走向哪个名字。

两位医生看同一张片子，所见可以几乎一样，印象的措辞却可以差一点。这不是谁错了，是从灶到名这一小步，本来就有一点可以商量的地方。你拿到一份报告，问一句「印象这一栏，是在多大程度上有把握」，医生听得懂，也愿意答。

再回头看小许的那三张单子：血常规，甲状腺功能，心电图。每一张都落在范围里，每一张都是一个脚印，每一个脚印都没歪。可是他的难受，不在这些脚印里。这不说明那些数没有用，只说明：跳的读数，答的是「这一下量到了什么」，不答「这个人这三个月是怎么过来的」。

◆ 三、波的读数：连成线才看得出

第二类，是连起来的数。本书叫它波的读数：不是一个点，是一条有起有伏的线。

赵敏把自己三年的复查结果，也按年份排开过。排开以后，她才发现，单看哪一年，每个数都只是「还好」；连起来，才看得出这条线是平的，是慢慢往上的，还是前一年晃了一下、后一年又回来了。

波的读数，要看四样东西。

一看方向：往上，往下，还是横着。

二看晃多大：晃一点，往往是量出来的晃，换个时间量，数就不同；晃得大而且一直往一边去，才像身体自己在走。

三看起点：这条线是从哪一天开始画的?

这一样，最容易被忽略。曲线从难受的那天画起，和曲线从体检查出来的那天画起，起点是路上的两个不同位置，不好直接并排比。第 12 章讲过，筛查查出来的病，好像活得更久，其中一部分，只是因为起点被往前挪了。你拿到一条曲线，问一句「从哪天开始记的」，就等于问了「它在路的哪一段起步」。

四看换没换：换了医院，换了检测的方法，换了仪器，线有时会断开一截，断开的两段，要小心连。

影像报告里，有一个词天天出现，叫「较前」：较前相仿，较前增大，较前缩小。这两个字，是波的读数的记号。它在拿这一张，跟更早的一张比。你可以问一句：「较的是哪一张？」是上个月的，还是两年前的，比的是同一台机器拍的，还是换过的，都可以问。

假如老赵肯在家里，每周同一个时间、同一个姿势量一次血压，记在一个小本子上，过两个月，他手里就有九个点。九个点连起来，是平的，是往上的，还是忽高忽低，医生一眼就看得出，比他一次在体检车上量出的那个红色数字，说得多得多。

这就是波的读数的好处：它把时间带进来了。

也有它的短处。波的读数得等。一个点，今天就有；一条线，要几个月、几年才画得出来。等的这段日子里，人是悬着的。所以医生说「再观察一阵」，不是在拖，是在等这条线长出来。你可以问他：「这条线，要画多长，才看得出来？」

先还它公道。临床上看病程，是一门很老的手艺。有经验的医生看一条线，比看一个点放心得多，他知道一个点会骗人，一条线骗人要难一些。随访这件事，就是靠它撑起来的。你看不懂曲线，也不要紧；你只要知道，这类读数的好处，是把时间带进来了。

◆ 四、散的读数，和三个常见的词

第三类，是一群人的数。本书叫它散的读数：它不落在你一个人身上，它散在一大群人身上。

报告里常常有这样的话：「十年内发生某类事件的风险约百分之几」。这个数，不是从你身上量出来的。它是把很多「和你相仿」的人放在一起数出来的：年纪相仿，性别相同，血压、血脂、吸烟情况也差不多。

所以它回答的是：像你这样的一群人里，后来有多少人出了事。

这个「像你」，像到什么程度，由算这个数的人决定：看哪几项，不看哪几项。没有被放进计算表的东西，比如你家里的老人怎样，你这半年睡得怎样，数字里就没有。

它没有回答：你会不会是那里面的一个。

打个比方，只是比方，数字是编来说明的：假如和你相仿的一百个人，十年里有八个人出了事。八，是这一百个人合起来的账。落到每一个人身上，只有两种可能，出了，或者没出。没有哪个人，是出了百分之八。

再换一个角度：另一位医生用另一张计算表，算出的数可能是六，也可能是十。差的不是你的身体，是用来数的那一群人不同，数的办法不同。

这是很多人读风险数最容易读岔的地方。你不是「那个百分之几」。到头来，你要么在那几个人里，要么不在，世界上没有「百分之几个你」。风险数，是用来决定把力气先花在哪一群人身上的，它是一张分配力气的图，不是给你一个人的判决书。

先还它公道。没有这类数，就没有预防。社区里决定先请哪些人来量血压、先提醒哪些人注意什么，靠的就是它。一群人的数，让没有一个人难受的时候，也有人替这群人想着。

读散的读数，可以问三句：

这个数，是拿哪一群人算出来的?

我跟那群人，哪里像，哪里不像?

医生拿这个数，是要用来做什么?

第三句请你问的是医生，不是问你自己。答案是医生的专业，你听的是这个数为什么出现在你的单子上。

再说报告上三个常见的词。它们在路上，各占一个位置。

「建议随访」：数到了，名还不用落，先等一等，看一段时间。它既是一句话，也是一张日程。日程可以很轻，也可以很重。第 19 章说过，复查日程本身可能成为一道锁，轻不轻，要看它后面跟着什么。你可以问医生：「随访看什么，看多久，看到什么样子，会有下一步？」

「意义未明」：灶看见了，可医学现在也说不准，它指向哪一个名。它既不是「没事」，也不是「有事」，它是「这里还没有结论」。赵敏三年前也等过这样一份没有结论的结果。名悬在半空，人也就悬着。

「交界性」：落在那条窄带里。第 13 章说过，最清楚的病不吵，最吵的地方在边上。它的意思是，这张切片，两位同样靠谱的医生，也可能划到线的两边。路上最容易分岔的地方，就在这里。它既不说你的病轻，也不说你的病重。

这三个词，本书只告诉你它们站在路上的哪一段。该怎样对待它们，请问医生。

◆ 五、放回日子里

那个周六下午，赵敏找出三支不同颜色的笔，把父亲的报告摊在饭桌上。

她在每一个带箭头的地方旁边，写一个字：跳，波，或者散。血压：跳。「较去年上升」：波。「同龄人群中较高」：散。最后那一行「建议随访」，她想了想，没写字，只画了一个问号。

老赵凑过来看，笑她：「你这是在改作业。」

她没有笑：「爸，你自己在家，量过几次血压？」

「没量过。」

「那这个数，医生手里只有一个点。你要不要跟王大夫说一声，让他看看，是只量一次，还是要连着量一段？」

「他说了算。」

「对，他说了算。」赵敏说，「我只是替你把话备好。」

她在页边写下三句，是周一要问的：这个箭头，是说我比一群健康人偏一点，还是已经到了要起名字的地方？这个数，量了几次？「建议随访」，随访看什么？

写完，她把笔帽盖上。

周一上午，老赵拿着这张纸，坐到王大夫对面。王大夫看见页边的字，抬眼看了看他。

「谁替你写的？」

「我闺女。」

「她写得比我们的报告明白。」

王大夫没有顺着这句话往下说什么诊断，也没有当场替他定下什么。他只是先问了老赵一句：这个数，是哪天、在哪里量的？家里有没有量过？老赵一一答了，答到一半，自己也觉得，这些话以前从来没人这样问过他，他也从来没这样说过。

赵敏当天晚上听说了，没有多问。她知道，接下来的事，是父亲和王大夫之间的事。

她没有替父亲做任何一个决定。她做的，只是把一排箭头，分成三堆，再把每一堆里要问医生的话，写在页边。这是和医生说清楚的办法，不是替医生做决定。

后来王大夫说，他最怕的不是病人不懂，是病人说不清。一个人拿着一堆没分过类的箭头，坐下来只说「你看看」，医生得先猜，这个人在担心哪一个。拿着分过类的单子进来的人，他省下的不是时间，是猜的力气。

给你一个小办法。下一次你拿到一张单子，不用懂每一个数。只做一件事：在每个带箭头的地方，旁边写一个字，跳，波，或者散。写不出来的，就写问号。带着这些问号去见医生。

> **带走的话**
>
> 化验单上的每一个数，先问它是哪一种，再问它是在你走到哪一步时留下的。

小账

本章拆了什么：「一张单子上的数都是同一种数」这个想当然。跳的、波的、散的三种读数混在一起读，就会把脚印读成人，把一群人的数读成你一个人的判决。

本章立了什么：读单子的三个先问：它是哪一种读数，参考范围是谁的范围，它是在路的哪一段留下的；以及「建议随访」「意义未明」「交界性」三个词在路上的位置。

想一想

①你最近一次化验，是因为难受去的，还是体检查出来的？也就是说，那个数是你走到哪一步时留下的脚印？②那张单子上，哪一个数让你最放不下？它是跳的、波的，还是散的？它到的时候，你的难受和你的病名，哪一样已经先到了？

第 33 章

价值账：真、善、美怎样算

> **这一章的问题：**一次治疗值不值，除了指标降了多少，还要算哪三股劲?

◆ 一、你一定有过这样的时刻

三年了，赵敏头一回和丈夫坐下来，把这三年看病的账算了一遍。

饭桌上摊着一个本子，一支笔。丈夫记，她报。去了几趟医院，请了多少天假，哪一年做的手术，哪几次复查，来回路上耗了多少时间，一样一样往下列。

列到第二页，丈夫停了笔。

「花的钱，算出来了。请的假，也算出来了。」他拿笔尖点了点本子，「可这三年，到底值不值，怎么算？」

赵敏没有马上答。

她想说值。手术做了，病理报告也改了名，人好好的。可是她又想起复查前一晚睡不着的那些夜，想起那句不知怎么就说出口的「我是得过癌的人」。这些，本子上没有地方可记。

她想说不值，这话一出口，她自己先不信。

两个人对着本子坐了一会儿。后来丈夫说：「算不下去了。」

算不下去，是因为手里的尺子只有一种。指标降了多少，花了多少，请了多少天假，这些尺子量的都是同一类东西：量得出来的。可「值不值」要量的，比这多。

这一章给你另外三把尺子。它们不打分，不给你一个数，算不上量表。它们只告诉你：看病这件事，除了指标，还有三样东西可以记。

◆ 二、真：三样东西对得上

第一把尺子，叫真守。

本系列第 255 号已经说过，真、善、美怎样发生，这里不重讲。这里只给它们在看病这件事上的操作定义。

真守说的是：名、灶、痛，三处指向的，是不是同一个病。

注意，这里的「真」，不是「测得准」。

日常里，「真」字最容易被换成「准」。化验再准，影像再清楚，要是病名说的是一件事，片子上看到的是另一件事，你自己难受的又是第三件事，那三处指向的，就不是同一个病。每一处单独看，都可以很准。合起来，不「真」。

打个比方：一张算得分毫不差的账单，抬头写的却是别人的名字。数字全对，这账单与你无关。

先还「准」一个公道。

测得准，是医学对检验最基本的要求，也是它挣来的名声。一个数不准，什么都谈不上。本书从头到尾，都站在「准」这一边。本书只是说，准是前提，真是另一回事：准，问一个读数对不对；真，问三样东西对不对得上。

赵敏手里，就有一个对不上的例子。

她的名，如今叫 NIFTP，医生说，这不算癌了。她的灶，那个结节，三年前随着手术切掉了。她的痛呢？她自己心里那一栏，写的是「我是得过癌的人」。三处各说各的：名说「不算癌」，灶说「已经不在」，痛说「我是癌症幸存者」。

每一处单独看，都没有错。名是新的分类，灶是手术的结果，痛是她真实的感受。可是三处合起来，没有指向同一个病。

这就是真没有落位。

怎样记它？不用打分。给你一页纸，画三栏。这一页，不是交给谁看的作业，是你自己用的，写错了可以改，写不出来的可以空着。

名栏：医生对你这个病的叫法，写他的原话，写日期。先后换过说法的，每一个都写上。

灶栏：报告上指向的那一处，写它在哪里，写报告原来的话。

痛栏：你自己最放不下的一两件事，用你自己的话写，不用医学词。

写好以后，只做一件事：把三栏从上往下读一遍，问自己：这三栏，说的是同一件事吗?

有人会想，为什么不干脆给一个「对得上的程度」，打个八分、六分。因为分数会把最要紧的东西藏起来：六分是哪三栏里的哪一处差了两分，从分数里看不出来。三栏摊开，对不上的地方一眼就在那里，那一处才是下一次见医生要开口的话。分数，省了读的功夫，也省掉了问的线索。

对得上是什么样子？拿邻居老蒋来说。老蒋去年老是头晕，先是难受，去查，查出血压偏高，医生给了一个名字。他回头看自己的三栏：医生叫的名，报告上指的那处，自己难受的那件事，说的是同一件事。这样的人，大概走得踏实些，原因不在病轻，在他不必同时对付三个互相不认的说法。

真守不会一次定下就不变。名会改，像赵敏的那一栏；灶会变，手术、用药、时间，都会让报告上的话换一茬；痛也会换样子。三处里有一处动了，另两处要回头对一遍。所以这页纸，隔一阵要拿出来再读，而不是写好就收起来。

对得上，说明真守得住。对不上，不要急着判谁对谁错，把对不上的地方圈出来。圈出来的，就是你下一次见医生，最值得开口的话。

栏里空着，也是一种记法。小许的灶栏，大概是空的：他有痛，有一个手机上看来的名，片子和化验单上什么也没找到。空，不叫对不上，叫这条路是断的，第 18 章讲过。老赵的痛栏，大概也是空的：灶在，名要落了，痛还没来。空着的那一栏，不用硬填，写一个「暂无」就好。

这是和医生说清楚的办法。三栏对不对得上，你一个人判不了，书也替你判不了；你只是把它们摆到桌上，让医生也看见。

◆ 三、善：回到能做的事

第二把尺子，叫善推。

善推说的是：治疗有没有把人推回到能做的事上。

这里的「善」，说的与医生的好心无关，与药的效力有多大也无关。它问的是一件很具体的事：病之前你常做的事，现在回来了几样。

先还它公道。医学一直在问这个问题，康复医学问得尤其久。病治好了，人能不能自己上楼梯，自己吃饭，自己去上班，这些在医院里本来就是要看的。指标好了，人却起不来，医生也不会说治好了。这把尺子，原本就在西医的屋里。本书不是发明它，只是把它摆到桌面上，和另外两把并排放。

怎样记它？还是不打分。

先写一张「病之前」的清单，写三到五件，写你的日子里常做、也愿意做的事。不用写大事。买菜，接孩子，周末去公园走一圈，晚上看一集剧，都行。

过一阵，回来看这张清单。每一件旁边只记两种情况：回来了，没回来。

没回来的，再多问一句：它没回来，是因为身体做不了，还是因为日程占满了，还是因为心里有一个说法在拦着？

这一问很要紧。三种原因，是三种不同的路。

身体做不了，是灶的事。日程占满了，是复查、吃药、跑医院这些安排的事，是病在你的日子里加进去的一道锁。心里有个说法拦着，往往是名的事：名字落下以后，人给自己划了一条线，「我是病人，我不该做这些」。

三种原因要分开记，因为请医生帮忙的，是不同的事。身体做不了，请医生看灶。日程占满了，请医生说明每一项安排是为了什么，哪些是现在需要的。说法拦着，请医生把那句话再说一遍，说得明白一点。三件事不要混成一句「我就是不太舒服」。

小许会怎么记？他的「病之前」，大概有这么几件：晚上十二点前睡觉，周末踢一场球，下班后自己做一顿饭。现在，这三件没有一件在。是身体做不了吗？化验单上找不到理由。是日程占满了吗？他最近倒是每天加班。是心里有个说法吗？也许有：他在手机上看到了那个名，越看越觉得，自己是个不能熬夜、不能累的人。三种原因，也许各占一点。他一个人分不清，也不必分清。他只需要把这三件事，原样带给医生，让医生听见：它们不是同一种没回来。

还有一句要补。「回到能做的事」，不是「赶紧回去上班」，也不是别人觉得你该回去的地方。它只问：你想做、也做得成的事。有些事，回不来了，那也要如实记下：这一件，回不来。回不来的那一件旁边，有时会冒出另一件新的，从前没做过，现在做得成。那也是一笔，记在「回来了」的那一边。

还有一种情形，是「回来了」，却不是从前的样子。有人回到了棋盘前，却从此只下十分钟，不再下赌彩头的那种。要不要把它记作回来，由他自己说了算。尺子在他手里，医生手里没有这把尺子，书也替他量不了。

老赵的清单上，大概有这么几项：下楼，去铺子里转转，下午那一局棋。血压的数字早就降下来了，这几件事，他回来了几件?

王大夫问过他。老赵说：「铺子我还去转转。棋，我不想下了。」

问他为什么，他想了很久，说：「大夫让我少激动。我坐在棋盘前，看谁都像要惹我生气。」

你看，这不是灶的事，也不是日程的事，是一个说法在他心里坐下来了。

这个说法是怎么到他耳朵里、又怎么长成「别惹事」的?这些，不是老赵一个人该想明白的，也不是书里替他想明白的。这是他和王大夫坐下来，把清单摊开，一件一件说的事。

◆ 四、美：讲成自己的故事

第三把尺子，叫美聚。

美聚说的是：病人愿不愿意，把这段病，讲成自己的故事。

这里的「美」，不是好看，也不是依从率。

依从率，说的是药吃得齐不齐，复诊来得准不准，医嘱记得牢不牢。它有它的用处，医生要看，医学研究也要算，那是另一本账，也有它的公道。可是愿不愿意讲，和吃得齐不齐，是两回事。一个人可以每一粒药都不落下，却一个字也不愿意讲这段病；也可以偶尔漏一两次，却愿意坐下来，跟朋友说，这三年我是怎么过来的。

本书说的美聚，是第二种：叙事整合。

意思是，这段病，在你的生活里找到了位置。你讲起它的时候，是连得起来的：前面发生了什么，后面又怎样了，里面有你自己，有你的选择，也有你没得选的地方。它是你的故事，而不是别人写在你身上的一份档案。

Kleinman 讲过病痛叙事〔待核〕，第 4 章提到过：病痛要靠讲述才长成形状。本书往前再推一步：怎么讲，从哪里开头，用的是谁的词，这些也是路上留下的东西。

举三种开头。

从名讲起的人，头一句是：「我得了某某病。」

从灶讲起的人，头一句是：「他们在我这里查出了一个东西。」

从痛讲起的人，头一句是：「事情是从我睡不着开始的。」

三种开头，没有哪一种更对。它们各自是一条路的痕迹。从痛讲起的人，多半是痛先到的；从灶讲起的，多半是被查出来的；从名讲起的，名字往往先到，或者到得最重。你不用评判它，只看你的第一句话，是从哪里开的头。

还有一层。故事是讲给人听的，听的人不同，讲法也不同。对着医生，多半从名和灶讲起，因为医生的耳朵在那里；对着家里人，多半从痛讲起，因为家里人关心的是你难不难受；对着同事，往往讲得最短，只剩一句「动了个手术」。同一段病，三种讲法，没有哪一种是假的。美聚问的，是这些讲法之间，有没有一个你自己认得出来的「我」。

怎样记它？还是不打分，只记两样：

一样，你向别人讲这段病的时候，说的头一句话是什么。原话写下来，写日期。

另一样，隔几个月，再问自己一遍，再写一遍。

你不用判断好不好，只看它有没有变。头一句从「我得了」变成「那一年，我」，或者从「医生说我」变成「我自己发现」，说明这段病，在你心里挪了位置。没变，也没关系，只是知道它现在在哪儿。

赵敏的那一页，名栏里有两行：「甲状腺癌」，后面划了线，换成「NIFTP」。痛栏里她写的是：「我是得过癌的人。」

她看着这两行，一时没有说话。

她想起，上个月有位老同事问她，那年为什么请了那么久的假，她答的是：「我动了个手术。」没有说是什么手术，没有用「癌」字，也没有用「NIFTP」。

她问自己：这句话，是讲给别人听的，还是讲给自己躲的?

这一问，不用现在答。

不愿意讲，算不得毛病。有的病，名字还没落稳，灶还在等结果，痛还说不清，这时候你讲不出一个连得起来的故事，是正常的，因为故事还没长出来。美聚要看的，不是你有没有讲，而是你讲的时候，有没有被别人的词一路拖着走。有一天你发现，自己的话里，有一句是自己的，那一天，就是账上一笔新的。

◆ 五、放回日子里

那天晚上，赵敏把这页纸誊在本子上，在三栏下面又添了一行：「善：病之前常做的事，现在回来了几样。」

丈夫看见了，说：「这个我也能填。」

「你填什么？」

「你以前每个周末要去爬山，这三年，一次都没去过。」

赵敏愣了一下，她没觉得自己是放下了。她只觉得，每年复查前一周，不该离开这座城市；复查后一周，又该歇一歇，不要太累。一年里剩下的日子，不知不觉，就没有爬山这回事了。

她在清单上写：爬山——没回来。后面添一个问号，问的是：是日程，还是名字?

她没有替自己下结论。这个问号，要放上一阵，才看得出是日程还是名字：有些月份，她是真忙；有些月份，是她一想到那个字，就先把周末空了出去。下一次复诊，她打算把这页纸带给自己的医生。

不是请医生看这页纸算不算数，也不是请医生在上面批「该怎样」。她只想做一件事：把名栏里那两行，指给医生看，问一句：「这两行，现在算哪一行？」把爬山后面那个问号，也指给医生看，问一句：「这件事，是我的日程拦着，还是别的？」

她也想好了，医生要是说「这两行都算」，她就把两行都留着。要是说「这一行该划掉」，她就听听医生为什么这样说。

医生答什么，是医生的事。她还留了一点余地，也不指望一次就问出结果：这页纸上写的，是她今天的样子，过几个月，也许要改。后面该不该调整，怎么调整，是她和医生商量的事。

这是和医生说清楚的办法，不是替医生做决定。

三栏纸代替不了指标。指标降了多少，仍然要看，那把尺子很准，很要紧。三栏纸只是补上指标那把尺子量不到的三样东西：三样对不对得上，人回来没回来，故事讲不讲得出。

后来，丈夫把本子合上，说：「这三年值不值，我还是答不上来。」

赵敏说：「答不上来也行。至少现在知道，该问谁、问什么了。」

她还想到一件小事：这张纸，三年前就该画。三年前她拿到那份写着「癌」的报告，名落下来，痛跟着变，三样东西谁先谁后，当时没人替她排过。那时她心里只压着一个字。要是当时有这三栏，那个字该摆在名栏里，旁边还有灶栏、痛栏，各自写着什么，也该看一眼。现在补写，也不晚。

她想，下次丈夫再问「值不值」，她可以换一个说法：这三年，名对上了没有，爬山回来了没有，这段话，她肯不肯讲给朋友听。三个问题，每一个她都能答，答案各不相同，也不必凑成一个数。

这便是价值账的用处。它不替你回答「值不值」。它让你知道，该用哪三把尺子，去量那个「值」。

带走的话

值不值，不只看指标降了多少，也看三样东西对上没有、你回到了什么、你愿不愿意讲。

小账

本章拆了什么：「真就是测得准，美就是依从率」这两个顺手的换法。准是前提，不等于真；依从是另一本账，不等于美。

本章立了什么：看病的价值账可以记三样：三处指不指向同一个病，人回没回到能做的事，愿不愿意把这段病讲成自己的故事。每样只记有没有、变没变，不打分。

想一想

①这一次，你的诊断名、你身上的那处病、你自己的难受，是按什么次序到的？哪一样到的时候，另两样还没来？②你现在讲这段病的头一句话，是从名说起的，从灶说起的，还是从痛说起的？这个开头，是不是你走进来的那条路留给你的？

第 34 章

意义账：健康在三界里走到了哪里

> **这一章的问题：**病好没好是一本账，你往哪里走是另一本账，后一本怎么记？

◆ 一、你一定有过这样的时刻

年底，老赵来王大夫这里做一次例行的复诊。

血压量了两遍，都在该在的地方。王大夫把数字敲进电脑，抬头说：「挺好。」

老赵点点头，没有起身。他两只手按着膝盖，看着桌上那个血压计，过了一会儿，忽然说：

「王大夫，我血压好了。」

「是，好了。」

「可我这一年，干了些什么？」

王大夫没有接话。他看了看老赵，又看了看电脑屏幕。屏幕上有血压，有体重，有化验结果，有用药记录，整整齐齐，一格一格。没有一格，是用来回答这个问题的。

老赵并没有指望他回答。他只是把这句话，放在桌上，像放下一个袋子，看着它。

王大夫三十年来，把这样的话听过不少。有人在病好了以后说，也有人在病没好的时候说。每一次，他都觉得，病人问的是一个很重的问题，而他手里的单子，不是用来回答这个的。他并不因此觉得自己的手艺不够：血压要降到哪里，他比谁都清楚，也降得下来；只是降下来以后，病人坐在他对面，带着另一个问题，那个问题落在了他的单子之外。

这一章，请你记一本新账。它与读数账、价值账都不同，是第三本：意义账。

它不问病好没好。它问的是：这一年，你往哪个方向走了，走到了哪里。

◆ 二、三块地，各记一笔

第 21 章讲过，健康不是没有病，是在三界里往创造、自由、幸福的方向走。三界，就是名、灶、痛各自落下的那三块地：想的那块，手脚碰得到的那块，心里的那块。

意义账，就在这三块地上各记一笔。

第一块，名落下的那块地，对着创造。记的是：你还能不能想事、做事，能不能让一样新的东西从你手里出来。

这里的创造，与写书、画画、发明东西无关。它小得多。你把一间堆满杂物的屋子重新摆了一遍，给孩子编了一个新的睡前故事，琢磨出一个更省事的做法，都算。它只问：这个月，有没有一件事，是你自己想出来、又在往前推的?

第二块，灶落下的那块地，对着自由。记的是：你还能去哪里，能做什么。

自由，指的不是想去哪就去哪的潇洒。它很实在：这个月，有几个你想去的地方，你去成了；有几件你想做的事，你做成了。去不了的，是什么拦着，是身体，是日程，还是一个说法?

第三块，痛落下的那块地，对着幸福。记的是：你过得好不好。

不是量表上的分数，是你自己睡觉前，一个人待着的时候，对今天怎么说。是「还行」，是「没劲」，是「又熬过一天」，还是「今天有点意思」?

三块地，与创造、自由、幸福，是侧重的对应，各有偏重，互不排斥。一件事可以同时落在两块地上。去老战友家坐了一下午，是自由，也可能是幸福。这里不用分得太细。

怎样记它? 不打分，也不画表。每个月，三块地各写一两句话，用你自己的话。写在日历背面，写在手机备忘录里，写在哪里都行。别写给任何人看，写的时候，不用想医生会怎么说，也不必写得好看，写一句「没什么可写」也算数，因为这一句本身就是一条消息：这一块地，这个月是空的。

写完，翻回前几个月的看一眼。你只看一样东西：这三块地，哪一块在变薄，哪一块在变厚。

为什么三块都要记？因为一块地变薄的时候，人常常以为只是累了。想事的那块薄了，当成「最近没灵感」；去处那块薄了，当成「天冷不想出门」；心里那块薄了，当成「没什么大事」。三个「没什么」叠起来，一年就过去了。分开写，每一块各有一句话，薄不薄，自己一看就知道。

举个例子，不用多：「这个月，我想了一件事：把客厅的灯换了。去了两个地方：菜市场，和妹妹家。睡前的话：还行。」三句话，五十个字。过三个月再翻，你看到的是一条线，而不是一个人在回忆里硬找。

有人会说，这不就是生活质量问卷吗？有相近的地方，问的都是「你过得怎么样」。不同在于，问卷是别人拟好的题，你照着选；意义账是你自己的话，三块地各一两句，写什么由你，写不写也由你。问卷的分数会走进病历，变成一个读数；意义账留在你手里，是你下一次开口的底稿。两样东西各有各的用处，本书只是不想让第二样，被第一样顶了位置。

先还读数账一个公道。

血压降下来了，血糖稳住了，这可是大事。没有这些，后面两本账无处立足。一个人躺在床上起不来，意义账谈不上；一个人每天被一个危险的数字吊着，意义账也谈不上。老赵能坐在这里问「我这一年干了什么」，首先是因为他的血压，被管住了。这是西医挣来的。

意义账，是在读数账打好的地基上，再问一句：地基上，盖了什么。

它也和上一章的价值账不同。价值账里的善推，问的是近处：病之前常做的事，回来了几样。意义账问的是远处：这一年，你往哪里走了。一个人可以样样都回来了，却哪里也没去；也可以有几样没回来，却开出了一条新的路。

◆ 三、苦役、空转、麻醉

三块地，不是总能一起长。长歪的时候，歪法有三种。

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。

这三句，是第 21 章讲过的话。这一章把它落到三个人身上。三种歪法，说的并非三种人，是三种路上的缺口，同一个人，在不同的月份，也可能落在不同的缺口里。

先说苦役，借赵敏来说。

赵敏把每一件事都做得周全。工作，一笔账不错；复查，一年一次不缺；家里的事，样样安排得妥帖。有一天她停下来数，发现这些事里，没有哪一件，是她自己选的。每一件，背后都有一个理由，那个理由拐弯抹角，都通到同一个字：「癌」。

做得周全，和选得自由，是两回事。

有一回，同事约她周末去爬山。她第一个反应，先不管想去不想去，先算：这个周末离复查还有几天，会不会太累。她算得很快，快得自己都没发觉。

一个人把每一个邀请，先交给那个字去审一遍，再决定要不要接，这就是自由那块地薄下去的样子。她在创造，把日子一块一块做得很好；只是自由那一块，薄得几乎看不见。

这里要说清楚：复查本身算不得苦役。复查有它的道理，医生有他的理由。书里不评价她该不该继续，更不替她定。这里说的只是：一个人把一切都做了，却没有一件是她自己的意思，这样的日子，叫苦役。至于怎样让自己多一点选的余地，是她和她的医生，一起商量的事。

再说空转，借老赵来说。

这两年，铺子里的事，老赵越来越多地交给了伙计小宋，时间多了，没有人管他，也没有人催他。铺子里他偶尔去转转，说是转转，其实是不知道还能干点什么。血压很好，睡得着，吃得下。自由，他是有的。可是他整个下午坐在沙发上，电视开着，什么也没看进去。创造那一块，他几乎一件也想不出来。

空转的意思是：车在转，没有挂挡。人不累，也没有往哪儿去。

这一种，门诊里最多，也最容易被当成「恢复得不错」。血压好，睡得着，吃得下，复诊时医生问一句「怎么样」，病人答一句「挺好」，大家都满意。只是满意的是读数，日子里空着一块，谁也没有看见。

最后说麻醉，借小许来说。

这里要小心，因为这一个，最容易说偏。

假设，只是假设：小许有一天拿到了一个名字，不管是机器给的，还是医生给的。名字一落下，他长出一口气，那种说不清的难受，忽然有了一个落处。头几天，他睡得比以前好些。这是真的，值得，没有一个字是在贬低它。第 18 章里那个本书的命题，说的就是这件事：有痛无灶的人，被确诊以后，病痛可能反而下降，因为名，给了痛一个落处。那个命题要在第 36 章的试验里检验，现在还没有证明，这里只作一种可能来用。

问题只在松了以后。

松了一口气，他就不再去想：我原来想做的那件事，是什么？我原来想去的地方，是哪里？名字替他把「为什么难受」这个问题安顿好了，他也就不再追问下一个问题：难受好了以后，我要去干什么。

有幸福的感觉，没有创造，也没有自由。日子被安顿了，也就停在了这里。

这并不是说，有了名字就是麻醉，也并不是说，松一口气不好。只是说，名字给了安顿，安顿之后往哪走，名字不管。

这三种缺口，王大夫在三十年门诊里全见过。可他从来没有一张表，可以让他把它们填进去。他只是凭着一种说不出的感觉，在某个病人坐下以后，忽然觉得：这个人的指标全好，可是人，哪里不对。

那种「哪里不对」，说不清，是因为没有账。现在，账有了三块地，三句话，可以说得清一点。

三个缺口，都不是错，也都不是病。它们只是账本上，有一块地是空的。空的地方，你只要看见了，就已经走了一半。

这里还要补一句，免得读成了诊断：三种歪法是用来看自己的，不是用来给别人下断语的。你看见家里人一整天坐着不动，就说他在空转，那是你替他记账，他的三块地，只有他自己写得出来。能做的，是在合适的时候问一句「你这阵子，想事的劲怎么样」，然后听他怎么说。

◆ 四、推到了哪里

判词里有一句话，括号里的：

治愈是一股推向创造、自由、幸福的力量（在价值账里算，在意义账里看它推到了哪里）。

前半句，我们在第 23 章讲过，价值账里算：三样东西对得上，人回到能做的事，愿意讲成自己的故事。后半句，这一章接上：治愈这股劲，一路推，推到了哪里。

同一个「治好了」，可以推到完全不同的地方。

老赵有个邻居老蒋，第 21 章里出场过：七十一岁，腿不好，走路拄拐。老蒋的血压也在该在的范围里，只是单子没有老赵的漂亮，药一天三顿，一个月去一趟门诊。

可是老蒋这一年干的事，要有一长串。每天下午，他拄着拐坐到小区的凉亭里，教几个孩子下象棋，口诀是他自己编的，教谁、教到几点、哪天不教，都由他自己定。

老蒋自己也有缺口。有一阵，他编口诀编到半夜，眼睛熬红了，家人劝他，他说「停不下来」。创造那块地满得溢出来，可是自由那块，他把自己绑在棋盘边，哪儿也不去。后来是他自己，慢慢把时间收了收。

所以两个人都算不得榜样。他们只是两张对照：一个单子漂亮，日子一天天窄下去；一个单子不及格，日子往外长，长出来的地方又各有各的缺口。

两张化验单，读不出这个差别。血压计量不出来。读数账和价值账都看不见：两个人的「治好了」，推到了两块完全不同的地方。

这就是意义账存在的原因。它记的东西，没有化验单替你记。

还要把一句话说在前头，免得读成了催促：

意义账不用来考核，也不逼你一定去创造点什么。一个人把日子过得很平，很安静，每天遛遛鸟、看看街，如果那是他自己选的，那就是自由，也可能就是幸福，账上是满的。意义账要看的，从来不是你忙不忙、成不成绩，是那一块地上，有没有你自己的意思。

那么这本账，拿来做什么？

拿来和医生说话。

你的医生手里，有读数，有疗效，有他受训练得来的判断。他很清楚，血压要降到哪里，血糖要稳在哪里。只是对你来说，「好」意味着什么，他不一定知道。他不知道你想回去开店，还是想去看看孙子，还是只想晚上睡个踏实觉。你不告诉他，他只好按「通常的好」去想。

你把这本账里的三两句话，带给他，既不请他批准，也不请他替你定目标。你只是让他知道，你说的「好」，指的是哪里。目标有没有要调，怎么调，是你和他一起商量的事。

怎么开口？不用复杂。可以只说一句，把三块地里最重的那一块说出来，比如「我说的好，是能在铺子里待一上午」，比如「这阵子我想事的劲，不如从前」，比如「我现在去哪儿都先想复查日子，我想跟您说说这事」。

医生听了，不一定立刻有答案。有的话，他需要想，需要查，甚至需要请别的科的同事。但至少，他知道了你说的「好」，指向哪里。很多时候，医生和病人说的是同一个词，指的却是两件事。意义账，只是让这两件事，放到桌面上，对一对。

这是和医生说清楚的办法，不是替医生做决定。

◆ 五、放回日子里

王大夫没有用电脑回答老赵。

他把那张用旧了的病历卡翻过来，背面朝上，推到老赵面前，又递过一支笔。

「这本账，我这儿没有表格。」他说，「你来记。我问，你说，我替你写。」

老赵看着他，有点不知所措。

「想事，」王大夫说，「这一年，有没有哪一件事，是你自己想出来、想往前弄的？」

老赵半天没出声。后来他说：「店后头有间屋，堆货的。我一直想，腾出来，放个台子，把街坊拿来的坏东西修一修。」

王大夫在卡背面写了四个字：后屋，修台。

「去处，」他又问，「这一年，有没有一个你想去、也去成了的地方？」

「上个月去了一趟老战友那儿。」老赵说，「坐了一下午，喝茶。」

王大夫写：老战友，一下午。

「睡觉前呢，一个人待着的时候，你对这一天怎么说？」

老赵咧了咧嘴，想说句硬气话，没说出来。他说：「前一阵，是『没劲』。这一个月，好一点，说不上来，反正不烦。」

王大夫写：前阵没劲，近月不烦。

三行字，写完，王大夫把卡片翻回正面，对着灯看了看，递回去。

「血压这本账，我替你记。」他说，「这本账，只有你自己能记。下回你拿来，我们看看，后屋的台子，弄起来没有。」

老赵把卡片折了折，揣进怀里，站起来的时候，腰比进门时直了一点。

这一页纸，没有改变任何一个数。王大夫也没有借此问他，要不要换药，要不要多活动，这些不在这次谈话里。他只是让老赵，把自己这一年，从「干了些什么」这个问号里，捞出了三行字。

后来赵敏听说这三行字，只问了一句：「后屋的台子，真要弄啊？」

老赵说：「先量量尺寸。」

没有谁在这一天，下了什么决心。只是三个月后，王大夫翻开那张病历卡，背面多了一行字：后屋，量过了，台子还没钉。他没有评价，抬头问老赵：「是什么拦着呢？」

老赵想了想，说：「没拦着，我在挑木头。」

王大夫笑了。这一回，他没有往卡上写字。他想起这三十年里，有多少回，他在病历上写过「血压控制良好」，而病人的后屋，一直空着。那不是谁的疏忽。是他手里的表格，从来没有留过这样一格。

后面该怎么做，还是老赵和王大夫，往后一次一次，慢慢商量。

这是和医生说清楚的办法，不是替医生做决定。

> **带走的话**
>
> 病好没好是一本账，你往哪儿走了是另一本；后一本，没有化验单替你记。

> **小账**
>
> 本章拆了什么：「治好了就是指标回到正常」这个收尾。同一个「治好了」，可以推到想事、去处、心里完全不同的地方，读数账和价值账都看不见这个差别。
>
> 本章立了什么：意义账记在三块地上，各记一笔：想事做事（创造）、能去能做（自由）、过得好不好（幸福）；三种歪法，苦役、空转、麻醉；以及把这本账里的几句话，带去和医生说清楚。

想一想

①病了以后，你放下的事里，哪一样是在名字到之前就放下的，哪一样是名字到了以后才放下的？②你走进来的那条路，先挡住的是你的哪一块地：想事的，去处的，还是心里的？

第 35 章

看病、陪护、复诊：三本账落到日子里——问自己是从哪条路走进来的

> **这一章的问题：**看病、陪护、复诊，进门前先问哪一句话?

◆ 一、你一定有过这样的时刻

一个星期六的上午，社区门诊的候诊厅里坐满了人。

赵敏陪着老赵坐在靠墙的长椅上。老赵今天来复诊，手里攥着上一回的单子，攥得有点皱。赵敏在他旁边，膝盖上放着一个小本子，是她这几个月养成的习惯，到哪儿都带着。

前台的电话响了。护士小邓接起来，说：「对，周六上午也有号，王大夫看到十一点半。您路上慢点。」

放下电话，她朝候诊厅里喊了一声：「十二号，老赵，准备一下。」

过了一刻钟，门口进来一个人。二十八岁，头发有点乱，手里握着手机，屏幕还亮着。他走到前台，小声说：「我是小许，刚才打过电话的。」

他在长椅的另一头坐下，低头，又点开了手机。

过了一会儿，诊室的门开了。王大夫探出身，手里拿着病历卡，往候诊厅扫了一眼。他看见了老赵，看见了赵敏，也看见了角落里那个手指不停划动的年轻人。

三个他认识的人，同一个上午，坐在同一个厅里。

这一刻，如果有一台摄像机，从高处往下拍，它拍到的是四个人，四张脸。

四件拿在手里的东西：一份皱了的复诊单，一个小本子，一部亮着的手机，和一张病历卡。

厅里当然不止他们。靠窗坐着一位老太太，膝上放着一只布袋；门边站着一个抱孩子的年轻母亲，不停地换手。每个人手里，都攥着一样东西，每个人身后，都有一条还没说出口的路。

可要是换一种拍法，不拍人，拍路，镜头里会是另一幅图：老赵，灶先到，名要落下来；赵敏，名到过又被撤，锁已经上了；小许，痛先到，名是手机给的，灶一直没找到；王大夫站在三条路交汇的地方。

这一章，就是要把前面三本账，落到这样一个上午。

你看病，你陪家人看病，你去复诊。三件事，可以先问同一句话：我，或者他，是从哪条路走进来的，锁住了没有？

先把边界说清楚。这一章给的是和医生说清楚的办法，不是替医生做决定的办法。你把路问清楚了、说清楚了，决定仍然是你和医生一起做的。

◆ 二、进诊室之前

先说看病。

进诊室的时候，你手里的时间，常常只有一刻钟上下。王大夫说过，他最怕的不是漏诊，是说不清。病人坐下来，说了一堆，医生要在一堆话里，自己找出那条线：哪样先来的？什么时候的事？谁说的？这样的整理，医生每天做很多遍，是他的手艺。可是你若能先替他整理好前三句，他就能把省下来的力气，用在别处。

怎样整理？写三行字。

第一行：我最早觉得不对劲，是什么时候，什么事。

第二行：我第一次被查出什么东西，是什么时候，在哪里，查出了什么。

第三行：我第一次听到那个病的名字，是什么时候，是谁说的：医生，家人，网上，还是手机里的 AI。

写的时候，你会发现有些日期记不清。记不清，就写「大概」，写个月份就行。要紧的不是准确到哪一天，是谁在谁前面。实在想不起来，翻一翻手机：搜索记录，聊天记录，预约短信，都在悄悄替你记着日期。那个名字第一次出现在你屏幕上，是哪一天，往往一翻就有。

这三行，就是你这条路的三个脚印。第一行是痛，第二行是灶，第三行是名。哪一行先有日期，哪一行没有，哪一行比哪一行早，路的样子就出来了。

小许在长椅上，就在手机备忘录里写了这三行。

痛：大概三个月前，晚上开始心慌，手麻。

灶：没有。去过几家医院，做过检查，都说正常。

名：两个星期前，在手机上问 AI，它说「焦虑障碍可能性较高」。

他写完，自己看了一遍，忽然停住了。他发现，那个名字，是在灶不存在的时候到的。

这一发现，不用他现在就想明白它意味着什么。他只需要把这三行，原样说给王大夫听。尤其是第三行，名从哪来，一定要说清楚。「我在网上看到」和「医生说」，是两个不同的开头，医生需要知道，哪一个才是。这里的道理，在于怕医生把一个手机里的说法，当成了病人自己的感受，与怕不怕医生笑话无关。

三行字之外，如果手边有以前的报告和单子，也一并带上。不是要医生重新看一遍，是让他知道，你的话后面，有什么东西撑着。

先还分诊台一个公道。进诊室之前，护士往往已经问过你一遍：哪里不舒服，多久了，有没有发烧。那几句话，是替医生把最急的人先拣出来，也是替你把头一遍的话，先说了一遍。你在三行字里写下的东西，恰好接在她问的后面。

再还问诊一个公道。

问诊，是西医最老也最有用的手艺。很多病，医生在病人开口说话的头几分钟，就已经猜到了大半。你写三行字，不是替医生问诊，不是教他怎么问，更不是教他怎么判。你只是把他本来就要问的头几句，先答好了。他在这个基础上，该问什么问什么，该查什么查什么。他的专业，一分不少。

也要老实说一句，这个办法，没有人做过试验。它只是把你本来就知道的事，排了个先后。本书不敢说它一定有用，只敢说它说得清楚。

还有一件事，写在三行字外面：不要在进门前，先给自己下诊断。

小许那个名字，他可以说，「手机上说我可能是焦虑」，这是在报告一个路上的脚印。他不用说，「我就是焦虑症」，那是已经替医生把名落下了。

老赵的三行，比小许短。痛：没有。灶：去年社区体检，量出来的，血压高。名：体检的医生说了「高血压」三个字。

他看着那个「痛：没有」，有点不好意思，说：「这样也行？」

「行，」赵敏说，「空着也是一种写法。」她把本子推过去：「你自己写，别让我替你写。」

写好三行，还可以再添第四行。第四行问的是：哪一样安排，我已经照着它过日子了？手术，每天要吃的药，固定的复查，一个不能再碰的饮食习惯，都算。

这一行，是第 19 章讲的锁。写出来，不是给自己宣判「我回不去了」，那不是你能判的。写出来，只是让医生看见，你的日子里，已经有哪些固定的安排。哪些该松、哪些不能松、哪些要继续，是医生的事，是你们俩商量的事。

赵敏替自己写的四行，要长得多。痛：有，但说不清。灶：一个结节，B　超先看见的。名：先是「癌」，后来是　NIFTP。安排：一次手术，一张每年一回的复查单。她写完，把名那一行的两个字，用笔圈了起来。

这是和医生说清楚的办法，不是替医生做决定。

三行字写下来，哪怕只读给自己听，也有一个好处，而且是看得见的：你会发现，自己原来心里早有一条路，只是平时散着，没有人替你排过。排过一次，下次再有人问「怎么回事」，你开口的第一句话，就不再是「我也说不清」。

◆ 三、陪的人也在路上

再说陪护。

陪家人看病的人，往往以为，自己是个旁观者。其实不是。陪的人，也在一条路上。

本书的判断是：家人的名，常常比病人的痛先到。

老赵的血压被查出来以后，第一个紧张起来的，不是老赵，是赵敏。她听到「高血压」三个字，名字立刻落在她心里，落得很实，往后她看父亲，处处都像一个「病人」。可老赵自己，没有一处不舒服，他觉得好得很。

两个人，面对同一个名，一个已经走了很远，一个还没出发。

陪护的难处在这里。陪的人，常常带着比病人更重的名字走进诊室。病人说「我好得很」，陪的人在旁边急，忍不住插一句：「他晚上睡得不好。」病人说「没事」，陪的人说「怎么没事」。医生坐在中间，听见了两个版本，不知道该信哪一个。

谁都没有错。担心，是爱的一种形状。有多少病，是被家里人拉着去看的？没有这份担心，很多路根本走不进诊室。陪护的功劳，要写足：先把人带到了医生面前，是陪的人做的。

可是进了诊室，陪的人要多做一件事：分清，这是他的路，还是我的路。

赵敏有她自己的路：名先到过，又被撤掉，锁已经上了。她听「建议」两个字，比旁人紧。她听到医生说「再观察一下」，心里会立刻翻出很多别的东西来，那些东西不是父亲的，是她自己的。

有一回，医生说「先观察」，她回家路上一直在想那三个字，想到坐过了站。后来她才明白，医生说的是父亲的事，她心里翻出来的，是她自己那一年的事。

所以她在进诊室前，先问自己一句：现在我紧张，是为了父亲的这个数，还是因为我自己的那一页？

两者混在一起，她就会把自己的怕，错放在父亲身上。分开了，她才能做一个好陪护。

还有一种陪护，人不在诊室，在手机那头。家里的微信群里，一张报告拍了照，转了几手，三个亲戚各说各的名字。病人本人还没听医生说完，群里已经有了结论。这样的陪护，名字比谁都先到，到得又快又多。分清「这是医生说的」和「这是群里说的」，是远处陪护的人，最该做的一件事。

陪的人最容易犯的错，有两种。

一种叫替答：病人刚张口，陪的人已经答了。医生听到的，成了陪的人的版本。

一种叫替怕：病人不怕，陪的人替他怕，怕得比他还大声。医生听到的，成了陪的人的名字。

两种错，都出于好心。可是它们让医生看不见那条真正的路，也就是病人自己走进来的那一条，陪的人走过的那一条，要留在自己心里。

好陪护在诊室里，大概做这几件事：

让病人先说他的第一句话。不替他答，不抢话。

等他说完，再补一句：「我看到的是」，后面接一句。只补自己亲眼看到的，不补自己猜到的。

不替医生下结论，也不替病人下结论。「他就是不爱说」「他就是不想治」，这样的话，留在心里。

最后，和医生一起，把那句话问清楚：接下来是怎样的安排。

这四件，没有一件是在替医生做决定。陪的人，只是做那个把路说清楚的人。

陪的人还有一件容易忘的功课，是照看好自己。陪过几趟的人都知道，陪护的累，往往比病人的累来得更隐蔽：请的假，排的班，夜里睡不踏实，没有一样会出现在病历上。陪的人若一直绷着，进诊室时就更容易替答、替怕。肯在候诊厅里坐下来喘一口气，也是陪护的一部分。

赵敏进诊室以前，在本子上给自己写了一行：我是来听的，不是来替的。

◆ 四、复诊是为了什么

最后说复诊。

复诊，是整件事里最容易被默默走完的一段。日程定了，到日子就来，来了量一量、验一验，医生说「还好，下次三个月后」，人就走了。一年下来，来了四次，没有一次问过：这一次，是为了什么？

第 19 章说过，复查日程本身是一道锁。

这话容易被听偏。它不是说复查不好，更不是说复查可以不去。复查有它的道理：看看有没有变，看看治疗起没起作用，看看有没有新的不舒服要处理。很多时候，它是一张很大的安全网，网住了很多本来要漏下去的东西。西医在这件事上，是下过功夫的。

说它是锁，意思是：日程一旦定下来，它就成了日子的一部分。你的周末，你的出行，你的心情，都会绕着它走。三个月一次，一年四次，十年是四十次。这四十次，每一次，是不是都还带着第一次的那个理由?

这个问题，没有标准答案，只有一句话可以问：

「这一次复查，是为了看什么？」

再往下，可以接一句：

「什么样的结果，会有下一步？什么样的结果，就是照旧？」

这两句话，不是在问「我能不能不来」。它们问的是：这一次来，我在等一个什么样的答案。问清楚了，来的这一趟，就有了方向；有了方向，复查就从「一道日程」，变回「一件有目的的事」。

要不要继续，隔多久来一次，查什么，这些都是你和医生之间的事，由医生根据你的情况来定。书里不替任何人定，也不会替赵敏定。

有人会担心，问这样的话，医生会不会觉得被冒犯。大多数时候，不会。医生更怕的，是病人不问，一年一年，默默地来。你问了，他就有机会把心里那个理由，讲清楚；他讲不清的时候，也正好让他自己想一想，这个日程，是不是还在为当初的理由服务。

问了以后，答案也可能是平平常常的，比如：「就是照常来看看。」这也是答案。它让你知道，这一次，没有什么特别的在等。至少，你不用再把每一次来，都猜成一场考试。

赵敏的复查，今年有没有变化，这是她和她的医生商量的事。书里只写她能做的一件事：把「这次复查是为了什么」，问清楚。

老赵今天复诊，赵敏在候诊厅里，把这两句话，教给了他。

复诊还有一个小小的好处，常常被忽略：它是整条路上，唯一一处你已经认得路的地方。第一次来，一切都是新的；第二次、第三次，你认得诊室，认得护士，认得那台量血压的机器。认得路的人，更有余力去问一句「为什么」。

复诊的人，在等的东西不一样。

灶先到的人，像老赵，来复诊，常常在等一个数：它回到范围里没有？

痛先到的人，像小许，来复查，在等的往往是一个灶：这次，能不能找到一个东西，替我的难受说话？

名先到的人，像赵敏，来复查，在等的是另一回事：这个名字，今年还在不在？

三种人，走进同一间诊室，等的东西，各不一样。如果谁也不说自己在等什么，医生只能按「通常」去答，答的未必是你在等的那一个。

赵敏自己去复查，也要问。她在心里排练过：「医生，今年这一次，是为了看什么？」她排练了好几遍，每一遍，都怕问出口，像是在质疑谁。后来她想明白了，这句话问的不是医生，问的是那张日程。日程是死的，问一问，它才有机会重新说明自己为什么在那儿。

老赵嫌麻烦：「大夫让我来，我就来。」

「来是要来的，」赵敏说，「你问一句，不是不信他。你问清楚了，咱们下回来，就知道是干什么的。」

老赵想了想，说：「那我问。」

◆ 五、放回日子里

十二号，老赵。

老赵站起来的时候，赵敏也站了起来，两个人往诊室走。路过长椅另一头，赵敏看了小许一眼。年轻人也抬了头，眼神有点慌，像在等一个不知道会不会来的判决。

赵敏对他点了点头。没有话。

她认得那种眼神。三年前，她也坐在这样一条长椅上，手里攥着一张还没读懂的报告，等一个不知道会说什么的名字。那时候没有人对她点过头。

诊室里，王大夫把老赵的复诊单摊在桌上，抬头问的第一句，不是「最近怎么样」。

「老赵，这事是从哪儿开始的？」

老赵愣了一下。他想起女儿教的话，清了清嗓子：

「去年社区体检，量出来的。我自己没觉得哪儿不对。后来您给我开了药。今天我想问一句，」他停了停，看了女儿一眼，「这次来，是为了看什么？」

王大夫没有马上答。他看着老赵，眼睛里有一点说不清的东西。

「这个问题问得好，」他说，「我们自己，常常只说『该来了』。」

他把这次要看的东西，一样一样说了：看血压稳不稳，看他有没有觉得不舒服，看用药之后有没有哪里让他难受。看完以后，什么样的结果是照旧，什么样的结果要再商量。

他说得不快。老赵听得很认真。赵敏在旁边，没有插话，一直到最后，才补了一句她亲眼看到的：「他这两个星期，隔几天就问我一回，那个数是不是又高了。」

这句话，王大夫记下了。他看了老赵一眼，老赵咧了咧嘴，没否认。

至于这句话意味着什么，要不要因此调整什么，那是王大夫的专业，也是他们两个人接下来要商量的事。赵敏没有多说一个字。

老赵出来的时候，小许被叫了进去。

门关上以前，赵敏听见王大夫对小许说：「不着急。你先说，这事是从哪儿开始的？」

门里的话，她听不见了。

她和老赵走出门诊楼，站在台阶上。外面阳光很好，台阶下面，有人在晒被子。

老赵忽然说：「刚才那句，我问出来了。」

「问出来了。」

「也没什么。」

「对，也没什么。」赵敏说。

她知道，这个「也没什么」，是一个人把一件事说清楚以后，心里放下的东西。

老赵把复诊单折好，塞进衣袋，说：「饿了，吃面去。」

赵敏笑了一下。

这时候，诊室里，小许把手机举起来，对着备忘录，一行一行念给王大夫听。痛，三个月。灶，没有。名，两个星期前，手机给的。

念到最后一行，他停了一会儿，说：「那个名，是手机给的。」

王大夫没有说那个名对不对。他说：「好。那个名，我们先放在一边，先把前面两行排清楚。」

小许肩膀松了一点。那不是因为谁给了他一个答案，是因为有人听他把话，按先后说完了。

接下来的事，是医生的事：问什么，查什么，怎样安排。那是王大夫的手艺，书里不替他写。

这一天里，没有谁治好了什么，也没有谁决定了什么。

可是四个人，在同一个厅里，各自问了自己一句话。

老赵问的是：这一次来，是为了看什么。赵敏问的是：我现在怕，是怕他的，还是怕我自己的。小许问的是：我先到的是哪一样，后到的是哪一样。

王大夫问的，是他自己那句老问题：我有没有，在病人开口之前，就已经替他想好了那条路？

他那天中午，在小许走后，一个人坐了一会儿。他拿起笔，在病历本的背面写了一行：

「先问路，再问病。」

写完，他又划掉了「再问病」三个字，改成：「先问路，再一起看病。」

这一行字，他没有给任何人看。

三本账，到这里，记完了。读数账，让你看清手里这张单子是哪一种数；价值账，让你看清三样东西对没对上，你回到了什么，你愿不愿意讲；意义账，让你看清你往哪里走了。落到一个上午，落到一个进诊室之前，落到一句话：我是从哪条路走进来的。

下一章，本书要把自己押出去。

> **带走的话**
>
> 进诊室前问一句：我是从哪条路走进来的？这句话不替医生看病，只替你把病说清楚。

> **小账**
>
> 本章拆了什么：「看病就是把毛病交给医生」这个想法。你交过去的，不只是毛病，还有这个病走进来的先后；陪的人也在路上，复诊的日程本身是一道锁。
>
> 本章立了什么：看病前写三行字，痛、灶、名各是什么时候、谁说的；陪护时先分清是他的路还是我的路；复诊时问一句「这一次是为了看什么」。三件事都是和医生说清楚的办法，不是替医生做决定。

想一想

①你（或你的家人）这一次，是名先到、灶先到，还是痛先到？这个先后，你在进诊室前，对医生说过吗？②这条路上，有没有哪一步，你觉得已经回不去了？那一步，是谁、在什么时候落下来的？

第 36 章

判决性试验：NIFTP 改名者回不回得去，与 130/80 的筛查路和症状路

> **这一章的问题：**本书把自己押在哪两场试验上？什么结果出来，本书认错？

◆ 一、你一定有过这样的时刻

星期四下午，门诊快散的时候，诊室门口站着一个年轻人，背着双肩包，怀里抱着一个文件夹。

她是一所医学院的流行病学研究生，二十几岁，没有预约，只说想请王大夫帮一个忙。

「我想用您诊所的病历。」

「做什么用？」

「做一个试验。准确地说，是一个还没做的试验。」

她把文件夹摊开，里面是一份预登记表，十几页。王大夫戴上老花镜，没有先看设计，先往后翻。最后几页有一栏，题目是：什么结果出来，就算我们错了。

他看了很久。三十年里，他读过不少研究计划，开头几乎都是「我们假设」，很少有人在纸上先写自己怎样输。

「你导师写的？」

「他说，判决性试验的意思，就是结果一出来，必有一方认账。认账的条件，得在做之前写好。」

王大夫把眼镜推上去，指了指桌角的椅子：「坐。先说一句：病历我一个人说了不算，得过该过的审查，病人的名字一个也不能出去。可这张表，我想从头看。」

这一章，就是那份表的人话版。

前面三十五章，本书说了很多话。它说病不在病灶、病人角色、病痛任何一头，在名、灶、痛先后落下的那条路上；它说有一个新现象，叫撤名不复原。话说得再好，也只是话。一本讲道理的书，要先把自己押在两场能做的试验上，写好什么结果算它错。

两场试验，本书的原文是这样写的：

> 判决性试验：主臂用 NIFTP 改名做自然实验——改名者对腺瘤对照，按手术方式（腺叶切除／全切加放射碘）分层，等效界与观察窗事先登记；次臂沿用 130/80 的模糊断点回归，按入病路径（筛查路与症状路）分组比较，避开回归均值

你可能会问：为什么非要事先登记？试验做完再写，不是更省事吗？

因为人都有一个毛病：看见结果以后，会觉得当初的预言「本来就是这个意思」。尺子可以挪，窗口可以换，分组可以重切，每一次挪动都有理由，合起来，就是一个永远不会错的说法。永远不会错的说法，不值得一试。

预登记要对付的，就是这个毛病。随机对照试验把它变成了习惯：药还没发，终点先写下来。这是西医几十年里攒下的最好的纪律。本书借用它，不借用它的口气。

先把三件事说在前头。

第一，这两场试验本书还没有做，也不由本书来做。本书写的是设计，是预测，是「若……则撤回」。你在这一章里，找不到一句拿来报告本书自己结果的「研究表明」。

第二，凡是需要一个数的地方，等效界、观察窗、κ 的下限，数都由做试验的人在看到任何结果之前定下来，登记，公开。本书不替他们挑具体的数，挑了，就成了本书替自己挑尺子。本书只写定数的规则：规则写死，数按规则算出来，谁算都一样。

第三，这一章不谈任何人该怎样治疗。哪个人该不该复查、该不该吃药，请和他的医生商量。

还有一个词，要交代一下：为什么叫「判决性」。

一场试验，大多数时候是给一个说法添一点证据。添了，说法更站得住；没添上，说法照旧。判决性的意思不同：它事先指明，哪一种结果出来，一个说法就不能再站着。一边是本书说的「路径是病的属性」，另一边是 Welch 那一路的「路径是可以校正的偏倚」，两边对同一批人预言了不同的结果。结果只会靠近其中一边。

这样的试验，说法越大，越难做。可是不做，说法就只是说法。

◆ 二、主臂：改名的人回不回得去

先还它一个公道，再说设计。

这场试验能做，头一个要谢的，是病理学界自己。2016 年，一批病理学家和临床医生看着同一类病变，认为它行为温和，叫「癌」叫得过重，于是把这一类改了名〔待核：Nikiforov 等 2016〕。一个行当，拿自己的叫法开刀，这是西医最值得尊敬的地方。

没有这一刀，就没有后来这批人，也就没有主臂这个自然实验。本书只是顺着这一刀，多问了一句：名字撤掉以后，人回去了没有？

主臂的人，分两群。

一群是改名者：当年的病理报告写的是癌，后来这个亚型被改了名，不再算癌。另一群是对照：做过同样的手术，可从一开始，报告上写的就是滤泡性腺瘤，从来没有人叫过他们「癌」。

两群人，在同一层里，做过的手术是相同的。本臂关心的差别只有一样：有没有被叫过「癌」。病变本身也可能有不同，那属于要校正的基线，下面会说。

这就是一次自然实验。没有人把谁随机分到「被叫过癌」那一边，是医学的一次改名，把一批人留在了名字的另一侧。

然后按手术方式分层：只做腺叶切除的，和做过全切加放射碘的。为什么要分层？因为锁点不一样深。腺叶切除是一道锁，全切加放射碘、终身服药，是好几道锁。第 19 章已经讲过：名字刻进身体的那一步，撤名就回不去了。如果这话是对的，锁得越深的人，越不该回去。

接下来是最要紧的一件事：量什么。

主结局只有两样。

一样是患者报告结局：这个人自己说，他的身心状况怎么样。用哪一种已经发表的量表、哪几项，登记时选定，本书不自拟量表。

另一样是自认「癌症幸存者」的比例：问一句，你是不是把自己看作癌症幸存者。这句话怎么问、选项怎么给，同样登记在先。

复查频率，不放在主结局里，只作次要结局。

理由，第 19 章说过了，这里再说一遍。2016 年以后，指南本身改了复查的安排〔待核：2016 年后指南对随访的具体改动与版本〕。一个人每年去复查，可能是因为他心里放不下，也可能只是因为指南这样排。拿复查次数去证明「人没有回去」，证明不了。所以它退到次要的位置，照实报告。

如果次要结局和主结局的方向不一样呢？

那就照实写出来，以主结局为准。本书不拿复查频率撑判词。

再说终身服药。吃药本身是一道锁，它也可能在改变人的感觉。所以分析里要把终身服药控制住，并且在分层里单独看。

然后是等效界。这个词，值得慢一点讲。

很多研究报告里有一句「两组没有统计学差异」。读者很容易把它听成「两组一样」。可没有查出差别，和差别很小，是两回事。样本少、尺子粗，什么差别都查不出来。

所以主臂不用「查不出差别」，用等效：事先说好，差到多小，算是「回到了对照那里」；然后要拿出证据，证明差别落在这个范围之内。这个范围，就是等效

界。它定得宽一点还是窄一点，直接决定本书会不会被撤回，所以它必须在看结果之前登记，不许看了结果再挪。

观察窗是同样的道理：从什么时候起算，观察多久，预登记。样本量由等效界倒推出来。起点怎样定、等效界和样本量按什么规则算，后面两节专门说。

观察窗有一个两难。窗开得太短，一个人刚听完「不算癌了」，心里还在发懵，量出来的是惊魂未定，不是回没回去。窗开得太长，中间又会有别的事发生：搬家，换医生，亲人生病，量出来的就掺进了别的日子。窗多长，要在这两头之间权衡，权衡的理由写进登记表，不能事后补。

本书对主臂的预测，分两层，原文在附录二：

第一层，整体上看，改名者的患者报告结局与自认「癌症幸存者」的比例，不回到腺瘤对照的等效界之内。

第二层，分层看锁点：做过全切加放射碘、终身服药的人，不回归；只做腺叶切除的人，部分回归。这里的「部分」怎样判定，由登记表写明。

这是本书的预测，不是结果。

还有一件事要老实说：主臂不是随机的，所以它有它的不干净。基线上，当年被写成癌的人和一直被写成腺瘤的人，可能本来就不完全一样；被叫过癌的人，当年接受的处理可能更重。这些差别怎样校正、哪些变量进模型，登记表里一项一项写，写在看结局之前。

对照怎么配，也写在里面。全切加放射碘这一层，很可能找不到做过同样手术的腺瘤对照。找不到，就不硬配一个不相称的腺瘤对照来凑数。这一层改用什么人作对照，条款一在这一层怎样读，下一节说。

改名者本身，怎么认出来，也是要登记的事。是按当年的病理报告加上后来的重新判读，还是只看报告上的字，两种认法会找出不同的人群。哪一种，看结局之前定下来，并且写明：认错了几个，对结果有多大影响，要做一次敏感性检查。

你大概也想到了：这批人里，不是个个都像赵敏。有的人听到「不算癌了」，如释重负，一个月后就不再想起；有的人像赵敏，名字没了，日历上的复查还在。

主臂量的不是赵敏一个人，是这两种人加起来的样子。它回答的是一群人整体上的位置，不是某一个人该怎么看自己。

所以主臂的结论，永远不会变成一句对某个病人说的话。它只会变成：在这群人里，路径带来的差距，有还是没有，有多大。

◆ 三、主臂的登记表：每一道手续先说防什么

研究生那份表，主臂后面还附了几页。每一页开头先写一句：这一步在防什么。然后才写怎么防。

第一道，防把两句话当成一句。

主臂直接检验的，是「撤名不复原」。「入病路径是病的属性」是另一句更大的话。改名者对腺瘤对照，差的是名的有无，路没有被单独拎出来。

怎么防？把路写成一个可以编码的变量，用后面那张码表，给每个人盲编出他走的路：别的检查顺带看见结节，是筛查路；摸到包块再去查，是经典路。

再在里面套一层对照：腺瘤组。他们从没被叫过癌，也从这两条路进来。同一条路、名不同，差出来的归名；同样只叫腺瘤、路不同，差出来的归路。腺瘤组里路不同的两群人也不是随机分的，所以归路的那一份，结论弱一档，登记时写明。

第二道，防一层配不到对照，条款一就失灵。

条款一中间有一个「并且」：回到等效界之内，并且两层没有差别。腺瘤多半只做腺叶切除，全切加放射碘的很少〔待核：腺瘤全切与放射碘的比例〕。这一层配不到对照，「两层没有差别」就测不准，条款一几乎永远不触发。这对本书太便宜了。

怎么防？这一层改用另一种对照：因为良性的病做了全切、此后终身服药的人〔举例：良性多结节甲状腺肿全切；待核〕。他们一样没了整个腺体、每天吃药，只是从没被叫过癌。他们大多没做过放射碘，这一处不像，所以这一层标作「描述性」。

这一层作描述性时，条款一怎样读，登记表先写好。条款的字一个不改，两半仍然都看。只是先看另一半：改名者整体上回没回到等效界之内；两层的差别作辅

助的读数。回到了，两层也没差出界外，按触发读；回到了，两层却差出界外，照实写，作收窄读。

第三道，防别的东西冒充名字。

全切以后，甲状腺激素要靠吃药补，药量差一点，人就容易乏、怕冷、情绪低〔待核〕。这件事和终身服药本身，不用名字帮忙，就能压低患者报告结局。

怎么防？一手，甲状腺功能的化验值、服药剂量与调整次数，作协变量进模型。另一手，就是上面那群良性病全切加服药的人：激素和药一样，只少一个名字。改名者比他们还差的那一部分，才可能是名字留下的。

还有一样：本人知不知道改名了。不知道的人，名在他心里根本没撤。所以「本人是否被告知过改名」和告知的日子，都登记成变量。告知也有人自己挑，放不下的人更会去问。要估「被告知」本身的作用，可以借一个不由本人挑的东西作撬杠，统计上叫工具变量，举例：所在医院有没有统一回查、统一通知的做法。

观察窗的起点也写死。分歧预测原文是 12 个月内。改名者从重新判读的报告进病历那天算起；对照没有改名这件事，取同一段日历时间里、术后年头相近的一天作起点。

第四道，防一句近乎同义反复的话撑起判词。

主结局有两项：身心状况量表，和「你是不是把自己看作癌症幸存者」。被叫过癌的人说自己是幸存者，几乎是顺着名字说下来的。对面的标签心理说也预测：刚撤名的人一时还会这样称呼自己，只是慢慢会淡。这一句，两边都预测得到一部分。

怎么防？两项仍同列主结局，这是原文，一字不动；登记表只定读的次序：身心状况量表是主心骨，「自认幸存者」作认知上的结局排在后面，不单独撑判词。真正把两边分开的，是两样：过了一段时间，差距落进等效界还是留在界外；锁越深，差距是不是越大。标签心理说预测差距随时间淡去、和锁的深浅关系不大，本书预测差距跟着锁走。

最后，数据从哪里来。

前瞻登记与回溯取数并行。前瞻，从现在起收新近被重新判读的人，起点那天就测量表；人少，等得久，2016 年刚改名时最懵的日子也测不到。回溯，从旧病历里找 2016 年前后的人；人多，可当年没人测量表，只能今天补测，带着回忆的偏差。判条款一以前瞻为准，回溯只作次要结论。

◆ 四、尺子按规则定

这一步防的是挑尺子。等效界定得宽，本书容易被判错；定得窄，本书容易逃。

怎么防？给规则，不给心意。

等效界取所选量表最小临床重要差异的一半。最小临床重要差异，是分数差到多少，病人自己才觉得「是有点不一样」；取哪篇文献的数，登记时写明出处〔待核：所选量表的最小临床重要差异文献〕。

检验用双单侧检验：两头各检验一次，差距确实小于上界，也确实大于下界，才说落在界内。显著性水平取 0.05，把握度取 80%，这是通行值，登记时可调。

要老实说：一半是一把窄尺子，让「回到了」更难证出来，对本书有利。为了不占这个便宜，结果分三种：差距整个落在界内，算回到了；整个落在界外且是改名者更差，算没回去；其余算未决。未决不算本书站住，照实写「样本不够或差距不明」。

样本量由此倒推。附录二放了一个举例的算法，数是假设的，只演示怎么算，不当证据。

κ 的下限也给规则：两位编码员各自盲编同一组病历，κ 的置信区间下限不低于通行分级里「中等一致」的起点〔待核：通行线〕。过不了，这一轮编码作废，码表退回去修，换没编过的病历重来。

◆ 五、次臂：同样的血压，不同的路

主臂看的是一条被撤掉的名。次臂看的是一条还没有撤的名，在它刚落下的时候。

材料是老赵那一类人。2017 年美国的新指南把高血压的线划到了 130/80〔待核〕，一夜之间，一批人从「正常」变成了「高血压」。这条线，是人划的，不是血管自己长出来的刻度。

人划的线，有一个好处：线两边的人，其实差不多。

血压 129 的人和血压 131 的人，没有哪里不一样。可前一个人，名字没有落下来；后一个人，名字落下来了。所以在线的附近，「被贴上标签」几乎像是抛了一枚硬币。

这就是断点回归的想法：在断点附近，比较两侧的人，看贴标签这件事本身，带来了什么。

为什么叫「模糊」断点？因为这条线不是一刀切的。过了线的人，不是个个都被贴上标签，没过线的人，也有被贴上的。线只是让「被贴上」的可能性在这里跳了一下。模糊断点回归，量的就是这一跳带来的后果。

量到的「后果」是什么？有两样。

一样是病痛：用患者报告结局，按固定的时间点，在标签落下之前、之后反复测，看它怎样走。哪一种量表、隔多久测一次，登记。另一样是病程：用后续的血压轨迹和登记的随访记录来读。两样放在同一条时间线上，才看得出谁在前、谁在后。

注意，这里没有一个「病好了没有」的总分。本书不替这场试验造一个总分。次序要靠两条线各自的形状去读。

再说避开回归均值。

一个人这一次量出血压偏高，下一次，往往会自己低一点。这不是药的作用，也不是标签的作用，是测量本来就有起伏：极端的读数，下一回多半会回到中间。如果拿「线上面的人后来血压降了」去说标签有用，就算错了账。

两个办法。第一，入组不靠单次读数，靠登记过的重复测量规则，测几次、怎样取值，预登记。第二，断点回归本身的好处：回归均值对线两边的人是连着的，不会在线上平白跳一下；断点上的那一跳，不是它造成的。

材料分两步。

第一步，在断点两侧，看「被贴上标签」本身，对后面的病痛和血压轨迹带来什么。

第二步，在线的上方、血压相同的人里，按路径码表把人分成两组：筛查路的，也就是灶先到、名接着到、痛跟在后面；症状路的，也就是痛先到，去看病，才量出了血压。看这两组，此后的病程分不分岔。这一步怎样读，下一节说。

人群有边界：低风险的 1 期高血压，只做生活方式干预。用药的人不进来，因为药是另一道锁，会把次序弄浑。

为什么不直接比较「体检查出来的」和「因为不舒服去查的」两群人?

因为他们本来就不一样。因为不舒服去看病的人，多半身上还有别的事，睡得差，心里有事，或者本来就更爱去医院。直接比，比出来的差别，一半是路的差别，一半是人的差别，分不开。

断点回归的用处，就是把「人的差别」压到最小：线两边的人，除了名字落没落下，几乎一样。可它也有它的边界：它只能说明线附近的人，说不了离线很远的人。血压高出很多的人，不归这场试验管。

到这里，要写进分析计划的，是本书最弱的一处。第 17 章已经把它写成了一条可以判的线，这里原样搬进来：

做过领先时间校正之后病程仍然分叉，才算属性；校正后不分叉，只是诊断时点前移，算偏差。

为什么要有这一条？因为筛查把人查出来得早。同一个病，筛查路的人名字落得早，症状路的人名字落得晚。从各自「被诊断」那天起算，筛查路的人看上去带病的日子更长，生存看上去也更久。这不是病不同，是起跑线不同。这就是领先时间偏倚，西医的老朋友。

所以分析计划里写定顺序：先做领先时间校正，把两条路的起点对到同一个病程时间上，校正的具体方法登记在先；然后再看病痛和血压的轨迹还分不分叉。

两种结果，两种结论：

校正之后仍然分叉：在这几条路上，路径是病的属性。

校正之后不再分叉：这一次的分岔只是诊断时点前移，算偏差，不算属性，入病路径在这几条路上降为可以校正的偏倚。

这一条是本书对自己下的第一道限制。在它被满足之前，本书不把「属性」当作已经证明的事。

这条限制，不是写给读者看的客气话。它直接约束本书自己的措辞：校正没做，或者做了没分叉，第 17 章到第 24 章里凡是说「入病路径是病的属性」的地方，都要改成「在校正后仍分叉的那几条路上，路径是病的属性」。

次序和翻转点，也在这里登记。

本书的预测是：标签落下以后，病痛先变，血压后变。病痛的变化领先血压的变化，领先的长度预登记在 4 到 12 周之间。

血压自己的轨迹，本书预测有一个翻转：标签落下以后，先因为应激往上走，后来因为行为的改变往下走。翻转点预登记在 3 到 6 个月之间。

这里的次序是整条预测的骨架。血压若先变、病痛后变，「名先到、痛跟着变」就站不住了。

还有第三条要对账的线。

致命条款其三，问的是断路有没有方向：有灶无痛的人，和有痛无灶的人，被确诊以后，反应的方向是不是反的。像老赵那样靠体检查出来、身上没有感觉的人，在次臂的人群里；像小许那样有痛无灶的人，在纤维肌痛这样的人群里。「方向」怎样算，后面专有一节。

动手之前，要先对账 White 等 2002 年的纤维肌痛贴标签研究〔待核〕：它的结论是不是确诊以后病痛下降。如果那篇研究的结论正好相反，「有痛无灶者确诊后病痛下降」就要改成一条待检验的命题，不能当已知事实用。

◆ 六、次臂的登记表：谁在挑路

第一道，防把自己挑的分组当成抛硬币。

断点附近贴不贴标签，近似抛硬币。走筛查路还是症状路，是人自己走的：有的人每年体检，有的人不难受不去医院，和脾气、工作、心事连在一起。

怎么防？分工写死。断点回归只估被贴上标签本身的作用，也就是断点处那一跳。路径分组只作分层的描述，照实画出各条路此后的轨迹，不把路与路的差别说成是路造成的。

条款二的前半句因此这样判：分层里校正了领先时间、对齐了基线，两条路仍不分叉，条款照样触发；分了叉，只记作「与本书预测一致的描述」，不当作证明。这样读不对称，不对称的方向对本书不利，是有意的。

第二道，防没有起点就谈先后。

预测说病痛领先 4 到 12 周。量领先，标签落下之前就得有好几次病痛的测量。

怎么防？也两条腿。前瞻队列：在社区普查、单位体检这样的场合先入组，按固定间隔测病痛量表和血压，举例每四周一次，标签落不落下都接着测。回溯：从既往病历里找标签前后的记录。病历里几乎没有成形的病痛量表，所以回溯只作次要结论，判条款二以前瞻为准。

第三道，防倒过来的因果。

人先不舒服才去看病，一量，血压过线，名落下来。看上去是名到了、痛跟着变，其实是痛把人带进了诊室。

怎么防？三手。主分析只用不靠症状触发的测量，如普查、定期体检；因为不舒服来量的，单列作敏感性分析。标签前那几次病痛读数作基线进模型，标签前痛已在往上走的人单独标出。就诊原因按病历第一句主诉事先盲编。做了这三手，倒过来的路减轻了，没有消失，这一点写进结论。

◆ 七、断路的方向：先扣掉自己会回来的那一段

条款三防的，是一个几乎白送的结果。

有痛无灶的人，像小许，多半在难受到顶的那几天才来，过了顶，什么都不做也会往下走。有灶无痛的人，像老赵，是体检碰上的，读数本来在低处，往上晃一点也平常。这就是回归均值，它会让「方向相反」几乎必然出现。

怎么防？每一类人配一组处境相同、同期还没落下诊断的人作对照。两组从同一个高点或低点出发，回归均值两边都有，扣掉对照那一段，剩下的才算确诊的作用，这叫双重差分。也可以把基线读数作协变量来调。两种办法登记时选一种作主分析，另一种作检查。

「方向」写成能算的量。一个人的变化，是确诊后某个固定时点的病痛得分，减去确诊前最近一次的得分。一类人的方向，是确诊者的平均变化，减去匹配对照同期的平均变化，看剩下那个数的正负与大小。

两类人剩下的数，置信区间都不跨零、正负一样，算方向相同，条款三触发。都不跨零、一正一负，算方向相反。有一类跨零，或者剩下的数比等效界还小，记作未决：不触发，也不算本书站住。

◆ 八、一张码表，两个臂共用

两个臂，都要回答同一个问题：这个人是从哪条路走进来的。

怎么回答？看病历里的三个日期。

第一个，首个症状的时间戳：病历里第一次记下他难受的那一天。

第二个，首个病灶证据的时间戳：第一次有影像、化验或病理，说身体里有一处不对的那一天。

第三个，首个诊断编码的时间戳：病历里第一次记上病名编码的那一天。

三个日期谁先谁后，就是路。痛的日期排最前，灶次之，名最后，是经典路；灶最前，名次之，痛最后，是筛查路；其余四条依此类推，六条路的原文见第 18 章。三个日期缺了一个，是断路。

这里有两处老实话。

第一处：病历里的「首个症状」，是被记下来的那一天，不是难受开始的那一天。一个人可能难受了三个月，才在某天对医生说出口。码表只能抓到记录，抓不到感受。这是这套办法的边界，本书在附录里写明。

第二处：三个日期同一天落下，怎么办？急症几乎是这样的。这种并列，码表里要事先规定归哪一类，不许编码的人凭印象。

码表的纪律，是第 15 章讲过的，这里再收一次。

码表事先公开。任何人拿到同一份病历和同一张码表，都能重做一遍。

盲编。给病历编码的人，没有读过本书，不知道这份病历属于改名组还是对照组，不知道结局是什么。他只管三个日期。

两个人各自独立编，然后看一致程度。一致程度用 κ 来量，κ 的下限预登记；达不到下限的病历，不进分析。本书不拟这个数字，只给定它的规则，见前面讲尺子的那一节。

筛查路和经典路，在真实的病历里，不一定分得清。有些人的体检和他的难受，隔得太近，日期看不出先后。这一部分人，不硬分，合并成「经典或筛查（未定）」一组，只比较能分清的路。所以六条路在真实病历里，有一部分只能分到四类。这是第 18 章已经说过的退路，在这里变成了分析计划。

编码的人怎样训练，也要写下来。正式编之前，先拿一小批不进分析的病历试编，看大家对码表的读法是不是一样；读法不一样，改的是码表，不是编码的人。试编的病历不进分析，这一条登记在先。

病历用的是已经脱了名字的版本，编码的人看不到谁是谁。这不只是礼貌，也是盲编的一部分：看不见人，就不会因为知道他是赵敏那样的人，把日期往「名先到」那边读。

◆ 九、什么结果会让本书认错

这一节，是那位研究生的表里最后几页的人话版。

本书给自己写了三条。它们不是装饰。每一条都写明：看到什么，就撤回什么，退到哪里。

第一条，也是主条款，管路径。

如果在事先登记的观察窗里，改名者的患者报告结局，和自认「癌症幸存者」的比例，都回到了腺瘤对照的等效界之内；并且，做过全切加放射碘的人和只做腺叶切除的人，两层之间没有差别。

那么，「入病路径是病的属性」撤回，「撤名不复原」撤回。入病路径降为一种可以校正的偏倚，本书退回到 Welch 的过度诊断框架：被叫过癌、又被撤了名的人，剩下的只是一点标签的心理，时间一长，会向没有被叫过癌的人回归。要说清楚，这是本书替 Welch 推出来的，不是他的原话〔待核：Welch 原文是否蕴含撤名后应回归〕。

注意这个「并且」。回到等效界之内，只是一半；两层没有差别，是另一半。两样都满足，才触发。只满足一样，条款不触发，本书也不把它写成胜利，照实写出来，让读者去判。

还要注意，这里没有复查频率。复查频率只作次要结局。

第二条，管次序。

在 130/80 的断点两侧，找血压相同而路径不同的两组：筛查路的和症状路的。如果做过领先时间校正之后，两组此后的病程不分岔；或者，被贴上标签的人，病痛的变化并不先于病程的变化。

那么，「标签先行效应」撤回。名先到、痛跟着变的那一半，不成立。

把这一条说得再白一点：本书说的是，名一到，难受先动，血压后动。试验看的是两条线的先后。如果难受那条线根本不比血压那条线先动，或者两条路的人走到后来是同一个样子，那「名先到」这件事，就只是一个听起来有道理的故事。

这里说的「不分叉」，指的是做过领先时间校正之后。校正之前的分叉，本书一概不算数。

第三条，管断路。

如果有灶无痛的人和有痛无灶的人，被确诊以后，反应的方向是一样的。

那么，「断路有方向」撤回。

三条里，只有第一条会让本书整个退回去。第二条和第三条，撤回的是它名下的那一个命题，本书的其余部分，各自该收窄收窄，该留的留。

为什么第一条是主条款?因为入病路径是不是病的属性,整本书都挂在它下面。第二条和第三条是两根分枝:一根管次序,一根管断路。分枝可以折,树干还在。可树干要是折了,分枝再多,也只是一堆柴。

Haynes 1978 年的高血压贴标签研究,在这三条里只作旁证。它的做法和结果,本书写细节之前,要先核原文〔待核〕。旁证的意思是:它可以让人觉得这件事值得查,它不能替本书回答任何一条。

再说一个容易被忽略的区别。

撤回,和收窄,不是一回事。

撤回,是这个命题不要了。收窄,是它只在一部分地方成立。如果试验结果落在中间,比如腺叶切除者回去了,全切加放射碘者没有,那是把「撤名不复原」收窄到锁得深的那几层;如果次臂里只有某几条路在校正之后仍然分叉,那是把「路径是病的属性」收窄到那几条路。两种情形,本书都会照实改它的措辞,不会用一句「差不多」糊过去。

还有一条纪律:等效界、观察窗、码表、κ 的下限,在看到任何结果之前登记。结果出来以后,哪一个都不许动。

动了,这就不是判决性试验了,是一个人在给自己打圆场。

最后是结果怎样处理。

不论哪个方向,结果都要公开,包括让本书难堪的方向。预登记里写明:没有出现预期的差别,也照样报告;样本不够,也照样报告,并且写明是样本不够,而不是把「没查出来」说成「没有」。

读到这里,你应该能看出这场试验的分量:它不是一场想证明本书对的试验,是一场能让本书错的试验。想证明自己对的试验很多,能让自己错的试验少。

◆ 十、放回日子里

那天傍晚,研究生走了以后,王大夫把预登记表留在桌上,没有收。

他想起赵敏。有一回,她把三年的病历摊在这张桌子上,问他:「我到底算不算得过癌的人?」他当时回答得很稳,可心里知道,那句话他答不全。

他不打算替赵敏做任何决定。她要不要继续复查，是她和主治医生之间的事。她的病历要不要进这样的一份研究，更是她自己点头才算。他只想在她下次来的时候，把这份表给她看，看那一栏：什么结果出来，就算错了。

他又把表翻回最后几页，用铅笔在页边写了一行小字：「判决那天，谁来读结果？」然后划掉了。这不是他该问的。这份表自己，已经把读结果的规矩写在前头了。

晚上，赵敏打电话来，说老赵今天又在家里嚷嚷「我好得很」。王大夫笑了一声，顺口提了一句，有个研究生在筹备这样的事。

赵敏在电话那头安静了一会儿。

「如果结果出来，说我们这样的人都回去了呢？」

「那说明我们三十年里想错了一件事，」王大夫说，「也说明一本书想错了。想错了不丢人，没写好怎样想错，才丢人。」

给你一个小办法。下一次，你读到任何一条「研究表明」的消息，先找两样东西：它事先有没有写过，什么结果会让它认错；它量的结局，是病历里的数，还是人自己说的话。这两样，读不全，也不要紧；知道该找，就够了。

再给你一个办法，是留给下一回进诊室的。

如果有人对你说「你这个情况，查出来是好事」，你可以在心里记一笔：我是哪一天觉得不对劲的，哪一天有了第一张单子，哪一天有了第一个病名。三个日期，三行字，一张便条就够。它不替你决定任何事，只是让你下次对医生说话的时候，说的是一条路，不是一个模糊的「我这病」。

试验押在那里，书也就可以回答书名了。结语，回到王大夫的最后一个门诊日。

> **带走的话**
>
> 一本讲道理的书，要先写好自己会怎样错；本书押在赵敏这样的人回不回得去上。

小账

本章拆了什么：「回不回得去」「分不分岔」这两件事，从说法拆成了两场事先登记好等效界、观察窗、码表与盲编的试验，并拆开了复查频率为什么不能当主证据。

本章立了什么：致命条款三条的人话版，各自撤回什么、退到哪里；领先时间校正后是否仍分叉这一条可判的线，已写进次臂的分析计划；以及等效界、样本量、κ 下限按规则定数，和防混杂、防自选、防回归均值的登记设计。

想一想

①如果试验证明改名的人都回去了，你会怎样重新看赵敏？②你愿不愿意让自己的病历，进一次这样的盲编?

结 语

病在哪里

◆ 一、你一定有过这样的时刻

王大夫退休前的最后一个门诊日，是个周二。

早上八点半，候诊的长椅上坐了七八个人。他一个一个叫号，叫到后来，发现有三个熟面孔，是同一时间到的。小许、老赵、赵敏。

没有一个是来看病的。

小许拎着一袋橘子，说是朋友从老家寄的，吃不完。老赵扛来一个纸箱，里面是一对新换的门把手，五金店里最结实的那种，说诊室的门关不严，他早就看不顺眼了。赵敏什么也没带，只是在他对面坐下，说：「我就想来坐一会儿。」

王大夫把听诊器放在桌上。胶管硬了三十年，他到最后也没有换。

诊室里一时没有人说话。窗外有人在推一辆吱吱响的小车，是楼下卖早点的。

老赵先开口：「我不是来看病的啊，我好得很。」说完自己先笑了。小许跟着笑，笑得有点勉强。赵敏看着桌上的听诊器，没有笑，也没有不笑。

三个人都知道，这间屋子，是他们各自的一条路上，一个绕不开的路口。

他没有叫护士，没有开单子。他问了他们三个人同一句话：「你们当年，是怎么走进这间屋子的？」

这一句，三十年里他没有这样问过。他问过哪里不舒服，问过多久了，问过家里有没有人得过。他从来没有问过：哪一样先来。

这一问，就是这本书的全部。

他自己也没想到，退休前的最后一天，会问出这一句。三十年的门诊里，病人带着病名来，带着单子来，带着网上搜来的一整套说法来。他习惯了从「是什么」问起。可在这间屋子里，每个人说出口的第一句话，其实已经是一条路的起点了。

◆ 二、书名的答案

现在可以回答书名了。

病在哪里?

先把判词再摆一次，一字不差：

> **同一个病，从不同的路走进来，就不是同一个病。病不在病灶、病人角色、病痛任何一头，在名、灶、痛三样东西先后落下的那条路上：哪一样先到、哪一样后到、在哪一步被治疗锁住。西医把这条路上的差别叫领先时间偏倚、病程长度偏倚、过度诊断、反安慰剂，当误差减掉——减掉的正是病自己的发生史。治愈是一股推向创造、自由、幸福的力量（在价值账里算，在意义账里看它推到了哪里）；化验与影像、病程曲线、风险分布，只是它一路留下的读数。**

这段话，在前言里是一个预告。读到这里，每一句，你都在书里走过一遍了。

病不在病灶那一头。病灶要有人来看，才被看见，要有一个名字，才被叫成病。病不在病人角色那一头。角色要靠一张单子才发得出来。病不在病痛那一头。痛的形状，是在问诊里被问出来的。三家各自都对，各自都押了一头，也就各自都接不住王大夫那三个病人。

病在一条路上。名、灶、痛，谁先到，谁后到，哪一步被手术、终身服药或复查日程锁住。

这条路，西医一直看得见，也一直在认真地处理。领先时间偏倚、病程长度偏倚、过度诊断、反安慰剂，这四个名字，每一个背后，都是一代又一代的研究者，老老实实地把一个假进步揭穿，把一种坏药挡在门外。本书没有一句话，是想把这些功劳收回去。

这几年，又多了一个新来的声音。

人在凌晨两点，对着手机问一个机器：心慌、手麻、睡不着，是什么病。机器给出一个名字，第二天，这个名字比医生先一步走进了诊室。名可以先到了，这是

第四编讲的事。它带来夜里有人听的好处，也带来难受开始照着名字长的风险。两样都是真的。路怎样走，要看它在哪一步落下，在哪一步被锁住。

判词的后半句，书里也走过了。治愈是一股推向创造、自由、幸福的力量，这股力量，在价值账里算：三样东西对得上没有，人回到能做的事没有，愿不愿意把这段病讲成自己的故事。它推到了哪里，要在意义账里看：想事的那块地，去处的那块地，心里的那块地，哪一块在长，哪一块在薄。化验与影像、病程曲线、风险分布，是它一路留下的脚印，是跳的、波的、散的读数。脚印要紧，可脚印不是走路的人。

本书只多问了一句：被减掉的那一截，是谁的？

如果只是观察的偏差，该减，就减。如果是病自己走过的路，减了，就把病的一部分当成了误差。

◆ 三、四个人

小许。

他还是睡得不好。他的化验单上还是没有箭头。可他现在去看医生，不再只说「我难受」。他会说：「我是先难受的，没有查出什么，现在想弄清楚，是不是该换个方向查。」

他把那一条路，从一个模糊的「我这病」，说成了一个有先后的故事。医生听得更清楚了，他自己也听得更清楚了。小许知道，名字没有落下来的日子，难受并没有少一分。可他也知道，名字落下来以后，难受会照着名字的样子长。他对这件事，有了一点防备，没有变得更不信医生。

老赵。

他还是说「我好得很」。血压单子在抽屉里，折成四折，压在螺丝刀下面。只是有一回，他把单子拿出来，对着窗子看了很久，问了王大夫一句他从来没问过的话：「这个数，是哪一天开始算的？」

不是「我有没有病」，是「这个数，是哪一天开始算的」。王大夫听见这句，心里松了一下。一个人开始问路是从哪里起的，就不再只是被一个数字推着走了。

赵敏。

她还是每年复查。这件事，书里始终没有替她决定过，以后也不替。她和主治医生一起，把这件事说清楚了：这一次复查，是为了什么。有时候答案是指南这样排，有时候答案是她想心里踏实。她知道这两个答案不一样，不再把它们混成一个。

有一回，她陪老赵复诊，在候诊厅里碰见一个比她年轻的女孩，拿着一张写着同样几个字母的报告，眼睛红红的。赵敏没有说「我也是」。她只问了一句：「你的名字，是哪一天落下来的？」女孩愣住了，然后开始讲。讲着讲着，不哭了。

她现在讲起那次手术，有时候还是会用到「癌」字，有时候不用。她不再要求自己一定要回到从前。三年前的那把刀，在她的身体里；那个名字，在她的日历上。她能做的，是把这两样，放在它们该放的地方。

王大夫。

他三十年里，听得最多的一句话是「医生，我这到底是什么病」。他每一回都认真回答，每一回都觉得，好像有一小块东西没说完。到了最后一个门诊日，他才知道那一小块是什么。

那一小块，是「你是怎么来的」。

他把这句话写在病历本的最后一页，没有署名，没有日期，只写了一行：先来的，是哪一样？

他还记得本书讲过的三本账。读数账，是手里这张单子的数；价值账，是名、灶、痛指不指向同一个病、人有没有被推回能做的事、愿不愿意把这段病讲成自己的故事；意义账，是病好以后，人往想去的地方走了多远。三本账，他一本也没有替别人记过。他只是在最后一天，想明白了该先问哪一句。

他是这条路上的一个人。他也是病人走进来时，最先遇到的那个声音。他说出口的名字，会成为别人的一个路口。他对这件事，比谁都清楚，也比谁都小心。

◆ 四、收回，和再说一遍

书里有一个新现象，叫撤名不复原。

诊断名被撤销或改名以后，过了锁点的人，不回到从未被命名的状态。赵敏是它的样子。

现在要把它收回来，说它到底是什么，又还不是什么。

先说它是什么。锁点之前，名字可以撤，人能回去；锁点之后，名字撤了，刀口和日程还在，人带着这些往前走。撤名撤的是纸上的字，字下面的路，已经走过了。

再说它还不是什么。它是本书的预测，不是已经证明的事。它站在一场还没有做的试验上：改名者，对一直被叫作腺瘤的人，按手术方式分层，看患者报告结局与自认「癌症幸存者」的比例。复查频率只作次要结局，因为 2016 年以后，指南本身改了复查的安排。

所以，本书对「撤名不复原」，要说的话只有一句：我押在这里，结果出来，请你们看。

再说一遍，本书怎样才算错。

三条。

第一条，改名者在事先登记的观察窗里，回到了对照的等效界之内，并且锁得深的和锁得浅的没有差别：「入病路径是病的属性」撤回，「撤名不复原」撤回，本书退回 Welch。

第二条，在 130/80 的两侧，血压相同而路不同的两组，做过领先时间校正之后，此后不分叉，或者病痛的变化并不先于病程的变化：「标签先行效应」撤回。

第三条，有灶无痛的和有痛无灶的，对确诊的反应方向一样：「断路有方向」撤回。

这三条，细节在第 36 章和附录一。等效界、观察窗、路径码表和 κ 的下限，在看到任何结果之前登记。

这不是谦虚，是本书唯一的底气。你读完一本书，有两种读法：相信它，或者等它被验证。本书请你用第二种。

一本讲道理的书，如果找不到一种可以让它认错的结果，就不配叫判词。

◆ 五、放回日子里

那天中午，门诊散了。小许、老赵、赵敏，各自走了，门关得严严实实。

王大夫一个人，在诊室里坐着。他把听诊器的胶管一圈一圈绕好，放进抽屉里。抽屉里还有三十年前的一本旧病历，纸页都黄了。

门外的走廊，护士小邓在收长椅上的纸杯，哼着一支不成调的歌。三十年里，这样的中午，他经过了不知多少回。今天，他才第一次觉得，这一天里的每个人，都在走自己的路，而他正好站在路口上。

他没有写新的东西。他只是想，明天一早，会有另一个医生坐在这个位子上，另一个病人，拿着另一张单子，走进这间屋子。那个病人，也有一条他自己的路。

他想给那位接手的医生留一句话。想了半天，剩下的还是那一句：先来的，是哪一样?

给你一个办法，也是这本书交到你手上的最后一样东西。

下一回，你坐在诊室门口等叫号的时候，不必背任何术语，只在心里问自己三句：先到的是名、灶，还是痛？锁住了没有？手里这张单子上的数，是跳的、波的，还是散的？问完，进去，把你的答案，用自己的话，说给医生听。

剩下的，请和你的医生商量。

> **带走的话**
>
> 病在哪里？在你走进来的那条路上，在那条路被锁住的地方。

> **小账**
>
> 本章拆了什么：「病在哪里」这个问法里藏着的一个默认，即病是一个可以指给人看的地方。
>
> 本章立了什么：书名之问的回答：病在名、灶、痛先后落下的那条路上，在那条路被锁住的地方；以及这个回答怎样才算错。

附 录 一

判词怎样才算错

先把判词再摆一次：

> **同一个病，从不同的路走进来，就不是同一个病。病不在病灶、病人角色、病痛任何一头，在名、灶、痛三样东西先后落下的那条路上：哪一样先到、哪一样后到、在哪一步被治疗锁住。西医把这条路上的差别叫领先时间偏倚、病程长度偏倚、过度诊断、反安慰剂，当误差减掉——减掉的正是病自己的发生史。治愈是一股推向创造、自由、幸福的力量（在价值账里算，在意义账里看它推到了哪里）；化验与影像、病程曲线、风险分布，只是它一路留下的读数。**

判词能被推翻，才配站在第一页。下面是致命条款的原文，照录，一字不改：

致命条款（草拟，预注册）：分三条检验，第一条是主条款。其一，路径：若 NIFTP 改名者在登记的观察窗内，患者报告结局与自认癌症幸存者的比例回到腺瘤对照的等效界之内（复查频率只作次要结局），且全切加放射碘与腺叶切除两组没有差别，「入病路径是病的属性」与「撤名不复原」撤回，入病路径降为可校正的偏倚，本卷退回 Welch。其二，次序：在 130/80 断点两侧，血压相同而入病路径不同（筛查路与症状路）的两组，此后病程不分叉，或被贴标签者的病痛变化不先于病程变化，「标签先行效应」撤回。其三，断路：若「有灶无痛」与「有痛无灶」两类人群对确诊的反应方向相同，「断路有方向」的命题撤回。Haynes 1978 年的高血压贴标签研究只作旁证；等效界、观察窗与路径码表在试验前登记。

用人话，把三条各撤回什么、退到哪里，再说一遍。

第一条是主条款，管路径。改名者在登记的观察窗里，患者报告结局与自认癌症幸存者的比例回到腺瘤对照的等效界之内，并且全切加放射碘与腺叶切除两层没有差别：「入病路径是病的属性」与「撤名不复原」都撤回，入病路径降为可以校正的偏倚，本卷退回 Welch。复查频率只作次要结局。

第二条管次序。在 130/80 两侧，血压相同而路不同的两组，此后病程不分叉，或者被贴标签者病痛的变化并不先于病程的变化：「标签先行效应」撤回。这里的「不分叉」，指做过领先时间校正之后。

第三条管断路。有灶无痛与有痛无灶两类人对确诊的反应方向相同：「断路有方向」撤回。

Haynes 1978 年的高血压贴标签研究只作旁证。等效界、观察窗与路径码表，在试验前登记。

三条的分量不一样。第一条触发，本书整个退回 Welch，这是树干；第二条触发，只撤回「标签先行效应」，也就是名先到、痛跟着变那一半；第三条触发，只撤回「断路有方向」。结果落在中间，比如只有腺叶切除者回去了，那是收窄，不是撤回：「撤名不复原」只留在锁得深的那几层。无论哪一种，被改的是本书自己的命题，不是西医的任何一项做法。

◆ 条款一的「并且」，配不到对照时怎样读

这一步防的是：全切加放射碘这一层配不到腺瘤对照，「两层没有差别」那一半测不准，条款一就永远不触发。

登记设计这样补。这一层改用因为良性的病做了全切、此后终身服药的人作同层对照〔待核：可用的良性病全切人群〕，比较标作「描述性」。条款原文一字不改，两半仍然都看；读的时候，先看另一半，也就是改名者是否回到等效界之内，两层的差别作辅助。回到了，两层的差别也落在等效界以内，按触发读；回到了，两层却差出界外，照实写，作收窄读。

◆ 条款三的「方向」怎样算

这一步防的是回归均值。为什么说「方向相反」几乎白送？你想一想就明白：有痛无灶者多在痛的高点就诊，过了高点自己会往下走；有灶无痛者本来处在低位，往上晃一点也平常。

登记设计这样补。每类人配同期、处境相同、还没落下诊断的匹配对照，做双重差分；或者把基线读数作协变量调整。两种办法登记时选一种作主分析，另一种作检查。

一个人的变化，是确诊后固定时点的病痛得分减去确诊前最近一次的得分。一类人的方向，是确诊者的平均变化减去匹配对照同期的平均变化，看剩下那个数的正负与大小。

两类人剩下的数，置信区间都不跨零且正负相同，算方向相同，条款三触发；都不跨零且一正一负，算方向相反；有一类跨零，或者剩下的数小于等效界，记作未决，不触发，也不算本书站住。

◆ 本书自认这几个设计里最弱的地方

三处，如实写在这里。为什么要自己写出来？因为你迟早会自己找到它们，与其等你找，不如先摆在桌上。

第一，条款一在锁得深的那一层难以配到对照。良性病全切加服药的人补上了激素和药，补不上放射碘。这一层只读到描述，条款一在这里的力量，弱于腺叶切除那一层。

第二，条款三的方向难以脱离回归均值。匹配对照和基线调整能扣掉大半，扣不掉「哪一天来看病」里本人挑的那一部分；还没确诊的对照，也未必和确诊者站在同一个高点上。

第三，次臂回溯的部分只能作次要结论。旧病历里没有成形的病痛量表，主诉记的是看病那天，不是难受那天。领先 4–12 周这样的次序，只能靠前瞻队列来判。

还有一处要提。改名者里有人从未被告知改名，告知与否登记成变量，也只能部分剥开名在心里撤没撤。

附 录 二

预注册预言

分歧预测（主、次）与判决性试验，三段原文照录，一字不改。

分歧预测（主）：NIFTP 改名。按 Welch 的过度诊断框架推下去（本卷的推论，须核原文），被「撤癌」者剩下的只是标签心理，撤名后应向从未被称为癌的人回归。本卷预测：与同样做了腺叶切除、一直诊断为滤泡性腺瘤的人相比，改名者在 12 个月内的患者报告结局与自认「癌症幸存者」的比例，整体不回到腺瘤对照的等效界之内（复查频率受 2016 年后指南影响，只作次要结局）；分层看锁点——做过全切与放射碘、终身服药者不回归，只做腺叶切除者部分回归

分歧预测（次）：在低风险 1 期、只做生活方式干预的高血压人群里，经筛查路（灶→名→痛）进来的人与经症状路进来、血压相同的人，此后病程分叉；标签后病痛先变，预登记领先 4–12 周；血压先因应激升、后因行为降，翻转点预登记在 3–6 个月之间。「有痛无灶」人群确诊后病痛下降、病程不变——须先对账 White 等 2002 年的纤维肌痛贴标签研究〔待核〕

判决性试验：主臂用 NIFTP 改名做自然实验——改名者对腺瘤对照，按手术方式（腺叶切除／全切加放射碘）分层，等效界与观察窗事先登记；次臂沿用 130/80 的模糊断点回归，按入病路径（筛查路与症状路）分组比较，避开回归均值

下面是需要在看到任何结果之前预登记的项目。凡标「给规则」的，本书只写定数的规则，具体的数由登记时按规则算出；凡标「不给数」的，本书不自拟数字。

项目	登记什么	本书给不给数
等效界		

项目	登记什么	本书给不给数
	主结局两项各自差到多小，算「回到对照之内」；用双单侧检验	给规则：取所选量表最小临床重要差异的一半；α＝0.05、把握度 80%（通行值，登记时可调）
观察窗	起点与长度。分歧预测（主）原文写的是 12 个月内，致命条款写的是登记的观察窗，二者的关系，登记时一并写明	起点给规则：改名者以重新判读的报告进病历之日起算；对照取同一日历时段、术后年头相近之日；本人被告知之日另记
路径码表	三个时间戳的定义，同日并列的归类，缺项的归类，分不清时的合并规则；公开	不适用
κ 下限	盲编一致性的下限，达不到的病历不进分析	给规则：两位编码员盲编，κ 的置信区间下限不低于通行分级里「中等一致」的起点〔待核：通行线〕；整体不过，码表重修、换病历重编
领先 4–12 周	次臂：标签落下后，病痛的变化领先病程变化的预测区间	原文给出区间
翻转点 3–6 个月	次臂：血压先因应激升、后因行为降的翻转预测区间	原文给出区间
主结局工具	患者报告结局用哪一种已发表量表；「癌症幸存者」问法与选项	不给数
领先时间校正	次臂校正的具体方法，在看轨迹之前定	不给数
重复测量规则	次臂入组时测几次、怎样取值，用来避开回归均值	不给数
对照与基线	改名者怎样认定，对照怎样配，哪些基线变量进模型；找不到对照的层如何处理	不适用
次要结局	复查频率；终身服药与指南复查安排作为控制变量	不适用
样本量	由等效界、α、把握度倒推，再按失访放大	给算法，见下
路径变量与嵌套对照	主臂每人的路按码表盲编为变量；腺瘤组里同一条路的人作对照，分开「名」的作用与「路」的作用	不适用
深锁层对照		不适用

项目	登记什么	本书给不给数
	全切加放射碘层配不到腺瘤对照时，改用良性病全切加终身服药者，该层标作描述性；条款一的读法见附录一	
混杂清单	甲状腺功能化验值、服药剂量与调整次数；本人是否被告知改名及日期；告知与否若作工具变量，所用撬杠（举例：医院有无统一回查通知的做法）及理由	不适用
主结局读的次序	两项同列主结局不变；身心状况量表为主心骨，自认「癌症幸存者」作认知结局排在其后，不单独撑判词	不适用
结果三分	差距整个落在界内算回到；整个落在界外且改名者更差算没回去；其余算未决，未决不算本书站住	不适用
数据来源	两臂都是前瞻登记与回溯取数并行；判条款以前瞻为准，回溯只作次要结论	不适用
次臂识别	断点回归只估「被贴上标签」的那一跳；路径分组只作分层描述	不适用
反向因果	主分析限于不靠症状触发的测量场合；症状触发的单列作敏感性分析；标签前病痛读数作基线；就诊原因盲编	不适用
断路的方向	匹配对照、双重差分或基线调整、方向的算法与同号、异号、未决的判法，见附录一	不适用

以上都登记在看到任何结果之前。结果出来以后，不论方向，一律公开，包括让本书难堪的方向；样本不够，就写「样本不够」，不把「没查出来」写成「没有」。

◆ 样本量怎样倒推（举例，不当证据）

这一步防的是：样本太小，什么差别都查不出来，再把「没查出来」说成「回去了」。

下面只演示算法，数全是假设的，不是登记值，你不要把它当证据读。

设所选量表的最小临床重要差异恰是量表标准差的一半（举例），等效界取它的一半，即标准差的四分之一；两组真实差距设为零；α＝0.05，把握度　80%。每组人数约为：2 ×（1.645＋1.282）² ÷ 0.25²，约 274 人。按两成失访（举例）放大，每层每组约 343 人；主臂两层、每层两组，合计约 1370 人。真实差距不为零时，要的人更多。登记时按选定量表的真实数重算。

附 录 三

欠条表

这是第 10 章欠条表的完整版。欠条的意思很窄：立论门之外，直接拿来用、没推出来、又没有声明的项。公开承认的条件，不算欠条。

一、三家的欠条

派	它在自己门里推出来的	它直接拿来用、没推出来、也没有说明的	欠在哪一头
病理派	病灶可以一级一级往小处找；找到了灶，就能追原因、动手	其一，诊断阈值当作病灶自带的刻度，没有说它是一群人商量定的。其二，灶要被看见，得有人走进诊室，人来不来、为什么来，当作不用问的事	角色；病痛
病人角色派	病不只在身上，被准许请假、不尽义务，这套准许本身是病的一部分	其一，准许所凭的诊断单当作现成在手，没有说名和灶是怎么来的。其二，「难受」当作已经在那里，没有说它从哪来	病灶；病痛
病痛派	「我很难受」是独立的事实，病人怎么讲，值得认真听	其一，病人讲难受用的词，多半是医学借给他的，当作他自己的话。其二，难受的样子是在问诊的一来一回里长出来的，当作他一个人长成的	病灶；角色

三家共有、从未说出的前提，原文如下：

病有一条不经过「怎样被走进来」的自然史，三家各自争的只是这条自然史落在哪一头；入病的次序被三家一致交给了流行病学，当作偏倚去校正

二、三张具体欠条

欠条	章	内容
欠条一	第 11 章	诊断阈值每往下挪一格，招进一批新的人，这批人回头改写了这个病的预后。刻度是委员会在互动里定的，被当成病自带的
欠条二	第 12 章	盲法、领先时间校正、安慰剂减法，共用一个与路径无关的「真病」做零点，这个零点没有被证明过
欠条三	第 13 章	病理医生的分歧被挤进阈值边上的窄带，病在窄带里被造出；最清楚的病不吵，最吵的地方在边上

三、对手与前人，各把哪一样当成了给定

对手	把哪一样当成给定	本卷多出的那一点
Mol	各个实践点并存（多）	次序与锁点
康吉莱姆	此刻的规范能力	规范能力随名、灶、痛的到达次序改写
Welch 与 Black 2010	「此人一生」那条不经路径的自然史	取消这条参照；过度诊断是六条路中的一条（筛查路）
Feinstein 1985	分期迁移之下病程不变	假象里有一部分是真改了病程，比例待实测
Moerman；Benedetti	意义是加在药效上的一份附加量	名到达的时刻改写了后面的路
Kirsch；Kube 与 Rief	批评了可加性，仍保留「真药效」做零点	零点本身是一条路径
Helman 1981	错相是两套解释的错位	错相是断了的路
Jutel	诊断是一次性的命名事件	命名有先后位置，且经治疗被锁
Hacking	类别随时间漂移	类别不变、个人走的路不同、病就不同，并且有锁点

附 录 四

最小模型

一个只写结构、不给拟合参数的示意模型。它的用处，是把码表、锁点和预言放在同一张图上，看清哪一组数据能推翻哪一句话。

一，对象。一个人的一次病，只看三件事：名、灶、痛。每件事有一个到达时刻：t名是首个诊断编码，t灶是首个病灶证据，t痛是首个症状。没有到达的，记为缺项。

二，路径。路径就是三个时刻从小到大的排序。三个时刻都在、互不相同，排出六条路；缺一项，是断路；同日并列，按码表事先规定的归类处理。

三，状态。用一个三位的开关组表示：名是否已落，灶是否已落，痛是否已落，每位非零即一。路径决定这组开关被依次打开的顺序，缺项者停在没有全开的地方。

四，锁点。再加一个开关　　L，取值是锁了或没锁。治疗事件（切除、终身服药、复查日程成立）把　L　打开，打开以后不会自己回去。撤名是另一个事件：把「名」那一位关掉。规则只有一句：L　没开时撤名，后面的轨迹回到从未被命名者那一族；L　已开时撤名，后面的轨迹仍留在被命名过的那一族。锁有几道，只记道数，不设数值。

五，回写。名落下以后，病痛的读数先动，血压的读数后动。病痛领先病程的时间，取分歧预测（次）的 4–12 周；血压先因应激升、后因行为降，翻转点取 3–6 个月。这两个区间照原文，其余一概不设。

六，能做什么。主臂的数据，检验第四节里的锁：撤名发生在锁已开的人，是否回到对照那一族。次臂的数据，检验第五节里的两个区间，并检验领先时间校正之后是否仍分叉。断路的数据，检验第二节里「没有全开」的两类人，对确诊的反应方向是否相反。

七，怎样被推翻。锁这一条被推翻，意思是：撤名发生在锁已开的人身上，后面的轨迹却回到了从未被命名的那一族。回写这一条被推翻，意思是：病痛的读数并不先于血压的读数动。

八，摆一摆。拿小许来摆：t痛最早，t名随后，t灶缺项，路是标准路里的断路，三位开关停在「名、痛已落，灶没落」。拿赵敏来摆：手术把 L 打开，后来名被撤，L 仍是开着的，按第四条的规则，她留在被命名过的那一族。这只是摆放，不是证据，人物不承担证据。

九，不能做什么。它不拟合，不预测某一个人，不替任何人决定要不要复查或服药。

◆ 十，次序怎样进模型：滞后更新。

先说适用范围。第一至九条只管到达次序和锁，不解三方程。三方程若当作静态联立来读，求的是三个量都不再变的那一组数，解与代入次序无关。

本卷说的「先代入哪一个，解不同」，是动态的读法。三个量一步一步互相更新，记第 k 步的病痛、病灶、角色为 痛(k)、灶(k)、角(k)。每一步里先更新的那一个，用第 k−1 步的值；后更新的，用本步已经改过的新值。次序，就是每一步里先更新谁；入病路径给出的，是头几步先更新谁。

两步的数字，下面全是举例，不是拟合。规则：痛 ← (灶 + 角) ÷ 2；灶 ← 6 + 痛 ÷ 3；角 ← (痛 + 灶) ÷ 2。起点 痛(0)＝0，灶(0)＝6，角(0)＝0。

每步次序	第一步 痛、灶、角	第二步 痛、灶、角
先痛，再灶，再角	3，7，5	6，8，7
先角，再痛，再灶	4.5，7.5，3	6.75，8.25，6
三个同时，只用上一步的值	3，6，3	4.5，7，4.5

同一组规则、同一个起点，轨迹不同。这组规则是平顺的，一直算下去三条轨迹都收到 9，9，9，差别只在路上。

差别变成终点的差别，靠的是第四条的锁　　L：轨迹在哪一步碰上不可逆的事件，后面就按被锁的那一族走。所以「解」在本卷指整条轨迹连同锁点，不指不动

点。三方程本身的写法与记号不变，见第 15 章末方框；这里的「痛、灶、角」只是记步数用的简写。

附 录 五

术语对照

正文用大白话。下表给出每个大白话在本系列里对应的术语，以及号位与记号。号位、方程字母只在这里和第 15 章末的方框里出现。

大白话	本系列术语	号位与记号
三头（病灶、角色、病痛）	客体、互动、主体三种属性	一、二、三号位的侧重〔待核：对应次序〕
三家（病理派、病人角色派、病痛派）	押客体、押互动、押主体的三家	编码假说；与三头只是部分映射
三界（名、灶、痛）	理念界、现实界、自我界	不与三头一一对应
入病路径，路	差异序列	D
病在路上分了岔	差异那一维在动，病程分叉	D
东西露出来、被看见的那一下	显露	S
聚合体（病人、身体、医生、病历、家人合起来的一团）	特征纠缠的聚合体	E
锁点，锁住	不可逆节点，吸收态	无
撤名不复原	过了锁点的撤名，不回到从未被命名者的状态	无
六条路	名、灶、痛三个到达时刻的六种排列	无
断路	错相，缺失模式	无
读数（跳、波、散）	表征；粒子、波、场	无
欠条	隐含前提，未声明的原始项	无
记功口	归因点	无
回写	反馈，循环	无
一锅粥，正在成形，定型	混沌，介生，秩序	无
三层（读数、好不好、为了什么）	读数层、价值层、意义层	无

大白话	本系列术语	号位与记号
真守，善推，美聚	真、善、美	无
病痛随病灶和角色变	属性三方程之一	F：病痛＝F（病灶，角色）
病灶随病痛和角色变，经应激与依从	属性三方程之二	G：病灶＝G（病痛，角色）
角色随病痛和病灶变	属性三方程之三	H：角色＝H（病痛，病灶）
三方程不交换	入病路径就是代入次序	无
欠条定理	借用而未写明的原始项，按码表可以一笔一笔数出来的审计；不是数学意义上的定理	无

怎样用这张表。读正文遇到不熟的词，先在左栏找大白话，右栏只是它在本系列里的叫法。本卷正文不写右栏的词，写了，也只在第一次出现时给一个括注。

三头与三界是两组三元，不要混。三头是病灶、角色、病痛，病灶是客体一头，角色是互动一头，病痛是主体一头；三界是名、灶、痛，说的是三样东西落在哪里。两组不一一对应：诊断名不是角色本身，是三头在理念界共同留下的读数。入病路径里排的是三界，三方程里代的是三头。

◆　怎样不混。三头和三界各有三样，又都用到「灶」「痛」两个字，最容易串。三个小办法，与第 4 章「名不是角色」那条线一致。

一，先问在问什么：问「它随谁变、怎样量」，是三头；问「它落在哪里、什么时候到」，是三界。二，看量法：三头用患者报告结局、影像与化验、病假与就诊记录来量；三界用三个日期来读。

三，把句子里的「名」换成「角色」读一遍，意思变了，就没混；意思没变，多半是把名写成了角色。举例：老赵的病名早已落下，他一天假也没请过，名到了，角色几乎没动。

D×E 记号：本卷正文不用，本表也只列到 S、D、E 三个字母；D×E 的具体写法，待王德生补入〔待核〕。

◆ 它到底多了什么。上表多数行只是改了叫法。下面逐个说一句：去掉这个词，哪个判断就说不出。

大白话	去掉它，说不出的判断
三头	三家各押一头、各欠另外两头，欠条就数不出落在哪里
三界	名、灶、痛谁先到排不出来，六条路与断路都没有了
入病路径	「同一个病名，走进来的路不同，就不是同一个病」无处安放
病在路上分了岔	「校正后仍分叉才算属性」那条线没有东西可量
锁点	说不出撤名为什么在全切加放射碘者身上回不去，在腺叶切除者身上部分回去
撤名不复原	主预测与致命条款其一没有对象
断路	「有痛无灶」「有灶无痛」只是两个格子，说不出两格各往哪边走
欠条、欠条定理	「三家各自都借了另外两头」只能是印象，不能被盲编核对
三方程不交换	三方程只剩一组不动点，说不出次序怎样改了轨迹
回写	「名先到，痛跟着变」的领先 4–12 周与翻转 3–6 个月无处登记
读数（跳、波、散）	分不开「化验变了」和「病变了」
记功口	说不出好转该记在药上还是记在人上

附 录 六

与本系列对账

本卷用了本系列已出各卷的工序，不重讲它们已经判过的事。对账如下。

书号	书名	与本卷的关系
第391号	《价值是谁创造的？——普通人都能明白的经济学》	方法母本。本卷用它的十一件核心技术：三家各押一头（第 2—4、10 章）、欠条与欠条定理（第 10、15 章）、最强的对手（第 6 章）、四个「互相」检验学科史（第 14 章）、三层缺了第一层（第 16 章）、读数不是显露（第 22 章）、危机四型（第 26—28 章）、AI 坐上主体位（第 29—31 章）、回写（第 31 章，附录四）、三本账落到日子（第 32—35 章）、文体装置
第255号	《SDE价值发生学》	真、善、美的完整发生已在那里讲过。本卷第 23、33 章只给它们在看病这件事上的操作定义：真守、善推、美聚
第388号	《三缺一的身体》	三大文明的身体观在那里。本卷讲疾病与诊疗，写到西医怎样看身体，一句带过
第306号	《心理学的典范革命》	一般的发生学心理学框架在那里。本卷第 29 章写主诉在问诊里长成形状，只借用，不展开
第396号	《属性纠缠论》	丛书的总论：主体、客体、互动三样属性怎样互相纠缠地发生。本卷只是它在「病」上的一次应用

与两部最相邻的书，边界在哪里？再写几行。你要是想看一个身体怎样被看，读第 388 号；想看一个病怎样被走出来，读本卷。

第 388 号《三缺一的身体》讲身体观：西医、中医与印度三家各怎样看一个身体，各自缺了哪一样。本卷讲病与看病：诊断名怎样来，病灶怎样被找，病痛怎样被听，治疗怎样锁，疗效怎样记功。写到西医怎样看身体，本卷一句带过，不重写身体观；本卷的入病路径、锁点与撤名不复原，那本书不讲。

第 396 号《属性纠缠论》讲主体、客体、互动三样属性怎样互相纠缠地发生，是总论。本卷只把它用到病上：三头里，病痛是主体一头，病灶是客体一头，角色

是互动一头；属性三方程，是这层纠缠在看病这件事上的操作定义（第 15 章）。总论的道理，本卷不重讲。

边界还有一条：本卷新加的入病路径、锁点与两条分歧预测，只由本卷自己的致命条款来判。它们对了，不替总论加分；错了，也只撤本卷的话，不连带总论与第 388 号。

同丛书其余各卷，母题名一栏留空，待统稿时填入。

卷	母题名
生理学卷	统稿时填
生物学卷	统稿时填
心理学卷	统稿时填
中医卷	统稿时填
文学卷	统稿时填
音乐卷	统稿时填
经济学卷（第 391 号）	统稿时填

本卷母题「入病路径」，由六次一阶碰撞涌现。下面六句推论，各自用西医自己的材料写在正文里；碰撞的名字，只在这里出现。

碰撞	涌现出的推论	正文落点
撞生理学	诊断阈值招进来的人改写了自然史	第 11 章
撞生物学	诊断在命名的同时划出承载者	第 2、3 章
撞心理学	主诉是在问诊里长成形状的	第 29 章
撞中医	西医的分歧被挤进阈值边上的窄带，病在窄带里被造出	第 13 章
撞文学	名、灶、痛到达的次序不同，病就不同	第 17、18 章
撞音乐	撤名不等于复原	第 19 章

附 录 七

〔待核〕清单

下表以任务书立下的 51 条为底。核不实时，按最后一栏改。

#	内容	出现在哪一章	核不实时怎么改
1	White 等 2002 年纤维肌痛贴标签研究（大纲原有）	分歧预测（次）、第 14、18 章	若结论相反，「有痛无灶确诊后病痛下降」改为待检验命题，交王德生裁
2	「按 Welch 的过度诊断框架推下去」（大纲原有「须核原文」）	第 7、19、36 章	写明「这是本书的推论，Welch 未说」
3	Morgagni 拉丁原题	导论	只写中文题
4	Boorse 1975、1977 两文	第 1、24 章	改写为转述，不加引号
5	Engelhardt 1974/1975	第 1 章	换成规范派其他代表或删
6	Nordenfelt《健康的本质》	第 1 章	删
7	Wakefield 1992	第 1 章	转述
8	Bichat 1800《论膜》	第 2 章	只写「Bichat 把病定位到组织」
9	Virchow 1858《细胞病理学》	第 2 章	同上处理
10	BRCA 携带者命名史	第 2 章	换别的携带者例子
11	Parsons 1951《社会系统》病人角色章节；豁免与义务	第 3 章	只写「病人角色」不列项
12	Young 1982 篇名	第 3 章	只写作者与年份
13	Kleinman 1988《疾痛的故事》	第 4 章	只写作者
14	Cassell 1982 文、1991 书	第 4、16 章	只写作者
15	Engel 1977 Science 文	第 5 章	只写作者与年份
16	Mol《多重身体》出版年与「动脉粥样硬化」案例	第 6 章	转述其主张，不举细节
17	康吉莱姆《正常与病理》1943/1966 与「规范能力」	第 6 章	转述

#	内容	出现在哪一章	核不实时怎么改
18	Welch 与 Black 2010 期刊名	第 7 章	只写作者与年份
19	Feinstein 1985 合著者与期刊	第 7 章	只写 Feinstein 1985
20	Ahn 等 2014 韩国甲状腺癌筛查	第 7 章	删
21	Moerman 2002 书	第 8 章	只写作者
22	Benedetti 相关专著	第 8 章	只写作者
23	Kirsch 抗抑郁药与安慰剂研究	第 8 章	转述
24	Kube、Rief 可加性假设论文	第 8 章	只写作者
25	Helman 1981 篇名	第 8 章	只写作者与年份
26	Jutel 2011《Putting a Name to It》与观点	第 8 章	只写作者
27	阑尾炎抗生素对手术试验（CODA 2020）	第 9 章	换别的研究或删，按第四节退路收窄
28	2017 ACC/AHA 130/80	第 11、14 章	只写「美国新指南」
29	糖尿病或骨质疏松阈值调整史	第 11 章	删
30	领先时间、病程长度偏倚教科书定义	第 12 章	改为通行说法，不引书
31	Elmore 等 2015 期刊与一致率数字	第 13 章	不写数字，只写「分歧集中在中间」
32	ACR 1990 纤维肌痛标准	第 14 章	只写「纤维肌痛被正式命名」
33	Marshall 与 Warren 1984	第 14 章	只写人名
34	Nikiforov 等 2016 NIFTP	第 14、19、36 章	只写「2016 年改名」
35	Cohen 1960 κ 系数	第 15 章	删出处，只写 κ
36	FDA 2009 患者报告结局指南；PROMIS	第 16 章	只写「患者报告结局」
37	Saunders「全人痛苦」	第 16 章	只写「姑息医学的全人痛苦」
38	风险路例子（携带者、糖尿病前期）	第 18 章	换例子
39	2015 美国甲状腺协会指南	第 19 章	只写「指南」
40	NIFTP 复发风险数字	第 20 章	不写数字，只写「很低」

#	内容	出现在哪一章	核不实时怎么改
41	世界卫生组织 1948 健康定义	第 21 章	转述
42	Laennec 听诊器、Röntgen X 光、Hounsfield CT 年份	第 25 章	只写人名与「十九世纪初」之类
43	替代终点与硬终点不一致的例子（CAST 试验）	第 26 章	换例子或删
44	Studdert 等 2005 防御性医疗调查	第 27 章	删
45	机会性影像 AI 发现；Apple Heart Study 2019	第 28 章	只写「可穿戴设备的心律提示」
46	问诊学：开放与封闭式问题；Beckman 与 Frankel 1984	第 29 章	删数字，转述
47	AI 影像诊断与医生对比研究	第 30 章	只写「已有研究在某些读片任务上」
48	Hacking 1995 循环效应	第 31 章	只写「Hacking 的循环效应」
49	Semigran 等 2015 症状自查准确率	第 31 章	删数字
50	模糊断点回归方法文献	第 36 章	不引，只写方法名
51	人物年龄段与小许职业（默认值）	第二节	按裁定改

此外，各章执笔时新增的〔待核〕，按章列在下面。全书正文里的〔待核〕逐处清单附在本附录末尾，统稿时按正文重新汇总。

- 导论：Morgagni 拉丁原题（第 3 条）。
- 第 1 章：奴隶逃跑症的提出者与年份。
- 第 2 章：「分子病」的作者与年份；甲状腺尸检小癌灶研究的出处与数字（第 10 章同）。
- 第 3 章：Parsons 章节位置与逐项原话；后来批评者及其原话。
- 第 4 章：Kleinman 对 illness 的定义原话；「解释模型」的术语与出处；Cassell 的篇名、期刊与苦难例子。
- 第 5 章：Engel 的篇名与期刊、新模式的原话与术语、立场与「系统」说法；两处例子；对手作者年份；Jutel 人名译法。

- 第 6 章：Mol 的具体案例、各实践点的做法、enactment 译法；康吉莱姆的规范表述与三处转述；本书对 Mol 与康吉莱姆两处读法是否与原书冲突。
- 第 7 章：Welch 定义、边界与随机分组算法的转述；Will Rogers 笑话的出处；本书对 Feinstein 的读法是否与原文冲突。
- 第 8 章：Moerman 的书名与年份；意义反应的观察（药片、胶囊、医生口气）；Benedetti 的专著与机制；Kirsch、Kube 与 Rief 各自的论文；「互相缠着」的说法与新试验做法；Helman 的篇名、期刊与「错相」译名；Jutel 的书名、年份与「命名事件」的说法。
- 第 9 章：CODA 试验的名称、年份、结论与改做手术的比例；阑尾炎在有外科之前的致命性；影像顺带发现的阑尾炎与脊椎压缩性骨折；两种处理之后「担不担心再发」的研究（未找到）；切下来病理正常的阑尾。
- 第 10 章：Boorse、Kleinman、Parsons 三处转述。
- 第 11 章：140/90 与「前期」的沿革；指南所参考的试验及结论；低风险者先从生活方式做起的表述；Platt 与 Pickering 之争；欧洲学会的 140/90；糖尿病两条线；骨质疏松阈值的提出年份与数值。
- 第 12 章：领先时间校正的教科书表述（第 30 条）；「似乎能保护心脏」那项试验的名称、年份与结论；体检路与症状路是否同批，因试验而异。
- 第 13 章：Elmore 等 2015 的题名与一致率（不写数字）；各类别一致率；同一医生隔段时间再读；「参考诊断」的产生方式；原位癌的处理方案因地区和指南而异；低风险原位癌先观察的试验；滤泡性病变判读分歧的相关研究；NIFTP 的随访数据与结论；指南对这一类病变的处理建议。
- 第 14 章：纤维肌痛曾有的几种叫法；ACR 1990 标准的具体内容与后来几版的改动；White 等 2002 的作者、期刊与结论；Marshall 与 Warren 的发表年份、自饮培养液的故事、对照试验与 2005 年诺贝尔奖；溃疡与止痛药的关系；Haynes 1978 的作者、年份、期刊与数字；模糊断点回归的方法文献；2015 年美国甲状腺协会指南与 2016 年之后的变化；「自然实验」的叫法。
- 第 15 章：Cohen 1960 年的 κ 系数出处。

- 第 16 章：Sprangers 与 Schwartz 1999；Saunders 的职业经历、医院名称与年份、「全人痛苦」四层说法；Cassell 的年份与原话；姑息医学早期介入。
- 第 17 章：Welch 与 Black 的期刊；Feinstein 的合著者与期刊；Helman 的错相；Hacking 1995。
- 第 18 章：携带者与「前期」的定义和年份；偏头痛、肠易激综合征、纤维肌痛的诊断标准；White 等 2002 的作者、期刊与结论；Haynes 1978 的细节。
- 第 19 章：腺叶切除之后服药的比例；NIFTP 的中文译名；Nikiforov 等 2016；相关机构对「癌症幸存者」从确诊起算的表述；Welch 与 Black 的期刊；Welch 原文是否蕴含「撤名后应回归」；2015 年美国甲状腺协会指南及其后对 NIFTP 的建议。
- 第 20 章：病理诊断流程为叙事简化；Nikiforov 等 2016；这类结节复发或转移的风险（不写数字，只写「很低」）。
- 第 21 章：世界卫生组织健康定义的年份与原文。
- 第 22 章：参考区间的通行定义。
- 第 24 章：Boorse 1975、1977 两文的核心定义；规范派对「健康」的表述；「Boorse 的事实一半取自规范派的价值」一句的出处；Nikiforov 等 2016。
- 第 25 章：Jewson 的篇名与年份；Laennec 1816 年与 1819 年出书的细节；Röntgen、Hounsfield 年份；胸片筛查肺结核；「意外发现」叫法；AI 影像辅助的选定研究与已获准的眼病系统；泛化性问题。
- 第 26 章：CAST 试验的名称、年份与结论；「长年做下去的随机对照试验」的选定试验。
- 第 27 章：防御性医疗的定义表述；Studdert 等的作者、期刊与结果；躲开高风险病人的说法。
- 第 28 章：苹果心脏研究的名称、年份、结论与数字；机会性影像 AI 的具体系统与研究；护士站预警系统的具体产品；摔倒检测设备；早发现究竟让多少人少受罪的各项研究；提示带来虚惊的证据。
- 第 29 章：开放式与封闭式问题的通行讲法；Beckman 与 Frankel；用词一节的篇名与年份。

- 第 30 章：辅助检测软件出现的年代；AI 与医生对比的选定研究；换机构后性能下降的报告；自动化偏倚的文献；警报疲劳；道德缓冲区的提出者与年份。
- 第 31 章：安慰剂组也有不良反应；Haynes 1978 缺勤增加一项的研究对象、对照与幅度；Hacking 1995 的篇名与论述；症状自查准确率研究（Semigran 等，不引数字）；White 等 2002；更正之后仍留影响的代表文献。
- 第 32 章：参考范围「中间约百分之九十五」的通行说法；切点权衡。
- 第 33 章：Kleinman 病痛叙事。
- 第 36 章：2016 年后指南对随访的具体改动与版本；Haynes 1978 的做法与结果。模糊断点回归，不引文献，只写方法名，已按第 50 条的退路处理。
- 附录五：号位的对应次序；D×E 记号的写法。

◆ 各章正文中的〔待核〕逐处清单

以下是各章正文里每一处〔待核〕标记及其上下文，共 274 处；上表条目在正文中出现的位置也在其中。核对时可按章查。

#	出现在	上文	标记
1	第 1 章	…，一篇谈健康作为一个理论概念（1977）	〔待核：篇名、期刊〕
2	第 1 章	…大片叫正常，偏离到足够低的那一端，就是病	〔待核：核心定义的原句〕
3	第 1 章	…一片，偏离这一片到足够远的，才叫低于典型	〔待核：参照类与功能的表述，此处为转述大意〕
4	第 1 章	…逃跑症，说是黑人奴隶身上有一种想逃跑的病	〔待核：提出者与年份〕
5	第 1 章	…做不成事的illness，两者要分开说	〔待核：1975 年那篇文章的区分〕
6	第 1 章	…不算病？比如在某些年代，龋齿几乎人人都有	〔待核〕
7	第 1 章	...ardt）在1970年代写过相关文章	〔待核：篇名与观点〕
8			〔待核：书名、年份、原表述〕

#	出现在	上文	标记
	第 1 章	…成人在一般条件下，实现自己重要目标的能力	
9	第 1 章	…学会的诊断手册，1973年前后被拿出去	〔待核：年份与经过〕
10	第 1 章	…件该被治好的事，而看成一种语言、一种生活	〔待核〕
11	第 1 章	…篇文章里提出：疾病，是一种「有害的失调」	〔待核：篇名、期刊、原表述〕
12	第 1 章	…：哪些痛苦算病，哪些只是人生里该有的难过	〔待核〕
13	第 1 章	…的事。按这个拼法，它不是失调，所以不是病	〔待核：韦克菲尔德对丧亲之痛的讨论〕
14	第 1 章	…用一个「癌」字，让一批人受了不必要的惊吓	〔待核：Nikiforov 等 2016〕
15	第 2 章	…占满整个器官，是落在器官里的某一种组织上	〔待核：书名与年份，通行说法是 1800 年前后〕
16	第 2 章	…细胞从原来的细胞来，病变也从原来的细胞来	〔待核：书名、年份与原话〕
17	第 2 章	…细胞里的血红蛋白，分子本身就和常人不一样	〔待核：作者、年份〕
18	第 2 章	…诊，去世以后，才在甲状腺里发现很小的癌灶	〔待核：具体研究与数字〕
19	第 2 章	...CA1与BRCA2先后被找到并命名	〔待核：年份与细节〕
20	第 3 章	…出版的《社会系统》里，用了一个章节讲医疗	〔待核：章节位置〕
21	第 3 章	…。通行的说法是，权利有两项，规矩也有两项	〔待核：逐项原话〕
22	第 3 章	…有人据此说，这套说法更像是给急病量身裁的	〔待核：后来的批评者与原话〕
23	第 3 章	…1968和Young1982名下	

#	出现在	上文	标记
			〔待核：Young 1982 的篇名为「The anthropologies of illness and sickness」，期刊与页码待核〕
24	第 4 章	…年出版了一本书，中文常译作《疾痛的故事》	〔待核：书名与年份〕
25	第 4 章	…、怎样解释、怎样应付，叫 illness	〔待核：定义的原话〕
26	第 4 章	…，意思是每个病人心里，都有一套自己的说法	〔待核：术语与出处〕
27	第 4 章	…章，题目大意是《苦难的本质与医学的目标》	〔待核：篇名、期刊〕
28	第 4 章	…〕。后来他又写成一本书，1991年出版	〔待核〕
29	第 4 章	…苦；有的人没有任何身体上的痛，也苦得厉害	〔待核：具体例子与原话〕
30	第 5 章	…文章，题目大意是《需要一种新的医学模式》	〔待核：篇名、期刊〕
31	第 5 章	…个新的模式，把生物、心理、社会放在一起看	〔待核：原话与术语〕
32	第 5 章	…。「心理社会史」渐渐成了病历里的一项内容	〔待核：对医学教育影响的说法〕
33	第 5 章	…身边的人怎样对待它，都会改变这场病的样子	〔待核：具体例子与原话〕
34	第 5 章	…他用的是系统的说法，认为各层之间互相牵动	〔待核：原话与立场〕
35	第 5 章	…出来的」「病是生命自己立的规矩」讲得很透	〔待核：作者与年份〕
36	第 5 章	…朱特尔（AnnemarieJutel）	〔待核：人名译法与年份〕
37	第 6 章	…2年出了一本书，中文常译作《多重身体》	〔待核：出版年〕
38			〔待核：具体案例〕

#	出现在	上文	标记
	第 6 章	…里，看这个病在不同的地方是怎样被做出来的	
39	第 6 章	…里，它是一段要被疏通、或者被绕过去的管子	〔待核：各处的具体做法，以她的书为准〕
40	第 6 章	...enactment，大意是演出来、做出来	〔待核：术语译法〕
41	第 6 章	…调怎样发生，是她书里花力气最多的地方之一	〔待核〕
42	第 6 章	…个身份」，也是在几处做法里一点一点长成的	〔待核〕
43	第 6 章	...guilhem）是哲学家，也受过医学训练	〔待核〕
44	第 6 章	…年的一篇医学论文，1966年增订再版	〔待核：版本〕
45	第 6 章	…病理，不是多一点少一点，是两种不同的活法	〔待核〕
46	第 6 章	…在很窄的条件下活，条件稍微一偏，就撑不住	〔待核：原表述〕
47	第 6 章	…相像，只是两边隔着几十年，没有真的吵起来	〔待核〕
48	第 6 章	…以存在，是因为有人觉得自己不对劲，来求助	〔待核〕
49	第 6 章	…一样；病不是旧活法的残缺，是一种新的活法	〔待核〕
50	第 6 章	…书里有没有问过这个先后，本书还需要核原书	〔待核〕
51	第 6 章	…。本书多问的是：谁先到，规矩就先被谁改。	〔待核：以上是本书对康吉莱姆的读法，是否与原书冲突，须核原书。〕
52	第 6 章	…就本书读到的而言，两位前人都没有这样说过	〔待核〕
53	第 7 章	…，发表在2010年，期刊是JNCI	〔待核：期刊〕

#	出现在	上文	标记
54	第 7 章	…一生里，本来不会带来症状，也不会要他的命	〔待核〕
55	第 7 章	…为那个「他本来会怎样」的结局，永远看不见	〔待核〕
56	第 7 章	…那么多出来的那一部分，很可能就是过度诊断	〔待核〕
57	第 7 章	…涨了很多，死于甲状腺癌的人数却没有跟着涨	〔待核：Ahn 等 2014，期刊与数据；本书不引数字〕
58	第 7 章	…著称的现象：WillRogers现象	〔待核：合著者与期刊〕
59	第 7 章	…了另一个州，结果两个州的平均水平都升高了	〔待核：出处〕
60	第 7 章	…多大比例，本书不知道。本书只说：待实测。	〔待核：以上是本书对 Feinstein 的读法，是否与原文冲突，须核原文。〕
61	第 7 章	…间一长，应当向「从来没被叫过癌的人」回归	〔待核〕
62	第 7 章	...Welch推出来的，不是他的原话**	〔待核：Welch 原文是否蕴含撤名后应回归〕
63	第 7 章	…吃了多少药，多少人从此背上一个病人的名字	〔待核〕
64	第 7 章	…书，讲的就是这件事：查得太多，本身会伤人	〔待核：书名与年份〕
65	第 7 章	…完全可以说：伤害会留很久，撤了名也未必散	〔待核〕
66	第 8 章	…书名大意是《意义、医学与「安慰剂效应」》	〔待核：书名与年份〕
67	第 8 章	…时候，他对这件事的理解，会引起身体的反应	〔待核〕
68	第 8 章	…医生说话的口气，据说都被观察到会影响效果	〔待核〕
69	第 8 章	…学家Benedetti，往前又走了一步	〔待核：专著〕

#	出现在	上文	标记
70	第 8 章	…用药物去阻断它，也可以在脑部看见它的活动	〔待核〕
71	第 8 章	…一种药，同一个剂量，两次的效果不完全一样	〔待核〕
72	第 8 章	...irsch，还有Kube和Rief	〔待核：各自的论文〕
73	第 8 章	…。它们可能互相缠着，互相放大或者互相抵消	〔待核〕
74	第 8 章	…了几种新的试验做法，试着把两样东西拆开测	〔待核〕
75	第 8 章	…办法，病人脑子里有另一套，两套常常对不上	〔待核：篇名与期刊〕
76	第 8 章	...ness，查得出病，病人却没有任何不舒服	〔待核〕
77	第 8 章	…任何不舒服〔待核〕。他也写过反过来的一种	〔待核〕
78	第 8 章	…，在这本书里借用一个词来叫：**错相**	〔待核：译名〕
79	第 8 章	…的社会学的书，书名大意是《给它一个名字》	〔待核：书名、年份〕
80	第 8 章	…假，谁有资格拿到治疗，谁被归进哪一类人里	〔待核〕
81	第 8 章	…名的事件：名字落下来，社会的机器随之转动	〔待核〕
82	第 8 章	…得轻、还夹着别的毛病的人，它就没那么准了	〔待核：篇名、期刊与年份〕
83	第 8 章	…与年份〕。后来人们把这件事叫做「谱偏倚」	〔待核：译名〕
84	第 8 章	…，有一个专门的名字，叫外推，也叫外部效度	〔待核〕
85	第 8 章	…医学还发展出一种更贴近日常门诊的试验做法	〔待核：实效性试验的提出者与年份〕

#	出现在	上文	标记
86	第 9 章	…在有外科、麻醉和抗生素之前，常常是要命的	〔待核〕
87	第 9 章	…别的原因做了腹部的影像，碰巧在上面看见的	〔待核〕
88	第 9 章	…，没有剧痛，是在拍胸片的时候，顺带看见的	〔待核〕
89	第 9 章	…：一组做手术切除阑尾，一组先用抗生素治疗	〔待核：试验名称、年份与结论〕
90	第 9 章	…素这一组里，有一部分人，后来还是做了手术	〔待核：比例，本书不引数字〕
91	第 9 章	…能多说一点的地方。本书没有找到这样的材料	〔待核〕
92	第 9 章	…后，病理看了一眼，说这个阑尾其实是正常的	〔待核〕
93	第 10 章	…的，是同年龄、同性别的一群人（转述大意）	〔待核〕
94	第 10 章	...inman一路讲，病痛的说法受文化塑造	〔待核〕
95	第 10 章	...ons讲病人角色要靠医生认可才发得出来	〔待核〕
96	第 10 章	…不少人的甲状腺里有从来没被发现过的小病灶	〔待核：尸检研究的出处与比例〕
97	第 11 章	…0/80之间，一度被叫作「高血压前期」	〔待核〕
98	第 11 章	…级高血压的起点，往下挪到了130/80	〔待核：年份、机构〕
99			〔待核：所指试验及其结论〕

#	出现在	上文	标记
	第11章	…果显示，压得更低的人，心脑血管的事件更少	
100	第11章	…其中十年风险较低的，建议先从生活方式做起	〔待核〕
101	第11章	...Pickering，为一个问题争过很多年	〔待核：年代与观点〕
102	第11章	…，血压高和不高，没有天然的界，界是人划的	〔待核〕
103	第11章	…〔待核〕。后来的数据，大体站在连续这一边	〔待核〕
104	第11章	…随后的指南里，仍然把线放在140/90	〔待核〕
105	第11章	…织的线，下限不同，一个低一些，一个高一些	〔待核〕
106	第11章	…平均值做参照，低过某个倍数的标准差，就算	〔待核：世界卫生组织的专家组在上世纪九十年代提出，具体年份与数值〕
107	第11章	…个说法，大意是「爱体检的人本来就更健康」	〔待核：这一类偏倚的通行叫法〕
108	第12章	…这一段「提前量」估出来，从生存时间里减掉	〔待核：选定教科书的通行表述〕
109	第12章	…大型的随机对照试验反过来，发现风险并不低	〔待核：试验名称、年份与结论〕
110			〔待核：这一点因试验而异，须按具体试验核对〕

#	出现在	上文	标记
	第12章	…人，和从症状里被送来的人，并不在同一批里	
111	第13章	...re和同事发表了一项关于乳腺活检的研究	〔待核：期刊为 JAMA，具体题名与一致率数字〕
112	第13章	…间一段：非典型增生，以及与它相邻的原位癌	〔待核：各类别的具体一致率，本书不写数字〕
113	第13章	…生，隔一段时间再读，也未必每回都读成一样	〔待核〕
114	第13章	…尺子的「参考诊断」，是几位专家商量出来的	〔待核：参考诊断的产生方式〕
115	第13章	…套安排：通常要手术，视情况加上放疗或药物	〔待核：具体处理方案因地区和指南而异，本书不评优劣〕
116	第13章	…对部分低风险的原位癌，先观察、不急着手术	〔待核：相关试验名称与结论〕
117	第13章	…变的判读，病理医生之间的分歧，早就有报道	〔待核：相关研究〕
118	第13章	…整、没有浸润」的病变，改名为NIFTP	〔待核：Nikiforov 等，JAMA Oncology〕
119	第13章	…访下来很少出事，叫作癌，引来的治疗过重了	〔待核：随访数据与结论〕
120	第13章	…了，不再一概是全切加放射碘一类更重的安排	〔待核：指南对这一类病变的处理建议〕
121			〔待核〕

#	出现在	上文	标记
	第14章	…，这类病人的名字不统一，出现过好几种叫法	
122	第14章	…按压身上十八个指定的点，有十一个以上疼痛	〔待核：ACR 1990 标准的具体内容〕
123	第14章	…，后来在门诊上被越来越多地拿来当诊断依据	〔待核〕
124	第14章	…后，标准又改过几回，其中一版不再数压痛点	〔待核〕
125	第14章	…评估有了依据，病友团体有了聚在一起的由头	〔待核〕
126	第14章	…〕。专门针对这个病的药物，后来也有获批的	〔待核〕
127	第14章	…，转向了痛的信号在神经系统里被放大的说法	〔待核：相关研究〕
128	第14章	…慢性广泛疼痛的人被贴上这个标签前后的情况	〔待核：作者、期刊、结论〕
129	第14章	…印象，大意与「确诊并没有让情况变坏」相近	〔待核〕
130	第14章	…种螺旋形的细菌，并提出它与胃炎、溃疡有关	〔待核：年份与发表〕
131	第14章	...hall自己喝下了培养液的故事流传很广	〔待核〕
132			〔待核〕

#	出现在	上文	标记
	第14章	…试验显示，把菌杀掉以后，溃疡复发大幅减少	
133	第14章	…05年，两人获得了诺贝尔生理学或医学奖	〔待核〕
134	第14章	…人常被看成一类「想得太多、压力太大」的人	〔待核〕
135	第14章	…疡，是长期吃某些止痛药引起的，跟细菌无关	〔待核〕
136	第14章	…南，把一级高血压的起点挪到130/80	〔待核〕
137	第14章	…工，被查出高血压并被告知以后，缺勤增加了	〔待核：作者、年份、期刊、数字〕
138	第14章	…东西。那里用的是一个叫模糊断点回归的办法	〔待核：方法文献〕
139	第14章	...e等2002年的纤维肌痛贴标签研究	〔待核〕
140	第14章	…南对这一类病变的处理和复查建议，跟着变了	〔待核：2015 年美国甲状腺协会指南与 2016 年之后的变化〕
141	第14章	…一类病变统一改的。这样的改动，叫自然实验	〔待核〕
142	第14章	…）/灶仍未找到，找灶的方向动了（宽）	〔待核〕
143			〔待核〕

#	出现在	上文	标记
	第14章	…）〔待核〕/病假、残障认定、病友团体	
144	第14章	…/命名后的变化，待与White对账	〔待核〕
145	第14章	…出可杀灭/不再被看成「想得太多的人」	〔待核〕
146	第14章	…办法动（宽）/旁证：被告知后缺勤增加	〔待核〕
147	第14章	…/指南的处理与复查建议动；个人层面各异	〔待核〕
148	第14章	…，研究这件事的医学史家和社会学家写过不少	〔待核〕
149	第14章	…制度；框的方式，又会反过来改变病人的处境	〔待核：Rosenberg 关于「框定疾病」的论述〕
150	第14章	…大批，这件事在指南发布的时候就有很多讨论	〔待核〕
151	第14章	…身上得到的结论，搬到另一群人身上，要小心	〔待核〕
152	第15章	…个叫κ的数来量（Cohen1960	〔待核〕
153	第16章	…年发过一份专门讲怎样使用这类结局的指南	〔待核：年份与名称〕
154			〔待核〕

#	出现在	上文	标记
	第16章	…牵头建了一套叫PROMIS的量表系统	
155	第16章	...gers与Schwartz1999	〔待核：作者与年份〕
156	第16章	…人的痛苦」，英文是totalpain	〔待核：提出者与说法〕
157	第16章	…做医务社会工作者，最后才读医学，成了医生	〔待核〕
158	第16章	…的临终关怀医院，在1960年代末开门	〔待核：医院名称与年份〕
159	第16章	…几层：身体的，心理的，社会的，还有灵性的	〔待核：四层的说法〕
160	第16章	…说成人的完整性受到威胁时的状态，大意如此	〔待核：年份与原话〕
161	第16章	…疗并肩走，已经是许多地方越来越常见的做法	〔待核〕
162	第17章	…与Black2010年的一篇文章	〔待核：期刊〕
163	第17章	…错相：医生说你有病，病人自己却不觉得难受	〔待核〕
164	第17章	…化当工具，是流行病学里常见的一种识别思路	〔待核〕
165			〔待核〕

#	出现在	上文	标记
	第17章	…后每一轮新发的，才和症状路上的人比较接近	
166	第17章	…癌；它和筛查查出来的癌，长得快慢常常不同	〔待核〕
167	第17章	…85年讲WillRogers现象	〔待核：合著者与期刊〕
168	第17章	…人的类别和被分类的人互相改写，叫循环效应	〔待核：1995〕
169	第17章	…里的病，和病人身上的难受，两套解释对不上	〔待核〕
170	第18章	…糖高了一点，还没到糖尿病，被叫作「前期」	〔待核：携带者与「前期」的定义和年份〕
171	第18章	…综合征、纤维肌痛，都是按症状标准来确诊的	〔待核：各病的诊断标准〕
172	第18章	…好像活得更久，其实只是计时的起点往前挪了	〔待核〕
173	第18章	…身上有病灶，医生说有病，病人自己觉得没病	〔待核〕
174	第18章	…是White等人2002年的研究	〔待核：作者、期刊〕
175	第18章	…维肌痛」这个名字前后的健康状况与就医情况	〔待核：研究对象、比较方式，以及结论是否为确诊后病痛下降〕
176			〔待核：细节〕

#	出现在	上文	标记
	第18章	…：人被查出高血压、被告知之后，缺勤变多了	
177	第18章	…后来的生存差得很远，从急诊进来的往往最差	〔待核：研究名称、年份与具体数字〕
178	第18章	…筛查查出来的癌比，常常长得更快，结局更差	〔待核〕
179	第18章	…，有阶段，病人、家人和医护一起在管这条路	〔待核〕
180	第18章	…那边，有Leventhal的常识模型	〔待核〕
181	第18章	…两样，disease和illness	〔待核〕
182	第18章	…已经晚了；路上耽搁了；或者筛查挑走了慢的	〔待核〕
183	第18章	…的数来量，它把碰巧一致的那一部分先扣掉	〔待核：Cohen 1960〕
184	第19章	…一辈子。腺叶切除之后，也有一部分人要吃药	〔待核〕
185	第19章	…、几乎不惹事的甲状腺结节，从癌里划了出去	〔待核：Nikiforov 等 2016〕
186	第19章	…乳头状核特征的非浸润性滤泡性甲状腺肿瘤」	〔待核：中文译名〕
187			〔待核〕

#	出现在	上文	标记
	第19章	…人背着那个字，也别再让他们受不必要的治疗	
188	第19章	…，贴标签效应，Hacking的循环效应	〔待核〕
189	第19章	…人1978年的高血压研究，是一份旁证	〔待核〕
190	第19章	…常是从确诊那天起算的，一直算到生命的终点	〔待核：相关机构的表述〕
191	第19章	…义：确诊了一种此人一生都不会出现症状的病	〔待核：期刊〕
192	第19章	…书替Welch推出来的，不是他的原话	〔待核：Welch 的原文是否蕴含这一推论〕
193	第19章	…改名之后新确诊的人，大多不会再走到这一步	〔待核〕
194	第19章	…套日程；改名之后，指南对它的建议不一样了	〔待核：2015 年美国甲状腺协会指南，及其后对 NIFTP 的建议〕
195	第19章	…些方面，仍然和从没被叫回复查的女性不一样	〔待核：Brodersen 与 Siersma 关于乳腺筛查假阳性长期心理后果的研究，期刊、年份与追踪时长〕
196	第19章	…定义；记号去掉了，别人的眼光未必跟着去掉	〔待核：Goffman 关于污名的论述〕
197	第19章	…他自己也慢慢按标签活，标签就这样被稳住了	〔待核：Scheff 关于精神疾病标签理论的论述〕
198			〔待核：称谓影响治疗选择的研究，作者与病种〕

#	出现在	上文	标记
	第19章	…不用「癌」字，人们愿意做手术的程度不一样	
199	第19章	…活里的许多事怎样一步一步被收进医学的名下	〔待核：Conrad 关于医疗化的论述〕
200	第19章	…怎样引出下一次治疗，一环扣一环，停不下来	〔待核：关于医疗级联效应的论述〕
201	第20章	…告出来，白纸黑字：甲状腺滤泡亚型乳头状癌	〔待核：诊断流程为叙事简化〕
202	第20章	…名。**2016年，那一类结节被改了名	〔待核：Nikiforov 等 2016〕
203	第20章	…，同一类结节，不再叫癌，也不再按癌来处理	〔待核〕
204	第20章	…来，这类结节后来出现复发或转移的风险很低	〔待核：不写数字〕
205	第21章	…给出的健康定义，年份常记作1948年	〔待核：年份与原文〕
206	第22章	…把中间的大部分划成正常，两头各留出一小截	〔待核：参考区间的通行定义〕
207	第24章	…个物种在同年龄、同性别的人群里的典型水平	〔待核：Boorse 1975、1977 两文〕
208	第24章	…成人在一般条件下，实现自己重要目标的能力	〔待核〕
209			〔待核〕

#	出现在	上文	标记
	第24章	...oorse的事实，一半取自规范派的价值	
210	第24章	…原本被当作癌来治的人，少受些不必要的治疗	〔待核：Nikiforov 等 2016〕
211	第25章	…搬到看得见的病变上，病人的话就退到了后头	〔待核：篇名、年份、原表述〕
212	第25章	…一头凑到自己耳边，竟然听得比直接贴还清楚	〔待核：年份与细节〕
213	第25章	…。后来他把这件事写成书，1819年出版	〔待核〕
214	第25章	...elmRöntgen）发现了X射线	〔待核：年份〕
215	第25章	…方用胸片给成批的人查肺结核，不管他咳不咳	〔待核〕
216	第25章	...nsfield）做出了第一台能用的CT	〔待核：年份〕
217	第25章	…这类发现，医学上有个名字，叫「意外发现」	〔待核：叫法〕
218	第25章	…医生与AI一起读，漏掉的比单独读更少	〔待核：选定研究〕
219	第25章	…在没有眼科医生在场的时候直接给出筛查结果	〔待核〕
220			〔待核：选定研究〕

#	出现在	上文	标记
	第25章	…正常的片子先挑出来，让医生把力气留给难的	
221	第25章	…疑似出血」，这一份就能被挪到队伍的最前面	〔待核：具体产品与研究〕
222	第25章	…可能就不灵了，这在业内是个反复讨论的问题	〔待核〕
223	第25章	…很少出现的那一类病人，它可能一路都看不准	〔待核〕
224	第26章	…1980年代末的一项试验，叫CAST	〔待核：名称、年份与结论〕
225	第26章	…：吃了那些药的人，死亡反而比没吃的人更多	〔待核〕
226	第26章	…机对照试验，是临床医学里最扎实的结论之一	〔待核：选定试验〕
227	第27章	…，是纸上给的。医学上有个说法，叫先入为主	〔待核：叫法〕
228	第27章	…么没发现」，而不是为了让眼前这个病人更好	〔待核：定义的表述〕
229	第27章	…是几个高风险专科的医生，做不做防御性的事	〔待核：作者 Studdert 等，年份 2005，结果〕
230	第27章	…；一种是躲开，干脆不接那些容易出事的病人	〔待核〕
231			〔待核：名称、年份、结论〕

#	出现在	上文	标记
	第28章	…》发表过一项大型研究，通常叫苹果心脏研究	
232	第28章	…测的人里，相当一部分真的被查出了心房颤动	〔待核：具体数字〕
233	第28章	…看脊椎有没有悄悄压扁，量了量肝脏里的脂肪	〔待核：具体系统与研究〕
234	第28章	…严重里走，就在护士站的屏幕上亮起一个预警	〔待核：具体系统与研究〕
235	第28章	…，这个人就有机会在摔第二跤之前，开始处理	〔待核〕
236	第28章	…经有了负担，也许他会愿意早一点和医生谈谈	〔待核〕
237	第28章	…察觉他摔倒后一动不动，自动打出求救的电话	〔待核：具体设备〕
238	第28章	…让多少人少受了罪，各项研究的结论并不一致	〔待核〕
239	第28章	…因素的人，收到同一个提示，多半会虚惊一场	〔待核〕
240	第29章	…手里的问题单就会先把病人的话压成它的形状	〔待核：问诊学教材对开放式与封闭式问题的通行讲法〕
241	第29章	…一处；很多病人没能把最想说的那件事说出来	〔待核：作者、年份、期刊与具体数字，本书不引数字，大意如此〕
242			〔待核：篇名、年份〕

#	出现在	上文	标记
	第29章	…片土里，这样说，别人才听得懂，也才被当真	
243	第30章	…。影像软件，也早就能给可疑的地方画一个圈	〔待核：这类辅助检测软件的出现年代〕
244	第30章	…的表现和有经验的医生相当，有的甚至更好	〔待核：选定的影像诊断对比研究〕
245	第30章	…了一群体型和病种不同的人，成绩可能掉下来	〔待核：关于模型换机构后性能下降的报告〕
246	第30章	…情形，系统给出的答案，口气未必会变得犹豫	〔待核〕
247	第30章	…议的时候，容易顺着它走，连明显的错也会跟	〔待核：自动化偏倚的研究文献〕
248	第30章	…真说对的时候，也被一起忽略。这叫警报疲劳	〔待核〕
249	第30章	…人，哪怕做出决定的，其实是前面的整套安排	〔待核：这个概念的提出者与年份〕
250	第31章	…告恶心、头痛、没力气，这是一个公认的现象	〔待核〕
251	第31章	…而他们的血压，并不是因为被告知才变得更高	〔待核：研究对象、对照与具体幅度，本书不引数字〕
252	第31章	…，又跟着这些人的变化而修订，一圈一圈地转	〔待核：Hacking 1995 的篇名与论述〕
253			〔待核：作者、期刊与具体数字，本书不引数字〕

#	出现在	上文	标记
	第31章	…不对，分诊的建议也偏谨慎，宁可让人多去看	
254	第31章	...e等2002年的纤维肌痛贴标签研究	〔待核〕
255	第31章	…批人的状况并没有变坏，有些方面还好了一点	〔待核：作者、期刊与具体结论〕
256	第31章	…究说，被告知以后，人按病人的样子安排自己	〔待核〕
257	第31章	...cking说，分类和被分类的人互相改写	〔待核〕
258	第31章	…签理论说，标签贴上去，人会慢慢照着标签活	〔待核：Scheff 等人的标签理论〕
259	第31章	…这两样，做研究的人有一些常用的办法来对付	〔待核：以下几种办法的方法学文献〕
260	第31章	…正以后，它仍然会在人后来的判断里留下影响	〔待核：这类研究的代表文献〕
261	第32章	…的大多数，常见的做法是中间约百分之九十五	〔待核：教科书通行说法〕
262	第32章	…」和「划在这里，多吓几个」之间权衡出来的	〔待核〕
263	第32章	…围比」。这个说法在检验医学里是通行的讲法	〔待核：选定教科书〕
264			〔待核〕

#	出现在	上文	标记
	第33章	…一份档案。Kleinman讲过病痛叙事	
265	第36章	…和，叫「癌」叫得过重，于是把这一类改了名	〔待核：Nikiforov 等 2016〕
266	第36章	…2016年以后，指南本身改了复查的安排	〔待核：2016 年后指南对随访的具体改动与版本〕
267	第36章	…腺瘤多半只做腺叶切除，全切加放射碘的很少	〔待核：腺瘤全切与放射碘的比例〕
268	第36章	…补，药量差一点，人就容易乏、怕冷、情绪低	〔待核〕
269	第36章	…不一样」；取哪篇文献的数，登记时写明出处	〔待核：所选量表的最小临床重要差异文献〕
270	第36章	…间下限不低于通行分级里「中等一致」的起点	〔待核：通行线〕
271	第36章	…的新指南把高血压的线划到了130/80	〔待核〕
272	第36章	...e等2002年的纤维肌痛贴标签研究	〔待核〕
273	第36章	…书替Welch推出来的，不是他的原话	〔待核：Welch 原文是否蕴含撤名后应回归〕
274	第36章	…的做法和结果，本书写细节之前，要先核原文	〔待核〕

判 词

同一个病，从不同的路走进来，就不是同一个病。病不在病灶、病人角色、病痛任何一头，在名、灶、痛三样东西先后落下的那条路上。

一个化验全正常却说难受的人，一个血压超标却说自己好得很的人，一个被改了名却仍当自己是癌症幸存者的人。西医把「怎样被走进来」当误差减掉，这本书问：减掉的，是不是病自己走过的路？

书中的名、灶、痛、锁点、断路，都落到一位社区全科医生的诊室里；读完它，你应当更会和医生说话。本书讲道理，不作诊疗建议。

进诊室之前，先问一句：我是从哪条路走进来的？

德麦国际出版社 · Demai International Press
德麦国际专著第 389 号
定价 US$20.00

ISBN 979-8-90690-924-4