SDE UNIVERSES
德麦国际专著 · 第 459 号

SDE 符号学系列 · 应用五

病人不是一张化验单

检验单、指南与身体为什么总对不上



王德生　著

德麦国际出版社
Demai International Press

德麦国际专著 · 第 459 号

病人不是一张化验单

检验单、指南与身体为什么总对不上

王德生　著

德麦国际出版社
Demai International Press · Singapore

出　版　信　息

书名	《病人不是一张化验单：检验单、指南与身体为什么总对不上》
著者	王德生
丛书	SDE符号学系列 · 应用五（系列第 15 卷）
执笔	王德生口述命题与裁定，Claude 依命题总表与大纲起草，经统稿与审读
出版	德麦国际出版社（Demai International Press）· 新加坡
编号	德麦国际专著第 459 号
ISBN	979-8-90690-712-7
定价	US$23.00
开本	170 mm × 240 mm
字数	约 25 万字
版次	2026 年 10 月第 1 版

本书只谈医疗沟通与医疗制度，不给任何诊断与治疗建议，不谈任何具体症状的原因与处理。**具体病情请遵医嘱**。

书中人物与场景均为说明用的构想，无真实原型，请勿对号入座；公开事件只取已有定论者，不点名个人病人，不评判具体医院、医生、药企与产品。书中前人观点，除标明的引文外均为转述；拿不准的年份、数字与文献标〔待核〕，汇总于附录三。

版权所有　侵权必究

作者介绍

王德生，SDE（显露 Show · 差异序列 Difference · 特征纠缠 Entanglement）本体论的创立者，德麦国际（Demai International Pte. Ltd.，新加坡）首席执行官。

生长于中国农村，1990年进入湘潭大学。后获中国科学院计算数学博士学位，并在中国科学院从事博士后研究，研究方向包括Voronoi图、Delaunay剖分、质心Voronoi剖分与有限元方法。曾在英国斯旺西大学与新加坡南洋理工大学工作。2005年起定居新加坡。

他的思想体系先后经历四站：三视角·知识的结构和体系（2017年起）、321智慧系统（2022年起）、SIO本体论（2024年起），以及SDE本体论（2026年起；同年5月起，“结构”改读为“显露”）——从“并排放着的三样”，走到“互相生出来的三样”。

他在德麦国际出版社出版了多部专著。本书是SDE符号学系列的应用卷第五本（系列第15卷）：它把系列理论卷里的三界符号、三角与能量账带进诊室，从一张全绿的体检单讲起，追问检验数字、指南标准和病人的日子为什么总对不上，又该由谁来对账。

前言

一张全绿的体检单

◆ 一、餐桌上摊开的报告

那是一个星期四的晚上，新加坡下过一场雨，组屋楼下的走廊还是湿的。蔡淑贞五十一岁，在一所小学的校务处做行政。白天她管排课表、收家长表格、给老师们订会议室，一天下来接三四十个电话。晚饭后，她把一份体检报告从文件袋里抽出来，摊在餐桌上，旁边是一杯已经凉了的咖啡。

报告是单位每年安排的那种，一共六页。前五页是表格，一行一个项目：项目名、测得的数字、单位、参考范围，最右边一栏是颜色。红色表示超出，黄色表示接近边缘，绿色表示在范围里。她从第一页翻到第五页，一行一行看下去。全是绿的。

第六页是总结，印着一句话：本次检查各项指标均在参考范围内。下面是体检中心医生的签名。她把六页纸重新叠好，又打开，又叠好。她心里有一句话，在这六页纸上找不到地方放：半年来，每天下午两三点钟，她都觉得不对劲。

本书不写那是一种什么样的不对劲。只说一件事：它是真的，半年来几乎每个下午都在。下午两点四十分，学校的放学铃响，走廊里涌过一阵孩子的声音，接着是家长的车在校门口排成一列。往年这是她一天里最松快的时候，表格收齐了，电话也少了。这半年，这个钟点成了她最怕的时候。她照样接电话、照样笑着跟来接孩子的阿嬷说话，手上的事一件没落下。同事看不出什么，她自己知道，从那个钟点起，这一天就和上午不一样了。

她试过把日子排得松一点，试过周末去东海岸走走。半年过去，下午还是那个下午。她不是一个爱跑诊所的人。年轻时带两个孩子、照顾母亲，自己有点小病小痛，扛一扛就过去了。这一回扛了半年，没有过去。所以她去做了这次体检。她原本盼着这张单子能指出点什么，哪怕一个黄色也好。现在它告诉她：什么都没有。她说不清自己是松了一口气，还是更不安了。

◆ 二、杜医生说没有问题

第二个星期六上午，她拿着报告去了家附近的诊所。诊所开在组屋楼下，一排店面里夹着一间，玻璃门上贴着营业时间。候诊的长椅上坐着一个抱孩子的年轻妈妈、两位老人、一个穿工作服的年轻人。电视开着，声音调得很小。她挂了号，坐下等，手里的文件袋一直没放下。轮到她的时候，已经过了四十分钟。

杜明哲医生四十六岁，在这间诊所做家庭医生已经十年。蔡淑贞一家几口有个头疼脑热都来找他，他记得她女儿小时候怕打针，也记得她母亲前几年的事。他说话慢，看东西仔细，诊所里的老街坊都说他靠得住。

他把六页报告一页一页翻过去，手指顺着数字往下走，有几项停下来多看了一会儿，又调出她前两年的记录，在屏幕上对了对。他做事一向这样，不肯只看一眼。翻完，他抬起头，很认真地对她说："蔡女士，我看过了，每一项都在范围里，有几项还挺好。没有问题。"

他不是敷衍。他看得很细，说的也是实话。在他受过的训练里，在他每天面对的几十张报告里，这样一张单子，确实就是"没有问题"的样子。

蔡淑贞说了下午的事。杜医生听了，点点头，在电脑上记了几个字，又问了几句她最近的作息和工作，说如果还不舒服就再来。前后大约十分钟。门外还有六七个人在等。她道了谢，走出诊所。电梯口的风扇吹着，她站在那里，手里还拿着那份报告，忽然觉得这一趟像是没来过。

◆ 三、那十分钟之后

回到家，丈夫在看报纸，问她医生怎么说。她说没有问题。丈夫放下报纸，像是松了口气："那就好嘛，医生都说没事了。"晚上妹妹打电话来，听她说完，说："我们这个年纪都这样啦，你就是太紧张。"第二个星期，校务处一个比她大几岁的同事听说了，也是差不多的话："查过没事就好，别想太多。"这些话都是好意。说话的人是真心希望她没事，也真心想让她放下。

可是一句话说多了，会慢慢长进人的心里。过了两个星期，那个下午在她心里换了一种说法：会不会真的是我想多了？会不会就是我这个人太敏感？下午那个东西还是照样来，可她不太好意思再提了，连跟丈夫也不提。

这一步很要紧，后面还会反复回到它。那张全绿的单子，不只告诉别人"她的身体没问题"，它还在悄悄改写她怎样看自己。原本是"我的下午不对劲"，渐渐变成"不对劲的大概是我这个人"。再往下走一步，就可能变成"我就这样了"。

同一个星期六的傍晚，诊所关了门，杜医生在整理当天的记录。翻到蔡淑贞那一条，他停了一下。他记得她说"下午"时候的表情，那不像是随口一提。他也知道，这样的病人他每个月都会遇到几位：单子很好，人不好。他的训练教过他怎样读一个红色的数字，怎样按指南一步步往下走；可是对"单子很好，人不好"，手边能用的东西少得多。门外排着的人，也不容他每一位都谈上半个钟头。他把那条记录合上，心里也留着一点什么，没有落地。

医生没有错。报告没有错。她也没有说谎。那么，错的是什么？

◆ 四、先把对的地方说足

这本书要从这个问题出发。可是在问"错在哪里"之前，先要把对的地方说足，否则这个问题会被问歪。那张全绿的单子，背后是一百多年攒下来的东西。一个人的血、尿、心跳、血压，被送进仪器，变成数字；数字被放到一把尺子上比，尺子是从成千上万健康人身上量出来的。这件事看起来平常，其实很了不起。

它让新加坡的一间小诊所和远方一家大医院说同一种话；它让一位医生不必凭感觉猜，而能拿出可以复核的依据；它让一些在身体里悄悄发展的事情，有机会在还没被感觉到之前就被发现。体检、标准化检验、循证的指南，都是真进步。

杜医生的那句"没有问题"，也是这套进步的一部分。在过去，一个下午不舒服的人去看医生，医生可能凭经验说出很多猜测，有对的，也有错得很远的。今天，他手里有数字，有标准，他可以负责任地说：按照这些，没有发现问题。这份负责是真的。

对大多数拿到全绿单子的人来说，这份负责带来的就是安心。他们看完报告，舒一口气，把它收进抽屉，日子照常过下去。三栏都对得上，没有什么需要解释，这正是一张好单子该有的样子。本书不想让任何一位读者从此对着全绿的单子起疑心。所以本书不说医学错了，也不说体检没用，更不说病人的感觉比仪器更准。这些话说起来痛快，可是不公道，也帮不了蔡淑贞。

本书要问的是另一件事：这套很了不起的东西，在哪里停下了脚步？它停下的地方，正好是接着要走的一步。

◆ 五、这张纸上有几种东西

再看一眼那份报告。它看上去是一种东西：一张纸，几页表格。可是只要把一行拆开，就会发现里面至少住着两种很不一样的东西。第一种，是那个测得的数字。它是蔡淑贞那天早上空着肚子抽的一管血，进了仪器，留下来的一道痕迹。它说的是她的身体在那个早上、那个条件下的一个侧面。本书把这类东西叫**刻痕**：身体留在仪器上的痕迹。

第二种，是旁边那一栏参考范围。它不是从她身上来的。它是从一大群被认为健康的人身上量出来、再按约定截出中间那一段而得到的。它说的是一群人，不是她。本书把这类东西叫**标准**：医学约定出来的尺子。参考范围是标准，指南里的阈值是标准，诊断的名字也是标准。

颜色是这两种东西碰在一起的结果。刻痕落进标准里，就是绿；落到外面，就是红。所以绿色本身也是一句话。它不是身体说的，也不是尺子单独说的，是两样东西一比之后，由印报告的人替它们说出来的。它准确，有用，可是它能说的只有一件事：这个数，落在那群人的哪一段。

那么第三种呢？第三种，是蔡淑贞每天下午的那个"不对劲"，是她心里那句"我好像哪里出了问题"。它是真的，是她自己的，比任何数字都更天天陪着她。可是它不在这张纸上。六页纸里，没有一栏是留给它的。本书把这一类叫**日子**：病人怎样过，怎样感受，怎样看自己。

日子不只是"感觉"两个字。它包括她每天几点起床、几点进校门，包括放学铃响以后的那几个钟头。它包括她对丈夫说了什么、没说什么，也包括她心里慢慢形成的那个对自己的看法。它比任何一栏数字都长，也比任何一栏数字都难写进表格。

这三种东西，在本书里有一个更正式的名字：刻痕是现实符号，标准是理念符号，日子里结出来的那个"我病了"或"我没病"，是自我符号。这几个词后面会慢慢讲清，现在只需要记住一件事。

那张单子上	是什么	从哪里来	说的是谁
测得的数字	刻痕	她那个早上的一管血	她的身体的一个侧面
参考范围	标准	一大群健康人的统计	一群人
绿色、红色	刻痕与标准碰面的结果	两栏一比	她在那群人里的位置
总结那一句	标准替刻痕说的话	体检中心的医生	这六页纸
每天下午的不对劲	日子	她自己的身体和生活	她
给"日子"的那一栏	——	这张纸上没有	——

一张化验单上，看得见的是两种东西，看不见的那一种，往往才是病人推门进来的原因。

◆ 六、谁在替谁说话

把三种东西分开之后，第二个问题就冒出来了：在那个十分钟的门诊里，谁在替谁说话？刻痕替她的身体说话。它说：这些项目，在那个早上，是这些数。标准替一大群人说话。它说：一般健康的人，大多落在这一段里。杜医生替标准说话。他说的"没有问题"，准确地讲是"按照标准，没有发现问题"。这句话的主语，其实是那把尺子。

那么，谁替她的下午说话？只有她自己。可是她自己的话，到了诊所里，很快被翻译成了电脑里的几个字。那几个字以后还会不会被谁拿出来，再跟刻痕和标准放在一起看一遍，没有人知道。

这里没有坏人。检验科把数字测准了，这是它的本分；指南把标准写清楚了，这是它的本分；病人把自己的感受说出来了，这也是她能做的。三方各守一角，每一角都守得很尽责。问题恰恰出在这里：**三方各守一角，没有人专门负责对账。**

还可以顺着"没有问题"这四个字，看它走了多远。它最先是体检中心的医生写在第六页上的总结，说的是那六页数字。到了诊所，杜医生把它说出口，意思还是"按这些数字看"。回到家，丈夫一句"医生都说没事了"，"按这些数字看"几个字就掉了，剩下的是"没事"。到了妹妹和同事那里，它变成了"你别想太多"。最后，它落到蔡淑贞自己心里，成了"大概是我太敏感"。

一句话走了五站，每一站都没有人说假话，可是到了最后一站，它说的已经不是那六页数字，而是她这个人。刻痕替身体说的话，被一路转述成了替她的日子下的结论。这正是"谁在替谁说话"要问的地方。

◆ 七、不只是她一个人的下午

蔡淑贞的下午，是这条缝最安静的一种样子：刻痕和标准对上了，日子对不上。缝还有别的样子。有一位父亲，单子上有一个红色的箭头，他自己觉得哪里都好，吃得下睡得着，天天早上下楼打太极。儿子着急，他不耐烦："我好好的，哪有病。"这一回，是刻痕和标准对不上，日子却站在另一边。

有一位做了多年慢病管理的老人，医嘱一张张都收着，道理也都懂，可是这几年越来越提不起劲去照着做。诊室里他听到的说法是"依从性差"。这一回，三栏也许都没变，变的是撑着这三栏的那股力气，一年年耗下去了。还有一位年轻医生，指南背得很熟，可是面前这位病人的日子，怎么也塞不进指南给的那几个格子。他越想按指南办，病人越往后退。

这几种情形，看上去各不相同，病也各不相同。本书要说的是：它们是同一件事的几张脸。在每一张脸上，都是三种东西对不上，而三种东西又各有人守着，没有人专门负责把它们摆到一起。

◆ 八、谁来对账

"对账"是本书最常用的一个词，借自会计。一本账上有几栏，每一栏都可能记得没错，可是几栏放在一起，数字却合不上。这时候不能说哪一栏错了，要做的是把几栏摆到同一张桌上，一行一行地对，找出合不上的那条缝。

蔡淑贞的情形就是这样。刻痕和标准对上了，所以是全绿；可是刻痕、标准和她的日子，三栏放在一起，合不上。这条缝是看得见的：只要她的下午被认真记下来，病历里就会同时出现"检查未见异常"和"症状持续"两行。它不是事后才编出来的，在那十分钟里，它就已经摆在桌面上。

本书有一个看起来很简单的主张：**对得上，就没有解释；对不上，才该开始问诊。**

一张单子三栏都对得上，医生和病人都安心，诊疗平静地结束，这很好。三栏对不上，正是需要坐下来细谈的时候。可是在今天许多诊室里，事情往往倒过来：对得上的时候，谈话很顺；对不上的时候，谈话反而最短，一句"没有问题"或者一句"可能是压力大"，就把那条缝封上了。

对账是要花力气的。要有时间去追问，要有信任托着双方，要一次次累积起"你懂我"的那份结实。本书会把这份力气叫作能量，后面专门算这笔账。

这里要先说清楚一件事：本书不替任何人看病。书里不谈蔡淑贞的下午是什么原因，不谈该查什么、该吃什么、该怎么办。那些是医生的事，要由面对面的医生根据具体的人来判断。**具体病情请遵医嘱。　身体或心里的难处真的大了，请找医生或心理咨询师。**　本书只谈一件医生和病人都在做、却很少有人专门想过的事：在一次门诊里，三种东西怎样被摆上桌，或者怎样没有被摆上桌。

这本书是王德生"SDE 符号学"系列的第十五卷，也是其中应用卷的第五本。它的道理来自同一系列的理论总本《SDE符号学：超越皮尔斯的三元与索绪尔的二元》：符号不只在脑子里，世界上的痕迹、身体里的习惯，也都是符号；几种符号对不上，新的理解才会发生，而且发生是要付力气的。

本书把这套道理带进诊室，做的事情很朴素：给那张纸多添一栏，给那十分钟多问三句。到全书快结束的时候，蔡淑贞会再一次坐到杜医生对面。那一次，桌上的东西不会更多，只是摆法不一样。

书里的人物都是为了说明而虚构的，蔡淑贞和杜医生也是。可是那张全绿的单子，那个十分钟，那个站在电梯口的上午，很多人都经历过。你可能就是那个拿着单子的人，也可能是那个说"没有问题"的医生，还可能是坐在门外等着、替家人着急的那个人。后面二十二章，都在回答下面三个问题。请带着它们往下读：**这张纸上有几种东西？　谁在替谁说话？　谁来对账？**

导读

◆ 一、一句话说完这本书

这本书的判词只有一句：**病人不是一张化验单，也不是一份指南的例外。** 前半句说的是刻痕。一张化验单上的数字是真的，是身体留在仪器上的痕迹，可是它只是这个人的一个侧面，替不了这个人。

后半句说的是标准。一份指南是从成千上万人身上总结出来的，它很可靠。可是落到某一个具体的人身上，这个人既不是指南的"标准病人"，也不是指南之外一个可以被打发的"例外"。他是需要有人把指南、数字和他的日子放在一起对一遍账的那个人。把这句判词拆开，就是全书的骨架。

医疗里同时并行着三种东西。检验数字、测量值，是身体留在仪器里的**刻痕**；参考范围、指南阈值、诊断标签，是医学约定出来的**标准**；病人的感受，以及"我病了""我没病"的自我认识，是病人过出来的**日子**。用本系列理论卷的话说，刻痕是现实符号，标准是理念符号，日子里结出来的那个"我"的看法，是自我符号。

三者天然会对不上。对不上本来是问诊的起点。可是今天的医疗常常让三者**各守一角**：检验科守数字，指南守标准，病人守感受，没有人专门负责对账。于是有了前言里蔡淑贞那张全绿的体检单，有了"指标正常却很难受"的人。于是多年慢病里的医嘱，怎么也长不成习惯；一个诊断名字，慢慢变成一块石头。全书要做的事，就是把这三种东西重新摆到同一张桌上。

◆ 二、为什么借"符号"来看病房

你也许会问：讲医疗，为什么要借符号学的眼睛？因为这本书关心的不是身体里发生了什么，那是医学的事；它关心的是身体里发生的事，怎样变成一个数字、一个名字、一句"我不对劲"，这几样东西又怎样在诊室里相遇。数字、名字、那句话，都是符号。它们各有来历，各有分量，各有容易卡住的地方。

前人在这条路上已经走了很远，本书是接着走的。医学人类学把医生眼里的病和病人活着的病分开来看；"以病人为中心"的照护，把病人的想法和担心放进了问诊；共同决策的种种做法，让病人在选择面前有了说话的位置；叙事医学训练医生认真听完一个病人的故事（这一路常被归到美国医生丽塔·卡伦在本世纪初的倡导）〔待核〕。这些都是真进步，后面各章会一一写到它们对在哪里。

本书补上的是两样东西。一样是把三种东西放进同一个三角里看：不只是"医生的病"和"病人的病"两边，还有数字这第三边，三边互相牵动，任何两边起冲突，都会逼第三边变化。

另一样是一笔力气的账：对账不是一句"多沟通"就能完成的，它要时间，要信任，要一次次累起来的结实；哪一样缺了，缝就合不上。有了这两样，"为什么沟通了还是没用""为什么道理都懂还是做不到"，就有了可以一步步拆开的说法。

◆ 三、八编走一遍

全书二十二章，分成八编，前有前言、导读，后有结语与附录。下面这张表，是一张全书的地图。

编	编题	章	这一编要回答
第一编	一张化验单上的三种东西	第1—3章	一张纸上为什么住着三种不同来历的东西？数字是什么身份，指南是什么身份？
第二编	各守一角	第4—6章	病人的感受为什么在医学里最没有名分？"指标正常却很难受"的人住在哪条缝里？三方各守一角是怎样形成的？
第三编	标签与石心	第7—9章	一个诊断名字怎样从帮助变成包袱？再查一项，账记在了谁头上？
第四编	慢病：结晶的工程	第10—12章	医嘱为什么不会自己长成习惯？长成习惯需要什么条件？病人自己手里的数字意味着什么？
第五编	信任是一笔能量账	第13—15章	医患信任是怎样一点点累起来、又一下子漏掉的？问诊的时间，坏消息的告知，各算什么账？
第六编	制度的三界设计	第16—18章	家庭医生、病历与知情同意、线上问诊与 AI 助手，各自替对账留了位置，还是挤掉了位置？

编	编题	章	这一编要回答
第七编	对账问诊	第19—20章	一张三栏单怎样用？一个团队怎样每次对一遍账？
第八编	检验与回家	第21—22章	本书的说法怎样才算错？回到蔡淑贞的那张体检单，变了的是什么？

前三编是诊断：先把三种东西分清，再看它们怎样各守一角，怎样固化。第四到第六编是三块最要紧的田地：慢病、信任、制度。第七编给出一件工具，第八编先自我检验，再回家。每一章的写法大致一样：先讲一个具体的人、一个具体的晚上；再把医学在这里做对了什么讲足；然后看它在哪里停下；再给出本书的说法，用一个完整的例子走一遍，最后放回读者自己的日子里。

◆ 四、九句要带着走的话

全书反复回到九条承重的说法。这里先用大白话列出来，后面各章会一条条展开。**第一条，三种东西各守一角。** 化验单上的测得值是刻痕，参考范围、指南阈值、诊断名字是标准，病人的感受与看法是日子。三者互相牵动：指南＝F（刻痕，感受）、刻痕＝G（指南，感受）、感受＝H（指南，刻痕）。意思是，任何一角都被另外两角塑造，任何两角起了冲突，都会逼第三角跟着变。对得上，就没有解释，诊疗平静结束；对不上，才该开始问诊。可是今天的门诊里，三角分别由三方守着，没有人负责对账。对账是要付力气的：时间与追问，信任构成的场，多次对账累起来的结实。

第二条，名字会固化，缝里的人会被打发。 "指标正常却很难受"是一条可以事先指出来的缝：病历里同时写着"检查未见异常"和"症状持续"两行。标准里没有现成的位置放这条缝，缝里的人常被一句"压力大"封了口。诊断名字一旦贴上，在医者一端会固化成"床号加病名"，名字被取代；在病人一端会固化成"我就这样了"或者"我没病"。

第三条，"正常值"是一种标准，不是一个人的事实。 参考范围多取健康人群中间的百分之九十五，所以一口气做二十项彼此独立的检查，至少一项落在范围外的

可能约为百分之六十四。指南的阈值也会随研究修订。"正常"说的是一群人，不是这一个人。

第四条，数字也要过关。 一个检验数字并不总是稳稳当当的：诊室里量的和家里量的可以不同，一天里不同时候测的可以不同，不同实验室的方法也有差异。数字可靠，是在条件说清楚、可以重复的时候。本书只讲数字的身份，不讲怎么测、怎么看。

第五条，病人的感受不是噪声。 医学眼里的病，和病人活着的病，是两回事。问诊的一项任务，就是让后者也走进决定。

第六条，慢病管理是让一种新的"我"长出来。 医嘱是标准，不会自己变成习惯。它要长进日子，需要三样东西：病人看见自己的数字和自己的日子之间的那条缝；家人、病友、固定的医生构成的场；一年三百六十五次的重复。多年下来力气耗尽的病人，要先被托住，再谈目标。

第七条，信任是一种结实程度。 医患之间的信任，靠一次次小小的对账累起来，一次误解拆起来要快得多。同一位医生看你很多年，是制度把这份结实保存了下来。

第八条，过度检查是一种"看似免费"的追问。 再查一项，看上去不花什么，账却悄悄转给了病人的焦虑与医保。**第九条，制度可以替对账留位置。** 病历的格式、知情同意、家庭医生、团队会诊，都是把三种东西放上同一张桌子的办法。

◆ 五、几个要先认识的词

本书用的词不多，大多是家常话，有几个需要先打个招呼。**三栏单。** 一张纸分三栏：左栏"刻痕"，写检查与测量显示什么；中栏"标准"，写指南怎么说；右栏"日子"，写病人怎样过。第19章专门讲它，附录二给出医生、护士、病人三个版本。

三问。 拿着三栏单，问三句话：哪两栏对不上？这条缝能不能事前指出？这次谈话谁来付动能？（动能是什么，见下面"三种力气"一条。）

对账与缝。 对账，是把几栏放到一起逐行比；缝，是比出来合不上的地方。住在缝里的人，就是那些三栏怎么也对不齐、又一次次被打发回去的病人。

三种力气。 本书借理论卷的说法，把对账要付的力气分成三种。内能，是一份信任、一个习惯、一个看法有多结实，要多大的劲才能拆开；势能，是周围那张由人和信任织成的网，把人往哪边拉；动能，是一次次追问、一次次重来的速度和方向，在诊室里，它首先就是时间。

偶像与石心。 一个看法固化了，不再被新的事情改写，就成了石头。凝在被看的那一端，叫偶像，比如病房里只剩"几床那个什么病"；凝在病人自己这一端，叫石心，比如"我就这样了"，或者"我没病"。两者是同一个结构。

三个入口。 对不上的地方不同，病人走进来的门就不同。入口一：病人日子里的感受很硬，指南现成的说法碎了，接不住它。入口二：医生的指南很硬，病人的日子塞不进去。入口三：慢病多年，力气耗尽，常被说成"依从性差"。三扇门要用三种不同的办法接，入口三要先托住人。

系列各卷还共用七个大白话词，本书偶尔用到：

- **形状**（显露）：一样东西在某一刻露出来的样子。
- **路**（差异序列）：一步接一步走过来的次序。
- **土**（特征纠缠）：各种牵连缠在一起、新东西从中长出来的那片底子。
- **回写**：新长出来的东西，反过来改写原来的条件。
- **一锅粥**（混沌）：比如还没有名字的一堆不舒服。
- **正在成形**（介生）：比如一个正在练的新习惯。
- **定型**（秩序）：比如一个已经贴牢的诊断。

这几个词的来历，见本系列理论卷《SDE符号学：超越皮尔斯的三元与索绪尔的二元》。

◆ 六、三条读法路线

你可以从头读到尾。如果时间不多，可以按自己的来处，挑一条路线。**为病人与家属来的。** 建议这样读：

- 前言与第1章：单子上的三种东西；
- 第4、5章：感受为什么没有名分，住在缝里是什么滋味；
- 第7、8章：诊断名字怎样变成石头，又怎样熔开；

- 第10、11章：为什么道理都懂却做不到；
- 第15章：坏消息怎么说；
- 第19、22章：三栏单，以及蔡淑贞的第二次门诊。

读完可以试着用附录二的病人版三栏单，下次门诊前把自己的"日子"一栏写几行带去。它不是替你判断病情，只是让你想说的话有个地方放。

为医护来的。 建议这样读：

- 第1—3章：数字与指南的身份，以及循证医学的原意；
- 第4、6章：病人的开场陈述，三方怎样各守一角；
- 第8章：偶像在医者一端的样子；
- 第13—15章：信任、问诊时间、坏消息；
- 第17章：病历格式里早已藏着的三栏；
- 第19、20章：三栏单与团队对账。

本书不替你判断病情，也不改写任何指南。它想给你的，是一个看待"对不上"的新角度：那不是麻烦，是问诊的起点。

为医疗制度与管理来的。 建议这样读：

- 第3章：指南为什么会改；
- 第6章：门诊时长与投诉的来路；
- 第9章：过度诊断的账记在谁头上；
- 第13章：连续性就是制度化的结实；
- 第16—18章：家庭医生、病历与知情同意、线上问诊；
- 第20章：团队对账的预算与排班；
- 第21章：本书的说法怎样被检验。

本书不评判任何一国医疗体制的高下，只看对账的位置在哪里，被谁占着，缺在哪里。三条路线在第19章会合。那一章的三栏单，是全书唯一的一件工具。还有一句话要提醒病人与家属：请不要拿这本书去和医生争。三栏单不是用来证明医生错了的，它是用来让三种东西都上桌的。一张三栏单最好的用法，是你和医生一起看同一张纸，各自补上自己那一栏。

本书和本系列其他几卷也互相照应。第9章与第18章谈"再查一项""再问一次AI"，会回到本系列书四《大模型是索绪尔的网、皮尔斯的链：符号在对话中才发生》的一个说法：不付力气得来的答案，长不成自己的东西。全书凡用到三界、三角与力气的账，都回到理论总本书二，本书只用，不重讲。

◆ 七、这本书不做的事

这几句话，全书会反复说，在这里先说一次。本书只谈医疗中的沟通与制度，不给任何诊断和治疗建议。书里不谈任何具体不舒服的原因与处理，不示范任何医患之间的病情问答，不写该做什么检查、该吃什么药、该怎么吃怎么动。书里凡提到检查数字和阈值，只讲它们作为符号的身份：谁定的，怎么来的，说的是一群人还是一个人。

具体病情请遵医嘱。 书里谈到心里的难处时，只讲理解与陪伴。**身体或心里的难处真的大了，请找医生或心理咨询师。**

书里的家常人物，蔡淑贞、杜明哲医生，以及每一章开头的那些人，都是为了说明而虚构的，请不要对号入座。书里提到的公开研究与事件，只取学界已有定论的，不点名任何个人病人，不评判任何具体的医院、医生、药企与产品。本书不否定循证医学，不替代任何指南，不比较中西医的高下。本书拿不准的年份、数字和出处，都在文中标了"待核"，统一列在附录三里。

◆ 八、这句判词怎样才算错

一套说法如果怎样都说得通，它就什么也没说。所以本书在第21章专门写了它怎样才算错。这里先说个大概。**第一种情形。** 把门诊病人随机分成两组：一组在常规随访之外，加上三栏对账与医患共同决定；另一组照常随访。开始之前，事先登记"自我管理评分"为主指标，依从与临床指标为次要指标；一年后主指标两组无差别（在事先定好的最小有意义差值之内），"自我符号需要结晶"一说即须改。这一说讲的是：病人那一端的新"我"需要长出来，而长出来要靠对账。

第二种情形。 假定一个人对诊断名字的认同程度，可以用量表测出来。如果测出来它和这个人后来的自我管理、后来的转归毫无关联，那么本书"诊断名字会固化成石心"这一说，就不成立。

第三种情形。 把已经结案的医疗投诉档案拿出来，按"三栏是否被记录、缝是否被说出"重新编码。如果发现投诉多少与此毫无关系，那么本书"对账缺位，信任就从这里漏掉"这一说，就须改写。

还有一道本书必须自己守住的闸：**缝必须能事先指出来。** 要先在病历里看到"检查未见异常"与"症状持续"同时在场，才谈得上"这里对不上"。如果每遇到一个结果，都回过头说"其实早就对不上了"，这套说法就成了永远正确、因而什么也没说的说法。找不到缝，就老实说找不到。这三种情形，都是可以真正去做的研究。本书欢迎它们来检验。

◆ 九、从一张单子开始

现在回到前言那张全绿的体检单。第1章会把一张化验单从上到下拆开：项目名、测得值、参考范围、箭头，一栏一栏看它们各是什么来历。你会看到，那张纸上看得见的是两种东西，看不见的那一种，正是病人推门进来的原因。

第2章接着看左栏：一个数字本身有多可靠，它离开了测量的那个早上还算不算数。第3章看中栏：指南是怎样写成的，循证医学的原意里，病人的价值本来就在定义之内。第4章才轮到右栏，那一栏在医学里最没有名分，却往往是病人推门进来的原因。

如果你只有一个晚上，就读前言、第1章和第19章。前言让你看见那条缝，第1章告诉你那张纸上有几种东西，第19章给你一张可以带进诊室的三栏单。请带着前言最后的三个问题往下读：这张纸上有几种东西？谁在替谁说话？谁来对账？

目 录

作者介绍 iii

前言　一张全绿的体检单 iv

导读 xi

第一编　一张化验单上的三种东西 **1**

第1章　一张化验单上的三种东西 3

第2章　检验数字：身体留在仪器里的刻痕 18

第3章　指南与标签：医学的理念符号 33

第二编　各守一角 **49**

第4章　病人的感受：医学里最没有名分的符号 50

第5章　指标正常却很难受：住在缝里的人 67

第6章　三个人各守一角 82

第三编　标签与石心 **99**

第7章　诊断是一个词，也是一个人 101

第8章　偶像与石心：标签固化的两端 116

第9章　过度诊断：再查一项，没人付账的衍义 130

第四编　慢病：结晶的工程 **145**

第10章　医嘱是理念符号，习惯是自我符号 146

第11章　慢病管理的三个条件：对不上、场、动能 161

第12章　数字回到身体：家庭记录与可穿戴 176

第五编　信任是一笔能量账 **193**

第13章　信任：医患之间的连接度 195

第14章　问诊的三十秒与三分钟 211

第15章　坏消息怎么说：一个符号被熔开的时刻 227

第六编　制度的三界设计 **241**

第16章　家庭医生与连续性：让一个人认识你 243

第17章　病历与知情同意书：对账留在纸面上的痕迹 258

第18章　线上问诊与 AI 助手：答案多了，对账少了 273

第七编　对账问诊 289
第19章　一张三栏单：问诊怎么对账 290
第20章　慢病的三界小组：团队怎样每次对一遍账 309

第八编　检验与回家 325
第21章　它怎样才算错 327
第22章　回到那张体检单 342

结语　病人不是一张化验单 357

附录 360
附录一　术语表（大白话对照） 361
附录二　三栏单模板（医生版、护士版、病人版） 364
附录三　引文核验总表 367

参考书目 393

后记 403



第　一　编

一张化验单上的三种东西

编　序

第一编只做一件事：把一张化验单摊开，看清上面住着什么。它看上去是一张纸，细看却有三种来历不同的东西：测得的那个数，是身体在仪器上留下的刻痕；参考区间、指南阈值、诊断名字，是医学约定出来的标准；病人心里那句"我不对劲"，是一天天过出来的日子，纸上常常没有它的位置。

第1章从邵建平那叠体检报告讲起，拆开每一栏，算一道二十项检查的算术，把三种东西认作现实符号、理念符号和自我符号，立下全书最常用的判断：对得上，就没有解释；对不上，才该开始问诊。第2章跟着林国栋的一张纸条和一本簿子，看检验数字凭什么可靠、什么条件下才作数，为什么刻痕里常常刻着感受。第3章跟着葛文娟草稿纸上的两条线，看循证医学怎样把公共经验结晶成指南与病名——它们为人群而写，人却一个一个走进诊室。

三章是同一种写法：先把医学做对的地方写足，标准化、可以复核、循证，都是真进步；再看它停在哪里，而它停下的地方，正好是接着要走的一步。前言里蔡淑贞那张全绿的单子，到这里才被放进表里看清：刻痕与标准对得上，日子那一栏却没有上纸。

前两样东西的身份说清了，第三样只露出一角。下一编"各守一角"要先为它讨一个名分，再走进指标正常却很难受的人住着的那条缝，看三方各自守得尽责，却没有人专门负

责对账。读这一编，不妨带着一个问题：一张纸上的三种东西各说各的，那句没上纸的话，该由谁来接？

01

第1章

一张化验单上的三种东西

这一章的问题

邵建平翻遍十几页体检报告，只找到一个箭头，却找不到自己最想问的那句话——这一张纸上到底有几种东西，各自替谁说话？

◆ 一、表格中间那个箭头

邵建平五十八岁，在长沙一个公交场站做调度，干了二十多年。他的活是排班。几十台车、上百个司机，谁几点发车、谁几点收车、哪条线路今天缺人，都从他手里那张排班表上过。早班五点半要到岗，晚班要等最后一台车回场才能走。一周里总有两三天，他是在天黑透了以后才骑着电动车回家的。

调度室里有一面墙那么大的屏幕，每台车都是地图上一个会走的小点；桌上一部对讲机，从早到晚响个不停。他一边盯着小点，一边听着对讲机，一边在排班表上勾勾画画，这三样东西，他看了二十多年。

十一月初的一个晚上，他回到家，桌上压着一个牛皮纸信封。是单位体检的报告，同事帮他从工会那里捎回来的。老伴袁秀英把饭菜热了端上来，他没急着吃，先把信封拆开。里面是十几页纸，前几页是心电图、B超的文字描述，后面是一张张化验单。他戴上老花镜，坐到灯底下，一张一张往下看。

化验单是一样的格式：最上面是姓名、性别、年龄、科室；中间一张大表，左边是项目名，大多是英文缩写，后面跟着几个中文字；再往右是结果、单位、参考区间；有的结果后面跟着一个小小的箭头。最下面印着检验者、审核者的名字，采样时间、报告时间，还有一行小字。前面几张都没有箭头。翻到第四张，第十四行，结果后面印着一个向上的箭头。

他把那一行看了好几遍。项目名是四个英文字母，后面的中文他念得不太顺。结果比参考区间的上限多出一点点。他不知道这一项是管什么的，也不知道多出这一点点意味着什么。"有个箭头。"他把单子推给老伴看。袁秀英也看不懂，凑过来看了半天，说："那你去问问医生嘛。"他应了一句："问是要问。"随手把那张单子单独抽出来，压在电视遥控器底下。

吃完饭，他又把整叠报告从头翻了一遍。翻着翻着，他心里冒出另一件事。这两年他下了晚班，人缓不过来，跟四五十岁时不一样了。从前熬到半夜，第二天照样精神；现在一个晚班下来，要缓两天。这件事他没跟谁细说过，连老伴也只知道个大概。他原本想，体检的时候顺便问一问。可是那天体检中心人多，每个科室门口都排着队，医生问一句他答一句，前后几分钟，这句话一直没找到地方说出口。

现在他手里有十几页纸，每一页都在说他的身体。他一页一页找过去，想找到这件事在哪里。找不到。十几页纸上，有他的血、他的尿、他的心电图、他的肝和肾在超声下的样子，有一个箭头。可是"这两年下了晚班缓不过来"，哪一页都没有。那天晚上，他把那张有箭头的单子又看了一眼，关了灯。

本书不谈那个箭头是什么意思，也不谈他下了晚班为什么缓不过来。那是医生的事，要由面对面的医生，结合他这个具体的人来判断。**具体病情请遵医嘱**。本章只做一件事：把那张化验单拆开，看看上面到底有几种东西，每一种从哪里来，说的是谁。

◆ 二、把一张化验单拆开看

一张化验单看上去是一种东西：一张纸，一张表。可是表里的每一栏，来历都不一样。先看**项目名**。那四个英文字母，是医学界约定的一个名字，指向血液里某一种可以被测量的成分，或者某一种测量的方法。这个名字不是从邵建平身上来的。在他抽血之前，这个名字已经在教科书、在仪器说明书、在全世界的化验单上存在了几十年。它是一个约定。

再看**结果**，也就是测得的那个数。这个数是从他身上来的。那天早上，他空着肚子，在体检中心的窗口伸出胳膊，一管血被抽出来，贴上条码，送进检验科，在仪器里走了一遍，仪器吐出一个数。这个数，是他的身体在那个早上、那个条件下，留在仪器上的一道痕迹。

这个数也不是随手得来的。那管血要经过离心、上机、出数；检验科每天开工前要先用已知浓度的质控品把仪器校一遍，看它测得准不准；隔一段时间，还要参加外面组织的比对，几十上百家实验室测同一份样品，看彼此差多少〔待核：国内室间质评的组织方式〕；最后，还要有一位审核者签字，数才发出来。一个数字背后，是一整套很细的功夫。这些功夫，保证的是一件事：这道痕迹，确实是那管血留下的，而不是仪器自己的脾气。

再看**单位**。毫摩尔每升，或者微摩尔每升，或者别的什么。单位也是约定，它规定了这个数该怎么读，换一个单位，数就跟着变，身体却没变。

再看**参考区间**。这一栏最容易被误读。很多人以为它是"健康人应该是多少"，像一道判决的线。其实它是从一大群被认为健康的人身上量出来，按约定截出中间那一大段而得到的。它说的不是邵建平，是一群人。这一点，下一节细讲。

再看**箭头**。箭头是两栏碰在一起的结果：结果落在参考区间里，就没有箭头；落到外面，就打一个向上或向下的箭头。箭头不是仪器测出来的，是一条规则自动比出来的。它说的是："这个数，在那一群人里，落在了边上之外。"

再看最下面那几行：**采样时间、检验者、审核者**，还有那行小字。在许多化验单上，那行小字的意思大致是：本报告只对所送检的这份标本负责。这句话很老实。它说的是：这张单子说的，是那一管血；那一管血，是那个早上从你身上来的。至于你这个人怎样，它不打包票。把这些栏放到一起，就是下面这张表。

化验单上的一栏	它是什么	从哪里来	它替谁说话
项目名	一个约定的名字	医学界、教科书、仪器说明书	一种可测的成分或方法
结果（测得值）	身体留在仪器上的痕迹	那个早上的一管血、一台仪器	这份标本，也就是身体的一个侧面
单位	一个约定的读法	计量的规矩	怎样读这个数
参考区间	一把从人群里量出来的尺子	一大群被认为健康的人的统计	一群人
箭头	两栏一比的结果	一条自动比较的规则	"在那群人里，落在边上之外"

化验单上的一栏	它是什么	从哪里来	它替谁说话
采样时间、审核者、那行小字	这道痕迹的来历说明	检验科	这份标本，只对它负责
"这两年下了晚班缓不过来"	——	这张单子上没有	——

一张化验单上，结果一栏是从身体来的，其余几栏大多是从约定来的。而那个人心里最想问的那句话，没有一栏留给它。

◆ 三、"正常"这个词的来历

参考区间这一栏，过去很长时间里有一个更响亮的名字：**正常值**。把"正常"跟"平均"连在一起，是十九世纪的事。一八三五年，比利时学者凯特勒出版了一本讲人的书，把天文学里处理测量误差的办法，搬到了人身上（《论人类及其能力的发展》）。他量了大量的身高、体重、胸围，发现这些数排出来，大多挤在中间，两头渐渐变少，像一口倒扣的钟。

他由此提出一个说法，叫"平均人"：把一群人的各项数字都取中间，就得到这个群体的典型样子。据说他用过的一份材料，是几千名苏格兰士兵的胸围，排出来正好是那口钟的形状〔待核：材料来源与人数〕。今天体检单上常见的体重指数，最早也是从他那里来的，早年就叫"凯特勒指数"〔待核〕。

凯特勒对在哪里？他看见了一群人的数字自有它的规律，这规律可以被算出来，可以被比较。在他之前，医生看一个病人，只能拿他跟自己见过的其他病人比，凭的是记忆和经验；在他之后，一个人可以被放到成千上万人里去看。这是一次很大的扩展。后来的医学、公共卫生、保险、征兵，都从这里借了很多东西。可是它也悄悄带进来一个滑动：中间的，就是正常的；正常的，就是健康的；健康的，就是应该的。"平均"和"应该"，在"正常"这个词里搅到了一起。

到了二十世纪中叶，检验科越来越多，化验单上的"正常值"越来越常见，这个滑动也越来越让做检验的人不安。一个数落在"正常值"外面，常被读成"不健康"；落在里面，常被读成"没问题"。可是这一栏原本只是统计出来的一段。

一九六九年，两位北欧的临床化学家格雷斯贝克与萨里斯提出，用"参考值"来替换"正常值"的说法。大意是：这一栏只是拿来做参照的，它有明确的来历——从哪些

人身上测、怎么挑这些人、用什么方法测、怎么截取——说清楚了来历，它才有用；而"正常"这个词一身好几个意思，最好不再用它〔待核：二人提出替换的具体理由〕。

此后，国际临床化学联合会在上世纪八十年代陆续发布了一系列关于参考值理论的建议。今天许多实验室依据的，是美国临床与实验室标准协会和国际临床化学联合会联合制定的参考区间指南（EP28-A3c，第三版）。

按照这一路做法，一个参考区间大致是这样来的：先挑一群"参考个体"，也就是按事先说好的条件被认为健康的人；再用同样的方法、同样的条件，测他们的这一项；然后把所有结果从小到大排开，**通常取中间的百分之九十五**，两头各去掉百分之二点五。剩下的这一段，就是参考区间。

为什么是百分之九十五，而不是百分之九十，或者百分之九十九？这里没有什么自然定律。它来自统计学里一个用惯了的约定：在一口对称的钟形分布里，从中间往两边各走大约两个"标准差"，正好圈住百分之九十五左右。

这个约定方便、好记、各地通用，于是沿用下来。要是当初大家约定取百分之九十九，区间就会宽一些，箭头就会少一些；约定取百分之九十，箭头就会多一些。身体没有变，变的是尺子的刻度。这一点本身就说明了参考区间的身份：它是人定的，是约定出来的。约定得很有道理，也很有用，可它是约定。

还有一处更细的约定，藏在第一步里：挑"被认为健康的人"。谁算健康？要先有一套条件，比如没有某些病史、近期没有吃某些药、没有某些不适，才能把人挑进来。也就是说，在量出这把尺子之前，已经先用了另一把尺子。这不是毛病，任何测量都得从某处起步；做检验的人也早就知道这一点，所以要求把挑人的条件写清楚。只是读化验单的人，很少想到那一栏区间的背后，还站着一份"健康人名单"，而那份名单本身，也是一次约定。

还要分清一件事。有些项目旁边印的，不是从健康人群里截出来的一段，而是根据大型研究定下的一条线，过了这条线，医生就要考虑某种诊断或处理。那叫阈值，来历和参考区间不一样，第3章专门讲。本章只讲参考区间。

这里要把医学做对的地方说足。第一，它让千人千面的身体，有了同一把尺子。没有这把尺子，一个数字就只是一个数字，不知道是高是低；有了它，一位医生在长沙，另一位在新加坡，看同一项结果，可以说同一种话。

第二，它把"正常"从一个含混的词，变成了一件有来历、可以复核的事。哪些人、怎么挑、怎么测、截多少，都写得清清楚楚。它不再说"这就是健康"，只说"这是按这些条件量出来的一段"。这是一次很了不起的老实。

第三，它让许多原本感觉不到的事，有了被看见的机会。一个落在边上之外的数，可以提醒医生多看一眼，在身体还没有喊疼之前。

医学自己也一直在反省这个词。上世纪七十年代，美国医生、遗传学家墨菲在《医学的逻辑》（1976）一书里，把医学里"正常"一词的种种用法一一拆开：有时它指统计上的常见，有时指没有害处，有时指最理想，有时只是一种习惯说法〔待核：墨菲所列用法的数目与名目〕。几种意思混在一个词里，读的人很难知道此刻说的是哪一种。

把"正常值"改叫"参考区间"，这个改名本身，就是医学在自己的词上对了一次账。它看见了"正常"这个词说过了头，于是把它收回到一个更老实的位置。

◆ 四、二十项检查的算术

参考区间的来历说清楚了，一个算术题就跟着出来了。这道题不需要任何医学知识，只要一支笔。参考区间是从健康人里截出的中间百分之九十五。反过来说，一个健康的人去测这一项，也有大约百分之五的可能落在区间外面。这不是他出了问题，是这把尺子在造出来的时候，就把两头各百分之二点五的健康人留在了外面。

这是一项。那么做两项呢？假定这两项彼此不相干，一个健康的人两项都落在区间里的可能，是零点九五乘零点九五，约等于零点九。也就是说，至少一项落到外面的可能，已经接近百分之十。做二十项呢？二十项都落在区间里的可能，是零点九五自乘二十次，约等于零点三六。那么至少有一项落到外面、印出一个箭头的可能，就是一减去零点三六，约等于**百分之六十四**。

一次做的独立检查项数	每一项都在区间里的可能	至少一项出现箭头的可能
1 项	约 95%	约 5%
2 项	约 90%	约 10%
5 项	约 77%	约 23%
10 项	约 60%	约 40%
20 项	约 36%	约 64%
30 项	约 21%	约 79%
50 项	约 8%	约 92%

这张表的意思是：一个完完全全健康的人，只要一次做的项目够多，单子上出现一两个箭头，几乎是意料之中的事。

这道算术有它的前提，要老实交代。真实的检验项目，彼此往往有牵连，并不完全独立；不同项目的参考区间，截法也不尽相同；一个人也未必完全健康。所以真实世界里的数字会和这张表有出入。这张表不是用来预测谁的单子上会有几个箭头的，它只是用最简单的算术，把参考区间的身份亮出来：它是从一群人里截出来的一段，造它的时候，就注定要把一部分健康的人留在外面。

这道算术也不是说箭头不要紧。一个箭头可能什么也不意味着，也可能正是医生需要多看一眼的地方。它到底是哪一种，不是这张表能回答的，也不是本书能回答的，要由医生结合这个具体的人来判断。**具体病情请遵医嘱**。这里只想说清一件事：箭头是尺子在说话，不是身体在说话。尺子说的是"这个数在那群人里落在了边上之外"。至于这个人怎样，尺子没有说，也说不了。

同一个箭头，在三双眼睛里也是三样东西。在检验科的眼睛里，它是一个标记，意思是"这个数落在区间外"，标完就是完成了本分。在医生的眼睛里，它是一条线索，要跟这个人的年龄、病史、别的结果、他说的话放在一起，才知道值不值得追。在病人的眼睛里，它常常是一句判决，一个人在灯底下翻来覆去看好几遍，夜里睡不踏实。

三双眼睛都没有看错，它们看的本来就是三样东西：一个标记，一条线索，一句判决。可是纸上只有一个箭头，三样东西挤在同一个符号里，谁也不知道对方看到的是哪一样。

这件事在今天比从前更要紧。化验单这种格式，原本是写给医生看的：检验科把数和区间、箭头印好，交给开单的医生，由医生去读、去解释、再讲给病人听。中间有一道手。如今，许多医院的大厅里摆着自助打印机，手机上的程序也能直接收到报告，病人往往比医生先看到那张单子。这是一件好事，病人有权知道自己身上的数字。可是那道手不见了。一张原本写给专业眼睛的纸，直接到了不熟悉它来历的人手里，那个箭头，就更容易被读成判决。

这里没有谁做错了什么。只是一个符号换了读者，它的分量就跟着变了。本书后面谈到病人自己手里的数字时（第12章），还会回到这一点。

邵建平那张单子上的箭头，放在这道算术里看，就有了另一种读法。他那一叠报告里，化验项目加起来不下三十项。在三十项里遇到一个箭头，算术上说，是一件很常见的事。这当然不是说他那个箭头可以不管，而是说，那个箭头首先是一句关于"他在人群里落在哪里"的话，它还不是一句关于"他怎么了"的话。从前一句走到后一句，中间隔着一位医生，隔着他这个人的其他情况，隔着一次面对面的谈话。

◆ 五、尺子不认识这个人

到这里，可以说一说参考区间停在哪里了。它对的地方，上面已经说足：它让千人千面的身体有了同一把尺子，它把"正常"收回到一个老实的位置。它停下的地方，正好在它的长处旁边：**尺子是从一群人身上量出来的，所以它不认识这一个人。**这句话至少有三层意思。

第一层，尺子说的是一群人的中间，不是这个人自己的中间。一个人的某项指标，可能常年稳稳地待在区间偏上的位置，那是他自己的样子；另一个人，可能常年待在偏下的位置，那也是他自己的样子。检验医学里有一路研究，专门比较同一个人自己前后的起伏和不同人之间的差别。研究发现，在不少项目上，一个人自己的起伏远比一群人之间的差别窄〔待核：生物学变异与"个体性指数"的相关文献〕。

这意味着，一个落在人群区间里的数，对这个人自己来说，也许已经离开了他平常的位置；一个落在人群区间外的数，也许正是他一贯的样子。人群的尺子，量

不出这些。本书不讲这些该怎么看，那是医生的事；只指出这把尺子的身份：它说的是人群。

第二层，尺子是在某一群人身上量出来的，换一群人，尺子会有出入。挑什么样的人做"参考个体"，年龄多大，男女各多少，住在哪里，吃什么，用的是哪一种方法、哪一台仪器，都会影响截出来的那一段。所以许多实验室会注明自己的参考区间，有的项目还要按年龄、按性别分开。这正是参考区间老实的地方：它承认自己是从某一群人来的。可是一张化验单递到病人手里，这些来历大多只剩下一行数字，"某一群人"的那个"某"字，读的人看不见。

第三层，也是最要紧的一层：**尺子只能量能被量的东西**。参考区间是给测得值准备的。它能告诉你那个数落在哪里。可是邵建平心里那句"这两年下了晚班缓不过来"，不是一个能放到尺子上的数。它没有项目名，没有单位，没有参考区间，所以在这张纸上，它连被比一比的机会都没有。

二十世纪法国有一位哲学家、医生，叫康吉莱姆。他在博士论文《正常与病理》里，正面碰过这个问题（论文初版于一九四三年，一九六六年增订再版）。他的意思大致是：对一个活着的生命来说，"正常"不是一个平均数，而是它在变化的环境里，还能为自己立起新规矩的那份余裕；健康不是落在某个区间里，而是还能应付、还能调整、还能把日子过下去。他还特别看重病人自己的感受，认为医学之所以存在，首先是因为有人觉得自己病了，来求助。

康吉莱姆对在哪里？他看见了"正常"这个词里藏着的那个滑动，看见了生命不能被一个平均数说尽。他停在哪里？他把"正常"整个拉回到生命的一边，可是今天的医生手里，确实需要一把人群的尺子，需要可以复核的数字。只说"健康是余裕"，诊室里的事还是落不了地。本书不在两边选一边。尺子要有，余裕也是真的。要紧的不是哪一边更对，而是这两样东西，再加上第三样，怎样在同一张桌上对上账。

◆ 六、一张纸，三种东西

现在可以把本书的说法摆出来了。**一张化验单上，同时住着三种东西**。第一种，是测得的那个数。它是身体在仪器上留下的痕迹，本书叫它**刻痕**。用本系列理论卷的话说，它是一个**现实符号**：不需要谁去解释，它也稳稳地在那里，是现实自己沉下来的东西。

第二种，是参考区间，以及以后会遇到的指南阈值、诊断名字。它们是医学约定出来的尺子，本书叫它们**标准**。它们是**理念符号**：从一大群人、一大堆研究里总结出来，结晶成一段数字、一句条文、一个名字，可以写进书里，带到任何一个国家的任何一间诊室。

第三种，是病人的感受，以及在感受里慢慢长出来的那个对自己的看法："我好像哪里出了问题""我没事""我就这样了"。本书叫它**日子**，它是**自我符号**。它不在纸上，可是它比纸上任何一栏都更天天陪着这个人。

为什么把这三样都叫"符号"？本系列理论卷给符号下过一个定义：符号是许多牵连缠在一起、最后结成的一颗"粒子"，它有三个特点——**稳定**，能反复出现，不随一次解读就散掉；**整体**，拆开就不再是它；**独立**，能离开它发生的地方，被带到别处去。

拿这三条去看那张单子：参考区间是稳定的、整体的，也能离开那一群参考个体，被带到千万张化验单上，所以它是一颗结结实实的理念符号。测得值离开了那个早上、那管血，还算不算数，要看条件说得清不清楚，这件事第2章专门讲。"这两年下了晚班缓不过来"这句话，在邵建平身上也是稳定的、整体的。他能把它从场站带回家、带进诊室；它有来历，有分量。所以它也是一颗符号，只是长在自我这一界。

这一点要多说两句，因为它最容易被看轻。在许多人的印象里，数字是"客观的"，感受是"主观的"；客观的算数，主观的不太算数。可是"下了晚班缓不过来"这句话，并不是邵建平某一天随口一说。它是两年里几百个晚班一个个叠出来的，是他拿今天的自己跟十年前的自己一次次比出来的。

它稳定，换一天问他，他还是这么说；它整体，拆成"累""困""没精神"中的哪一个，都不再是它；它独立，他能把它带到任何一间诊室。这样的东西，不是噪声。它是另一种痕迹，刻在日子上，而不是刻在仪器上。第4章会专门为它讨一个名分。

三种东西不是各过各的。它们互相牵动，像一个三角。用理论卷的写法，可以写成三句话：

- **指南＝F（刻痕，感受）**：标准是被刻痕和感受一起塑造的。一份指南、一条参考区间，都是从无数测得值和无数病人的经历里总结出来的；两者对不上的地

方积累多了，标准就会改。"正常值"改叫"参考区间"，就是一次这样的改：一大群健康人的数字摆在那里，"正常"这个词却总被读成"健康"，两边对不上，被改写的是标准自己。

- **刻痕＝G（指南，感受）**：纸上有哪些刻痕，是被标准和感受一起决定的。邵建平那三十多项，是按一份体检套餐测的，套餐是标准；如果某一天他带着一句"不对劲"去看医生，医生据此再开哪一项检查，那一项刻痕就是被他的感受和医生的标准一起叫出来的。没有被叫出来的东西，不会出现在纸上。
- **感受＝H（指南，刻痕）**：病人怎样看自己，也被标准和刻痕一起改写。那个箭头，让邵建平那一晚多看了好几遍；前言里那张全绿的单子，让蔡淑贞慢慢觉得"大概是我太敏感"。一张纸，可以让一个人更不安，也可以让一个人不好意思再开口。

三句话合起来，就是本书最常用的一句判断：**对得上，就没有解释；对不上，才该开始问诊。**

那张单子上，二十几行没有箭头，没有人会去问它们是什么意思。刻痕落在标准里，三角平静，一切照常。邵建平盯着看了好几遍的，只有那一行带箭头的。解释是从对不上的地方开始的。可是这张纸上，其实有两处对不上。一处是印出来的：箭头。它是刻痕与标准之间的缝，事先就印在纸上，谁都看得见。

另一处是没印出来的：那句"下了晚班缓不过来"，和一叠大体平稳的数字之间，也许对得上，也许对不上，可是它根本没有上纸。一条缝要被认真对待，第一步是能被事先指出来。把这两处放在一起，一张单子和一个人之间，大致有这样几种情形：

刻痕与标准	日子	常见的样子	这条缝印在纸上吗
对得上（全绿）	也说没事	看完报告，舒一口气，收进抽屉	没有缝
对不上（有箭头）	也觉得不对	数字和感受指着同一个方向	印了一半
对不上（有箭头）	说"我好好的"	"我没病，单子瞎报"	只印了箭头那一半
对得上（全绿）	说"我不对劲"	前言里蔡淑贞的那张单子	完全没有印
对不上或对得上	没被问起	邵建平在体检中心那天	无从知道

第一种情形最常见，也最好，三角平静，没有什么需要解释。后面几种，都有缝。可是一张化验单能印出来的，只有刻痕与标准之间那一半；日子那一半，全看有没有人问，有没有地方写。理论卷给自己定过一道闸：对不上必须能在事前被独立指认，事后回头说"其实早就对不上"不算。放到诊室里，这道闸的意思很朴素：日子那一栏得先有地方写，缝才有可能被看见。没有那一栏，第二处缝连被指出来的资格都没有。

还有一层。三种东西各有人守着。检验科守着刻痕，它那行小字说得明白："只对所送检的标本负责"；参考区间和指南守着标准，它们只为人群负责；病人守着自己的日子。每一方都守得很尽责，可是**三方各守一角，没有人专门负责对账**。那行小字，是这句话最老实的注脚。检验科没有推卸什么，它说的完全是实话：它能负责的，就是那份标本。可是一个人去做检查，从来不是为了一份标本，而是为了自己。从"标本"到"这个人"之间那一段路，要有人来走。

	刻痕	标准	日子
系列里的名字	现实符号	理念符号	自我符号
在化验单上的位置	"结果"一栏	"参考区间"一栏、箭头	没有位置
从哪里来	那个早上的一管血、一台仪器	一大群人的统计、一大堆研究	这个人一天天过出来的日子
说的是谁	这份标本	一群人	这个人
谁守着	检验科	指南、参考区间的制定者	病人自己
最常被误读成	"这就是我的身体"	"这就是健康该有的样子"	"主观的，不算数"
它老实的地方	"只对标本负责"	写明从哪群人、怎么截	是真的，天天都在

对账，就是把这三栏放到一起，一行一行地比。对账是要付力气的：要有时间去追问，要有信任托着双方，要一次次累起来"你懂我"的那份结实。本书把这三样分别叫动能、势能和内能，第五编（第13—15章）会专门算这笔账。

◆ 七、邵建平的第二个上午

两个星期以后，一个调休的上午，邵建平去了家附近的社区卫生服务中心。去之前那几天，那张带箭头的单子在遥控器底下压着，他每天看一眼。老伴催了两

回。最后促成这一趟的，是场站里一个老同事的一句话："有箭头就去问，问了心里踏实。"

社区卫生服务中心在一栋老楼的一二层，门口有个小花坛，几位老人坐在边上聊天。挂号的窗口不用排长队，他报了名字，拿了号，在走廊的塑料椅子上坐下。他手里攥着那个牛皮纸信封，心里把要问的话又过了一遍：箭头是怎么回事。至于另一句，他想，人家医生忙，问一个就够了。

接诊的是一位四十出头的女医生，姓严。候诊的人不算多，前面排着三个。轮到他，他把整叠报告递过去，先指着那一行箭头。严医生把那一页拿起来看了看，又往前后翻了几页，看其他几项。然后她说的第一句话，不是这个箭头意味着什么，而是这个箭头是怎么来的：

"这个箭头，是拿你的结果跟一大群健康人比出来的，比他们大多数人高了一点。它本身不等于说你有什么病。到底要不要紧，我要结合你别的情况一起看。"这句话，把那一栏的身份交代清楚了：箭头是尺子在说话。

接着她又问了一句："你自己最近觉得怎么样？"这一问，在那个上午很要紧。邵建平愣了一下。他准备好了要问那个箭头，没有准备回答这个。停了几秒，那句在体检中心没说出口、在十几页纸里没找到地方的话，到底说了出来："这两年，下了晚班，人缓不过来。"

严医生没有马上接话。她把这句话在电脑里记下来，又问了几句他排班的情形，几点上、几点下、一周几个晚班。他一一说了。那天接下来怎么安排，要不要再查什么，要怎么看，严医生跟他说了。那是她根据他这个具体的人作出的判断，是他们两个人之间的事，本书不写，也不该写。**具体病情请遵医嘱**。

本书只看这一个上午里，桌面上发生了什么变化。这个变化不靠更多的检查，也不靠更深的学问。它靠的是两句话：一句把箭头的身份说清，一句把第三栏请上桌。前后多花了也许两三分钟。

可是这两三分钟不是白来的。它是严医生在一上午几十个病人里挤出来的时间，这是动能；邵建平肯在一个陌生医生面前把那句话说出口，靠的是社区里老同事那句"问了心里踏实"，以及服务中心那种不慌不忙的气氛，这是势能。少了哪一样，那句话都可能又一次咽回去。

体检中心那天，桌上只有两样东西：刻痕和标准。它们一比，比出一个箭头，箭头被印在纸上，事情就结束了。这个上午，桌上有了三样东西。箭头还在，严医生先把它的身份说清了：那是人群在说话。然后那句没上过纸的话，被请了出来，记进了病历。从这一刻起，那句话第一次有了一个可以被以后再翻出来的位置。下一次他再来，不管坐在对面的是不是严医生，病历里那一行都会在那里，和以后的刻痕、以后的标准放在一起。

邵建平从服务中心出来，站在门口的公交站台上等车。一台车进站，他习惯性地看了一眼车头的线路号，在心里核了一下时刻：早了两分钟。这是他干了二十多年的活。场站调度室里，墙上挂着一张时刻表，那是标准；大屏幕上有每台车的定位，一个个小点在地图上走，那是刻痕；对讲机里有司机们的声音，"这条路今天堵得邪乎""车上空调不对劲"，那是日子。

时刻表说准点，屏幕上的小点也对得上，可是一个老司机在对讲机里说"今天这条线不对劲"，他从来不会只回一句"屏幕上显示正常"。他会多问一句。很多次，事情就是从那一句里查出来的。二十多年来，他天天在做的，就是对账。只是在他自己身上，这本账，一直没有人摆到同一张桌上。

那天在站台上，这个念头在他身上停了一会儿。它不是一个结论，只是一点模模糊糊的东西：原来自己的单子，也跟调度室那三样东西一样，是要有人来对的。

◆ 八、放回日子里

下一次你拿到一张化验单，可以换一种方式看它。先看那一栏结果。那是你身体在那个早上留下的痕迹，它是真的，可它只是你的一个侧面，而且只对那一份标本负责。

再看那一栏参考区间。那是从一群人身上量出来的尺子。它说的是那群人，不是你。它有来历，有截法，造的时候就把两头各一小部分健康人留在了外面。所以，单子上出现一两个箭头，未必是坏事；单子上一个箭头也没有，也未必就把你想说的话都说完了。

再找一找，那张纸上，有没有你想说的那句话。多半没有。那么在去看医生之前，不妨在一张小纸上替它留个地方：最近的日子是怎么过的，哪个钟点、哪件事上，觉得跟从前不一样。写两三行就够。它不是让你自己去判断病情，也不是让你

拿去跟医生争。它只是让你的第三样东西，在诊室里有个地方放。前言里的蔡淑贞，拿着的就是表里第四种单子：全绿，可她那一栏同样没上纸。

如果你是家属，家里有人拿着一张"没问题"的单子，却还说不舒服，请先别急着说"医生都说没事了"。那句话是好意，可是它会把对方那一栏悄悄合上。不如问一句：你自己觉得哪里不一样？

如果你是医生或护士，你每天要看几十张单子。本书不敢替你判断任何一张。只想请你在看完刻痕与标准之后，多留一句话给第三栏："你自己最近觉得怎么样？"那一句，常常是对账的开始。具体看什么、查什么、怎么办，都要交给面对面的医生。**具体病情请遵医嘱。**

本书接下来要做的，是把这三种东西一样一样拆开看。第2章看刻痕：一个数字到底有多可靠。第3章看标准：指南是怎样写成的，又为什么会改。第4章才轮到那张纸上没有位置的第三样东西。

带 走 的 话

一张化验单上，结果是身体说的，区间是人群说的，你最想说的那句话，往往不在纸上。

小　账

参考区间把"正常"从一个滑动的词收回到一段有来历的统计，却在"一群人"处关上了门；本书在旁边加一栏，请"这一个人"的日子上桌。

发生被收回为发现的那一下，在于把箭头读成"我怎么了"：尺子比出来的一句人群之言，被当成了身体自己吐出的判决。

想 一 想

1. 你最近一次的化验单或体检报告，上面有几个箭头？你当时是怎样读它们的？
2. 那次去做检查，你心里最想问的那句话是什么？它在那张纸上有没有位置？
3. 你家里有没有人拿着一张"没问题"的单子，却还说不舒服？那时候，家里人对他说了什么？

◆

02

第2章

检验数字：身体留在仪器里的刻痕

> **这一章的问题**
>
> 林国栋把诊所的一张热敏纸条和家里记了三个月的蓝皮簿摆在一起，两个数对不上——一个检验数字到底是什么，离开那一刻还算不算数？

◆ 一、两张纸上的同一颗心

林国栋六十三岁，开了三十一年巴士，前年从车长的位子上退下来。他住在宏茂桥一栋组屋的九楼。晚饭后，太太潘玉珍在厨房洗碗，他在客厅的小方桌上摊开两样东西。一样是早上从综合诊疗所带回来的小纸条。护士量完血压，机器吐出一张窄窄的热敏纸，她撕下来递给他，他对折两次，放进了衬衫口袋。

另一样是一本蓝皮练习簿。去年女儿给他买了一台家用血压计，又顺手买了这本簿子，说"爸你记一下"。他就真的记了。每天早上起床洗过脸，晚上看完新闻，各量一次。日期、钟点、数字，一笔一划抄进去，格子对得整整齐齐，像当年交班时填的行车日志。他把纸条展开，压在练习簿旁边，看了很久。纸条上的数字，比练习簿上这三个月里的任何一个，都高出一截。

林国栋这辈子信数字。开巴士的人，眼睛一半在路上，一半在仪表盘上：车速、油量、水温、气压，哪一根针不对，车就得靠边。三十一年里，仪表骗过他的次数，一只手数得过来。时刻表上的每一个钟点，他都要对上；晚了两分钟，下一站等车的人就会看表。

退休以后，他的日子也排得像一张时刻表。早上六点半起床，下楼到咖啡店喝一杯咖啡乌，和几个老同事讲讲哪条线又改了路线；九点去巴刹买菜；下午三点半到小学门口接外孙；晚上七点新闻，十点睡觉。每一格都有钟点，每一格都对得上。他喜欢这种对得上的感觉，好像整个人还在一条准点的路线上跑。

所以这一晚他想不通的，不是数字高了还是低了。他想不通的是：两只表，量的是同一颗心，怎么会给出两个数？于是他问："玉珍，哪一个是我？"潘玉珍擦着手出来，看了一眼纸条，又看了一眼簿子，说："早上你赶巴士去诊所，路上堵，你一路怕过号。排了四十分钟，坐下来还没喘匀，护士就叫你了。"他又问："那家里这个就是对的？"她说："我哪里知道。下礼拜复诊，两样都带去给医生看。"

她回厨房去了。林国栋没有动。他心里有一个很硬的念头：诊所那台是医院的机器，家里这台是电器店买的，按道理，诊所的准。可是诊所的只有一张，家里的有一百八十个格子。一张对一百八十张，他不知道该信哪一边。这一晚林国栋碰到的，就是本章要讲的事：一个检验数字，到底是什么东西？

第1章拆开过一张化验单：项目名、测得值、参考范围、箭头。那一章说，测得值是身体在仪器上留下的刻痕，是现实符号；参考范围是人群统计约定出来的理念符号；而"我哪里不舒服"，根本不在那张纸上。本章只盯着第一样：那个测得值。它从哪里来，在什么条件下才作数，离开那个条件还算不算它。本章只讲一个数字的身份，不讲怎么测，也不讲怎么看。那是医生和检验科的事。具体病情请遵医嘱。

◆ 二、从听人讲到让身体写

先说这件事对在哪里。它对得很多，要先写足。两百多年前，医生了解一个病人，主要靠听。病人讲哪里难受、难受了多久、吃过什么、睡得怎样，医生凭这些讲述，加上望、摸、闻，下判断。这套办法里有许多代人的智慧。可是它有一个大毛病：讲述靠不住。人会忘，会夸大，会害羞，会被自己的猜想带偏。同一种病，碰上一个会讲的病人和一个不会讲的病人，在医生耳朵里像两种病。

1816 年，巴黎内克尔医院的医生雷奈克，要给一位有心脏病的年轻女病人检查。老办法是把耳朵直接贴在病人胸口上听，可对一位年轻女子，这样做不合当时的礼数。他把一张纸卷成筒，一头放在她胸前，一头贴着自己的耳朵，心跳声反而听得更清楚。此后三年，他把纸筒改成木筒，起名"听诊器"；1819 年出版论胸部疾病的书，把活人身上听到的声音，和死后解剖看到的病变一一对了起来。

美国医学史家赖泽（Stanley Joel Reiser）在《医学与技术的统治》（1978）里，把这一刻看得很重。他的意思大致是：从此以后，医生可以不全靠病人说，自

己去找病留下的痕迹；诊断精确了一大步，医生和病人之间的关系，也跟着悄悄换了一个样子。接下来一百多年，痕迹越来越多，而且越来越变成数字。

1868 年，德国医生冯德利希出版了一本讲疾病中体温的书。他用大量的体温记录，把"发烧"从手背摸上去的一阵烫，变成温度计上的一个读数；后来人人挂在嘴边的"37 度"，就和他的名字连在一起。

十九世纪末，意大利医生里瓦－罗奇做出了绑在上臂的袖带式血压计〔待核：年份通常记为 1896〕；几年后，俄国医生柯罗特科夫提出用听诊来读血压的办法〔待核：通常记为 1905〕。血液和尿液里的成分，一样接一样被化学方法测出来，排成了今天化验单上那长长的一列。这是一场真正的进步。它至少带来了三样讲述给不了的东西。

第一，数字让身体能被带走。一个人的体温、血压、血糖写在纸上，就能从这个诊室带到那个诊室，从今年带到明年，从新加坡带到上海。讲述做不到。同一句"有点闷"，换一个医生听，就换了一个意思；同一个数字，换一个医生看，还是那个数字。

第二，数字让身体能被比较。这个人的数字能和那个人的放在一起，今年的能和去年的放在一起，一千个人的能排成一条曲线。没有这一条，就没有后来的流行病学，也没有第3章要讲的指南。

第三，数字让医学自己能被检查。一个检验科做得好不好，可以拿同一份样本分送许多实验室，看结果相差多少。许多国家和地区都有这一类室间比对的制度〔待核：各地名称与做法不一〕。医生的判断错了，数字留在病历里，可以回头查。讲述留不下这样的底。

用本书的话说：**数字是身体留在仪器里的刻痕。**它是现实符号。它不靠谁去解释才立得住，它就在那里，被记下，被重复认出，被带到别处。书二讲现实符号时，用过一条被脚踩出来的路，这里不重讲。这段路是真的。本章后面说的每一句，都不是要把它挖掉。

◆ 三、福柯看见的那道目光

把这场进步看得最深、也最冷静的，是法国哲学家福柯。1963 年，他出版了《临床医学的诞生》，副题是"医学凝视的考古学"。书里讲的是十八世纪末到十九世纪初，巴黎的医院里发生了什么。他的大意是：医生看病的那道目光，换了。

从前的医学，常把病当成分类表上的一个品种，像植物学家给花草分门别类；病人身上的样子，只是这个品种露出来的一点症候。新的临床医学，把病放进了身体里面：放进器官，放进组织，放进解剖台上看得见、摸得着的病变。病人身上能被看、被摸、被听、被打开的东西，成了医学知识的地面。

顺带说一件很少人知道的事：在西方医学里，"符号学"这个词，最早有一支就长在诊断学里。古希腊以来的医生，把病人身上可以读出病情的种种迹象叫作"征候"，研究怎样读这些征候的学问，有好几百年就叫"医学符号学"〔待核：术语源流〕。

今天的临床课本仍然分"症状"和"体征"：症状是病人说出来的，体征是医生查出来的。用本书的话说，前者是自我符号，后者是现实符号；而福柯讲的那道目光，正是让后者一步步走到了前者的前面。

这道目光有它的力量。正是它，让医学从书本上的分类，落到一个个具体的身体上；也正是它，给后来的听诊器、温度计、化验单腾出了位置。福柯的书常被读成对医学的批评，可它首先是一份描述：现代医学的这双眼睛，是在一段具体的历史里长出来的，不是一直就在那里。

用本书的话说，福柯看见的，是理念符号怎样学会读现实符号。医学带着一张分类的网，去读身体留下的刻痕；读得越准，网就织得越密，刻痕也就被要得越多。可是这道目光，有它不太看的地方。

福柯还写到这道目光的一个心愿：让"看"本身就能"说"，医生看见什么，就能用准确的话把它说出来，看与说严丝合缝〔待核：书中"会说话的眼睛"一类表述〕。这是一个很美的心愿，也是现代病历、现代报告格式的来路之一。可是请留意，这个心愿里会说话的，是医生的眼睛，不是病人的嘴。

它看得见病变，看得见数字；它不太看病人自己怎样过这一天。病人的讲述，从前是医学知识的主料；到了新的临床里，退到了病历上"主诉"那一小栏，成了引路的线索，等着被身体上的痕迹证实，或者否认。第4章会专门讲，病人的感受怎样成

了医学里最没有名分的符号。本章只先记下一句：**刻痕越受信任，开口说话的那一方就越安静。**

赖泽也说过同一件事的另一面。他的大意是：精确不是证据唯一的尺度，还要看它和这个病人的难处贴不贴；不知道病人在感受什么、在想什么、需要什么，再精确的痕迹，也帮不上多少。

对福柯本人，也要公道。他对在哪里？他让人看见，医学的眼睛不是天生的，是一段历史长出来的，因而也可以被重新看一看。他停在哪里？他把这道目光描写得极透，却很少告诉人：目光之外的那一方，怎样重新回到桌上来。他看见了刻痕怎样压过讲述，没有接着问：刻痕和讲述能不能在同一张桌上对一次账。他停下的地方，正好是本书接着要走的一步。

所以，可以把这一节压成两句：医学对在这里：它找到了一种不会忘、不会夸大、不会害羞的证据。它停在这里：它慢慢把这种证据，当成了身体本人。

◆ 四、一个数字出门之前

林国栋的女儿林慧敏，三十四岁，在新加坡一家公立医院的检验科做了十年。那天晚上她打电话回家，听父亲讲了两张纸的事，笑了一声，说："爸，你以为一个数字是机器随手吐出来的？"她讲了她们科室的一个早上。

天还没亮，第一批人到岗，先不碰病人的标本，先跑质控样。质控样是成分已知的样本，像一把校过的尺子；仪器量它，量出来的数要落在事先定好的范围里。落不进去，当天这台仪器上的病人标本，一个都不发报告，要先查原因：是试剂换了批次，是仪器哪里漂了，还是哪一步手法出了岔子。查清楚、校回来，才开工。

白天，标本一管一管进来。每一管上贴着条码，条码连着名字、病床、采样时间。标本放久了、溶血了、量不够了，都要退回去重采，宁可让病人再挨一针，也不发一个来历不清的数字。报告发出去之前，系统还会把这个数字和这个人上一次的数字比一比，差得太远，要人工再看一遍。

"每一个印在单子上的数，"林慧敏说，"后面都站着一群人和一大堆规矩。"她说的，正是数字之所以可信的那张网。它不是从仪器里自己长出来的，是一代代检验人用校准、比对、退样、复核，一点一点织出来的。这张网，就是数字的底气。

林国栋在电话这头听着，说："那诊所那张，也是这么来的？"林慧敏说："诊所量血压是另一回事，不进我们科。不过道理一样：每个数，都是在一套规矩里刻出来的。规矩管得住仪器，管不住你那天早上赶巴士。"这一句，林国栋后来记了很久。

本书要先替检验科把话说足：一个数字从采样到出门，要过的关比大多数人想的多得多。今天化验单上的数字之所以敢被一个陌生的医生直接拿来用，靠的就是这一道道关。医学里很少有哪一行，像检验这样把"自己会不会错"当成每天第一件要查的事。

可是林慧敏那句话的后半截，也说出了这张网的边界：**它管得住仪器，管不住那一天**。检验科能保证的，是"这管血里此刻有多少"；它不负责、也没法负责的，是"这管血是在这个人怎样的一天里抽出来的"。那是另一栏的事。

◆ 五、拿三把尺子量一个数

数字是刻痕，刻痕是现实符号。可是，化验单上的每一个数字，都是一个站稳了的符号吗？书二给过三把尺子，用来判断一样东西是不是已经成形的符号，也就是本套书说的"粒子态"：

- **稳定**：能重复出现，不随一次读取就散掉；
- **整体**：拆开就不再是它；
- **独立**：能离开发生的地方，带到别处还作数。

这三把尺子原本是拿来量词语、习惯这一类东西的。现在拿它们去量化验单上的一个数。

第一把尺子：稳定吗？林国栋的两张纸，说的就是这件事。在诊室里量的血压，和在家里量的，可以不一样。1988 年，美国的皮克林等人在《美国医学会杂志》上发表了一篇文章，题目就是一个问句："白大衣高血压有多常见？"他们关心的是这样一种情形：有的人在诊室里一量，数字偏高；离开诊室，戴着随身仪器记录一整天，数字却不高。

后来许多研究反复见到类似的情形，"白大衣"这个名字就留了下来。还有更早的研究记录到：医生走到病床边的那几分钟里，病人的血压会往上走〔待核：常引意

大利曼恰等人1983年在《柳叶刀》的研究〕。血糖也一样。一天之中，饭前、饭后、清早、深夜，它本来就在起伏。同一个人，在不同的钟点抽血，会留下不同的数字。这不是仪器坏了，也不是谁在说谎。这是身体本来就在动。

你在家里也见过同样的事，只是很少往这里想。早上起床称一次体重，晚饭后再称一次，两个数不一样；穿着外套称，和脱了外套称，又不一样。没有人会因此说秤坏了，也没有人会说"早上那个才是真的我"。大家心里都明白：秤记下的是那一刻的你，连着那一刻的衣服、那一刻肚子里的晚饭。

可是同样的道理，搬到化验单上，很多人就忘了。一个数字一旦印在医院的纸上、配上一个参考范围和一个箭头，它看上去就不再是"那一刻的你"，而像是"你本来的样子"。一个数字，是身体在某一刻、某一种处境下留下的刻痕。换一刻，换一种处境，刻痕就换了深浅。

所以，单独一个读数，它的"稳定"是有限的。医学自己早就知道这一点，于是检验与测量都有一整套关于时间、条件和重复的规矩。本书不讲这些规矩是什么，只讲它们为什么存在：**一次刻痕，还不一定是一个站稳了的符号**。

第二把尺子：整体吗？"整体"问的是：把它拆开，它还是不是它。化验单上的那一格，看上去只有一个数字。可是这个数字真正的样子，是数字连同它的来历：哪一天，几点钟，吃没吃东西，刚爬完楼梯还是已经坐了一阵，用的什么方法，在哪一家实验室。这些来历，在化验单上常常印成一行小字，或者干脆不印。

把来历拿掉，只剩一个光秃秃的数字，它就像一句话被剪掉了前半句。你在一张便条上看到"三点"两个字。是下午三点见面，是三点钟方向，还是比分三比几？没有前半句，你没法知道。数字也一样，只是它长得太像一个完整的东西，很少有人想起它少了前半句。

说来有点好笑。林国栋桌上那两样东西，论仪器，诊所的贵、家里的便宜；可论"整体"，倒是家里那本簿子更完整一些。簿子上每一个数旁边，都有日期，有钟点，有时他还顺手记一句"昨晚没睡好"或"刚从巴刹回来"。诊所那张纸条，只有一个数和一个打印时间。贵的仪器给了一个更精确的刻痕，便宜的簿子却留住了更多的来历。

所以一个检验数字的"整体"，不在那个数字本身里，而在数字和它的来历连在一起的那一团里。来历丢了，整体就缺了一角。

第三把尺子：独立吗？"独立"问的是：它离开发生的地方，带到别处，还作不作数。能被带走，本来就是数字最大的长处。可是它被带走的时候，身上还粘着发生地的泥。

泥的第一层，是实验室。同一份血样，送到两家实验室，用的方法、仪器、试剂批次不同，结果可以有小小的差别。这正是为什么各家实验室要做质控、要参加室间比对：医学自己知道，一个数字从这一家走到那一家，要先校一校，才好放在一起看。

这些年，中国各地都在推动医疗机构之间"检查检验结果互认"：符合条件的项目，在这家做过，到那家可以不必重做〔待核：具体政策文件与年份〕。这件事从符号的角度看很有意思。它做的，正是替数字的"独立"开一张通行证。可是通行证要先有校准与比对作保，所以互认总是一项一项、一级一级地放开，不是一下子全认。这说明制度很清楚：数字能走多远，要看它身上的泥洗得多干净。

泥的第二层，是进仪器之前的那一段。2007 年，意大利帕多瓦的卡拉罗与普莱巴尼在《临床化学》上发表研究，统计一家急诊化验室一段时间里的差错。约六成出在检验之前：标本怎样采、怎样存、怎样送、标签贴没贴对；出在仪器分析这一步本身的，大约只占一成半。一个数字的命运，在它进入仪器之前，已经被许多双手摸过了。

泥的第三层，是年代。冯德利希的"37 度"，在后来一百多年里，一直被当作人的体温。2020 年，美国斯坦福大学的普罗齐夫、帕索内特等人在《eLife》上发表研究。他们比对了三批记录：美国内战老兵的档案，二十世纪七十年代的全国健康调查，二十一世纪的医院病历，合起来六十多万个体温读数。

他们发现，美国人的平均体温一百多年来在慢慢往下走，大约每十年低 0.03 摄氏度左右〔待核：由原文约 0.05 华氏度换算〕。他们的看法是，这不是温度计变好了，是身体本身变了。这件事说的是：一个刻痕，不但带着它那一刻、那一台仪器，还带着它那个年代的身体。离开那个年代，它的意思也会挪动。

三把尺子量下来，结论很朴素：**一个检验数字是现实符号，可它是一个条件很多的现实符号。条件说清楚、能重复的时候，它稳、它整、它走得远；条件丢了，它就只是一个半成形的刻痕。**下面这张表，把三把尺子和林国栋的两张纸放在一起。

尺子	它问的是什么	化验单上的数字	林国栋的两张纸	什么时候站得稳
稳定	重复出现还是它吗	一天之内本来起伏	诊所一张偏高，家里一本不高	同样条件下一再重复
整体	拆开还是它吗	数字连同时间、方法、处境	纸条上没写他刚赶完巴士	来历和数字一起写下
独立	带到别处还作数吗	实验室、试剂、采样、年代	两台仪器，两个地方	经过校准与比对
来历	谁在什么时候刻下的	进仪器前已经过多双手	一张是护士量的，一本是他自己量的	来历查得回去
开口	它会说出自己的意思吗	不会	两样都不说"哪个是我"	要有人把它放回三栏里

最后一行，是前三把尺子量不出来的。下一节专讲它。

◆ 六、刻痕不撒谎，可它不开口

量完三把尺子，再回头看那句老话："数字不会骗人。"这句话一半是对的。刻痕确实不撒谎。诊所那台仪器量到的，就是林国栋那一刻的身体；家里那台量到的，就是他另一刻的身体。两个都是真的。没有一个是假的，也就谈不上"哪一个骗了他"。

可是刻痕不会开口。它不会自己说："我是在一个人赶了半小时路、排了四十分钟队、心还没定下来的时候被刻下的。"它不会说："我要和前三个月的那一长串放在一起，才看得出意思。"它更不会说："我和这个人的日子，对得上，还是对不上。"

这就是刻痕的老实，也是刻痕的哑。它把那一刻原原本本地记了下来，然后一句话也不说。替它开口的，只能是另外两角：一边是医学的标准，一边是病人的日子。

林国栋对这件事，其实比谁都熟。他开车的那些年，巴士上装着行车记录设备。车速多少，几时踩的刹车，踩得多重，一笔一笔都记着。有一回，一个小孩从

停着的货车后面冲出来，他一脚刹到底，车上一位站着的阿婆摔了一跤。事后公司调出记录：车速不快，刹车很急。记录一点没错。

可是来问话的主管，还是坐下来，让他从头讲一遍：那天什么天气，货车停在哪里，他先看见的是什么，脚是在哪一刻落下去的。记录说出了"怎样"，说不出"为什么"。要把那一脚刹车放回那一天里，非得有一个人开口不可。那一回，开口的是他。到了诊所，那张纸条就是他身体的行车记录。它记下了车速和刹车，记不下那个冲出来的小孩。

还有一层，比"不开口"更深：**刻痕也不是纯的**。书二有一组三角方程：三类符号里，任何一类都是另外两类的函数，任两类对不上，就逼第三类变化。放进本书，三条写作：

- 指南＝F（刻痕，感受）
- 刻痕＝G（指南，感受）
- 感受＝H（指南，刻痕）

本章只看中间那一条：**刻痕＝G（指南，感受）**。意思是，一个检验数字，本身就被另外两角塑过。**先看"指南"这一角**。测什么，什么时候测，在什么条件下测才算一次合格的读数，都是理念那一边定下的规矩。身体每时每刻留下的痕迹多得数不清：心跳、出汗、脸色、步子快慢、声音高低。能被刻进仪器、印上化验单的，只是被某个标准选中的那几样。化验单上之所以有这一行而没有另一行，是因为有一套理念说，这一项值得一测。

所以每一个数字出生之前，理念已经在场了。它决定了身体的哪一处可以留下刻痕，也决定了这道刻痕要刻成什么单位、刻在哪一格。

再看"感受"这一角。白大衣那件事，说的正是这个。人在诊室里的紧张，是一种感受，是自我那一边的东西。可它不只停在心里，它会跑进身体，再刻进仪器的读数里。

林国栋那一早上的赶路与等候，有没有刻进那张纸条，本书不判断，那是医生的事。本书只指出一件事：**它是可以被刻进去的**。这是本章最想让你带走的一句：**刻痕里，常常已经刻着感受**。

所以，"客观的数字"和"主观的感受"，并不是隔着一堵墙的两样东西。数字是现实符号，感受是自我符号；可现实符号身上，常常留着自我符号的指纹。把感受当成数字之外的"噪声"剔掉，有时等于把数字的一半来历也剔掉了。

医学其实早就知道这一层，"白大衣"这个名字本身就是证据：它是医学自己给这条缝起的名字。可是知道归知道，那张窄窄的热敏纸上，只印得下一个数字和一个钟点。紧张、赶路、排队，没有一格可以放。

这就是全书说的"各守一角"在一张小纸条上的样子：检验科守数字，守得很老实；指南守标准，守得很认真；病人守着自己的那一早上，可那一早上不在任何一栏里。三方都尽了责，偏偏没有人专门负责把它们放在一起对一遍账。

◆ 七、一个数字要带着来历走

把前面几节收拢，本书在这一章的说法有四句。**第一句：检验数字是现实符号，而且是可靠的现实符号。**它是身体在仪器里留下的刻痕，不靠谁去解释才立得住。医学把身体变成可以带走、可以比较、可以复查的数字，是一场真正的进步。本书不怀疑这一点。

第二句：它的可靠，是有条件的。现实符号可靠，是在条件说清楚、可以重复的时候。一次读数，是一道刻痕；同样条件下一次又一次的读数，连同它们的来历，才慢慢结晶成一个站稳了的符号。数字的"客观"，不是一出生就带着的，是靠条件与重复一点点挣来的。

第三句：它的可靠，也要付能量。书二说过，任何一界的符号要成形，都要付三种能量。放在一个检验数字身上，账是这样的：

- **内能**是连接度，也就是断裂的难度。一个孤零零的读数，连接度低，换一个钟点就可能被另一个读数推翻；一长串在相同条件下留下的读数，彼此撑着，连接度就高，很难被一次偶然拆散。
- **势能**是那张托住它的网。仪器的校准、试剂的标准、实验室之间的比对、检验人员的训练，还有病人对这家诊所、这位医生的信任，合起来是一张场；一个数字能不能被当真，要看这张网把它往哪边拉。
- **动能**是时间与追问。要有人花时间，把这个数字放回它的那一天、放回它前后那一串里去看。没人付这份动能，数字就只能光秃秃地躺在纸上。

连接度这件事，其实是可以数的。书二说过，一个符号有多结实，可以看要多少次反例才能让它松动。放在数字身上，就是：一个判断，靠的是一个读数，还是一长串读数？要多少个相反的读数，才会让人重新想一想？靠一个读数立起来的判断，一个相反的读数就能把它推倒；靠一百八十个读数立起来的，要推倒它，就得付出大得多的力气。

这不是说数字越多越好，第12章会讲数字太多的另一面；这里只说，一个数字站得稳不稳，和它身后有多少同伴连在一起，是一回事。

第四句：两张对不上的纸，是一条事前就能指出来的缝。本书一再强调一道闸：对不上，必须在事前就能独立指认，不能等事后回头说"其实早就对不上"。林国栋的情形正好过得了这道闸。同一个身体，同一段时间，两份记录，数字落在两处，白纸黑字，在任何人解释之前就已经摆在那里了。

反过来想一想也一样。如果那张纸条和那本簿子说的是同一个数，林国栋那一晚什么也不会问，下礼拜的门诊也会平平静静地过去。对得上，就没有解释。正是两张纸对不上，那一晚才有了一个问题，下礼拜的诊桌上才有了一件值得谈的事。这条缝不是麻烦，是问诊的起点。

缝找到了，下一步才是对账。对账不是挑一张扔掉，而是把两张都放上桌，问一问：它们各自是在什么样的一刻刻下的？下面这张小表，把两种问法并排放着。

发现学的问法	发生学的问法
这个数字是多少？	这个数字是在哪一刻、什么处境下刻下的？
两个数字里，哪一个是真的？	两个数字各自是真的，它们之间的那条缝说明了什么？
数字正常，人就没事吗？	数字、标准、日子三栏，对得上吗？
感受是不是干扰了数字？	感受有没有已经刻进了数字？
仪器准不准？	托住这个数字的那张网，够不够结实？

◆ 八、两种走偏，方向相反

讲到这里，容易有人把话听歪。所以要停一下，把两种走偏都摆出来。**第一种走偏，是把数字当成人本人。**单子上的数字在范围里，就说"你没事"；数字出了范围，就说"你有事"。人的那一天、那一刻、那一串前后，统统不问。这是把一道刻

痕，当成了这个人本来的样子。这种走偏，在医者那一边，会慢慢长成第8章要讲的"偶像"：数字和标签凝住了，不再被新的对不上改写。

第二种走偏，方向正相反，是把数字当成敌人。"仪器哪有我自己清楚。"或者"我感觉挺好，那个数不用管它。"这是把自己的感受当成唯一的真，把刻痕一笔勾掉。这种走偏，在病人那一边，会慢慢长成"石心"的一种：我没病。

本书两边都不站。刻痕是真的，感受也是真的。它们对不上的时候，错的往往不是其中哪一个，而是没有人把它们放在一起看。拿感受去压数字，和拿数字去压感受，是同一个毛病的两张脸：都想用一角吞掉另一角，省下对账的那份力气。

林国栋那一晚的念头，就落在第一种走偏的门口。他想的是："两个里面，总有一个是假的。"三十一年的仪表盘，教会他相信每一根针；可没有教过他：针也会随着车身的姿势而偏。

◆ 九、两本账摆上同一张桌

下一个礼拜，林国栋带着那张对折过的纸条和那本蓝皮簿，又去了综合诊疗所。出门前他犹豫了一下，要不要带簿子。家里那台机器是电器店买的，他怕拿出来让医生笑话。潘玉珍把簿子塞进他的布袋里："带着。三个月天天记，又不是白记的。"

看他的是江医生，四十来岁，说话不快。那张纸条和那本簿子，一起摆上了桌。后来的事，林国栋回家讲给太太听，讲得很简单。他说，江医生没有先说哪一个数对。她翻了翻簿子，问他每天是几点量的，问他那天早上是怎么到诊所的，又问他平常一天怎么过。她把这些记了几行，说了她的看法，说了接下来怎么安排。接下来怎么看、要不要再测、怎样安排，是江医生的判断，本书不写。具体病情请遵医嘱。

如果把那一刻的诊桌画下来，桌上其实摆着三样东西。一样是数字：一张纸条，一本簿子，都是刻痕。一样是标准：江医生心里装着的那一套，什么样的读数算数，读数落在哪里该怎么看，那是她多年读书、行医、照着指南做事攒下来的。还有一样，是日子：林国栋那天早上的路，平常一天的作息，他心里那句"仪表不骗人"。

从前这三样，各在各的地方。数字在纸上，标准在医生脑子里，日子在病人嘴边，常常没来得及说出口，门诊就结束了。这一回，三样碰巧都上了桌。第19章会把这三样排成一张"三栏单"，左栏刻痕，中栏标准，右栏日子；本章只记下，它们第一次同时出现在林国栋面前时的样子。

本书要写的，是这一场谈话里换掉的那样东西。**换掉的，是"哪个是我"这个问题**。一个礼拜前的那一晚，林国栋心里的账是这样记的：两个数，必有一真一假；诊所的机器贵，所以诊所的真；那么家里这一百八十格，大概都白记了。这是发现学的记法。它假定有一个"真正的林国栋的血压"，先在那里等着，仪器的任务是去把它够到，够得准的就对，够不准的就错。

这一场谈话之后，账换了一种记法。两个数都是真的，各是他某一刻的刻痕；它们之间的那条缝，不是谁的错，是一条线索。纸条说出了他在诊所那一刻的身体，簿子说出了他在家里那许多刻的身体，两样摆在一起，才比任何一样单独更像他。

回家的巴士上，林国栋想起一件开车时的旧事。那年他刚当车长，带他的老师傅告诉他：车停在斜坡上，油表的针会偏，别一看就慌，开回平路再看。他当时只当是一条开车的小窍门。坐在车窗边，他忽然觉得这句话说的不只是油表。针没有骗人。针只是老老实实地记下了车身那一刻的姿势。

这一趟巴士上，显出了一个和一个礼拜前不太一样的林国栋。他还是信数字，信得跟从前一样多；只是从这以后，他看一个数字的时候，会多问一句：它是在哪一段坡上记下的？

那天晚上，他在蓝皮簿最右边，用尺子又画了一条竖线，在顶上写了三个字："那一天"。潘玉珍问他写这个做什么，他说，记一记那天是怎么过的。这是他自己的习惯，从行车日志里带出来的，不是本书给你的建议。至于数字由病人自己的手记下以后，它的身份会怎样变，第12章还会再讲。

◆ 十、放回你的日子里

下次你从医院或诊所拿回一张化验单，不妨先别急着看箭头朝上还是朝下。先看那一格里的数字，想一想：它是你在哪一天、哪一刻留下的？那天早上你是怎么来的？前一晚睡得怎样？它和你以前的那几张单子，能不能放在一起看？

这些问题，不是要你自己去判断数字的意思。那是医生的事，具体病情请遵医嘱。这些问题只是提醒你一件小事：那张单子上的数字，是你身体在某一刻留下的真痕迹。它老实，可它不开口。它记下了那一刻，却记不下那一天。而那一天，只有你知道。

如果你是陪家里老人去看病的那一个，这件事你也许更有体会。老人在诊室里常常说不清，或者不好意思说：早上为什么来晚了，昨晚为什么没睡，前几天为什么心里烦。你站在旁边，知道的那一点点日子，有时正是那个数字缺掉的前半句。说不说、怎么说，看场合；可至少你知道，那半句是有用的，不是闲话。

把那一天带进诊室，不是去和数字争输赢，是给数字补上它被剪掉的前半句。数字、标准、日子，三样东西都在桌上的时候，一次真正的对账才有可能开始。

带 走 的 话

检验数字是身体留下的真痕迹，它不撒谎，可它只记得那一刻，说不出你的那一天。

小　账

雷奈克与福柯之后，医学学会了让身体自己留下字迹，不再全靠病人开口；本书补上一句：身体留下的字迹里，也刻着那一刻的处境与感受。

发生被收回为发现的那一下，在于把某一刻、某一台仪器留下的刻痕，当成了"这个人本来的样子"，以为真值一直在那里等着被够到。

想 一 想

1. 你最近一张化验单上的某个数字，是在什么样的一天、什么样的一刻留下的？那一刻，单子上写了吗？
2. 你有没有像林国栋那样，手里有两个对不上的数字？当时你默认哪一个才是"真的你"，为什么？
3. 你身上有没有一句像"仪表不骗人"这样的老话？它是在哪一段日子里练成的，今天还管用到什么地方为止？

◆

03

第3章

指南与标签：医学的理念符号

这一章的问题

葛文娟在草稿纸上画了两条线，又在中间点了一个点：同一个数，换一条线就换一个名字——医学上的线和病名，是在人身上找到的，还是人约定出来的？

◆ 一、一条线挪了十毫米

葛文娟四十六岁，在杭州一所中学教初三数学，教了二十二年。十一月的一个晚上，期中考试的卷子刚批完最后一摞。她把红笔插回笔筒，揉了揉眼睛，顺手拿起手机，想歇一会儿。

一个家长群里转来一篇文章，标题很吓人，大意是"一夜之间，美国一半成年人成了高血压"。她点进去看。文章说，2017 年，美国心脏病学会和美国心脏协会发了新的指南，把高血压的起点从 140/90 往下挪到了 130/80。线一挪，美国成年人里算作高血压的，从大约三分之一，一下子变成了将近一半。

群里一下子热闹起来。有家长说自己上个月量过，正好在那两个数中间，"这下完了"；有家长说美国的事跟我们没关系；还有一位家长单独私信她："葛老师，你是教数学的，你帮我算算，这到底是变多了还是没变？"她回了一句："人数是变多了，人没变。"想了想，又补了一句："身体的事我不懂，还是问医生。"

她看完那篇文章，没有像群里的家长那样紧张，倒是愣了一下。她想起了自己今年的体检单。单子上血压那一行，后面跟着四个字："正常高值"〔待核：国内指南中的分级用语〕。她当时没在意，以为"正常"两个字在前面，就是没事的意思。

现在她换了一个角度看这四个字。"正常"，又"高"。一个数，怎么能同时是正常的，又是高的？她把一张没用完的草稿纸翻过来，拿尺子画了两条横线，一上一

下，隔开一小段。上面那条写上"140"，下面那条写上"130"。然后她在两条线中间点了一个点，没写数字，只是一个点。

她看着这个点，想到一件做了二十二年的事。每次考试，她都要和教研组商量分数线。及格线是六十，这是老规矩；可"优秀"划在八十五还是九十，年年都要争。有一年划在九十，班上的优秀率是百分之二十几；第二年改成八十五，优秀率一下子过了三成。学生没变，卷子难度也差不多，变的是那条线。

这件事她再熟悉不过：**线是人画的**。画在哪里，有道理，有讨论，有人举手表决；可它不是长在卷子上的。一个学生考了八十七分，在一条线下面是"良好"，在另一条线下面是"优秀"。那个八十七分没有变，变的是它被叫作什么。

丈夫潘立新从书房出来倒水，看见她对着一张草稿纸发呆，问她："又在算什么？"她答："算我自己。"说着把纸推过去，"你看，这个点，按美国那条新线，得换一个名字；按另一条线，还是老样子。它到底算什么？"潘立新看了一会儿，说："你问医生啊。"她说："我是要问医生。可我先想弄明白，我到底要问什么。"

这一晚葛文娟心里冒出来的那个问题，就是本章要讲的事：一条医学上的线，一个诊断的名字，到底是什么东西？它是在人身上找到的，还是人约定出来的？

第1章讲过，参考范围是人群统计约定出来的理念符号；第2章讲过，化验单上的测得值是身体留在仪器里的刻痕，是现实符号。本章往上走一层，讲医学里另外两样更大的理念符号：**指南**，和**诊断标签**。本章只讲它们作为符号的身份：谁定的，怎么来的，说的是一群人还是一个人。不讲任何一个阈值该怎么用，也不讲谁该算什么病。具体病情请遵医嘱。

◆ 二、循证医学：一场真正的进步

要讲指南，先要讲它背后的那场运动。这件事对在哪里，要先写足，因为它对得很多。几十年前，医生怎样决定一个病人该怎么治？很大程度上，靠的是老师怎么教、老专家怎么说、自己过去的病人怎么样。这里面有许多宝贵的经验，可也有许多没人检查过的习惯。一种做法在某位名医手里流传开来，大家都照着做，做了几十年，没有人系统地问过：它到底让病人更好了，还是更坏了？

英国流行病学家科克伦在 1972 年出版了一本小书，题目大意是《效果与效率》，批评医学里许多常规做法从来没有经过严格的检验〔待核：书名与年份〕。他的名字后来被一个国际协作组织沿用，那个组织专门把全世界的研究汇总起来，做系统的综述〔待核：科克伦协作组织成立于 1993 年〕。

在加拿大麦克马斯特大学，萨克特等人从 1978 年起开一门课，教医生怎样批判地读医学文献：一篇研究可信不可信，结论能不能用在病人身上。1991 年，同校的盖亚特在一篇社论里，用了一个新词：**循证医学**。第二年起，《美国医学会杂志》开始连载一组"使用者指南"，署名是"循证医学工作组"，一篇篇教医生怎样读研究、用研究。

1996 年，萨克特与几位同事在《英国医学杂志》上发表了一篇短文，题目就叫《循证医学：它是什么，它不是什么》。这篇文章后来被引用了无数次。文章给循证医学下的定义，大意是：认真地、明确地、审慎地，用当前最好的证据，来为一个个具体的病人做决定。它说，做循证医学，是把医生个人的临床功夫，和外部最好的研究证据结合起来。而医生的临床功夫里，有一样被写得很清楚：要体贴地顾及每一个病人的处境、权利与意愿。

文章还特意说了循证医学"不是什么"：它不是照着菜谱做饭，不是拿研究结论去压掉医生的判断，也不是只为省钱〔待核：原文措辞〕。后来的教科书，常把这个意思画成三个圆圈。三个圈里是三样东西：最好的研究证据，医生的临床经验，病人的价值与意愿〔待核：通常引萨克特等 2000 年版教科书〕。

请把第三样记住。**病人的价值，本来就写在循证医学的定义里**。它不是后来的人从外面加上去的补丁，是这场运动起头的时候就放进去的。

这场运动带来了很多实在的好处。**第一，它让医学能自己纠错**。一种做法有没有用，不再只看谁说的，而看证据。有些做了多年的常规，在严格的研究面前被证明帮助不大，甚至有害，于是被放下了。

第二，它让病人少受医生个人习惯的摆布。同一种情况，在这家医院和那家医院、这位医生和那位医生手里，得到的处理差别可以很大。指南把最好的证据写成一份公开的文字，让各处的做法往一处靠。

第三，它让医学的判断可以被检查。指南是白纸黑字，引了哪些研究、证据有多强，都写在上面。谁都可以拿来读、拿来争、拿来改。

第四，它把"不确定"也写了出来。后来许多指南小组采用一套给证据和推荐分级的办法，常称作 GRADE〔待核：名称与年份〕。其中有一条很要紧：推荐分强弱。强推荐，是大多数知情的人都会这样选；弱推荐（也叫有条件的推荐），是不同的人按各自的价值与处境，可能会选得不一样〔待核：具体表述〕。也就是说，指南自己就在一些地方明说：这里，要看病人。

这股风气也吹到了中国。中国的专业学会这些年陆续编写、一版版修订自己的各类疾病防治指南〔待核：如高血压防治指南的历次版本与年份〕；医院里推行的"临床路径"，把一种病从入院到出院的常规步骤写成一张表〔待核：推行年份〕。它们和外国的指南一样，都是想让最好的经验不只留在少数名医手里，而是变成一份大家都能拿来用、也都能拿来查的公共文字。

这是本书在这一章要先说足的话：**指南不是官样文章，它是医学用几十年的力气，从一个个病人身上攒出来的公共经验。**

◆ 三、诊断的名字，也是约定出来的

指南之外，医学里还有一样更常见的理念符号：诊断的名字。你拿到的病历上，常常有一行"诊断"，写着一个病名。在医院的电脑系统里，这个病名后面往往还跟着一串字母和数字的编码。这串编码，多半来自世界卫生组织维护的《国际疾病分类》，常被简称作 ICD，它的来历第7章再讲。

一个病名能写进这张表，要经过很多人的手：临床医生、研究者、统计学家、各国的代表。他们一轮轮地讨论：什么样的一组特征算作一种病，它和邻近的病怎样分开，名字怎样起，编码怎样排。这和葛文娟她们教研组商量分数线，道理上是一样的：**有依据，有讨论，有约定。**

这也是一场真正的进步，要先说足。一个大家都认的名字，让全世界的医生能说同一种话。北京的病历，新加坡的医生看得懂；这家医院的统计，和那家医院的能放在一起加。没有共同的名字，就没有死因统计，没有疾病负担的估算，没有跨国的研究，也没有医疗保险怎样报销的依据。

对病人来说，一个名字也常常是一份安慰。第7章会讲到，许多人拿到诊断的第一反应，是松了一口气：原来我这些说不清的难受，有一个名字，有人见过，有人研究过。一锅粥（混沌）一样的经历，有了一个形状（显露）。用书二的三把尺子量一量，诊断的名字是一个很标准的理念符号：

- **稳定**：同一个名字，今年用，明年还用；有编码，有定义，不随一次谈话散掉。
- **整体**：一个病名是一组特征的合称，拆开其中几条，就不再是它。
- **独立**：它能离开发明它的那个委员会，离开最早的那几个病人，走进全世界的病历、保险单和统计年鉴。

正因为它这样稳、这样整、这样能走，才显出另一件事：它是被做出来的。名字会改。有的病名被拆成两个，有的两个被并成一个，有的名字因为带着偏见被换掉，有的旧名字整个从表里退了出去。每一版分类表，都和上一版有出入。如果病名是在人身上"找到"的，就像找到一块石头，它不该一版一版地变。它会变，是因为它本来就是一次次约定沉下来的结果。

还有一个小细节，很少有人留意。这么大一张分类表，里面留着不少带"其他"或"未特指"字样的格子〔待核：具体编码规则〕。意思是：这里有一类情形，现有的名字装不下，或者还说不清该装进哪一个。分类表自己知道，世界上总有它的名字没罩住的地方。第5章要讲的"住在缝里的人"，常常就落在这样的格子附近。

这样说，不是说病名是假的、病是假的。病人身上的难受是真的，刻痕也是真的；名字是医学为了把这些真东西装起来、带出去、彼此说得通，而结晶出来的一个理念符号。**它真实地起作用，可它不是那件事本身。**

病名还有一个不太被注意的性子：它是一个名词。一个人身上发生的事，本来更像一串动词：这一阵子身体和从前不太一样，说不清是哪里，有几天好，有几天差，体检时某个数比去年高了一截。这些事有先有后，有轻有重，跟着日子起伏。一个病名把这一串动词收拢成一个名词，装进一格。收拢是必要的，不收拢，医生之间没法说话，研究没法做，保险没法报。

可是名词有一个脾气：它一旦立住，就不太记得自己是从哪一串动词里收拢来的。到了病历上，到了别人嘴里，甚至到了病人自己心里，它慢慢就从"他这一阵子

的情形，医学上叫这个名字"，变成了"他是这个病"。名词把人的那一串日子，替换成了一个身份。第7章会顺着这条线，讲一个诊断怎样从一个词变成一个人；本章只先点出：变化的起点，就在名词这个形状里。

◆ 四、每一次挪线，背后都有一次对不上

回到葛文娟草稿纸上的那两条线。一条线为什么会挪？是哪个委员会心血来潮吗？不是。每一次挪线，背后都有一次对不上。用书二那组三角方程来看，本书的第一条写作：**指南＝F（刻痕，感受）**

意思是，一份指南、一条阈值，是从许许多多人的刻痕与许许多多人的经历之间结晶出来的。当成千上万人的数字，和他们后来的遭遇（谁出了事，谁过得好，谁受了什么苦）放在一起，与旧的那条线对不上了，理念这一角就被逼着变一次。

这里的"感受"，要说得宽一点。它不只是病人此刻难受不难受，也包括人们怎样过日子、在乎什么、愿意为什么付代价。一项研究最后看的"结局"，有的是仪器量得出的数字，有的是人活着的样子。比如能不能照常上班，夜里睡不睡得着，愿不愿意为了少一分风险，多受一分麻烦。

医学在这一点上也在往前走。不少研究开始专门收集"病人自己报告的结局"，用问卷请病人说出自己的状况〔待核：英文常称 patient-reported outcomes〕；有的国家和地区编写指南时，会请病人代表或普通公众坐进指南小组〔待核：如英国国家卫生与临床优化研究所的做法〕。这些做法，都是在指南结晶的那一刻，把"感受"这一角请上桌。

先看血压那条线。很长一段时间里，许多指南把高血压的起点放在 140/90。后来，一批又一批的研究，把人群的血压读数和他们多年以后的心脑血管事件放在一起看。结果发现，那条老线下面的一段人群，也并不都平安〔待核：常引 2015 年发表的一项大型试验〕。旧的理念，和新攒起来的刻痕与遭遇对不上了。

2017 年 11 月，美国心脏病学会和美国心脏协会发布新指南，把高血压的起点挪到 130/80。按新线算，美国成年人里的高血压比例，从大约百分之三十二，变成了大约百分之四十六。

这件事最值得留意的，不是线挪到了哪里，而是它挪动之后发生的事：不是所有地方都跟着挪。有的地区的指南，看过同样一批研究，仍然把起点留在原处〔待核：如 2018 年欧洲指南〕。同样的刻痕，在不同的专业共同体里，结晶出了不同的理念符号。

还要替指南说一句公道话：它的挪动，大多是摊在明处的。一份大指南发布时，通常会写明引了哪些研究、证据分几级、哪些地方小组内部有分歧。参与者还要申报自己和企业有没有利益往来〔待核：各指南的具体做法不一〕。线为什么挪、挪到哪里、谁不同意，都留了底。这正是理念符号最好的一面：它的来历可以被查回去。

本书不评判哪一条线更好，那不是本书能评判的事。本书只指出：**同一批证据，可以结晶出不止一条线**。这正说明，线不是从证据里自动跳出来的；它是证据、经验、各自的医疗现场和各自的顾虑，一起拉扯出来的结果。书二把这种拉扯叫作势能：一个新符号往哪里结晶，看周围那张网把它往哪边拉。

再看血糖那条线。糖尿病的诊断标准也改过好几次。1997 年前后，美国的一个专家委员会把空腹血糖的诊断界线往下调了一截〔待核：通常记为从 140 调到 126 毫克每分升〕。2010 年 1 月，美国糖尿病学会在《糖尿病护理》杂志的增刊里，把糖化血红蛋白 6.5% 及以上列为诊断糖尿病的标准之一。

糖化血红蛋白这件事，从符号的角度看格外有意思。第2章说过，一次血糖读数随一天的钟点起伏，稳定性有限；而糖化血红蛋白反映的是过去一段时间里的平均情形〔待核：通常说两到三个月〕，像一份记得更久的刻痕。把它请进诊断标准，等于理念这一角，换了一种刻痕来对账。这又是一次对不上推动的变化：旧标准用的刻痕太"健忘"，和人们长期的遭遇对得不够紧，于是理念那一边去找一种更稳的刻痕。

再看这些挪动的另一面。线每往下挪一截，被划进"病人"那一边的人就多一批。这件事有它的道理，也有它的代价；第9章会专门讲阈值下移怎样让"病人"的版图变大，本章不展开。

本章只要你记下一句：**每一条医学上的线，都有一个生日，有一段来历，有一群为它争过的人。**它挪过，以后还会挪。它的每一次挪动，都是一次对不上平息之后留下的结晶。

◆ 五、指南为人群而写，人却是一个一个来

先写足了指南对在哪里，现在可以说它停在哪里了。指南是为人群写的。这不是它的缺点，是它的本性。它的证据，来自成百上千、成千上万人的研究；它的结论，说的是"在这样一群人里，这样做，总体上比那样做好"。它说得越准，说的就越是一群人。可是走进诊室的，从来不是一群人，是一个人。

2005 年，美国约翰斯·霍普金斯大学的博伊德等人在《美国医学会杂志》上发表了一项研究，做了一个很朴素的试验。他们设想了一位七十九岁的老太太，身上同时有五种常见的慢性病。然后，他们去翻这五种病各自的临床指南，照着每一份指南的推荐，一条一条地给她开出来。

结果，这位老太太按指南要吃十二种药，还有一长串饮食、运动、复查的安排，一天里要记的事情多得惊人。研究者还发现，他们看过的大多数指南，都没有讨论过：当一个老人身上同时有好几种病时，这些推荐还适不适用、该怎样调整。

这项研究不是在说哪一份指南写错了。每一份指南，单独看都有它的证据。问题出在：**每一份指南都只看见了这位老太太的一种病，没有一份看见了她这个人。**五份对的指南加在一起，落到一个具体的人身上，可能就成了一份谁也没打算写出来的东西。

还有一个离医学稍远、却很能说明问题的老故事。第1章讲过凯特勒的"平均人"：把一群人的数字都取中间，就得到这个群体的典型样子。一百多年后，二十世纪五十年代，美国空军想按飞行员的平均身材设计驾驶舱。研究人员量了四千多名飞行员的十项身体尺寸，结果发现：十项都落在"平均"附近的人，一个也没有〔待核：常引丹尼尔斯的报告〕。驾驶舱后来改成了可以调节的座椅和踏板。

"平均人"是一个很有用的理念符号，可它在世界上没有一个真身。指南里的"这一类病人"，也是这样的一个符号。它帮医学看清了一大群人的走向；可真正坐进驾驶舱的，每一次都是一个具体的人。好的驾驶舱，要能调。

这就是指南停下的地方。它停在人群和个人之间的那道门口。门里面那一步，要有人来走。萨克特那篇文章其实早就说了，谁来走：医生的临床功夫，连同病人的处境与意愿。三个圆圈里，指南只是第一个圈。

可是在今天的许多诊室里，三个圈常常只剩下两个半。证据，有指南印好了；医生的经验，在医生脑子里；而病人的价值，在哪里？病历上没有专门的一栏，门诊系统里没有一个必填的格子，几分钟的门诊时间里也常常排不上号。循证医学的定义里有它，可在一天要看几十个病人的流程里，它最容易被挤掉。**病人的价值，写在定义里，却常常不在流程里。**

这些年，许多医院把指南装进了电脑。医生开单、写病历时，系统会按指南里的线自动标红、自动提醒，有的还会弹出一行推荐〔待核：各地临床决策支持系统的做法不一〕。这是好事，它让最好的证据不再依赖医生是否记得住，忙的时候也不容易漏。

可是请看一看那个弹窗里有什么。它有数字，有线，有推荐。它没有一个格子，问一句"这个人怎么想"。线进了软件，变得更快、更准、更不会忘；第三个圆圈却没有跟着进去。这不是软件的错，软件只是把流程原样搬了进去，而流程里本来就没有那个座位。

还有一层，更细。一条线，原本是一次约定。可它一旦印进指南、装进电脑系统、变成化验单旁边的一个箭头，就很容易被当成"发现"：好像那条线一直就在那里，医学只是把它找到了。于是一个人的数字落在线的这一边，就"是"病人；落在那一边，就"不是"。线的生日、线的来历、线曾经挪过、别的地方还画在别处，这些都从诊室里消失了。

这正是本书一再说的那一下：**发生被收回为发现**。一个从对不上里结晶出来的约定，被当成了长在人身上的事实。这一下一旦发生，标签就开始变硬。在医者那一端，它可能慢慢凝成"偶像"：病名代替了人，"典型"压过了眼前这一个；在病人那一端，它可能慢慢凝成"石心"："我就是某某病人，我就这样了。"这两种固化，第8章再细讲。本章只指出它们的起点：**把约定当成发现**。

◆ 六、指南是一种站得很稳的理念符号

把前面几节收拢，本书在这一章的说法，有这样几句。**第一句：指南、阈值、诊断标签，都是理念符号**。它们不是在人身上直接找到的，是医学共同体在许许多多刻痕与许许多多经历之间，经过讨论、争辩、表决，结晶出来的约定。它们有生日，有来历，会挪动。

第二句：它们是站得很稳的理念符号，这是好事。用能量的话说，一份大指南的连接度极高。要挪动其中一条线，需要多年的研究、成千上万人的数据、一个委员会一轮轮的争论——这是要拆开它的动能。托住它的势能，是整个专业共同体、期刊、教科书、医保与法律。

这样的高连接度，保护了病人。它让医学不随一时的风潮乱改，不因为某一位专家的偏好就换一套做法。一条线挪得慢，是因为它身后连着太多人的经验。

第三句：正因为站得稳，它落到一个人身上时，要有人另付一份动能。指南的稳，是为人群的稳。它不会因为走进来的是葛文娟，就自己弯一弯。要让它和这一个人的刻痕、这一个人的日子对上，必须有人在诊室里花时间：问一问，听一听，把线和这个人放在一起看。这份动能，指南自己付不了，检验科也付不了。它只能在医生与病人之间的那几分钟里付。

这就是全书说的"各守一角"在指南这里的样子：指南守着标准，守得很稳；检验科守着数字，守得很老实；病人守着自己的日子。可"把这条线放到这个人身上对一遍"这件事，没有写进任何一方的职责里。把三章连起来看，书二那个三角，在本书前三章里已经各露了一条边。

- **指南＝F（刻痕，感受）**：指南从许多人的数字与许多人的经历之间结晶出来，本章讲的就是它；
- **刻痕＝G（指南，感受）**：数字被标准选中、被感受刻过，第2章讲过；
- **感受＝H（指南，刻痕）**：病人怎样认识"我病了"，被诊断的名字和化验单上的数字一起塑着，第4章接着讲。

三条式子里没有哪一个是源头。指南不比刻痕高贵，刻痕也不比感受客观；任何两角对不上，都会逼第三角动一动。医疗里的许多难处，就出在把其中一角当成了源头，让另外两角只管服从。

第四句：对不上，在这里也是起点。葛文娟的数字落在两条线中间，这本身就是一条事前就能指出来的缝。同一个数，在一条线下面叫一个名字，在另一条线下面叫另一个名字，白纸黑字，不需要任何事后的解释。这样的缝不是坏事。它正好提醒医生和病人：这里，指南给的不是一个现成的答案，而是一个要两个人一起对的账。下面这张表，把本章讲到的几样理念符号排在一起。

理念符号	谁定的	怎么来的	说的是谁	落到一个人身上时，缺的是什么
参考范围	检验科与专业学会	健康人群的统计	一群健康人的中间段	这个人平常是什么样子
指南阈值	专业学会的指南小组	大型研究加专家讨论	一类人群的平均得失	这个人的日子与取舍
诊断标签	国际分类与专业学会	委员会一轮轮约定	一组共同的特征	这个人身上不合标签的那一部分
推荐强弱	指南小组	证据分级	大多数知情的人会怎么选	这个人自己会怎么选
指南的版本	修订委员会	新的对不上逼出来	写定那一年的证据	今天这个人和那一年的距离
病历上的一行诊断	接诊的医生	指南加经验，对照这个人	这一个人	这个人说出口、还没被记下的那些

表的最后一列，就是本书在后面许多章里要一点点填的那一列。

◆ 七、约定出来的，不等于随便画的

讲到"线是约定出来的"，很容易有人往另一头滑过去。所以和第2章一样，这里也要停一下，把两种走偏都摆出来。**第一种走偏，是把约定当成天条。**线就是线，过了就是病，没过就不是。人的处境、人的取舍、人身上同时还有的别的事，都不在考虑之内。这一种，上一节已经讲过了，它是把发生收回成发现。

第二种走偏，方向正相反，是把约定当成儿戏。"既然线是人画的，那我不认也行。""美国说一个数，欧洲说一个数，可见都是瞎说。""指南年年改，听它做什么。"这一种走偏，听上去很清醒，其实是把"约定"错当成了"随便"。

葛文娟对这件事看得清楚，因为她自己就画了二十二年的线。教研组定优秀线，不是谁拍脑袋。要看往年的成绩分布，要看这张卷子的难度，要看划在这里对学生是激励还是打击，要看家长能不能接受，要看和兄弟学校比是不是离谱。一条线最后落在八十五，身后站着一大堆理由。它可以争，可以改，可它不是随手一划。

医学上的线，身后的理由比这多得多，也重得多。成千上万人的数据，多年的随访，一轮轮的争辩，许多病人用自己的遭遇换来的教训。它是约定，可它是付过大量能量的约定。

用本书的话说：**理念符号是结晶出来的，不是凭空飘来的。**它的稳，是一代代人的动能攒成的内能。正因为它是结晶，所以它能被新的对不上熔开、再结晶；也正因为它是结晶，所以不能被一句"我不信"轻轻拆掉。拆一个符号，付出的动能得超过它的连接度。一句"我不信"，付的动能几乎是零。

所以本书两边都不站。指南不是天条，也不是儿戏。它是医学目前能给出的、关于一群人的最好约定。它落到一个人身上时，既不该被原样套上，也不该被一笔勾掉，而是要和这个人的刻痕、这个人的日子放在一起，对一遍账。

这一遍账，不是病人自己在家里对，也不是医生一个人在电脑前对。它要两个人坐在同一张桌子前对。具体病情请遵医嘱。

◆ 八、带着那条线走进诊室

过了两个礼拜，葛文娟去家附近的医院复查。出门前一晚，她把那张画着两条线的草稿纸折好，夹进了体检报告里。潘立新看见了，笑她："你还真当成一道题了。"

"本来就是一道题。"她说，"只不过不是我一个人能做的题。"她在路上想了很久，到底要问医生什么。两个礼拜前，她想问的是："我到底算不算？"

这个问题，她后来觉得问歪了。它的意思是：有一个现成的答案，藏在我的身体里，或者藏在指南里，医生只要把它找出来告诉我就行。这是发现学的问法。可那张草稿纸已经告诉她，同一个点，在两条线下面有两个名字；答案并不是一颗埋在土里等人挖的石头。

于是她把问题换了。她想知道的，变成了三件事：这条线是给什么样的人画的？我这个人，和那群人像在哪里，不像在哪里？落到我身上，接下来由谁、凭什么来判断？

候诊区的屏幕上一行行跳着号码。她左右看了看，几乎每个人手里都捏着几张纸：化验单、体检报告、上一次的病历。有一位老先生把单子摊在膝盖上，用手指一行一行地点，嘴里念着箭头的方向。她忽然觉得，这一屋子的人，手里拿的都是一样的东西：别人替一大群人画好的线，和自己身上被量出来的一个个数。而他们心里想问的，多半也是同一句话：我算不算？

那天的医生，五十来岁，说话很利索。后来葛文娟跟同事江晓帆说起那次门诊，说得很简单。她说，她没有先问"我算不算"，而是先说了自己这几年的日子：一个人带两个毕业班，每天批卷子到夜里，周末还要给学生补课；体检单上那四个字是什么时候出现的；她前两年的单子上是怎么写的。医生听完，翻了翻她带来的几张单子，说了他的看法，说了接下来怎么安排。接下来怎么看、怎么安排，是医生的判断，本书不写。具体病情请遵医嘱。

本书要写的，是这次门诊里换掉的那样东西。说它之前，这里也要替医生说一句。站在诊桌另一边的人，并不比病人更自由。指南对医生来说，同样是一张很有力的网：照着做，有据可查；不照着做，就要写清理由，万一出了事，要担的分量也不一样。门外还有几十个号在等。

在这样的场里，医生最省力、也最稳妥的做法，就是把线原样念给病人听。那天那位医生肯多听几分钟，是他多付了一份动能；这份动能，制度上未必替他记了账。第13章、第14章会讲时间与信任怎样记账，这里先记下：**对账的动能，常常是医生和病人从自己身上掏的。**

换掉的，是她和那条线的关系。两个礼拜前，那条线对葛文娟来说是一道判决：线在上面，她在下面，等着被宣布站在哪一边。她能做的，只是等。

这次门诊之后，那条线变成了一件工具：它是医学替一大群人画的一把尺子，很有用，很有来历；可尺子量完了，还要有人看一看，被量的是谁。那个"有人"，不只是医生，也有她自己。她那一段日子，是这把尺子量不到、又必须放上桌的那一栏。

江晓帆教的是高中数学，听完笑了："你这不就是我们讲的条件概率么。知道了这个人是谁，概率就得重新算。"葛文娟想了想，说："差不多。只是这里重新算的，不光是概率。"

这一个下午，显出了一个和两个礼拜前不太一样的葛文娟。她还是那个相信尺子的数学老师，对指南一点也没有少了敬意；只是从这以后，她拿到任何一条线，都会先问一句：这条线是为谁画的？它的生日在哪一年？落到我这里，是谁在对这笔账？

那张画着两条线的草稿纸，她后来没有扔，夹在了自己的教案本里。第二年讲统计那一章，讲到"分组的界线怎么定"，她把它拿出来，给学生看了一眼，没说是谁的点。

◆ 九、放回你的日子里

你也许没有拿到过"正常高值"这样的四个字。可你一定见过某一条线。体检单上的箭头，诊断书上的一个病名，医生口中的"偏高""临界""还在范围里"，网上文章里的"新标准出来了"。它们都是理念符号：医学替一大群人画的线，取的名字。

下次你碰到这样一条线，可以在心里多放一个问题，不必说出口，也不必自己去答：这条线是为谁画的？问这个问题，不是为了不信它。指南是医学用几十年攒出来的公共经验，它值得认真对待。问这个问题，是为了记住，线的那一头是一大群人，线的这一头是你一个人；中间那一段路，要有人一起走。而你的日子，就是那一段路上，指南看不见、却又不能少的那一栏。

如果你常陪父母去看病，这件事也许更要紧。老人拿到一个病名，常常把它听成一句定论，回家以后，日子就慢慢照着那个名字去过。你在旁边，能做的不是替医生解释那个名字，而是记得：那个名字后面，还站着你父母自己的那一段日子。

把它带进诊室，不是去和指南争谁对，是给指南补上它为人群写作时、来不及写进去的那个人。具体病情请遵医嘱。

带 走 的 话

指南与病名是医学替一群人约定的线，有来历、会挪动；落到你身上，还要有人把你这个人放上去对一遍账。

小　账

循证医学把"病人的价值"写进了定义，指南却只能为人群而写；本书打开的那扇门，是在诊室里给第三个圆圈留出一个真实的座位。

发生被收回为发现的那一下，在于把一次对不上之后结晶出来的约定，当成了一直长在人身上、只等医学去找到的事实。

想 一 想

1. 你身上有没有被一条线划过的经历，比如一张体检单上的"偏高"或"临界"？当时你把它听成了一道判决，还是一把尺子？
2. 如果那条线挪一挪，你就会换一个名字，你会怎样看那个名字？它说的是你，还是像你的一群人？
3. 你自己的工作或生活里，有没有哪条"线"是你亲手画的？它身后站着哪些理由，又有哪些人被它划错了边？

◆



第　二　编

各守一角

编　序

第二编只做一件事：让三种东西在同一间诊室里碰面，看它们各自守得多好，又在哪里谁也没去碰。上一编把刻痕和标准的身份说清了，日子那一栏只露出一角；这一编先替它讨一个名分，再顺着它走到对不上的地方。三章照旧先写足医学做对的地方，主诉一栏的简短、"未见异常"的分寸、检验科与指南的分工，都是真进步，再看它停在哪里。

第4章从吴秋萍手机里写好的三行话讲起，看一百来字的诉说怎样被压成病历上的五个字，说明感受不是噪声，而是一个有来历的自我符号：在三条式子里都有份，在病历里却没有座位。第5章跟着黄丽珊对不上的三块两毛七，走进"检查未见异常"与"症状持续"并排写着的那条缝，看"压力大"怎样成了一块封口胶，也看一行"尚未对上"怎样被留在纸上。第6章摊开冯志强饭桌上的三张纸，看检验科守数字、指南守标准、病人守感受，三角的三条边里只有一条有人值班。

合起来看，这一编把前言里那句"没有人专门负责对账"落成了三个看得见的位置：一行被压薄的主诉，两行并排的字，一条没人值班的边。缝没人去对，并不会自己消失，它会被读成某一个人的毛病，读成"他没认真"，或者"我太娇气"。

下一编"标签与石心"接着看另一种走向：缝没有被对掉，却被一个名字填上了，名字又慢慢长到人身上。读这一编时，不妨带着一个问题：三个角都守得尽责，那条谁也没碰的缝，最后落到了谁身上？

04

第4章

病人的感受：医学里最没有名分的符号

> **这一章的问题**
>
> 吴秋萍在手机里写好三行话进了诊室，病历上最后只留下"身体不适3月"——另外两行去了哪里，她自己的那份感受，在医学的纸面上有没有一个座位？

◆ 一、手机里写好的三句话

成都十月的晚上，十点过一刻，社区超市的卷帘门拉下了一半。吴秋萍三十九岁，是这家超市的店长。收银台的账刚对完，两个理货的小姑娘先走了，她一个人坐在仓库门口一只装矿泉水的纸箱上，手机屏幕的光照着半张脸。

她在备忘录里写明天要跟医生说的话。挂号是下午排的，号码在四十多位。她知道到时候会很快，所以要先写好，免得进去一紧张，说得乱七八糟。

她写了三行。第一行：最近三个月，身上一直不对，说不清是哪里，像肩上压着一件没卸下来的货。第二行：是从去年冬天开始的。那时候妈住院，我白天看店，晚上去医院陪床，陪了一个多月。第三行：我小姨前年查出一个病，开头也是这样说不清。我怕。第三行她改了三遍。先写"我有点担心"，删了；改成"想排除一下"，又删了；最后打了两个字，"我怕"，放在句尾，看了一会儿，没再动。

本书不写那是一种什么样的不对。只说它是真的，三个月里一直在，夜里理货的时候在，站在收银台后面笑着找零的时候也在。超市里的人看不出来，她每天照样六点半开门，晚上十点收账。只是从夏天起，小区广场上那支跳舞的队伍，她没再去过。

丈夫在外地跑货运，一个星期打两次电话。她跟他提过一回，他在电话那头说："你就是累的，那边店里少操点心。"妈妈出院以后住在她家，看她晚饭吃得少，

也问过两回。她都说没事。说多了，家里人担心；说少了，自己心里那件货又卸不下来。这一次去医院，她谁也没告诉。

第二天下午，她请了半天假。医院的候诊厅坐满了人，叫号屏上的数字一格一格地跳。她等了一个半小时，中间把备忘录又看了两遍。

叫到她的时候，诊室门开着一条缝，里面的人还没完全出来。接诊的是薛医生，五十岁上下，戴眼镜，说话快，可是不凶。他问："哪里不舒服？"她把手机拿出来，照着第一行念。念到"说不清是哪里"，薛医生问："是这里，还是这里？"手在自己身上比了两个地方。她想了想，说都有一点，又都不太是。

"多久了？"她答："三个月。"薛医生在电脑上敲了几下，接着问了几个问题，每一个都可以用"是"或"不是"回答。她一个一个答了。然后他开了几项检查，交代她做完再来。前后大概五六分钟。手机还拿在她手里，屏幕暗了下去。第二行和第三行，没有轮到。

几天后结果出来，她又去了一趟。薛医生把结果调出来看了，说都在范围里，又交代了接下来怎么办。那些话本书不转述，那是医生面对她这个具体的人才能说的。**具体病情请遵医嘱。**

那天晚上她在手机上打开医院的应用，第一次认真看自己的门诊病历。病历最上面有一栏，叫"主诉"。那一栏写着：身体不适3月。她坐在纸箱上，把这一行和自己备忘录里的三行对着看。她写了一百来个字，病历里留下五个字和一个数字。小姨不在里面，妈妈住院的那个冬天不在里面，那两个字的"我怕"，也不在里面。

她没有说谎。薛医生也没有偷懒，他看得认真，开的检查也都做了。那三句话去哪儿了？这一章要讲的，就是这件事。刻痕在化验单上有自己的栏目，有单位，有参考范围；标准在指南里有自己的条文，一条一条编了号。病人的感受呢？它在病历里只有一行，叫"主诉"，而且这一行通常不是病人自己写的。

本书说它是**医学里最没有名分的符号**。"名分"是一个老词：有名字，也有位置。一样东西有了名分，别人就得认它，开会时它有座位，算账时它有一栏。感受的处境是：人人都知道它在，它甚至是病人推门进来的原因；可是轮到坐下来算账，桌上没有它的座位。

《论语·子路》里有一句老话："名不正，则言不顺；言不顺，则事不成。"孔子说的是为政，放在诊室里也说得通。一样东西没有正当的位置，它说出来的话就接不上；话接不上，事情也就办不成。吴秋萍的第三行，就是一句没有接上的话。

◆ 二、先问"哪里"，是一门好本事

在问那三句话去哪儿之前，先要把薛医生那五六分钟里对的地方说足。病历的"主诉"一栏，是一个了不起的发明。按国内病历书写的通行规范，主诉要写清促使病人来看病的主要不适和持续的时间，文字要短〔待核：《病历书写基本规范》（原卫生部，2010）对主诉的定义〕。短，是故意的。

设想一下夜班。一位医生接手三十个他从没见过的病人，他翻开病历，第一眼看的就是主诉。几个字，他就知道这个人为什么来、来了多久，接下来往哪个方向想。换一个科、换一家医院、换一座城市，这几个字照样读得懂。

这是一个很好的理念符号。拿书二的三条判据来量：它稳定，同一个病人不管哪位医生来写，写出来大致相同；它整体，"什么不适"加"多久"，缺一半就不成主诉；它独立，可以离开那间诊室，被带进会诊、转诊、交班。一个人一百来字的诉说，被压成一个能在整个医疗系统里流通的粒子，这件事本身是进步。

薛医生那几个"是不是"的问题，也是本事。那些问题背后有一张地图。地图上标着一些危险的地方，有的病来得急，有的病藏得深。医生一路问下去，是在一处一处地排除，先把最不能漏的那几处看过。这张地图是几代医生用无数个病例画出来的，问得越有章法，漏掉的就越少。一位病人说话的时候，医生插进去问一句"是这里还是这里"，往往不是不耐烦，是他脑子里那张地图正在走到某一格。

插话还有一层道理：门外还有四十多个号。候诊厅里坐着的，每一个都等了一个多小时。薛医生如果让每个人都从头说到尾，下午五点的号就要拖到晚上八点。他快，一部分是为了下一个人。这份快，有它自己的公道。

还要再往前看一步。在主诉和问诊章法没有成形的年代，看病很大程度上靠医生的个人印象。病人说什么，医生记什么，全凭各人习惯；同一种情形，在两位医生那里可能被写成完全不同的样子，后来的人也没法复查。把病人的话整理成固定

的格式，让它可以比较、可以传递、可以追责，这一步让医学从一门手艺，往一门可以积累的学问走了很远。

所以，吴秋萍那一百来字变成五个字，不是谁粗心，是一整套好制度在正常运转。这正是本章要小心的地方。一样东西如果是被坏人弄坏的，修起来反而容易，把坏人换掉就是了。难的是：每一环都对，最后的结果却少了一样东西。

◆ 三、病人的话是怎样变轻的

病人的话也不是一向这么轻。往回看两百多年，它曾经是医学里最重的东西。十八世纪的欧洲，有钱人生了病，是请医生上门的。医生坐在床边，听病人从头讲起：什么时候开始的，那几天吃了什么、睡得怎样、心里有什么烦事，这些年身体一向是什么样子。有的医生甚至隔着信看病：病人写一封长信，把自己的情形和自己的猜想都写上，医生读完回信〔待核：十八世纪书信问诊的具体例证〕。

那时候医生手边几乎没有可以伸进身体里看的东西，病人的诉说就是主要的材料。而且付钱请医生的是病人，病人怎样理解自己的病，医生不能不当一回事。

1976 年，英国社会学家朱森（N. D. Jewson）写过一篇文章，题目直译过来是《病人从医学宇宙观里消失，1770—1870》〔已核出处〕。他把这一百年分成三段来看，大意如下〔待核：转述是否贴合原文〕。

第一段是"床边的医学"。病人这个整个的人，连同他的叙述，是医生理解疾病的中心。第二段是"医院的医学"。大医院里住着许多付不起诊金的病人，医生可以一张床一张床地系统检查身体，再拿检查和死后的解剖对照。病慢慢被看成身体某一处的损伤，病人的话退下来，成了帮助找到那一处的线索。第三段是"实验室的医学"。病进一步被放到显微镜下、试管里，成了细胞与化学的事。在解释疾病的那套说法里，病人这个人几乎看不见了。

和这一路相伴的，是一件件仪器进了诊室。十九世纪初，第2章讲过的听诊器让医生能听见胸腔里的声音；后来体温计、血压计、各种化验陆续进来。每一件仪器都打开一扇窗，窗里看到的东西，都不必等病人开口。刻痕越来越多，越来越细。

这一路要先说足它的好。床边医学有它的短处。病人自己的猜想往往离事实很远，医生顺着病人的说法走，也常常走岔。许多病，只有在医生能看进身体之后，才第一次被认出来。

还有一层好处，常被忽略：仪器不挑人。会说话的病人和不会说话的病人，读过书的和没读过书的，大人和孩子，昏迷的和清醒的，在仪器面前是一样的。一个说不清自己哪里不对的穷人，在床边医学里多半没人细听；在化验单面前，他的那管血和富人的那管血享有同样的待遇。这是医学里很深的一种公道。

可是这一路也停在一个地方。病人的话被降成了线索，却没有在新的格局里重新得到一个座位。刻痕有了检验科，标准有了教科书和指南，各自长出了一整套表格；病人的话，留在了表格最上面那一小行。它不是被驳倒的，没有人证明过它不重要。它只是在另外两样东西长大的时候，被挤到了边上。

本书说感受"没有名分"，说的就是这个来历：名分不是一下子被拿走的，是在两百年里，一点一点让给了别的符号。

◆ 四、两位医生把"病"拆成两半

少了什么，前人早已看见，而且说得很好。第一位是克莱曼（Arthur Kleinman）。他是美国的精神科医生，又是人类学家，年轻时在台湾做过田野，后来又到湖南做过研究〔待核：田野地点与年代〕。1988 年，他出了一本书，英文名叫 The Illness Narratives，中文译作《疾痛的故事》〔待核：中译本书名与版本〕。

这本书里有一个后来被反复引用的区分：disease 与 illness。disease 是医生眼里的病。它是身体里某处结构或功能出了偏差，可以查、可以测、可以命名。illness 是病人活着的病：这件事怎样落在一个人和一家人的日子里，怎样被感到，怎样被说出来，怎样改变了吃饭、睡觉、上班、见人的样子。中文译者用"疾痛"来译 illness，想留住那个"痛"字里的人味儿。克莱曼还提过第三个词 sickness，指一种病在社会眼里是什么样子〔待核〕。

克莱曼看到的是：医学训练教会医生从病人的诉说里"提取" disease，诉说本身被当成原料，提完了就可以扔。他用几十个病人的故事说明，被扔掉的那部分，常

常正是病人最在意的部分。他提议医生多问几句，例如：你觉得这件事是怎么来的？它对你的日子意味着什么？你最怕的是什么？〔待核：克莱曼"解释模型"诸问的原始出处与措辞〕

吴秋萍备忘录里的第二行和第三行，恰好就是克莱曼要医生去听的东西。妈妈住院的那个冬天，是她对"怎么来的"的回答；小姨，是她"最怕的"。

克莱曼还有一个更进一步的想法。他说，医生心里有一套关于这个病的解释，病人心里也有一套，两套常常不一样；许多误会、许多"病人不听话"，其实是两套解释没有摆到一起看过〔待核：克莱曼等 1978 年关于"解释模型"的论文出处〕。所以医生要做的，不只是把自己的解释讲给病人听，还要先把病人的那一套问出来，两套并排放着，看哪里合、哪里不合。这已经很接近本书说的"对账"了。克莱曼看见的，是两本账：医生的一本，病人的一本。他要医生把两本摊开来对。

第二位是卡塞尔（Eric　Cassell），一位美国内科医生。1982 年，他在《新英格兰医学杂志》上发表了一篇文章，题目是《苦难的本质与医学的目标》，后来扩写成书〔已核文章；书的出版年待核〕。他的意思可以用一句话转述：受苦的是人，不是身体。

一个人的身体某处可以被修好，人却还在受苦；反过来，一个人的身体还在病着，人却未必在受苦。苦难来自一个人感到自己作为一个整体正受到威胁：他的工作、他在家里的位置、他对明天的打算、他对自己是谁的看法。医学如果只盯着身体，就可能在把身体照顾得很好的同时，对那个人的苦看不见。

拿卡塞尔的眼光看吴秋萍，她怕的不只是身上那件"货"。她是店长，三个月来最常在心里转的一句话是：要是我倒了，这个店谁来开？她是女儿，妈妈刚出院，住在她家。她还是一个看着小姨走过那段路的人。受到威胁的，是她在这几个位置上撑着的那个整体。这些东西没有一样能被化验出来。可是对她来说，它们和身上的那个不对是一回事，分不开。

这两位前人对在哪里，要说足。他们替病人的感受争到了一个说法。在他们之前，病人的诉说多半被当成"病史"，是用来找病的线索；在他们之后，诉说本身成了一样值得认真对待的东西。医学教育里后来长出的许多东西，比如以病人为中心的

问诊、叙事医学〔待核：叙事医学的提出者与年代〕，都从他们这里借过力。说得重一点，今天许多医学院会教学生"问一问病人怎么想"，有他们的一份功劳。

可是他们也停在一个地方。在他们的说法里，illness 和 suffering 是"经验"，是"意义"，是需要被理解、被尊重、被共情的东西。这已经是一大步。可是"被理解"和"被算进去"不是一回事。

打个比方。一家公司开会，有人说："我们要尊重一线员工的感受。"大家都点头。会议纪要上写着这句话。可是预算表上没有一栏是给"一线员工的感受"的，最后拍板的时候，看的还是那几栏数字。感受被尊重了，也被放在了会议室的边上。

克莱曼和卡塞尔之后，病人的感受在医学的话语里有了一席之地，在医学的表格里却还是只有一行主诉。两种病并排摆着：disease 拿去做决定，illness 拿来被倾听。一旦两者对不上，硬的那一种说了算。

就连克莱曼的那两本账，也还差一样。他摆上桌的，是医生的解释和病人的解释，两套都是"说法"。化验单上的那个数字，在他的框架里不是第三方，而是医生那一本账的附件。于是对账常常变成了医生的说法和病人的说法之间的商量，谁更有道理，就听谁的；而数字站在医生那边，商量还没开始，秤已经偏了。

它停下的地方，正好是接着要走的一步：不把感受当成一团软的"经验"放在旁边听，而把它当成一个和数字、和标准站在同一张桌子上的符号。这一步要先过一道关：感受凭什么算一个符号？

◆ 五、十八秒与二十三秒

在回答这道关之前，先看一组常被引用的数字。它们说的不是医生好不好，说的是感受在门诊里被截在了哪一个位置。

1984 年，美国医生贝克曼（Howard Beckman）和语言学出身的弗兰克尔（Richard Frankel）在《内科学年鉴》上发表了一项研究〔已核〕。他们录下了七十多次门诊，仔细听医生和病人开头那一段。结果是：病人开口陈述自己为什么来，平均说到十八秒左右，医生就插话，把话题引到某一个具体的点上；能把开场的话说完的病人，只占不到四分之一。

十五年后，马弗尔（Kim Marvel）与贝克曼等人在《美国医学会杂志》上又做了一次〔已核〕。这一次是两百多次家庭医学门诊。平均插话的时间是二十三秒左右，能说完开场的病人约占百分之二十八。比上一次长了几秒，多了几个说完的人，大致的形状没有变。

这两项研究的作者自己就把局限说得很清楚：样本取自美国和加拿大的诊所，第一项研究的样本小，门诊多由住院医师接诊，地点集中在一座城市。本书只借它们看一个结构，不拿它们去衡量任何一个国家、任何一家医院、任何一位医生。中国和新加坡的门诊是什么情形，要另外的研究来回答。

那么这个结构是什么？十八秒、二十三秒，大约是一个人说出一两句话的时间。一两句话，恰好是一条主诉的长度。换句话说，门诊里有一个不成文的语法：病人开口的第一两句，被收下来当作主诉；从第三句开始，话头就交给了医生脑子里的那张地图。吴秋萍的第一行，长度刚好够填进那一栏；她的第二行、第三行，落在了"第三句以后"。

这不是哪一位医生故意的。那张地图本来就是这样画的：先定一个方向，再沿着方向追问。病人的第一两句话给出方向，后面的话如果不在这个方向上，就会显得"跑题"。

可是从病人这一边看，事情是另一个样子。对吴秋萍来说，第三行才是她来的原因。第一行是她能找到的最接近医学说法的一句话，是她替医生预先翻译好的；第三行是她自己的话，是那个让她请了半天假、等了一个半小时的东西。

两边的次序正好相反。医生那边，最要紧的放在前头，后面是补充；病人这边，最好开口的放在前头，最要紧的压在最后。病人为什么会这样排？因为在进门之前，病人已经替医生翻译过一遍了。

看过几次病的人都知道，医生爱听什么样的话：哪一处、多久、几分。电视里的健康节目、亲戚之间传的经验、上一次门诊被问过的那几句，都在教人怎样把自己的不对说成"像病"的样子。吴秋萍的第一行，就是这样翻译出来的；她写"说不清是哪里"，已经是在努力往"哪一处"上靠了。

于是一次门诊里，感受其实被翻译了两回。第一回是病人自己，为了让医生听得进，先把它削成一句像主诉的话；第二回是主诉那一栏，再把这一句削成几个字。两回都出于好意，两回削掉的，都是同一种东西：它的来历。

这组数字照出来的，就是这个相反的次序。感受不是被拒绝了，它是被截在了自己还没说到要紧处的那个地方。

◆ 六、感受凭什么算一个符号

现在回到那道关：感受凭什么算一个符号？医学里常有一种说法，把病人的感受叫作"主观的"。这个词本身没有恶意，它只是说：这东西只有病人自己能直接感到，别人只能听他说。可是在许多场合，"主观"会悄悄滑成另一个意思：不太可靠的、会随心情变的、需要用客观数字来校正的。再滑一步，就成了"噪声"。

噪声是什么？是测量里那些随机的起伏。今天高一点，明天低一点，没有来由，彼此也不相干。处理噪声的办法，是多测几次取平均，让它们互相抵掉。如果病人的感受是噪声，那么把吴秋萍的一百来字压成五个字，就像是把一串起伏的读数取了个平均，去掉的只是杂音。

本书的说法是：病人的感受不是噪声，是一个符号。它属于三界里的自我界，是**自我符号**。

书二讲过，一样东西算不算符号，要看它是不是一个粒子态，三条判据：稳定、整体、独立。拿吴秋萍那一行"说不清是哪里的不对"来量一量。

稳定吗？　三个月里，那个"不对"一次次回来。她认得它，就像认得一位常来的熟客，不用想就知道"是它"。它不随这一天生意好不好、跟谁拌了嘴而变成另一样东西。这是稳定。

整体吗？　如果把它拆开，问"哪个部位""几分""多久"，每一问她都能勉强答一个，可是三个答案拼起来，不是她说的那样东西。她说的是"像肩上压着一件没卸下来的货"，这句话拆成三格就散了。这是整体。

成都话里有一个词，最能说明这个"整体"。吴秋萍的妈妈在饭桌上看着她，问的不是"你哪里痛"，也不是"你心情好不好"，问的是："你这阵子是不是不安逸？"

"不安逸"三个字，身上的不舒服在里面，心里的不痛快也在里面，日子过得不顺也在里面。它不先把身和心分开，再分别打分；它一句话把整个人的那种不对罩住了。许多地方的老百姓都有这样的词，说的都是一种整体的不对，没有先拆开。

到了诊室，这个词就得先被拆开：是身体，还是情绪？是哪一处，几分？拆开之后，每一块都能找到一格放，那个"不安逸"本身却没有一格能放。

独立吗？ 它能离开发生的地方。它在仓库里，也在公交车上，也跟着她进了诊室。它可以被带到别处，被说给另一个人听。这是独立。三条都过了。它是一个粒子态，而且是一个结得很结实的粒子。

还要看它的来历。噪声没有来历，感受有。吴秋萍的那个"不对"，和去年冬天连着：医院走廊里的折叠床，凌晨四点的护士站，白天收银台后面硬撑着的笑。它也和她小姨连着，和一家人在饭桌上压低声音说话的那个春节连着。这些连接不是她编出来的，是三个月、一个冬天、两年一点一点织进去的。

书二说过，符号是特征纠缠的粒子态；而这个粒子态，是在不断进行的压缩里结出来的。吴秋萍那句"说不清是哪里的不对"，就是一次压缩：一个冬天、一份担心、无数个夜里理货的钟点，被压成了一句她自己说得出口的话。这次压缩是她自己付的力气。用本书的话说，是她的日子付的**动能**。

压出来的东西因此很结实。连接一多，就难拆。书二把这叫作**内能**，也就是连接度：要多大的力，才能把它拆开。这也解释了一件很常见的事：家里人劝一句"想开点"，几乎从来不管用。不是她不听劝，是那一句话的力气，远远小于那个符号的连接度。所以感受不是一团可以取平均的起伏，而是一个有来历、有连接度的粒子。

这里要防一个误会。说感受是符号，不等于说感受总是对的，更不等于说感受比化验准。感受也会走岔。有的事情在身体里悄悄发展，人一点感觉也没有；有的不对，人自己会把它安到一个不相干的来由上。一个结实的自我符号，照样可能和身体里正在发生的事情对不上。这正是为什么要有刻痕，为什么要有标准。

本书的意思只是：感受和刻痕、标准一样，是三样里的一样。三样都可能对，也都可能走岔；哪一样都不该单独拍板，哪一样也都不该被当成杂音扔掉。符号的身份，说的是它有资格上桌，不是说它一上桌就该赢。

一张三条腿的凳子，少了哪一条都站不稳。病人的感受是第三条腿，它不比另外两条更粗，可也不是一根可以随手锯掉的木头。接下来看它在三角里的位置。本卷把三类符号的关系写成三条式子：

- **指南＝F（刻痕，感受）**
- **刻痕＝G（指南，感受）**
- **感受＝H（指南，刻痕）**

意思是：三样东西里，任何一样都是另外两样的函数；任意两样对不上，就逼第三样变化。看第一条。指南里许多条文，最早是从病人的诉说里长出来的。一种病在有化验之前，往往先是一群人说出相似的难受，医生把这些说法记下、归类、命名，后来才慢慢找到可以测的东西。没有感受这一项，许多标准根本无从开始。

看第二条。医生开哪几项检查，很大程度上取决于病人说了什么。吴秋萍说"说不清是哪里"，薛医生开的检查就和她说"某一处很明确"时不一样。刻痕本身是仪器测的，可是测哪一处、在什么时候测，是感受先指了路。

再看第三条。几天后，结果都在范围里，薛医生说了几句话。这两样东西一起作用在她身上，她的感受也变了：有一点松，也多了一点"那我这到底是怎么了"。

三条式子里，感受都在。它是一个变量，是一个能推动别的两样、也会被别的两样推动的变量。可是到了纸面上，事情就不一样了。看下面这张表。

在一次门诊里	刻痕（检验数字）	标准（参考范围、指南、诊断名）	感受（病人的"我不对"）
属于哪一界	现实符号	理念符号	自我符号
从哪里来	身体在仪器上留下的痕迹	人群统计与专家共识	病人自己的日子
由谁写下	仪器打印，检验科签发	学会与专家委员会写成	多半由医生代写
有没有固定格式	有项目、有单位、有范围	有条文、有编号、有版本	只有一行，字数越短越好
能不能复查	能，再抽一管血	能，翻到那一条	只能再问一遍，问的人未必是同一位
由谁守着	检验科	指南与学会	病人自己
被看轻时叫什么	很少被看轻	很少被看轻	"主观的""想多了"

左边两栏，每一格都有着落；最右一栏，格子是有的，里面的字却又短又借来。这就是"没有名分"的意思：在三条式子里，感受是正式的一项；在病历的表格里，它只有一个借住的床位。

◆ 七、给感受打个分，够不够

医学并不是没有试过给感受一个座位。最常见的办法，是请病人打分。从零到十，零是一点没有，十是能想到的最重。还有更细的做法：一份问卷，十几道、几十道题，问睡得怎样、能不能做家务、愿不愿意出门见人，每题勾一个格，最后算出一个总分。医学界把这类东西统称为"病人报告的结局"，意思是由病人自己来报，而不是由仪器来测〔待核：该术语的通行中译与美国药监部门 2009 年相关指导文件〕。

这是真进步，要说足。打分和问卷让感受第一次有了格式。它可以被记下来，下个月再比一次；可以放进研究，几百个人的分数合在一起看；一种新疗法好不好，除了看化验，也要看病人自己报上来的分数有没有变。有了这些，"病人觉得怎样"不再只是门诊里一句随口的话，它进了表格，进了数据库，进了决定。

可是它也停在一个地方。打分是把感受翻成数字。一翻成数字，它就开始像一个检验值：有了高低，有了"正常范围"，有了可以平均、可以比较的样子。它从自我界被搬到了一个看起来像现实界的格子里。

问题是，被搬过去的只是一个侧面。吴秋萍如果被请去打分，她大概会写一个六，或者七。那个六，记下了"有多重"，记不下"从哪个冬天来"，也记不下"我怕变成小姨那样"。数字是稳定的、整体的、独立的，可它是另一个粒子了：它是关于她的一个理念符号，不再是她自己的那个自我符号。

再打个比方。一位厨师做了一锅汤，你让食客给这锅汤打分，十分制，他打了七分。这个七分很有用，可以统计，可以拿去跟别的店比。可是厨师想知道的那件事——"哪里差了一点"——这个七分说不出来。要知道哪里差，得让食客开口说。

问卷也一样。问卷上的题目，是研究者事先想好的。比如"过去一周，你有几天感到……"，吴秋萍会勾"每天"。可是没有哪一道题问："你的不对，是不是从某个冬

天开始的？你怕的是不是某一位亲人走过的路？"问卷能问到的，是许多人共有的那一部分；每个人自己的那一部分，正好落在题目之外。

打分和问卷，给感受开了一扇门，门却是按别人家的尺寸开的。感受要进去，得先把自己削成那扇门的形状。削下来的那部分，正好是它的来历。

所以，给感受打个分，是一步，不是最后一步。它停下的地方，正好是接着要走的一步：让感受带着自己的来历上桌，而不只是带着一个分数。

◆ 八、从一百字到五个字

现在可以把吴秋萍那一趟门诊，从头到尾再走一遍，看三种符号在里面各走了哪条路。先看她出门前的那三行。第一行是她自己的压缩。三个月的日子，被她自己压成一句"说不清是哪里的不对，像肩上压着一件货"。这句话很短，可是它有一条回家的路：你问她"什么货"，她能一路说回去，说到医院走廊的折叠床，说到凌晨四点。

第二行是来历。它不是在描述那个不对，是在交代那个不对从哪里长出来。第三行是她和一家人的牵连。小姨的病、春节饭桌上压低的声音、那两个字"我怕"。用本书的话说，这一行里装着最大的**势能**：一张亲人织成的网，把她往某个方向拉。她请半天假、等一个半小时，是被这股拉力拉进诊室的。

然后是十八秒左右的那个位置。第一行被收下，变成了主诉。说得准确一点，第一行也没有被原样收下，它被重新压了一次：这一次压它的不是她的日子，是主诉那一栏的格式。"说不清是哪里"没法填进"部位"，就成了"身体"；"像压着一件货"没有格子可放，就没有了；"三个月"有现成的位置，留了下来。

这就是两种压缩的分别。符号总是压缩出来的，这一点不必怕。没有压缩，就没有粒子，一百来字的诉说如果原封不动地塞进病历，后来的医生也读不过来。要紧的不是压不压，是**谁来压，压完还能不能回去**。

吴秋萍自己压出来的那一句，能回去，顺着它可以找回那个冬天。主诉格式压出来的"身体不适3月"，回不去了。去掉的东西没有留下地址，下一位医生翻开病历，从这五个字里找不到那张折叠床。

一种是可以返回的压缩，一种是不留地址的压缩。前一种结出来的是她的自我符号；后一种结出来的，是一个关于她的理念符号，形状很像她，里面已经没有她的日子了。

再看检查做完之后。病历上有了两行：主诉"身体不适3月"，检查"都在范围里"。这两行放在一起，看上去没有什么冲突。不适很笼统，检查没发现问题，一切像是对上了。

本书反复说一句话：对得上，就没有解释。这里的"对得上"，有一部分是被造出来的。主诉被压得太薄，薄到没有任何东西可以和检查结果冲突。如果第三行还在，病历上就会多一句"病人担心与家族中某位亲人的经历相似"；这一句和"都在范围里"放在一起，至少会逼出一个问题：那么，她的担心要怎样回应？这个问题不涉及任何诊断，它只是一次对账。主诉一薄，这次对账就没有发生。感受丢了名分，丢掉的不只是几句话，还有一次本该开始的问诊。

最后看她自己。那天晚上，她在纸箱上对着病历看了很久。式子里那一条"感受＝H（指南，刻痕）"在她身上转了一圈：刻痕说都还好，医生的话也是放心的意思，这两样一起推了她一下。可是被推到的地方，并不是"放心了"，而是"那我这到底算什么"。她的三句话，被翻成了一个她不认识的自己：五个字，一个数字。下面这张小表，记下这三行各自的去向。

她写下的	装着什么	在门诊里落到哪里	去掉的是什么
第一行：说不清的不对	她自己压出来的感受	改写成主诉"身体不适3月"	那件"压着的货"
第二行：去年冬天	感受的来历	没有轮到	整个冬天
第三行：小姨，我怕	牵着她来的那股力	没有轮到	她来的原因
检查结果	刻痕	落在参考范围里	没有去掉什么
病历的结论	刻痕对上了标准	看上去对上了	一次本该开始的对账

还可以把这一趟的能量账算一算。这一趟里，力气其实没少花。她请了半天假，等了一个半小时，备忘录改了三遍，这是她付的**动能**。薛医生在五六分钟里集中了全部注意力，问得有章法，这是他付的动能。检验科那边，几台仪器、几位技师，把她的几管血测得清清楚楚。

可是这些力气，几乎全流进了一条渠：刻痕和标准之间的那条渠。它们把"仪器看到了什么"这件事做得很扎实。她自己那一本账，没有分到力气。

还有**势能**。把她拉进诊室的，是那张亲人织成的网；而诊室里本来也该有一张网托着她：她对医生的信任，医生对她的熟悉。这是她第一次见薛医生，两人之间还没有这张网。没有网托着，第三行就更难出口。第13章会专门讲，这张网是怎样一次一次攒起来的。

这不是一个关于谁做错了什么的故事。薛医生守住了标准，检验科守住了数字，吴秋萍守住了自己的感受，守得最辛苦，因为只有她一个人在守，而且没有一张纸替她记着。

三方各守一角，这一角守得最孤单。第6章会专门讲这三个角怎样各守各的；下一章先讲，当感受一直不走、数字一直说没事的时候，那个人会落到哪里去。

◆ 九、给感受留一个座位

把这一章放回日子里，可以分四处说。

如果你是那个拿着手机进诊室的人。 你在心里排好的次序，多半和医生听的次序是反的。你把最好开口的放在前面，把最要紧的压在后面，而门诊的时间，常常就停在前面那一段。

所以不妨把次序倒过来。坐下之后，第一句先说"我今天有三件事想说"，再把最让你担心的那一件放在前头。这不是要你教医生怎么看病，看病的事仍然是医生的；这只是让你自己的那个符号，带着它的来历上桌。

还有，别替医生把你的话先翻译好。"说不清是哪里"就说"说不清是哪里"，"我怕"就说"我怕"。你自己压出来的那一句，比你模仿医学说法拼出来的那一句，留着更多回家的路。

具体病情请遵医嘱。 本书在这里说的，只是怎样把话说全，不是该查什么、该怎么办。如果那个"我怕"已经大到压住了你的日子，那它本身就值得被当成一件事来对待，不必等它找到一个身体上的理由。**身体或心里的难处真的大了，请找医生或心理咨询师。**

如果你是陪家人去的那个人。 老人家常说"说不清哪里不对"。家里人着急，往往会抢在前面替他说："医生，他就是这里不舒服，两个月了。"这一句很能干，很像主诉，也正好把他自己的话挤掉了。可以先让他说。哪怕说得慢，说得绕，那些绕出来的话里，常常有他真正放不下的东西。

如果你是坐在诊桌另一边的人。 本书不要求你在下午四点、门外还有四十个号的时候，给每一位病人半个钟头。时间的账，第6章和第14章会专门算，那不是你一个人付得起的。

本书只请你留意一件事：你插话的那一刻，病人往往还没说到他来的原因。在开出检查之前，多问一句"还有别的吗"，或者"你最担心的是什么"，有时只多花十几秒，那个压在最后一行的符号就有了出来的机会。

还可以在病历里，给病人自己的一句原话留一个位置。哪怕只是一句，加上引号，写成"病人说：说不清是哪里，怕和亲人一样"。这一句不改变任何医学判断，它只是让下一位翻开病历的人，能顺着它找回一点那个人的日子。

如果你只是一个过日子的人，难得去一趟医院。 这一章说的事，其实不只在诊室里。吴秋萍那天下午请假，在店里的考勤表上填的理由，也是四个字：身体不适。总部的人事看到这四个字，批了，不会多问一句。这一栏本来也不该多问。

可是你留意一下就会发现，日子里到处都是这样的格子。请假条上的"身体不适"，体检表上的"无不适"，孩子作业本上家长签的"已阅"。格子都没有错，它们让事情转得动。只是一个人真正的那一份不对，常常就在填格子的那一刻，被留在了格子外面。

能不能在格子之外，留一点地方，给身边的人把话说完？这不需要任何医学知识，只需要多问一句，再多等一会儿。

感受没有名分，不是因为医学看不起它，而是因为医学的表格是为另外两种符号画的。画表格的人并不坏，只是他们当年要解决的，正好是另外两种符号的问题。现在轮到第三种了。

过了一个多星期，吴秋萍的备忘录里还是那三行，次序换了：第三行挪到了第一行。"我怕"两个字，放在了最前面。这一次的手机屏幕上，显出了一个和上一次不太一样的她：话还是那些话，可是最重的那一句，排到了前头。

带 走 的 话

病人的感受不是噪声，是一个有来历的符号；它在三条式子里都有份，只是在病历里没有座位。

小　账

克莱曼和卡塞尔替病人的感受争到了"被倾听"的位置，本书再往前一步，让它以自我符号的身份，和刻痕、标准坐上同一张桌子。

发生被收回为发现的那一下，在主诉那一栏：病人自己压出来、能回去的一句话，被格式重新压成一行不留地址的字，看上去就像本来如此。

想 一 想

1. 你上一次看病，进门前心里最想说的那句话，是第几句说出口的？还是根本没说？
2. 家里有人说"说不清哪里不对"的时候，你是先听他说完，还是先替他翻译成一句像样的话？
3. 你身上有没有一种感受，自己认得很清楚，却从没在任何一张纸上找到过它的位置？

◆

05

第5章

指标正常却很难受：住在缝里的人

这一章的问题

黄丽珊在公司里差三块两毛七也要单独列出来查，自己身上那本对不上快一年的账，人人却都说没事——病历里这两行对不上的字，为什么一直没有人去对？

◆ 一、对不上的那三块两毛七

新加坡的三月，是会计师事务所最忙的时候。晚上九点半，莱佛士坊一栋写字楼的二十几层，灯还亮着一半。黄丽珊三十四岁，在一家会计师事务所做审计，入行十年，今年第一次带一个小组。她面前的屏幕上开着两张表：一张是客户的银行对账单，一张是客户自己记的账。

两张表的余额差了三块两毛七。组里的新人问她，这么小的数，要不要先放一放。她摇头。在她这一行，差多少不要紧，要紧的是差了。三块两毛七可能只是一笔银行手续费没入账，也可能是一笔重复付款的尾巴。找不到原因之前，这个数不能抹掉，也不能随手找个理由塞进去。规矩是：先把它单独列出来，记在一个专门放"还没查清"的地方，写明金额、日期、谁在跟。查清了再转走；没查清，下个月接着查。

她干这一行十年，这个规矩早就长进了手上。那天她们查到十点四十，找到了：客户把一笔退款记了两次。新人松了一口气，她也松了一口气，关电脑，下楼，打车回宏茂桥的组屋。

车开上中央高速公路的时候，她想起了自己的另一本账。那本账也对不上，对不上快一年了。从去年五月起，她常常觉得不对劲，说不准哪一天来，一来就是好几天。

本书只写到"不对劲"这三个字，不写那是什么样的不对劲，也不写它可能是什么。那是医生的事，而且得由面对面的医生来判断。**具体病情请遵医嘱。**

本书只写它在日子里的样子。它说来就来，来了，日子就得给它让路。她干的是对账的活，就照对账的老办法，在工作日历上给那几天做记号。一年翻下来，记号多半落在月底结账、季末出报表的前后，可也有几回，落在一个什么事都没有的星期里。她对着那一页日历看了很久，看不出规律，只看出一件事：这本账，她自己对不上。

这一年里，她去看过三次医生，做过两轮检查。第一次是公司合作的诊所，第二次是家附近的一间，第三次是一家大医院的专科门诊。每一次，检查的结果都在参考范围里。每一次，医生都认真看了，认真地告诉她：没有发现问题。

第三次那位医生还多说了一句，语气很温和："你这个工作，这个季节，可能是压力大。"她回家跟妈妈说了。妈妈正在厨房里洗菜，头也没回，用广东话说："医生讲冇事，就系冇事啦。"上个星期，组里的经理看见她在日历上画记号，过来拍拍她的肩："你就是太拼了。审计季过了就好。"

去年的审计季过了，夏天过了，又到了今年的审计季。日历上的记号，一页也没有少。那几份报告，她收在书桌抽屉里一个透明的文件夹中。文件夹是公司发的，正面有一张白色的标签。有一天晚上她拿起笔，想在标签上写点什么，写什么都不对。写"体检"，不止是体检；写"没事"，她不信；写"有事"，又说不出是什么事。最后那张标签一直空着。

出租车拐进宏茂桥的时候，她心里冒出一个念头，冒出来又按下去：在公司，三块两毛七对不上，没有人会说"这本账压力大"。大家会把它单独列出来，一笔一笔地查。为什么到了自己身上，两本账对不上，大家都说没事？这一章要讲的，就是这件事。

◆ 二、"未见异常"说得很准

在说"大家都说没事"哪里不够之前，先要把那几次门诊里对的地方说足。黄丽珊的检查报告上，结论栏里写的是四个字：未见异常。这四个字说得很准。"未见"，说的是在这一次检查、这些项目、这种方法能看到的范围里，没有看到。它没有说"没有"，说的是"没看到"。这是一句很老实的话，它把自己的边界交代得清清楚楚。

它也很有用。一份"未见异常"的报告，等于替病人排除了一大片可能。许多来得急、藏得深的事情，常常就是在这样一份报告里被先排除掉的。对一个担惊受怕的人来说，这四个字本身就是一份真实的安慰。

它还有一层好处，不常被说起。一份老老实实的"未见异常"，挡住了过度的医疗。如果每一次查不出东西，医生都要硬找出点什么来交代，病人就可能被贴上并不属于她的标签，去做她并不需要的处理。第9章会专门讲，再查一项、再贴一个名字，账最后是要有人付的。能说出"没有看到"的医学，是一门有分寸的医学。

那几位医生说"没有发现问题"，也是这份分寸。他们手里的标准，是从大量人群里来的；第1章说过，参考范围说的是一群人，不是这一个人。在这把尺子上，她落在了中间。说"没有发现问题"，是按照尺子说实话。

所以本章不说检查没用，不说医生敷衍，也不说她的感觉比仪器准。刻痕没有撒谎。可是刻痕只回答了它被问到的那一个问题。不妨把"未见异常"这句话的语法看清楚。它的主语，其实是这一次检查：这一次检查，没有看到。它说的是检查的事，不是人的事。

可是这句话一离开报告，在传话的路上，主语常常被悄悄换掉。从检验科到诊室，它变成"你的检查没事"；从诊室到家里，它变成"你没事"；从家里到办公室，它变成"你就是想多了"。一句关于检查的老实话，传了三手，成了一句关于人的判词。刻痕自己没有说过后面那几句。

◆ 三、病历里并排的两行

把黄丽珊这一年的病历调出来，三次门诊、两轮检查，摊在一起看，会看到一个很有规律的样子。每一次，病历里都有这样两行，并排躺着：

一行是"检查未见异常"。

另一行是"症状持续"。第一次写的是"近一月"，第二次写的是"近半年"，第三次写的是"大半年"。

两行都是真的。第一行是刻痕说的，第二行是她自己说的、由医生代笔写下的。刻痕是现实符号，她的"不对劲"是自我符号。两行放在一起，就是两种符号在同一张纸上对不上。本书把这种对不上叫作一条**缝**。

这条缝有一个特别要紧的性质：它是可以**事前**指出来的。什么叫事前？就是不用等后来发生了什么，不用回过头去找理由，只看这一张病历，任何一个读得懂字的人都能把它指出来。两行字白纸黑字地并排着，一行说"没看到"，一行说"一直在"。不需要知道她是谁，不需要知道后来怎样，缝就在纸上。

这一点为什么要紧，要回到本书反复守着的一道闸。书二说过，"对不上"这个说法有一个危险：用得不好，就会变成事后诸葛亮。不管发生了什么，都可以回头说一句"其实那里早就对不上了"，于是这套说法永远正确，也就什么都没说。所以本书给自己立了规矩：说一处对不上，必须能在事前、独立地把它指出来；找不到，就老实说找不到。

"检查未见异常"和"症状持续"并排出现，正好过得了这道闸。它不是谁回头编出来的，它在病历里早就摆着，而且每看一次门诊，就再写一遍。

拿会计的事打个比方。年底审计，账上有一笔差额，当时就列在待查清单上，写明了金额和日期，这叫事前。等到第二年出了事，大家翻回去说"其实那笔账去年就不对"，这叫事后。前一种可以拿来检验，后一种怎么说都对。本书只认前一种。

还要说清楚一点：指出这条缝，不等于知道缝里是什么。在公司里，黄丽珊把那三块两毛七单独列出来的时候，她并不知道原因。列出来，只是承认"这里有一个差额，还没查清"。查不查得清，是下一步的事。承认差额，和找到原因，是两件事。本书只讲第一件。

那么，这条缝里住着谁？住着黄丽珊，也住着前言里的蔡淑贞：一张全绿的单子，一个每天准时到来的下午。还住着许多没有被写进书里的人。他们的病历上，这两行有的一年年并排躺着，有的连并排的机会都还没有，蔡淑贞的就是后一种。不论哪一种，都没有被拿出来对过一次账。本书把他们叫作**住在缝里的人**。下面这张表，把那两行拆开来看。

病历里的那两行	"检查未见异常"	"症状持续"
是谁说的	仪器与检验科	病人，由医生代笔
属于哪一界	现实符号（刻痕）	自我符号（感受）
说的是什么	这些项目，在这些条件下，没看到偏差	那个不对劲，到今天还在
有没有说错	没有	没有
能不能复查	能，再查一次	能，再问一次
有没有人负责把两行放在一起看	没有专门的人	没有专门的人
事前能不能指出它们对不上	能，两行就在同一页上	能，两行就在同一页上

两栏每一格都对。只有倒数第二行，两边写的一样：没有专门的人。这就是第二编的标题"各守一角"在这一章的样子。检验科守住了第一行，病人守住了第二行，可是这两行之间的那条缝，没有人守。

◆ 四、医学替缝起过的名字

这样说，好像医学从来没有理会过这条缝。不是的。医学理会过，而且理会得很认真。一个看得见的例子，是一类叫"罗马标准"的诊断标准。二十世纪八九十年代，一群消化科的医生发现，有一大类病人，检查常常查不出什么，可是他们的难受是真的，而且一年年持续着。医生之间对这类情形，说法五花八门，你叫它这个，我叫它那个，研究也没法做。

于是从罗马的一次会议开始，各国的专家坐在一起，一轮一轮地讨论，给这一类情形写出了统一的诊断标准，这就是"罗马标准"。1994 年出了第一版，后来每隔几年修订一次，2016 年出了第四版〔待核：首次会议的年份与地点细节〕。

这套标准有一个很少见的特点：它主要不是靠某一项检查的数字来成立，而是按病人说出来的经历来写，写那种经历出现多频繁、持续了多久〔待核〕。用本书的话说，这是理念界为一条缝专门造出来的一个新符号。

回到本卷的三条式子。其中一条是：**指南＝F（刻痕，感受）**。刻痕不出声，感受一直在说，两边对不上，对不上的落差逼着第三样东西变化。变化的是理念：医学造出了一个新的名字、一套新的条文。罗马标准就是这条式子在现实里走了一遍。

这件事要说足它的好。有了名字，缝里的人第一次有了一个可以说出口的说法。许多人拿到这样一个名字，第一反应是松一口气：原来我不是装的，原来有人认真研究过这件事。有了统一的标准，研究才能做起来，不同国家的医生才能说同一种话，后来的病人也才有了被认真对待的依据。

到了第四版，这一类情形还多了一个新的叫法，叫"肠—脑互动障碍"。有人认为，改名的用意之一，是不想让病人觉得医生在说"你这是没病装病"〔待核：改名缘由的原始表述〕。一个名字能让一锅粥（混沌）有了形状（显露）。这是理念符号最了不起的地方。

还可以顺手算一算这个新符号的能量账。一套罗马标准，不是一位医生在一次门诊里想出来的。它要几十位专家从各国飞去开会，一轮一轮地争，一版一版地改，前后几十年，这是动能。它要有一张现成的网托着：消化科的学会、期刊、各

国的医院，大家愿意坐到一张桌子上，这是势能。定下来之后，它稳定、可传，十年左右才修一次，这是攒下来的内能。

给一条缝造一个像样的名字，要付这么多力气。这也就说明了，为什么一间诊所、一次八分钟的门诊，造不出这样的名字；也说明了，为什么一句不花力气的"压力大"，会那么顺手。可是它也停在两个地方。

第一，名字只罩住了一部分缝。 罗马标准管的是消化方面的一类情形。黄丽珊日历上那些记号底下的不对劲，未必落在任何一套现成标准里。许多住在缝里的人，手里连这样一个名字都拿不到。他们的缝，还是只有病历里并排的那两行。

第二，名字本身也会被拿来封口。 一个名字一旦有了，它可以成为座位，也可以成为盖子。有时候，"你这是某某综合征"这一句，打开的是一段认真的跟进；有时候，它说完，这一页就翻过去了。名字是同一个，用法不一样。

另一个例子更有意思，因为它说明了给缝起名字有多难。很长一段时间里，医学文献里有一个常见的说法，翻成中文大致是"医学上无法解释的症状"。2010 年，英国、丹麦、德国的几位学者在《心身医学研究杂志》上专门写了一篇文章，问：有没有比这更好的叫法？〔已核〕

他们指出这个叫法的几个毛病，大意是：它是用"不是什么"来定义一样东西的，只说了医学解释不了，没说它是什么；它容易让病人觉得医学对他无能为力，觉得自己被打发了；它还加深了"身体的病"和"心里的病"一刀两断的分法。他们一口气比较了八个候选的名字，每一个都有长处，也都有毛病，最后的结论是：没有哪一个是理想的，需要更多的人一起来商量。

这篇文章本身，就是一条缝的写照。"医学上无法解释的症状"这个名字，说的其实就是病历里那两行：检查说"未见"，病人说"持续"。它不是在给缝里的东西起名字，它是在给缝本身起名字。一个用"不是什么"来定义的名字，就像会计账上的一栏"待查"：它承认这里有一个差额，可是它说不出差额是什么。

理念界在这里很诚实：它知道自己还没有一个好词。它停下的地方，正好是接着要走的一步。名字起不好，不要紧；要紧的是在名字起好之前，那两行不被抹掉一行。

◆ 五、"压力大"是一块封口胶

住在缝里的人，最常听到的一句话，不是任何一个专业的名字，而是三个字：压力大。黄丽珊听过医生说，听过妈妈说，听过同事说。三个人说法不一样，意思差不多。这三个字，先要说足它对在哪里。

压力是真的。一个三十四岁、第一次带组、正赶上审计季的会计，说她没有压力，那才是假话。压力会落在人的日子里，这也是真的。

说这句话的人，多半出于好意。医生说"可能是压力大"，常常是想让病人放心：检查都看过了，没有发现什么让人担心的东西。他也是在老实交代自己的边界：仪器能看的，他都看了。妈妈和同事说，是心疼她。而且，有时候这三个字确实说中了什么。本书不说它一定错。可是把它当成一个符号来看，事情就不一样了。"压力大"是一个理念符号。它有三个特点。

它是免费的。 说出这三个字，不需要再查什么，不需要再问什么，不需要花一分钟多的时间。书四《大模型是索绪尔的网、皮尔斯的链：符号在对话中才发生》讲过，免费得来的符号，在接收的人身上结晶不了；黄丽珊把这三个字带回了家，它并没有变成她自己的东西。

它几乎不会错。 一个在新加坡写字楼里做审计的人，谁没有压力？一句话如果对所有人都成立，它就很难被任何一个人的情形推翻。这样的话说出口很安全，可是它也就说不出这一个人的任何事情。

它让谈话结束。 这是最要紧的一点。在病历里，"症状持续"那一行原本是一个还没查清的差额；"压力大"三个字一放上去，差额就像被解释掉了，这一页可以翻过去了。

本书把这叫作**封口**。为什么封口这么顺手？也要替说这句话的医生想一想。门诊快到点了，病人坐在对面，眼睛看着你，等一句话。检查都看过了，没有发现什么。这时候说"我也不知道"，很多医生会担心：病人会不会觉得我不行？会不会失望？会不会不信我了？说一句"可能是压力大"，至少给了对方一个可以带走的说法，谈话也有了一个体面的收尾。

所以封口常常不是偷懒，是一种想给对方一个交代的心意。只是这份交代，交出去的是一块胶，不是一本对过的账。

封口和对账，差别在哪里？对账，是承认两行对不上，把差额单独列出来，接着查。封口，是找一样东西把差额填平，让账面看起来合上了。黄丽珊在公司里绝

不会做后一种事：拿一个说不清的理由把三块两毛七塞进某个科目，账面是平了，可是那个差额从此找不到了。

"压力大"三个字，在许多门诊里，就是这样一块封口胶。它不一定是错的，可是它被拿来做的那件事，是让缝消失，而不是让缝被看见。

还有一层，更不容易看出来。这三个字悄悄换了一个位置。缝本来是在两行之间：刻痕说一样，感受说一样。"压力大"一说，缝被挪到了她这个人身上：问题不再是"两本账对不上"，而是"她这个人扛不住"。缝没有被填上，只是从纸上挪进了人心里。"压力大"不是唯一的一块封口胶。日子里还有好几块，下面这张表放在一起看。

常听到的一句话	它对在哪里	它封掉了什么	换成对账的说法
"检查没事就是没事"	检查确实没看到问题	病人自己的那一行	"检查没看到，你又不舒服，这两样还对不上"
"可能是压力大"	压力是真的，说的人也是好意	两行之间的差额	"现在还说不清，先记下来，接着看"
"别想太多"	怕对方钻牛角尖	对方说话的机会	"你说说看，是什么样的"
"这个年纪都这样"	许多人确实有相似的经历	这一个人的来历	"别人怎样先不管，你的是什么样"
"过了这阵就好"	有时候确实会过去	现在这一阵的分量	"这一阵现在怎样，记下来"

左边每一句，都有它对的地方；右边每一句，都不替任何人下医学判断。两边的差别只有一个：左边让谈话结束，右边让那一行留下来。

◆ 六、缝里的人怎样一点点改口

缝挪进人心里之后，会发生什么？在黄丽珊身上，可以看到一个很慢的变化。去年夏天，她心里的话是："我那几天不对劲。"到了去年年底，听了几次"压力大""太拼了"，这句话变成了："是不是我太娇气了？别人带组，也没见谁这样。"到了今年三月，有些晚上，这句话又往前走了一步："大概我就是这种人吧。"三句话，主语慢慢变了。第一句说的是那几天，第二句说的是她，第三句说的是她这一辈子。

还有一件小事，是她自己都没想到的。三月底的一个晚上，组里的新人又碰到一个对不上的数，一块多钱，问她怎么办。她正累着，脱口而出："这么小，先放一放吧，下个月再说。"

话一出口，她自己愣住了。这是她入行十年从不肯说的一句话，也是她三个星期前刚刚拒绝过的一句话。她马上改了口，让新人把那个数单独列出来。可是那一下的愣，她记了很久。

书二讲过，三界符号之间会迁移、会回写。一个人身上那本账被一次次封口，封口的习惯，就有可能悄悄写回到她最拿手的那本账里去。这一回，那份十年长进手上的规矩还够结实，把它拦住了。

这里要用到本书的另一个说法。病人"我病了"或"我没病"的那份自我认识，是一个**自我符号**。它不是一下子立起来的，是在一次次的门诊、一句句的话里慢慢结晶出来的。式子写作：**感受＝H（指南，刻痕）**。刻痕一次次说"未见"，标准里一次次找不到她的位置，身边人又一句句说"压力大"。这些一起作用在她身上，她的自我符号就被一点一点推着改了形状。

用本书的入口来看，黄丽珊是从**入口一**进来的：现实的感受是硬的，一年里日历上画满了记号；理念那一头的说法是碎的，三位医生、三句话，没有一句能接住它。

入口一的人，需要的是一个新的说法，一个能接住那份硬感受的理念。可是缝里没有现成的说法，于是自我符号只好自己找一个落脚的地方。最容易落脚的地方，有两个。

一个是"我就这样了"。感受还在，只是不再提了，把它当成自己性格的一部分收起来。另一个是"我没病"。既然大家都说没事，那就当它没事，不去想，不去问，连下一次门诊也不去了。

黄丽珊入行时带她的一位前辈，就是后一种。那位前辈也有过这样的一阵子，看过两次医生，报告都好，后来就再也不提了。有人问起，她总是笑着摆手："我啊，铁打的，没病。"黄丽珊那时候很佩服她。现在想起来，那句"没病"说得太快，快得像一扇关上的门。

这两种落脚，本书后面会叫它们**石心**：自我符号凝住了，不再被新的东西改写。第8章会专门讲它怎样形成、又怎样熔开。这里只说一句：石心不是谁不肯配

合，而是一个人在缝里待得太久，又没有人帮忙对账，自我符号只好先找个地方站住。

这里有一个容易想岔的地方。说入口一的人需要一个新的理念，并不是说她需要一个诊断名。对住在缝里的人来说，第一个能接住她的理念，也许恰恰是最朴素的一句："这里还对不上。"这句话也是一个理念符号，它稳定，可以被写进病历；它整体，说的就是两行之间那一处；它独立，可以被带到下一位医生那里。它不假装知道缝里是什么，可是它承认缝在。

一个承认缝在的说法，比一个假装填平了缝的说法，更能接住一份硬的感受。

本书不说黄丽珊的不对劲是身体的事，还是心里的事，那不是本书能说的，也不是任何一个不在诊室里的人能说的。只说一件事：不管是哪一种，"缝里的人慢慢改口"这件事本身，已经是一份难处。

身体或心里的难处真的大了，请找医生或心理咨询师。 这句话不是在说"你这是心理问题"。它说的是：难处是真的，就值得有人陪你一起看，不必等它先找到一个名字。

◆ 七、这条缝的能量账

缝为什么一年都没有被对过一次账？本书的回答是：对账要付能量，而这条缝里的能量账，每一项都是亏的。先看**动能**。本书说的动能，在门诊里就是时间和追问：有人肯花几分钟，顺着那条缝往下问，一个问题接一个问题地把它拆开、重接。

黄丽珊这一年看了三位医生。每一位都是第一次见她。每一次门诊，都要从头讲起：什么时候开始的，是什么样子。几分钟的时间，大半花在了把那条缝重新摆出来上。摆出来了，门诊也差不多到点了，没有剩下的力气往下追。三次门诊，付了三份动能，每一份都只够走完第一步，而且三次的第一步是同一步。

再看**内能**，也就是连接度。连接度是一次次对账攒起来的：这一次对过的，下一次接着对；医生记得上一次说到哪里，病人也知道这位医生会接着问。攒得越多，就越结实。

可是三位医生之间，没有一条线连着。第二位医生看不到第一位医生问过什么、想过什么；第三位医生翻到前两次的报告，只看到了两张"未见异常"。病历里那行"症状持续"倒是一次次写下来了，可是写下来的只是一行字，不是一段被接着对过的账。连接度没有攒起来，每一次都是零起点。

第13章和第16章会专门讲，同一位医生看多年，为什么本身就是一种能量。这里只看到它缺席时的样子：缝在病历里越写越久，对账却一次也没有累积。

这也不是哪一间诊所的错。公司合作的诊所、家附近的诊所、大医院的专科，各有各的用处，每一处都尽了本分。只是三处之间，没有一个固定的人把它们串起来。第16章会讲，新加坡近年让居民登记一位固定的家庭医生，用意之一，就是让这根线有人拿着〔待核〕。

最后看**势能**。本书说的势能，是一张网的吸引和拉扯。这张网，在黄丽珊身边是现成的：三位医生，妈妈，同事。这张网是好意织成的，每一根线都在心疼她。可是它们拉的方向是一致的：往"没事"那边拉。医生说"未见异常"，妈妈说"有事就系有事"，同事说"审计季过了就好"。一个人站在一张往同一边拉的网里，自己那一份"不对劲"，就越来越难站得住。

好意的网，也可以把人拉进石心。这不是谁的错，是网的方向。把三笔账放在一起看，就明白了一件事。缝没有被对账，不是因为没有人在乎，而是因为对账的那份能量，在现在的安排里没有人付：动能每次都只够起个头，内能攒不起来，势能又整个往"封口"那边倾。

还有一笔账，常被忽略：她自己的动能，也在一点点耗掉。第一次去看医生，她把要说的话列成了几条，像列审计发现那样，一条一条编了号。第二次，她没列，只是去了。第三次，她进门第一句是："应该没什么，我就是来再确认一下。"

她自己先把那条缝说小了。这已经很接近本书说的**入口三**：多年的消耗之后，人没有力气再往前推了。入口三的人，要先被托住，再谈别的。

◆ 八、一年里的第四次门诊

三月底那一下的愣，把她又推回了诊所。四月初，审计季一结束，她在办公楼附近一间诊所挂了号，是组里一位同事介绍的。去之前那个周末，她把工作日历上一年的记号抄进了一张表：一行一个日期，旁边一格写那几天手上在做哪一份报表。表的最上面，她照工作底稿的老习惯，写了两个字：待查。这种表她做了十年，这是第一次拿来记自己。

现在把黄丽珊这一年完整地走一遍。下面这张表，把她的四次门诊摊开。前三次已经说过，第四次是今年四月，审计季刚结束。

门诊	刻痕说什么	她说了什么	病历里留下什么	她带回家的是什么
第一次（去年六月，公司合作诊所）	第一轮检查，未见异常	隔一阵就不对劲，一个月了	未见异常；症状近一月	"再观察看看"
第二次（去年十月，家附近诊所）	看了上次的报告	还在，半年了	未见异常；症状近半年	"可能是累"
第三次（今年一月，大医院专科）	第二轮检查，未见异常	应该没什么，来确认一下	未见异常；症状大半年；考虑压力相关	"压力大"
第四次（今年四月，办公楼附近诊所）	前两轮报告都带去了	拿出自己做的那张表，说"对了一年，对不上"	未见异常；症状持续；尚未对上，记下，跟进	"对不上，先记着"
这一年合起来	一次比一次更确定"没看到"	一次比一次说得更小	两行一直并排	前三次是封口，第四次是一条单列的差额

第四次门诊，是那间诊所的贾医生。贾医生四十出头，说话不快。黄丽珊进门的时候，有点不好意思，把前两轮的报告放在桌上，说："我知道应该没事，就是……还是来问一下。"

贾医生没有马上翻报告。他先问："你说'应该没事'，是谁跟你说的？"她愣了一下，笑了："好几个人。"他点点头，等她往下说。她把那张表从包里拿出来，放在报告旁边。她没有照着念那些日期，只说了一句憋了快一年的话："这本账，我对了一年，对不上。"

贾医生把表接过去，看了一会儿，中间只问了一个问题："这一格写的报表，是你那几天手上正在做的？"她说是。他没有说"没有问题"，也没有说"压力大"。他一边在电脑上敲字，一边说了一句："我先记一笔：尚未对上，下次接着看。"

她听见"记一笔"三个字，差点笑出来。这是她们行里一天要说好几遍的话，她从没想过会在诊室里听见。至于接下来做什么，看什么，那是贾医生根据她这个具体的人定的，本书不转述。**具体病情请遵医嘱**。

本书只看一件事：这一次门诊里，有什么不一样。刻痕没有变，还是那两轮"未见异常"。她的不对劲也没有变。医学上，这一次门诊并没有比前三次多发现什么。

时间也没有多出很多。比前三次长了几分钟，多出来的那几分钟，花在了"你说'应该没事'，是谁跟你说的"和那张表上。动能不多，可是它花在了缝上，而不是花在把缝重新摆一遍上。而且这是第一次，有一位医生知道下一次该从哪里接着问。连接度，从这一天起有了第一笔。

变的是病历里的那一行。前三次，"症状持续"后面跟着的是"再观察""可能是累""考虑压力相关"，一句比一句更像一个句号。第四次，后面跟着的是"尚未对上，记下，跟进"。这是一个分号。

这一个分号，用本书的话说，就是"先托住"。本书有一条口径：一个符号被熔开之后，先托住，不急着马上再结晶成另一个。黄丽珊的那个"我病了"还是"我没病"，这一年已经被几种说法推来推去，快要凝成"我就这样了"。贾医生没有再给它一个新的名字，没有说"你这是某某"，也没有说"你这是压力"。他只是把它托在半空：不落成"有事"，也不落成"没事"，先作为一行留着。

三条式子里，**指南＝F（刻痕，感受）**这一条，这一次没有被逼出一个仓促的答案。答案要是来得太快，往往就是又一块封口胶。

用黄丽珊自己的行话说：前三次，差额被塞进了某个科目，账面平了；第四次，差额被单独列了出来，写明了金额、日期、谁在跟。

差额还在，原因还没找到。可是这条缝第一次有了一个名分：它被写在纸上，作为一条还没查清的差额，而不是作为一个已经被解释掉的数。

那天晚上，她回到组屋，从书桌抽屉里取出那只透明文件夹。正面那张空了一年的白标签，她拿起笔，写了两个字：待查。

黄丽珊的故事，本章就讲到这一步：那条缝被她说了出来，也被人照实记了下来。缝里是什么，往后怎样，本书不写，也不替她编一个结局。

她的自我符号没有被修好，也没有被说服。它只是第一次被放回了它该在的位置：两行里的一行，一笔待查的差额，而不是她这个人的一个毛病。

这里要再说一遍分寸。贾医生那一段，不是本书在示范怎样看病，也不是在说"这样谈就能好起来"。它只演示了一件和医学判断无关的事：一条缝，可以被封口，也可以被单独列出来。后一种做法不改变任何检查，不替代任何判断，它只是不让缝里的那一行被抹掉。

◆ 九、先把两行都留着

把这一章放回日子里。

如果你正住在缝里。 你手里也许有几份全绿的报告，心里有一个总也说不清的不对劲。你可能已经听过很多遍"没事""压力大""别想太多"。

本书想对你说的只有一句：两行都留着。不要因为报告是绿的，就抹掉自己的那一行，告诉自己"仪器都说没事，那就是我想多了"。也不要因为自己难受，就抹掉报告的那一行，告诉自己"仪器根本不懂我"。两行都是真的。它们对不上，这件事本身也是真的。

下一次看医生，可以把两行一起带去：报告带去，自己的那一行也带去，用自己的话写下来，几点，在哪里，在做什么，那一阵过去以后是什么样子。不必替医生翻译成像病的说法。

具体病情请遵医嘱。 本书说的只是怎样把两行都带进诊室，不是你的不对劲是什么、该怎么办。如果在缝里待得太久，已经开始觉得"大概我就是这种人"，那么那份难处本身就值得被认真对待。**身体或心里的难处真的大了，请找医生或心理咨询师。**

如果你是缝里那个人的家人、同事、朋友。 "医生说没事就没事""你就是太累了"，这些话都是心疼。可是它们和"压力大"一样，会把那一行悄悄抹掉。

可以换一句。不必说"有事"，也不必说"没事"，只说："检查没看到，你又确实不舒服，这两样还对不上，是吧？"这一句不替任何人下判断，它只是陪对方把两行都留着。在一张往"没事"那边拉的网里，有一根线不往那边拉，就够了。

如果你是写病历的那个人。 本书不要你多开一项检查，也不要你给每一位这样的病人一个名字。前一样，第9章会讲它的账；后一样，名字起不好，反而成了盖子。

本书只请你留意病历里那两行。"检查未见异常"和"症状持续"并排出现的时候，它不是一次失败的门诊，它是一条可以事前指出来的缝。把它写成一个分号，而不是一个句号；写"尚未对上"，而不是写一个顺手的解释。下一位翻开病历的医生，哪怕是你自己，就会知道这里有一笔还没查清的账。

写下"尚未对上"，对你自己也是一种松绑。前言里的杜医生合上蔡淑贞的那条记录时，心里也留着一点没有落地的东西。许多医生都有这样的时刻：单子很好，人

不好，自己手边能用的东西不多，门外又排着人。硬给一个说法，心里并不踏实；什么都不说，又像是没尽到责任。

"尚未对上"这四个字，让你不必在八分钟里交出一个答案。它把这件事从"你今天必须说清楚"，变成"我们一起把它记着"。缝不只是病人一个人住着，医生其实也常常站在缝边上。

这一章的黄丽珊，和许多住在缝里的人一样，手里拿着写着"未见异常"的报告。她们要的，未必是一个答案，至少先要一个位置：让那个不对劲作为一行被留在纸上，而不是被一句好意的话抹平。

在会计这一行，一个差额被单独列出来，并不丢人；丢人的是把它塞进某个科目，假装账是平的。在诊室里，也可以是这样。

带 走 的 话

两行都是真的：检查说没看到，日子说一直在；缝不是失败，封口才是，先把它单独列出来。

小　账

罗马标准一类的新名字，让理念界第一次替缝造了符号；本书再往前一步，在名字起好之前，先让缝以"尚未对上"的身份留在纸上。

发生被收回为发现的那一下，在"压力大"三个字上：一条两界之间的缝，被挪进病人身上，说成是她本来就有的毛病。

想 一 想

1. 你身边有没有一个人，报告都是好的，人却一直不好？你最近一次对他说的是哪一句话？
2. 你自己有没有一份"没事"，其实是被别人的好意替你填平的？
3. 在你的工作里，遇到对不上的差额，你们是怎样处理的？这个办法能不能带回家里用？

◆

06

第6章

三个人各守一角

这一章的问题

冯志强拿着一张没有箭头的化验单回家，妻子问他还难不难受，他答的却是"单子说没事"——检验科、指南、病人各自都守得好好的，对不上的时候，该由谁来对？

◆ 一、桌上摊着三张纸

三月里的一个周四，晚上九点多，冯志强坐在出租屋的饭桌前，没开电视。他四十五岁，在东莞一家电子厂当车间主管，管一条贴片线，手下三十几个人。那天他请了半天假，一早去医院，挂号、排队、抽血，等了两个多钟头，在自助机上打出一张化验单，又排回诊室门口。轮到他，医生在屏幕上看了看结果，说："都在范围里，没什么问题，注意休息，不舒服再来。"前后几分钟。

他口袋里有手机，备忘录里记着二十几条。半年来，每次那股说不上来的不对劲找上门，他就记一笔：几号，几点，持续了多久，那天在干什么。他本想把手机递过去。门口的电子屏已经叫了下一个号，他把手机放回了口袋。

现在桌上摊着三样东西。一张化验单，十几行数字，没有一个箭头。一页门诊病历，上面有两行字，一行写着"反复不适半年"，一行写着"辅助检查未见明显异常"。还有他的手机，备忘录开着。

妻子蒋玉兰端了杯水过来，问："医生怎么说？"他说："说没事。"她又问："那你还难受不难受？"他想了想，说："单子说没事。"这句话一出口，他自己愣了一下。她问的是他，他答的是单子。

冯志强在厂里干了二十年，最熟的就是这种场面。来料检验的数据说合格，作业指导书说按这个参数走，线上的老师傅却说"这批板子手感不对"。三样东西对不上

的时候，没有人会说"老师傅想多了"，也没有人会说"数据一定没错"。拉长填一张异常单，线停下来，然后把他叫过去。他的饭碗，说白了就是对账：把数据、标准、手感摆在一张桌上，看到底是哪一样出了岔子。那天晚上他想的是：在医院里，对不上的时候，叫谁？

他没有怪那位医生。他看见了，诊室门口坐满了人，那位医生一上午看了几十个号，说话很客气，看单子也很仔细。检验科的数字做得清清楚楚，医生对照的标准也是正经的标准。每个人都没有错，每个人都守好了自己那一角。可是那页病历上，"反复不适半年"和"未见明显异常"两行字，就那样挨着，谁也没有去碰它们之间的那条缝。

◆ 二、各守一角，本来是好事

先把话说在前面：各守一角，是医学花了很长时间才挣来的东西。

检验科守数字。 今天的一张化验单，背后是一整套让数字"不认人"的功夫。同一份血，在这台机器上测和在那台机器上测，结果要落在允许的误差之内；实验室每天要先测已知浓度的质控品，确认机器没跑偏，才开始测病人的样本；不同医院之间还要互相送样比对。

这些做法有个共同的目的：让数字只跟身体有关，跟谁在值班、谁的脸色好看无关。第2章说过，一个数字能当真，是在条件说清楚、可以重复的时候。检验科守的，正是这份"可以重复"。

指南守标准。 第3章说过，循证医学要把最好的证据、医生的经验和病人的价值放在一起用。指南是这份功夫沉下来的形状：几百上千项研究、几十万病人的结果，被一群专家反复审过，压成几页纸。

它挡住的是一个人的偏好。没有指南的时候，同样的数字，遇到这位医生是一种说法，遇到那位医生是另一种说法；有了指南，病人在县城和在省城，至少能听到一个大体一致的起点。

病人守感受。 这一角也是挣来的。很长的年代里，病人的感受是医生说了算的。后来有了知情同意，有了病人权利的种种条文，才渐渐立下一条规矩：你哪里难受、难受到什么程度、愿不愿意接受某种做法，这些话只有你能说，别人不能替

你说。第4章讲过，感受是有来历的自我符号，不是噪声。病人守住这一角，是守住了一份名分。

三个角各有人守，每一角都比从前结实。这是真进步，不能因为后面要讲的问题，就把它说轻了。一个工厂里，质检、工艺、操作分开，各管一摊，产品才稳。医院也是这个道理。分工让每一角都可靠。

用书二的话说，分工抬高的是每一角自己的连接度。一个数字，经过质控、比对，就很难被一句闲话拆散；一条标准，经过多少项研究的反复检验，也很难被一个人的印象推翻；一份感受，有了病人权利的名分托着，也不再能被随手一笔抹掉。三个符号各自都更像一颗站得稳的粒子了。只是，粒子各自站稳，和三颗粒子之间连上，是两件事。分工有一个代价，工厂里人人知道：分开了，就得有人管"合起来"。

◆ 三、从前一个人守三角

不妨往回看一看，这三个角是怎样被分开的。很久以前，一位大夫看病，三个角几乎都在他一个人身上。数字很少，体温、脉搏，多半靠他自己的手和眼；标准也很少，多半是他师傅传下来、加上他自己几十年攒下的判断；病人的日子，他倒是知道得不少。他常常就住在同一条街上，看着这家人的孩子长大，知道谁家的男人在码头扛活，谁家的老人一到冬天就不出门。

这样的大夫，对账是顺手的事。病人一开口，他心里同时摆着三样东西：他摸到的、他学过的、他知道的这家人的日子。三样对不上，他自己就会多问一句。

这一套也有它的短处，而且是大短处。他摸到的数字没法跟别人比；他的标准换一位大夫就是另一套；他对这家人的了解，也可能是偏见。三个角都在一个人身上，三个角也就都只有一个人那么结实。

后来的路，大家都知道了。体温计、血压计、显微镜、化验机器一样样进来，数字从大夫的手上搬到了仪器里；化验从床边搬进了专门的科室〔待核：临床实验室独立成科的大致年代〕；标准从师傅的口传搬进了教科书，再搬进了指南。每搬一次，那一角就更结实一些、更能跟别人比一些。这条路，和一百多年前工厂走过的路很像。

1776年，亚当·斯密在《国富论》开篇讲了一个做别针的作坊：一个人从头做到尾，一天做不了几根；拆成十几道工序、十个人分着做，一天能做出四万多根〔待核：中译本对应段落〕。分工让每一道工序都更快、更准。斯密看得很清楚，这是财富的头一个来源。

斯密在同一部书的后面，也说了分工的另一面：一个人一辈子只做一道简单的工序，眼界会被这一道工序框住〔待核：卷五相关段落〕。他担心的是做工的人。

后来的工厂又发现了一件事：工序拆得越细，越需要有人站在工序之上，把它们合起来。二十世纪的大企业，专门长出了一层管理者，干的就是这件事〔待核：钱德勒《看得见的手》，1977〕。冯志强这样的车间主管，就是那一层里最靠近工序的人。

医学走了同一条分工的路，却没有同样明白地长出"合起来"的那一层。不是没有人想到。美国的初级保健研究者芭芭拉·斯塔菲尔德，二十世纪九十年代把初级保健的核心功能归成几条，后来被人叫作四个"C"：第一次接触、连续、全面、协调。最后一条"协调"，说的正是把各处的检查、各科的意见、病人的情况合到一起。医学自己早就给这件事起过名字。

可是一件事有了名字，不等于它在诊室里有了时间。

一个角	从前，在一位大夫身上	今天，分开之后
刻痕	靠手和眼，没法跟别人比	进了仪器和检验科，可以重复、可以比对
标准	师傅传的、自己攒的，因人而异	写进指南，各地大体一致
感受与日子	住在同一条街，知道得多，也可能有偏见	由病人自己守，名分立住了，却常常没处说
对账	顺手的事，就在一个人心里	有了名字，常常没有时间、没有格子、没有人认领
结实程度	三个角都只有一个人那么结实	每一角都更结实，三角之间却空了

这张表不是怀旧。从前那位大夫回不来，也不该回来。本书只是想指出：分工把三个角都搬走了，只把"合起来"这件事留在了原地，而原地已经没有人了。

◆ 四、一次门诊有多长

合起来要时间。先看看时间有多少。2017 年，英国一组研究者在《英国医学杂志·开放》上发表了一篇综述，收集了六十七个国家基层医生看一个病人平均用多长时间（Irving 等，2017）。最短的在孟加拉国，平均约四十八秒；最长的在瑞典，约二十二分半钟。综述还算了一笔账：世界上约一半人口所在的十八个国家，一次基层门诊平均在五分钟以内。中国样本的具体分钟数，本书未能逐项核对〔待核〕。

这组数字不是用来给谁打分的。一个地方的门诊长短，背后是人口、医生数量、挂号方式、付费办法、病人的就医习惯，一大串缠在一起的东西。综述的作者自己也说，有些国家没有预约制度，一位医生一天要看很多病人。本书不评判任何一国的医疗体制，只借这组数字看一件事：**在诊室里，时间是最稀的东西**。

几分钟能做什么？能做的事，是把化验单上的数字和指南里的标准对一遍。这一对很快，因为两样东西都已经写在纸上、存在电脑里，格式也早就对齐了。化验单上那个向上或向下的小箭头，就是机器替医生对好的账：数字落在范围外，箭头就出现；落在范围里，箭头就不出现。

不能做的事，是把病人的感受也摆上来对一遍。感受不在纸上。它要靠病人一句一句说出来，要靠医生一句一句问出来。冯志强的二十几条备忘录，光念一遍就要两三分钟，更别说再问几句。

于是在时间最稀的地方，便宜的那条边被对了，贵的那个角被留下了。这不是哪位医生偷懒，是账本身的价钱不一样。

按书二的说法，对账要付能量。**动能**，是时间和追问——把一条条连接拆开、重接，沿着一条路往前走。**势能**，是信任织成的场——病人愿不愿意说、医生愿不愿意听，看两边之间那张网拉不拉得住。**内能**，是一次次对账累起来的连接度——同一位医生看你几年，你的日子在他那里已经有了一个形状，下一次对账就省力得多。

几分钟的门诊，动能不够；挂号随机、每次换医生，内能攒不起来；势能呢，要看那天诊室门口的人有多少、两边的脸色有多累。三样都薄，对账就落不下来。

不过，也别把这件事想成"多给几分钟就好"。时间是动能的一部分，不是全部。动能说的是连接被拆开、重接的速率和方向。多出来的五分钟，如果用来再开两张检查单，那是在刻痕那一角上又添了几行字，三角之间的缝一点没动；如果用来请病人把日子说完、再把指南的意思用日子的话讲一遍，同样五分钟，走的就是另一条路。

所以动能有两个量：多少，和朝哪里。门诊的钟点决定了多少，朝哪里却要看桌上摆了什么、有没有一个格子留给缝。冯志强那天的几分钟，方向是对的，从数字走向标准；只是那条路，绕开了他的日子。

◆ 五、人们为什么去投诉

对账落不下来，会留下什么痕迹？有一个地方可以看：投诉。1994 年，美国几位研究者去读一家大医院的医疗纠纷案卷，那些官司都已和解。他们从中挑出四十五份原告的证词，一份一份看病人和家属到底在怨什么（Beckman 等，1994，《内科学文献》）。

结果是：约七成的证词里，都出现了医患关系上的问题。研究者把这些问题分成四类：觉得被医生撂下不管，约三成；觉得自己和家人的看法被看轻，约三成；觉得消息没有被好好说清楚，约四分之一；觉得医生没有理解自己的处境，一成多。

二十年后，英国一组研究者做了更大的综述，汇总了五十九项研究、八万多份病人投诉，把里面的问题归成三大类（Reader 等，2014，《英国医学杂志·质量与安全》）。临床上的问题，比如治疗质量与安全，约占三分之一；管理上的问题，比如流程、等候、制度安排，约占三分之一；关系上的问题，比如沟通、态度、被不被尊重，约占三成。

这两项研究要合起来读，才公道。第一项告诉你，走到起诉那一步的人，心里最堵的常常不是技术，是关系。第二项提醒你，技术问题也实实在在占了三分之一，不能一句"都是沟通的事"就带过去。本书不说投诉"都是沟通出的毛病"，只说一件两项研究都撑得住的事：**病人心里那本账，有很大一块记的不是"治得对不对"，而是"我有没有被当成一个人来对账"。**

把四类怨言放回三个角上看，会更清楚。"被撂下不管"，是感受这一角没人接；"看法被看轻"，是感受被当成了噪声；"消息没说清"，是标准那一角的话没有走到病人那里；"没理解处境"，是日子和指南之间那条缝，没人去碰。

四类怨言，几乎全落在两条边上：感受和数字之间，感受和标准之间。数字和标准之间那条边，反倒很少有人怨——那条边，诊室天天在对。

冯志强不会去投诉，他连想都没想过。那位医生没有做错什么，他心里清楚。可是投诉的种子，往往就是从这样一个"谁也没做错"的上午开始的：手机放回口袋的那一下，人心里记了一笔"没被听完"。这一笔小到不值一提，攒多了，就是研究者在案卷里读到的那七成。

◆ 六、三条方程，各写一条

书二讲过，三类符号构成一个三角，任何两类对不上，就逼第三类发生，再回写到另外两类。放到一次门诊里，三条方程有现成的样子：

- **指南＝F（刻痕，感受）**
- **刻痕＝G（指南，感受）**
- **感受＝H（指南，刻痕）**

刻痕，是检验与测量留下的数字，是现实符号；指南，连同参考范围和诊断标签，是医学约定的标准，是理念符号；感受，是病人的难受与"我病了"的自我认识，是自我符号。下面一条配一个看得见的例子。本书只讲这些符号的身份怎样变，不涉及任何病情与处理。

第一条：指南＝F（刻痕，感受）。 数字和病人的日子长期对不上，标准就会被逼着改写。第5章讲过一类情形：许多人的检查数字都说"未见异常"，日子却过不下去。这样的人多到一定程度，医学界就不再只说"查不出来"，而是坐下来，用病人报告的感受本身写成一套诊断标准。那一页标准，就是理念界被逼出来的新符号。它不是凭空想出来的，是成千上万次"数字说没事、日子说有事"压出来的结晶。

第二条：刻痕＝G（指南，感受）。 标准和感受对不上，会逼出一种新的数字。过去很长时间，病人"过得怎么样"不算一个数字，只算一句话。后来医学界发

现，单看指标判断一种做法好不好，常和病人自己的说法对不上：指标好看了，病人说日子没变好；指标一般，病人说轻松多了。于是有了第4章讲过的那类"病人报告的结局"：感受第一次在纸上有了一个可以重复读出的形状。

第三条：感受＝H（指南，刻痕）。 数字没动，标准动了，被改写的是人。第3章说过，有些指南会把诊断的起点往下挪。设想一个人，前年的数字和今年的一模一样，前年体检单上没有箭头，今年有了。身体还是那个身体，刻痕还是那道刻痕，只是标准那一角移了一步。两边一错开，被改写的是第三个角：他拿着单子回家，心里多了一句"我原来是个病人"。这句话不在化验单上，也不在指南里，它是从两者的错缝里长出来、落在他自己身上的。

三条方程摆在一起，可以看清一次门诊里平常是谁在对哪条边：

三角里的一条边	平常由谁对	在诊室里怎样显出来	对不上时，被逼变化的那一角
刻痕与指南	医生；化验单上的箭头已经替他对了一半	"在范围里""偏高一点"	感受：多出或少掉一句"我病了"
刻痕与感受	没有专人；常落在病人自己身上	"单子说没事，可我还是难受"	指南：多年后，也许长出一条新的标准
指南与感受	没有专人；偶尔落在家属、护士身上	"按说应该这样，可我的日子做不到"	刻痕：也许多出一种新的测量
三角整体	理想中是一次完整的问诊	三样东西摆在同一张桌上	三角各自回写，下一次对账更省力
三角各守一角	现实中常见的情形	三张纸各说各的，谁也不碰谁	没有回写，缝留在病历上

表里第一行，是诊室每天都在做、也做得很好的事。第二、三行，是本章要说的空缺：**三条边里，只有一条有人值班。** 三条方程还有一层意思，比"谁值班"更要紧：三个角里，没有哪一个是老大。

书二说，三元之中任何一元，都是另两元的函数。放进诊室，就是说：数字不是源头，指南不是源头，感受也不是源头。哪一角都可能被另外两角逼着改写。可是在一次次门诊里，常常有一角被悄悄当成了老大。

数字当老大。 "单子说没事。"这句话把刻痕当成了最后的裁判。数字的确是最不容易撒谎的那一角，第2章说过，刻痕不撒谎；可刻痕也不开口，它只回答它被问到的那几行。

指南当老大。 "按指南就是这样。"这句话把标准当成了最后的裁判。指南的确是千万人的结果压出来的，比任何一个人的印象都稳；可它为人群而写，落到一个人身上，总要有人来对一遍。

感受当老大。 "我觉得我没病"，或者"我知道我就是有病"。这句话把自我那一角当成了最后的裁判。感受的确只有本人能说，它的名分要守住；可感受也会被别的东西塑形，它不是一块不会动的石头。

三种"当老大"，各有各的道理，所以都站得住一阵子。它们的共同点是：**一角一旦当了老大，另外两角就不用对了。** 账没对，却像是对完了。那天晚上冯志强那句"单子说没事"，就是把数字请上了老大的位子，自己那一角便悄悄退下去了。

◆ 七、三个角说三种话

那两条边为什么难对？时间少是一层。还有一层更深：三个角说的不是同一种话。

刻痕说的是单位。 化验单上的每一行，都是一个数，后面跟着一个单位，旁边是一段范围。它说话极准，可它只会说"多少"。它不知道这个"多少"落在谁的哪一天上。

标准说的是人群。 指南里的话，底子是"在这样一群人里，这样做的，比不这样做的，多或少了几成"。第1章说过，参考范围说的是一群健康人中间的那一大段，不是哪一个人。标准说话极稳，可它只会说"一般来说"。

日子说的是钟点和事情。 冯志强的备忘录里没有一个单位，也没有一句"一般来说"。上面写的是"夜班交接以后""那天在盯一批急单""开车回来的路上"。日子说话极具体，可它只会说"我这一回"。

三种话各有各的好。单位让身体可以被比较，人群让判断可以被检验，钟点和事情让一个人可以被认出来。可是三种话之间，没有现成的翻译。

	刻痕的话	标准的话	日子的话
说话的单位	数值和计量单位	一群人里的几成	钟点、事情、哪一回
一句典型的话	"在范围里"	"一般来说"	"夜班交接以后"
最擅长的	准，可以重复	稳，可以检验	具体，认得出这个人
不会说的	这个数落在谁的哪一天	这一个人会怎样	这和别人比算多还是少
平常由谁说	仪器和检验科	指南，借医生的口	病人，有时借家属的口

表的最后一行看得出：前两种话，有专门的人和机构替它说；第三种话，只能靠最累的那个人自己说。把"那批急单那几天整个人不对"翻成一个单位，翻不出来；把"在这群人里多了几成"翻成"我这一回会怎样"，也翻不出来。诊室里那几分钟，医生用的是前两种话，病人带来的是第三种话。两边都在认真说，说的却是两套语法。所以对账，不只是把三张纸摆在一起，还要有人肯在三种话之间来回走几趟。走一趟，就是付一份动能。

还要补上另一条边，免得读者以为对不上只有一种样子。冯志强遇到的，是"数字说没事，日子说有事"。反过来的情形也很常见：数字上有了箭头，指南说该当回事了，可这个人的日子一点没变，吃得下、睡得着、干活有劲。他心里那句话是"我又没感觉"。

这时被晾在一边的，是指南和感受之间那条边。指南说的是人群里的几成，日子说的是"我这一回好好的"。两种话碰在一起，常常也被读成人的毛病：一边读成"他不当回事"，一边读成"医生吓唬人"。

两种对不上，方向相反，结构一样：都是三角之间的一条缝，都没有人专门值班。这本书第二编讲的是前一种，后面讲慢病的几章，会更多碰到后一种。第三个入口的病人，常常就是在后一种缝里，一年年把动能耗光的。

◆ 八、缝被读成了人的毛病

一条缝没人去对，它不会就此消失。它会被读成别的东西。最常见的读法，是把缝读成"对方有问题"。在病人那一角看过去，数字没事、标准没事，自己却还难受，那么问题大概出在医生身上："他根本没听我说完。""他是不是看得不仔细？"

在医生那一角看过去，数字没事、标准没事，病人却还在说难受，那么问题大概出在病人身上："是不是想得太多了？""是不是压力大？"第5章讲过，"压力大"三个字，常常就是理念那一角对这条缝的草草封口。在家属那一角看过去，跑了几趟都说没事，人还是那样，那么问题大概出在医院身上。

三种读法有一个共同点：**都把一条三角之间的缝，读成了某一个角上的毛病。**缝本来是两类符号对不上，是结构上的事；一旦被读成一个人的毛病，它就变成了品格上的事。这一读，账就漏了。

用能量的话说，对账要靠势能托着，也就是两边之间那张信任的网。缝被读成"他不认真"，病人这一头的网就松了一扣；缝被读成"他想太多"，医生这一头的网也松了一扣。下次再来，病人说话先带三分防备，医生听话先带三分保留。网越松，愿意付的动能越少；动能越少，对账越落不下来；落不下来的缝越多，又被读成更多的"对方有问题"。

这个循环里没有坏人。冯志强没有说谎，那位医生也没有失职，检验科的数字更是一丝不苟。三个角都守好了自己，信任却从三个角之间的空地上一点点漏出去。

第13章会细讲信任这笔账：它靠一次次小对账累起来，一次误解拆起来快得多。这里只先记下它开始漏的地方——**不是在哪一个角上，是在没人值班的那两条边上。**

冯志强那天晚上，其实也站在这个循环的门口。那句"单子说没事"，就是缝在他身上开始被读成别的东西的第一下：他先拿单子压住了自己的感受。再往前走一步，可能是"我是不是太娇气"，也可能是"那家医院不行，换一家"。两条路，都是把缝读成某个人的毛病，一条读成自己的，一条读成别人的。

第二条路，值得多看一眼。缝被读成"那家医院不行"，人就会换一家。换一家，再挂号，再抽血，再打出一张单子。新医院的检验科同样认真，新的医生同样拿数字去对标准，那条边又被对了一遍，结果多半还是"未见明显异常"。

这样走下来，抽屉里的化验单越攒越厚，每一张都对了同一条边，没有一张碰过那两条没人值班的边。缝没有被对掉，它只是被搬了家，从一家医院搬到另一家，从一页病历搬到另一页。每搬一次，刻痕那一角就多几行字，信任那张网又松

一扣。第9章会讲"再查一项"这件事的账是谁在付；这里只先看见：**缝被读成别人的毛病时，它不会留在原地等人来对，它会跟着病人四处走**。

还有一件事，要放在这一节末尾说。一条缝没人值班，它最后会落到谁身上？多半落在最没有力气的那一角上。那天晚上，替冯志强对账的，是冯志强自己。他手里有数字，不太看得懂；他听说过标准，不知道它从哪里来；他有自己的日子，却拿不准它算不算数。三样东西摆在他面前，他是全屋子里最熟悉第三张纸、最不熟悉前两张纸的人。对账的功夫，偏偏落在了他身上。

于是许多人在夜里拿起手机去搜。搜来的东西，又是一大堆理念那一角的话，没有一句认识他。第18章会讲这件事。这里只记一笔：**没人值班的对账，不会消失，它会被推给病人和家属，推到夜里，推到手机上**。

推过去的，还有能量。病人和家属本来就是三方里最累的一方，再让他们付对账的动能，付不了几回，就付不动了。那时候，缝还在，人先没了力气。

◆ 九、有一条边早就有人值班

说"没人对账"，要说准一点。医学并不是不会给对账留位置，它在一条边上做得很好，好到值得单独讲一讲。许多医院有一套做法，叫危急值报告。它有一段来历。

1969 年前后，美国洛杉矶一家大医院里，一个病人的化验结果已经低到危险的地步，单子却没有被及时看到，病人没能救回来。当时在那里主持检验工作的，是病理医生乔治·伦德伯格。由这件事起头，一套"危急值识别与报告"的做法在他那里搭了起来。1972 年，他把它写成短文，登在一本检验行业的杂志上。后来这套做法传遍各国，成了检验科的常规。

意思是：检验科测出某个数字，远远落在约定的界限之外，到了可能马上出事的地步。这时检验科不能只把它印在单子上等人来看，而要在规定的时间里打电话给负责的医生或护士。对方要复述一遍，双方都要记录在案。

在中国，国家卫生健康委员会 2018 年印发的《医疗质量安全核心制度要点》列了十八项核心制度，危急值报告是其中一项。

这段来历本身就是一次对不上逼出来的东西：一个数字已经在纸上，标准也早就写着，两样对不上，却没有人在那个时刻把它们摆在一起。代价太重，于是理念那一角长出了一条新制度。按本章的方程看，这是一次标准被刻痕逼着改写的结晶。拿本章的眼光看，这是一套为"刻痕与指南"那条边专门搭起来的对账：

- 缝有一个格子：什么数字算"危急"，事先写好了界限，缝能在事前被指出来；
- 对账有人认领：检验科的人打电话，临床的人接电话，谁都不能说"不归我管"；
- 对账有时间：规定了多少分钟内必须通知到；
- 对账留下痕迹：复述、记录，下次可以查。

这四样，正是冯志强车间那张异常单里的东西。医学在这条边上早就会了。不止危急值。那份核心制度清单里，还有会诊、疑难病例讨论一类的做法：几位医生坐到一起，把检查结果和各科的判断摊开来看。这些也都是给对账留的位置，只是对的多半还是数字和标准之间的账，坐在桌边的，多半是穿白大衣的人。

那么另外两条边呢？病人的日子和数字对不上，病人的日子和指南对不上，有没有一个"危急感受报告"？没有界限，没有电话，没有人认领，也没有规定的时间。病历上那两行"反复不适半年"和"未见明显异常"，就是一条事前能指出来的缝，可它没有触发任何东西。

这不是说要照搬一套电话制度。感受不是血样，它的"危急"不好用一个界限划出来。本书只想说明：**给对账留位置，医学会做，而且做得很好；只是它先给了数字和标准，还没轮到日子。**

◆ 十、车间主管的那本账

回到冯志强的饭桌，把那天上午拆开，一格一格看。

那天的一个时刻	谁在场	守的是哪一角	有没有对账
抽血窗口	检验科的护士与机器	刻痕：把血变成数字	不需要对账，只管测准
自助机打出化验单	机器	刻痕与指南：箭头替人对了一遍	对了一条边，结果是"全在范围里"

那天的一个时刻	谁在场	守的是哪一角	有没有对账
诊室里的几分钟	医生与冯志强	医生守指南，冯志强守感受	只对了刻痕与指南那一条边
电子屏叫下一个号	排队的人	时间：动能被分走	手机放回口袋，感受这一角没上桌
病历上的两行字	纸	"反复不适半年"与"未见明显异常"	缝被写下了，没有被说出
晚上的饭桌	冯志强与蒋玉兰	冯志强替单子说话	"单子说没事"，缝开始被读成别的东西

六个时刻，每一格都没有人做错事。可是从头到尾，没有哪一格是专门留给"把三样东西摆在一起看"的。这和他的车间正好相反。车间里，检验、工艺、手感对不上的时候，有一张异常单，有一个被叫来的人，有一段专门用来对账的时间。哪怕最后查出来是老师傅记错了，那张单子也会留下来，下次遇到同样的批次，先看它。

那张异常单里，藏着三件门诊里缺的东西。**第一，缝有一个格子可以写。** 不是写在两行字的中间、让它自己挨着，而是单独成一栏："这里对不上。"**第二，对账有一个人认领。** 不一定是最懂的人，可得有人。**第三，对账有一段时间。** 哪怕只有五分钟，那五分钟是给对账的，不是给下一个号的。

这三件东西，后面几编会一一讲到：病历的格式怎样给缝留一个格子，家庭医生怎样让对账有人认领，团队会诊怎样给对账留出时间。这一章先只把空缺指出来。

这里还要守住本书自己的一道闸。说"对不上"，很容易变成事后的万能话：什么事出了岔子，回头都可以说"那里早就对不上"。这样说，永远正确，也就什么都没说。

所以本书要求，缝必须能在事前被指出来，而且是由别人也能看见的东西指出来。冯志强这条缝，不是本书事后替他找的。那天上午，病历上就白纸黑字地并排写着两行："反复不适半年""辅助检查未见明显异常"。任何一个人拿起这页纸，都能在门诊结束之前看见它。

能事前指出来，才谈得上有人值班。危急值能有人值班，是因为界限事先写好了；日子和数字之间的缝，也只有在事先能被认出来的时候，才有可能被认领。本书后面几章讲的种种办法，都从这一条起步。

还要说一句公道话：门诊不是车间。病人不是板子，医生也不是拉长。一条贴片线停下来，损失的是产量；一个诊室停下来，门口还有几十个人在等。门诊的时间稀，是许多真实的约束一起压出来的，不是谁不愿意给。本书指出空缺，不是要哪一位医生多付时间，而是想问：**这笔对账的能量，能不能由别的地方来付？**

◆ 十一、放回日子里

两个月后，冯志强又去了一次医院。这一回多了一件小东西：出门前，那二十几条备忘录被压成了三行，抄在一张便签上。哪段日子开始的，大概多久来一次，来的时候耽误了什么事。

轮到他时，他先把化验单递过去，接着说了一句："单子您上回看过了，都在范围里。我这里还有三行，是我这半年的日子，跟单子对不上，想请您一起看一眼。"

那位医生看了便签，抬头多问了两句，又在病历上加了一行字。接下来要不要再查、查什么、怎样看，是医生的事，冯志强没有问，本书也不讲。**具体病情请遵医嘱。**

这一次有什么不同？数字没变，标准没变，他的感受也没变。变的是那张桌子：三样东西第一次被摆在了一起，那条缝第一次被说成了"对不上"，而不是"没事"，也不是"想太多"。这一次门诊，显出了一个不再替单子说话的他。

你下次去看病，也可以想一想桌上有几张纸。化验单是一张，它替你的身体说话，说得很准，可它只会说它测到的那几样。指南是一张，它替成千上万个和你相似的人说话，说得很稳，可它不认识你。你的日子是第三张，只有你能写，没人能替你写。三张纸对得上，你会很快走出诊室，那很好；对不上，别急着拿其中一张去压另外两张。

把对不上的地方说出来，说成"这两样对不上"，不说成"他没认真"，也不说成"我太娇气"。这条缝不是谁的毛病，它是一次问诊本该开始的地方。

如果你是陪诊的家属，你手里也有一张纸。你见过他在家里的样子，那是第三张纸上很要紧的几行。下次别急着说"医生说没事，你就别多想了"，可以先问一句："单子说的，和你过的，对得上吗？"

如果你在医院里工作，本书不会教你怎么看病，那是你的本行。本书只想请你记住那两行字的样子：一行"未见异常"，一行"症状持续"。它们并排出现的时候，账还没有对完。哪怕这一次只来得及说一句"这两样对不上，我记下了"，那条缝也就有了一个格子，不会被读成谁的毛病。**身体或心里的难处真的大了，请找医生或心理咨询师。**

带 走 的 话

检验科守数字，指南守标准，病人守感受，三个角都守得好，缺的是一个把三张纸摆上同一张桌子的人。

小　账

分工让每一角都更可靠，却把"合起来"这件事留在了空地上；本书给那块空地起了个名字，叫对账。

发生被收回为发现的那一下：一条三角之间的缝，被读成了某一个角上的毛病——"他没认真"或"他想太多"。

想 一 想

1. 你最近一次看病，是只有化验单在说话，还是你的日子也上了桌？
2. 家里人说"医生说没事，你就别多想了"的时候，那句话是替谁说的？
3. 在你的工作里，有没有一种分工，每个人都守得很好，可没人负责"合起来"？

◆



第　三　编

标签与石心

编　序

第三编只做一件事：跟着一个诊断名字，看它落到人身上以后的事。前两编摊开了一张单子上的三种东西，也看见三方各守一角、没有人专门负责对账；这一编让名字往前走，从分类表走进病历首页，再走进病人嘴里那句"我是……"。三章照旧先写足医学对在哪里：病名是几百年攒起来的大网，床号护住交班的安全，早发现救过很多人；再看它停在哪里。

第7章从欧阳婷确诊那晚的一口松气讲起，先把诊断当作一份礼物写足，再看同一个名字怎样从"我有"滑到"我是"，又怎样被新的日子回写。第8章回到沈阳一间病房的交班声，看名字结得太牢之后的两端：医者那一端，床号加病名替下了人，叫偶像；病人那一端，"我就这样了"和"我没病"不再接受回写，叫石心。两端都不是谁坏，是连接度太高、没有人付动能。第9章跟着孟凡宇深夜四分钟的购物车，看刻痕和标准先对上了，平静的日子却被拉进来担惊受怕；再查一项看着几十元，后面的账寄到了别处。

上一编说缝常常没人对；这一编看见，没人对得久了，缝会被两头焊住，看上去像对上了。熔开有两条来路：新的对不上进来，或者承载旧读法的那群人松散了；熔开以后，先托住，不急着再结晶。下一编"慢病：结晶的工程"接着看另一面：一个新的自我符号，怎样在十几年的日子里一点点长出来。

读这一编，不妨带着一个问题：一个名字帮人找到了一条路，它从什么时候起只给人留下这一条路，那份把它重新打开的动能，又该由谁来付？

07

第7章

诊断是一个词，也是一个人

这一章的问题

欧阳婷等了一年半，终于等来一个要长期打交道的病名，回朋友的却是"就是松了"——一个病名为什么先让人松一口气，几个月后又怎样慢慢长成一个人的称呼？

◆ 一、终于有了名字的那个晚上

十一月的广州还不冷。周二晚上十点，欧阳婷坐在海珠区出租屋的小书桌前，数位板亮着，笔停在半空。她二十九岁，是一个自由插画师，给出版社画童书，也接一些品牌的小单子。一年半以来，她跑过好几个科室，抽屉里攒了一叠病历，翻来翻去，最常见的是同一行字："未见明显异常"。第5章讲过住在缝里的人，她就在那条缝里住了一年半。

今天下午复诊，医生把几次检查的结果放在一起，又问了她很久，最后在病历上写下一个病名。四个字，一个要长期打交道的慢性病。医生跟她讲了接下来要怎样随访，那是医生的事，本书不讲。**具体病情请遵医嘱。**　从医院出来，她在地铁上哭了一场。不是吓的。

晚上，她翻出去年画的几张自画像。那时候她画不出自己，每一张都是一团乱线，线缠着线，看不出哪里是头、哪里是手，旁边写着"不知道是什么"。今天晚上，她新开了一张画布，画了一个轮廓清楚的女孩，坐在一把椅子上，胸前别着一块小牌子。牌子上的字，她只写了一个开头，又擦掉了，留着一块空白。

好朋友姜若岚发来微信："听说今天确诊了？你还好吗？"她回："挺好的。终于知道它叫什么了。"姜若岚隔了一会儿才回："这不是坏消息吗？你怎么听起来像松了一口气。"欧阳婷盯着这句话看了很久，回了四个字："就是松了。"

这一章要从这口气讲起。一个病名，按说是坏消息，为什么许多人拿到它的那一刻，第一下是松一口气？而几个月以后，同一个名字，又为什么会慢慢长到人身

上，变成一个人的称呼？诊断是一个词。它也会变成一个人。两件事都是真的，本章先讲第一件，讲足了，再讲第二件。

◆ 二、一个名字带来的五样东西

先把好处一样一样摆出来。这些好处不是安慰话，是医学几百年攒下来的真本事。

第一样，形状。 没有名字之前，欧阳婷手里是一锅粥（混沌）：这一回的不对劲，那一回的检查，这位医生的一句话，那位医生的另一句话，散在一年半里，彼此连不起来。诊断把它们收拢成一个东西。它有边，有名字，可以被指着说"就是这个"。去年那团乱线，今晚变成了一个轮廓。这就是一个形状（显露）落下来的那一下。

第二样，路。 一个病名后面，拖着一整座图书馆。有了名字，医生就知道去翻哪一本书、查哪一份指南、参照哪一批研究；病人也知道往哪里去问、去读。没有名字，每一次就诊都像从头开始；有了名字，后面的人可以接着前面的人往下走。名字是一个路标，它不保证路好走，可它说明路在哪里。

第三样，名分。 一个病名能让很多门打开。请假要它，报销要它，跟单位、跟家里解释也要它。研究诊断的社会学者朱特尔在《给它一个名字》（2011）里讲过这一层：诊断既是医学的分类工具，也在社会里安排着谁算"真的病了"〔待核：此为转述大意〕。欧阳婷这一年半最难的，不全是身体，是每次跟出版社编辑说"这周交不了稿"时，说不出一个理由。今天以后，她说得出了。

第四样，伙伴。 一个名字把散在各处的人连到一起。同一个病名下面，有病友群、有互助组织、有走在前面的人留下的经验。一个人在缝里住了一年半，忽然发现世界上有成千上万个人和她叫同一个名字，这本身就是一种托住。

第五样，"不是我想出来的"。 这一样最不起眼，却常常最重。一年半里，"未见明显异常"那一行字，慢慢在她心里长出另一句话："会不会是我自己太敏感？"诊断把这句话拿走了。它说：你说的那些，是真的，有名字的，不是你编的。许多在缝里住过的人，拿到诊断时最先涌上来的，就是这一句〔待核：关于确诊后"如释重负"的质性研究〕。

名字带来的	没有名字时	有了名字后	用本书的话说
形状	一锅粥，散在一年半里	收拢成一个可以指着说的东西	一次结晶落了下来
路	每次就诊从头开始	知道翻哪本书、问哪条路	理念那一角接上了
名分	请假、报销、解释，都说不出理由	门一扇扇打开	现实那一角有了凭据
伙伴	一个人在缝里	同名的人连成一片	一张托住人的网
"不是我想出来的"	怀疑自己太敏感	感受被认下了	自我那一角不再孤悬

这五样好处，不只落在病人身上。对医生来说，一个找不到名字的病人，也是一条悬着的缝。数字对不上标准，标准装不下叙述，每一次复诊都要从头再想一遍。名字落下来，医生那一端也有一股力松开了：知道该翻哪一章，该约什么时候再见，该跟同事怎么交代。那天下午，那位医生在病历上写下四个字的时候，大概也轻轻呼了一口气。这一点要记住，后面会用到。名字让两端都松了一口气，所以两端都容易舍不得再把它打开。

这五样东西，任何一个在缝里住过的人都知道有多贵。所以本章不说"标签不好"。本章要说的是：**诊断首先是一份礼物**。

◆ 三、名字是一代代攒起来的

一个病名能有这五样本事，不是天生的。它背后是好几百年的功夫。很早的医书里，病多半是按症状、按部位、按季节来叫的，同一样东西在这本书里叫这个，在那本书里叫那个，换一个地方、换一位医生，名字就换了。名字不统一，经验就攒不起来：这位医生看过一百个，那位医生看过一百个，两百个病人却没法放在一起比。

十七世纪，英国医生托马斯·西德纳姆提出一个想法：病可以像植物那样，一种一种地描述、归类〔待核：西德纳姆的具体表述与年代〕。这个想法后来被许多人接着做下去。到了十九世纪末，各国想统计人们都死于什么。1893 年，法国统计学家雅克·贝蒂荣在一次国际统计会议上提出了一套死因分类，后来每隔约十年修订一次。

1948 年，世界卫生组织接手了这套分类。第二年出的第六版，第一次不只用来记死因，也用来记活着的人得了什么病。后来一版一版修下去，就是今天全世界医院病历首页上用的那套编码，叫《国际疾病分类》。第十版在 1990 年由世界卫生大会通过；第十一版在 2019 年通过，2022 年 1 月起生效。

这串年份说明一件事：今天医生在病历上写下的那四个字，是一张横跨几百年、近两百个国家的大网上的一个结。正因为全世界都用同一个结来叫它，一个广州病人的经历，才能和一个新加坡病人、一个伦敦病人的经历放在一起比。这样，研究才做得出来，指南才写得下去，欧阳婷才找得到那座图书馆。

按书二的说法，病名是一个理念符号，而且是连接度极高的那一类。它站在一张很大的网里，被无数次的使用、比较、修订托着。这份结实，就是第二节说的"路"和"名分"的来源。

可是，这张网是为"人群"织的。它要的是：不同的人身上，凡是同一样东西，都叫同一个名字。它不负责记住，这个名字今天落在了哪一个人身上，落下去以后，那个人的日子会怎样变。

◆ 四、医生手里的名字是活的

还有一样好处，常被病人忽略，却是医生每天在用的：在医生手里，名字本来就是活的。"诊断"这个词，西文的来源大致是"辨别、分开来认识"〔待核：希腊语词源〕。它说的不是贴一个牌子，而是一次分辨：把眼前这一团东西，和别的可能分开。所以在医生那里，名字常常是带着问号出生的。

中国的病历有一套写法。2010 年卫生部印发的《病历书写基本规范》要求，入院记录里要写"初步诊断"，指的是经治医生根据病人入院时的情况，综合分析后作出的诊断。"初步"两个字就是一个承认：这是眼下对得上的样子，后面还会再对。随着检查和观察往前走，诊断可以被修正、被补充，到出院时再写一次〔待核：修正诊断、补充诊断、出院诊断在现行规范中的具体条款〕。门诊病历里常见的"……待查""考虑……可能"，也是同一种写法：名字先落下一半，另一半留给后面的日子。

这套写法，是医学自己给名字留下的回写通道。它说明在医生的那一角里，名字从来不是石碑，是一次次局部的结晶，随时准备被新的数字、新的叙述熔开、再结晶。本书很看重这一点，因为它说明：让名字保持活的，不是要从外面去教医学的新东西，医学自己的格式里早就有了。

只是这条通道，有一个地方会断。名字一走出病历，走进病人的日子，"初步"两个字就掉了，"待查"两个字也掉了。病人带回家的，是一个没有问号的名字。病历里有"修正"那一栏，病人心里没有。医生那一角里活着的东西，到了自我那一角，很容易就定了型。欧阳婷拿到的那四个字，在她的病历上也许写着某种限定，在她的心里却是一个完整的、没有问号的词。这一段落差，后面几节会一再碰到。

◆ 五、松一口气是一份能量账

那口气，为什么会松？用前一章的话说，欧阳婷这一年半，三个角一直对不上。刻痕那一角说"未见明显异常"，自我那一角说"我不对劲"，标准那一角找不到一个格子能把两样都装进去。三角之间有一条缝，缝两边的网各往各的方向拉。

书二说，对不上是一个落差，像水位差。落差在，就有一股力一直在拉人：去问，去查，去怀疑，去解释。这一年半，她付了大量的动能：一趟趟的挂号，一夜夜的搜索，一次次跟人解释"我也说不清"。动能付了，却一直没有落下来，因为三个角始终连不上。

今天下午，医生把检查结果、指南里的标准、她说了很久的那些日子摆在一起，三个角第一次对上了。对上的那一刻，结晶落了下来，一个病名成了一颗站得稳的粒子：稳定，下次去哪家医院都还是它；整体，拆开就不是它；独立，可以带着它离开这间诊室，去单位、去家里、去病友群。落差一抹平，拉了一年半的那股力就松开了。那口气，就是这股力松开的声音。

这一年半也不全是一锅粥。回头看，它更像一段正在成形（介生）的日子：线索一条条攒着，检查一张张排着，她自己记下的那些日子也越来越清楚，只是还没有一个地方能让它们落下来。诊断，是这段正在成形的东西终于定型（秩序）的那一刻。

定型是好事。没有定型，就没有路，也没有名分。只是要记得，定型是结晶的一种状态，不是结晶的终点。书二说过，意义是一次次局部的结晶，落得下，也化得开。一个病名定了型，下一次新的对不上进来的时候，它还应该能被熔开一点，再结晶一次。

所以，诊断不只是一个"结论"。它是一次对账的完成。第6章说，三个角常常各守一角，没人对账；一次真正的诊断，恰恰是有人把三个角摆上了同一张桌子。欧阳婷在地铁上哭的那一场，有一半是为了终于有人对了这笔账。

也正因为它是一次结晶，后面的事才会发生。结晶出来的东西，有连接度，有了连接度，就会被带着走，会迁移，会回写。一个名字落下来以后，它不会老老实实地待在病历首页上。它会走进别人看她的眼光里，也会走进她看自己的眼光里。这就到了本章的第二件事。

◆ 六、名字也会长到人身上

最早把这件事讲透的，不是医生，是社会学家。1963 年，美国社会学家欧文·戈夫曼出了一本小书，叫《污名》，副题大意是"受损身份的管理"〔待核：中译本书名与副题译法〕。他观察的是各种各样被别人另眼看待的人：身上有残疾的，坐过牢的，得过某些病的，属于某个被看低的人群的。

戈夫曼看清了几件事，到今天还站得住。第一，污名不是一个人身上的某样东西本身，而是一种关系。同一样东西，在这群人里不算什么，在那群人里就成了一块印记。是周围人看它的方式，把它变成了印记。

第二，被另眼看待的人，分两种处境。一种是印记一眼就能被看出来的，他们要应付的是每一次见面时别人的眼光。另一种是印记不容易被看出来的，他们要应付的是另一件事：说不说，跟谁说，什么时候说。戈夫曼把这叫作对"信息"的管理。一个确诊了慢性病、外表看不出来的年轻人，正是第二种处境。第三，印记会往里走。一个人在别人眼光里被反复当成"那样的人"，慢慢地，他看自己也用上了同一副眼光。

第四，被另眼看待的人身边，常有两种人能让他喘口气。一种是"自己人"，身上有同一样印记的人，在他们中间不用解释；一种是"明白人"，自己没有这样印记，却知道内情、不另眼看他的人，比如家人、某些医护〔待核：两个术语的中译〕。病友群，就是一屋子"自己人"；一位肯在病情之外多问一句闲话的医生，就是一个"明白人"。

几乎同一年，另一位社会学家霍华德·贝克尔在《局外人》（1963）里讲了一个相近的道理：一个人被算作"越轨"，不只因为他做了什么，也因为周围有人立了规矩、又把这规矩用到了他身上〔待核：转述大意〕。

几年后，托马斯·谢夫把这个思路用到了精神疾病上。他认为，一个诊断标签一旦贴上，周围人和本人都会按标签去期待、去解读，标签便有了自己往下走的力量〔待核：谢夫《当精神病人》，1966〕。这一路说法，后来被统称为"标签理论"。

这些前人的功劳很大。在他们之前，一个病名被当成一个纯粹的医学事实：它指着身体里的某样东西，指准了就完事。是他们让人看见，名字一旦说出口，就不只是在描述，它还在做事：它安排别人怎么看你，也安排你怎么看自己。今天医学教育里讲"污名"、讲"尊重病人的称呼"，都欠着他们一笔。可是他们也停在了几个地方。

一是他们多半只看见了名字从外面压下来。 标签是别人贴的，是社会给的，是权力的一种用法。这一面是真的。可是这一章开头那口气，标签理论不太好解释：欧阳婷不是被贴上了一个名字，她是盼了一年半，终于等来了一个名字。名字不只是压下来的，它也是被要来的、被迎进门的。

二是他们多半只看见了名字的重量，没看见名字的来历。 一个病名之所以能压人，是因为它连接度高、站得稳；而它之所以站得稳，正是第三节说的几百年的功夫。名字的好处和名字的重量，是同一份连接度的两面。只讲重量，就会把礼物也一起扔掉。

三是他们把贴上之后的路写得太单一。 标签一贴，人就沿着标签往下滑。可是在真实的日子里，名字落下来以后，有的长成了一块石头，有的却一直是活的，随着新的日子被一次次改写。差别在哪里？这正是下一章要接着讲的。

本书接着他们往下走一步：名字落在人身上，不是一次贴上，而是一次迁移。它从理念那一角，走进了现实那一角，又走进了自我那一角。迁移本身不是坏事，好处全靠它；要看的是，它走进去以后，还会不会回写。

◆ 七、一个数字跨过线以后

名字往里走，有一项老研究看得特别清楚。二十世纪七十年代，加拿大麦克马斯特大学的一组研究者，在一家钢铁厂的工人里做血压筛查〔待核：工厂名称与筛查人数〕。有些工人在筛查中头一回被告知：你的血压高。研究者接着去看这些工人后来一年里请了多少天假。1978 年，结果登在《新英格兰医学杂志》上（Haynes 等，1978）。

结果是：被告知之后，这些工人的缺勤平均每年多了约五天，比原先多了大约八成；同一段时间里，全厂工人的缺勤只多了不到一成。更让人在意的是，缺勤的增加，跟工人后来有没有开始治疗、血压管得好不好，并没有关系；它跟的是另一件事——这个人是不是头一回"知道"了自己有这个病。

这项研究的作者里，有一位后来成了循证医学的奠基人之一，第3章讲过他的名字。这一点很有意思：最早认真量出"标签的重量"的，正是最看重证据的那批医生。他们没有因此说"那就别告诉病人"，而是把这个代价记进了账里。

这是一项四十多年前的研究，只在一处、一群人里做过，后来的研究结果并不完全一致〔待核：后续研究的结论〕。本书只借它看清一件事，不借它推出任何关于诊治的结论。

这件事是：**同一个身体，同一个数字，只因为多了一个名字，日子就换了一个样子。** 那些工人的血管没有在被告知的那一天突然变坏。变的是第三个角。一个刻痕跨过了指南上的一条线，两边一错开，被改写的是自我：从"我是个干活的人"，变成了"我是个有病的人"。一个"有病的人"，在他自己心里，就该多歇着一点。

按本卷的三条方程，这是一次标准的"感受＝H（指南，刻痕）"：数字和标准一相遇，人身上就长出了一句新的话。这句话没写在任何单子上，却实实在在地写进了考勤表。

从这里也看得出，名字长到人身上，未必要等很多年，也未必要有谁去歧视他。一句"你有这个病"，在一个老实人身上，当天就能开始做事。

◆ 八、"我是糖友"：形容词变成了名词

再看一个每天都在发生的例子。在许多糖尿病病友群里，新人进群，常见的自我介绍是这样的："大家好，我是糖友，确诊八年。"群名片也常是一个格式：城市，确诊年份，名字。有人在名字前面加一个"糖"字，算是群里的身份。

"糖友"这个词，是病人们自己叫出来的，很温暖。一个"友"字，把一个冷冰冰的病名变成了一群人之间的招呼。它说的是：你不是一个人，我们都在这里。前面讲的五样好处里的"伙伴"，在这两个字里看得最清楚。本书不评判这个词，它是许多人在难处里给自己织的一张网。可是这句话的语法，值得慢下来看一看。一个人和一个病名之间，可以有好几种说法：

- "我有糖尿病。"病是我"有"的一样东西，我是主语，病是宾语。
- "我是糖尿病人。"病成了"人"前面的一个定语，开始往人身上贴。
- "我是糖友。"病和人合成了一个词，变成了我是什么。

英语里也有同样的滑动："有糖尿病的人"，慢慢说成一个形容词，再说成一个名词，用一个词就指一个人〔待核：英文用语演变的具体举例〕。从"有"到"是"，从形容词到名词，一个名字一步步走到了主语的位置上。

这一步走得很自然，因为它省事。一句"我是糖友"，比"我是一个有糖尿病的人，同时也是一个会计、一个母亲、一个爱爬山的人"短得多，在群里也好认得多。符号本来就是一种压缩，第一次把一锅粥压成一个形状，靠的就是这份省事。问题只在于，压缩得太狠的时候，被压掉的是什么。

2017 年，美国糖尿病协会和美国糖尿病教育者协会联合发表了一份共识，专门讲糖尿病照护里该怎样说话（Dickinson 等，2017，《糖尿病护理》）。这份共识没有讲任何药、任何数字，只讲词。

它建议：把人放在病的前面；用中性的、不带评判的话，只说事实、行动和身体的情况；少用"控制不佳"一类的说法，也别再用"不依从"这类带着责备的词，换成"参与""投入"这样的说法；多说人能做到什么，少说人做不到什么。

一家专业学会，专门坐下来讨论"怎么叫人"，这件事本身就说明：医学自己也发现了，名字不只是描述，它在做事。它在病人的日子里，一句一句地改写着病人怎么看自己。

把这份共识和"糖友"放在一起看，会看见同一件事的两面。一面是从外面来的：医生和教育者想把人从病名的后面请到前面来。一面是从里面来的：病人自己选了一个带"友"字的称呼，把冰冷的名字焐热。两边都在做同一件事，都想让名字回到它该在的位置——一个人身上的一样东西，而不是这个人的全部。

本书只补一句：**一个名字可以是你，但它最好不是你的全部主语。**"我是糖友"这句话说出口的时候，旁边最好还站着别的句子：我是谁的女儿，我做什么工作，我喜欢什么。名字一旦把这些句子都挤走，它就开始往下一章要讲的那个方向走了。

◆ 九、名字自己也会被改

名字会往人身上长，人也会反过来改名字。这一面常被忘掉，它恰恰说明病名是一个活的符号。医学史上，有不少病名是被改过的。改名的理由，多半不是医学上发现了什么新东西，而是这个名字落在人身上以后，压得太重了。

一个常被提到的例子在日本。日本过去用来称呼一种重性精神疾病的病名，字面意思大致是"精神分裂的病"。这个名字让病人和家属很难开口，许多医生也不愿意直接告诉病人。2002 年，日本精神神经学会把它改成了一个新名字，字面意思大致是"统合失调"，说的是协调出了偏差，而不是人裂成了两半。

改名之后，有研究报告说，日本的精神科医生在几个月里大多改用了新名字；医生把诊断直接告诉病人的比例，在两三年里大约从三成多升到了七成左右；报纸上把这类病人写成"危险的人"的报道，也有所减少〔待核：以上数字的原始研究出处〕。

这里要说准一点。改名不是治疗，它没有改变任何一个人的身体，本书也不借它谈任何病情。它改的只是一个理念符号。可是理念符号一改，现实那一角（报纸怎么写、病历怎么告知）和自我那一角（病人怎么开口、怎么看自己）都跟着动了。这是一次很干净的回写。

还有一些例子，读者可能更熟悉。一些地方把"老年痴呆"改称"认知症"或"失智症"〔待核：各地改称的时间与机构〕；有一种先天的染色体病，过去带着一个指向某个民族的旧称，后来按最早描述它的医生的姓氏改了名〔待核：改名的年份与经过〕；"麻风"在一些地方改称"汉森病"，用的也是发现病原的那位医生的姓氏〔待核〕。每一次改名，背后都有一群人说：这个名字落在我们身上，太疼了。

按本卷的三条方程看，这是第一条在起作用：**指南＝F（刻痕，感受）**。　刻痕没变，身体没变，可是名字在人身上引起的那份感受，和名字本该做的事——描述、归类、帮人找到路——对不上了。对不上得够久、够多，理念那一角就被逼着改写。

这说明病名不是从天上掉下来的石碑。它是一个结晶，结晶就能熔开、再结晶。几百年攒下来的那张大网，并不是一成不变的；它的每一个结，都在被落在它上面的人一点点地推着。

欧阳婷那一晚在小牌子上写了个开头又擦掉，或许也是这样一下：名字是要的，可是写到胸前，那几个字还没有找到落笔的样子。

◆ 十、同一个名字住在三界里

把前面几节收拢起来，本书的说法可以讲得很短。**诊断是一个在三界之间迁移的符号。** 它生在理念那一角：分类表里的一个条目，指南里的一个章节，几百年攒下来的那张大网上的一个结。这时它是一个词。

它一落到具体的人身上，就走进了现实那一角：写在病历首页上，录进医保系统里，印在药盒的说明书上，挂在住院病房的床头卡上，出现在请假条的诊断一栏里。这时它是一道刻痕，留在纸上、留在电脑里，十年后还能被调出来。它再往前走一步，就走进了自我那一角："我是……"。这时它是一个人。

同一个诊断名	在这一角里的样子	它在这里做得好的事	它在这里可能卡住的地方
理念那一角	分类表里的条目、指南里的章节	让各地的经验可以放在一起比，研究和指南才写得出来	只管人群，不管它今天落在谁身上
现实那一角	病历首页、医保记录、床头卡、请假条	打开门：报销、请假、转诊、被认真对待	留得太久，十年后还在替人说话
自我那一角	"我有……""我是……"	一锅粥有了形状，感受被认下，找到同伴	从"有"滑到"是"，挤走别的句子
三角之间的迁移	从词，到刻痕，到人	五样好处全靠这一路迁移	迁移以后不再回写，就开始固化
回写	新的日子、新的数字反过来改写名字	名字跟着人一起变，像日本那次改名	没有对不上进来，回写就停了

这张表里最要紧的是最后两行。迁移本身不是问题。第二节那五样好处，全都靠这一路迁移：名字不走进现实那一角，就打不开门；不走进自我那一角，那口气就松不下来。一个只待在分类表里、从不落到人身上的病名，对病人一点用也没有。问题在于迁移以后，还回不回写。

一个活的名字，会被新的日子反复改写。欧阳婷今年拿到的那四个字，五年后在她身上可能是另一个意思：也许是"我学会了跟它过日子"，也许是"它只是我很多事情里的一件"。名字在，意思在变。这是正常的结晶，局部的、可以熔开再结晶的。

一个固化了的名字，就不再回写了。在医者那一端，它可能变成床头卡上取代名字的那几个字，病人进门之前，"典型病例"已经在医生心里坐好了；在病人那一端，它可能变成一句不再改的话，"我就这样了"，或者反过来，"我没病"。这两端，书二叫作偶像和石心。下一章专门讲它们，这里只把门指出来。

所以，本章的题目说"诊断是一个词，也是一个人"，不是一句抱怨。一个词变成一个人，是诊断能帮到人的唯一途径。本章只是请你看住一件事：**它变成了人以后，那个人还有没有别的句子，那个名字还会不会被新的日子改写。**

这里也有一道本书要守的闸。说一个名字"开始固化"，要能在事前指出来，不能等出了事再回头说。一个可以看见的信号，是语法：当"我有……"在一个人嘴里，越来越多地换成"我是……"，而他身上别的句子越来越少，这条缝就已经能被认出来了。它不是诊断，也不是病，只是一处值得多看一眼的地方。

◆ 十一、欧阳婷的三个月

回到欧阳婷。把她确诊后的三个月拆开，一个月一个月地看，那个名字是怎样一步步走进她的日子里的。

第一个月：名字是一份礼物。 确诊后的头几个星期，她身上轻了很多。她给出版社的编辑发了一条消息，第一次能说清楚："我确诊了一个慢性病，需要定期复诊，这个月的稿子可能要晚一周。"编辑很快回了："身体要紧，你按自己的节奏来。"

一年半里，她最怕的就是这种消息。没有名字的时候，说"身体不太好"，听上去像推托；有了名字，同一件事就变成了一个能被接住的理由。那一晚她又画了一张自画像，轮廓比上一张更清楚，胸前那块小牌子上，这一回写满了字。这是第二节说的"名分"在起作用。名字走进了现实那一角，门开了。

第二个月：名字走进了别人的眼光。 她进了一个病友群。群里很热闹，有人分享复诊的经历，有人深夜睡不着出来说几句话。她第一次觉得，原来这么多人和她一样。按群里的规矩，她把群名片改成了"广州-确诊2个月-婷"。

同一个月，她妈妈从老家打来电话，语气和以前不一样了。以前问的是"最近接了什么活""有没有谈朋友"，现在每一通电话都从那个病名开头："你这个病，别再熬夜画画了。""你这个病，那个单子就别接了。"妈妈的担心是真的，每一句都出于疼

她。可是欧阳婷慢慢发现，在妈妈的电话里，她先是一个病人，然后才是一个插画师。

接一个新品牌的单子时，她又碰上了戈夫曼说的那件事：说不说？对方要她半个月内出一套图。她想说"我可能需要多几天，因为要复诊"，话打到一半又删了。外表看不出来的病，每一次都要重新算一遍：告诉这个人，值不值？

这是名字走进别人眼光的一个月。它带来了伙伴，也带来了一副新的眼镜，别人戴着它看她，她也开始戴着它看自己。

第三个月：一张没有小牌子的画。 一天晚上整理画稿，她把三个月来的自画像排成一排，愣住了。每一张，胸前都有那块小牌子。有的大，有的小，有的在胸前，有的挂在椅背上，可是每一张都有。她想起去年那团乱线。那时候她画不出自己，是因为没有形状；现在她好像只会这样画自己了，因为形状有了，却只剩下这一个。

那一晚她新开了一张画布，画的是去年秋天在沙面写生的那个下午：一个女孩坐在江边的台阶上，膝盖上摊着速写本，在画对岸的树。画完了才发现，这一张里没有那块小牌子。不是故意去掉的，是这个画面里，用不上它。这一张画，显出了一个不只是病名的她。

几天后复诊，那位医生看完检查结果，跟她说了几句接下来的安排，那是医生的事，本书不讲。**具体病情请遵医嘱。** 临走前，医生多问了一句："最近画画还顺利吗？"她愣了一下，说："还行，在画一本新书。"这一句闲话，在本书看来一点都不闲。它说明在这位医生那里，那四个字没有取代她的名字。名字在病历上，人在诊室里，两样都在。

时间	名字在哪一角	带来的东西	值得多看一眼的地方
确诊那晚	从理念落进自我	松一口气，一锅粥有了形状	胸前的牌子写了又擦
第一个月	走进现实：病历、请假的理由	名分，门一扇扇打开	还没有
第二个月	走进别人的眼光：群名片、妈妈的电话	伙伴，被接住	"你这个病"成了每句话的开头
第二个月	走进是否开口的计算	学会照看自己的边界	每一次都要重算一遍
第三个月	自画像里每一张都有牌子	形状稳了	从"有"滑向"是"的信号

时间	名字在哪一角	带来的东西	值得多看一眼的地方
第三个月末	一张没有牌子的画、一句"画画还顺利吗"	别的句子回来了	名字还在，回写也还在

三个月里，没有谁做错事。医生写下那四个字，是对的；病友群给了她一张网，是好的；妈妈的担心，是爱；编辑的体谅，是善意。名字一路迁移，每一步都带来了真东西。

可是也正是这一路迁移，让名字差一点占满了她的画布。把她带回来的，不是谁去撕掉那块牌子，而是新的日子进来了：一个想起来的下午，一本新书，一句不问病情的闲话。这些东西让名字重新回写，让它留在了它该在的地方——她身上的一样东西，很重要的一样，却不是全部。

◆ 十二、放回日子里

如果你刚拿到一个诊断，先别急着为那口松下来的气感到不好意思。那口气是真的，它说明你在缝里付过的那些力气，终于落了地。名字是一份礼物，收下它。

收下以后，可以留意一件小事：你在心里说起它的时候，用的是"我有"，还是"我是"。两种说法都没有错，"我是"有时候更暖，像"糖友"那样。只是隔一阵子，可以看看自己身上还有没有别的句子：你是谁的家人，你做什么活计，你喜欢什么，你最近在忙什么。名字在这些句子中间，是一个结实的结；名字把这些句子都挤走了，它就重了。

如果你是病人的家人，你的担心是真的，你的每一句叮嘱都出于疼他。可以试一试，有时候不从病名开头。欧阳婷的妈妈后来有一回打电话，先问的是："那本新书画到哪儿了？"那一通电话，欧阳婷说了很久。

如果你在医院里工作，你手里的名字本来就是活的，"初步""待查""考虑"都是你天天在写的字。本书只想请你记得，这些字常常走不出病历。病人带回家的，是一个没有问号的名字。哪怕只是临走前一句"最近还画画吗"这样的闲话，也是在提醒那个名字：它只是这个人身上的一样东西。

名字落在身上，是为了让人有路可走，不是为了让人只剩一条路。

如果名字带来的重量，已经压得你喘不过气，那不是你不够坚强，是这份重量真的大。**身体或心里的难处真的大了，请找医生或心理咨询师。**　　至于病本身怎样看、怎样随访，那是你和你的医生之间的事。**具体病情请遵医嘱。**

带 走 的 话

诊断先是一份礼物，让一锅粥有了形状；它变成一个人以后，要看那个人身上还有没有别的句子。

小　账

标签理论看见了名字从外面压下来，本书补上它被盼来、被迎进门的一面，以及它在三界之间迁移、回写的那条路。

发生被收回为发现的那一下：一个带着"初步""待查"出生的名字，走出病历就掉了问号，在人心里成了一个已经找到的、不会再改的答案。

想 一 想

1. 你或你家里人拿到某个诊断的那一刻，第一下是什么感觉？那口气里，有没有一点松？
2. 你身边有没有一个人，大家说起他时，先说的是他的病名，后说的才是他的名字？
3. 你身上有没有某个名字，不一定是病名，也许是"内向""学渣""老好人"，从"我有一点"慢慢变成了"我就是"？

◆

08

第8章

偶像与石心：标签固化的两端

这一章的问题

交班时护士念"十七床，老病号，平稳"，唐德福自己答"就这样了"，老同事柴永顺说"我没病"——三句话都很结实，这个秋天他日子里的变化，为什么哪一句都进不去？

◆ 一、十七床的那个晚上

沈阳的十二月，下午四点多天就黑透了。唐德福躺在呼吸科病房靠窗那张床上。窗玻璃上结着一层霜花，楼下锅炉房的烟囱往外冒白气。七点交班，推车的轱辘声从走廊那头一路响过来，停在他床尾。

隔着半拉开的帘子，白班护士念，夜班护士记。"十七床，慢阻肺，老病号，今天平稳。"夜班护士"嗯"了一声，笔在本子上划了一下，推车往十八床去了。前后不到二十秒。

唐德福今年六十七，在一家机床厂当了三十多年钳工，退休八年。这是他六年里第四回住进这间病房。护士换了好几茬，病房的墙刷过一回，床位还是那几张。他听人念"十七床"，比听人叫"唐师傅"的回数多得多。整层楼还叫他"唐师傅"的，只剩那位拖地的大姐。

这一晚有一件小事。值夜班的住院医生来查房，掀开帘子问："咋样？""老样子，就这样了。"这句话他说了六年，说得又快又顺，像拧一颗拧过无数遍的螺丝。医生点点头，看了看监护仪，走了。

其实这一回不是老样子。从秋天起，他没再下楼去工人村那片空地看人下棋；家里那只跟了他四十年的工具箱，邻居来借过两回锉刀，他都让老伴去拿，自己没起身。这些事不在任何一张单子上。没有人问，他也没想起要说。

说起来，对账是唐德福干了一辈子的活。钳工台上永远是三样东西：一张图纸，一个零件，一双手。图纸上写着尺寸和公差，零件是机床上刚下来的，手里攥着卡尺和锉刀。图纸说的和零件是的，永远差那么一点。差在公差里，就放过去；差出了公差，就得停下来，量一遍，再量一遍，看是零件没做好，还是图纸画得不合实际。年轻时他较真，退回过两张图纸，后来技术科真把图改了。

三十年里，没有一个零件是只看图纸、不上卡尺就从他手里放过去的。可是轮到他自己，图纸（那个病名）和零件（这具身体、这段日子）之间，已经好几年没人上过卡尺了。他自己也没想起来要上。

下午，老同事柴永顺拎着一兜冻梨来看他。柴永顺六十九，跟他在一个车间干了二十年，嗓门大，进门就嚷："我跟你说，我啥病没有。前年体检那单子上画的箭头，是机器不准。我自个儿的身子骨，我自个儿知道。"两个老钳工，一个说"我就这样了"，一个说"我没病"。一个躺在床上，一个坐在床边。

护士本子上的"十七床，老病号，平稳"，唐德福嘴里的"就这样了"，柴永顺嘴里的"我没病"——三句话，三个都很结实的符号。这一章要讲的，就是它们为什么这么结实，又是怎样把一些本该进来的东西挡在了外头。先说一句：这一章里的护士、医生、病人，没有一个是坏人。

◆ 二、标签先是一件好工具

第7章说过，诊断的名字让一锅粥（混沌）有了形状。这一章往下走一步，讲名字结得太牢之后的事。可是在讲它停在哪里之前，得先把它对在哪里写足。

床号加病名，是一套为安全长出来的压缩。 一层病房四十张床，交班只有十几分钟。病人名字会重——同一层住着两位"张桂芝"不稀奇；床号不会重。病名把一个人这几天最要紧的风险压成两三个字，下一班的人一听就知道该盯什么。这是在忙乱里保住一条命的办法。

医学自己对交班这件事很认真。许多医院推行结构化的交班格式，例如由美国海军的沟通方法改造而来的 SBAR 四段式（情况、背景、评估、建议），用固定的顺序防止漏话〔待核〕。核对病人身份时，国际上通行的患者安全目标要求至少用两种标识，比如姓名加住院号，不单靠床号〔待核〕。这一条很能说明问题：**医学自己早就知道，床号不够。** 床号是交班用的把手，不是一个人。

"典型病例"，是经验结晶出来的眼力。 老医生看一眼就知道"这是那一类"，不是神秘的天分。医学教育研究里有一个说法，叫"疾病脚本"。一位医生见过足够多的

病例，脑子里就会沉下来一套套"这一类病通常怎样起、怎样走、配着什么样的人"的模板〔待核：Feltovich 与 Barrows，1984〕。见到新病人，先拿模板去比，比得快，判断就快。

唐德福自己就懂这个。当钳工的，拿起一个零件，掂一掂、看一眼断面，就知道是哪台机床、哪道工序出来的。那是三十年手上结晶的东西，靠得住。

在病人这一端，"我就这样了"和"我没病"，也各自护住了一段日子。 "我就这样了"，是不再追。一个病了多年的人，如果每一天都在追"为什么是我""什么时候好"，力气早就耗光了。认下来，日子才能往下过。

"我没病"，是不让病名进门。一个人还要下棋、还要接孙子、还要在老同事面前大嗓门说话，那个名字一进门，这些可能都得改。挡在门外，日子就还是原来的样子。这两句话都不傻。它们都是自我符号，都有来历，都护住过一段真实的日子。

所以，一个好的标签，在医者这一端是安全和眼力，在病人这一端是认命或者撑住。本书不打算拆掉任何一个。问题出在另一件事上：**它们不再接受回写了。**

◆ 三、名字怎样被床号替下

先看医者这一端。本书沿用书二《SDE符号学：超越皮尔斯的三元与索绪尔的二元》的说法：一个符号凝在对象一端，不再被新的对不上改写，就叫**偶像**。这里的"偶像"不是崇拜明星的那个意思，也不是骂人。它只描述一种状态：一个关于对象的符号，结实到把对象本身替换掉了。"十七床，慢阻肺，老病号"，是一个非常好的粒子。按三判据看：

- **稳定**：它一年一年念下去，换了几茬护士，字一个没变；
- **整体**：三个词拆开就不成话，"十七床"单说没用，"老病号"单说也没用，合在一起才是一个完整的交班单位；
- **独立**：它能离开唐德福本人，写进护理记录，跟着转科单走，进医保系统的编码，下一次入院时又被调出来。

稳定、整体、独立，三条全满。正因为全满，它才麻烦。一个粒子越结实，新来的东西就越容易被它"读进去"，而不是"改了它"。唐德福这个秋天不下楼了，话少了，交班的人看到的是"平稳"。平稳也对：监护仪上的读数确实没出格。可是"不下楼"这件日子里的事，被一个现成的词收走了——它被读成"老病号的老样子"，而不是读成"这一回和前三回不一样"。

这就是偶像的工作方式：**它不拒绝新信息，它把新信息改写成自己。**

还有一层更日常的。如今许多医院用电子病历，系统里通常有"复制上次记录"一类的便利功能。它省下了大量重复的打字时间，这是真的好处。可是一位病人第四次入院，上一次的那几行描述很容易原样过来——"老病号""病情平稳""配合治疗"。字从一份病历走到下一份，像一颗被反复复印的章。印得越多，越像是真的。

本书不评价任何系统和任何一位护士。这里只想指出一个结构：一个标签每被复写一次、念一次、编一次码，它的连接度就加一层。没有哪一层是错的，可是层层叠上去，要把它拆开所需的力气，就越来越大。

医学教学里也有同样的形状。病例汇报通常有一个固定的开头：先说性别、年龄、主要诊断，再说这一次因为什么来。这个格式让一屋子人在半分钟里对上频道，是教学和会诊的好工具。

可是听多了，人也会被这个开头先排好队——"六十七岁男性，慢阻肺多年"一出口，听的人心里已经有了一张现成的图，后面的话往往只是在图上找位置。唐德福这个秋天的日子，在这张图上找不到位置，于是就像没说过一样。

床号替下名字，不是哪个人决定的。是这个标签结晶得太好了，好到对象本人站在它面前，也只能被它读成"典型"。

◆ 四、两种石心：认了，和不认

再看病人这一端。书二把凝在自我一端、拒绝回写的符号叫**石心**。这个词借自经文里"石心""肉心"的说法，可是在本书里它不带道德的意思，不是说谁心硬、谁冷漠。它也只描述一种状态：**连接度极高，动能为零。**　　病人这一端的石心，常见两种，方向正好相反。

第一种，"我就这样了"。　这是把标签整个收进了自己。第7章讲过"我是糖友"这样的自我介绍：一个形容词慢慢长成一个身份。走到底，身份就封了口——病名不再是"我身上有的一个东西"，而是"我就是这个"。之后不管日子里冒出什么新变化，都被收成同一句话："老样子。"

第二种，"我没病"。　这是把标签整个挡在了门外。挡的时候，连带着把那些和标签站在一起的数字也挡了出去："机器不准""那天没睡好""医院就爱吓唬人"。之后不管来什么新的数字，都被收成同一句话："不准。"

柴永顺的"不准"，也不是凭空来的。他在车间里管过好几年量具。八十年代有一回，一批千分尺出厂时就差了几丝，整条线的活儿全超差，查了三天才查到量具头上。从那以后，"仪器也会错"这句话在他身上扎了根。这是一段真实的刻痕，是他手上吃过亏、记了一辈子的东西。

所以他嘴里的"机器不准"，有来历，有连接度。它是从三十年的车间日子里借过来的，借得很实在。只是借到自己身上时，"有时候会错"悄悄变成了"这一回一定错"。从"会"到"一定"，中间那一步没有人对过账。两种看着一个服、一个不服，结构却是一个。

- 第一种，自我符号和理念符号焊在了一起，现实符号（新的刻痕、新的日子）进不来；
- 第二种，自我符号和理念符号断开了，连现实符号一起断开，同样进不来。

一个是门焊死了，一个是门砌死了。门的样子不同，屋里的空气一样不流通。还记得偶像怎样工作吗——它把新信息改写成自己。石心也一样。"老样子"能吸收任何变化，"不准"能吸收任何数字。它们不是听不见，是听见了，马上就翻译成了自己原来的话。

本卷三角的三条方程在这里看得很清楚。正常的时候，感受＝H（指南，刻痕）：病人怎样看自己，是指南的说法和身体的刻痕两边一起往这一角里写。石心，就是这一角不再接受书写——H 里的两个变量怎么变，结果都是同一句话。把医者端和病人端放在一起，看得更清楚。

	偶像（医者端）	石心之一："我就这样了"	石心之二："我没病"
凝在哪一端	对象端：关于病人的那个标签	自我端：病人对自己的认定	自我端：病人对自己的认定
常听到的一句话	"十七床，老病号，平稳"	"老样子，就这样了"	"我啥病没有，机器不准"
它原本护住了什么	交班安全、判断速度、经验	不再追问的力气，日子能往下过	原来的生活样子与体面
新信息怎样被吸收	改写成"典型表现"	改写成"老样子"	改写成"不准""没睡好"
连接度从哪里来	每一次交班、复写、编码	多年的日子都搭在这句话上	多年的日子都搭在"没病"上

	偶像（医者端）	石心之一："我就这样了"	石心之二："我没病"
动能为什么是零	没有哪一班的职责是重开一个稳定的标签	病久了，追问的力气耗光了	一追问，整个日子就得改，不敢动
熔开的一个可能入口	一个不合标签的复查数字	一个问到日子里的新问题	一个自己也认的刻痕

这张表最要紧的是倒数第二行。三格写的都是"为什么没人推"，没有一格写"谁不好"。表上分成两栏，日子里它们却常常互相喂养。

唐德福第二回住院时，隔壁床新来一位老人问他："您是？"他想了想，答："我十七床的，老毛病。"那是他头一回用床号介绍自己。医者端念了几年的标签，从护士的本子上走到了他自己的嘴里——一个关于对象的符号，迁移成了自我符号。书二讲过符号在三界之间迁移、回写；这里是一次不太好的迁移。

反过来也一样。他每回答一次"老样子"，查房的医生就在记录里写一句"患者自述无特殊不适"。病人端的石心，又回写进了医者端的病历，给偶像添了一层。一端念，一端应；一端应，一端记。几年下来，标签和"就这样了"互相加厚，像两块越拧越紧的夹板，中间夹着的那段日子，谁也看不见了。

◆ 五、前人早看见了一半

偶像和石心这两个词是本书的，可是它们指的那件事，医学和社会学里早有人看见，而且看得很准。先把这几位前人对在哪里写足。

帕森斯：病人这个角色。 美国社会学家帕森斯在 1951 年的《社会系统》里，提出了一个影响很大的说法，叫"病人角色"〔待核：书名与年份〕。转述大意：一个人一旦被认作病人，社会就暂时免去他的一部分日常责任，不怪他病，也不要求他立刻好；作为交换，他要愿意变好，要去找合格的医生，并配合。

这个说法对在两处。第一，它看出"病"不只是身体里的事，也是一个社会给的位置，有权利，有义务。第二，它看出这个位置是保护人的：发烧的人可以请假，没有人骂他懒。

它停在哪里，后来的学者也指出过：这套角色是照着急病画的——病了，找医生，好了，回到原来的位置〔待核：对帕森斯"病人角色"适用于慢病的批评〕。慢病没有"好了"那一站。一个人在病人的位置上一住六年，免去的责任慢慢变成了拿走的

位置，"要愿意变好"慢慢变成了"就这样了"。帕森斯画的是一扇进出的门；病久了，那扇门只剩下进来的方向。唐德福的"就这样了"，正是在这扇门里住久了长出来的。

巴林特：没有人署名的共谋。 英国的巴林特也看见过这一层，他那个"匿名的共谋"的说法，第16章细讲。

"诊断惯性"：医学给偶像起的名字。 更近一些，研究诊断差错的学者把医生常见的思维偏差一条条列出来。加拿大急诊医生克罗斯凯里在 2003 年的一篇文章里列了几十种，其中一种叫"诊断惯性"（diagnosis momentum）。大意是：一个诊断名字一旦贴上，经过病人、家属、护士、一位又一位医生转手，会越传越结实，起初的"可能是"渐渐变成了"就是"，别的可能被关在了门外。

这几乎就是本章说的偶像，只是医学用的是自己的话。而且医学没有停在起名字。针对这类偏差，诊断安全领域提出过一些办法。例如在下结论前停一下，专门问一句"这还可能是什么"；或者把当前的诊断当作一个待验证的假设，而不是一个结论〔待核：具体做法的出处〕。

这三位前人停在哪里？ 不是停在看错了，他们都看对了。停在两处。第一，他们大多只看了一端。帕森斯看的是病人这一端的角色，克罗斯凯里看的是医生这一端的思维，巴林特看的是医者之间的分工。偶像和石心是同一个结构、一凝对象端、一凝自我端，这一层没有被放到一张图上。所以常见的情形是：医生在努力克服诊断惯性，病人那一端的"就这样了"原封不动；或者反过来。

第二，他们给的办法，多半要靠个人的警觉——这位医生多想一步，那位医生多问一句。可是个人的警觉本身就是动能，而动能是要有人付的。在一个十几分钟交接四十张床的晚上，警觉会被耗光。这个问题不是"提醒大家要警觉"就能解决的，它是一笔能量账。它们停下的地方，正好是本章接着要走的一步。

◆ 六、一项著名研究，和它的回头账

讲标签怎样改写人，绕不开一项上世纪七十年代的研究。它出名的程度，和它后来遭到的质疑一样大。两样都得讲。

先讲它说了什么。 1973 年 1 月，美国心理学家罗森汉在《科学》杂志上发表了一篇文章，题目可以译作《精神病院里的正常人》。按文章的说法，包括他自己在内的八个精神健康的人，分头去美国五个州的十二家医院求诊，只说自己听见一个声音，说的是"空""空洞""砰"一类的词。入院之后，他们不再提这个声音，言行一切如常。

结果，他们全部被收治。多数被诊断为精神分裂症，出院时病历上写的是"缓解期"。住院时间从七天到五十二天不等，平均十九天。一位假病人在病房里记笔记，护理记录上写的是"患者有书写行为"。文章还说，在前三次住院里，一百一十八位真病人中，有三十五位怀疑这些人是来"查医院"的。

文章还讲了一个后续：罗森汉告诉一家教学医院，接下来三个月里会有假病人来。医院的工作人员对一百九十三位新入院者打分，其中四十一位被至少一位工作人员高度认定为假病人。而罗森汉一个也没有派去。罗森汉的意思，转述大意是：在那样的地方，一旦贴上了名字，人做的每一件事都会被那个名字重新解释。

再讲它对在哪里。 这篇文章把一个真问题摆上了桌面：诊断是不是可靠？同一个人，换一位医生、换一家医院，会不会得到不同的名字？此后精神医学界在诊断标准上做了大量功夫。1980 年出版的美国《精神障碍诊断与统计手册》第三版改用明确列出的诊断条目，常被人和这场讨论联系在一起〔待核：二者关联的程度，史家说法不一〕。那一句"书写行为"，更是让许多读者第一次看见：一个标签不只是贴在人身上，它还会改写人做的每一件事。

可是，它停下的地方，在后来被人一页页翻开了。 批评从一开始就有。1975 年，精神科医生斯皮策等人撰文反驳，大意是：一个人刻意向医生编造症状，医生据此处理，这说明不了诊断本身出了毛病；换成任何一科，假装出一种急症跑去急诊，医生也会按急症处理〔待核：斯皮策原文及其引用的类比〕。

更重的质疑来在四十多年后。2019 年，美国记者卡哈兰出版《伟大的伪装者》（The Great Pretender）。她查阅了罗森汉留下的私人档案，提出了一连串疑问：

- 罗森汉本人入院时的病历显示，他当时描述的困扰，比论文里写的"只听见一个声音"要严重得多；
- 八位假病人里，她只找到了罗森汉本人之外的一位，这位的说法和论文的描述有出入；其余几位，她始终没能找到；
- 还有一位参加过的研究生，住院经历是正面的，最后没有被写进论文。

她由此怀疑，论文的一部分数据可能并不像写的那样。此后，也有医学史学者公开称这项研究为一桩科学上的造假〔待核：Scull，2023，《精神医学史》〕。罗森汉已于 2012 年去世〔待核〕，无法回应这些质疑。也有学者认为，即便数据有问题，它提出的那个问题仍然值得认真对待〔待核〕。

本书的立场是：**这项研究的事实部分，眼下不能拿来当证据用。** 本章关于"标签改写新信息"的说法，不靠它立住；它要靠的是病房里随处可见的结构，并在第21章接受检验——如果标签带来的自我认同和其后的日子毫无关联，这一说就不成立。

可是这桩公案本身，恰好又演了一遍本章要讲的事。 "罗森汉实验"这五个字，在半个世纪里进了无数本心理学教科书，一届届学生读到它，一次次被引用。每被引用一次，它的连接度就加一层。它成了一个非常结实的粒子：稳定、整体、独立，可以离开原始档案，在课堂和论文之间到处走。

在这几十年里，很少有人回到它自己的刻痕——原始的病历、笔记、档案——去对一遍账。不是因为谁坏，是因为对账要付动能：要找人、要翻档案、要花好几年。一个"经典"站得那么稳，没有哪个位置专门负责去重开它。直到一个人愿意付这笔动能，新的对不上进来了：档案里写的，和论文里写的，对不上。粒子开始熔开。

这桩公案本身，就是一尊偶像怎样立起来、又怎样被一个新的对不上松动的例子。它站在本章的两端之间，提醒读者一件事：**固化不只发生在病房里，也发生在关于病房的知识里。**

这对本书自己也是一个提醒。本书引用的每一项研究，都在〔待核〕或"已核"里留了记号，就是为了给后来的人留一条回去对账的路。一个说法写进书里，连接度就会加一层；留下记号，是不让这一层把回头的门封死。读者读到任何一本书里的"经典研究"，包括这一本，都可以问一句：它自己的刻痕在哪里，有没有人回去看过？

◆ 七、不是谁坏，是动能为零

现在可以把能量账算一遍。书二讲过，符号的发生和破除都要付能量。内能是连接度，也就是断裂的难度；势能是那张纠缠网络的吸引和拉扯；动能是沿着一条路（差异序列）拆开、重接的速率与方向。要拆开一个符号，付出的动能得超过它的连接度。

放到唐德福身上：**内能，在三处一起变厚。** 护士本子上的"老病号"，每交一次班厚一层；病历里的"病情平稳"，每复写一次厚一层；唐德福嘴里的"就这样了"，每说一次也厚一层。六年下来，三处的连接度都很高。

势能，是一张往同一个方向拉的网。 病房的节奏、同事之间的默契、家里人一句"老毛病了"、甚至病友之间的寒暄，都在把人往"老样子"那边拉。这张网本来是信任，是托住人的东西。托得久了，它也会把人托在原地。

那天晚上，女儿唐静从大连打来电话。她在电话里说："爸，老毛病了，别多想，听医生的，过两天就出院了。"这是孝顺话，句句是真心。可是这句话也在往同一个方向拉：老毛病，别多想，过两天就好。一张用爱织成的网，托住了他，也把他托在了"老样子"上。家人的体贴，常常是这张网里最软、也最结实的一根线。

动能，几乎没有人在付。 夜班护士要在十几分钟里交接四十张床；值班医生一晚上要看很多病人，监护仪上读数没出格，就没有理由停下来；唐德福自己病了六年，追问的力气早就耗光了。至于柴永顺，"没病"这句话后面压着他整个的退休日子，一追问就得改，他不敢动，也不想动。

这就是本卷第6章说的"各守一角"：检验科守数字，指南守标准，病人守感受，没有人专门负责对账。落到一个老病号身上，就是：没有哪一班、哪一个人的职责，是去重开一个已经很稳的标签。所以，不是谁坏。

护士不冷漠，她十几分钟要交四十张床。医生不草率，他看到的数字确实没事。唐德福不倔，他是累了。柴永顺不傻，他在护着自己的日子。

是连接度高，动能为零。 两样加在一起，偶像和石心就立住了。拿道德去骂它，骂不开；骂只会让石心砌得更厚，让医者端更防备。能量账给出的是另一种看法：它不问"谁该负责"，问"这一回谁来付动能"。

用本卷的三条方程，也能把两端对齐。在医者这一端，关于这一位病人的判断，本该是指南＝F（刻痕，感受）：标准落到这一个人身上时，要随着他的刻痕和他的感受变。偶像，就是这个 F 变成了一个常数——刻痕新来了，感受变了，判断还是"老病号，平稳"。在病人这一端，石心是 H 变成了常数，前面已经说过。

一个 F 不动，一个 H 不动，夹在中间的刻痕再怎么变，三角也转不起来。三角转不起来，就没有解释；没有解释，也就没有人开始问诊。这正是"对得上就没有解释"的反面用法：不是真对上了，是两个角都不再接受书写，缝被两头焊住了，看上去像对上了。

看上去像对上了，是偶像和石心最难认的地方。 病历上一片平静，病人嘴里一片平静，谁也不觉得哪里不对。缝没有消失，它只是不再出声。

◆ 八、熔开的两条来路

一个连接度很高的符号，什么时候会松动？本书说过，**熔开有两条来路：新的对不上进来，或者承载某种读法的人群的纠缠松散了**。

第一条，新的对不上进来。 在医者端，它可能是复查里一个不合标签的数字——不合"老病号平稳"的那个预期。这时，标签和刻痕之间出现了一条缝，偶像就得面对它，要么把它读成"测错了"，要么停下来。

它也可能是一次被认真听完的叙述。一位病人说了五分钟，说的全是日子里的事，这些事放不进"老样子"这三个字。那一刻，日子这一栏和标签那一栏，第一次在同一个人眼前对不上了。这里要守住附闸：**对不上必须能事前独立指认**。 不能等事后出了什么事，再回头说"其实早就对不上"。

本卷给的典型缝，是病历里同时有"检查未见异常"和"症状持续"两行。落到唐德福这里，同样的结构是：护理记录写着"病情平稳"，而他和家人能说出"这个秋天以来日子变了"。前提是，这一句要被人记下来，和"平稳"摆在同一张纸上。两行并排，缝就在纸面上，下一班的人一眼能看见。没有记下来，缝就只在他心里，谁也指不出来。

第二条，承载某种读法的人群散了。 一个标签所以结实，是因为有一群人一起念它、一起用它。"老病号"这个读法，靠的是这一层老护士、老医生的默契。病房换了新人，新人不认识"老唐"，也就不带着"老样子"的预期进门。这时候，原来那张网松了一角，人反倒有可能被重新看一眼。

病人这一端也是这样。柴永顺的"我没病"，背后有一群一起说"医院就爱吓唬人"的老伙计。哪天这群人里有谁的说法变了，那张网就松一角。

医学史上有一个已有定论的例子，两条来路都看得见。二十世纪中叶，同性恋在美国精神医学的诊断手册里是一个病名。1957 年，美国心理学家胡克发表了一项研究。她把一组同性恋男性和一组异性恋男性的心理测验结果，隐去身份交给几位专家判读。专家分不出哪一组是哪一组〔待核：研究设计细节〕。这是一个新的对不上——标签说"有病"，测出来的刻痕说"看不出差别"。

与此同时，被这个名字描述的那群人开始公开讲自己的日子，承载旧读法的那张网，也在一点点松开。1973 年，美国精神医学会把这个名字从诊断手册里移了出去〔待核：年份与程序〕。一个在几十年里结得极牢的名字，最后是两条来路一起到了，才熔开的。只有一条，往往不够。

本书不鼓吹哪一种来路更好，也不主张为了熔开而去制造对不上。这一点在第9章还要接着说：凭空多造出来的对不上，账也是要有人付的。

熔开之后，先托住，不急着再结晶。 一个用了六年的"就这样了"松动了，人是会慌的。原来那句话至少给了他一个站的地方；拆掉之后，脚下暂时是空的。这时候最怕的，是旁人赶紧递上一个新的标签，把空当再填满。

熔开之后的那段日子，是正在成形（介生）的日子，还没有名字。它需要的是有人在旁边待着，不是有人急着给答案。第15章讲坏消息怎样说的时候，还会回到这一层。

托住是什么样子？不神秘，大多是些很小的事：有人愿意听他把一件没说完的事说完；有人记得他上回说过什么，这回接着问；有人陪他在一个还没有答案的问题旁边坐一会儿，不急着把它填上。托住不改变病情，也不替代医生的任何判断。它只是让一个刚刚松开的人，不至于因为脚下发空，又赶紧缩回原来那句话里去。

不托住会怎样？常见的是回弹。一个刚刚松口、问出一句"那我还能怎样"的人，如果接下来只听到一句"老毛病了，别想太多"，他多半会把那句问路的话收回去，重新说回"就这样了"。而且这一回会说得更快、更顺——因为他刚刚试过，发现问了也没人接。

◆ 九、詹医生多问的那一句

回到十七床。那一晚之后的第三天，病房来了一位新轮转的住院医生，姓詹，三十一岁，刚从别的科转过来。她不认识"老唐"，翻病历是一页一页翻的。

下午查房，她掀开帘子，没有问"咋样"。她问的是："唐师傅，您这回住进来，跟前三回比，哪儿不一样？"唐德福张了张嘴。"老样子"三个字已经到了嘴边，可是这句话接不住这个问题——问的是"哪儿不一样"，答"一样"，就答非所问了。他停了好几秒。

然后他说起了那只工具箱，说起邻居来借锉刀，说起工人村空地上那几个下了二十年棋的老头，他已经三个月没去看了。说了四五分钟，中间停了两回。

詹医生没有打断。她在病程记录里添了一行，大意是：病人自述，今年入秋以来未再下楼，平日的爱好与劳作都停了。接下来她看了什么、查了什么、怎样跟上级医生商量，本书不往下写，那是医生的事。**具体病情请遵医嘱。**

本书只看这一行字做了什么。在这一行之前，病历里只有一种声音："老病号，病情平稳。"在这一行之后，纸上有了两行：一行说平稳，一行说日子变了。两行并排放着，缝就在纸面上了，是事前就能指认的，不用等出了事再回头找。第二天早上交班，夜班护士念到十七床，多念了半句："唐师傅说，秋天以后就没下过楼。"

名字是跟着一件事回来的，不是跟着一句客气话回来的。

这里也要把话说公道。詹医生多问的那一句，不是因为她比别的医生更好。她刚来，不认识"老唐"，身上没有"老病号"那一层连接度——这正是上一节说的第二条来路：承载旧读法的那群人里，换进了一个新人。再过一年，她也会有她自己的"老病号"，也会在某个累极了的晚上，只问一句"咋样"。

还有一笔账值得记下：那四五分钟，是谁付的？不在任何排班表上，也不算任何工作量。是詹医生从自己的下午里挤出来的。眼下大多数医院里，对账的动能就是这样付的——从某一个人的口袋里，零零碎碎地掏。掏得出来，缝就上了纸；掏不出来，缝就还在人心里。本书第六编会接着问：制度能不能替这笔动能留一个位置，而不是全靠个人掏。

唐德福那一端，也松了一点。詹医生走的时候，他追了一句："那您说，我这还能咋样？"这句话和"就这样了"只差几个字，方向却反了：一句是关门，一句是问路。它还不是一个新的结晶，只是一颗用了六年的螺丝，头一回松了半圈。这一回，显出了一个还在问路的唐德福。

柴永顺呢？他照样说"我没病"。这一回没有什么新的对不上进到他那里，本书也不替他做什么，更不劝他去查什么。石心不是靠旁人劝开的。它要等它自己的那一条缝。

◆ 十、放回日子里

如果你是一位医护，下次交班念到一个熟悉的床号时，可以留意一件事：这位病人的"平稳"，和他的日子，是不是还在同一条线上。病历里如果只剩一种声音，那不一定说明没事，也可能说明只剩一个人在说话。

如果你是家属，留意自己嘴里那句"老毛病了"。它是体贴，是不让老人家烦心；它也可能是那张把人往原地拉的网里，最软的一根线。

如果你自己就是病了多年的人，不必去拆掉"我就这样了"或者"我没病"。它们都护住过你的日子。可以试着问自己一句：这些年里，有没有一件日子里的事，是从来没人问过、我也从来没说过的？它也许就是那条还没被写上纸的缝。

如果你身边有一位柴永顺那样的老人，一提病就说"我没病"，本书不劝你去说服他，也不替你出主意让他去做什么。劝，往往只会让那堵墙砌得更厚。可以做的，也许只是记住他那句"不准"背后，有一段真实的车间日子；跟他聊那段日子，而不是聊那张单子。有一天，他自己那一条缝来了，他身边至少有一个不急着给他贴新名字的人。**具体病情请遵医嘱。**　　身体或心里的难处真的大了，请找医生或心理咨询师。

带 走 的 话

标签结得太牢，就会把新来的事改写成自己；不是谁坏，是连接度太高、而没人付动能去重开它。

小　账

标签理论关上的门是"标签让人被错看"，停在了谁贴错了；本书打开的门是"标签不再接受回写"，问的是这一回谁来付动能。

发生被收回为发现的那一下，在一个新的日子被念成"老样子"、一个新的数字被说成"不准"的那一刻。

想 一 想

1. 你家里有没有一句被说了很多年的"老毛病了"？它护住过什么，又挡住过什么？
2. 你身上有没有一句"我就这样了"或者"我没病"？是从哪一年开始说顺嘴的？
3. 如果有人问你"这一回和以前比，哪儿不一样"，你会说出一件什么事？

◆

09

第9章

过度诊断：再查一项，没人付账的衍义

这一章的问题

孟凡宇深夜四分钟点满十一个加项，三周后报告里多出一行"建议定期复查"，日历上从此多了一个睡不好的前夜——再查一项看着只要几十元，后面的账究竟记在了谁的名下？

◆ 一、购物车里的十一项

北京，四月，晚上十一点四十。孟凡宇坐在望京一栋写字楼十七层的工位上，手机屏幕亮着。他今年四十二，在一家互联网公司做产品经理，带一个七人的小组。白天开了五个会，晚上改完一版需求文档，这才想起公司体检的预约今天截止。

体检是公司福利。打开那个预约小程序，先是一个基础套餐，公司全包。往下拉，是一长串"加项"：每一项都有一个简短的说明，一个价钱，几十元到几百元不等，旁边一个小小的加号。页面最下方有一行字："您已选择 0 项，同龄人平均加选 6.8 项"。

孟凡宇看着这行字，笑了一下。这个设计他太熟了。他自己的产品里就有类似的东西：把"别人都选了"放在决策点旁边，加购率能涨好几个点。他在周会上讲过这个案例，讲得很得意。

他还是一项一项点了下去。这一项说"早发现"，那一项说"四十岁以上建议"，还有一项写着"深度筛查，一次看清"。每一项单独看，都不贵，都有道理，都像是对自己负责。点到第十一项，购物车右上角的数字变成了"11"，合计多出来的钱，还不到他一个月房贷的零头。他点了"确认支付"。前后不到四分钟。

三周以后，又是一个加班的晚上，手机弹出一条通知："您的体检报告已生成"。他在地铁上点开。几十项指标，绝大多数是绿的，两三项旁边有个小箭头，他扫一

眼就划过去了。翻到影像那一部分，有一行字让他停住："见一处小的阴影，建议定期复查。"就这一行。没有更多的话。

那天夜里他两点还没睡着。妻子翻身问他怎么了，他说没事，接着在手机上搜。搜出来的东西有的说"大多数没事"，有的说"千万别大意"，有的是一个病友论坛，帖子从二〇一几年一直盖到今天。他看到三点半，越看越清醒。

后来他去了医院。门诊医生看了片子，说了几句话，给了一个复查的时间。那是医生和他之间的事，本书不往下写。**具体病情请遵医嘱。** 本书也不知道、不判断他那一处"所见"意味着什么。

本书只记下一件事：从那个晚上起，孟凡宇的日历上多了一个每半年一次的日子。每到那个日子的前一晚，他都睡不太好。在那个四分钟的购物车里，没有一行字提到过这些。

◆ 二、早发现，是真的进步

在讲这张购物车停在哪里之前，先把它对在哪里写足。这一章要谈的事很容易被说成"查多了有害"，本书不这么说。

"早发现、早处理"这个念头，救过很多人。 有一些病，在出现任何不舒服之前，就能被查出来；在那个阶段处理，结果和等到不舒服了再处理，差别很大。医学用大规模的人群研究证明过，某些筛查确实能减少死亡〔待核：具体筛查项目与研究，本书不列举〕。这是二十世纪医学最实在的成就之一。

检查变便宜、变快、变准，也是真的进步。 几十年前要住院才能做的检查，如今在体检中心一个上午能做一串。影像越来越清楚，化验越来越自动。一个从来不进医院的中年人，每年至少有一次机会被人从头到脚看一遍。对许多平常抽不出时间看病的人来说，单位体检是他们和医学之间唯一固定的约会。

医学自己，很早就给筛查立过规矩。 1968 年，世界卫生组织出版了一份关于疾病筛查原则的报告，由威尔逊与容格纳执笔，后来被称为"威尔逊—容格纳原则"〔待核：出版信息〕。转述大意，其中几条是：

- 要筛的病，得是一个重要的健康问题；
- 这种病要有一个可以被识别的早期阶段；
- 它自然发展的过程，要被了解清楚；

- 查出来以后，要有公认的处理办法，并且事先说好哪些人需要处理；
- 筛查的花费，要和整个医疗开支放在一起掂量；
- 筛查要持续地做，不是查一次就完。

把这几条读一遍就会发现：**这几乎就是一张对账单。** 它要求在动手查之前，先把"查出来以后怎么办""账算不算得过来""这个东西本来会怎样发展"都想清楚。半个多世纪以前，医学就把这笔账写在了纸上。所以，过度诊断这个话题，不是外人来挑医学的错。它是医学在自己的规矩里，对自己的一次回头。

◆ 三、过度诊断不是误诊

"过度诊断"这个词，常被误听成"诊断错了"。不是。美国医生韦尔奇与同事施瓦茨、沃洛申在 2011 年出版了一本书，书名可以译作《过度诊断：为了健康，把人弄成病人》〔待核：书名译法与出版社〕。这本书把"过度诊断"讲得很清楚。转述大意：**过度诊断，是查出了一个真实存在、名字也没有贴错的"病"，可是它在这个人的一生里，本来既不会让他不舒服，也不会让他因此而死。** 拿三个词对比一下，就清楚了：

- **误诊**：病是 A，说成了 B。名字贴错了。
- **假阳性**：检查说"有异常"，其实什么也没有。刻痕错了。
- **过度诊断**：刻痕没错，名字也没贴错，按标准就是这个病。可是这个东西即便没人发现，也不会走到让人难受的那一步。

过度诊断最难的地方在这里：**在一个具体的人身上，查出来的那一刻，谁也分不清它是哪一种。** 一个查出来的东西，将来会长，还是一辈子不动，当下没有一张单子能写出来。所以医生不能对着某一个病人说"你这个是过度诊断"，病人自己也不能这样说。

拿一件家常事比一比，或许更好懂。在北京买过二手房的人，多半请过验房师。验房师背着一包仪器进门，湿度计、空鼓锤、激光水平仪，一间间屋子量过去。一套住了二十年的老房子，量下来几乎处处都有"问题"：这面墙有一道发丝细的裂纹，那块地砖底下有一点空鼓，卫生间墙角的湿度比标准高一格。

这些"问题"都是真的，仪器没有量错，验房的标准也没有用错。可是其中许多，在这套房子里已经安安静静待了二十年，再待二十年也不会惹事。前一位房主在这里过得好好的，根本不知道它们存在。

一个验房师的本事，不在于把所有"问题"都找出来——仪器会找。本事在于找出来以后，能跟你说清楚：这一道裂纹要紧，那一道不要紧；这一处得修，那一处可以不管，或者过两年再看看。前一半是刻痕，后一半是对账。只有前一半，没有后一半，买房的人拿着一张写满"问题"的单子，只会越看越慌。

这一点要先说死，免得后文被读歪：**本书不判断任何一个人的任何一项检查是不是过度诊断。** 这件事在单个人身上判断不了，在医生那里也判断不了，只能在一大群人的账上看出来。下一节就讲那样一本账。

先用本卷的三栏看一眼它的形状。第5章讲过住在缝里的人：刻痕说"未见异常"，日子说"不对劲"。那是"刻痕绿、日子红"。过度诊断正好倒过来：刻痕说"有一个东西"，标准说"这就是那个病"，两栏严丝合缝地对上了；而日子那一栏，原本是平静的。"刻痕红、日子绿"。

按本卷的三条方程，感受＝H（指南，刻痕）。平常，病人怎样看自己，是指南和刻痕两边一起往这一角写，也要和日子里的感受来回对。过度诊断的情形是：指南和刻痕两角先对上了，合起来往自我那一角写进一个新的符号——"我身上有个病"——而这一角原本没有任何对不上要它改。自我符号被两个角推着结晶，日子本身没有出过力。

孟凡宇那一晚之前，他的日子里没有任何一件事和那一处"所见"有关。那一晚之后，日子里多了一个每半年一次的前夜。

◆ 四、身体里本来就藏着很多东西

为什么会有"一辈子都不会惹事"的病？这要从一个许多人没想到的事实说起：**人的身体里，本来就藏着很多东西。** 医学上很早就有一类研究：对因为别的原因去世的人做尸体解剖，仔细检查某些器官，看看里面有没有生前从未被发现、也从未惹过事的小病灶。这类研究在不同器官上反复做过，结论大体相似。在相当一部分人身上，能找到按病理标准可以叫出名字的小东西；而这些人一辈子都不知道，也没有因此受过苦〔待核：具体研究与比例，本书不列数字〕。

韦尔奇把这件事比作一个"水池"。身体里有一池子这样的小东西，它们大多安安静静地待着，有的会长，有的一辈子不动，有的甚至会自己退回去。检查的作用，像是往这个水池里下网。网眼越细，捞上来的越多。

二十世纪九十年代初，美国学者布莱克与韦尔奇就在《新英格兰医学杂志》上撰文，讨论影像诊断的进步可能带来的过度诊断风险〔待核：Black 与 Welch，1993〕。医学圈里还流行过一个半开玩笑的词，叫"偶发瘤"：本来是为了看别的，结果在片子的角落里，顺带看见了一个小东西〔待核：该词的来历〕。

用本书的话说：**刻痕的颗粒变细了。** 第2章讲过，一个检验数字作为现实符号，它的身份离不开测它的条件。影像也是一样。同一具身体，十年前的机器照不出来的东西，今天的机器照得出来。身体没有变，变的是仪器能留下多细的刻痕。网眼细到一定程度，每一个人身上都捞得出点什么。

这本身是好事：许多真正需要早处理的东西，正是因为网眼变细才被捞上来的。可是网眼一细，捞上来的就不只是那些需要处理的。网不会自己分辨哪一条该放回水里。

分辨的那一步，要有人对账。 拿捞上来的东西，去对标准，也去对这个人的日子：他多大年纪，他还要怎样过，这个东西如果不管，在他的余生里大概会怎样。这一步要时间，要谈话，要动能。刻痕变细的速度，比对账的速度快得多。仪器每年都在升级，谈话的时间没有跟着变长。

◆ 五、一条往上冲、一条不动的曲线

过度诊断在一个人身上看不出来，在一群人身上却能看得很清楚。最常被引用的一本账，来自韩国。2014 年，韩国学者 Ahn、Kim 与美国医生韦尔奇在《新英格兰医学杂志》上发表了一篇短文，题目可以译作《韩国的甲状腺癌"流行"：筛查与过度诊断》〔已核，见章末〕。

文章讲的事情，转述大意如下。1999 年，韩国推行全国性的癌症筛查项目。甲状腺并不在这个项目的规定项目里，可是许多医院和体检机构把甲状腺超声当作一项加项提供，价钱不高。此后十几年，越来越多的人在体检时顺手加了这一项。

"顺手"两个字很要紧。没有哪一份文件规定人人都要查，也没有哪一次全国动员。它就是一个便宜、方便、听上去很负责的加号，摆在千千万万个和孟凡宇差不

多的人面前。每一个人点下去，都只花了几分钟，几十美元。一个国家的曲线，就是由这千千万万个几分钟堆起来的。

到 2011 年，韩国甲状腺癌的诊断率（发病率），大约是 1993 年的十五倍。同一段时间里，甲状腺癌的死亡率，几乎没有变。两条曲线画在一张图上：一条往上冲，一条贴着地面走。

如果这么多新查出来的病，都是本来会要人命的那一种，早发现早处理之后，死亡那条线应该往下走；如果它们是一场真正的流行，死亡那条线应该跟着往上走。它两样都没有做。它不动。

作者们由此判断：这十五倍里的大多数，是被查出来的，不是新长出来的。它们中的大多数，本来不会让人难受，也不会让人死。而被查出来的人，几乎都接受了治疗，治疗本身也有它的代价〔待核：治疗比例与后续影响的具体数据，本书不展开〕。这本账有两个地方值得停下来。

第一，这条缝是能事前指认的。 本卷说过，对不上必须能事前独立指认，不能事后回头说"其实早就对不上"。韩国这本账给了一个很干净的指认方式：同一张图上，诊断率与死亡率两行，一个暴涨，一个不动。任何人拿到这两列数，不用知道任何一个病人的故事，都能指出缝在哪里。这是人群账本上的"两行并排"。

第二，它没有一个坏人。 提供加项的机构，在提供一项在技术上可靠的检查；做检查的医生，如实写下看到了什么；被查出来的人，听从了医生的建议；处理的医生，按照当时的标准处理。每一个环节，都可以说是在认真负责。可是合起来，一个国家多出了十几倍的"病人"。

这不是要评判韩国，也不是要评判任何一家机构。韩国这本账之所以被反复引用，恰恰是因为它的数据清楚、公开。后来，韩国的一些医生也公开呼吁重新审视这项筛查〔待核：2014 年韩国医生团体呼吁的情况，以及此后诊断数的变化〕。同样的结构，在任何一个"加一项很便宜"的地方都可能出现。

它的价值不在于告诉人"别查"，而在于把一件平时看不见的事摆上了桌面：**再查一项，从来不是免费的。只是账单寄到了别处。**

◆ 六、尺子往下挪一格

过度诊断还有另一条来路，不靠多查，靠改尺子。第3章说过，诊断的阈值会改。这里只接着看一件事：尺子每往下挪一格，"病人"的版图就大一圈。

1999 年，美国学者施瓦茨与沃洛申做过一次算术。他们拿一份全国健康调查的数据，比较几种常见情况的诊断定义改动前后，有多少成年人会被划进去。转述其结论：按当时新的定义，美国成年人里大约四分之三，至少会落进其中一个病名。

本书不评价其中任何一个定义改得对不对。每一次阈值下移，背后都有它的证据和理由，通常是研究发现，风险从比原来更低的地方就开始升高了。这是医学在认真对待新的刻痕，第3章已经说过，每一次改动背后都是一次对不上。本书只看这件事作为符号的身份。

阈值是一个理念符号。它挪一格，靠的是一次会议、一份文件、一个数字的改写。可是它一挪，成千上万人身上的自我符号就跟着动了：同一个人，同一个数字，昨天还是"正常"，今天成了"偏高"；昨天还是"没病"，今天成了"某某前期"。

这个人的身体，在这一夜之间什么也没有变。变的是标准那一栏。

第1章算过一笔账：参考范围本是从人群里划出来的，项目做得越多，总有几项落在线外。阈值下移是同一件事的另一面：线往里收一格，落在线外的人就多一圈。两件事说的都是同一个道理——标准说的是人群，不是这一个人。把人群的线直接贴到一个人身上，中间少了一次对账。

从这个人这一边看，这又是一次两角推一角：标准挪了，刻痕没变，可是两者的关系变了，这个新关系往自我那一角里写进了一个新身份。日子那一栏，照旧是平静的。

"前期"这类词尤其值得多看一眼。它像一间等候室：你还没有被叫号，可你已经不在门外了。它的用意是好的——提醒人留意，留出时间。可是对一个人的自我符号来说，进了等候室，就已经是另一个人了。第7章讲过，一个形容词怎样慢慢长成一个身份；"前期"是这个过程的前一站。

◆ 七、再查一项，为什么看着不要钱

现在可以回到本章题目里的那个词：**衍义**。 书二讲过，皮尔斯有一个很有名的说法，叫"无限衍义"：一个符号生出一个解释，这个解释又成为新的符号，再生出新

的解释，一路往下，没有尽头。书二对它的回应是：这条链暗中假定衍义是免费的；可是每一次结晶都要付能量，真实的衍义一定会停——不是因为抵达了真理，是因为能量用尽，或者落差被抹平。

体检的购物车，是一个让衍义看上去免费的地方。一项检查，生出一个"所见"；一个"所见"，生出"建议复查"；一次复查，可能生出另一项更细的检查；更细的检查，可能生出一个新的名字；一个新的名字，又生出一串新的随访。这条链每往前长一节，都是理念符号在衍义：标准套上刻痕，生出一个判断；判断又要求新的刻痕。

医学界对这件事有一个说法，叫"级联效应"：一项本来不太必要的检查，像推倒第一块骨牌，引出后面一连串的检查和处理〔待核：Mold 与 Stein，1986，《新英格兰医学杂志》〕。

孟凡宇后来回想那天夜里，有一个细节让他这个做产品的人格外在意：报告是在晚上十一点多推送的。一条系统通知，一个链接，一页页的数字和描述，最后一行"建议定期复查"。整个过程里，没有一个人。

他自己设计过很多推送。他知道，推送的时间、措辞、顺序，都是可以设计的；他也知道，一条推送是不会在你读完以后问一句"你还好吗"的。刻痕和标准都被准时、完整地送到了他手里，可是送到的是两栏，第三栏没有人来接。

"建议定期复查"这六个字，是一个理念符号。它说得一点没错。可是它被送到一个人手里的时候，没有附带任何一份动能：没有人坐下来，没有人问他的日子，没有人告诉他今晚可以先睡觉。一个没有附带动能的理念符号，落在一个深夜的人身上，最容易长成的，就是一夜的不安。在购物车里，这条链只有第一节标了价钱。后面每一节的账，都转到了别处。转去了哪里？

购物车里的一步	看得见的价钱	看不见的账	账记在谁名下	下单时桌上有没有人对这笔账
加一项检查	几十到几百元	查出"所见"的可能	加项的人	没有，只有一个加号
一个偶然的"所见"	不另收费	当晚的失眠、搜索、猜测	本人与家人	没有，报告在深夜推送
一次复查	挂号与检查费	请假、排队、等结果的几天	本人、单位、医保	门诊里有，但只有几分钟
一项更细的检查	更高的检查费	新的"所见"的可能，链再长一节	本人与医保	有医生在，但链已经长了

购物车里的一步	看得见的价钱	看不见的账	账记在谁名下	下单时桌上有没有人对这笔账
一个新的病名	不另收费	身份改变，保险、工作、自我看法	本人	很少有人专门谈
每半年一次的随访	每次都不贵	每个前夜的不安，年年累加	本人与家人	几乎没有
阈值往下挪一格	不花一分钱	千万人的自我符号一夜改写	被划进去的人	在会议桌上，不在诊室里

这张表最右边一栏，几乎全是"没有"或"很少"。这就是本章题目里"没人付账"的意思：**不是没有账，是下单的那一刻，没有人把后面的账摆上桌。**

还有一笔更隐蔽的账。一位门诊医生的时间是有限的。他花在"刻痕红、日子绿"的人身上的每一分钟，都是从别处挪来的。第5章那些"刻痕绿、日子红"、住在缝里的人，本来最需要有人坐下来对一对账，他们排在同一条队里。这不是说谁不该看病；这只是说，时间也是一笔账，它在同一张桌子上被分掉。按本书的能量律，这些账都可以归到三样里：

- **动能**：失眠的夜、搜索的手、请假的半天、每个前夜的反复琢磨——这些都是人身上真实耗掉的力气。一个人的动能是有限的，耗在等结果上的那一份，就不能用在日子里别的地方。
- **势能**：一家人的担心、同事的关心、病友论坛里一层层的帖子——这张网拉着人往"我身上有个病"那边走。
- **内能**：一个新的自我符号——"我有个东西要盯着"——一年年被随访加厚，连接度越来越高。第8章说过，连接度高了，要再拆开，就要付更多的动能。

再查一项，看上去只付了几十元。真实的价钱，是这三样能量，在之后好几年里，一点一点地付。

◆ 八、越被查出来，越信要查

还有一件事让这本账更难对：它会自己给自己加固。研究筛查的英国学者拉弗尔与格雷，在一本讲筛查证据的书里描述过一个现象。它的大意，可以叫作"受欢迎的悖论"〔待核：Raffle 与 Gray，《筛查：证据与实践》，2007〕：一项筛查带来的过度诊断越多，它反而越受欢迎。

道理不难懂。一个人被查出一个东西，接受了处理，后来平平安安。在他自己看来，这件事只有一种讲法："幸亏查了，是早发现救了我。"他会真心感激，会劝亲戚朋友也去查，会在病友群里讲自己的故事。

他的感激是真的，他的故事也是真的。问题在于，单从他一个人的经历里，谁也分不出另一种可能：那个东西，也许本来就一辈子不会惹事。前面说过，这件事在一个人身上判断不了。本书也不替任何一个人去判断。

可是放到一群人身上，结构就看得出来了。过度诊断越多，"幸亏查了"的人就越多；"幸亏查了"的人越多，相信"查了就好"的人就越多；相信的人越多，查的人就越多。用本书的话说，这是一次三界之间的回写：

- 现实这一端：查出来的东西越来越多；
- 自我这一端：越来越多的人身上，结晶出一个"我是被早发现救下的人"的自我符号，连接度很高，因为它连着一个人最要紧的经历；
- 理念这一端：这些自我符号汇在一起，回写成一个社会里人人都信的理念——"多查总没错"。

这个理念又回过头来，推着下一个人在购物车前多点一个加号。孟凡宇看到的那行"同龄人平均加选 6.8 项"，就是这张网在一块屏幕上的样子。

而反过来的那一种故事，几乎没有人讲。一个人如果本来一辈子都不会被那个东西惹到，却因为查出来而多了几年的不安、几次的处理，他自己也不知道自己是这一种。他没有故事可讲，也就没有人替这一边说话。一边的故事越讲越响，另一边的故事根本讲不出来。这张网的拉力，只往一个方向。

这仍然不是谁的错。感激的人没错，劝人去查的亲戚也没错。是这本账的结构，让一边看得见、一边看不见。看得见的那一边，自然就攒下了全部的势能。

◆ 九、"明智选择"：医学的一次回头

医学没有对这本账视而不见。最有代表性的一次回头，是"明智选择"运动。2012 年 4 月，美国内科医学委员会基金会（ABIM Foundation）发起了这项运动。起步时有九个专科学会参加，每个学会列出一份清单，名叫"医生和病人应当质疑的五件事"。清单上列的，是在本专科里，常被使用、可是在某些情形下未必需要的检查或处理。美国的《消费者报告》参与合作，把这些内容改写成普通人看得懂

的材料。此后，更多学会陆续加入，这项运动也传到了别的国家〔待核：参与国家与学会的数目〕。

先写足它对在哪里。第一，**这是医学从里面打开的门。** 清单不是外人列的，是各个专科自己列的，点的是本行自己常做的事。这需要很大的诚实。第二，**它把病人请到了桌边。** 清单的名字里写着"医生和病人"。它不只是给医生的内部规则，也是给病人的一句话：你可以问。第三，**它把"不查"从"偷懒"里解放了出来。** 在很多人心里，多查一项是负责，少查一项是怠慢。这项运动让"在某些情形下不查"也成了一种有根据的专业判断。

再写它停在哪里。一份清单，本身也是一个理念符号。它写的是"在某些情形下"，可是坐在诊室里的，是一个具体的人，具体的情形。清单不会自己走进诊室，不会自己开口；它要在一次谈话里，被一位医生和一位病人对着这一个人的刻痕、这一个人的日子，摆在一起对一遍，才算落地。

而那一次谈话，正是最缺动能的地方。研究这项运动效果的文章，结论并不一致，有的看到了一些变化，有的变化不大〔待核：评估研究的具体结论〕。

本书不评价这些研究，只指出一个结构上的原因：**一份好的清单，给的是势能，不是动能。** 它让"可以不查"这个想法有了一张网托着；可是要在一个具体的人身上把账对清，还得有人花时间坐下来谈。没人付这份动能，清单就只是一张贴在墙上的纸。

换一个角度看，这也是第四编要讲的那件事的一个预演。第10章会说，医嘱是理念符号，习惯是自我符号，听懂不等于结晶。一份"明智选择"的清单也一样：它要从纸上走进医生开单时的那一下犹豫，走进病人敢开口问的那一句话，才算从理念界迁移到了自我界。这段路，没有一份清单能替人走完。

一些地方尝试把清单接进开单系统，在医生下单时弹出一条提示〔待核〕；这是让理念符号在现实里有了一个身体。可是提示弹出来，点"忽略"只要一秒。最后那一步，还是落在诊室里两个人之间的那几分钟上。它停下的地方，正好是接着要走的一步。

◆ 十、对账缺在哪里

把这一章的材料放在一起，用本卷的三问过一遍。

第一问：哪两栏对不上？ 在过度诊断里，刻痕和标准不但没有对不上，反而对得很好。缺的是第三栏：日子。下单的那一刻，没有人问过这个人的日子里有没有一件事需要这一项检查来回答。查出来的那一刻，也没有人问过：这一个"所见"，和他的日子之间是什么关系。

这和第5章那条缝正好成一对。那里，是日子在喊、刻痕不应，日子这一栏有话说却没有位置；这里，是刻痕先开了口，日子这一栏本来没话说，却被拉进来，替一个它从未提出的问题担惊受怕。一个是日子被晾在门外，一个是日子被拽进门里。两种情形里，日子那一栏都没有在下判断之前被认真问过。

第二问：这条缝能不能事前指出？ 在一个人身上，不能。本章第三节已经说过，查出来的那一刻，谁也分不清这一个是哪一种。这一点必须老实承认，不能事后回头说"你这个其实是过度诊断"。

在一群人身上，能。韩国那张图上的两条线，就是事前可以指认的缝：诊断率往上冲，死亡率不动。一个地区、一个机构、一个项目，都可以在自己的账上画出这两行来看。所以，这条缝的位置不在诊室里，在人群的账本上。这也说明了为什么它总是没人对：诊室里的人看不见它，看得见它的人又不在诊室里。

第三问：这次谈话谁来付动能？ 在购物车那一刻，没有谈话，只有一个加号。在报告推送的那一刻，没有谈话，只有一条深夜的通知。等到门诊那一刻，终于有了谈话，可是链已经长了几节，而谈话只有几分钟。

这就是第6章说的"各守一角"，在过度诊断里换了一种样子：体检机构守着套餐，检验和影像守着刻痕，指南守着标准，病人守着自己那一夜的不安。每一角都在认真负责。没有一个角的职责，是在加号旁边，把后面的账先摆出来。

还要替医生那一端说一句公道话。在诊室里，两种差错的分量很不一样。一个东西没查出来，后来出了事，那是一件看得见的事，有人会问、会追究，医生自己也会记一辈子。一个东西查出来了、处理了，而它本来一辈子不会惹事——这件事谁也看不见，没有人会来问，连病人自己都在感激。

一边的差错有声音，另一边的差错没有声音。在这样一张网里，多查一项、多随访一次，是医生自然会被拉过去的方向。这不是哪一位医生的品格问题，是那张网的势能本来就往一边偏〔待核：关于"防御性医疗"的研究，本书不引具体数字〕。

所以第三问的答案，眼下是：没有人被安排来付这份动能。病人以为这是医生的事，医生以为这是指南的事，指南以为这是病人自己的选择，体检机构以为这是公司福利的事。账在几只手之间传了一圈，又回到了那个深夜睡不着的人手里。

本书要再说一遍：**本章不评判任何一家机构，不劝任何一位读者少查，也不劝任何一位读者多查。** 查什么、不查什么，那是你和你的医生之间的事。本书只指出一个位置：在"再查一项"和"查出来以后"之间，缺了一次对账。这个位置是空的，不是因为谁坏，是因为没有人被安排坐在那里。

◆ 十一、需求文档里的那一栏

回到孟凡宇。他做了十年产品，有一个职业习惯：每加一个新功能，需求文档里必须有一栏，叫"影响评估"。写清楚这个功能上线以后，谁要来维护，出了问题谁来接，会不会拖慢别的东西。他带新人时总说："加一个按钮看着不要钱，可它要有人养一辈子。"

第二次复查前的那个晚上，他又睡不着，坐在厨房里。妻子起来倒水，在他对面坐下了。他拿过一张便签纸，画了几条竖线。这是他想事情的老办法。左边一栏，他写：报告上写了什么。中间一栏：医生和指南怎么说。右边一栏他想了很久，最后写了两个字：日子。

右边那一栏，他写得最多。从去年那个夜里以后，他睡不好的晚上有几个；他推掉过一次带儿子去爬山，因为那天要等结果；他搜过多少帖子，哪些帖子让他更慌；还有，最实在的一条：在那个四分钟的购物车之前，他的日子里，没有一件事让他觉得这一项非查不可。

妻子看了一会儿，说："这些，你跟医生说过吗？"他没说过。门诊那几分钟，他只问了"要不要紧""下次什么时候来"。日子那一栏，从来没上过桌。

后来那次复查，他把这张便签带去了。医生看了，说了些什么、怎样安排后面的事，本书不往下写。**具体病情请遵医嘱。** 本书只记下：那一次门诊，是第一次有人和他一起看了右边那一栏。

第二年四月，公司的体检通知又来了。还是那个小程序，还是那一长串加号，页面最下方还是那行"同龄人平均加选"。这一回，页面上多了一个入口："为父母选购孝心套餐"。

他想起去年春节，母亲在保定的家里说过一句："你们公司那个体检好，给我也弄一个。"在许多中国家庭里，给父母买一份体检，是孝顺的一种样子。套餐越全，心意越足；加项越多，越像是尽了力。这张由爱织成的网，拉力是真的，也是暖的。

他给母亲打了个电话。他没有劝她查什么、不查什么——那不是他能替她定的，也不是他该替她定的。他只是问了一些从来没问过的事：她最近日子过得怎样，哪些事让她心里不踏实，如果查出一点什么，她希望怎样被告知，是先告诉她，还是先告诉他。

母亲在电话那头愣了一会儿，说："你这孩子，以前买东西从来不问这些。"那通电话打了四十分钟。比他去年在购物车前停的时间，长了十倍。

本书不知道他那一次替自己、替母亲各勾了几项，是多了还是少了，也不关心。本书只看到一个不一样的地方：这一回，他在每一个加号前面停的时间长了一点。有几项，他截了图，发给妻子，又存进了一个文件夹，打算下次门诊时一起问。

购物车还是那个购物车。这一回，显出了一个会在加号前面停一停、把日子那一栏带去门诊的孟凡宇。他在第二天的周会上，没有再讲"同龄人平均加选"那个案例。

◆ 十二、放回日子里

下一次你站在一张体检单前，不管是自己的，还是替父母勾的，本书不给你任何该查什么、不该查什么的建议。那是你和医生的事。

本书只想把一张看不见的单子放到你眼前：每一个加号的后面，都有一条可能长出来的链。链上的每一节，都有人付账——有时是钱，有时是请假的半天，更多的时候，是某一个夜里你自己的睡眠。

如果你已经在那条链上了，查出过一个"所见"，日历上已经有了一个每半年一次的日子。你不必为此责怪自己，也不必责怪当初给你做检查、写报告的人。每一环都在认真负责。可以做的，也许只是把日子那一栏带去诊室：这些日子以来，这件事在你的生活里占了多大的地方。那一栏，医生在报告上看不见，只能听你说。

如果那些前夜的不安越来越重，重到压住了日子：身体或心里的难处真的大了，请找医生或心理咨询师。**具体病情请遵医嘱**。

带 走 的 话

再查一项从来不是免费的，只是账单寄到了别处；缺的不是检查，是加号旁边那一次对账。

小　账

过度诊断的研究关上了"多查总没错"那扇门，可停在人群的账本上；本书打开的门，是把日子那一栏摆回下单与诊室的桌上。

发生被收回为发现的那一下，在一个"所见"被直接读成"我有病"、而日子那一栏从没被问过的那一刻。

想 一 想

1. 你上一次体检勾选加项时，用了几分钟？那几分钟里，你想过"查出来以后"吗？
2. 你或家人有没有一个"定期复查"的日子？那个日子的前一晚，家里是什么样子？
3. 如果下次门诊只能多说一分钟，你会说出日子里的哪一件事？

◆



第　四　编

慢病：结晶的工程

编　序

第四编只做一件事：把时间拉长。前三编看的多是一张单子、一次门诊、一个名字；慢病却要跟人过十几年，医嘱交到手里只要十分钟，要长成日子里的习惯，得一天一天地长。这一编把慢病管理看成一项结晶工程：医嘱是理念符号，习惯是自我符号，两者之间隔着一整个界。三章照旧先写足医学走过的路，从照护模式到走进家里的仪器，都是真进步，再看它停在哪里。

第10章从谢金凤药盒里星期二那一格讲起，问"依从性差"这句话的主语是谁，把它换成运行态：这套医嘱与这段日子之间，还没长出一条路。第11章跟着刘海生停在三个多月前的本子，立起开工的三个条件：自己看得见的缝、托着人的场、一遍遍付出去的动能；依从只是结果，动能见底时，先托住人，再谈目标。第12章跟着苏晓雯父亲的一条曲线和一本蓝本子，看数字回到身体只走了一半，旁边写上那天怎么过，才回到日子。

上一编看见标签怎样固化成偶像与石心；这一编看另一面：一个新的自我符号怎样一点点长出来，一块石心又怎样被一条缝松开。三章里那几样东西，一位先问日子的护士、一位把椅子往外挪的医生、一个陪着翻本子的家人，都已经露了面，账却还没有算。

下一编"信任是一笔能量账"就来算：场落到诊室里叫信任，动能落到诊室里叫时间。读这一编时，不妨带着一个问题：一条路要在日子里长好几年，托着它的那张网、为它付出去的那些时间，究竟记在谁的账上？

10

第10章

医嘱是理念符号，习惯是自我符号

这一章的问题

谢金凤把医生的话每一句都听懂了，药盒里星期二那一格却还满着，下次复诊会被写成"依从性差"——这句话的主语，到底该是谁？

◆ 一、星期二那一格还满着

晚上十点四十分，小贩中心的灯灭了一半。谢金凤把最后一摞碗叠进塑料筐，拿湿布把不锈钢台面抹了两遍。她五十六岁，在新加坡东部一个小贩中心卖鱼片米粉，卖了二十二年。摊位的风扇还在转，煤气已经关了，汤锅里剩下的汤要倒掉。收拾完，她坐到塑料凳上，从围裙口袋里摸出一个小药盒。

药盒是女儿买的，七个小格，盖子上印着英文的星期一到星期天。她一格一格看过去。今天是星期四。星期四那一格空了，星期三那一格空了，星期二那一格还满着。她想了一下星期二。那天中午来了一辆旅游巴士，三十几个人一起排队，她从十一点站到快两点，汤勺没放下过。后来的事，她记不清了。她把药盒合上，又打开，又合上。

两年前，社区综合诊疗所的医生告诉她，她得了糖尿病。医生讲得很清楚，护士又讲了一遍，还给了她一本中文小册子。她每一句都听懂了。要是那天有人让她把医生的话复述一遍，她能一字不漏地说出来。上个月复诊，护士看着电脑上的记录，语气很和气："安娣，你的依从性要加油哦。"她没听过"依从性"这个词。护士解释说，就是有没有照医生讲的做。她点点头，脸上有点热，像小时候没交作业被老师叫住。

手机响了，是女儿曹慧敏。"妈，收档了没？药吃了没？"她答："今天的吃了。"这是实话。挂了电话，星期二那一格还在那里，满满的。

这个晚上没有任何戏剧性。没有人做错什么：医生的医嘱是对的，护士的提醒是好意，女儿的电话是关心，谢金凤也的确听懂了。可是有一格药，在一个忙乱的中午，从她的日子里漏了出去。到了下一次复诊，这件事会被写成三个字：依从性差。这一章就从这三个字讲起。本书要问的不是"她为什么不照做"，而是一个更靠前的问题：**"依从性差"这句话，主语是谁？**

◆ 二、医嘱里装着几代人的账

先把医学在这里对的地方写足。一张医嘱看着只有几行字。几点吃药，起居上要留意什么，几个月回来复查一次。可是这几行字背后，站着几十年的临床试验、成千上万病人的数据、一层层修订过的指南。第3章讲过，指南是医学的理念符号；医嘱，就是这个理念符号落到一个具体病人名下的那一份。把成千上万人的经验压成几行字，交到一个人手里，这是了不起的压缩。一百年前，一位小贩中心的摊主得了这种病，能拿到手的东西要少得多。

医学也早就看见了医嘱和日子之间的落差。2003 年 7 月，世界卫生组织发布了一份关于长期治疗依从性的报告。报告里有一个后来被反复引用的数字：在发达国家，慢性病人对长期治疗的依从平均只有一半左右，发展中国家更低。报告的口气很重，把它称为一个全世界范围的大问题。

这份报告值得敬重的地方，不只在那个数字。它没有把问题全推到病人身上。报告把影响依从的因素分成几个方面。社会和经济的处境算一个，医疗系统和医护团队算一个，病情本身、治疗方案本身各算一个，最后才是与病人有关的因素〔待核：五个维度的具体分法与名称〕。也就是说，医学自己的大报告已经承认，一个人有没有照医嘱做，牵扯的远不止这个人。

医学对这个词本身，也改过好几次。最早通行的英文词是 compliance，字面意思接近"顺从""遵从"：医生发出指令，病人服从。后来许多人觉得这个词太像上级对下级，渐渐改用 adherence，意思接近"坚持""黏附"，把病人的同意放进了词义里。

1997 年前后，英国皇家药学会的一个工作组又提出 concordance，可以译作"协和"〔待核：工作组报告的确切题名与年份〕。它的意思是，医生和病人先就怎么治谈出一个双方都认的方案。这个词说的是两个人之间的一致，不再是一个人对

另一个人的服从。同年《英国医学杂志》上有一篇评论，题目就叫《依从变成了协和》。三个词，换了两次。每一次换，都是医学自己感到旧词哪里不对劲。

中文里通行的"依从性"，倒是把最早那一层意思留了下来。"依"是依照，"从"是跟从。一个"从"字，站在后面，跟着走。护士对谢金凤说这个词时满是好意，可这个词自带的姿势，是一个人跟在一张纸后面。

新加坡也在同一个方向上走了一步。2016 年 4 月，新加坡卫生部宣布"向糖尿病宣战"，随后成立了专门的工作小组。这场运动没有停在诊室里：它把海报贴进了社区，把一些做法伸进了超市、学校食堂和小贩中心〔待核：具体措施的名称与起始年份〕。谢金凤的小贩中心里，就挂着这场运动的宣传牌。这一步的方向是对的。它承认，医嘱如果只活在诊室和小册子里，是走不远的，得进到人们买菜、吃饭、做生意的地方去。

所以，在这一章里请先记住：医嘱是对的，统计是真的，医学对"依从"这件事的反省也是真的。它们都是真进步。本书要接着往下走的，是这些进步还没有走到的那一步。

◆ 三、"依从"这个词，主语是谁

把"患者依从性差"当成一个句子，拆开来看。主语是"患者"。谓语是"依从"，或者"不依从"。宾语是"医嘱"。这个句子的骨架里藏着三个默认。第一，在医嘱到来之前，已经有一个现成的"她"站在那里。这个她有意志、有判断，像一个已经装好的开关。第二，医嘱是一件清清楚楚、摆在那里的东西，正确的做法早已写好，只等人去够。第三，够得着够不着，看的是这个现成的她：照做了，是她配合；没照做，毛病出在她身上——不重视、记性差、意志弱、文化低，选一个填进去。

这三条默认合在一起，就是本书一再说的发现学的语法：对象先在，主体先在，认识和行动是主体伸手去够对象。够不着，就是主体的问题。

从 compliance 到 adherence，再到 concordance，医学把宾语那一头改了不少。医嘱不再是一纸命令，而是医患商量出来的方案；病人的同意被放进了词义。这是真改动，尤其是"协和"，已经把注意力从一个人挪到了两个人之间。可是主语那一头，几乎没动。不管叫遵从、坚持还是协和，到了病历上，句子还是"患者如

何如何"。商量好了之后，照不照做，仍旧被当成这个人意志上的一次选择。"协和"让开头那一下变成了两个人的事，接下来三百六十五天，又交回给一个人。

本书的看法是：习惯不是一个现成的人做出的一次决定。谢金凤每天收档后会把台面抹两遍，这件事她从来没有"决定"过。二十二年前的头几个月，她也许要提醒自己；后来，抹台面成了她身上的一部分，手一停下来就会去拿湿布。那个"会抹台面的谢金凤"，是这二十二年的日子一点点沉出来的，不是她某一天下了决心造出来的。

吃药也一样。一个"每天按时吃药的她"，不在医嘱到来之前等着，也不会在门诊室里点头的那一刻诞生。她要在往后的日子里，被一遍遍重复、被身边的人托着、被一个个具体的位置接住，才慢慢显出来。主体是这段发生的结果，不是它的发动者。

所以，"患者依从性差"这句话把次序弄反了：它把一个还没有长出来的东西，当成了一开始就该在场的东西，然后责怪它不在场。换成运行态的说法，这句话应当写成：

这套医嘱与这段日子之间，还没长出一条路。

句子的主语换了。它不再是"她"，而是"之间"——医嘱和日子之间的那块地方。这里的"路"不是随口打的比方。它正是本书说的路（差异序列）：一串有先后、一步接一步的小变化。收档，洗手，从围裙里摸出药盒，打开今天那一格，倒水。每一步都小，每一步都要接得上前一步。路长出来了，事情就会顺着走；路没长出来，再清楚的医嘱也悬在半空。

有人会担心，这样说是在替病人开脱，好像谁都没有责任。恰恰相反。"依从性差"这句话看上去严厉，其实什么也没指出来。它指向一个人，而对一个人，除了劝、催、批评，就没别的可做了。下一次复诊，护士只能再说一遍"要加油哦"。

"还没长出一条路"这句话，指向的是一块可以动手的地方：医嘱在哪一个钟点、哪一个动作上，和她的日子接不上？是谁、用什么，可以在那里铺下第一步？它把注意力从人的品行，挪到了医嘱与日子的接口上。

运行态也不否认人有意志。它只是说，意志本身也是长出来的——是一次次做到、一次次被看见之后，沉在身上的东西。不是先有了意志才有了路，是路走多

了，人身上才显出意志。下面这张表，把门诊和病历里几句常听到的话，换成运行态各说一遍。

常听到的说法	它默认了什么	运行态的说法	它把注意力引到哪里
患者依从性差	有一个现成的人，选择了不照做	这套医嘱与这段日子之间，还没长出一条路	医嘱与日子的接口
她不重视自己的病	"重视"是早就该有的态度	这个诊断还没在她身上沉成"我的事"	诊断怎样进到自我符号里
讲了好多遍，她都说懂了	懂了就该做到	理念符号已经到了，自我符号还没结晶	结晶要的条件
家属要多督促	督促可以代替重复	家里的场还没托住这件事	场（势能）
她又忘了	忘是个人的疏忽	这一步还没落进日子里一个看得见的位置	现实符号（药盒、钟点、摊位）
这次有进步，她总算想通了	想通是某一天的一次决定	这一段日子，显出了一个新的她	发生的过程

左边两栏不是坏话，很多是出于好意。右边两栏也不是更客气的措辞，它们换掉的是句子的主语，主语换了，能动手的地方就换了。

◆ 四、听懂了，还没长成

为什么医嘱和日子之间会缺一条路？用三界符号来看，会清楚得多。先看医嘱。一张医嘱是一个理念符号。拿书二的三条判据筛一下，它过得很漂亮：它**稳定**，今天写的和明天读的是同一句话；它**整体**，几点、几次、多久复查，拆掉一样就不成方案；它**独立**，可以打印出来，可以带去药房，可以翻成马来文、泰米尔文，可以从一个医生手里交到另一个医生手里，意思不走样。

再看习惯。一个习惯是一个自我符号。它也要过同样三条判据：**稳定**，是不用想就会，累了、忙了也还在；**整体**，是那一串动作连在一起，少了一步就断；**独立**，是它能离开原来的地方——出门旅行、过年回乡、住几天医院，它都跟着走。两样东西都是粒子态，可是住在不同的界里。医嘱住在理念界，习惯住在自我界。

"听懂"是什么？是那个理念符号完完整整地到了她的脑子里。谢金凤能复述医嘱，说明这个理念符号到得很好，没有缺角。可是它还在理念界。从"我知道该怎么做"，到"我身上就是这样过的"，中间隔着一整个界。

听懂，不等于结晶。

这一句是本章的骨头。门诊室里的那十分钟，完成的是理念符号的交接；习惯的结晶，要在门诊室外面的几百个日子里发生。前者再完美，也替代不了后者。

那么，理念符号怎样才能变成自我符号？书二讲过，三界符号之间会迁移，一条戒律可以练成一个习惯，这里只回指，不重讲。医疗里看得最清楚的，是这条迁移常常要先经过现实界。也就是说，医嘱往往要先变成一个看得见、摸得着的东西，变成日子里的一个刻痕，然后才沉进身体。

一个药盒，就是这样一个刻痕。它把"每天按时吃药"这句话，变成了七个塑料格子。格子满着还是空着，一眼就看得见，不用记，不用想。一个手机闹钟，一张贴在冰箱门上的纸，一个固定放在某处的水杯，都是同样的东西：理念符号在现实界里找到的身体。

可是光有身体还不够。药盒在围裙口袋里待了两年，星期二那一格照样满着。现实符号要接到自我符号上，还得有一个接口：它要挂在日子里一个本来就稳的动作上，挂得上，才走得通。

本卷前面写过三条方程，和这一章最相关的是第三条：感受＝H（指南，刻痕）。这里的"感受"，是病人身上的自我符号，包括"我病了"的那份自我认识，也包括日子里沉下来的各种习惯。这条方程说，自我符号是指南和刻痕共同作用的结果：标准怎么说，数字怎么显示，两者一对不上，自我这一角就被推着动。

可是请看谢金凤的情形：她的刻痕在哪里？她的数字，三个月测一次，结果存在诊疗所的电脑里，护士看得见，她自己很少看见。指南的目标和她的数字之间就算有一条缝，那条缝也躺在护士的屏幕上，没有落进她的日子。两样东西在别人的屏幕上对不上，推不动她身上的这一角。这一点，第11章会专门讲。

还有一层账，要用能量来算。书二说过，任何一界的符号要结晶，都要付能量：消耗动能，依靠势能，建立内能。动能是一遍遍的重复和追问，势能是身边那张托着人的网，内能是练成之后的连接度，也就是要多大的力才能把它拆开。

书四说过一句话：免费得来的符号结晶不了。别人替你说好的答案，在说话人那里也许是结晶过的；到了你身上，你没有付动能，它就只是信息。医嘱交到病人手里，正是这样一份"免费"的东西。这不是说医生没有付出。医生付了多年的学习，付了这十分钟的口舌，诊疗所付了印小册子的钱。可这些动能付在医生和机构那一边。到了谢金凤身上，这份医嘱是十分钟里拿到的，她自己还一分动能都没付。十分钟的动能，建不起一个要天天站得住的连接度。

所以，"讲了好多遍她都懂"这件事，一点也不奇怪。讲的遍数加的是理念界的清晰度，不是自我界的连接度。讲到第十遍，理念符号更清楚了，习惯还是没有。

◆ 五、习惯研究摸到的那扇门

说"习惯不是一次决定"，并不是本书的发明。心理学研究习惯，已经研究了很多年，有几样发现正好落在这里。第一样，是"想做"和"做到"之间那段老距离。健康心理学早年流行的几种模型，大体是这样想的：一个人觉得这病有威胁，觉得照做有好处，觉得自己做得到，就会去做。

这些模型对在哪里？它们第一次把病人的想法放进了医学的视野，让人看到，光把道理讲给病人听，不等于病人会照做。后来的研究一再发现，在那些天天重复的事情上，过去的习惯往往比眼下的打算更能预测一个人明天会怎样过〔待核：Ouellette 与 Wood，1998，《心理学通报》〕。想得通，不一定做得到；天天做的事，靠的多半不是天天想通。

第二样，是习惯怎样长出来。2010 年，心理学者拉莉（Phillippa Lally）和同事做过一个常被引用的研究。八十多名参加者各自挑一个新的日常小动作，挂在每天固定的一件事后面，比如早饭之后，然后天天做，天天记录这个动作变得有多"不用想"。结果是：变得"不用想"所需的时间，平均六十多天，快的不到三周，慢的按趋势推算要大半年；偶尔漏掉一天，影响不大〔已核，见章末〕。

这个研究常被简化成"养成习惯要六十六天"，那就把它说窄了。它最有分量的地方，在那个起伏极大的范围，和那一句"漏一天不要紧"。它说明，习惯是靠一遍遍重复、在固定的场合里慢慢长起来的；每个人长的速度不一样，中间断一下也不会前功尽弃。后面会讲到谢金凤在外地那天早上的一个动作，在心理学的词汇里，那就叫"自动化"。

第三样，是"线索"。习惯研究普遍认为，一个习惯总挂在某个固定的情境上：一个地点，一个时刻，前一个动作。情境一出现，动作就跟着来。开钱箱，正是这样一个线索。

这些发现，本书全都接受。它们说明了一件医学常常忽略的事：照做不照做，主要不发生在门诊室里点头的那一刻，而发生在日子里那些固定的位置上。

它停在哪里？习惯研究多半把习惯看成一个人脑子里"情境与动作之间的联结"，像一根越拉越紧的弹簧，长在这个人一个人身上。研究设计里，往往也是每个参加者自己挑、自己做、自己打分。身边有没有人托着？这个动作和他原有的整条日子怎样咬合？一个存了二十年的旧节奏，会怎样抵着新的一步？这些通常不在模型里，或者被当作要排除的干扰。

本书往前走的一步，是把这根弹簧放回三界里看：它是一个自我符号；它要从理念符号迁移过来，常常先借一个现实符号落脚；它要有一张网托着；它的结实程度可以用连接度来算，而它要挤进去的那条旧路，也有它自己的连接度。心理学找到了门在哪里。本书想讲清楚，门后面那间屋子是怎样一点点盖起来的。

◆ 六、二十二年的那个中午

可是，事情还有另一半。医嘱不是落在一块空地上的。谢金凤的日子，本来就有它的路，而且是一条走了二十二年的路。早上五点多到小贩中心，熬汤，切鱼片，备料。十点半前后开始有客人。十一点到两点是最忙的时候，排队的人一直排到走道上，她站在锅前，手不停。两点以后人少了，她才坐下来，吃一点自己锅里的东西，喝口水，算一算早上的账。下午小睡一会儿，傍晚又是一轮。晚上十点多收档，抹台面，倒汤，回家。

这一整串，是她身上最稳的一个自我符号。它稳定：二十二年里，下雨、生病、女儿考试，这个节奏都没怎么变过。它整体：熬汤和开档连着，开档和中午那一轮连着，拆掉一环，整天就乱了。它独立：就算哪天不开档，她五点多照样醒，十一点照样心里发紧。

用能量的话说，这个自我符号的内能极高。连接度，就是断裂的难度。二十二年一天天重复出来的连接，要拆开它，得付很大的力气。

更要紧的是，这个节奏不是"坏习惯"。正是这条路，把一个摊位撑了二十二年，供女儿读完了书，让她在这个城市里有一个自己的位置。它是她的生计，也是她的骄傲。熟客叫她"金凤姐"，说她的汤二十年一个味道——这句话里有她的整个人。

现在，一份十分钟里交到她手上的医嘱，要在这条路上插进一个新的动作，而且偏偏要插在某一个钟点上。一个刚到的理念符号，碰上一个二十二年的自我符号。前者清楚、正确，可是连接度几乎为零；后者不在纸上，可是连接度极高。两者相遇的地方，就是星期二那个中午。那个中午，旧的路照着它二十二年的力气往前走，新的那一步，还没有地方落脚。所以，"依从性差"这句话还漏掉了一样东西：它只看见新符号没长出来，没看见旧符号站得多稳。

站得稳，不是固执。这里要分清两件事。书二讲过石心：一个自我符号连接度极高，同时动能为零，什么新的对不上进来，它都不再回写。石心的样子是"我就这样了"，或者"我又没病"，第8章细讲过，这里只回指一句。

谢金凤不是这样。她坐在塑料凳上，把药盒开了又合，合了又开——这一下，就是动能还在的样子。她身上有一条缝，她自己也看得见那条缝。她的旧节奏很稳，可是不硬；它只是还没有给新的一步留出位置。

反过来，"依从性差"这个标签贴久了，倒可能把人往石心那头推。一个人每次复诊都听到同样三个字，慢慢地，"我就是记不住""我这种人做不到"会沉成一句新的自我认识。到那时，标签就从一句评语变成了一块石头。

医者这一头也有同样的危险。病历上一行"依从性差"，下一位医生翻开就先看见它，还没见到人，人已经被这三个字定了型。这是对象端的固化，第8章叫它偶像。

这样一看，新旧两个符号之间的关系，就不是对和错，而是一笔能量账：

- 新的那一步，要从零开始建立连接度；
- 旧的那条路，已经存了二十二年的连接度；
- 让新的一步硬生生压过旧的路，要付的力气极大，往往付不起；
- 让新的一步**顺着**旧的路长，借旧路已有的连接，要付的力气就小得多。

最后这一条，就是下一节那一年里发生的事。

◆ 七、一条路是怎样长出来的

下一次复诊，谢金凤见到的是诊疗所的护理协调员彭秀兰。彭护士翻了翻记录，没有说"要加油"。她拿出一张白纸，在中间画了一条横线，左端写"5点"，右端写"11点"，然后问："安娣，你一天是怎样过的？从几点到档口讲起。"谢金凤愣了一下。两年里，诊疗所问过她很多问题：有没有按时吃药，有没有哪里不舒服，最近吃得怎样。没有人问过她一天是怎样过的。

她讲，彭护士在横线上一格一格标：熬汤，备料，开档，中午那一轮，两点后坐下，下午小睡，傍晚一轮，收档。中午那一段，彭护士用笔涂得很黑。纸上的这条线，就是谢金凤的日子第一次被摊到诊疗所的桌子上。

这一下改变的，是谈话的次序。以前的复诊，总是从屏幕开始：先看数字，再对目标，数字和目标对不上，就落到一句"要加油"。谈话从刻痕走到标准，最后停在人身上，而这个人自己的日子，从头到尾没有上过桌。

这一次，谈话从日子开始。数字和目标还在，一样不少，只是排到了后面。本卷第19章会把这件事做成一张三栏单：左栏刻痕，中栏标准，右栏日子。彭护士手里那张横线图，就是右边那一栏第一次被认真填满。

医嘱和这条线怎么对，哪些地方可以按她的作息商量，是医生和护士根据她的情况来定的事，本书不讲，也不该讲。具体病情请遵医嘱。本书只看接下来这一年里，医嘱和日子之间那块地方发生了什么。

先变的，是药盒的位置。彭护士问了一个奇怪的问题："你一天里，再忙也不会忘的是哪一件事？"谢金凤想都没想："开钱箱。"每天开档，第一件事是打开那个铁皮钱箱，把零钱摆好。二十二年，一天没漏过。不开钱箱，她没法做生意。

后来，药盒从围裙口袋里搬了出来，用胶带贴在钱箱盖子的内侧。开钱箱，就看见药盒；看见药盒，就看见今天那一格。这一步看着小，在能量账上却很要紧。新的一步没有去和二十二年的旧路硬碰，它挂在旧路上连接度最高的那一个动作上。开钱箱这件事已经存了二十二年的内能，新的一步借了它的力。

再变的，是身边的人。女儿曹慧敏不再每晚打电话问"药吃了没"。那句话是好意，可它是查问，查问只在事后，碰不到事前的那一步。她改成星期天下午到档口

来，坐在后面的小凳上，陪妈妈把下一周的七个格子装满。装药盒成了母女俩一周一次的固定时间，有时候顺便算账，有时候只是说说闲话。

隔壁卖椰浆饭的马来安娣诺拉，也在同一家诊疗所看同一种病。两点以后两个摊都闲下来，两人隔着走道比一比，谁的药盒这周空得更齐。诺拉用马来话开玩笑，谢金凤用福建话回嘴，旁边卖饮料的阿伯在中间翻译一半。

这些人没有一个是医生。可他们织成了一张网，把"每天按时吃药"这件事，从谢金凤一个人的意志，挪进了几个人的日子。这张网，就是书二说的势能：一个新符号要结晶，得有一张托得住它的网在旁边拉着。

最后变的，是谢金凤自己看得见的东西。以前，她的"依从"好不好，是三个月一次在护士的屏幕上出现的一句评语。现在，钱箱盖子里的药盒每天都摆在她眼前。哪一格没空，当天就看得见。她每天对的是自己的格子，不再是三个月后别人嘴里的三个字。

头一个月，满着的格子还是有。一个旅游巴士的中午，一个熟客来闹事的下午，都会让某一格留下来。可是每一次，第二天早上开钱箱，那一格就在那里。缝没有被藏起来，也没有被骂，它只是被看见了。

第三个月，有一回远房亲戚办丧事，她连着四天没开档，节奏全乱了，药盒也乱了。等到回档口开钱箱，事情又慢慢接了回去，比第一次接得快。旧路断过一回，再接上，比从无到有要省力。这正是连接度在一点点长起来的样子。

到了年底，谢金凤关档五天，去马六甲看亲戚。那里没有钱箱，也没有档口。第二天早上，她在亲戚家泡了茶，手很自然地伸进了包里，摸出了那个药盒。这一下，是这一年里最要紧的一个时刻。

书二的第三条判据叫**独立**：一个符号要能离开它的发生地，带去别处。这个习惯本来挂在钱箱上，现在钱箱不在了，它还在。它已经不再借钱箱的力，自己立住了。粒子态长成了。

彭护士在这一年的最后一次记录里，没有再写"依从性差"，也没有写"依从性好"。她写的是一句很长的话，大意是：医嘱已与开档节奏接上，繁忙日偶有漏服，女儿每周陪同装药，下次一起看外出时的情况。这句话的主语，不再是"患者"。它写的是那块"之间"。

不是谢金凤终于想通了，也不是她某一天下定了决心。是这一年的日子——钱箱、星期天、隔着走道的玩笑、断了又接上的那几天——显出了一个随身带着药盒的谢金凤。把这一年拆开，正好是一次三界迁移的完整过程：

阶段	发生在哪一界	看得见的样子	付了什么能量
门诊里听懂医嘱	理念界	能一字不漏复述	医生付了动能，她几乎没付
药盒在围裙口袋里	现实界，还没接口	格子满了也没人看见	有了身体，没有接口
药盒贴进钱箱盖	现实界接上自我界	开钱箱就看见今天那一格	借旧路的内能
星期天母女装药、隔壁比格子	场	几个人的日子托着这件事	势能
断了几天又接上	自我界，连接度在长	第二次接得比第一次快	一遍遍重复的动能
马六甲那天早上的手	自我界，粒子态	离开钱箱，照样立得住	内能建立起来了

这张表里有三样东西，下一章要一样一样细讲：她自己看得见的那条缝，托着她的那张网，还有一年三百多次的重复。本卷管它们叫慢病管理的三个条件：对不上、场、动能。

◆ 八、换掉主语，不是换个人怪

讲到这里，容易滑进另一个坑，这里要先堵上。既然"患者依从性差"把毛病全放在病人身上，那么换个说法，说"是医生没讲清楚""是诊疗所太忙""是制度不好"，是不是就对了？不是。这三句话和"患者依从性差"用的是同一套语法。

它们只是把主语从病人换成了医生、换成了机构、换成了制度。句子的骨架没变：仍旧有一个现成的行动者，仍旧是这个行动者够没够着，仍旧是找一个人或一样东西来担责任。怪病人和怪医生，在本体论上是同一个动作。本书说的"换掉主语"，不是换一个人来怪，而是把主语从"谁"换成"之间"。

"这套医嘱与这段日子之间，还没长出一条路"——这句话里没有被告。医嘱是对的，日子是真的，两样都没有错；缺的是两者之间那串一步接一步的小变化。这串变化不属于医生，也不属于病人，它要在两边之间长出来。

世界卫生组织那份报告，其实已经走到了这里的门口。它把影响依从的因素摊成好几个方面，社会经济、医疗系统、病情、治疗、病人，等于承认这件事是许多股力量交在一起的结果。这是很大的一步。它停下的地方，是这几个方面仍旧被当成几个分开的"因素"，像几个嫌疑人排成一排，各自分一部分责任。本书要接着走的一步，是把它们看成同一块地方的几个侧面：一条路有没有长出来，看的是这几股力量在一个人的日子里有没有接上。

"向糖尿病宣战"也是同样的情形。这场运动把理念符号往现实界推了一大步：海报进了社区，宣传牌挂进了小贩中心，一些做法伸进了人们吃饭的地方。这是对的方向，本书前面说过，医嘱只活在诊室里是走不远的。

可是，一块宣传牌挂在小贩中心的柱子上，它仍是一个理念符号，只是换了一个地方挂。它和谢金凤的日子之间，同样需要一条路。从柱子上那行字，到她钱箱盖子里那个药盒，中间隔着的不是信息，是接口、是网、是重复。一场全国的运动能把理念符号送到每个人的门口，它送不进每个人的那一个中午。这不是这场运动的缺点。没有哪一场运动送得进去。那一段路，只能在每一个具体的日子里，一步一步长。

对医护来说，换掉主语，最先改变的是病历上的那一句话。一句"依从性差"，下一位医生读到，能做的只有再劝一次。一句"医嘱与开档节奏还没接上，繁忙日漏服"，下一位医生读到，就知道该从哪里谈起：不是谈她的态度，是谈她的中午。

反过来也一样。"依从性好"这几个字，同样值得换个主语来读。同一家诊疗所里，有位退休的老校工，病历上年年写着"依从性好"。他每天六点起床，七点吃早饭，饭后在楼下的长凳上坐一会儿，几十年如一日。太太还在，每天把药和早饭一起摆上桌。医嘱落到这样的日子里，几乎不用另外开路，顺着原有的节奏就接上了。

这位老校工当然有他的认真。可是"依从性好"这几个字，把一条恰好容易长路的日子，记成了一个人的品德。它和"依从性差"犯的是同一个毛病，只是方向相反。照这个记法，一个日子里有固定钟点、身边有人托着的人，就显得比一个中午被三十几个客人围住的人更"好"。这对谢金凤不公道，对老校工其实也没说准。

这样的句子更长，写起来更费事。费的就是动能。一句话省下的十秒钟，会在下一次门诊里加倍还回来：缝没有被写下，就要从头再找一遍。

还有一笔账，是时间。谢金凤的那张横线图，彭护士画了二十分钟。二十分钟在一个排满号的诊疗所里，是很奢侈的。谁来付这二十分钟，是第14章和第六编要讲的事。这里只说一句：对账要付动能，动能就是时间与追问；没有人付，这条路就只能靠病人一个人在日子里摸。

医嘱要的是一个人照做；习惯要的是一段日子长出来。前者在门诊室里交接，后者在门诊室外面结晶。医学已经把前者做得很好了，本书关心的，是后者在哪里发生、由谁陪着发生。

◆ 九、放回日子里

如果你或你的家人正在过慢病的日子，下面几句话可以带回家。

听到"依从性差"的时候，不必先羞愧。这三个字说的是一个结果，不是一份品行鉴定。它真正的意思是：医嘱和你的日子之间，还有一段没接上。你可以在心里把这句话换一个主语，问自己：是哪一个钟点、哪一个动作，没有接上？

找一找你日子里"再忙也不会忘"的那件事。每个人都有。开钱箱，开店门，泡第一壶茶，送孩子上学，睡前看一眼手机。这些动作身上存着多年的连接度。新的一步挂在它们旁边，比悬在半空容易长。挂在哪个动作旁边、能不能挪钟点，先拿去问医生和护士，不要自己定。至于医嘱本身该在什么时候、怎样做，那是医生的事，只能和医生一起谈。不要自己改。具体病情请遵医嘱。

把"查问"换成"陪着"。如果你是家人，"药吃了没"这句话问一百遍，也只是在事后查一百次账。查账碰不到那一步。能碰到那一步的，是坐在旁边一起装药盒的那一个下午，是一句"这周有一格满着，那天是不是很忙"。前一种问法在找人，后一种问法在找那块"之间"。

把满着的那一格，当成一条缝，不当成一个错。格子满了，说明那一天医嘱和日子在某处没对上。它是一条看得见的缝。看见它，比假装没看见要好；被骂一顿，又比被问一句"那天怎么了"要差得远。

允许它慢。一个刚到的理念符号，要在一条走了很多年的旧路上长出新的一段，本来就慢。断了，再接；接得比上回快一点，就是在长。谢金凤用了一年。有的人要更久，有的人身边一时没有托着的人，那就更难。难，不说明你不行，只说

明这里缺的东西还没有补上。如果那句"我做不到"压得太久、太重，**身体或心里的难处真的大了，请找医生或心理咨询师**。

如果你身边一时没有能陪着的人，也不要紧。诊疗所的护士，同病的邻居，社区里一起散步的熟人，都可以成为那张网的一根线。网不一定要大，要的是有人知道你在长这一条路。下一章就讲，缺的是哪三样。

带 走 的 话

医嘱是理念符号，听懂了只是到达；习惯是自我符号，要在日子里一步一步长出来。

小　账

从遵从到协和，医学把医嘱一头改得越来越好，主语一头却还是"患者"；本书把主语换成医嘱与日子"之间"。

"她总算想通了"这句话，把一年长出来的一条路，收回成某一天的一次决定——发生在这里被收回成了发现。

想 一 想

1. 你身上有没有一件"道理全懂、就是做不到"的事？它和你日子里的哪一个钟点接不上？
2. 你一天里"再忙也不会忘"的是哪件事？它是怎样在你身上长出来的？
3. 你对家人说过的"要多注意""要坚持"，是在查账，还是在陪着长路？

◆

11

第11章

慢病管理的三个条件：对不上、场、动能

这一章的问题

刘海生的本子上，数字从工工整整写到停在三个多月前，十四年的道理他都懂——一条长出来过的路，后来是缺了什么才一段段荒掉的？

◆ 一、第十四年的一个晚上

宁波老城区的一条小街上，刘海生的渔具店八点关门。他六十一岁，这家店开了快三十年。店不大，两面墙挂满鱼竿，玻璃柜里是一格一格的鱼钩、浮漂、铅坠，空气里有一股尼龙线和饵料混在一起的味道。周末来买东西的，多半是老主顾，进门先不问价，先问哪片水库最近有鱼。

这天关了门，他没急着上楼。柜台上摆着一个老主顾送来修的绕线轮，齿轮卡住了。他戴上老花镜，拆开，一个零件一个零件摆在一块旧毛巾上。修东西的时候，他的手很稳，心里也很静。修完，他拉开柜台下面的抽屉，里面有一个塑料皮的笔记本。

本子用了好几年，边角卷了。前面密密麻麻是一行行日期和数字，是他自己测的血糖。字一开始很工整，后来越来越草，再后来，隔几天才有一行，再后来，最后一行停在三个多月前。刘海生得糖尿病，今年是第十四年。

十四年前刚确诊那阵，他买回第一台血糖仪，放在柜台下面这个抽屉里，和他自己最舍不得用的几支老浮漂放在一起。那几支浮漂是他年轻时亲手削的。那几年，他是社区卫生服务中心里最"听话"的病人之一。医生说什么他记什么，本子上每天都有数，复查从来不落。那时候他觉得，这病就像一台卡住的绕线轮，拆开，找到毛病，修好，就完了。后来的日子一年年显出来：这台轮子修不完。

上个月复诊，社区的祁医生翻着他的档案，看了看最近的检查结果，没多说什么，只在电脑里敲了几行字。刘海生瞥见屏幕上有"依从性差"四个字，还有"已再次

宣教"。祁医生又把注意事项讲了一遍，讲得很耐心，每一句刘海生都听过，听过十四年了。

他没生气，也没难过。他只是觉得累。那种累不是腰酸背痛的累，是一想到明天还要测、后天还要测、往后每一天都要测，心里就往下一沉的累。十四年，五千多天。没有哪一天是终点，没有哪一天可以说"好了，这件事做完了"。手机响了，是在上海工作的儿子。"爸，最近血糖测了没有？"他说："过两天测。"挂了电话，他把本子放回抽屉，关上灯。

上一章讲过谢金凤：医嘱刚到，路还没长出来。刘海生是另一种情形。他的路长出来过，走了好几年，后来一段一段荒了。他不缺道理，十四年的宣教，他能倒背如流；他也不缺一张医嘱，医嘱一直在。他缺的，是让一条路继续长下去的三样东西。这一章就讲这三样：对不上，场，动能。本卷说过，慢病管理是自我符号的结晶工程；这三样，是这项工程开工的三个条件。缺了任何一样，再好的医嘱也只是一张纸。

◆ 二、医学已经把慢病当成慢病

先把医学在这里走过的路写足。很长一段时间里，医疗的样子是按急病设计的：病人有了症状，来医院，医生诊断，治疗，好了，回家。这套样子对付急病很有效。可是一种要跟人过几十年的病，没有"好了"那一天，按急病的样子去管，就处处别扭。

上世纪九十年代，美国学者瓦格纳（Edward Wagner）和同事提出了后来影响很广的"慢性病照护模式"。1996 年他们在《米尔班克季刊》上发表了这个模式，1998 年又有修订版。这个模式的核心意思是：慢病管得好不好，关键在两样东西之间有没有"有成效的互动"——一边是了解自己病情、主动参与的病人，一边是有准备、肯主动的医护团队。围绕这一对互动，模式还把社区资源、医疗机构、自我管理支持、决策支持、信息系统都摆了进来。这是一个大转向。它第一次把病人自己每天的管理，当成医疗的一部分，而不是医疗之外的事。

差不多同一时期，斯坦福大学的洛里格（Kate Lorig）等人做出了"慢性病自我管理课程"。这个课程的特别之处在于，带课的常常不是医生，而是同样有慢病的普通人，经过培训来带小组。1999 年，他们在《医学照护》杂志上发表了一项随机试验，结果显示参加者的健康状况有所改善，住院也有所减少〔待核：试验的具体结果与规模〕。

再往后，糖尿病领域发展出系统的自我管理教育与支持，同伴支持也被越来越认真地研究。2008 年，美国家庭医生学会基金会发起了一个名为"同伴促进"（Peers for Progress）的项目。它专门在世界各地推广和研究糖尿病的同伴支持，由北卡罗来纳大学的费希尔（Edwin Fisher）任全球主任。

谈话的方式也在变。上世纪八十年代起，米勒（William　Miller）与罗尔尼克（Stephen　Rollnick）等人发展出"动机式访谈"〔待核：提出年份与首部专著出版年〕。它的要义是：不对病人说教，而是耐心地听，帮他说出自己心里两头拉扯的那份犹豫，让改变的理由从他自己嘴里出来。不少医护的体会是：少讲一点，多听一点，谈话反而走得更远。

这一步对的地方，是它承认道理从外面灌不进去。它停下的地方，在它的名字里：它仍把要找的东西叫作"动机"，像是藏在一个人心里、等着被挖出来的一样东西。本书要说的是，那份力气不只藏在一个人心里，它还挂在他身边的网上，也挂在他看不看得见那条缝上。

中国这些年也在社区层面做了大量工作。社区卫生服务中心为高血压、糖尿病病人建档，定期随访，刘海生的那本档案就是这样来的〔待核：国家基本公共卫生服务项目中慢病管理的起始年份与内容〕。这些都是真进步。从"医生治病"到"医患一起管病"，从"讲课"到"病友带病友"，从"来了才看"到"定期随访"，每一步都把慢病往慢病的样子去管。

它们停在哪里？停在两个地方。第一，这些模式大多列出了一份"配料表"：教育、支持、团队、信息系统、社区资源。配料齐了，管理就该好起来。可是配料表不说这些东西之间是什么关系，也不说为什么同样的配料，在一个人身上管用，在另一个人身上不管用。

第二，"了解病情、主动参与的病人"常常被写成目标，又被悄悄当成起点。模式希望病人是主动的；病人一旦不主动，病历上就出现"依从性差""缺乏动机"。上一章说过，这又回到了那个现成的主语：一个本该主动、却没有主动的人。本书往前走的一步，是把这份配料表重新排一遍，排成一笔能量账。

◆ 三、为什么偏偏是这三样

先说清楚，这三个条件不是本书随手挑的，它们是从书二的能量律里直接推出来的。书二说，任何一界的符号要结晶，都是一次做功：消耗动能，依靠势能，建

立内能。推动这次做功的，是一个落差，也就是两样东西对不上。把这句话拆开，正好四样：

- 一个落差：对不上。没有落差，就没有做功。
- 一张托着的网：势能。新符号只能在托得住它的场里结晶。
- 一股付出去的力：动能。连接要一条条拆开、重接。
- 一个结果：内能，也就是新建起来的连接度。

前三样是条件，第四样是结果。慢病管理里，那个结果就是一个稳稳待在身上的新习惯，一个"不用想就会"的自我符号。这样一排，配料表里那些东西就各有了位置。教育和信息，大多落在"对不上"这一格，可是只有落到病人自己日子里的那部分才算数。家人、病友、团队、社区，落在"场"这一格。随访、提醒、一次次复诊，本该帮着补"动能"这一格，可是常常反过来变成了抽走动能的东西。

这一排还说明了一件事：**依从，是结果，不是条件**。

一个新习惯长出来了，人自然就"依从"了；没长出来，就"不依从"。依从性是内能那一格的读数，是三个条件付过之后留下来的东西。可是平常的慢病管理，常把这个结果当成条件来用。"他依从性差，所以管不好"——这句话把读数当成了原因。就像说"这家店没有回头客，所以生意不好"，把账本上的一行，当成了开店的办法。本书说的"三个条件"，就是把这个次序摆正：先看对不上、场、动能这三样有没有，结果才有可能出来。

那么结果该怎么看？不只看那一个百分比。书二说连接度可以量：一个符号要多大的力才拆得开。落到习惯上，有两个看得见的读数。一个是**断了之后接回来要多久**，接得越快，连接度越高。一个是**能不能离开原来的地方**，换了场合还立得住，就是长成了粒子态。上一章谢金凤在马六甲那天早上的手，就是第二个读数。本卷第20章还会提出一个更简单的衡量办法，这里不展开。

◆ 四、第一个条件：看见自己的那条缝

先说对不上。书二有一句话，本卷一直在用：对得上，就没有解释；对不上，符号才发生。落到慢病上，意思是：一个人的日子要改出一段新路，先得有一条缝推着它。没有缝，就没有落差；没有落差，就没有做功。

可是这条缝，得是**病人自己看得见的缝**。这一点，正是平常的慢病管理最容易漏掉的。请看刘海生档案里的那条缝在哪里。祁医生的屏幕上有两样东西：一样是

检查结果，是刻痕；一样是指南给的控制目标，是标准。两者对不上，屏幕上就亮出一条缝。这条缝是真的，医生看得清清楚楚，后面的处理都要从这条缝出发。

可是这条缝，夹在刻痕和标准之间，是医生那张桌子上的缝。它在三栏单上的位置，是左栏和中栏之间。刘海生自己呢？他在家里测出一个数字，写进本子，旁边没有标准，也没有他那一天是怎么过的。本子上只有左栏，没有右栏。十四年下来，他手里攒了几千个数字，每一个都是一道刻痕，可这些刻痕从来没有和他的日子并排放过。只有一栏，就没有缝可看。

本卷前面写过一条方程：感受＝H（指南，刻痕）。病人身上的自我符号，是被指南和刻痕一起推着动的。可是推力要落到人身上，得经过人的日子。刻痕和标准在医生桌上对不上，病人听到的是一句结论："控制得不好。"这句话落到病人身上，不是一条缝，是一个分数。缝和分数，是两种完全不同的东西。

一条缝，会让人想问："咦，这两样怎么对不上？"它开启的是解释。一个分数，只会让人觉得："我又没考好。"它开启的是羞愧，或者麻木。前者推着人往前走一步，后者让人往后缩一步。所以，第一个条件说的"对不上"，不是"医生发现病人没达标"。它说的是：**病人看见自己的数字和自己的日子之间，有一处接不上。**

谢金凤钱箱盖子里那一格满着的药，就是这样一条缝。它不在护士的屏幕上，在她自己眼前；它不说"你不行"，只说"星期二那天有点不一样"。

还要守一道闸。书二说过，对不上必须能**事前**独立指认，不能事后回头说"那里一定有过缝"。落到慢病管理上，这道闸很实际：缝要能在纸面上找得到。哪一天的数字，哪一天的日子，并排写着，哪两行接不上，翻开本子就能指出来。说不出是哪两行，只说"他就是不上心"，那不是缝，是事后贴的标签。

这里也要说清本书的分寸。病人看见了一条缝，这条缝**为什么**接不上、要不要处理、怎么处理，是医生的事。本书不讲任何数字该怎么解读，也不讲日子该怎么调。本书只讲一件事：这条缝要先摆到病人自己能看见的地方，然后带进诊室，和医生一起看。具体病情请遵医嘱。

还有两种常见的"造缝"办法，看着像，其实不是。一种是吓。把最坏的后果讲得很重，让人害怕。害怕确实会带来一阵落差，可那是理念符号之间的落差：一张可怕的图景，对上一个现在还好好的自己。它不在病人的日子里，过几个星期就淡了。一种是比。拿别人的数字来比，拿"人家都做得到"来比。比较给出的也是一个分数，不是一条缝。

反过来也要说一句：如果一个人的数字和日子长期对得上，谈话安安静静地结束，那就让它安安静静地结束。对得上，就没有解释，这不是缺了什么。缝是推

力，不是任务，不必为了"管理"硬造一条出来。真正推得动人的缝，往往很小、很具体，是自己的。一个数字，旁边写着那天去喝了喜酒；另一个数字，旁边写着那天店里来了一车客人。两行并排一放，人自己就会问。

◆ 五、第二个条件：有人托着的场

再说场。书二讲势能：一个新符号能不能结晶、往哪里结晶，看周围那张网把它往哪边拉。本卷把这张网叫作信任构成的场。慢病里，这张网由几样东西织成：家人，病友，一位固定看你的医生，有时还有社区里的一群熟人。

为什么一定要有场？因为自我符号的结晶，是一件很费力的事；单靠一个人自己付动能，往往付不起，或者付不久。场的作用，是在一个人没力气的时候，替他拉着。同伴支持的研究，在这里给了很好的材料。

"同伴促进"项目在多年的研究和推广里，把同伴支持归纳成几样基本的作用：在日常管理上搭把手，在情绪和人际上给支持，帮人和医疗照护接上线，而且这种支持要能长期持续，不是一阵风〔待核：项目归纳的"四项关键功能"的确切表述〕。请注意最后一样：长期持续。场不是一次讲座、一次活动，是一张一直在那里的网。

洛里格的自我管理课程也是同样的道理。带课的人自己就有慢病，他站在那里，本身就是一句话："我也是这样过来的，这条路走得通。"这句话，医生说不出来，不是医生不懂，是医生不住在这张网里。

家人是场里最近的一根线。可是家人的拉力，方向不一定对。刘海生的老伴，这十四年里一直在管他。管他吃什么，管他测没测，饭桌上一伸筷子就有人看着。她的心是好的，十四年没松过。可是管久了，饭桌上就多了一个看守。刘海生吃饭的时候，越来越沉默；后来连本子都不愿意拿出来，拿出来就是一次检查。

这是场的另一面：**势能是有方向的**。一张网可以把人往前拉，也可以把人往回拉，还可以把人拉成一块石头。病友群也是一样。一个好的病友群，是"你看我也做到了"；一个往回拉的病友群，是"别折腾了，都一样，没用的"。后一种群里也很热闹，人也很多，拉力也很大，可那股力是在帮人把"我就这样了"结晶得更牢。第8章讲过的石心，有时就是在这样的场里长出来的。

还有一根线，是一位固定的医生。同一个医生看你几年，知道你的店，知道你儿子在上海，知道你哪年住过一次院。这一根线的道理，第13章和第16章会专门讲，这里只说一句：连续，本身就是一种场。

场也不是白来的。一张网要托得住人，网里的人自己也要付动能：一位老主顾要多站半个钟头，家里人要把一个晚上空出来，医生要把椅子往外挪一挪、多问几

句。网是一次次这样的小付出织起来的，织得越久，拉力越稳。医患之间的这一层，本卷叫它信任，第13章会算它的账。

场里的人不必都是专业人员。可是场必须满足一个条件：**它托着的是这个人，而不只是这个人的数字**。一张只问数字的网，问得再勤，也只是一台记分牌。一张会问"这几天店里忙不忙"的网，才托得住人。

◆ 六、第三个条件：一年三百六十五次

最后说动能。书二讲动能：沿着路（差异序列）拆开旧的连接、接上新的连接，要有速度，要有方向。落到慢病上，动能最朴素的样子，就是重复。今天做一遍，明天再做一遍，一年三百六十五遍。

自我符号的连接度，就是这样一遍一遍攒起来的。上一章讲过，心理学研究里，一个小动作要变得"不用想"，快的几周，慢的大半年。慢病要的，还不只是一个小动作，是一整段日子的重新编排，而且一编就是几十年。

这里有一件事，常被讲慢病的人忽略：**慢病没有终点线**。急病有终点。发烧会退，伤口会长好，手术会做完。病人咬咬牙，熬过一段，就能说"好了"。人身上的动能，适合这样用：集中付一阵，然后歇下来。慢病不是这样。它要的不是一阵冲刺，是每一天都付一点，付几十年。今天付了，明天还要付；明天付了，后天还要付。没有哪一天可以停下来说"这件事完了"。刘海生说的那种"心里往下一沉"，沉的就是这个：前面看不见头。

所以，**疲惫是正常的**。

这句话本书要单独写出来。十四年里，从工工整整的数字，到越来越草的字，到隔几天一行，到停下来——这不是一个人的品行一点点变坏了，这是一笔动能一点点被用掉了。一个人身上的动能不是无穷的，付了十四年，付到见底，再正常不过。

书二批评过皮尔斯的"无限衍义"：它暗中假定衍义是免费的，可以一直往前长，不用付代价。真实的衍义一定会停，因为能量会用尽。慢病管理里也有一种同样的默认，可以叫"无限坚持"。宣教、提醒、复诊，都在说"要坚持"，好像坚持是一口取之不尽的井，只要人肯，就能一直打上水来。可是坚持本身就是动能，它也要补，也会用尽。不讲补，只讲坚持，和不讲能量、只讲衍义，是同一个毛病。

那么，动能从哪里补？一部分从场里来。一个人累了，身边有人拉着，动能就不必全由他一个人付。星期天陪妈妈装药的女儿，替谢金凤付了一部分。一部分从

缝里来。一条自己看得见的缝，本身就是一个落差，落差会生出做功的力。一个分数只会抽走力气，一条缝却能给出力气。

还有一部分，从小处来。动能付不起一整套，可以先付一小步。一次只对准一件小事，做到了，看见了，连接度长了一点，下一步就省一点力。旧路断了再接，比从头修省力，这也是上一章谢金凤那几天里显出来的事。

还有一件事要说穿：有些本想补动能的做法，实际上在抽走动能。一次宣教，对医生是付出；对一个已经听了十四年的病人，却要再付一次注意力，再付一次"又让人失望了"的那份难堪。一次只问数字的随访电话，接起来就像一次点名。这些东西一样一样加起来，从病人身上抽走的力气，可能比补进去的还多。所以，判断一个做法是在补动能还是在抽动能，不看它出发点好不好，看它落到病人身上之后，人是多了一点力气，还是少了一点。

三个条件，在这里连成了一个圈：缝给出落差，场托住人，动能在落差和场之间一点点付出去，连接度一点点建起来；建起来的连接度又让下一次付动能省力一些。把三个条件放在一张表里看：

	对不上	场	动能
对应的能量	势能落差（推力的来源）	势能（托住人的网）	动能（一遍遍重复与追问）
在三栏单上的位置	左栏刻痕与右栏日子并排	桌边坐着谁	这次谈话之后的每一天
缺了它的样子	只有数字，没有日子，只拿到分数	一个人扛，或者被看守	越写越草，最后停下
常被误读成	"他不重视"	"家属不配合"	"依从性差""缺乏动机"
补上它的第一步	把一条小缝摆到病人眼前	有一个人问日子，不只问数字	先托住，再对准一件小事
谁能出一份力	医生、护士，和病人自己的本子	家人、病友、固定的医生	场里的每一个人，不只病人

这张表的最后一行最要紧。三个条件里，没有一个只靠病人自己就能补齐。"依从性"这个词，把三样东西都算在了病人一个人的账上；这张表把账摊开，摊回到它本来该在的地方。

◆ 七、入口三：先托住，再谈目标

现在可以回到刘海生了。他在三个条件上，各缺了什么？缝：他的本子上只有数字，没有日子；他听到的只有"控制得不好"，是一个分数。场：老伴的关心变成了饭桌上的看守，儿子的电话是查问；病友他不认识几个。动能：十四年，付到见底了。

三样都缺，可是缺的分量不一样。最底下的，是动能。书二讲过三个入口。导读和第5章已把它们落到医疗里：入口一，病人身上的现实感受是硬的，指南的说法碎了；入口二，医生的指南是硬的，病人的日子塞不进去；入口三，慢病多年，动能耗尽。刘海生是入口三。

从外面看，入口二和入口三很像：都是医嘱在，事情没做。分辨它们，也要守"事前指认"那道闸，不能凭印象说"我看他就是累了"。刘海生的本子，恰好留下了能指认的东西。前几年每天一行，字迹工整；后来字越来越草，隔几天一行；最后一行停在三个多月前。这一串字迹，本身就是一道刻痕，记下的不是血糖，是动能一年年往下走的样子。入口二的人，常常是医嘱从一开始就没在日子里找到接口；入口三的人，本子上留着一段曾经长得很好的路。一本停下的本子，翻到前面去看，有时比看最后一页更要紧。

入口三和前两个入口不一样。前两个是三角**边上**的矛盾，两样东西顶着，要看哪一头硬。入口三是三角**角上**的枯竭：缝也许还在，指南也还在，可是自我这一角已经没有力气去结晶任何新东西了。书二说过一句很重的话：走错门，帮助就成了伤害。

"依从性差"这四个字，加上"已再次宣教"，就是把入口三当成了入口二来治。它默认的是：指南是硬的，病人的日子没塞进去，那就再讲一遍，讲清楚了，他就塞进去了。可是刘海生不缺讲清楚，他缺的是力气。对一个动能见底的人再讲一遍道理，就像对一台没电的收音机调台，调得再准，也不会响。

更糟的是，每讲一遍，都在他的自我符号上再压一层："讲了这么多遍，我还是做不到。"这一层压久了，就会沉成"我就这样了"。入口三走错门，最容易走出来的，就是石心。

医学里已经有人在认真看这一层。2005 年，美国的波隆斯基（William Polonsky）和同事在《糖尿病护理》杂志上发表了一个量表，叫"糖尿病困扰量表"。它有十七个条目，分成四个方面：情绪上的负担，和医生之间的困扰，治疗方

案带来的困扰，人际关系里的困扰。这个量表问的，不是一个人有没有别的病，而是和糖尿病一起过日子，有多重。

"糖尿病困扰"这个说法，本身就是一个进步。它承认，长年和一种病一起过，累是会累出来的；这份累有它自己的形状，可以被问到，被说出来，被认真对待，而不只是被记成"不配合"〔待核：困扰与抑郁在临床上的区分，以原始文献为准〕。用本书的话说，糖尿病困扰，正是入口三在病人身上留下的样子。

入口三的顺序，书二也讲过：先补能量，再生符号。落到门诊里，就是**先托住人，再谈目标**。"托住"不是一句空话。它有几个看得见的样子：

- 先认下这些年。不是先看数字，是先说一句"十四年了，不容易"。这句话不改变任何医学判断，可它让一个人知道，自己付过的那些动能，有人看见了。
- 先问日子，再问数字。问店里忙不忙，问儿子回不回来，问家里最近怎样。这些问题不是寒暄，是在给右栏"日子"腾位置。
- 把谈话缩小。不一下子把所有目标摆上桌，先只谈一件小事。目标还在，医生心里清楚，只是不在这一次全压下来。
- 把"没做到"当成缝，不当成错。本子停了三个月，问一句"那三个月怎么了"，比说一句"怎么又不测了"，多出来的是一整个场。

这四样里，没有一样是医学建议。它们不改变医嘱，不改变目标，不改变任何检查和治疗；改变的只是谈话的次序和姿势。医嘱怎么定，目标怎么调，仍旧是医生根据病情来定的事。具体病情请遵医嘱。

还要多说一句。入口三的累，有时候会累得很深，深到不只是"不想测了"，而是压住了整段日子。到了那一步，就不是一次换个谈法能托住的了。身体或心里的难处真的大了，请找医生或心理咨询师。这不是把人推出去，是承认有些重量，需要更专门的手一起来托。

◆ 八、缺了一样，是什么样子

三个条件说起来是三样，在日子里却总是缠在一起。缺了哪一样，样子都不一样。看清这几种样子，比背下三个词更有用。

有缝，没有场：一个人对着缝发慌。一位病人拿到自己的数字，也写下了自己的日子，两行一放，看见了接不上的地方。可是身边没有人可以说，下一次门诊还要等三个月。缝就在那里，一天天看着，越看越慌。

缝本来是推力，没有场托着，推力就变成了压力。一个人独自盯着一条缝，容易把它读成一个判决。这时候缝越清楚，人越难受。所以，把缝摆到病人眼前，不能只摆缝。同时要有人坐在旁边，至少要有一个可以拿着这条缝去问的人。

有场，没有缝：热热闹闹，什么也没动。一个病友群天天有人说话，过节发红包，谁住院了大家去看。这张网是真的，暖也是真的。可是群里从来不谈各人的数字和日子，只谈"大家都要保重"。

这样的场托住了人，却没有给人一个落差。人被托得很稳，稳在原地。这不是坏事，对入口三的人，先被这样托着，往往正是第一步。可是如果一直只有托，没有缝，路也长不出来。

有缝，有场，没有动能：最容易被误读的一种。缝看得见，身边也有人，医生也换了谈法，可是人就是动不起来。旁人最容易在这里着急："条件都给你了，你怎么还不动？"

这正是入口三。动能见底的时候，缝和场都还在，只是没有力气去用。这时候催，就是走错门。要做的是继续托着，把要做的事缩到最小，等动能一点点回来。回来的速度，每个人不一样，有时候要很久。

三样都在：路慢慢长。这时候也不会一下子变好。缝一条一条出现，在场里被看见、被带进诊室；动能一点点付出去，连接度一点点建起来。断了，再接；接得比上回快一点。上一章的谢金凤，走的就是这一种。

还要补一种最常见、也最隐蔽的情形：**三样东西都在，却都在医生那边。**缝在医生的屏幕上，场是医院这个机构，动能是医生的宣教。三个条件都有，只是没有一样落在病人的日子里。门诊里看起来什么都不缺，病人回到家，三样都不在身边。这一种，正是"已再次宣教"这几个字背后的样子。

书二说三方程没有源头，三个角互为条件。慢病的三个条件也是这样，没有哪一个是先天的起点，也没有哪一个单独就够。可是在一个具体的人身上，总有一样最先见底。看清是哪一样，比把三样一起再讲一遍，要省力得多。本卷把三个入口在慢病里的样子，也排在一起看：

入口	哪一头硬	门诊里常见的样子	先要给的	走错门的帮助
入口一	病人的感受硬，指南的说法碎	"检查都说好，可我就是不对劲"	认真听完，一个新的说法	再说一遍"你没事"
入口二	指南硬，病人的日子塞不进	医嘱清楚，日子里没处放	把日子摊上桌，找接口	只讲"要坚持"

入口	哪一头硬	门诊里常见的样子	先要给的	走错门的帮助
入口三	哪头都不硬，自我这一角没力气	本子停了，人沉默了	先托住人	再宣教一遍

谢金凤更像入口二，刘海生是入口三。同样一句"依从性差"，盖住的是两扇不同的门。

◆ 九、刘海生的那个春天

第二年开春，刘海生又去复诊。这一次，谈话换了次序。祁医生没有先点开检查结果，他把椅子往外挪了一点，问："刘师傅，十四年了吧？"刘海生答："十四年零三个月。"祁医生说："不容易。"诊室里静了一下。刘海生没想到是这一句。他准备好的，是又一次"要坚持"。

祁医生接着问店里的事。刘海生说起那个修好的绕线轮，说起周末来问水库的老主顾，说起儿子在上海，一年回来两次。说着说着，他自己提了一句："那个本子，停了。"祁医生问："停多久了？"他答："三个多月。""停就停了。"祁医生说，"下回把本子带来，我们看看停之前那几年。"那天祁医生后面还排着十几个号。这多出来的几分钟，是他从别处挤出来的。

没有批评，也没有再讲一遍注意事项。那一次门诊，祁医生只和他谈了一件小事：往后再记，在每个数字旁边，写一句那天是怎么过的。记什么、多久记一次、数字该怎么看，祁医生按他的情况说了，那是医学的事，本书不录。具体病情请遵医嘱。

本子上，从此有了第二栏。

接下来的几个月，场一根线一根线地换了方向。先是老伴。有一次复诊，她跟着来了。祁医生问她这些年怎么样，她愣了一下，眼圈就红了："我管了他十四年，我也累了。"这句话在诊室里落下来，三个人都没说话。

照顾一个慢病病人的人，也在付动能，也会付到见底。糖尿病困扰量表里专门有一块，叫人际关系里的困扰，说的就是病和病人身边的人之间那一份拉扯。场本身也要人托。

后来，饭桌上的看守撤了。老伴不再盯着刘海生的每一筷子，改成星期天晚上，两个人坐在柜台后面，一起翻那个本子。本子上第二栏的那些话，有时候让她笑出来："这天你记'修了一下午卷线器，忘了时间'，你倒是记得清楚。"本子从一次检查，变成了两个人的一件事。儿子的电话也换了问法。他不再问"测了没有"，问的是"这周本子上有什么新鲜的"。刘海生会在电话里念上两行。

再是喻师傅。喻师傅七十岁，是店里二十年的老主顾，每个月都来买一次钓线。有一次结账，他看见柜台上摊着的本子，笑了："你也记这个？我记了二十年了。中间停过一年，后来又捡起来。"

两个老头站在柜台边，说了半个钟头。喻师傅说起他停下的那一年：老伴走了，家里一下子空了，什么都不想记。后来是女儿把外孙送来住了一个暑假，家里重新有了做饭的钟点，本子才慢慢又有了字。

他讲这些的时候，没有一句是在劝人。可刘海生听得很仔细。一个停过又接上的人，比一百句"要坚持"更像一条路。从那以后，喻师傅来买线的时候，会顺手翻一翻刘海生的本子，指着第二栏里哪一句说："这句写得好。"他从来不比两个人的数字。他说的最多的一句是："我也停过。"

洛里格的课程，"同伴促进"的项目，在这里都有了一个小小的样子。一个同病的人站在你面前，他本身就是一句话：这条路，有人走得通，走断过，又接上了。

缝，是在第五个星期出现的。那天晚上，刘海生翻本子，看见有两行并排放着，怎么看都接不上。按他自己的日子，那两天差不多，数字却不一样。他拿笔把两行圈了起来。下一次复诊，他把本子推到祁医生面前，先开了口："这两天，我看着对不上。"

这一句话，十四年来是第一次。

为什么对不上，祁医生怎么解释，后来怎么办，那是医学里的事，本书不录。本书只看见一件事：这一次诊室里的问题，是从刘海生自己的本子里长出来的。缝在他的两栏之间，被他自己看见，被他带进了诊室。解释，从这条缝开始。

动能回来得很慢。有的星期本子上只有两三行，有一个月又几乎空了。可是空了之后，下一次复诊，祁医生看见空白，问的仍旧是"那几天怎么了"。空白也被当成了一条缝。

到了夏天，祁医生病历里的那一行字，从"依从性差，已再次宣教"，变成了一句长一些的话，大意是：近几月自测断续，自述疲惫，本次未加新任务，与家属同来，下次带记录本一起看。数字怎么走，本书不说，那不是本书该说的事。

本书只看见：缝回到了他自己手里，场换了方向，动能一点点回来了。不是刘海生终于振作了，也不是他某一天下了决心。是这一个春天——一句"不容易"，一个多出来的第二栏，一句"我也累了"，一个站在柜台边的喻师傅——显出了一个会把本子带进诊室、会先开口问的刘海生。

这个次序值得记下来：先托住，再有场，然后缝才看得见，动能才回得来。反过来，先摆目标、再讲道理，对一个入口三的人，什么也推不动。

◆ 十、放回日子里

慢病是要过很多年的日子。下面几句话，分给三种读者。

如果你自己就是那个过日子的人：累了，是正常的。十几年、几十年天天付同一笔动能，付到见底，不说明你不行，说明你付了很久。不必拿"我又没坚持住"来压自己。那一句话压久了，会沉成一块石头。

看看你手里有几栏。如果你的本子上、手机里只有数字，没有日子，你看见的就只是一串分数。数字和日子能不能并排放，怎样记、记什么，可以拿去问你的医生和护士；他们会按你的情况来说。具体病情请遵医嘱。哪两行你看着接不上，就把它圈起来，带进诊室，先开口问。那一句"这两天我看着对不上"，就是解释开始的地方。

找一个"我也停过"的人。同病的熟人，社区里的病友，一个愿意听你说日子的人。不必找最会讲道理的，找一个走断过又接上的。

如果你是家人：把"测了没""吃了没"换成"这几天怎么样"。前一种问法在查账，后一种问法在给日子腾位置。不做饭桌上的看守。看守的心是好的，可是它让一张托人的网变成了一台记分牌。能做的，是坐在旁边，一起翻本子，一起笑那一句"修了一下午卷线器"。

记得你自己也在付动能。照顾一个慢病病人的人，也会累，也会见底。累了，说出来，像刘海生的老伴那样说出来，不丢人。场也要有人托。

如果你是医生、护士或社区的工作人员：在写下"依从性差"之前，先问自己一句：这个人缺的是哪一样，缝、场，还是动能？三样都缺的时候，先看最底下的那一样。

入口三的人，先托住，再谈目标。一句"不容易"，一个先问日子的问题，一次只谈一件小事。它们不改变任何医学判断，改变的是谈话的次序。

把病历上那一句话写长一点。"依从性差，已再次宣教"，下一位同事读到，只能再宣教一次；"近几月自测断续，自述疲惫，与家属同来"，下一位同事读到，就知道该从哪一样补起。

这些都要花时间。时间就是动能，谁来付这笔时间，第14章和第六编会专门讲。这里只说一句：对账不是免费的，不付，账就一直挂在病人一个人身上。

最后，给所有人的两句话。慢病管理不是一个人的意志力考试，是一项要三样东西一起到场的结晶工程。少了哪一样，就补哪一样；先补最底下那一样。身体或心里的难处真的大了，请找医生或心理咨询师。具体病情请遵医嘱。

带 走 的 话

习惯要长出来，得有自己看得见的缝、托着人的场、一年三百多次的动能；动能见底时，先托住人。

小　账

慢病照护模式开出了一张配料表，本书把它排成一笔能量账：对不上是落差，场是势能，重复是动能，依从只是结果。

"他终于振作起来了"这句话，把一个春天里三样东西的到场，收回成一个人某一天的一次决心——发生在这里被收回成了发现。

想 一 想

1. 你手里有没有一本只记数字、不记日子的账？如果把日子并排写上，会不会多出一条你自己看得见的缝？
2. 你身边那张网，是在托着你，还是在看着你？你又在怎样托着、或者看着你身边的人？
3. 有没有一件你坚持了很多年、最近越来越累的事？你缺的是道理，还是力气？

◆

12

第12章

数字回到身体：家庭记录与可穿戴

这一章的问题

深夜一声提醒，苏晓雯盯着父亲的曲线看了四十分钟，什么也没看出来——这条线和老家抽屉里那本添着小字的蓝本子，记的是同一种数，为什么不是同一种东西？

◆ 一、夜里十一点的一声提醒

苏晓雯，33 岁，深圳一家软件公司的测试工程师。她的工作是找毛病。一个功能交上来，她换着法子去点、去输、去撑，看它在哪里出错。错了，就在缺陷单上记一条：在什么条件下出的错，能不能重现。

那天晚上十一点，她刚关掉一张缺陷单，手机响了。不是公司的消息。是一个健康应用的提醒，说的是她父亲。父亲在湖南老家，今年六十四岁，得糖尿病十一年了。去年起，父亲胳膊上贴了一枚小小的传感器，读数每隔几分钟就自己传到手机上。父亲的手机里有一份，晓雯的手机里也有一份——是她亲手设置的。她当时说，这样她在深圳也能放心。此刻，屏幕上那条曲线翘出了她自己画下的那条线。

她拨过去。响了五声，父亲接了，背景里有电视的声音。她刚说出"爸，你那边……"，那头就接了过去："我好好的。"父亲的声音有点硬，"刚看完新闻。你又盯着我了？"她说没有，就是看看。父亲说，你早点睡，明天还上班。电话挂了。

她没睡着。她把那条曲线放大，一格一格往回拉，像排查一个偶发的缺陷：几点开始翘的？前面那一段平不平？她看了四十分钟，什么也没看出来。曲线不会告诉她，父亲今天过得怎样。下午有没有去河边走？是不是又跟楼下的老侯下棋下得心里窝火？晚上那集电视剧，是不是看得他眼眶发热？

她想起老家抽屉里还有一个本子。那是父亲前些年用的记录本，蓝色塑料封皮。一页一页，是父亲用圆珠笔写下的日期、时间和读数。有些数字旁边，父亲还添了几个小字："外孙满月""去医院复查""腰疼没出门"。那时候没有曲线，数字是父亲自己测、自己看、自己一笔一笔抄上去的。

两样东西记的是同一种数。可是晓雯隐约觉得，它们不是同一种东西。这一章就讲这个"不是同一种东西"。本章只讲数字的身份怎样变：谁测的，谁读的，记在哪里，旁边挨着什么。不讲怎么测，不讲测多少，不讲读数高了低了怎么办，也不评价任何一种设备。**具体病情请遵医嘱**。

◆ 二、数字原来住在别人手里

前几章讲的检验数字，都有一个共同的出身：它在别人手里出生。抽血的是护士，上机的是检验科，签字的是检验师，读它的是医生。病人在这一路上只做一件事：伸出胳膊。等数字回到病人手上，它已经印在一张纸上，旁边配好了参考范围和箭头。

第2章说过，这样的数字是身体留在仪器里的刻痕，是现实符号。它可靠，是因为条件说得清、可以重复。实验室为这件事下了很大的功夫：校准、质控、标准操作、室间比对。这是真本事，一个普通人一辈子也看不见其中的十分之一。

可是这个出身，也带来一个后果：数字和日子是分开出生的。数字在检验科出生，日子在家里过。两者在门诊那几分钟里碰一次面，碰完又各回各处。下一次碰面，可能是三个月以后。

转变是从家里开始的。1970 年，美国人克莱门斯（Anton Clemens）发明了一种反射式血糖仪。它原本是做给医生诊室用的，不是给病人的。〔已核〕医学史里常讲一个故事。美国有一位自己患糖尿病的工程师。他通过当医生的妻子弄到一台这样的仪器，开始在家里一天测好几次，把读数一条条记下来，对着自己的日子看。〔已核大意；细节待核〕据说他后来干脆去读了医学院。〔待核〕这个故事被反复讲，不在于仪器有多巧，而在于一个位置的挪动：数字第一次离开了检验科，进了病人的家，落到了病人自己手里。

后来的几十年，家用血糖仪、家用血压计越来越小，越来越便宜。许多医生开始请病人在家里记一段时间，复诊时带来。记录本、病人日记、打印的表格，成了门诊桌上常见的东西。

再后来，数字的节奏又变了一次。持续血糖监测一类的设备，把"一天几次"变成了"每隔几分钟一次"〔待核：技术普及的时间线〕。手环、手表把心率、步数、睡眠也画成了连续的线。2007 年前后，美国《连线》杂志的两位编辑沃尔夫（Gary Wolf）和凯利（Kevin Kelly）提出了"量化自我"这个说法。一群人开始聚在一起，交流怎样记录自己身上的数，口号的大意是"用数字认识自己"。〔已核〕从一台诊室里的仪器，到贴在胳膊上的一枚传感器，前后五十多年。医学在这一路上对在哪里，要先说足。

第一，数字多了，条件也全了。 门诊测一次，是一张快照；在家里测几周，是一段录像。第2章讲过，一个数字要过稳定、整体、独立三条判据。家里一连串的读数，正好让"稳定"这一条第一次有了检验的机会：今天这个数，是常态，还是偶然？

第二，医生看见了门诊外的日子。 过去医生只能凭诊室里的一次读数，加上病人一句"还行吧"来判断。现在桌上摊着几周的数，门诊外那几百个小时，第一次有了一点影子。

第三，病人看见了自己。 这一条最要紧。第11章讲慢病管理的三个条件，头一条是"对不上"：病人先要看见自己的数字和自己的日子之间的那条缝。数字一直待在检验科，病人是看不见这条缝的。数字回到家里，缝才第一次落到病人自己眼前。

第四，开口有了凭据。 过去，身体的数字只在专业人员手里出生，病人只能等着被告知。现在病人手里也有一份。"我在家里测的，跟今天不一样"——这一句话，本身就是一次对账的开头。

这四条都是真进步，不是客气话。可是数字回到了家，并不等于数字回到了身体；回到了身体，也不等于回到了日子。中间还隔着一件事：这个数字，变成了谁的符号？

◆ 三、数字换了主人，身份就跟着变

本书的说法，从这里开始。同一个读数，可以有三种身份。分辨的办法不看数值，看出身：谁的手测的，谁的眼读的，记在哪里，旁边挨着什么。

第一种：他测他读。检验科测，医生读。数字印在化验单上，旁边挨着参考范围和箭头。这是一枚干干净净的现实符号。它自己不说话，它的意思要由中栏的标准来给：高了，低了，在里头。病人拿到它，像拿到一封写给别人的信——信封上是自己的名字，信里的话却要别人来念。

第二种：我测我记。病人自己测，自己读，自己抄在本子上。旁边挨着的，往往不是参考范围，而是日子："外孙满月""腰疼没出门""你妈住院第三天"。

这时候数字还是刻痕，还是现实符号。可是它第一次和自我那一角挨在了一起，挨在同一行，同一页。它成了自我符号的**材料**。

要紧的是"材料"两个字。一个读数抄上本子，不会自动变成"我"的一部分。它要和日子一次次挨着，一次次被看、被比、被问——"怎么那天是这样？""哦，那天是满月酒"——才慢慢沉下去，沉成一种认识自己的方式：我的身体，在什么样的日子里，是什么样子。这个"慢慢沉下去"，就是本书说的结晶。

结晶要付能量。翻本子、对日子、想一想，是动能；家里有人问一句"那天怎么了"，医生复诊时肯翻一翻，是托着它的场，是势能；一年两年下来，"我在这种日子里会这样"成了不用想就知道的事，连接度存了进去，是内能。

用本卷的三方程说，是第三条：感受＝H（指南，刻痕）。病人对自己身体的那份认识，由标准和刻痕一起改写。可是在化验单的年代，刻痕离病人太远，这条式子里的"刻痕"一项，几个月才进来一次。家里的本子，让刻痕天天进来，H 这条式子第一次有了足够的料。

第三种：机器测，谁都能读。传感器自己测，自己传。读数不经过任何一只手，直接成了一条线。这条线可以在病人的手机上，也可以在女儿的手机上、医生的平台上，同时亮着。旁边挨着的，是设定好的上下两条线，和一声提醒。

第三种最新，也最容易被看错。它看上去是第二种的加强版：数更多了，更准时了，还不用自己动手。可是从符号的身份看，它往回走了一半——数字又一次离开了病人的手。只不过这一次，它不回检验科，它流进了一张谁都能接上的网。

拿三判据筛一筛这条线。稳定吗？单个读数随时在动，可是一段时间里的起伏形状，是能被重复认出来的。这一条它过得去。整体吗？一条线拆成一个个点，意思就变了，它的意思在形状里。这一条也过得去。独立吗？这一条最可疑。离开了那一天的日子，这条线上的一段起伏，就说不清是什么。它被带到了深圳女儿的手机上，日子却留在了湖南。

所以那晚晓雯看了四十分钟，什么也没看出来。不是她不会看。是这条线到她手上的时候，已经和那天的日子分了家。三种身份，可以摆在一张表上看：

	他测他读	我测我记	机器测，谁都能读
谁的手	检验科	病人自己	没有手，传感器
谁来读	医生	病人，复诊时给医生	病人、家人、医生，同时
旁边挨着什么	参考范围、箭头	日子："满月酒""没出门"	上下两条线、一声提醒
节奏	几个月一次	一天几次	每隔几分钟
在三角里的位置	纯现实符号，等中栏来给意思	刻痕挨着日子，成了自我符号的材料	刻痕成了一股流，日子不在场
容易出的毛病	病人读不懂，插不上话	记累了，记偏了，不记了	被盯着，睡不着，"我就是这条线"

这张表的中间一列，是本章最想留住的东西。它不是三种里技术最好的，却是唯一一种让数字旁边有字的。

◆ 四、家里的数字也不是中立的

说数字回到家是进步，还要补一句：家里的数字，也不是一块中立的刻痕。本卷的三方程，在家里照样转，而且转得更快。

先看第二条：刻痕＝G（指南，感受）。刻痕不是凭空落下来的，它由标准和感受一起塑出来。在家里，这一点看得最清楚。什么时候测？多半是医生交代的时

间，那是标准在定。可是还有另一种时间：觉得不对劲的时候，人会伸手去拿仪器；觉得挺好的时候，常常就忘了。于是一本家庭记录里，不舒服的日子往往记得多，舒坦的日子往往记得少。这本子不是身体的一份均匀抽样，它是被感受挑过一遍的。

这不是谁在作假，是刻痕本来就由另外两角一起塑形。知道这一点，读本子的人就多了一个问题可问：这一页为什么记得这么密？

再看第一条：指南＝F（刻痕，感受）。在门诊里，医生手里的标准是给一群人写的。家里的一大摞读数进了诊室，这个人身上的规律第一次有了足够的样本，医生可以把那条为人群写的标准，放到这一个人身上比一比、量一量。许多指南自己也写着，目标要因人而异〔待核：具体指南表述〕。家庭记录给"因人而异"送来了料。至于怎么因人而异，那是医生的判断，本书不替医生说话。

最后看第三条：感受＝H（指南，刻痕）。上一节说了，家里的本子让刻痕天天进到病人的感受里。可是还有一件事：本子是写给谁看的？研究者很早就注意到，病人手写的记录本，和仪器内存里存下的读数，有时候对不上：有的读数没抄，有的抄得比内存里的好看。〔待核：Mazze 等，1984，《美国医学杂志》关于自测血糖记录可靠性的研究〕这件事常被当成"病人不老实"来讲。

换一个说法，它就有了另一层意思。一本写给医生看的本子，是一份交上去的作业。它的读者在诊室里，标准在中栏，病人写的时候，心里先站着一位医生。这样的本子，数字旁边很少写"今天跟老侯吵架"，因为那句话不像是该交上去的东西。数字被抄得好看一点，也就不奇怪了——谁的作业都想拿高分。一本写给自己看的本子，就不一样了。父亲说得直白："给我自己看的。不写，过几天就忘了那天怎么回事。"

这两种本子，在同一个病人身上也会交替出现。复诊前一周，本子往往记得格外整齐；复诊一过，又松下来。这不难理解：考试前人人都会多翻两页书。可是从符号的身份看，那整齐的一周，是中栏在写字；松下来的那几周，右栏才有机会开口。

同样是自己测、自己记，写给谁看，决定了数字往哪一角靠：写给医生，它往中栏靠，成了一份报告；写给自己，它往右栏靠，成了自我符号的材料。这条分界，本书在后面还会用到：数字旁边写着的那几个字，是给谁写的？

第2章说过，诊室里和家里测出的数可以不一样。那一章讲的是刻痕在两处条件下的差别。这里补的是另一层：就算条件都说清了，一个数落进谁的本子、写给谁看，它的身份也跟着变了。

◆ 五、数字太密，土就被冲走了

先说一件睡眠门诊里的事。2017 年，美国几位睡眠医学研究者在《临床睡眠医学杂志》上报告了三个病例。〔已核〕这几位病人都戴着记录睡眠的设备，都很在意设备给出的睡眠数据；越在意，越睡不安稳。有的病人在睡眠实验室里测下来，结果并不差，却不太肯信，更信自己手腕上的那个数。作者给这种情形起了个名字，叫 orthosomnia，大意是"对完美睡眠的执着"〔待核：通行中文译名〕。

这三个病例的要紧处，不在睡眠，在数字的身份。手腕上那个数，本来是刻痕，是现实符号，是"昨晚怎样"的一条记录。可是在这几位病人那里，它悄悄挪了位置。

它先坐到了中栏：不再是"昨晚怎样"，而成了"睡得好不好"的标准。实验室里更讲究的那一份测量，反倒被它比了下去。它又坐进了右栏："我是一个睡不好的人。"一个数，同时占了三栏。三角塌成了一个点。没有了三个角之间的对不上，也就没有了解释，没有了问诊，只剩下那个数在说话。

这就是双刃的另一刃。数字回到身体，可以成为自我符号的材料；数字太多、太密、旁边一个字也没有，也可以把自我那一角整个盖住。

本书把一个人身上那些互相牵连、长在一起的东西——身体的样子、日子的习惯、对自己的看法——叫作土（特征纠缠）。自我符号是从这片土里一点点长出来的。数字适量，像雨水，土吃得进去；数字太密，像大水漫灌，土吃不进去，反倒被冲走了。用能量账来看，会更清楚。

第一，提醒是免费的，看提醒不是。设备发一声提醒，几乎不花什么。可是每一声提醒，都在看的人身上拉开一道小小的落差："是不是出事了？"落差要做功：要打电话，要放大曲线，要往回拉四十分钟。

如果这番功结晶出了点什么——"哦，原来是那天的事"——动能就存成了内能，人对自己多认识了一点。如果什么也没结晶出来，它就只是消耗。一晚上消耗一次，一个月消耗三十次。

书四《大模型是索绪尔的网、皮尔斯的链：符号在对话中才发生》讲过"免费的符号不结晶"：别人替你说出的答案，你没付动能，在你身上只是信息。这里是同一件事的另一面：设备替你一刻不停地"说"，你一刻不停地付动能去听，可是听来的东西接不上日子，照样结晶不了。动能付了，内能没存下。

第二，落差太多，就等于没有落差。一条每隔几分钟更新一次的线，一天能给出几百个"是不是有事"的瞬间。可是本书一再说，对不上要能事前指认，才算一条缝。几百个起伏摆在那里，哪一个是缝，哪一个只是线本来的样子？

分不清的时候，人只有两条路：要么每个都当真，累垮；要么一个都不当真，麻木。前一种是焦虑被喂养，后一种是数字被关在抽屉里。两种都是一锅粥（混沌）——不是没有数，是数多到形不成形状（显露）。

那么缝在哪里？本章的回答是：缝很少在线的内部，缝在线和日子之间。线上一段起伏，配上一句"那天是满月酒"，就对上了，用不着解释；配上一句"那天什么事也没有"，才是一条值得带进诊室的缝。没有日子那一栏，线里的起伏就只是起伏。

第三，固化。线看久了，会出现本书前面讲过的两种固化。在对象端，那条线成了偶像。家人不看人，只看线；线平就放心，线翘就慌。父亲本人坐在那里，说一句"我好好的"，抵不过屏幕上翘起来的一小段。

在自我端，会长出一种新的石心："我就是这条线。"这种石心尤其隐蔽。它是用自己的数字一块一块砌起来的，看上去像是对自己最负责的样子，连接度高得很，可是不再回写——日子怎么变，"我"都只认那条线。

这里要说一句公道话。上面这些毛病，不是设备的错，也不是用设备的人的错。设备只管把数测出来、送出去，这件事它做得越来越好。数字太密会喂养焦虑，是因为数字的身份变了，而围着它的谈话、关系和日子没有跟着变。数字送到之后变成什么，是另一件事——那是本书要讲的事。**身体或心里的难处真的大了，请找医生或心理咨询师。**

◆ 六、谁在看这条线

第2章借福柯讲过"医学凝视"：在现代医院里，病人的身体被一道受过训练的目光看着、读着、分类着。那道目光来自医生，来自医院。这一章要补一句：如今这道目光，多了两个来路。

一个来路是家人。在中国，在新加坡，儿女替远方的父母装一个能看读数的应用，已经是很平常的孝心。这份孝心是真的。晓雯装那个应用的时候，心里想的是"放心"两个字。

可是"放心"这两个字有个讲究：放的是谁的心？父亲那句"你又盯着我了"，说的是另一面。一个在灶台边、在河边、在棋盘前过了六十多年日子的人，忽然发现自己的身体在女儿手机上亮着，一举一动都有人看。他未必说得出哪里不对，可是那句话里的硬，是一个人被当成一条线的不舒服。

用能量账说，家人本来是场，是势能，是托着一个人的自我符号慢慢结晶的那张网。可是当这张网只通过一条线和人相连，它的拉力就拧了方向：不再托着人往前，而是从四面拽着人。场还在，连接却从"人和人"变成了"人和线"。

另一个来路是自己。一个人看自己的线，看久了，会生出一种很怪的分身：一个在过日子的我，一个在盯着线的我。盯着线的那个我，像一位不下班的检验科主任，每隔几分钟就发一张小化验单给过日子的那个我。这时候数字确实回到了身体，可是回来的方式不对：它不是回到身体里当材料，而是站在身体外面当考官。

"量化自我"的倡导者有一句很好的愿望：用数字认识自己。研究这一潮流的学者也提醒过，数字认识的"自己"，常常是被设备的格式先剪裁过的那一个〔待核：Lupton《量化的自我》（2016）大意〕。用本书的话说：数字可以是认识自己的

料，可是料不会自己炒成菜；替你炒菜的如果是设备的格式，端上来的就是格式的口味。

所以这一节的问题，不是"该不该看"，而是"谁在看、看完说什么"。看完说一句"线又翘了"，是凝视；看完问一句"那天怎么了"，是对账。前一句把人推回线里，后一句把线拉回日子里。

◆ 七、它对在哪里，又停在哪里

把这一路的材料摆齐，可以给家庭记录和可穿戴设备记一笔公道账。它对在哪里，第二节说了四条：数字多了，条件全了；医生看见了门诊外的日子；病人看见了自己的缝；开口有了凭据。这四条，哪一条都是几十年的工程与临床研究一点点换来的。

还有一位前人，把这件事看得更细。荷兰学者摩尔（Annemarie Mol）在荷兰的糖尿病门诊和病人家里做过多年田野，写成《照护的逻辑》（2008）〔待核：出版年〕。她的大意是：病人在家里测出的那些数，不只是交给医生去裁判的证据。它们是日常照护的一部分——测一测，看一看，调一调日子，再测一测，像一个人在灶台边不停地尝咸淡。她把这种不停试、不停改的做法，看作照护本来的样子，而不是"病人没管好自己"的证据。〔待核：转述大意〕

这个说法，对本章很要紧。它把家里的数字，从"考卷"的位置上请了下来，放回了过日子的手里。本书接着往前走一步：尝咸淡要有一张嘴，看数字也要有一栏日子。没有那一栏，尝了也不知道是哪一锅。

它停在哪里？**第一，停在"回到身体"和"回到日子"之间**。数字从检验科回到了病人身上，贴在胳膊上，戴在手腕上。可是它没有自动回到日子里。设备记得下每隔几分钟的读数，记不下"外孙满月"。日子那一栏，仍然要靠一只手、一支笔、一句话去填。

第二，停在对账桌前。一份几周的曲线报告送到医生那里，常常被当成一份更厚的化验单来读：看平均，看起伏，看越出范围的时间占多少〔待核：常见报告格式的描述〕。这是用左栏去对中栏，对得很认真，也很有用。可是右栏——这几周病人怎样过——还是空的。数字多了几百倍，三栏之间的对账，却未必多了一次。

第三，停在"谁来付动能"上。设备付掉了测的动能，没人付读的动能。读，不是看一眼数；读，是把数和日子放在一起问一问。这一份动能，设备付不了，医生在几分钟的门诊里也付不了多少，最后往往落在病人和家人身上。落下来的时候，又常常没人告诉他们该往哪里使。

这三处停下的地方，正好是接着要走的一步，不是它的错。设备把刻痕送到了家门口；把刻痕和日子缝在一起，是人的活。本书在这里的说法，可以压成一句：

数字回到身体，只走了一半；数字回到日子，才走完一整段。

回到日子，有一个看得见的记号：数字旁边，有没有字。

◆ 八、一块石心怎样松开一条缝

在回到晓雯和她父亲之前，先看一个短一点的例子。它讲的是第五节那种新石心——"我就是这条线"——怎样松开。雷佩玲，41 岁，新加坡一家物流公司的排班主管。她戴一块记录睡眠的手表，戴了三年。每天早上睁开眼，第一件事是看表上的睡眠评分。分数高，一天精神；分数低，一天都觉得自己没睡好，开会时打不起劲，下班就说"昨晚又没睡好"。

这三年里，"我是一个睡不好的人"这句话，在她身上越来越结实。同事知道，丈夫知道，她自己更知道。证据就在手腕上，一天一个，从不缺席。照本书的说法，这是一块连接度很高的自我符号。它天天有数字来加固，又从不和日子对一次账。动能为零，内能极高，这就是石心的样子。

松开它的，不是一番道理，是一次对不上。那是一个周六。前一晚，她陪读中学的女儿熬夜赶一份手工作业，母女俩一边剪纸一边笑，很晚才睡。早上醒来，她觉得浑身轻快。看一眼手表：分数是这个月最低的。

她愣了一下。以往这时候，分数总是赢的——"原来我昨晚睡得这么差，难怪……"可是这一次，身体里那份轻快太硬了，硬得压不下去。一个数说"差"，一个身体说"好"。两个已经结晶的符号，在同一个早上撞上了。

那天她在手机备忘录里写了一行字："分数最低，可我觉得很好。陪女儿做手工。"这是她三年来第一次在数字旁边写字。

后来的几个月，备忘录里的字渐渐多了。有时候分数高，她写"其实一直在做梦，累"；有时候分数低，她写"还行"。字和数对得上的时候，她什么也不想；对不上的时候，她就多写一句。

石心不是一下子碎的。它是被一条缝一点点撬开的：先有一次硬得压不下去的对不上，再有一个地方把这条缝记下来，然后是一次又一次的小对账。用本书前面的话说，熔开有两条来路，这里走的是第一条——新的对不上进来了。

熔开之后，也没有立刻长出一个新的"我"。"我是一个睡不好的人"松了，可是并没有马上换成"我是一个睡得好的人"。在一段时间里，她身上只是多了一份松动：今天怎样，先看看再说。本书把这份松动看得很重。熔开之后，先托住，不急着再结晶。急着再结晶，往往是把一块旧石头换成一块新石头。

手表她还戴着。只是早上睁眼的第一件事，渐渐换成了先感觉一下自己，再看表。这个次序的挪动，看着很小。可是它正好是三角重新转起来的样子：右栏先说话，左栏再说话，两边对一对。**身体或心里的难处真的大了，请找医生或心理咨询师。**

◆ 九、一个完整的例子：父亲的两本账

回到苏晓雯。那晚之后的第三个周末，晓雯回了一趟湖南。她从抽屉里翻出那个蓝封皮的本子，坐在父亲旁边，一页一页地看。本子从 2016 年记起，记了七年，后来贴上传感器，就停了。前几年记得密，后几年稀一些。有好些页，数字旁边的字比数字还多："今天跟老侯吵架""去镇上赶集，走了很远""你妈住院第三天""晓雯打电话说升组长了"。

晓雯看到最后那一行，停了好一会儿。那是四年前的事，她自己都快忘了，父亲的本子里还记着。她问："这些字，是写给医生看的吗？"父亲说："给我自己看的。医生哪有空看这个。不写，过几天就忘了那天怎么回事。"晓雯又打开手机上的曲线，递给父亲。父亲眯着眼看了一会儿，说："这个好是好，就是看不出是哪天。天天都一个样。"

一个测试工程师在这里认出了一样东西。在她的行当里，一条缺陷记录，光写"出错了"不够，还要写清在什么条件下出的错，能不能重现。没有条件的缺陷单，

开发看了只能摇头：重现不了，就没法查。父亲的蓝本子，是一本带条件的缺陷单。每一个数，都挂着它出生那天的日子。手机上的曲线，是一万条没写条件的报错。每一条都很准，每一条都说不清是怎么来的。

这一层看清楚之后，晓雯手机上那个夜里十一点的提醒，被关掉了。父亲手机上的那一个还留着——那是父亲和他的医生之间定下的事，轮不到女儿来改。

父女之间，慢慢长出了一个别的办法。每个周日晚上，两人通一次视频。父亲把这一周的曲线翻出来，挑一两段他自己觉得"有点怪"的，说说那天是怎么过的。晓雯不评论高低，也不出主意，只问一句"那天怎么了"，然后在一份两人共享的手机备忘录里，替父亲记下几个字。

这个办法不是医学的办法。它不管读数高低，不碰任何该由医生来定的事。它只做一件事：让数字旁边重新有字。

头两个周日，父亲说得很少。"没啥，就那样。"第三个周日，他指着一段说："这天下午去给你妈扫墓了，回来一直不想动。"晓雯在备忘录里记下："周三，扫墓。"那一晚的视频，两人都没再说话，屏幕两头各坐了很久。到第六个周日，父亲开始自己挑段落了。他会说："这段我知道，是跟老侯去钓鱼，晒了一下午。""这段我不知道，那天啥事也没有。"

后一句，晓雯在备忘录里多记了一个记号。她在行当里管这种叫"复现不了的问题"。用本书的话说，这才是一条缝：数字和日子对不上，而且是事先就能指出来的——备忘录里白纸黑字，"那天啥事也没有"。前面那些"跟老侯钓鱼"的日子，数字和日子对得上，也就用不着解释。

两个月后，父亲去复诊。他带去的，除了设备导出的那份报告，还有晓雯打印出来的那页备忘录。不长，二十几行，每行一个日期、几个字，有三行后面画着那个记号。医生先看了报告，又翻了翻那页纸，在画记号的一行停下来，问了几句那天的事。父亲说了。医生又问了另一行。那一次门诊，比平常长了几分钟。

至于医生怎样判断，接下来怎样安排，那是医生和父亲之间的事。**具体病情请遵医嘱**。回家的路上，父亲在电话里跟晓雯说了一句："今天这个医生，跟我多说了好几句话。"

晓雯后来想，医生大概并没有多说什么特别的话。不一样的是，这一次桌上除了一条线，还有一页字。左栏和右栏同时摆在了桌上，中栏的那个人，才有了对账的东西。

还有一件小事。周日的视频打到第七周，父亲忽然说："其实那天我自己也知道是怎么回事，就是没人问。"这一句，比曲线上任何一段都更像一个自我符号正在成形（介生）的样子。不是数字告诉他他是谁，是他借着数字，说出了自己的一天。

把这个例子从头捋一遍，可以看出数字的身份换了几次：在蓝本子里，它是"我测我记"，旁边有字，是父亲认识自己的材料。贴上传感器以后，它成了"机器测、谁都能读"的一股流，到了女儿手里，成了一声警报，日子被留在了湖南。周日视频以后，它还是那股流，可是每周有一两段被拉回来，挂上了日子。它没有退回蓝本子，也没有停在警报里，它在两者之间找到了一个新的位置。

这里没有一个人看穿了什么。是一个蓝本子、一条曲线、七个周日的视频和一页备忘录，在两个月里一点点改了一个数字的身份。这一段日子，显出了一个和从前不太一样的父亲，也显出了一个和从前不太一样的女儿。

◆ 十、数字的快，日子的慢

这个例子里，有一个细节值得单独拿出来说：为什么是每个周日，而不是每次提醒？答案藏在能量账的第三样东西里。本书说，动能是沿着一条路（差异序列）拆开、重接的速率和方向。速率这两个字，在这里很要紧。

化验单的年代，数字几个月来一次。它太慢了。慢到上一次的数和这一次的数之间，隔着一整季的日子，谁也记不清中间发生过什么。缝是有的，可是落差散在几个月里，攒不成一股劲。传感器的年代，数字几分钟来一次。它又太快了。快到日子还没来得及发生，下一个数已经到了。缝也是有的，可是落差被切成了几百个碎片，每一片都太小，做不了功，只够惊一下。

一个人的自我符号，是按什么节奏结晶的？不是按分钟，也不是按季度。是按天，按周——按"那天去扫墓了""那周跟老侯钓了两回鱼"这样的节奏。日子是一天一天过的，一个人对自己的认识，也是一天一天、一周一周沉下去的。

所以周日的视频管用，不是因为它多看了什么，而是因为它把数字的节奏，调回了日子的节奏。一周一次，挑一两段，说一说那天。快的数字被放慢了，慢的日子被唤醒了，两边的速率对上了，动能才能往一个方向使。这一点，可以用一张小表收起来：

	化验单的节奏	传感器的节奏	日子的节奏
多久来一次	几个月一次	几分钟一次	一天一天，一周一周
落差的样子	散在一整季里，攒不成劲	切成几百片，每片太小	一件事一件事，看得见
动能往哪里使	想不起中间发生过什么	被一声声提醒拽着跑	拿一段数，配一件事
容易结出什么	一个被告知的结论	焦虑，或者麻木	"我在这种日子里会这样"
谁在付动能	医生，在几分钟门诊里	看线的人，没完没了	病人和身边的人，每周一次

这张表不是说哪一种节奏好、哪一种坏。化验单的慢，换来的是条件严格；传感器的快，换来的是细节丰富。它们各有各的用处，用法是医生的事。本书只是指出一件容易被忽略的事：数字有它的节奏，日子也有它的节奏。两种节奏不对齐，数字再多，也接不进一个人的身体里去。对齐了，才有对账。

这也是为什么，下一章讲信任、再下一章讲问诊时间，本书会一再回到"节奏"这件事上。对账要付动能，而动能，就是在某个节奏里一次次付出去的时间与追问。

◆ 十一、放回日子里

你身上，可能也带着一个会说话的数字。手腕上，手机里，或者抽屉里一个旧本子。下次看它的时候，可以先不急着问"高了还是低了"。那是中栏的问题，留给医生。先问一个右栏的问题：**这个数字旁边，有没有字？**

有字的数字，是你的；没字的数字，暂时还是机器的。这个"字"不用多。"满月酒"三个字就够了，"啥事也没有"五个字也够了。它不是写给医生的作业，是写给自己的记号。写给自己的字，才会让一个数慢慢沉进你对自己的认识里。

如果你是家人，手机上接着另一个人的数字，也可以问自己一句：这条线到了我这里，是在托着他，还是在拽着他？关心和盯梢之间，隔着的往往只是一句

话。"线又翘了"是盯梢；"那天怎么了"是关心。前一句把人推回线里，后一句把线拉回日子里。

如果你已经有一点"我就是这条线"的样子，也不必急着把设备摘掉。可以先换一个次序：早上醒来，先感觉一下自己，再看数。让右栏先开口，左栏再开口。两边对得上，就放下；对不上，就记一笔，下次带给医生。

至于测什么、什么时候测、读数怎么看，那都是你和你的医生之间的事。**具体病情请遵医嘱**。数字回到身体，是这几十年医学和工程一起送来的礼物。让它回到日子里，那最后一步，要在家里走。

带 走 的 话

数字回到身体只走了一半；旁边写上那天怎么过，它才回到日子里，成为认识自己的料。

小　账

家庭记录与可穿戴把刻痕从检验科送回了病人手里，可是没管日子那一栏；本书接着问：数字旁边的字，由谁来写，写给谁看。

一条连续曲线被当成"更厚的化验单"来读、被当成"我就是这条线"来认，回到身体的数字，又被收回成一份等人宣读的报告。

想 一 想

1. 你身上或家里，有没有一个天天在测的数？它旁边写过字吗？那些字是写给谁的？
2. 有没有一次，一个数字让你一晚上睡不安稳，可第二天一问，那天其实什么事也没有？
3. 你手机上接着家人的哪一条数据？它到了你这里，是在托着他，还是在拽着他？

◆



第　五　编

信任是一笔能量账

编　序

第四编讲慢病，讲一条路怎样在日子里一步一步长出来。第五编把那笔能量账，从病人一个人身上搬到诊室里两个人之间。书二说，符号结晶都要付能量：动能、势能、内能。放进医患之间，这三样各有一个家常的名字：时间与追问，信任构成的场，多年攒下的连接度。

第13章从西安一位退休挡车工讲起：九年小对账攒下的踏实，被大医院一句"这个年纪，都这样，正常"连带着拆掉。这一章说，信任就是医患之间的连接度，建要一根一根搭，拆却可以从"站在我这边"那个节点下手。第14章跟着新加坡一位出租车司机，看那句憋了三个月的话为什么总落在门把手上：三十秒只够数字对标准，三分钟右栏才进得来，这几分钟由谁来付，是这一章要算的账。第15章回到福州一间茶叶店，看一个很重的消息落下来时，被熔开的其实是病人"我是谁"的那块自我符号；熔开以后先托住，不急着让它再结晶。

三章都先把医学做对的事写足，信任量表、"还有一些别的事吗"、SPIKES 六步，再看它们停在哪里。停下的地方，大多在一次门诊之外：攒下的信任人一走就带不走，时间没有自己的表，熔开要走好几个星期。下一编"制度的三界设计"就从这里接过去，看家庭医生、病历与同意书、线上问诊，能不能替这笔账留出位置。

读这一编，可以带着一个问题：一次门诊里的那几分钟、那一句话、那一张纸，什么时候只是花掉了，什么时候存了下来，成了下一次谈话可以靠着的东西？

13

第13章

信任：医患之间的连接度

这一章的问题

马桂兰在段医生那里看了九年，大医院一句"这个年纪，都这样，正常"，她就哪儿都不去了——九年攒下的那份踏实究竟是什么，为什么一句话就能把它拆掉？

◆ 一、"不去了，哪儿都不去了"

马桂兰，72 岁，西安的退休纺织女工。她在城东的纺织厂干了三十一年，挡车工，三班倒。厂里的机器一开，一个人要看好几十个锭子，哪一根断了头，得一眼看出来，一伸手接上。她常说，干这行的人，眼睛是练出来的，耳朵也是练出来的——机器声音一变，不用看就知道哪里不对。

退休以后，她住在厂区的老家属院里。院门口有一个社区卫生服务站，站里有一位段医生。她在段医生那里看了九年。那年秋天，段医生说她该去大医院做一项检查，给她开了转诊单。

她儿子请了半天假，陪她去。排队，挂号，检查，再排队。下午三点多，终于轮到她拿着报告见医生。那是一位年轻医生，桌上摞着一沓病历，门口还站着好几个人。他看了报告，点了点头，说："这个年纪，都这样，正常。"说完转身去敲电脑，叫下一个号。前后不到两分钟。

回家的公交车上，马桂兰一句话也没说。晚上，儿子打电话来问，她只说了一句："不去了，哪儿都不去了。"儿子以为她说的是大医院。可是下一个月的十五号，本该去段医生那里量一量、拿一拿药的日子，她也没有去。她坐在家里，面前是一个旧布袋，里面装着九年来所有的化验单、病历本和转诊单，叠得整整齐齐。她把布袋放回柜子顶上，关上了柜门。

那位年轻医生说错了吗？没有。从医学上说，那句话很可能是一句宽慰：您这个年纪，这样的结果，在常见的范围里，不用太担心。可是马桂兰听到的，是另一句话："您老了，不值得多看。"

一句话，两种听法。说的人用了不到两秒，听的人却把九年攒下的东西，连同对段医生的那一份，一起锁进了柜子。这一章要问的就是这件事：信任是什么？为什么它攒得那么慢，拆得那么快？

◆ 二、九年是怎样攒下来的

要明白那一句话拆掉了什么，得先看那九年攒下了什么。马桂兰刚开始去服务站的时候，并不信段医生。那时候段医生四十出头，刚从别处调来。马桂兰心里嘀咕：社区的医生，能看出什么来？她去，是因为近，是因为大医院排队排不起。

第一次，段医生问了她以前是干什么的。她说纺织厂，挡车工，三班倒。段医生"哦"了一声，在本子上记了一笔。第三次去，段医生翻着本子说："您以前上夜班多，现在晚上睡觉还习惯吗？"她愣了一下。上回随口说的一句话，他记着。

第二年冬天，她老伴走了。那个月她去量血压，段医生没急着量，先问了一句："家里还好吗？"她没忍住，在诊室里哭了一场。段医生没说什么大道理，递了一张纸巾，等她哭完，才开始量。

第四年，有一项化验结果出来，段医生看了很久，说："这个数，我也说不太清楚是怎么回事。咱们过两个月再查一次，看看再说。"她后来跟老姐妹们说起这件事，说的不是那个数，是那句"我也说不太清楚"。她说："他敢跟我说他不知道。"

还有很多更小的事。她说药片太大咽不下，段医生记下了，下回问她现在怎么样。她说下雨天膝盖难受，段医生没多说什么，只是下回见面先问了一句"这几天下雨，膝盖还行吗"。

第六年，她跟段医生拌过一次嘴。那回她嫌每个月跑一趟太麻烦，说以后隔几个月来一次算了，段医生不同意。两个人在诊室里各说各的，声音都高了一点。最后段医生说："您先别急着改。下回来，把您嫌麻烦的地方一样一样说给我听，咱们一起琢磨。"

下回她真说了：家属院的楼梯陡，服务站周一人多，儿子每回都得请假。段医生真听了，一样一样记下来。后来她的复诊，挪到了人少的周二上午，量完就走，不用等。她嘴上没说什么，可是她记得，她那些"小事"，他是认认真真记下来的。

这些事，单拿出一件来，都不算什么。没有一件是治好了什么病，也没有一件是诊断出了什么。可是九年下来，它们一根一根，搭成了一样东西。这样东西，马桂兰说不出名字，只知道去服务站的时候，心里是踏实的。本书给它一个名字：**连接度**。

◆ 三、研究者怎样看医患信任

医患信任这件事，研究者已经认真研究了几十年。先把他们对在哪里说足。

第一，信任是可以被认真定义、被测量的。

2001 年，美国学者霍尔（Mark Hall）等人在《米尔班克季刊》上发表了一篇长文，题目就是三个问题：医患信任是什么？能不能测？要不要紧？〔已核〕他们梳理了大量文献，给信任下了一个正式的定义，大意是：一个人在自己处于弱势、需要依靠对方的时候，乐观地相信对方会照顾好自己的利益。他们还把病人对医生的信任，拆成了几个方面。大致是：相信医生站在自己一边，相信医生有本事，相信医生说实话，相信医生替自己保密，再加上一个总体的信任感。〔待核：维度的具体名目〕

这件事做得很要紧。在这之前，"信任"是一个人人都说、谁也说不清的词。有了定义和量表，信任第一次可以被比较、被追踪、被研究。

第二，信任是"接受自己的弱势"。

哲学家贝尔（Annette Baier）在 1986 年的一篇文章里说过一个很深的意思：信任，就是把自己在意的东西，放在别人手里，接受别人可能伤到自己。〔待核：贝尔《信任与反信任》，1986，《伦理学》〕看病正是这样。病人脱了外衣躺在检查床上，把自己的身体、自己的担心、有时候连自己家里的事，都交到一个才见过几面的人手里。没有信任，这件事一天也做不下去。

第三，信任是一笔慢慢投进去的本钱。

英国精神分析学家巴林特（Michael Balint）在1957年出版了《医生、他的病人与疾病》。他和一群全科医生一起研究了很多年。书里有一个说法流传很广：医生和病人之间，像是一家"共同投资的公司"。两边年复一年往里投，投进去的是一次次的就诊、一次次的谈话，回报也随着年头增长。〔待核：原词为 mutual investment company 抑或 bank〕他和他的讨论小组，第16章还会细讲。

第四，同一位医生看多年，是要紧的。

2018年，英国的佩雷拉·格雷（Denis Pereira Gray）等人在《英国医学杂志·开放》上发表了一篇系统综述，题目是《医生照护的连续性——生死攸关？》。他们找到了22项符合条件的研究，其中18项发现：病人由同一位医生看得越连续，死亡率越低。〔已核〕作者也说明了，各研究的测法不一，没法简单合并成一个数。这项综述不是说连续性能治病。它说的是：一个人被同一位医生认识得越久，这件事本身就和他的健康结局连在一起。

第五，信任攒起来慢，拆起来快。

研究风险与公众心理的学者斯洛维奇（Paul Slovic）在1993年的一篇文章里提出过一个"不对称原则"，大意是：信任难建易毁。一件坏事拆掉的信任，往往要很多件好事才能补回来。〔已核：Slovic，1993，《风险分析》，13卷；待核："不对称原则"的具体表述〕

五条放在一起，医学和社会科学在这件事上已经走了很远。信任能定义，能测量，它关乎人的弱势，它是一笔长期的本钱，它和健康结局相连，它难建易毁。这些都是真知识，本书全部接过来。

◆ 四、它们停在哪里

接过来之后，还要看一看，这些说法在哪里停下了。

第一处：信任被当成一种态度，量一次就有了。

量表是在某一天、某一刻填的。它量出来的是一个分数：这个病人此刻有多信这位医生。这很有用。可是一个分数说不出它是怎么来的。马桂兰在第九年给段医生打的分，和第一年打的分，也许差不多高；可是第九年的那个分数底下压着九

年，第一年的那个底下，只压着"服务站离家近"。分数一样，底子不一样。底子不一样，经不经得起拆，也就不一样。

第二处：信任被当成医生身上的一种品质。

能力、诚实、站在病人一边——这些说的都是医生是什么样的人。好像信任是医生身上自带的东西，病人只是去感知它。可是马桂兰对段医生的信任，并不长在段医生一个人身上。它长在两个人之间：长在"上夜班"那一句被记住了，长在"家里还好吗"那一问，长在"我也说不太清楚"那一次坦白。换一位同样有本事、同样诚实的医生，这些东西不会自己搬过去。

第三处："难建易毁"被看见了，没被讲透。

为什么一件坏事抵得过十件好事？常见的解释是心理上的：人对坏消息更敏感，坏事更容易被记住。这个解释有道理，可是它只讲了听的人怎样，没讲那份信任本身是怎样搭起来的。如果知道它是怎样搭的，也许就能知道它为什么会塌。

第四处：连续性被当成一个容器。

"同一位医生看多年"，研究里通常量的是次数：一年里有几成的门诊是同一位医生看的。这个量法很实在，也很必要。可是同一位医生看了九年，九年里装进了什么？如果九年里每次都是两分钟、三句话、开药走人，这个容器是空的。连续性给了信任一个可以长的地方，可是长没长出来，要看里面发生了什么。

这四处停下的地方，正好是接着要走的一步，不是它们错了。研究者先得把信任当成一样能量、能比的东西，才能证明它要紧。证明了它要紧，下一步就该问：它是用什么搭起来的？

◆ 五、本书的说法：信任是连接度

本书的回答，借用书二的能量账。书二说，任何一个符号结晶，都要付能量：消耗动能，依靠势能，建立内能。内能就是连接度，即断裂的难度——一个符号有多结实，就看要多大的力才能把它拆开。**医患信任，就是医患之间的连接度。**

这句话要拆开说。一位医生和一位病人之间，本来什么也没有。第一次见面，两个人各带着自己的东西进门：医生带着中栏，带着指南和训练；病人带着右栏，带着自己的日子和感受；桌上摆着左栏，一张化验单，一个血压读数。

每一次门诊，这三栏都会碰一碰。碰的结果有三种。一种是三栏对得上。数字在范围里，病人也觉得挺好，医生的标准也没什么话说。对得上，就没有解释。这一次门诊平静结束，两个人之间不多也不少。

一种是对不上，可是对不上被说了出来，被一起看了一看。段医生那句"这个数我也说不太清楚，咱们过两个月再查一次"，就是这一种。缝没有被填平，可是两个人一起站在了缝的边上。这叫一次**小对账**。还有一种，是对不上，而这条缝被一方单方面关上了。一句"正常"，一句"压力大"，一句"这个年纪都这样"。缝还在，只是没人再看它。

本书的说法是：**医患之间的连接，就是一次次小对账结出来的**。每一次小对账，都要付动能：医生多问一句，病人多说一句，多花的那几分钟。每一次小对账，都要靠势能：诊室里那张桌子、那份病历、服务站在家属院门口这件事本身，托着两个人坐下来。对完了，一根连接就搭上了，存成了内能。

马桂兰那九年里的每一件小事，都是一次这样的小对账。"上夜班"被记住，是她的日子进了医生的本子；"家里还好吗"，是医生的中栏给她的右栏让了一个位子；"我也说不太清楚"，是三栏之间的缝被诚实地摆上了桌面。九年，一百多次门诊，不是每次都有小对账。可是只要有一部分有，连接就一根一根搭上去了。到后来，马桂兰进门之前，心里已经是踏实的。这份踏实，就是连接度高到不用再想的样子。

这里有一个推想，还没有被检验，不妨单独说一说：信任多半长在缝边上，而不是长在顺顺当当的门诊里。三栏对得上的门诊，当然是好事。可是它不怎么加连接度。数字好，人也好，医生点点头，病人道声谢，两个人之间什么也没有多出来。一百次这样的门诊，可能还抵不上一次"这个数我也说不太清楚"。

为什么这样推？因为只有在对不上的地方，两个人才真的要付动能：医生要多想一步，多说一句实话；病人要多交一点自己的日子，多忍一段不确定。付了动能，才存得下内能。对得上的时候，没人付什么，也就存不下什么。所以马桂兰记

得最清楚的，不是哪一次数字很好，而是那几次缝：老伴走的那个月，说不清的那个化验结果，咽不下的药片。每一条缝，都是一次两个人一起付了动能的地方。

这个推想如果站得住，也就给了医生一个看起来有点奇怪的提醒：病人带着一条缝来，不只是一个麻烦，也是一次搭连接的机会。缝被一句话关上，机会就没了；缝被一起看一看，哪怕最后什么也没解决，连接也多了一根。

用这个说法回头看研究者的五条，会看得更清楚：

研究里的说法	本书的说法
信任是一种可以测量的态度	信任是一段一段搭起来的连接度，分数只是它在某一天的读数
信任是对医生能力、诚实、站在病人一边的相信	这些相信，是一次次小对账里搭出来的，长在两个人之间，不长在一个人身上
信任是接受自己的弱势	病人把右栏交出来，是付出；医生接住了，连接才搭上
医患关系是一笔长期投资	投进去的不是次数，是小对账；只有次数没有对账，账上是空的
同一位医生看多年和健康结局有关	连续性是让连接度能一年年累起来的地方
信任难建易毁	建要一根一根搭，拆可以从一个节点下手

最后一行，下一节专门讲。

◆ 六、为什么拆得那么快

建信任要九年，拆信任只要一句话。这不只是因为人对坏事更敏感。从连接度的样子看，还有一层更硬的道理。一根一根搭起来的连接，并不是平平地摊在那里的。它们会往几个地方聚拢，聚成几个**节点**。

马桂兰对段医生的那么多小事，最后都聚到了一个节点上：**他是站在我这边的**。"上夜班"被记住，是因为他站在我这边；"家里还好吗"，是因为他站在我这边；连"我也说不太清楚"那一句，她也是这么读的——他不糊弄我，因为他站在我这边。这个节点，正是霍尔他们说的那一条：相信医生站在病人一边。

节点的好处是结实。一百件小事都挂在它上面，它就很难被一件事撼动。节点的坏处也在这里：一百件小事都挂在它上面，它一旦被击中，一百根连接一起晃。

建的时候，动能要一根一根地付，一百根就付一百次。拆的时候，只要有一次打在节点上，力气不用大，就能让一百根一起松。

这就是"难建易毁"在连接度上的样子：**建是一根一根搭，拆是从节点下手。拆需要的动能，远远小于建。**

那么，大医院里那句"这个年纪，都这样，正常"，打中的是哪个节点？它打中的，恰恰是"站在我这边"。那位年轻医生说那句话的时候，心里多半是宽慰：不用担心。他站在马桂兰这边。可是这句话里有三样东西，每一样都在马桂兰那里拐了一个弯。

"这个年纪"——她听到的是：你老了。"都这样"——她听到的是：你和别人一样，不用细看。"正常"——她听到的是：你说不舒服，可是我这里没有你的位置。再加上那一转身。医生转向电脑，在他那里是去开下一张单子；在她这里，是一扇门关上了。

这就是第6章讲过的那件事：对不上被误读为"对方有问题"。三栏之间本来有一条缝——报告在范围里，她还是觉得不得劲。这条缝没有被说出来，于是它换了一个样子出现：变成了"这个医生不把我当回事"。缝没有消失，它只是从三栏之间，挪到了两个人之间。

还有一点更要紧：这一下拆掉的，不只是她对那位年轻医生的信任。她连段医生那里也不去了。为什么九年的连接，会被一个陌生人的一句话连带着拆？

因为在马桂兰身上，"站在我这边"这个节点，并不只属于段医生一个人。它有一部分是挂在"医生"这两个字上的——穿白大褂的人，是来帮我的。段医生九年的小对账，有一部分就存在这个更大的节点上。大医院那一句话，打中的就是这个更大的节点。它一晃，挂在上面的段医生，也跟着晃了。

这也是本书要说的公道话：那位年轻医生没有做错什么医学上的事。他那天上午可能看了四十个病人，每一个都只有两三分钟。他说的那句话，在他的标准里是对的。缺的不是他的本事，是那两分钟里没有人付对账的动能。这件事，第14章还要接着讲。

◆ 七、借来的信任，攒下的信任

上一节说到"医生"这两个字上挂着信任。这一层值得单独拿出来看。书二的能量账里，除了内能，还有势能：纠缠网络的吸引和拉扯。本卷把它落在一个具体的地方——**信任构成的场**。

一对医患之间搭起来的连接，是内能。千千万万对医患之间的连接，加上一家医院的名声、一个行业几十年的口碑、一套制度的可靠，连成一张大网，就成了场，就是势能。这两样东西，在一次门诊里是同时在场的。

一位病人第一次走进一家大医院，见到一位从没见过的医生。两人之间一根连接也没有，内能是零。可是病人照样会脱下外衣，躺上检查床，把自己交出去。凭什么？凭的是场：这家医院的名字，墙上的白大褂，门口排着的长队，都在说"这里是可以托付的"。这是**借来的信任**。它不长在两个人之间，它是从场里借的。段医生那里的，是**攒下的信任**。它长在两个人之间，是九年一根一根搭出来的。

借来的信任有它的好处：快，不用攒，第一次见面就能用。一个城市里每天有那么多陌生人看陌生医生，靠的都是它。没有这个场，现代医院一天也转不动。借来的信任也有它的软处：它没有两个人之间的连接托底。场里的一句话不对，借来的就要还回去，还得又快又干净。马桂兰在大医院那两分钟，用的就是借来的信任；那一句话一出，借来的那份，当场还了。

攒下的信任，软处在另一头：攒得太慢，又攒不进制度里。段医生要是调走了，九年的连接，带不走也留不下。同一位医生看多年，就是让攒下的信任有地方长。在新加坡，许多老街坊有自己的家庭医生。邻里诊所开在组屋楼下，一位医生看一家人，从父母看到孩子，有时候一看就是二三十年。病人走进诊所，医生不用翻病历，就知道这家老人去年动过手术、孩子今年考试。这是攒下的信任长得最好的地方。

大医院和综合诊疗所走的是另一条路：分诊、专科、轮班。病人每次见到的医生可能不一样，可是每一位后面都站着一整套专科的本事、一套公平排队的规矩。这是借来的信任长得最好的地方。

在中国的许多城市，社区卫生服务站和大医院之间，也是这样一攒一借。马桂兰家属院门口的那个服务站，攒；城里那家排长队的大医院，借。老人们常说的"小

病在社区，大病去大医院"，说的是本事的分工；放在信任上看，也是一攒一借的分工。

两条路，本书不比高低。它们各管一样东西：一个管攒，一个管借。一个病人一辈子，两样都要用到。真正要问的，是两样之间能不能接上——大医院那两分钟里借来的信任，能不能接到社区那九年攒下的信任上去？这件事怎样在制度里落地，第16章会讲。这一章先看一个人身上，它是怎样接上的。

	借来的信任	攒下的信任
长在哪里	场里：医院的名字、行业的口碑、制度	两个人之间：一次次小对账
在能量账里是	势能	内能（连接度）
要多久	第一次见面就有	一年一年攒
好处	快，陌生人之间也能用	结实，一句话拆不掉
软处	没有两人之间的连接托底，一句话就要还回去	攒得慢，人一走就带不走
典型的地方	大医院、专科门诊、第一次见面	老街坊的家庭医生、社区服务站

◆ 八、信任是两头的

讲医患信任，人们说的多半是一头：病人信不信医生。可是连接度既然长在两个人之间，它就一定有两头。另一头是：**医生信不信病人**。这一头很少被单独拿出来讲。研究者后来也注意到了它，开始专门去量医生对病人的信任。量的大致是：相信病人说的是实话，相信病人会照着商量好的去做，相信病人不会拿医生的话去做别的用途。〔待核：Thom 等，2011，《家庭医学年鉴》，医生对病人信任量表〕

放到三栏里看，医生对病人的信任，有一个很具体的落点：**医生信不信右栏**。病人说"我不得劲"，说"我下午就是不对"，说"下雨天膝盖难受"——这些话在医生那里，是被当成一份证据，还是被当成一阵噪声？

第4章讲过，病人的感受是医学里最没有名分的符号。名分给不给，在门诊里往往就落在医生一句话的口气上。"您说的这个，我记下了"和"检查都正常啊"，说的可能是同一件事，可是前一句信了右栏，后一句没有。

马桂兰在大医院里那一下，其实是两头一起断的。她不再信那位医生站在她这边——这是病人这一头。那位医生的"正常"，在她听来，也是不信她的"不得劲"——这是医生那一头。两头一起断，连接就断得干净。

段医生九年里做对的，也是两头一起搭。他信她。她说药片太大咽不下，他没说"大家都这么吃"，他记下了。她说下雨天膝盖难受，他没说"老年人都这样"，他下回先问。他信右栏，右栏才肯一次次开口。

她也信他。他说"这个数我说不太清楚"，她没觉得他本事不行，反倒觉得他实在。她信中栏的那个人敢承认中栏的边界，中栏才肯一次次把边界摆出来。一头信了，另一头才敢多交一点。另一头多交一点，这一头就信得更多一点。连接度就是这样，在两头之间一来一回地加厚。

反过来也一样。一头收了，另一头就会跟着收。医生不信右栏，病人就少说；病人少说，医生手里的右栏更薄，更难信。两头一起往回缩，最后诊室里只剩左栏和中栏在说话。

两头还有两种走偏的样子，要顺带说一说。它们正好是本书前面讲过的两种固化。一种是信过了头。"医生说什么都对"，自己的感受一概不算，有话也不说，怕耽误医生的时间。这看起来是信任最满的样子，其实绳子只剩一头：右栏整个交了出去，没留一点在自己手里。医生在对象端被供成了偶像。偶像不会被对不上改写——哪怕病人身上明明有一条缝，也会被病人自己先抹掉："医生说没事，那就是没事。"

另一种是收得太紧。"医生都一个样，谁也不信。"一次被拆，就再也不让任何人搭。这是自我端的石心：连接度极高——高在"谁也不信"这件事上——动能却是零，新的小对账一次也进不来。马桂兰锁上柜门的那一晚，离这块石心只差一步。两种样子方向相反，结构却一样：绳子只剩一头，三栏之间不再对账。熔开它们，靠的都是新的对不上进来，再有人一起站在缝边上。

这一节要留下的只有一句：**信任不是病人对医生的一张评分表，是两个人之间一根两头都得攥着的绳子。**

◆ 九、一个完整的例子：段医生的一通电话

回到马桂兰。十五号那天她没去服务站。十七号下午，家里的座机响了。是段医生。"马阿姨，这个月没见您来，是不是身体不舒服，还是家里有事？"

马桂兰拿着话筒，半天没说话。后来她说："段医生，我不去了。"段医生没问为什么不去，也没劝她要去。他问的是："上回去大医院，检查做完了吧？那边医生怎么说的？"她把那句话学了一遍："这个年纪，都这样，正常。"

电话那头停了一下。段医生说："那报告您带回来了吧？明天上午我在，您要是方便，把报告拿过来，我帮您看看那上面写的是什么。不看病，就看看报告。"第二天上午，马桂兰从柜子顶上把那个旧布袋取了下来。

她进门的时候，段医生正好没有病人。他把报告摊在桌上，一行一行指给她看：这一项是什么，这个数是多少，旁边这一栏是参考范围。他说，参考范围是从一大群人身上量出来的，说的是一群人大多落在哪里，不是专门给哪一个人定的。第1章讲过的那件事，段医生用了两句大白话就讲完了。他又说，那位医生说"正常"，意思是这几项都落在这一群人常见的范围里，不是说她的事不要紧。

这是左栏和中栏之间的对账：数字是什么，标准是什么，两者怎样对上的。然后段医生把报告推到一边，问了一句："那您自己觉得呢？"马桂兰说，就是不得劲，说不出哪里，就是不得劲。

段医生没说"检查都正常啊"。他在病历本上写了两行。马桂兰凑过去看，第一行是：大医院检查结果在参考范围内。第二行是：病人仍诉不得劲。两行字摆在一起，就是本卷一再说的那条缝：病历里同时有"检查未见异常"和"症状持续"。这条缝不是事后才被想起来的，它在这一天、这一页上，白纸黑字地被指了出来。

至于这条缝接下来怎样看、要不要再查、查什么，那是段医生的判断，这里不替他说。**具体病情请遵医嘱**。本书要看的，是这次门诊在连接度上做了什么。

它没有一句大道理。段医生没说"大医院的医生也很忙"，没说"您别多想"，也没替那位年轻医生道歉。他做的只有三件事：问那句话是怎么说的；把报告上的数字和标准对给她看；把她的"不得劲"写进病历，和"结果在范围内"并排放着。第一件，是让那一下被说出来。第二件，是左栏和中栏的对账。第三件，是右栏的位子——

她的感受，有了一行字。三件加起来，正好打在被击中的那个节点上：**站在我这边**。

马桂兰后来跟儿子说："段医生把我那句话写上去了。"她说的是"写上去了"，不是"看好了"。缝还在，可是有人和她一起站在缝的边上了。那一天，"医生"两个字上那个晃了的节点，在段医生这一头，重新挂稳了一点。

过了两个月，段医生又给她开了一张转诊单，还是那家大医院。这一回，转诊单上除了检查项目，段医生多写了一句：病人检查结果在范围内，仍觉不得劲，请再听听病人的叙述。她又去了。还是排队，还是年轻医生，还是很忙。这一回的医生看完转诊单，抬头看了她一眼，问："您说的这个不得劲，是什么时候开始的？"前后也就多了三四分钟。

这三四分钟从哪里来，值得替那位医生想一想。他还是那样忙，门口还是站着好几个人。不同的是，转诊单上那一句话，替他把这位病人的右栏先递了过来。他不用从头去猜"这位老人家还有什么没说"，纸上已经写着：结果在范围内，仍觉不得劲。一条缝事先被指了出来，他只要顺着问一句就够了。

这不是他比上一位医生更好，是他手里多了一样东西。对账的动能，有一部分已经由段医生在社区那一头付掉了。马桂兰回来说，这一趟，人家问她了。

这个例子里，没有一个人看穿了什么，也没有谁一下子想通了。是一通电话、一个旧布袋、病历上并排的两行字、转诊单上多出的一句话，在两个月里，一点一点把一个关上的柜门又打开了。

连接度是这样补回来的：从被击中的那个节点上，一次小对账一次小对账地补。补，比拆难得多；可是只要那个节点还有一个人守着，就补得回来。段医生守住的，是九年攒下的那一份。转诊单上那一句话，又把这一份，往大医院那两分钟里借了一点过去。攒下的信任和借来的信任，在这里接上了一次。

◆ 十、攒下的信任，能不能交接

上面说，攒下的信任有一个软处：人一走，就带不走也留不下。这一节看一个反过来的例子。它发生在新加坡。侯锦堂医生在大巴窑一座组屋楼下开诊所，开了

三十四年。他看过的病人里，有一家三代：外婆、女儿、外孙。外孙小时候发烧，是他看的；外孙结婚，请帖也送到了诊所。

侯医生七十岁那年，要把诊所交给一位年轻的同行。交接的那几个月，他做了一件不在任何规定里的事。他给老病人一家一家地写了一页纸，夹在病历最前面。纸上写的不是诊断，也不是用药——那些病历里本来就有。纸上写的是另一些东西："外婆讲潮州话，听华语慢，说话要慢一点。""女儿怕打针，嘴上不说，手会攥紧。""这一家人有事不爱说，问两遍才说。""老先生去年走了，外婆每到清明前后，来得比平时勤。"

年轻的医生接手以后，第一次见这家外婆，看完了那页纸，用很慢的华语问了一句："阿嬤，这阵子还好吗？"外婆后来跟女儿说："新来的医生，好像认识我。"

这一页纸交接的是什么？不是信任本身。信任是长在两个人之间的连接，侯医生和外婆之间的那三十四年，是交不出去的。新医生和外婆之间，还得自己一次次地对账，一根根地搭。

交接的是**右栏的底稿**。三十四年里，侯医生攒下的不只是连接，还有一份关于这个人怎样过日子的底稿：她说什么话，她怕什么，她什么时候会来得勤。这份底稿，平时只存在侯医生的脑子里，病历上没有它的格子。它一写下来，就从一位医生的记忆，变成了一张可以交到别人手里的纸。

用书二的话说，这是一次三界之间的迁移：本来沉在一个人身上的自我符号，被写成了一张纸，成了可以带走的现实符号。新医生拿到它，第一次见面就有了一点"攒下的"东西可以借。

这一页纸不能代替新的小对账。外婆说"好像认识我"，说的是"好像"。真的认识，还要一年一年地来。可是有了这一页纸，新医生的第一句话，就不是从零开始的。借来的信任和攒下的信任，在这一页纸上又接上了一次。

这个例子不是说每位医生都该这样写，那是制度和行业的事，本书在第16、17章还会讲到病历和家庭医生怎样替三界留位置。这个例子只是说明一件事：攒下的信任虽然交不出去，可是攒信任时一并攒下的那一份右栏，是可以写下来、交出去的。这一页纸，其实就是病历里一直缺着的那一栏。

◆ 十一、放回日子里

如果你是病人，或者是陪着家人看病的人，这一章能带回家的，大概有三件事。

第一，分清你手里的信任，是借来的还是攒下的。

第一次去一家大医院，你用的是借来的信任。它是真的，也够用，可是它薄。那里的一句话让你心里一凉的时候，先别急着把所有的医生都关在门外。你凉下来的，可能只是借来的那一份；攒下的那一份，也许还在社区，在楼下诊所，在一位看了你很多年的医生那里。

第二，那一句话让你不舒服的时候，可以把它带回去问一问。

马桂兰那句"这个年纪，都这样，正常"，在大医院里只用了两秒，在段医生那里用了一上午才对完账。很多让人一凉的话，本来是一句宽慰，只是说得太快。把它带回给一位信得过的医生，问一问"那位医生说的是什么意思"，常常就能把一个误读，变回一条可以一起看的缝。

第三，信任是两头的，你也攥着一头。

你把右栏交出来——"我还是觉得不得劲"，"那天是满月酒"，"我怕打针"——是你那一头在搭。医生肯写下来，是他那一头在搭。你不说，他就没得写；他不写，你下回就更不想说。这根绳子，两头都得攥着。

如果你是医生、护士，这一章只想递给你一句话：**一次小对账，花不了多少时间；它存下的连接度，却会在你看不见的地方，替你托住一个人。**那位年轻医生多问的那一句"是什么时候开始的"，前后三四分钟。可是那几分钟，正好打在一个晃了的节点上。

还有一句给医生的话，说得直一点：病人那句"我还是不得劲"，不是在质疑你的检查，是在把绳子的另一头递给你。接住它，用不着马上给出答案；有时候，一句"我记下了"就够了。

如果你是家属，也可以留意一件事：老人从诊室出来，一句话也不说的时候，未必是没事。问一问"医生跟你说什么了"，再问一问"你听了心里怎么想"。前一句问

的是中栏，后一句问的是右栏。很多拆掉的信任，就是在这一句没人问的沉默里拆掉的。

如果家里的老人像马桂兰那样，忽然"哪儿都不去了"，别只当是脾气。**身体或心里的难处真的大了，请找医生或心理咨询师**。至于病情本身怎样看、怎样治，那是你和你的医生之间的事。**具体病情请遵医嘱**。

带 走 的 话

医患信任是一次次小对账攒下的连接度，建要一根根搭，拆只需一句话打在"站在我这边"上。

小　账

研究把信任当成一种能定义、能测量的态度，证明了它要紧；本书接着问它是怎样搭起来的——是两个人之间一次次的小对账，在两头一来一回地加厚。

把"难建易毁"只解释成人对坏消息更敏感，信任就又被收回成听的人心里的一种偏差，看不见那根被打中的节点。

想 一 想

1. 你有没有一位看了很多年的医生？你对他的信任，是哪几件小事攒下的？
2. 有没有一句医生的话，让你心里一凉？现在回头看，那句话本来想说的可能是什么？
3. 你在诊室里，有没有一句该说却没说的右栏的话？是什么让它没被说出来？

◆

14

第14章

问诊的三十秒与三分钟

这一章的问题

陶志远等了一百分钟，看了六分钟，憋了三个月的那句"夜车还能开吗"，直到手搭上门把手才冒出来——门诊里的时间到底付给了谁，那最要紧的一句又为什么总落在最后？

◆ 一、计价表一直在跳

陶志远，48 岁，新加坡的出租车司机。开了十九年车，白天夜里都开过，这几年多半开夜车：下午四点出车，第二天清早收车。开出租的人，脑子里都有一块计价表。不是车上那一块，是心里那一块。车停着，心里那块表也在跳：停一个钟头，少拉两三趟客；排一个钟头的队，等于白开了一段路。

那天下午，他没出车。他去了组屋区附近的综合诊疗所复诊。两点半到，取号，量血压，坐下等。电视上放着一部老电视剧，他看了两集。

候诊室里坐满了人。有推着轮椅来的阿嬷，有抱着孩子的年轻妈妈，有穿着工装、一看就是从工地请假出来的人。大家都盯着同一块屏幕，屏幕上的号码一个一个往上跳。陶志远心里那块表也在跳：一个钟头，两三趟客。四点十分，屏幕上跳出他的号码。

进诊室，坐下。医生很年轻，很客气，先看电脑上的化验结果，又问了几句最近怎么样。他说还好。医生说了说结果，交代了一下，敲了几下键盘，打印出单子。前后大约六分钟。医生说："那就这样，三个月后再来。"

他站起来，走到门口，手已经搭在门把手上了。他忽然转过身，问了一句："医生，我这样，夜车还能开吗？"医生的目光已经移到了下一个病人的档案上。她抬起

头，愣了一下，说："这个嘛……我们下次复诊的时候再详细谈，好吗？今天先按刚才说的来。"他说好，开门出去了。

那天夜里十一点多，他把车停在一家咖啡店旁边的的士站，叫了一碟炒粿条。邻桌是两个刚收工的建筑工人，在争一场球赛。他一边吃一边想：那句话，他其实憋了三个月。上次复诊就想问，没问出口；这次在等号的一个多钟头里，在心里过了好几遍，进了诊室，还是没问。直到手搭上门把手，它才自己冒了出来。

为什么偏偏是在门口？他算了一笔账：等了一百分钟，看了六分钟，最要紧的那一句，落在最后的三十秒里，又被推到了三个月以后。这一章就讲这一笔账：问诊里的三十秒和三分钟，时间到底付给了谁，又是谁没有付。

本章只讲问诊里的谈话，不讲任何病情该怎么看、怎么治，也不回答陶志远那个问题。那个问题只有他的医生能回答。**具体病情请遵医嘱**。

◆ 二、开头的三十秒，结尾的三十秒

第4章讲过，病人刚开口不久，常常就会被打断。那一章用研究数据讲清了这件事，这里不再重讲。这一章接着问另外两件事：如果不打断，病人会说多久？没说出来的话，后来去了哪里？

先说第一件。 2002 年，瑞士巴塞尔一所大学医院的研究者在《英国医学杂志》上发表了一项研究。〔已核〕他们请内科门诊的医生，在病人开口之后不打断，一直等到病人自己说"就这些了"，然后记下时间。结果是：病人自己说完开场的话，平均大约九十二秒；中位数还不到一分钟；有将近八成的病人，在两分钟之内就说完了。〔已核〕

这个结果，让许多医生松了一口气。原来怕的是"让病人说下去就收不住"；数据说，大多数病人两分钟就说完了。

再说第二件。 医生们之间流传着一个说法，叫"门把手时刻"。病人已经站起来，手搭在门把手上，忽然回头说一句"对了，医生……"。而这一句，往往才是他今天真正想说的。

1994 年，美国研究者怀特（Jenny White）、莱文森（Wendy Levinson）和罗特（Debra Roter）在《普通内科学杂志》上发表了一篇研究，题目就叫"哦，对

了……"。〔已核〕他们录下了 88 位病人和 20 位基层医生的门诊，专门去听门诊收尾的那几十秒。

结果是：大约五分之一的门诊，病人在收尾时提出了一个前面完全没谈到的新问题。〔已核〕研究者还发现，这种"收尾冒出的新问题"，更常出现在前面谈得比较少的门诊里。比如，医生较少交代接下来要做什么，较少说明"现在我们谈到哪一步了"。〔已核大意〕

两项研究放在一起，画出了一张很清楚的图：开头，病人的话其实不长，两分钟大多能说完；可是如果开头没让说完，话不会消失，它会憋着，憋到最后，在门把手上冒出来。陶志远那一句"夜车还能开吗"，就是一次典型的门把手时刻。

用本卷的三栏去看这两项研究，还能多看出一层。开头那九十二秒里，病人说的是什么？多半是来意：哪里不舒服，哪个数不放心，上次的药怎样。这些话，大多落在左栏和中栏的边上，是医学已经有格子接住的话。

收尾那几十秒里冒出来的，又是什么？研究里没有按三栏去分，本书不敢替它分。可是从"哦，对了"这几个字的口气就听得出来：它常常是一句不太好意思、不知道该不该在这里说的话。不知道该不该说，往往是因为不知道它属于哪一个格子。

◆ 三、一个字的差别

如果门把手时刻是因为前面没有给那一句话留位置，那么能不能在前面就留一个？2007 年，美国的社会学家赫里蒂奇（John　Heritage）和他的同事做了一个干净利落的实验。〔已核〕

他们请 20 位家庭医生，先照常看几次门诊，留作对照；然后在病人说完来意之后，多问一句话。一部分医生问的是："今天还有**任何**别的事想谈吗？"另一部分问的是："今天还有**一些**别的事想谈吗？"对照，就是同一批医生改问法之前的那四次普通门诊。英文里，这两句只差一个词：any 和 some。

结果出人意料。问"一些"的那一组，病人带着来、却没谈到的心事，比对照组少了将近八成——经过调整，从大约百分之三十七降到了大约百分之九。问"任何"的那一组，和对照组看不出差别。而且，问"一些"并没有让门诊变长。〔已核〕为什么差一个词，差这么多？

研究者的解释，大意是：在英语的日常说法里，"有任何别的事吗"听起来像是在等一个"没有"；"有一些别的事吗"听起来像是默认你还有事，在等你说出来。〔待核：转述大意〕一个词，就是一个位置。前一个词客客气气地关着门，后一个词把门推开了一条缝。

这个实验对在哪里，要说足：它证明了，病人心里那些"本来想问"的话，大多是真实存在的；它们说不出来，往往不是因为病人不想说，而是谈话里没有一个接得住它的位置。它还证明了，造这个位置，未必要多花时间——只要一个词放对了地方。这是很了不起的发现。它把一件看起来只能靠"医生有没有耐心"的事，变成了一件可以设计的事。

中文里有没有类似的差别？本书没有找到专门的研究，不敢说哪一种问法更好〔待核：中文问诊措辞的相关研究〕。可是道理是相通的。"还有别的吗？"和"您今天还有什么想跟我说的？"，前一句像是在收尾，后一句像是在开门。说的人也许只差几个字，听的人却能听出：这扇门，是在关，还是在开。

◆ 四、把病人请上桌

门把手时刻说的是病人的话没地方放。还有一件事比它更大：病人的话放进来了，可是到做决定的时候，病人在不在桌上？医学在这件事上，走了一条很长的路。

很长一段时间里，医患之间的常见模式是：医生判断，医生决定，病人照做。这种模式不是坏心，它来自一种朴素的责任感：医生懂，病人不懂，懂的人替不懂的人拿主意。二十世纪后半叶，这个模式慢慢松动。知情同意、病人权利、循证医学，一样一样进来。第3章讲过，循证医学最初的定义里，病人的价值本来就是三个要素之一。

1997 年，加拿大学者查尔斯（Cathy Charles）、加夫尼（Amiram Gafni）和惠兰（Tim Whelan）在《社会科学与医学》上发表了一篇文章，副标题很俏皮，大意是"跳探戈至少要两个人"。〔已核：篇名〕他们给"共同决策"列了几条特征，大意是：至少有医生和病人两方参与；双方都拿出自己的信息；双方都为形成一致的方案出力；最后双方对要做什么达成一致。〔待核：四条特征的具体表述〕

十五年后，2012 年，英国威尔士的埃尔温（Glyn Elwyn）和一批同行在《普通内科学杂志》上提出了一个更好上手的"三步谈"模型。〔已核〕

- **选择谈**：让病人知道，这件事有不止一种合理的做法，需要一起选。
- **选项谈**：把几种做法讲清楚，各有什么好处、什么代价。
- **决定谈**：帮病人想清楚，对他来说什么最要紧，然后一起定下来。

这三步的要紧处，在第一步。许多病人从来不知道"还可以选"。一句"这件事有几种做法，我们一起看看"，就把病人从门外请到了桌边。

还有一样工具，叫复述确认。 医生说完，请病人用自己的话说一遍："您回家跟家里人说，会怎么说？"病人说得对，就往下走；说得不对，医生就换个说法再讲一次。英文叫 teach-back。

2003 年，美国旧金山的席林格（Dean Schillinger）等人在《内科学文献》上发表了一项研究，题目大意是"把回路接上"。〔已核：篇名与年份〕他们观察了一批健康素养有限的糖尿病病人和他们的医生，发现医生在门诊里很少去确认病人听懂了没有；而在那些医生确认过的病人身上，后来的血糖控制要好一些。〔待核：具体比例与结论表述〕共同决策和复述确认，后来成了许多国家医学教育里的标准内容。

四样东西摆在一起：让病人说完，在前面给"别的事"留个位置，把病人请上做决定的桌子，确认病人听懂。这是医学在沟通这件事上，几十年里一步步攒下的真本事。本书全部接过来。

◆ 五、这些本事停在哪里

接过来之后，也要看一看，这几样本事在哪里停下了。

第一处：它们都是"怎样用时间"的本事，不是"时间从哪里来"的本事。

让病人说完，要九十二秒；问一句"还有一些别的事吗"，要等病人想一想；三步谈，每一步都要说；复述确认，要病人再说一遍。每一样，都默认诊室里有那么一点时间可用。

赫里蒂奇的实验说，问"一些"不会让门诊变长。这是真的，在那个实验里，平均来看是这样。可是门诊没有变长，不等于那几分钟是白来的——它是从门诊里别的部分挪过来的。挪得动，是因为原来还有一点余地。一个早上要看四十个病人的诊室，余地本身就是稀缺的东西。这些工具教会了医生怎样把一分钟用好。至于那一分钟由谁来付，它们不管，也管不了。

第二处：复述确认确认的是"听懂"，不是"长进去"。

病人能用自己的话说出医嘱，说明医嘱的意思到了他那里。这非常要紧，许多误会就是在这一步被拦下的。可是本书一再说，听懂不等于结晶。第10章讲过，医嘱是理念符号，习惯是自我符号，中间要经过一段三界之间的迁移。书四《大模型是索绪尔的网、皮尔斯的链：符号在对话中才发生》讲过，别人替你说出的东西，你没付动能，在你身上只是信息。复述确认，让病人付了一点点动能——把话自己说一遍。这一点点很宝贵，可是它离"长进日子里"，还有一段路。

打个比方。学开车的人，能把教练讲的"先踩离合再挂挡"一字不差地复述出来，并不等于他上了路就不熄火。复述说明话到了耳朵里，熄不熄火，要看那句话有没有走进脚里。门诊里的复述，管的是耳朵；脚里的那一段，要在家里、在日子里，一次次地走。

第三处：在共同决策里，右栏常常被缩成了"偏好"。

三步谈的第二步，选项从哪里来？多半从中栏来：指南里列着哪几种做法，医生就摊开哪几种。病人的日子，在这里通常以"偏好"的身份进来：您更在意哪一点？更怕哪一种代价？偏好当然要问。可是偏好只是日子的一个切片。陶志远那句"夜车还能开吗"，不是在几个选项之间挑一个，是把他整个日子摆上了桌：他十九年的营生，他的收入，他一家人的钟点。这样的话，在"选项"和"偏好"的格子里，都放不太下。

第四处：门把手时刻，被当成一个要管住的麻烦。

许多沟通训练教医生，在门诊一开头就把病人今天要谈的事列个单子，免得最后冒出来。这个办法很实用。可是它看门把手时刻的眼光，是"打乱了节奏的意外"。本书想换一个眼光：**门把手时刻不是意外，是一个信号。** 它说明，有一句话在整场谈话里都没有找到位置；它说明，那一句话很可能属于右栏；它还说明，这一句话

很重——重到一个人憋了三个月，等了一百分钟，还是要在最后三十秒冒险把它说出来。

这四处停下的地方，正好是接着要走的一步，不是这些本事错了。它们把门诊里的谈话打磨得越来越好；本书接着要问的是，打磨谈话的那块磨刀石——时间——是谁在付。

◆ 六、本书的说法：时间就是动能

本书第19章会给门诊设计一张三栏单，上面有三问。这里先借第三问来用：**这次谈话谁来付动能？**书二的能量账说，动能是沿着一条路（差异序列）拆开、重接的速率和方向。放进诊室里，它有两个很具体的样子：**时间，和追问**。

对账要付动能。左栏和中栏对一次账，便宜：数字是多少，标准是多少，在不在范围里。这件事医生训练有素，电脑还会自动标出箭头，三十秒就够了。右栏不一样。

日子不是一个数，它是一段话。"我开夜车"，后面跟着"下午四点出车，清早收车，一个礼拜六天，孩子明年上大学"。这段话要有人听，听完还要有人问一句"那您最担心的是哪一样"。右栏进门，靠的不是一个箭头，是一段叙述和一次追问。动能不只有快慢，还有方向。追问，就是动能的方向。

同样是多问一句，"还有什么症状吗"是往中栏的格子里找东西，"那您最担心的是哪一样"是往右栏的日子里走。前一句让谈话在医学的路上走得更深，后一句让谈话拐进病人的家门。两句都要紧，可是只有后一句，能让日子那一栏开口。

所以三十秒和三分钟的差别，不在长短，在于**右栏进不进得来**。三十秒，只够左栏对中栏。三分钟，右栏才有机会开口。这也是本书对门把手时刻的解释：门诊里的动能，先被左栏和中栏用掉了；右栏的话一直排在后面，等它轮到的时候，已经是最后的三十秒，动能见底了。它只好挤在门把手上，用最后一点力气冒出来，然后被推到三个月以后。

	三十秒的门诊	三分钟的门诊
左栏（刻痕）	看一眼数字	看一眼数字

	三十秒的门诊	三分钟的门诊
中栏（标准）	对一下范围和目标	对一下范围和目标，说一说这个标准是怎么来的
右栏（日子）	一句"最近还好吗"，答一句"还好"	病人说一段日子，医生追问一句
缝在哪里被看见	多半看不见，或者在门把手上冒出来	在谈话中间被指出来
动能谁付了	医生付了一点，大部分没人付	医生和病人一起付
门口发生什么	常常有一句"对了，医生……"	门把手只是门把手

这张表不是说每一次门诊都必须三分钟、每一次都要谈右栏。有许多门诊，三栏本来就对得上，三十秒也就够了。对得上，就没有解释——这句话在这里同样成立。它要说的是：**当三栏对不上的时候，三十秒是不够付这笔账的。**

还要补一句：三分钟也不是一个死数。上一章讲的段医生，看了马桂兰九年，她的右栏早就有一份底稿存在他心里——上夜班、老伴走了、药片咽不下。这样的医生，问一句"这几天下雨，膝盖还行吗"，右栏就进来了，用不了三分钟。第一次见面的医生，手里什么底稿也没有，同样一份日子，要从头听起。

这里有一个推想，还没有被检验：时间和连接度也许可以互相换——过去付过的时间存成了连接度，今天要付的时间就少一些；过去没付过，今天就得多付。照这个推想，三十秒够不够，要看这三十秒前面，已经存下了多少。那么，三十秒之外的时间，从哪里来？

◆ 七、计价表和挂钟

陶志远心里那块计价表，在这里可以借来用一用。出租车的计价表，同时算两样东西：走了多远，花了多久。堵在路上不动，表也在跳，因为时间本身就是要付钱的。门诊里有没有一块这样的表？

在许多地方的门诊安排里，时间没有自己的表。一个门诊号，就是一个门诊号；三分钟看完是一个号，十分钟看完也是一个号。多出来的七分钟，没有一块表替它记账。没有表，时间就成了从别处挤出来的东西。挤谁的？

挤病人的。 陶志远等了一百分钟，看了六分钟。他付出的时间是医生的十几倍，可是这些时间全付在了候诊室里，没有一分钟付在对账上。

这里有一件很可惜的事：候诊室里那一百分钟，本来也是动能。陶志远在那一个多钟头里，把那句话在心里过了好几遍——他其实一直在付。可是候诊室里没有一个地方接住它，这一百分钟的动能，就散在了电视剧里，没有一分钟存下来。如果那里有一张纸、一支笔、一行"今天最想问的一件事"，散掉的那些，就有一部分能存进口袋里，带进诊室。

挤医生的。 多问一句右栏，后面的病人就多等一会儿；多等一会儿，医生就晚一点下班，或者下一位病人的时间被再压短一点。许多医生心里都有这笔账，只是这笔账记在他们自己身上：累，愧疚，或者干脆不问。

或者谁也不挤。 那就是没人付。没人付，缝就留在那里。病人回到候诊室，回到咖啡店，回到出租车上，带着那句没说完的话，等下一个三个月。

这一节要说一句公道话：这不是哪一位医生的错，也不是哪一种医疗安排的错。世界各地的门诊都在想办法，在有限的医生、有限的钟点、越来越多的病人之间找平衡。本书不评判任何一国的做法，只指出一件事：**医院不付时间，对账就没人付。**

"付时间"不一定是给钱，也不一定是延长每一次门诊。它的意思是：在门诊的安排里，有没有一个地方，专门替右栏的那几分钟记账。

◆ 八、制度能不能把时间变成势能

如果每一次对账都要临场挤出三分钟，那它永远是稀缺的，永远要靠医生的耐心和病人的运气。有没有办法，让时间不只是一次次临场付出去的动能，而是被存起来、变成下一次谈话可以靠着的东西？

书二的能量账里，动能付出去，可以存成两样：一样是内能，连接度；一样是势能，那张托着人的场。上一章讲过，同一位医生看多年，就是让攒下的信任有地方长；照上一节的推想，付出去的时间也许就是这样一年年存成连接度的。这一节看另一样：**能不能把时间存进制度里，变成场。**

各地的诊所和医院，已经有一些看得见的做法。这里只描述它们的样子，不评价哪一种更好。〔待核：以下做法在新加坡与中国的具体推行情况〕

一张进门前的纸。 有的诊所在候诊时发一张小卡片，上面只有一行："今天您最想问的一件事是什么？"病人在等号的一百分钟里，有了一个地方把那句话写下来。进门时，那句话已经在纸上，不用等到门把手。

一位进门前的人。 有的诊所由护士在门诊前先和病人谈几分钟，把病人的日子先听一遍，记在病历里。医生进来时，右栏已经有了底稿。

一个对得上号的时段。 有的地方给复杂的复诊预约长一点的时段，给简单的复诊预约短一点的时段。时间不再是一个号一个样，而是按"这一次要对多少账"来排。

一句放对了地方的话。 赫里蒂奇的那一个词，就是最便宜的制度：它不用加人，不用加钟点，只是把"还有一些别的事吗"放进了每一次门诊的固定流程里。

这些做法有一个共同点：它们都把某一次门诊里本来要临场挤的那几分钟，提前安排进了一个结构里。卡片、护士、预约表、一句固定的话——一旦立住了，它们就不再需要每一次重新付动能，它们自己就托着谈话往右栏那边走。这就是从动能到势能的那一步：**付一次时间，造一个场；以后每一次，都靠着这个场。**

当然，场也有它的成本。卡片要设计，护士要排班，长时段要占号，这些都是真金白银的预算，是第20章要讲的现实约束。本书在这里只说方向，不说账目。还有一点要守住：场能托住对账，不能代替对账。卡片上写了一句话，如果进门后没人看那张卡片，它就只是一张纸。第19章那张三栏单也是一样：纸是场，对账是人做的。

◆ 九、门把手上那句话，属于哪一栏

回到门把手时刻。上一节把它叫作一个信号。信号要读得出来，才算数。这一节试着读一读它。门把手上冒出来的话，大致可以分成三种。

一种属于左栏。 "医生，单子上那个带箭头的，是什么意思？"病人拿着化验单看了半天，前面不好意思问，到门口才问。这种话，医生多半三两句就能答上，答完了，门诊就真的结束了。

一种属于中栏。 "这个是不是要一直这样下去？"病人想知道的是标准：这条线是一时的，还是一辈子的？这种话，医生也答得上，只是要多说几句，要讲讲这个标准是怎么来的。

还有一种属于右栏。 "夜车还能开吗？""下个月女儿结婚，那天我撑得住吗？""要不要跟老板说？""我还能抱孙子吗？"这些话问的不是数字，也不是标准，是一个人的日子：他的营生，他的家，他的面子，他在乎的那一件事。

本书没有做过统计，不敢说三种各占多少。可是从各种门诊研究和医生们的经验里，可以看出一个大致的样子：门把手上那些最难回答、也最让医生措手不及的话，多半是第三种。〔待核：门诊收尾问题类型的相关研究〕这不奇怪。前面说过，左栏和中栏的对账便宜，在门诊的前几分钟里就做完了。剩下的那些，本来就是右栏的。

再举一个小场景。一位母亲带孩子来复诊，看完了，拉着孩子走到门口，回头问："医生，他下礼拜学校有运动会，能去吗？"孩子在一旁拽她的衣角。这句话里没有一个数，也没有一个指南里的词，可是它是这一家人这个礼拜最大的事。它在门口冒出来，因为前面九分钟里，没有一个格子是给"运动会"留的。

这样读，门把手时刻就有了一个很实用的用处：**它是右栏在事前就能被指出来的缝。**本书一再强调，对不上必须能在事前独立指认，不能事后说"其实早就对不上"。门把手上那句话，看起来是最后一刻冒出来的，可是它并不是最后一刻才有的。陶志远那句话，憋了三个月。它早就在那里，只是没有一张纸、一个位置、一句"还有一些别的事吗"，让它在事前被看见。

前言里的蔡淑贞也是一样：她半年来每天下午的那份不对劲，在那一次门诊之前就已经在那里了。第19章会回到她身上。所以，读懂门把手时刻，等于找到了一种不用等到门口的办法：**把门口的那句话，挪到进门之前。**

卡片上写下来，护士先问一遍，或者病人自己在排队单的背面记一笔——那条缝就从门把手上，挪到了桌面上。下面这个例子，就是这样挪的。

◆ 十、一个完整的例子：排队单背面的一行字

三个月后，陶志远又去复诊。这一回出门前，他在咖啡店里吃完早餐，没急着走。他从口袋里掏出上回诊疗所的一张旧排队单，翻到背面，向老板借了一支笔，写了一行字："想问：夜车还能不能开？怎样开？"

写完，他看了一会儿，又在下面添了一行小字："下午四点出车，早上六点收。一个礼拜六天。孩子明年上大学。"他把排队单对折，塞进了上衣口袋，和身份证放在一起。

这一回还是等，等了一个多钟头。电视上还是那部老电视剧，演到了后面几集。进了诊室，医生换了一位，是一位四十来岁的女医生，胸牌上写着雷慧珊。

雷医生先开口："陶先生，今天来，除了复查，还有一些别的事想谈吗？"他愣了一下。然后他把那张排队单从口袋里拿出来，展开，放在桌上。"有。这个。"

雷医生拿起来，看了一遍，又看了一遍下面那行小字。她把排队单压在键盘旁边，说："好，那我们今天先把这件事放在前面说。先看一下这次的结果，再回来谈它。"接下来的几分钟，和上次很像：看化验结果，量的读数，问最近怎么样。左栏对中栏，几句话就对完了。

然后雷医生把那张排队单又拿了起来。"您说下午四点出车，早上六点收。那中间您一般怎么歇？在哪里吃饭？"陶志远说了。说他在哪几个的士站停，在哪几家咖啡店吃，什么时候眯一会儿，一晚上大概开多少公里。说孩子明年上大学，这两年是最要紧的两年，夜车的钱比白天多一些。

雷医生一边听，一边在病历里记。她没有打断。陶志远后来回想，他大概说了不到两分钟。雷医生说了她的看法：从医学上看，有哪几种安排，各自是什么情形。她说得很具体，也说了哪些是她现在说得准的，哪些要再看下一次的结果。她问他："这几种里，您最担心的是哪一样？"

他说，最担心的是收入一下子少一截。雷医生点点头，说那就把这一条也放进来一起想。两个人商量了一会儿。最后，雷医生说："您回家跟太太说今天的事，会怎么说？您说给我听听。"

陶志远想了想，用他自己的话说了一遍。说到一半，他说的有一处和雷医生的意思不太一样，雷医生换了个说法，又讲了一次。他再说一遍，这回对上了。

至于夜车到底能不能开、怎样开，那是雷医生和他之间商量出来的，跟他的病情有关，这里不写。**具体病情请遵医嘱。**

这一次门诊，前后大约九分钟。比上一次多了三分钟。他站起来，走到门口，手搭上门把手。这一回，他没有转身。那天夜里，他把车停在同一家咖啡店旁边，叫了同样的一碟炒粿条。他算了一笔账：等了七十分钟，看了九分钟。要问的那一句，在第一分钟就摆上了桌。

第二天早上收车回家，太太已经起来煮咖啡了。她问：医生怎么说？他把在诊室里复述过的那一遍，又说了一遍。这一回说得比在诊室里顺。太太听完，问了两句，他都答得上来。说到收入那一块，太太说："那这两年我们一起想想办法。"

这一段，雷医生不在场，可是它是那一次门诊真正的结尾。诊室里的复述，确认的是他听懂了；回家后的这一遍，是那份医嘱第一次走进他家的日子里。从听懂到长进去，还有很长的路，可是这一天，路上多了一个人。

把这个例子从头捋一遍，可以看见本章讲的每一样东西，各在哪里。**那张排队单，是一个最小的场。** 它把门把手上那句话，挪到了进门之前。陶志远在咖啡店里写它的那几分钟，就是他自己先付掉的一笔动能。纸一写下来，这笔动能就存住了，进门时不用再从零开始鼓勇气。

雷医生那句"还有一些别的事吗"，是一个放对了地方的位置。 她问在开头，不是问在结尾。那一个词，把门推开了一条缝；陶志远口袋里的那张纸，正好从缝里递了进去。

她让他说完日子，是三分钟里的右栏。 下午四点、早上六点、孩子上大学——这些在任何一张化验单上都没有，在任何一份指南里也没有。可是它们决定了"能不能开夜车"这个问题到底在问什么。

"您最担心的是哪一样"，是三步谈里的决定谈。 可是它问出来的不是一个"偏好"，是一个人的日子里最重的那一块：收入。这一块进了桌面，商量才是在商量他的事，而不是在商量一个标准病人的事。

最后那一遍"说给我听听"，是复述确认。 它拦下了一处误会。拦下这一处，花了不到一分钟。**还有那三分钟。** 它是从哪里来的？一部分是雷医生付的：她没有赶下一个号。一部分是陶志远付的：他在咖啡店里先写好了，进门就递上，没让雷医生去猜。一部分是那张纸和那一句话付的：它们是场，替两个人省下了临场摸索的那几分钟。

三分钟，三方分着付。这就是"这次谈话谁来付动能"的一个回答。这个例子里，没有一个人看穿了什么。是一张排队单、一个词、两分钟的叙述、一次复述，在九分钟里，让右栏第一次在门诊的开头就有了位置。这一次门诊，显出了一个在诊室里开得了口的陶志远。

◆ 十一、医生那一头，也有一块表

讲到这里，容易让人觉得：上一回那位年轻医生没问，这一回雷医生问了，差别在人。本书不这么看。

上一回那位医生说"我们下次复诊的时候再详细谈"，这句话是诚实的。她知道那个问题不是三十秒能答的，她也知道门外还坐着很多人。在那个钟点里，把一个要紧的问题草草答掉，比推到下一次更不负责。她做的，是在没有时间的地方，不假装有时间。那位医生心里，也有一块表。

这块表跳的不是车费，是号码。屏幕上的号码一个接一个跳，每多问一句，后面的号就晚一点叫。在中国，许多人都听过一句老话："排队三小时，看病三分钟。"第6章讲过门诊时长的各国比较，这里不重讲。这句老话说的，其实是两块表同时在跳：病人那块跳的是等，医生那块跳的是赶。两块表都在跳，可是没有一块是替对账跳的。

医生那一头还有一笔账，更少被人说起：动能是会耗尽的，医生的也一样。一位医生一个上午看四十个病人，每一个都要临场挤出三分钟去问右栏，到第三十个，她还有多少动能可付？本书讲慢病时说过入口三：多年付动能，付到耗尽，被人说成"不配合"。医生身上也有类似的样子：一年一年在没有余地的钟点里挤，挤到后来，那句"还有一些别的事吗"就问不出口了。不是不想问，是问出来接不住。

所以本书说时间就是动能，这句话是两头都算的。它不只是在说"医生应该多给病人一点时间"，也是在说：**医生的时间，也要有地方来付**。

上一节那些做法——一张卡片、一位护士、一个对得上号的时段、一句固定的话——它们托住的不只是病人，也是医生。病人的话提前写在纸上，医生就不用在最后三十秒里被一个大问题撞个措手不及；护士先把日子听了一遍，医生进门时手里就有底稿。场把动能存起来，两头都能少挤一点。

雷医生那一天能付出那三分钟，有一部分是因为她那个上午排的号少一些，有一部分是因为陶志远自己先把纸写好了。她不是比那位年轻医生更好的人。她只是站在一个稍微宽一点的场里。把这层意思说完，"时间就是动能"才算说全：病人的等，医生的赶，诊所的排班，三样东西都在这一笔账里。要问的不是"谁不肯付"，而是"这笔账，有没有一个地方来记"。

◆ 十二、放回日子里

如果你是病人，或者是陪家人去看病的人，这一章能带走的，主要是一张纸。**进门之前，先把门口那句话写下来**。　不用写很多。一行就够：今天最想问的一件事。如果这件事和你的日子有关——你的工作、你的家、你最在意的那一样——再添一行小字，写写你的日子是什么样的。

进门之后，先把它放在桌上。　别等到最后。最后的三十秒，动能已经见底了。放在开头，它就能在三分钟里有一个位置。

医生讲完，试着用自己的话说一遍。　这不是考试，是对一对你听到的和医生想说的是不是一回事。对不上的地方，当场就能改过来，省得回家才发现。

如果你是陪诊的家属，还可以多做一件事：在候诊的时候，问一问身边的人，"你今天最想问医生什么？"很多话，病人自己不好意思写，家人一问，就说出来了。家人这一问，就是候诊室里最小的一个场。

如果你是医生或护士，这一章想递给你的，也只有一句：**"还有一些别的事吗"，问在开头**。一个词，放对了地方，就是一扇推开一条缝的门。至于病情该怎样看、该怎样治，那是你和你的医生之间的事。**具体病情请遵医嘱**。

陶志远后来养成了一个小习惯：每次复诊前，在咖啡店里先写一张排队单的背面。他跟一起跑车的老朋友说，看医生跟拉客一样，你得先说清楚去哪里，司机才知道怎么开。这句话不在任何一本沟通教科书里。可是它把三栏说得很明白：去哪里，是日子；怎么开，是标准；表上跳的，是刻痕。三样都摆上桌，这一趟车才开得稳。

带走的话

三十秒只够数字对标准，三分钟右栏才进得来；对账要付时间，这笔账得有地方记。

小　账

让病人说完、问"还有一些别的事吗"、共同决策和复述确认，教会了医生怎样用好一分钟；本书接着问，这一分钟由谁来付，能不能存进制度里变成场。

把门把手时刻当成一个要管住的意外，那句憋了三个月的右栏的话，就又被收回成一次打乱节奏的"多嘴"。

想一想

1. 你有没有一句话，是在诊室门口、手搭上门把手时才说出来的？它属于哪一栏？
2. 下一次看病之前，如果只能写一行字，你会写什么？
3. 你陪家人看病时，有没有替他把那句话先说出来过？他是什么反应？

◆

15

第15章

坏消息怎么说：一个符号被熔开的时刻

> **这一章的问题**
>
> 方建国兄妹瞒了母亲两个星期，三杯茶凉在桌上，老人家只说一句"单子上写的什么，你念给我听"——一个很重的消息落下来，碎掉的究竟是什么，又该由谁陪着？

◆ 一、一壶茶泡到凉了

方建国在福州老城一条巷子口开茶叶店，开了二十六年。十月的一个晚上，八点半，店门半掩着。他烧了水，烫了杯，泡了一泡老枞水仙。杯子摆了三只，一只给自己，一只给妹妹方建芳，一只空着。茶汤倒出来，谁也没喝。空着的那一只，是给楼上的母亲邹玉兰留的。老人家八十三岁，住在店铺楼上，几十年来每晚都要下楼喝一杯，再嫌他泡得太浓。

两个星期前，在医院走廊上，护士探出头问："谁是家属？"方建国站起来，被请进护士站旁边的小房间。毛医生指着屏幕上的片子，又指了指报告上的一行字，说出了一个很重的诊断。

本书不写那个词是什么。是哪个词并不要紧。要紧的是，那是一个听过就收不回去的词。毛医生说完，停了一下，问："老人家那边，你们打算怎么说？"

兄妹俩在楼梯间站了十分钟。方建芳先开口："先别告诉妈。"方建国点了头。从那天起，这个家开始排练。对母亲的说法是"有点炎症，要慢慢调"。妹妹天天来，以前一个月来两回。孙子周三下午也来了，以前只在周末来。方建国不再跟母亲顶嘴，母亲嫌茶浓，他就笑着重泡一壶。

邹玉兰一辈子要强。她常说自己"底子好，比你爸硬朗"。丈夫走了十二年，店里那些几十年的老客，是她一个个留住的。今晚她没有等儿子端茶上去，自己扶着楼梯下来了。她在空杯子前坐下，看了儿子一会儿，说："建国，你泡茶的手怎么在

抖。"又过了一会儿，她说："单子上写的什么，你念给我听。"方建国没有答。三杯茶慢慢凉了。

这一章要讲的，就是这壶凉掉的茶旁边正在发生的事。坏消息说不说、怎么说、先说给谁，医学在这件事上走过很长的路，做对了很多事。可还有一步没有走完：一个消息落下来，碎掉的不是一张单子，是一个人对自己的认识。

◆ 二、从不说到怎么说

先看医学走过的路。1961 年，美国一项对医生的问卷调查发现，约九成的受访医生倾向于不把癌症诊断告诉病人（Oken，1961）。十几年后，有人把同一份问卷再发一次。1977 年收回的答卷里，约九成七的医生倾向于告诉病人（Novack 等，1979，《美国医学会杂志》）。论文作者自己的话是：态度完全翻转了过来。

"不说"的那一头，也要先说公道话。不说，在很长的年代里是医者的一种体贴。古希腊流传下来的医书里，就有劝医生在病人面前少说病情、多给安慰的话〔希波克拉底文集《礼仪篇》相关段落待核〕。1961 年那些倾向不说的医生，多数并不冷漠。他们怕的是一句话压垮一个人，怕病人从此不吃不睡，怕希望一灭，人先垮了。那个年代能做的治疗少，说出来，常常只是把一个没有出路的消息交到病人手里。

这份怕是真的。它护的是一样真东西：病人心里那点撑着日子的劲。可是不说也有它的代价。病人得不到说话的机会，来不及安排想安排的事，来不及跟想告别的人告别。更常见的是，病人其实已经猜到了，只是没有人陪他把猜到的东西说出口。

1969 年，瑞士出生的美国精神科医生库伯勒－罗斯出版了《论死亡与临终》〔书名与年份待核〕。她做的事在当时很少见：坐到重病的人床边，问他们想说什么，然后听。书里一再出现的发现是，许多病人早就知道了，周围人越瞒，他们越孤单。这本书让很多医护第一次认真想：沉默护住的，未必是病人。

后来英国的一项大样本调查发现，绝大多数癌症病人希望知道尽可能多的信息〔Jenkins、Fallowfield 等，2001，《英国癌症杂志》，比例约 87%，待核〕。病人想知道，这件事从猜测变成了能拿出来对的数字。

翻转背后还有许多力量。知情同意的观念进了医院（第17章再讲它的来路），能做的治疗多了，"不说"在法律和伦理上越来越难站住〔变化原因的归纳待核〕。可是"说"本身是一门手艺，那时还没有人教。许多医生第一次说坏消息，是在走廊上、在交班前、在自己也慌着的时候。于是有人把这门手艺拆成了步骤。

先要说清什么叫坏消息。巴克曼给过一个很朴素的说法，大意是：凡是大大地、往坏处改变病人对自己将来的看法的消息，都是坏消息〔此定义的原文出处待核，SPIKES 论文曾转引〕。

这个定义有一处很要紧：它不按病情的轻重算，按病人心里那幅"将来"被改了多少算。同一个诊断，落在一个八十三岁的老人身上，和落在一个下个月要结婚的年轻人身上，坏的分量不一样。坏消息坏在哪里，要看它撞上了一个什么样的人。这一句，已经把医学的目光从报告移到了病人的自我认识上。本书后面要说的，就是从这里接着往下走。

加拿大的肿瘤科医生巴克曼（Robert Buckman）写过一本小书，讲怎样告诉病人坏消息〔书名《How to Break Bad News》，1992，待核〕。2000 年，他和美国的贝尔（Walter Baile）等人在《肿瘤学家》杂志上发表了一套六步做法，取六个英文词的头一个字母，叫 SPIKES（Baile 等，2000）。六步用大白话说是这样：

- **S，布置场合。** 找一间能关门的屋子，坐下来，手机静音，问病人想让谁陪着。
- **P，先问病人已经知道多少。** 不急着讲，先听他怎么理解自己的情况。
- **I，问他想知道多少。** 有人要每一个细节，有人只想知道大方向，有人想让家人代听。
- **K，把消息给出去。** 先打个招呼，说"接下来的话不太好"；再用平常话一小段一小段地讲，少用术语。
- **E，接住情绪。** 病人哭了、愣了、生气了，先认出来、说出来，不急着往下讲。
- **S，商量下一步并收个尾。** 一起看看接下来做什么，确认他听到了什么。

这套做法的好处要写足。第一，它把一门靠天分、靠运气的手艺，变成了可以教、可以练、可以互相指正的东西。原文报告说，学过这套步骤的肿瘤科医生、受训医生和医学生，对说坏消息更有把握了。

第二，它把病人放进了步骤里。P 和 I 两步，问的是病人心里已经有什么、还想要什么。病人自己的认识，第一次在一份医学规程里有了固定的位置。第三，它承认情绪不是谈话的干扰，是谈话本身的一部分。E 那一步，就是给"愣住"留的位置。把这六步放到本书的三角里看，会看得更清楚：

步骤	原意	它在对哪一角的账	它停在哪里
S 布置场合	能关门的屋子、坐下、谁陪着	给势能搭一个场	场只搭了一次谈话那么长
P 问已知	病人自己怎么理解	先听自我符号说了什么	假定病人是第一个开口的人
I 问想知道多少	尊重知道的分寸	让自我符号定收消息的速度	家里人常替病人答了这一步
K 给出消息	分小段、说平常话	把理念符号和刻痕递过去	递过去，不等于接住了
E 接住情绪	认出、说出情绪	承认熔开正在发生	熔开会持续很多天
S 下一步与收尾	商量计划、确认听到	给正在成形的东西一个方向	容易被读成"今天就要有计划"

最右一栏不是挑错。它说的是：这套步骤做对了的事，正好把下一步要走的路指了出来。

◆ 三、先告诉家属的那份心

方建国兄妹在楼梯间里那十分钟，也要写足。在福州，在中国许多地方，一个人病了，病的是一家人。挂号是儿子去挂，陪床是女儿陪，钱是全家凑。病不是一个人的私事，是一户人家的大事。

在这样的家里，"先别告诉妈"不是隐瞒，是挡。子女挡在老人前面，像老人当年挡在他们前面。母亲怕什么、能扛多少、哪句话会让她三天吃不下饭，儿子知道，医生不知道。毛医生见过邹玉兰三回，每回十来分钟。方建国认识她五十九年。这份知道是真的。这份心也是真的。

方建国兄妹还有一段自己的旧事。十二年前，父亲在另一家医院听到了自己的诊断。那天是医生直接对他讲的，讲得很清楚，也很快。父亲回家后，半年里没有笑过。他不再下楼喝茶，不再跟老街坊下棋，每天坐在窗边看巷子。走之前那几个月，一家人围着他，谁也找不到一句能说的话。

所以方建芳在楼梯间里那一句"先别告诉妈"，不是一时的主意。那是这个家从父亲那半年里落下来的一块东西。它在这个家里稳定、整体，已经能被带到下一次用。用本书的话说，它也是一个结晶，一个家庭的自我符号：我们家的人，扛不住直接听。这块结晶有它的来历，也有它的连接度。要它松动，光讲道理是不够的。

中国人常说"报喜不报忧"。这句话在很多家庭里不是虚伪，是一种爱的语法。孩子在外头受了委屈，回家说"挺好的"；父母身体不舒服，电话里说"没事，你忙你的"。一家人用这种语法彼此护着，护了几十年。到了重病的时候，这套语法自然地伸了过来。

法律也给这份心留了口子。《中华人民共和国民法典》第一千二百一十九条写明，医务人员应当向患者说明病情和医疗措施；"不能或者不宜向患者说明的"，应当向患者的近亲属说明（2020）。毛医生那一句"你们打算怎么说"，正落在这个口子上。

在新加坡，事情又多一层。新加坡有四种官方语言。许多上了年纪的华人，日常说的是潮州话、福建话、广东话，读不了英文的检查报告。病房里，医生说英文，护士说英文、华语或马来语，病人说潮州话，中间常常要有人翻。最方便的翻译，往往就是陪在床边的子女〔新加坡医院翻译安排的一般情形待核〕。

本书再借一个虚构的场景。戴阿婆七十八岁，只会说潮州话。医生在床尾用英文说了四十秒，语速放慢，讲得很仔细。儿子戴志明转过身，用潮州话对母亲说了八秒："医生说，还要再观察。"站在一边的护士听得懂潮州话。她看了戴志明一眼，没有出声。

这不是撒谎。这是一层过滤。医生递出来的是一块完整的理念符号，经过儿子的嘴，被切成母亲接得住的一小块。儿子切的时候，用的是他对母亲的全部了解。

查房过后，护士在走廊上叫住戴志明，轻声问："你妈妈以前有没有讲过，她想知道多少？"戴志明愣了一下，说："她没讲过。我们家没人讲这个。"这一句很老

实。在许多家庭里，"想知道多少"这个问题，从来没有在平常日子里被问过。等到要问的时候，人已经躺在病床上，问的人和被问的人都开不了口。所以先告诉家属这件事，要先认下它对的地方：

- 家属手里有医生没有的东西：这个人几十年的脾气、底子、软处。
- 家属是病人身边最近的那张网，消息落下来，最先托住人的是他们。
- 有的老人自己就说过"有事跟我儿子讲"。这时候先告诉家属，正是按她的意思办。

这三条都是真的。下一节要看的，是这份心护到哪里，就护不动了。

◆ 四、一次谈话装不下

先看 SPIKES 停在哪里。它是一次谈话的规程。门关上，六步走完，谈话结束。可是一个很重的消息落进一个人心里，不会在一次谈话里落完。它要落好几天、好几个星期。有时半夜醒来，又落一次。

E 那一步做得再好，也只接住了谈话那半个钟头里的情绪。门打开以后，谁来接？规程没有写，也写不了。那已经不是一次谈话能管的事。

最后一个 S 也有一处容易走偏。"商量下一步"原意是给人一点方向，让人不至于空着手走出去。可在许多家庭里，这一步会被一把抓住，变成全部：当天晚上就开始打电话，问哪家医院好，找哪位专家，托哪个亲戚。

忙起来，是有用的。可忙起来也是一种躲：只要手上有事做，就不用坐下来面对那锅粥。病人被一家人的忙碌簇拥着，往前推着走，却没有人停下来问她一句：你现在心里是什么样子？

再看先告诉家属停在哪里。家属手里拿着消息，病人手里拿着自己的日子。日子会说话。邹玉兰没有看过报告。可她看得见：女儿一个月来两回，忽然天天来了；孙子周三下午出现在店里；儿子不跟她顶嘴了。家里每一个人都在变，而她被告知"没什么大事"。

这是一条缝。一边是家里人给她的说法，一边是家里人自己的样子。两边对不上。这条缝能事前指出来。它不在病历上，在饭桌上：说法没变，人变了。老人不糊涂。缝一出来，她就开始自己读。她读到的可能比真相轻，也可能比真相重。最

难受的是，她只能一个人读。家里每个人都知道，她不知道；家里每个人都在演，她得陪着看。

先告诉家属，还有一个常被忽略的地方：家属自己也在熔开。那两个星期，方建国白天照常开店，跟熟客说笑，称茶，包茶。晚上关了门，他一个人坐在店里，不开灯。他心里那个"妈还硬朗，还能嫌我十年茶浓"的东西，也被那个词拆开了。可他不能在母亲面前露出来，也没有人来问他好不好。妹妹以为哥哥扛得住，母亲以为儿子只是累。

家属被请进那间小房间的时候，医学把他当成了一个转交消息的人。他也是一个刚被熔开的人。先告诉家属，常常意味着最先熔开的人，是最没有人托着的人。

再看翻译停在哪里。翻译不只是换一种语言。同一个病名，到了方言里，常常没有现成的说法，只好借一个老说法，比如"那个病""不好的东西"。借来的词，带着它自己几十年的分量：它在街坊的闲话里出现过多少次，跟着哪些人的故事一起被说起。医生说的是一个有边界、有分期、有不同走向的医学名词；到了老人耳朵里，可能变成一个只有一种结局的老词。

一块理念符号从一种语言搬到另一种语言，搬过去的不只是字，还有那个字在那边的整张网。戴志明那八秒钟里，四十秒的话被切掉了三十二秒。切掉的部分里，也许有医生特意放进去的一句："您有什么想问的，随时问我。"这一句没有过去。从此戴阿婆和医生之间隔着一个人，她每一个问题都要先过儿子那一关。

还有一处，常被忘掉：医生那一头。毛医生那天上午看了三十多个病人。叫方建国进小房间之前，他刚和另一家人谈过差不多的话。说坏消息是要付能量的，付的人不只是听的人。医生要找一间空屋子，要把后面排队的人先放一放，要在自己也有情绪的时候稳住声音。

所以毛医生那句"你们打算怎么说"，一半是尊重家属，一半也是没有力气把那场更难的谈话再做一遍。这不是推。这是一个门诊的时间账：一位医生一天能付的动能，是有数的。本卷的三问里有一问："这次谈话谁来付动能？"放在坏消息上，答案常常是：医生付了第一次，家属付了后面的所有次，病人付得最多，却最少被问到。

这几处，都不是谁做错了。SPIKES 停在门口，因为它本来就是为一次谈话造的。家属停在缝前，因为他们挡的是一次惊吓，挡不住一个人自己的日子。翻译停在过滤上，因为过滤本来就是他的好意。它们停下的地方，正好是接着要走的一步：一个消息落下来以后，那个被打碎的东西，谁来陪它重新长。

◆ 五、熔开以后先托住

用本书的话说，坏消息是一个符号被熔开的时刻。先说是哪个符号被熔开。不是诊断。诊断是一个新来的理念符号，它刚到，还谈不上熔开。也不是片子和数字。那是身体留下的刻痕，是现实符号，它们只是被读了出来。

被熔开的，是病人身上那个"我是谁"的自我符号。邹玉兰身上那句"我底子好，比你爸硬朗"，不是一句随口的话。它是八十多年日子压实的东西：几十年不怎么进医院，丈夫走后一个人撑着这个家，每晚下楼嫌儿子茶浓。它稳定、整体、独立，走到哪里都带着。用本书的工作词说，它是一个自我符号，连接度很高。本卷的三条方程里，有一条写的就是它：

感受＝H（指南，刻痕）。

病人对自己的认识，是医学说法和身体刻痕的函数。平常两边都安静，这个函数就不动。一张报告把刻痕和一个很重的诊断同时送来，两边一起压向第三个角。原来那块"我"接不住了，连接一条条被拆开。这就是熔开。

熔开以后的状态，本书叫它一锅粥（混沌）。一锅粥里什么都有，没有次序：还有多久？孙子明年的婚礼赶得上吗？店交给谁？是不是哪一年做错了什么？这些问题同时冒出来，互相搅着。这时候递过去任何一个"定论"，都插不进去。

熔开有多痛，跟原来那块东西有多结实有关。一个人越是把"我身体好"活成了自己的一部分，这块东西的连接度就越高，拆开它要的力就越大，拆开时的疼也越深。邹玉兰八十三年的硬朗，不是一句话能拆的，也不是一句话能补的。这就是为什么同一个消息，有人听完点点头，有人三天说不出话。差别不在谁坚强，在被熔开的那块东西有多厚。

本卷讲过病人走进诊室的三个入口。坏消息落在三个入口上的人身上，熔开的样子也不一样。入口一的人，日子里的感受硬，标准的说法碎。他们常在缝里住了

很久，坏消息来时，难的是等了很久的一个说法，偏偏是最重的那一个。他们最需要的，是有人陪着把这个说法一点点接进来，接多少、接多快，由他们定。邹玉兰不在这一类里：她身上被熔开的，是那句"我底子好"，前面已经讲过。

入口二的人，医学的说法很硬，日子塞不进去。设想一位退休多年的老护士，她太懂那个诊断在指南里意味着什么了，书上的数字一条条在她脑子里排好了队。她熔开得最快，也最容易冻住：一句"我知道结局"，就把自己的日子关在门外。对她来说，难的不是听懂，是在一套她太熟的说法旁边，还给自己的日子留一个位置。

入口三的人，病了很多年，动能早就耗尽了。又一个坏消息落下来，有时连哭的力气都没有。旁人看着他"很平静"，以为他接受了。其实那可能只是没有力气熔开。对他来说，任何"下一步"的谈话都要往后放，先托住人，先让他歇一歇，再谈目标。同样是说坏消息，走错门，好意也会变成负担。对入口三的人讲一大段"积极面对"，就像拿给饿极了的人一本菜谱。

这里还要守住本书的那道闸：对不上，要能在事前指出来，不能事后说"其实早就对不上"。坏消息的这条缝，是少数能在事前看得一清二楚的缝。报告上写着一个很重的诊断，病人嘴里说着"我底子好"，两句话摆在一起，谁都看得见它们对不上。看得见，就可以事先准备：谁来说，在哪里说，说完谁留下。说坏消息难，难的不是找到这条缝，是缝摆在眼前，没有人安排谁来陪着过。

说出来的那一刻，本身也会留下刻痕。许多人多年以后还记得：那天是哪间屋子，医生是站着还是坐着，第一句话是什么，窗外有没有下雨。这些细节不是诊断的一部分，却比诊断记得更牢。它们是那次熔开留在人身上的现实符号，以后每想起一次，那块地方就再热一次。

SPIKES 的第一步要找一间能关门的屋子、要坐下来，看起来是小事。用本书的话看，它在管的正是这道刻痕：熔开那一刻留下的痕迹，是走廊上的匆匆一句，还是一间安静屋子里有人坐在对面。

熔开有两条来路。一条是新的对不上进来：一次谈话、一张报告，把那个词送到病人面前。另一条是承载某种读法的那张网松散了：家里人演不下去了，说法还在，人先变了。

先告诉家属，常常是把第一条路暂时堵住。可第二条路堵不住。邹玉兰身上的熔开，在方建国开口之前两个星期就开始了，是从家里人变了的样子那里开始的。区别只在于，从第一条路熔开，有医生、有家人坐在对面；从第二条路熔开，常常是一个人在夜里。所以本书在这里不讨论"说还是不说"的对错。本书只问：熔开的时候，有没有人在场。

熔开以后，第一件事是托住。托住，用能量的话说，是给一个场。一张托得住人的网就是势能：家里人坐在旁边，听得懂她的话，医生下回还来，问题还能再问。有这张网在，那锅粥才不会洒出去。托住落到日子里，大致是三样东西。

一是在场。有人坐在旁边，不走，也不急着说话。这是那张网本身。二是听得懂的话。医生的话要能落进病人用了一辈子的语言里，翻译的人不急着替她删。听不懂的话再多，也托不住人。三是下一次。"下周我还在""明天我再来看您"，一句话就把一次谈话接成了一段日子。熔开要走好几个星期，托住也要按星期算。

三样里，最容易被省掉的是第三样。门诊排得满，一次谈完就算交代了。可对熔开的人来说，有没有下一次，比这一次说得多好，往往更要紧。

第二件事，是不急着让它再结晶。再结晶要付动能。一个刚被熔开的人，身上几乎没有动能。这时候硬塞一个新的说法进去，"你要坚强""要往好处想""现在医学很发达"，都是别人替她说出来的话。书四《大模型是索绪尔的网、皮尔斯的链：符号在对话中才发生》讲过，免费得来的符号结晶不了。这些话在说话人那里也许是真心的，落在她身上，只是一阵风。

更要防的是结晶得太快、太硬。熔开的人太难受，会抓住手边最近的一个说法立刻冻住：一种是"我就这样了，什么都别跟我说"，一种是"我没病，是你们搞错了"。第8章讲过，这两种都是石心。它们来得快，是因为那锅粥太烫，人受不了一直待在里面。

所以本书把这一段叫作正在成形（介生）。它不是一锅粥，也还没定型（秩序）。它要时间，要人陪，要一次次小小的、不急着下结论的谈话。

熔开也不只是失去。一块旧的东西被拆开，连接就空出来了。空出来的地方，后来可能长出原来没有的东西：一句以前说不出口的话，一次和多年不来往的亲戚

的见面，一种对日子的新看法。书二讲过，现实和理念的矛盾大到两条出口都堵死的时候，第三个角上会从无到有地长出新的自我符号。

可是本书在这里要格外小心。长不长、长出什么、什么时候长，不是别人能安排的，更不能拿来劝人。"这也许是件好事"这类话，在熔开的第二天说出来，是另一种免费的符号。本书只说一件事：熔开以后，那块地方没有被填死，就还有长的可能。托住，就是不让它被急着填死。

医者这一端也有一样东西要防：那个词贴上以后，慢慢替掉了她的名字。查房时说"那个某某床"，交班时只说诊断和分期。第8章说过，这是偶像。坏消息说出去的那一刻，正是偶像最容易长出来的时候。把几种"说给谁"的做法放在一起看：

做法	理念符号先落在谁身上	谁托着熔开	容易漏掉的
先告诉本人	病人	看那天有没有人陪	病人独自走出诊室
先告诉家属	家属	家属先熔开，再托病人	家里人变了的样子先开了口
家属翻译转述	被过滤过的病人	家属	医生留给病人的那句"随时问我"
按病人事先的意思	病人自己指定的人	病人自己挑的网	要在平常日子里先问过
一家人和医生同桌	病人和家属同时	医生和家属一起	需要时间，一次谈话往往不够

这张表不分高下。每一行都有人这样做，都有它的道理。它只提醒一件事：消息往哪里落，熔开就从哪里开始；熔开从哪里开始，托住就要在哪里等着。表里最后一行值得多说两句。

许多医院有一种做法，叫家庭会议。医生、护士，有时还有社工，和病人、家属坐在一张桌子边，把情况摊开来谈〔家庭会议在各地的具体做法待核〕。这种会议费时间，排起来也麻烦。可它做成了一件一次走廊谈话做不成的事：报告上的刻痕、医生手里的标准、病人自己的日子，三样东西第一次放在了同一张桌上。

本书第20章会讲，团队怎样每次都对一遍这样的账。放在坏消息这里，它的意思更简单：熔开的时候，屋里不止一个人，网是现成的。如果这样的会议开不成，一个小办法也有用：说完以后，别让病人一个人走出诊室。哪怕只是护士陪着走到电梯口，问一句"今天谁接您回家"。

◆ 六、那一壶茶喝到半夜

回到福州那间茶叶店。方建国没有马上念出那个词。他把凉了的三杯茶倒掉，重新烧水。水开的工夫，他问了一句："妈，你自己觉得是什么？"邹玉兰说："我觉得不是炎症。炎症不用你妹妹天天来。"这是 SPIKES 的 P 那一步，问的是她已经知道多少。她知道的比他们以为的多。

方建国又问："你想知道多细？"老人家想了一会儿，说出了这一晚最要紧的一句话："我八十三了，我不怕那个字。我怕的是你们都知道，就我一个不知道。"这一句里，看得见熔开早就开始了。让她难受的，不只是那个还没念出来的词，更是那两个星期里一个人读缝的滋味。

方建国把那个词念了出来。邹玉兰没有哭。她端起儿子刚泡好的茶喝了一口，说："还是太浓。"然后很长时间，三个人都没说话。方建芳挨着母亲坐着，握着她的手。先哭出来的是方建芳。两个星期的排练，在这一刻散了。邹玉兰反过来拍着女儿的背，说："哭吧，哭完就好了。你们这两个礼拜，也辛苦。"

这一下很值得记住。被告知的人，反过来托住了告知的人。一家人之间的网，不是只能单向地托着病人；它是一张网，哪一处松了，别处就来拉一把。两个星期里各自一个人扛着的熔开，在这张桌子边，第一次被放在了一起。茶一泡一泡地续，从九点喝到快十二点。中间老人问了些零碎的事：店里那批秋茶收了没有，孙子的婚期定在几月。没有人提治疗，没有人说"要坚强"。

这三个钟头里，没有什么新东西结晶出来。可有一件事做成了：熔开的时候，有人在场。临上楼前，邹玉兰说："明天毛医生那里，我自己去问。你们陪我。"

第二天在诊室，毛医生把椅子拉过来，坐在老人对面。他先问："您想先听什么？"邹玉兰问了她想问的。接下来做什么、怎么做，那是医生和她之间的事。具体病情请遵医嘱。本书只记下谈话里换了的东西：说话的人换了。两个星期里，消息一直在家属手里转；从这一天起，它回到了病人自己手里。

后面的日子并不平顺。有一个晚上，邹玉兰不肯下楼喝茶。方建国端上去，她背对着门说："不喝了，喝了有什么用，我就这样了。"这句话是第五节说过的那种快速冻住。方建国没有劝，也没有讲"要往好处想"。他把茶放在床头，在旁边的椅子上坐下，自己喝自己那一杯。坐了半个钟头，什么也没说，下楼了。

第二天晚上，老人自己下来了，照旧嫌茶浓。这一夜没有人去拆那句"我就这样了"，它也没有冻实。屋里一直有人坐着，那张网还在。

两个星期后复诊，毛医生翻着记录，问了一句："秋茶焙完了没有？"那是上回老人随口提到的。邹玉兰笑了，说："还差一批。"这一问很短，不涉及任何病情。可它让老人知道，诊室里那个人记得她，记得的不只是那个词，还有她的茶。偶像在那一刻没有长出来。第16章会接着讲，这种"被一个人认识"，怎样从一次运气变成一种制度。

又过了几个星期，方建芳发现，母亲开始说一句新的话："今年的秋茶，我要看着它焙完。"这句话很小。它不是一个大道理，也不是一个计划。它是那锅粥里慢慢长出来的一小块东西，还软着，还在变。没有人急着把它说圆。

◆ 七、放回日子里

如果你家里也有一位老人，有一件事可以在平常日子里先做。不是等单子出来的那一天，而是在某个吃完饭、泡着茶的晚上，随口问一句："要是哪天检查出了大事，你想自己先听，还是想让我们先听？想听多细？"

这一问，把 SPIKES 里"问他想知道多少"的那一步，挪到了消息来之前。到那一天，家属就不用在楼梯间里替她猜了。如果消息已经来了，"说还是不说"之外，还可以多问自己一句：熔开的时候，谁在场？

如果你在新加坡的病房里替父母翻译，可以试着分两步：先把医生的话尽量照原样翻过去，再另起一句，说你自己的话。前一步留给医生和父母之间那条线，后一步才是你的心意。实在难开口，也可以问问医护，有没有别的翻译办法。

如果你是那个先被请进小房间的家属，别忘了你自己也在熔开。你也需要一个人坐在旁边，哪怕只是一个老朋友，听你说一句"我其实很怕"。托住别人之前，你也要先被托一下。

如果你是那个被告知的人，你不必在当天就想明白，也不必立刻"坚强起来"。那一锅粥是正常的。让人陪着待一会儿，问题可以一个一个问，一次问不完，下次再问。

如果你是医护，门关上以前那六步很要紧。门打开以后的那几天，也要给它留一点位置：一句"下周我还在，您想到什么随时问"，就是留给熔开以后的一张网。身体或心里的难处真的大了，请找医生或心理咨询师。具体病情请遵医嘱。

带 走 的 话

坏消息熔开的是一个人对自己的认识；熔开以后先托住，不急着让它再结晶。

小　账

SPIKES 把坏消息变成可以教的六步，关上了"全凭天分"的门；本书打开的是门外那几天：熔开以后，谁在场。

把"说不说"当成一个可以一次答对的问题，就把一段要人陪着走的熔开，收成了一次信息有没有送到。

想 一 想

1. 你家里有没有过"先别告诉他"的时候？那段日子里，被瞒着的人身边，是不是先有什么变了？
2. 你自己听过最难的一个消息，是谁在场？如果可以重来，你希望那一刻谁坐在旁边？
3. 你身上有没有一句像"我底子好"那样的话？它是什么时候压实的，又在什么时候松动过？

◆



第　六　编

制度的三界设计

编　序

第六编往后退一步，从诊室里的两个人，看到诊室外那些不开口、却天天替诊室定规矩的东西：一份登记名单，一页病历的格式，一张要签名的同意书，一个深夜也回话的屏幕。它们都是制度在纸上、在系统里替三种符号安排的位置。这一编要看的是：刻痕和标准在这些位置上住得很宽敞，日子那一栏，又分到了多少。

第16章从卢美华讲起：三年见了九位医生，回回都要从头讲一遍，直到一条登记家庭医生的短信。这一章从巴林特讲到三地的登记与签约，说明连续性是存起来的连接度，也说明名单上有名不等于心里有人，认识久了同样会固化。第17章跟着物理老师钟启明读一份同意书、一叠病历，看 SOAP 怎样让对不上第一次有了登记的位置，知情同意怎样从一道道伤口里长出来，又看签了字为什么不等于认下。第18章跟着范雨桐熬过凌晨一点的搜索框，看搜索、AI 助手和线上问诊各自补上了什么，又为什么大多只是把标准那一角复制得更厚。

三章用的仍是同一种写法：登记与签约、问题清单与知情同意、不再锁在诊室里的医学知识，都是真进步，先写足，再看它们停在哪里。上一编说信任是一笔能量账，时间就是动能；这一编接着问，制度替这笔账留了位置，还是把它挤掉了。下一编就把那个位置真正画到纸上，记进簿子里。

读这一编时，不妨带着一个问题：一份名单、一页病历、一个签名、一段机器写的回答，都在替人记账，它们记下的，有哪一笔是病人自己的日子？

16

第16章

家庭医生与连续性：让一个人认识你

这一章的问题

卢美华三年里看了十一回门诊、见了九位医生，回回都看得不错，回回都要从头讲一遍——楼下老戴医生那句"阳台上那根烟，我看见了"里多出来的那样东西，制度能不能替她留住？

◆ 一、每次都从头讲一遍

2023 年 7 月的一个晚上，卢美华坐在组屋厨房的折叠桌边，手机上来了一条短信。她六十一岁，住在红山一栋老组屋的九楼，退休前在制衣厂做了三十年车工。丈夫毛振华前年走了，儿子一家住在隔壁座，白天把孙子送过来，傍晚再接回去。短信是卫生部发的，说她可以登记一位固定的家庭医生。她眼睛不好，把手机递给来接孩子的媳妇。媳妇念了一遍，又念了一遍，说："妈，就是以后看病，固定找一家诊所，一个医生。"

厨房的窗开着，楼下咖啡店收摊，铁椅子一张张叠起来，哐当哐当地响。孙子趴在饭桌另一头画画，画的是一辆巴士。卢美华没有马上说话。她在心里数了数。过去三年，她去综合诊疗所看过十一回，见过九位医生。每一位都客气，都认真，打开电脑先看上次的记录和化验数字，再问几句，再开单子。没有哪一位做得不对。可是每一回，她都要从头讲一遍。

"我先生前年走了，我一个人住。白天带孙子，他睡午觉那一阵，屋里很静，我一个人坐着。"讲到这里，医生通常已经在看屏幕上的数字了。数字是好的，话就转到数字上去。她那句"午觉那一阵"，在十一回里没有一回被接住过。不是医生不想接。一位医生第一次见她，十来分钟里，能看的只有屏幕上的那几行。那几行里，没有她一个人坐着的那一阵。

讲得多了，她的开场白一回比一回短。头几回，她从丈夫讲起，讲到孙子，讲到午觉那一阵。到第六七回，她只说"一个人住，带孙子"。到第十一回，她坐下来第一句是："没什么，来复诊。"

这不是她变得不爱说话了。是她慢慢学会了一件事：那块屏幕上，没有地方放她一个人坐着的那一阵。用本卷的三栏单来说，十一回门诊，左栏的刻痕一回比一回齐全，中栏的标准一回比一回清楚，右栏的日子一回比一回短，最后短成了一句"没什么"。没有人删掉它。它是自己缩回去的。

她又想起楼下那间老诊所。那间诊所开在组屋楼下的空地层旁边，三十多年了。从前坐诊的是老戴医生，戴德明。毛振华年轻时在阳台抽烟，老戴医生在楼下看见过，见面就说："老毛，阳台上那根烟，我看见了。"儿子小六会考那年考砸了，卢美华带他去看感冒，老戴医生一边听诊一边说："考不好没关系，你爸当年也考不好。"丈夫走前那几个月，下不了楼。老戴医生关了诊所，自己爬上九楼来看他。

老戴医生前几年退休了。诊所还在，换了一位年轻医生，姓邹。第13章讲过大巴窑另一间诊所的交接，这里看的是交接没写下来的那一种。卢美华从来没有被邹医生看过。她只记得有一回买菜经过，看见诊所里一个四十岁上下的女医生，蹲下来跟一个哭闹的小孩说话。媳妇把手机里的诊所名单往下翻。翻到楼下那家，卢美华说："这间。"那天晚上，登记页面上落下的，是楼下那家诊所的名字。

这一章要讲的，就是那十一回"从头讲一遍"，和老戴医生那一句"阳台上那根烟，我看见了"之间的差别。前一种看病，每一回都是对的。后一种看病，多了一样东西：一个人认识你。这样东西，医学早就看见了，各地也都在想办法用制度把它留下来。它对在哪里，又停在哪里，是本章要对的账。

◆ 二、医生本身就是一味药

先说医学在这件事上看见了什么。上世纪五十年代，匈牙利出生的英国精神分析家巴林特（Michael Balint），在伦敦和一群全科医生开了好几年讨论会。每次会上，医生们各讲一个让自己头疼的病人，大家一起琢磨〔讨论会的地点与起止年份待核〕。

1957 年，他把这几年的讨论写成了一本书，书名直译是《医生、他的病人与疾病》〔待核〕。书里最常被人记住的一个说法，大意是：全科诊所里用得最多的一味药，是医生本人。这味药的剂量、疗效和副作用，却从来没有人认真研究过。

这句话说的不是医生要多会安慰人。它说的是：医生和病人之间的那段关系，本身就在起作用。同一句话，从一个认识你十年的医生嘴里说出来，和从一个第一次见面的医生嘴里说出来，落在你身上的分量不一样。

他那种讨论会后来有了名字，叫"巴林特小组"。几十年来，许多国家的医生还在用这种办法聚在一起，谈的不是病，是自己和某一个病人之间卡住的那段关系〔各国巴林特小组的现况待核〕。

巴林特在书里还说过一个现象，后来常被人引用，叫"匿名的共谋"〔术语出处待核〕。大意是这样：一个病人被转来转去，看过全科，又看过好几位专科，每一位都只负责自己那一块，每一块都查得仔细。可是到头来，没有哪一位对这个人的整体负责。大家并没有商量好要推，只是每个人都默认"总有人在管"。责任就这样在许多双手之间散掉了，谁也不必署名。

这正是本卷一再说的"各守一角"。检验科守数字，专科守标准，病人守感受，每一角都守得很好，可是没有人专门负责对账。巴林特六十多年前在伦敦的讨论会上，已经把这条缝指了出来。他开出的方子，是让全科医生站到这个人身边，做那个对整体署名的人。

十年后，英国作家伯杰（John Berger）和摄影师摩尔（Jean Mohr）去了英格兰西部一片林区，跟拍一位乡村全科医生。1967 年，书出来了，叫《一个幸运的人》〔书名与年份待核〕。书里那位医生（书中用了化名）在那片山谷里行医多年，谁家的孩子什么时候出生，谁家的老人怎么走的，他都在场。

伯杰写他的时候，有一层意思反复出现：这位医生像是这个山谷里各家人生的记录员。山谷里的人不太会说自己的事，他替他们记着〔转述大意，原文措辞待核〕。

书里还有一层意思，和本章的题目贴得很近。伯杰写到，病人走进诊室，想要的不只是被治好，还想被"认出来"：被当作一个完整的、有来历的人看见，而不是一个病的样本〔转述大意，原文措辞待核〕。那位乡村医生的本事，一半在医术，一

半在这一份认出。这本书后来成了全科医学教育里常被推荐的一本书。它让许多医学生第一次看见，"认识一个人"可以是行医的一部分，而不只是行医之外的人情。

第6章提过她的"四个C"。再往后，美国约翰斯·霍普金斯大学的斯塔菲尔德（Barbara Starfield）把基层医疗的好处，总结成几根柱子。其中一根，她用了一个不太常见的词，可以译作"纵向性"：一个人不论得的是什么病，都长期找同一个地方、同一位医生看。她特别强调，这份长期的关系是跟着人走的，不是跟着病走的〔斯塔菲尔德相关著作年份待核〕。

加拿大的家庭医学前辈麦克温尼（Ian McWhinney）写家庭医学的原则时，也把这件事放在最前面。大意是：家庭医生先是对一个人许下承诺，然后才是对某一门知识、某一类病、某一种技术〔麦克温尼相关著作与原则表述待核〕。别的专科以病为界，家庭医学以人为界。一个人得了什么病都可以来，病好了也还是他的病人。

2003 年，加拿大和英国的几位学者在《英国医学杂志》上发表了一篇综述，斯塔菲尔德也在作者里（Haggerty 等，2003）。他们把各行各业对"连续性"的说法收拢起来，分成三种：

- **信息的连续**：用一个人过去的经历和处境，让今天的照护合他的身。
- **管理的连续**：对一种病的处理前后一贯，又能随着这个人的变化而调整。
- **关系的连续**：一个人和一位或几位医护之间，有一段持续的关系。

这篇综述还有一句话说得很硬，大意是：连续性不是医生或机构身上的一种属性，它是一个病人经历到的东西。

这样的医生，不只在英格兰的山谷里有。南洋的老组屋楼下，中国许多老城的街巷里，过去也常有一间小诊所、一位老医生，看着一条街的孩子长大，又看着孩子的父母老去。街坊们去那里，有时不为看病，只为让他看一眼、问一句。老戴医生就是这样的人。这些医生大多没有写过书，可他们做的事，和伯杰写下的是同一件。这几位前人放在一起，说的是一件事：

医生认识病人，不是看病的点缀，是看病的一部分。

医学在这件事上并没有停在感叹里，它去量了。第13章提过，一份系统综述把多国研究放在一起看，发现由同一位医生长期看病，和更低的死亡率有关联。这里不再重讲数字。本书在这里要先认下的，是这条路上真正做对的事：

- 巴林特把关系当成一味药，让医学第一次认真地去看医生这一端。
- 伯杰写出了"认识一个人"在日子里是什么样子：不是记得一个病名，是在一家人的许多个晚上都在场。
- 斯塔菲尔德把这份关系从一个好医生的个人品格，变成了一条可以写进制度、可以去衡量的原则。
- 哈格蒂等人把"连续性"这个大词拆成了三种，还把衡量的位置放到了病人这一端。

从个人的品格，到制度的原则，这是一大步。下一节看各地怎样把这一步落到地上。

◆ 三、三个地方的三种登记

先说一个小小的巧合。1948 年 7 月 5 日，英国国民保健服务开始运作〔待核〕。从那以后，英国居民大多在一家全科诊所登记，诊所手上有一份登记名单。生了病，一般先去自己登记的诊所，由全科医生先看，需要时再转去医院。

七十五年后，2023 年 7 月 5 日，新加坡"健康 SG"的登记开始了。第一批是六十岁及以上的新加坡公民和永久居民，卫生部分批发短信邀请。登记时，每人从名单里挑一家参与计划的诊所，私人全科诊所或综合诊疗所都可以；登记后，可以预约一次免费的首次健康计划咨询。随后，邀请扩大到四十至五十九岁的居民。卢美华那晚收到的，就是这样一条短信。同一个日子，相隔七十五年，两个地方在做一件相近的事：让一个人有一个固定的医生。

在中国，2016 年 6 月，国务院医改办、国家卫生计生委等部门联合印发《关于推进家庭医生签约服务的指导意见》。签约的不是一个人，是一个团队：家庭医生、社区护士、公共卫生医师，家庭医生是第一责任人。居民可以就近签约，也可以跨区域签约；签约原则上一年一签，到期可以续约，也可以改选别的团队。文件定下的目标是：2017 年签约覆盖率达到三成以上，到 2020 年力争扩大到全人群。

前一年，国务院办公厅还印发了推进分级诊疗制度建设的指导意见〔2015 年，文号待核〕。

再借一个虚构的场景，看看签约在中国一个社区里可能是什么样子。武汉一个老小区里，七十岁的毛秀珍几年前在社区卫生服务中心签了约。签约那天，她拿到一张小卡片，上面印着家庭医生团队三个人的名字和一个电话。

团队里跟她打交道最多的，不是医生，是社区护士小姑娘。每个月，护士会打一个电话来，问问最近怎么样，提醒复诊的日子。有一回毛秀珍在电话里说，老伴去儿子那边住了一个月，家里就剩她一个。护士在本子上记了一笔，下次复诊时，医生先问的就是这件事。

在这个场景里，认识她的不是某一个人，是一个团队；连接度不全存在医生身上，有一部分存在护士的本子和那一通每月的电话里。这是另一种把连接度存起来的办法。三个地方的文件，用的词不一样：登记、登记、签约。说的事情却有一个共同的核：给每个人在医疗体系里找一个固定的落脚点。这个人不必每次都从头讲起，某一位医生（或某一个团队）对这个人的整体署名。这正是巴林特开出的那张方子，被一层层写进了制度。

三个地方的做法各不相同，背后是各自的人口、医院分布、历史和财政。本书不比较它们谁高谁低，只看它们各自想在纸上留住什么：

做法	纸面上写下的	名单挂在谁那里	想要长出来的	用本书的话看
英国全科登记（1948 年起）	一份诊所登记名单	一家全科诊所	先在熟悉的地方看，再往外转	把连接度挂在一个固定的门上
新加坡健康 SG（2023 年起）	一次登记、一份健康计划	一家所选的诊所	一个人有一位固定的家庭医生	用一条短信，给连接度开一个头
中国家庭医生签约（2016 年起）	一份一年期的服务协议	一个家庭医生团队	基层有人管、上下能转	把连接度托付给一个团队
楼下老诊所的熟人医生	几乎没有纸	一位医生的记性	几十年看着一家人长大	连接度全在两个人身上

做法	纸面上写下的	名单挂在谁那里	想要长出来的	用本书的话看
轮诊的大诊所	一份完整的电子记录	整个机构	谁来看都能接得上	连接度存在记录里，不在人身上

轮诊的那一行也要说公道话。卢美华在综合诊疗所的十一回，每一回都看上了，每一回的记录都齐全，换了哪一位医生都接得上。一个地方要在有限的人手里看很多人，轮诊让更多人更快地被看上，有急事的人不必等某一位医生有空。记录做得完整，就是为了让"谁来看都一样"。这是一种实打实的公平。它存住的，是信息的连续；它给不了的，是关系的连续。这不是轮诊做错了什么，是它本来要解决的就是另一个问题。

最后两行不是哪一国的制度，是到处都有的两种日常样子。放在一起，是为了看清一件事：连接度可以存在不同的地方。存在人身上，深，可人会退休；存在记录里，稳，可记录不会蹲下来跟你说话。前三行，是三种制度各自想办法，在这两头之间找一个位置。

◆ 四、名单上有名，心里未必有人

做对的事写足了，再看它停在哪里。登记和签约，是一个理念符号。它写在纸上、存在系统里，说的是："这个人，归这位医生（这个团队）管。"这是一句很重要的话。没有这句话，后面的一切都无从说起。

可是这句话本身，不等于"认识"。认识是两个人身上的事。医生那一头，要记得这个人：她的老样子，她的日子，她说话的方式，她上次没说完的那半句。病人那一头，要敢在这个医生面前说"我也说不清，就是不对劲"。用本书的话说，这是两边各自身上的自我符号，要一次次见面、一次次对上话，慢慢沉下来。

名单是一次登记就有的。认识要付动能，要时间。第二节那篇综述里的一句话，在这里正好用得上：连续性不是医生或机构身上的属性，是病人经历到的东西。一家诊所名单上有两千个名字，这是机构的属性；名单上的某一个人，走进诊室时觉得"这里有人认识我"，这才是连续性。前一样能在报表上数出来，后一样只能到病人身上去问。

于是有了一种常见的情形：名单上有名，心里没有人。签约一年，见面两回，每回十分钟，医生记得的是系统里那几行，病人记得的是诊所的门牌。纸上的连接度是满的，两个人身上的连接度还是零。

医生那一头的账，也要算进来。被许多人认识，是一份很重的东西。老戴医生记得九楼阳台上的烟，也记得整栋楼许多家的生老病死。每认识一个人，就多背一份那个人的日子。丈夫走前那几个月，他关了诊所爬上九楼，那一趟付出的，不只是一个下午。连续性在病人身上存的是连接度，在医生身上，也是一份要有人替他托着的重量。

这不是谁偷懒。一位基层医生名下的人很多，一天看的号很多，能分给每个人的时间很少。连续性写进了制度，时间没有一起写进去。第14章讲过，时间就是动能，医院不付时间，对账就没人付。这句话在这里同样成立。

还有一处更不容易看见：连续性本身也会固化。认识久了，医生心里会有一个"她"的样子。这个样子起初是好东西，让医生一眼就看出今天的她和平时不一样。可这个样子如果不再被改写，就会反过来挡住眼睛："她一向这样""她就是爱操心""老毛病了"。新的不对劲进来，被这个老样子一句话收走。第8章说过，对象端的固化叫偶像。熟人医生也会有自己的偶像，只是它不叫"某某床"，它叫"老病人"。

病人那一头也一样。认识久了，有些话反而不好意思说了。怕老医生觉得自己多事，怕打乱一段处得很好的关系，怕说了"其实上回的办法我没照着做"，医生会失望。于是病人在熟医生面前，说得越来越少。"医生最了解我"这句话，也可以慢慢变成一块石心：不再把新的日子带进诊室。

说到这里，就看得出各地文件里那一条看似不起眼的规定有多要紧：可以改选，可以换。中国的签约到期可以改选别的团队；新加坡和英国的登记，一般也留着换诊所的路〔具体换诊所的规则待核〕。这条路不是给"不满意"留的后门。它是给固化留的一道缝：两个人之间的连接度一旦僵成了墙，还有一个地方可以重新开始。

还有一处要留心：登记以后，常常跟着一份计划。一份健康计划、一份签约服务包、一张随访表，都是好东西。它们把"这个人要长期照看"这句话，落成了几条看得见的事。可是任何一张表都有一个脾气：用久了，人会去照顾表，而不是照顾人。随访变成了打勾，打完勾就算看过了。表上每一格都填满了，右栏那一句"孙子

睡午觉时一个人坐着"，没有格子可填。这不是哪一份计划的毛病，是所有理念符号的通病。一张表一旦被供起来，就成了偶像。

所以连续性不是自动的好。它是一笔连接度。连接度可以拿来对账，也可以变成一堵墙，把新的对不上挡在门外。它停下的地方，正好是接着要走的一步：认识一个人，要不断地重新认识。

◆ 五、连续性是存起来的连接度

用本书的话说，连续性是制度化的连接度。连接度，是本书说的内能：一样东西有多结实，看要多大的力才能把它拆开。医生和病人之间的连接度，是一次次见面、一次次对上话，慢慢存起来的。存得越多，一次小误会越拆不动它；存得越少，一句没听完的话就能让人转身走掉。

连续性做的事，是不让这笔连接度每次都从零开始。这件事听上去只是"方便"。其实它碰到了本卷最要紧的一道闸。本卷一再说：对不上，要能在事前指出来，不能事后说"其实早就对不上"。病历里同时有"检查未见异常"和"症状持续"两行，是一条能事前指出的缝。可是还有许多缝，要先有一个"平常"，才指得出来。

一位第一次见面的医生，手里只有今天：今天的刻痕，今天的标准，今天病人说的那几句话。三栏单上，左栏和中栏都有，右栏只有一行"今天"。他可以看出今天的数字和标准对不对得上，却看不出今天的她和平常的她对不对得上。因为他不知道她的平常。

认识她的医生不一样。他知道她平常日子怎么过，平常说话是什么调子，平常的数字落在什么地方。今天哪里和平常不一样，他一眼就能指出来。所以连续性的第一个用处，是给右栏一个"平常"。有了平常，日子这一栏里的对不上，才能在事前被指认出来。

老戴医生有过这样一回。那年毛振华还在，有一个礼拜，老戴医生在楼下没再看见九楼阳台上那点烟头的火光。下回老毛来拿药，老戴医生没有先看单子，先问了一句："这个礼拜阳台上怎么没人了？"这一问，在病历里找不到出处。它的出处是三十年里每一回在楼下抬头看的那一眼。至于这一问后来引出了什么，那是那间诊室里的事，本书不写。本书只记下：那条缝，是因为有一个"平常"，才在事前被看见的。再用本卷的三条方程看一遍。

指南＝F（刻痕，感受）。 指南落到一个人身上，要用这个人的刻痕和感受去对。陌生的诊室里，F手上只有今天的刻痕和十分钟的感受。熟悉的诊室里，F手上有几年的刻痕，有一个知道怎么读的感受。同一份指南，落到后一种诊室里，才更可能被对到这个人身上。

刻痕＝G（指南，感受）。 一个数字怎么读，要看标准，也要看这个人。第2章讲过，同一个人在诊室和在家里，量出来的数字可以不一样。认识她的医生，知道她的数字平常落在哪里、在什么场合会跳一跳。数字还是那个数字，读它的眼睛多了几年的底。

感受＝H（指南，刻痕）。 病人对自己的认识，会被医生的话改写。可医生的话能不能进得去，要看那张网。一位陌生医生说"您没什么事"，可能只是一阵风。认识你三年的医生说同一句话，你可能会信，也可能会顶回去："不对，我这回跟平常不一样。"两种反应都说明话进去了，在你身上对上了账。

连续性的第二个用处，是势能。被一个人认识，是一个场。在这个场里，人敢说没想清楚的话，敢说"我也说不清，就是不对劲"，敢说"上回的办法我没照着做"。第14章讲过"门把手问题"，很多人要到起身要走、手搭上门把手时，才说出真正想问的那件事。在一个认识你的医生面前，这件事常常不用等到门口。

连续性的第三个用处，是省动能。每一次见面都要付动能：时间，追问，重新把一个人讲清楚。陌生的十分钟，前五分钟花在从头讲起上。熟悉的十分钟，第一句就可以是"上次您说……"。同样十分钟，后一种能用来对账的时间多出一倍。连续性不是给医生加了时间，是让每一分钟都站在上一次的肩膀上。

第二节那三种连续，放到本书的三界里，各有各的位置。信息的连续，主要靠病历、化验记录、用药清单。这些是落在纸面上、存在系统里的东西，是现实符号。它们最好存，最好交接，换一位医生也带得走。管理的连续，靠的是一套前后一贯的处理思路：同一份指南，同一个计划，几位医护都照着走。这是理念符号在几个人之间的一致。关系的连续，存在两个人身上：医生心里那个"她"，病人心里那份"他认识我"。这是两边各自的自我符号。它最难存，最难交接，人一换就要重来。

三种连续都要。可是它们的难易不一样。前两种可以写进制度、写进系统，花钱就能建；第三种只能一次次见面，用时间去换。所以各地的改革，往往前两种走

得快，第三种走得慢。不是谁不重视，是它的能量账本来就贵。那么，"认识一个人"到底存在哪里？拆开来看，至少有六层：

认识的一层	主要存在哪里	属于哪一界	换一位医生后还剩多少
认得名字和脸	医生的记性	医生身上的自我符号	几乎不剩
记得病史和用药	病历	纸面上的现实符号	大多还在
记得她的数字平常落在哪里	病历加医生的眼睛	现实符号加一种读法	数字还在，读法不一定在
记得她的日子（午觉那一阵、孙子、麻将）	医生的记性，偶尔病历里一行	自我符号	多半丢了
记得她怎么说话（"没什么"是真没什么吗）	只在医生身上	自我符号	全部丢了
记得上次对不上在哪里	本该在病历，常常只在医生身上	三界之间的一道缝	看病历怎么写（第17章）

这张表把一件事摆得很清楚：电子病历存住了第二、三层，很结实。连续性真正值钱的，是第四到第六层。这几层大多存在一个人身上。人一换，就散了。老戴医生退休那天，诊所的病历一页不少地交给了邹医生。可是"阳台上那根烟"不在任何一页上。所以制度能做的，一是尽量让同一个人看下去，二是让病历多存一点本来只存在人身上的东西。后一件事，下一章会细讲。

还有第三个地方能存：病人自己身上。今天的人搬家、换工作、跟着子女去别的城市，一辈子只看一位医生的人越来越少。医生会换，诊所会换，制度也会变。走到哪里都带着的，只有病人自己。

一个人如果能把自己的"平常"说清楚，平常一天怎么过、什么时候跟平常不一样，那么第四层、第六层，就有一部分存在了他自己身上。换到哪一位医生面前，他都能把这几层重新摆上桌。这不是要病人去懂医学，是要病人守住三栏单里本来就归他的那一栏。第15章里的毛医生，复诊时问邹玉兰"秋茶焙完了没有"，问的就是这一层。只是那一层，是老人自己上回随口带进诊室的。

最后，还要把上一节那道墙放回来。连接度越高，越要防固化。一位认识你很久的医生，心里那个"你的老样子"，应当是一把尺子，不是一张判决书。尺子是拿来量今天和平常差多少的；判决书是不管今天、只管平常的。把尺子留成尺子，有一个很简单的办法：每次见面，先问一句"跟上次比，有什么不一样？"。这一句话，承认了那个老样子，又给新的对不上开了一道门。

把本卷的三问放到连续性上，也能问得更具体。第一问，哪两栏对不上？陌生的诊室里，通常只能问左栏和中栏：数字和标准。熟悉的诊室里，多了一种问法：今天的右栏和平常的右栏，对不对得上。第二问，这条缝能不能事前指出？有了"平常"，才能指。连续性是这一问的前提。第三问，这次谈话谁来付动能？连续性的回答是：上一次已经替这一次付了一部分。每一次存下的连接度，都是给下一次预付的动能。

连续性还有一个容易被忽略的时候：坏消息来的那一天。第15章说过，熔开以后要先托住，托住要一张现成的网。一位认识你多年的医生，就是那张网里的一根线。他不用在那一天才开始认识你。

◆ 六、楼下诊所的三年

回到红山。2023 年 8 月，卢美华第一次坐进楼下诊所的诊室，做那次免费的首次健康计划咨询。邹医生先看了电脑上的记录，看了一会儿，转过椅子，说："这些我看过了。您跟我讲讲，平常一天是怎么过的？"

卢美华愣了一下。十一回门诊里，没有人这样开头。她从早上讲起：六点起床，七点半儿子送孙子过来，上午去巴刹，中午给孙子煮粥，孙子睡午觉那一阵，屋里很静，她一个人坐着。礼拜三去社区中心打麻将，四个老姐妹，打了好几年了。讲着讲着，讲到了毛振华，讲到了阳台，讲到了老戴医生爬上九楼。

邹医生没有打断。讲完了，她在记录最后加了一行，大意是："孙子午睡时独处；周三社区中心麻将；平日照顾孙子；丈夫两年前过世，前任医生为戴医生。"这一行字很短。它不是诊断，不是医嘱，指南里也没有它的格子。可它是这家诊所的病历里，第一次有了卢美华一个人坐着的那一阵。

那天走出诊所，卢美华在电梯口站了一会儿。十一回轮诊下来，她在诊室里慢慢成了一个"没什么事的老太太"。这个说法没有人写在纸上，是她自己一回回缩短开

场白、缩出来的。今天这一个钟头，诊室里显出的是另一个她：一个有午觉那一阵、有孙子、有礼拜三、有一段丧夫之痛的人。

这不是邹医生给了她什么新东西。是那一句"平常一天怎么过"，给她身上本来就有的东西留了一个位置。那次谈了什么检查、往后多久来一次，是医生和她之间的事。具体病情请遵医嘱。

三个月后第二次去，邹医生开口第一句是："孙子上幼儿园了没有？"卢美华笑了。那天她的开场白比上回又长了一些。用三栏单的话说，右栏一点点长了回来。

第二年发生过一件小事。那天诊所排了很长的队，邹医生看起来很累。卢美华刚开口讲了半句，邹医生看着屏幕说："您一向没什么事，记录都很好。"然后就开了单子。卢美华回家后，有点不痛快。她跟媳妇说："今天邹医生没听我讲完。"

这一下，正是第四节说的那道墙冒了个头："您一向没什么事"，老样子差一点就成了判决书。下一回去，卢美华半开玩笑地说了一句："上次你很忙哦。"邹医生停了一下，说："是，那天我没听您讲完。您那天想讲什么？"

第13章讲过，信任拆起来快，建起来慢。这里要补一句：一次小小的拆，如果被双方都看见、说出来、接回去，那张网反而更结实了。这一回的对话之后，卢美华在这间诊所里说话的胆子大了一点。她知道，说"你上次没听完"，在这里是可以的。

第三年，2025 年秋天，又有一回。卢美华来复诊，从头到尾没有提麻将。邹医生在快结束时问了一句："这回怎么没听您讲礼拜三？"卢美华说，四个老姐妹里，有一个搬去了榜鹅的女儿家，另一个每天要去照顾刚出生的外孙，那张桌子凑不齐了。礼拜三，她现在也是一个人坐着。

这一回，左栏的刻痕没有什么变化，中栏的标准也没有什么新说法。变了的是右栏：一个人的礼拜三，从热闹变成了安静。卢美华说完，自己也愣了一下。这件事她没跟儿子说过，也没跟媳妇说过。她觉得不算什么事，四个老人凑不齐一桌麻将而已。是邹医生那一问，让她听见自己说了出来。

这一下也值得记住：连续性不只让医生看见了缝，也让病人自己看见了。一个人的日子悄悄变了，自己往往是最后一个发觉的。有人问起"以前"，"现在"才显出了

形状。这条缝，一位第一次见面的医生是看不见的。因为对他来说，"礼拜三一个人坐着"就是她的平常。只有知道她以前的礼拜三是什么样子的人，才能指出它变了。

这条缝被指出来以后，接下来怎么谈、要不要再看些什么，那是邹医生的事，本书不替她写。本书只记下一件事：这一次，三栏里有一栏的变化，在事前被一个认识她的人看见了。

那天晚上，卢美华跟媳妇说："邹医生跟老戴医生不一样，可是有一点一样。"媳妇问哪一点。她想了一会儿，说："她们都看得出我哪里跟平常不一样。"

今年卢美华六十四岁了，孙子上了小学。她现在去诊所，手里会带一个小本子，是媳妇给她买的。本子上没有一个病名，只有几行字：这个月礼拜三去了哪里，孙子哪天开始自己走路去学校，哪几天觉得跟平常不一样。她说，这是"给邹医生看的我"。

三年前那条短信，给了这件事一个开头。登记那一下不费什么力气，后面的三年，是两个人一次次付的动能：一次愿意转过椅子的提问，一行加在记录末尾的字，一句"那天我没听您讲完"。制度留出了位置，连接度是在位置上一回回存起来的。

◆ 七、放回日子里

不管你住在哪里，用的是哪一种制度，"让一个人认识你"这件事，有一部分是你自己能做的。能看同一位医生，就尽量看同一位。轮诊的地方，也可以问问能不能预约上次那位。

去看病之前，可以在纸上写三五行你的日子：平常一天怎么过，最近哪里跟平常不一样。不写病名，不写自己猜的原因，只写日子。这几行，就是给右栏的一个"平常"。

如果你年轻，常换城市，常换工作，没有哪位医生能看你十年，这几行更要紧。它们是你随身带着的那一点连续性。如果换了医生，把这几行再拿出来。老医生走的时候带走了第四到第六层，你自己可以替新医生补回一点。

如果你是家属，陪父母看病时，可以替他们把那句被他们自己缩回去的话说出来："我妈平常孙子睡午觉那一阵，是一个人坐着的。"

如果你是医生，可以试试在记录末尾留一行这个人的日子。不占格子，不进指南，只是一行。下回打开记录，那一行会替你记得这个人。也可以试试每次见面先问一句："跟上次比，有什么不一样？"

如果你在诊所、社区中心或卫生部门做管理，可以在签约率、登记率之外，多问一个问题。去问病人本人："在这里，有没有一个人认识你？"第二节那篇综述说过，连续性是病人经历到的东西。名单上的数字能说明位置留出来了，这一句的回答，才说明位置上有没有长出人来。

如果一个人的日子里，常常只剩自己坐着，这份孤单也值得被认真对待。**身体或心里的难处真的大了，请找医生或心理咨询师**。这些都只是沟通上的事。看病本身怎么看，具体病情请遵医嘱。

带 走 的 话

连续性是存起来的连接度；有了一个人的"平常"，日子里的对不上才指得出来。

小　账

巴林特关上了"医生只是开药的人"那扇门，把关系当成一味药；本书打开的是：这味药存在哪一层，人一换还剩多少。

把登记和签约当成"已经被认识了"，就把要两个人一次次付动能才长得出来的认识，收成了名单上的一个名字。

想 一 想

1. 有没有一位医生、老师或师傅，是真的认识你的？他是从哪一件小事上让你知道的？
2. 你看病时的开场白，这几年是变长了，还是变短了？是什么让它变成现在这样？
3. 如果明天要换一位医生，你最希望他知道你的哪三行日子？

◆

17

第17章

病历与知情同意书：对账留在纸面上的痕迹

这一章的问题

钟启明把同意书上的风险背得一条不差，却说不出它们落进自己的日子是什么样子，病历上那个问号是怎么去掉的也看不出来——这两样纸到底记下了什么，一个签名又该认下什么？

◆ 一、物理老师读同意书

钟启明在南京一所中学教了二十八年物理。三月的一个晚上，九点多，他坐在病房床边的小桌前，面前摊着四页纸。第二天上午，他有一台计划中的手术。手术是什么，本书不写；要紧的是这四页纸。纸的抬头是"手术知情同意书"。下午住院医生拿过来，讲了二十来分钟，说："钟老师您慢慢看，看完签在最后一页。"

他没有慢慢看。他是拿出改实验报告的架势看的：左手按着纸，右手捏一支红笔，一行一行往下划。第一页是病情和拟施手术的名称。第二页是一长串可能的风险，分成常见的、少见的、罕见的。第三页是替代方案，写了两条。第四页最底下，是一段印好的话，大意是：医生已向我详细说明上述情况，我已充分了解，同意手术。下面一条横线，签名，日期。红笔停在"充分了解"四个字上。

他把第二页的风险又看了一遍，合上纸，闭着眼睛默念了一遍。念得出来，一条不差。可是他心里清楚，念得出来，不等于懂了。教了二十八年书，他见过太多这样的学生：牛顿三定律背得滚瓜烂熟，一道题换个问法，球从斜面上滚下来落在哪里，就答不上来了。背得出来是一回事，能把它用到一个具体的球上，是另一回事。

他手里这四页纸，他背得出来。可是这些风险落到他这一个人、他这一段日子上是什么样子，纸上没有写，他也说不上来。六月他带的毕业班要中考；八十岁的

母亲跟他们住，每天早上是他扶她下楼；他每天骑电动车去学校，单程四十分钟。这些事，四页纸上一个字也没有。

他从包里又拿出一叠纸。那是下午他请护士帮忙复印的门诊病历，三个月来看了四次门诊，一共六页。他想看看，这三个月里，他在医生那里是什么样子。第一次门诊的那一页上，写着"主诉"两个字，后面是一个部位、"不适"两个字和"三月"。第4章讲过，病人的一大段话，怎样被压成表格里的一行主诉，这里不再重讲。钟启明在意的是另一件事。

他往下看，看到"辅助检查"那一栏，写着几项检查，结果都是"未见明显异常"。再往下，"初步诊断"一栏写了一个词，后面跟着一个问号。最下面"处理"一栏，写着复查的时间。第二次、第三次门诊，几乎一模一样，只是检查多了几项。到第四次，"初步诊断"后面的问号没有了，"处理"一栏写着：建议手术。

他把四页门诊记录摊开，并排放在桌上，像摆一组实验数据。一个物理老师看数据，第一件事是看条件有没有写清楚，第二件事是看哪里对不上。他看到了：三个月里，"主诉"那一栏一直在，"未见明显异常"那一栏也一直在，两行字每次都并排写在同一页上。到第四次，中间那个问号去掉了。问号是怎么去掉的？这张纸上看不出来。

邻床的老先生已经睡了，鼾声一阵一阵。值夜班的护士推着车走过门口，往里看了一眼，又走了。十点四十分，妻子邹慧琴来送换洗衣服，问他签了没有。他说："还没有。我想先弄明白，我签的到底是什么。"

这一章要讲的，就是桌上这两样纸：一叠病历，一份同意书。它们是医学里最平常的东西，每天在每一家医院里写下几万、几十万张。可是它们不平常。病历是对账留在纸面上的痕迹；同意书，是对账要在纸面上落一个名字。医学为这两样纸走过很长的路，做对了很多事。它们停在哪里，也正好是下一步要走的地方。

◆ 二、病历本来是各管各的

先看病历是怎么变成今天这个样子的。医者给病人留记录，是很老的事。古希腊传下来的医书里，有一部分是一个个病例的流水账：哪一天，什么人，身上怎样〔希波克拉底文集《流行病》诸卷，待核〕。中国最早留下来的病案，常被追溯到《史记》里记的西汉医者淳于意：他应诏答问，讲了自己看过的二十多个病人，后

人称之为"诊籍"〔篇目与病例数待核〕。这些记录有一个共同点：它们是医者自己的本子。病人是本子里的一段，记录跟着医生走。

到了近代的大医院，一位病人会被许多医生看。每位医生各记各的，一个病人的事散在许多本子里。二十世纪初，美国梅奥诊所做了一件后来被许多医院照着做的事：一个病人一份病历，所有医生的记录都归到这一份里〔普卢默与梅奥诊所"单一病历"，1907 年前后，待核〕。从"医生的本子"到"病人的病历"，这是一大步。记录第一次跟着病人走，而不是跟着医生走。

可是一份病历里，东西还是按来源放的。上世纪五十年代初，美国医生韦德（Lawrence Weed）在耶鲁带学生。他发现学生们读病历读得很苦：医生的笔记想到哪里写到哪里，化验单一沓，护理记录一沓，影像报告一沓，处方一沓。每一样都在，每一样都对，可是合在一起，看不出这个病人身上到底有几件事、每一件事走到了哪一步。

那时候的病历，是按"来源"排的：谁写的，就放在谁那一沓里。用本卷的话说，那是一份各守一角的病历。检验科的数字在一角，护士的观察在一角，医生的判断在一角，病人说的话散在医生笔记的字缝里。每一角都守得好好的，没有一页纸负责把它们对在一起。

韦德想换一种排法。他从 1964 年起陆续发表这个想法，1968 年在《新英格兰医学杂志》上发表了一篇长文，题目直译是《指导与教学的医疗记录》（Weed, 1968）。文章把这套做法带给了更多的医生。这套做法后来叫"以问题为中心的医疗记录"。要点有两条。

第一条，病历最前面放一张问题清单。这个病人身上有几件事，一件一件列出来，编上号。第二条，每一件事，每一次记录，都按同一个四栏格式写。四栏取四个英文词的头一个字母，叫 SOAP：

- **S，主观资料**：病人说了什么，他自己觉得怎样。
- **O，客观资料**：查体看到了什么，检查测到了什么。
- **A，评估**：医生怎么判断，这件事是什么、走到了哪一步。
- **P，计划**：接下来做什么。

这套格式的好处，要一条条写足。第一，它让医生的想法看得见。以前一位医生为什么这样判断，只在他脑子里；现在 A 那一栏把它写到了纸上，别人能看，能问，能指出哪里不对。韦德给文章起名"指导与教学"，意思就在这里：病历不只是存档，它能教人怎样想。

第二，它把来源不同的东西放到了同一页上。病人的话和检查的数字，以前分在两沓里，现在一上一下，挨着写。第三，它让一件事可以被追下去。问题清单上的第三号问题，三个月前怎样，今天怎样，翻到同一个编号就能接上。第16章说过三种连续，这是信息的连续在纸上的样子。

韦德还很早就想把这套做法放进电脑。1969 年，他参与研发的一套早期电子病历系统开始使用。他的问题清单，后来写进了美国推行电子病历的规定里。SOAP 这四个字母，今天几乎走遍了全世界的诊室。

中国的门诊病历和住院病历，栏目名称不一样，可是骨架相近：主诉、现病史，多半是病人说的；体格检查、辅助检查，是查到的；初步诊断，是判断；处理意见、诊疗计划，是接下来做什么〔与原卫生部《病历书写基本规范》（2010）各栏目的具体对应待核〕。钟启明摊在桌上的那六页，就是这样排的。

一种格式能从一个国家的一所大学，走进许多国家的千万间诊室，说明它解决了一个真问题。这个问题，就是各守一角。

◆ 三、四栏里早藏着三界

把 SOAP 放到本卷的三界里看，会看到一件很有意思的事：三界早就藏在这个格式里了。

栏	原意	中国病历里大致对应	本书看它属于哪一界	三栏单里的位置
S 主观	病人说了什么	主诉、现病史	自我符号	右栏「日子」
O 客观	查到、测到了什么	体格检查、辅助检查	现实符号（刻痕）	左栏「刻痕」
A 评估	医生怎么判断	初步诊断、诊断	理念符号（标准与标签）落到这个人身上	中栏「标准」，也是对账的地方

栏	原意	中国病历里大致对应	本书看它属于哪一界	三栏单里的位置
P 计划	接下来做什么	处理意见、诊疗计划	回写：把判断写回现实和日子里	三栏之下的那一行
问题清单	这个人身上有几件事	诊断列表	一张对账的总目录	三栏单的页眉

S 是病人的话，是自我符号。O 是身体留在仪器和医生手下的刻痕，是现实符号。A 是医学的标准和标签落到这个人身上，是理念符号。四十多年前韦德设计这张表，并没有本书的三界。可是他做的事，正是把三种符号放到了同一张纸的同一个格子里。

本卷第一编讲过三条方程：指南＝F（刻痕，感受）、刻痕＝G（指南，感受）、感受＝H（指南，刻痕）。放到 SOAP 上，第一条最清楚：A 这一栏，本来就应当是 O 和 S 的函数。判断要从查到的东西和病人说的东西里来。A 这一栏，是对账的那一栏。

P 这一栏也有它的位置。计划一旦执行，会回过头来改写另外几栏：做了新的检查，下一次的 O 就多了新的刻痕；病人照着计划过了一段日子，下一次的 S 就是这段日子的回声。上一次的 P，是下一次 S 和 O 的一部分来路。所以一份病历不是一张一张孤立的纸，是一圈一圈往前转的账。每一栏都是另外几栏的函数，任何两栏对不上，都逼着第三栏变。本书把这叫作回写。一份好的病历，就是把每一圈回写都留下痕迹。

再看本卷一直在说的那条缝。本卷一开头就说，有一条缝可以事前指认：病历里同时有"检查未见异常"和"症状持续"两行。现在看得更清楚了：这两行，一行在 O，一行在 S。正是因为 SOAP 把它们放在了同一页上，这条缝才能在事前被指出来。

如果病历还是按来源排，化验单在一沓，医生笔记在另一沓，这两行就永远不会挨着出现。缝在，可是没有一个地方能同时看见缝的两边。所以本书要先给 SOAP 记一功：它让对不上有了一个登记的位置。

钟启明的六页门诊记录，就是这样。三个月里，S 那一栏的"不适"和 O 那一栏的"未见明显异常"，每次都并排写在一页上。缝是看得见的，一直在那里。问题出在 A。两行对不上的时候，A 可以怎样写？大致有三种写法。

一种是把缝留着：S 与 O 不一致，原因未明，下次复查时对比。这样写，缝被登记了下来，下一次打开病历的人，一眼就知道这里有一件没有对上的事。一种是把缝封上：写一个现成的说法，比如"考虑与紧张有关"。第5章说过，"压力大"一类的说法，常常是理念符号对缝的草草封口。封口以后，下一次打开病历的人，看到的是一个已经有了答案的问题。

第一种写法，其实正合韦德的本意。他在讲问题清单的时候反复强调，一个问题要按医生当下真正弄明白的程度来写：弄明白到哪一层，就写到哪一层；还没弄明白的，就写成一个症状、一项异常的结果，不要提前写成一个病名〔转述大意，原文表述待核〕。这条规矩，说的正是"缝要留着"。没弄明白的地方，在清单上就该是一个敞着的口子。韦德的格式，从一开始就给对不上留了位置；后来把它封上的，常常是赶时间的手。

两种写法的差别，要等到下一个人打开病历时才看得出来。设想三个月后，病人换了一位医生。第一种写法摆在新医生面前，是一个敞着的问题：这里有一件事没有对上，上一位医生看见了，还没有答案。新医生会顺着它往下问。第二种写法摆在面前，是一个合上的问题：上一位医生已经有了说法。新医生多半就接着这个说法往下走，那条缝从此不再有人看。

同一条缝，A 栏写法不同，下一次门诊的样子就不同。病历不只记下了这一次对账，也替下一次对账定了起点。

还有一种最常见：A 栏写一个带问号的词，然后一次一次照抄下去。最后这一种，在电子病历里尤其容易发生。上次的记录一键复制，改几个字，就是这次的记录。复制本身不是坏事，省下的时间可以用来听病人说话。可是复制的东西多了，A 那一栏就从一次判断，变成了一句被抄来抄去的话。这几年，不少医生自己也在提醒：电子病历里，A 那一栏越写越薄了〔相关讨论见美国医院医学学会博客等，待核〕。

一句被抄来抄去、不再被新的 S 和 O 改写的话，就是纸面上的偶像。钟启明那个问号，就是这样走了三个月。它没有被改写，只是在第四次被去掉了。

这不一定说明判断错了。本书不评判那四次门诊里的任何医学判断，具体病情请遵医嘱。本书只看纸面：这张纸，没有留下问号是怎么去掉的。对账也许做了，在医生的脑子里，在一次会诊的讨论里；可是没有落在纸上。对账没有落在纸上，

下一个读病历的人就接不住。下一个读病历的人，有时是另一位医生，有时就是病人自己。

◆ 四、同意书是从伤口里长出来的

再看桌上的另一样纸。知情同意书今天看起来是一份例行的表格。可它的每一条，几乎都是从一道伤口里长出来的。1914 年，美国纽约州一桩判决里（卡多佐法官执笔），写下了一句后来常被引用的话，大意是：每一个心智健全的成年人，都有权决定自己的身体要被怎样对待〔原文待核〕。这是"身体归谁"这件事，第一次被这样清楚地写进判决。

第二次世界大战以后，纽伦堡审判揭开了战时一些医生在集中营里对囚犯做的人体实验。1947 年，审判形成的文件里，列出了人体研究必须守的十条原则，第一条就是：受试者的自愿同意是绝对必要的。这十条后来叫《纽伦堡法典》。1964 年，世界医学会在赫尔辛基通过了《赫尔辛基宣言》，把研究伦理从法庭的判词，变成了医学界自己的承诺。

1972 年，美国一项持续了四十年的研究被公开：研究者在亚拉巴马州长期观察一批患病的黑人男性，没有告诉他们真实情况，也没有给他们后来已经有了的治疗。舆论哗然。几年后，美国国家委员会在 1979 年发表了《贝尔蒙报告》，提出研究伦理的三条原则：尊重人、行善、公正。这三份文件，管的主要是研究。临床上的知情同意，是在法院里一桩一桩判出来的。

1957 年，美国加州一桩判决里第一次用到了"知情同意"这个说法〔待核〕。1972 年，美国哥伦比亚特区巡回上诉法院一桩判决提出，医生该告诉病人什么，不该只看医生同行通常怎么做，还要看一个通情达理的病人想知道什么〔待核〕。

英国走了更长的路。1957 年，英国的一桩判例定下了一个标准，大意是：医生的做法，只要有一群负责任的同行认可，就不算失职〔待核〕。这个标准用了将近六十年。2015 年，英国最高法院一桩判决改了口：医生要告诉病人的，是一个处在病人位置上的通情达理的人会看重的风险。还有一类：医生知道或应当知道，眼前这一个病人会看重的风险〔判词措辞待核〕。

新加坡也走过这段路。2017 年，新加坡上诉法院作出一宗判决。在病情告知和建议这一块，判决借鉴了英国 2015 年的做法并加以修改。标准从以医生为中心，转

向以病人为中心。法院提出了三步：有没有对病人要紧的信息没有告诉他；医生当时有没有掌握这个信息；不告诉，有没有正当的理由。

后来，新加坡又用立法把这一块写定。《民事法令》第 37 条在 2022 年 7 月 1 日生效。它要求医生的建议合乎一群受人尊重的同行的意见，这种意见又要合乎逻辑。它也要求，把一个处境相同的病人做决定合理需要的信息告诉他。其中有一款写得很具体：病人明确提出过的担心，以及从病人的医疗记录里应当看得出来的信息，都算要紧的信息。

中国的路，有一段是从"家属签字"走过来的。很长一段时间里，医院做手术，要家属在单子上签字，这是写在工作制度里的老规矩〔原卫生部 1982 年《医院工作制度》相关条文待核〕。

后来，2002 年的《医疗事故处理条例》要求把病情、医疗措施和医疗风险如实告知病人〔待核〕；2010 年施行的《侵权责任法》第五十五条，把说明义务和书面同意写进了法律〔待核〕。签字的人，从家属那里一点点往病人本人这边挪。这一路和第15章说的"先告诉家属"，是同一条河上的两个渡口。

到了今天，这条路写在《民法典》里。《民法典》第一千二百一十九条要求，手术、特殊检查、特殊治疗之前，医务人员要具体说明医疗风险、替代医疗方案等情况，并取得病人的明确同意（2020）。第15章讲过这一条里给近亲属留的那个口子，这里不再重讲。把这些放在一张表上：

年份	文件或判例	起于哪一次对不上	把哪一界请上了桌
1914	纽约州一桩判决〔待核〕	病人的身体被处置，病人自己不知情	病人对自己身体的认识（自我）
1947	纽伦堡法典	医学的名义与集中营里的身体	受试者的自愿（自我）
1964	赫尔辛基宣言	研究的需要与受试者的安危	医学界自己的承诺（理念）
1979	贝尔蒙报告	一项研究与四十年里被瞒着的人	尊重人、行善、公正（理念）
2015	英国最高法院一桩判决	同行的标准与病人的在意	病人会看重什么（自我）
2017	新加坡上诉法院判决	同上，在新加坡的法庭上	以病人为中心的告知（自我）

年份	文件或判例	起于哪一次对不上	把哪一界请上了桌
2020	中国《民法典》第一千二百一十九条	医疗风险与病人的知情	明确同意（理念写进法律）
2022	新加坡《民事法令》第 37 条生效	两种标准之间的平衡	病人提出的担心、病历里看得出的事

2015 年英国那桩判决里，还有一层意思和本章贴得很近。法官们写到，医生的告知是一场对话；用一大堆专业信息把病人淹没，或者照例要病人在同意书上签个字，都不算尽到了这份义务〔判词相关段落，转述大意，待核〕。最高法院自己说了：签字不是那件事本身。

这张表一行一行读下来，有一条线很清楚：每一次改动，背后都是一次对不上。医学的标准和病人的身体、病人的在意对不上了，对不上闹到了法庭上、闹到了报纸上，才逼出一份新的文件。

还有一条线：告知的尺子，从医生同行那里，一步一步往病人这边挪。英国 1957 年的标准问的是"别的医生会怎么做"，那是理念界里一个共同体的标准。2015 年的标准问的是"这个病人会看重什么"，那已经伸进了病人的自我符号。新加坡第 37 条又往前走了一小步，把"病人明确提出过的担心"和"病历里看得出的事"写进了法条。

最后这一条，本书要特别记一笔。它说的是：病历上写了什么，病人说了什么，决定了医生该告诉什么。S 那一栏和对账留下的痕迹，在这里第一次有了法律上的分量。这一路是真进步。每一份文件都是用伤口换来的，都要写足。

◆ 五、签了字，不等于认下

做对的事写足了，再看它停在哪里。钟启明那条横线上要落的名字，同时是三样东西。它是一个理念符号：在法律上，它表示同意已经给出。它是一个现实符号：墨水落在纸上，纸会被归档，多年以后还能被调出来。它本来还应当见证第三样东西：这个人懂了，认下了。这是一个自我符号。前两样，一分钟就能做成。第三样，签字做不成。

签字是理念符号，听懂并认下才是自我符号。

这两样常常被当成一样。表格上那一句"我已充分了解"，就是把第三样东西预先印好了，等着人用一个签名去认领。

第四节那张表里，每一行都在把病人往桌边请。请来请去，落到病房里，常常变成了一件事：表格越来越长。每出一次纠纷，表上可能就多一条风险；每有一桩判例，表上可能就多一段说明。表格是为了把该告诉的都告诉，这份用心是真的。

可是表格有一个脾气：写得越全，越没人细读。钟启明是物理老师，又是第一次住院，才会拿红笔一行行划。病房里多数人，是在床边、在家属的催促下、在护士等着的几分钟里签完的。研究里常见的发现是，病人签完字以后，能复述出来的风险并不多〔相关研究待核〕。

用本书的能量账来看，病房里那几分钟的签字，常常不是动能推着走的，是势能拉着走的。护士在床边等着，后面还有几位病人要送同样的单子；家属在旁边说"签吧，医生都讲过了"；整间病房里，人人都在签。这是一张很强的网，它把人往"签"那一边拉。人顺着网的方向落下一个名字，没有在自己身上付什么力气。靠势能拉出来的签名，纸上是稳的，人身上是空的。

一份越写越全、越来越少人读的表格，在理念上是满的，在病人身上是空的。书四讲过，免费得来的符号结晶不了。一张递过来、读完就签的清单，病人没有付动能，它落在病人身上，只是一叠信息。

第14章讲过复述确认，请病人用自己的话说一遍。那是把"听过"往"听懂"推了一步。生命伦理学里，早有人看见了这一层。美国的几位学者在上世纪八十年代提出，知情同意有两种理解：一种是"事件式"的，把同意看成一次签字、一个时刻；一种是"过程式"的，把同意看成医生和病人在整个诊疗里一次次商量、一次次确认的一段路〔阿佩尔鲍姆、利兹等人的相关论述与年份待核〕。他们更看重后一种。

这个区分说到了点子上。用本书的话说，事件式的同意，是一个理念符号在纸上落地；过程式的同意，是一个自我符号在病人身上慢慢结晶。前一种一分钟就能完成，后一种要付动能，要好几次谈话。

钟启明的处境，比"听过"多走了一步。他已经听懂了：他能把风险一条条背出来，能分清常见的和罕见的。可他卡在下一步。不妨把"知道"拆成三层：

- **听过**。医生讲了，他在场。表格上的签名，最少能证明这一层。

- **听懂**。能用自己的话复述，知道每一条说的是什么。复述确认管的是这一层。
- **认下**。能把这些风险放进自己的日子里，看清它们碰到的是自己的哪一块，然后仍然点头，或者摇头。

第三层要用到的东西，表格上没有位置：他的毕业班，他扶着下楼的母亲，他那四十分钟的电动车。本卷的三栏单里，这是右栏「日子」。一份同意书，把左栏的刻痕写在病情那一页，把中栏的标准写在风险和方案那几页，右栏是空的。没有右栏，就没法认下。因为认下，本来就是右栏的事。

这条缝，也守得住本书那道闸：它能在事前被指出来，不用等出了事再回头说。拿起任何一份同意书，看一眼：病情有没有写？有。风险和方案有没有写？有。病人自己的日子有没有一个地方写？多半没有。缺的那一栏，摆在纸面上，签字以前就看得见。

新加坡第 37 条写进去的"病人明确提出过的担心"，在法律上给右栏开了一个口子。可是法律上的口子，不等于纸面上的格子。病人要在哪里写下他的担心？医生要在哪里记下他听到了这个担心？多数同意书上，还找不到这个地方。

还有人从另一头去补：让病人读自己的病历。2010 年起，美国三家医疗机构做了一次尝试，叫"开放笔记"。一百零五位基层医生，邀请大约两万名病人在网上读医生写的门诊记录。

2012 年，结果发表在《内科学年鉴》上：病人绝大多数赞成，读了以后觉得自己对健康和照护更有把握；医生们报告，工作量没有明显增加（Delbanco 等，2012）。后来，美国 2020 年的一项联邦规则，要求把病历里包括医生笔记在内的信息向病人开放，2021 年起生效〔待核〕。

这件事要写足。病历从前是写给医生同行看的；开放以后，病人成了病历的读者。病人读到 S 那一栏，能看出医生记下的是不是自己说的话；读到 A 那一栏，能看出那条缝是被留着，还是被封上了。读病历，就是病人第一次能够亲自查一查这笔账。

它停在哪里？读，还不是写。病人能看到 S，却不能在 A 和 P 旁边写一句"我最在意的是六月的毕业班"。账开放给他看了，还没有开放给他记。它停下的地方，正

好是接着要走的一步：给病人的日子在纸上留一个格子，让签名落在一场对账之后，而不是代替一场对账。

◆ 六、钟老师的第二张纸

回到南京那间病房。十点五十分，妻子走了以后，钟启明从同意书背面撕下一张空白的纸。这是他的老习惯：学生的实验报告写不清楚，他就在背面替他们画一张表。他画了三栏。

左栏他写"刻痕"，把六页门诊记录里查到的东西照抄下来，一项一项，只抄结果，不加一个字的解释。他教学生的头一条规矩就是：数据先抄原样，别急着替它说话。

中栏他写"标准"，用自己的话写下医生下午讲的：为什么建议手术，手术大致要做什么，替代的两条路各是什么。写完，他在旁边打了个记号：这一栏是"我听懂的版本"，不一定对。

右栏他写"日子"。这一栏写得最快：六月毕业班中考；母亲八十，早上要扶她下楼；骑电动车上班，单程四十分钟；最怕的不是疼，是九月以前站不回讲台。

三栏下面，他写了一行小字："我还不明白的三件事。"第一件：第四次门诊，"初步诊断"后面的问号是怎样去掉的？第二件：第二页那一串风险里，哪几条会碰到右栏？第三件：如果走替代的那两条路，右栏又会怎样？

写完，他看了一遍，把同意书放回床头柜。那天晚上，第四页最底下那条横线，空着。他睡得不算好。可他心里有一样东西是清楚的：明天要谈的，是这张纸上的三件事。

第二天一早，邹慧琴来得比查房还早。她拿起那张纸看了一遍，从他手里要过笔，在右栏"母亲八十，早上要扶她下楼"那一行旁边，添了一句："这几个月我来扶。"

钟启明看着那一句，半天没说话。右栏的日子，原来不只是他一个人的。他一直把母亲那一行当成自己的担子；妻子一笔，把它改成了一家人的事。这一笔没有改动任何一条医学上的风险，却改了那些风险落到这个家里的样子。

第二天早上七点半，主刀的阎医生来查房。钟启明没有先递同意书，先递了那张三栏的纸。阎医生站着看了一分钟，然后把床边的凳子拉过来，坐下了。他指着那张表问："这个格式是谁教您的？"钟启明说："实验报告。左边数据，中间理论，右边是实验条件。条件没写清楚，数据再准也没用。"阎医生点点头，说："那我们从右边谈起。"

第一件事，阎医生答得最快。第四次门诊之前，他的情况在科里的一次讨论会上被拿出来讨论过，讨论的结论记在了会诊和讨论的记录里。那一份记录，不在门诊病历里，所以下午复印的六页上没有。钟启明听完，笑了一下。原来对账是做过的，痕迹也是有的，只是放在了另一沓里。

这一下，又是第二节说的那件事：病历按来源分沓，一沓有一沓的去处。问号是在讨论会上去掉的；去掉的理由，写在一份病人手里没有的纸上。账对了，可是对账的痕迹，没有和账本放在一起。

第二件、第三件，阎医生讲得慢一些，讲了十来分钟。他讲了什么，本书不写。那是医生和病人之间的事，具体病情请遵医嘱。本书只记下谈话的样子变了。昨天下午那二十分钟，是医生对着四页纸讲，病人听。今天早上这十来分钟，是两个人对着一张三栏的纸谈，从右栏谈起。钟启明那句"最怕的是九月以前站不回讲台"，被阎医生拿出来，放在了每一条风险的旁边去对。

谈完，阎医生在病程记录里加了一行，大意是："患者关注：六月所带毕业班中考；家中高龄母亲由其照护；骑电动车通勤。已逐项说明相关风险对上述事项的可能影响。"

把这一夜和这一早算一笔能量账。动能，钟启明付了一个晚上：读，划，抄，画表，写下三个问题。阎医生付了十来分钟和一张拉过来的凳子。势能，是那张凳子换出来的：医生坐下了，病人敢把"最怕站不回讲台"这种不像医学问题的话，放到桌面上。内能，落在了两个地方：病程记录里的那一行，和钟启明身上那份对出来的"认下"。

这笔账不贵。可它要有人先付第一笔。这一回先付的，是一个习惯了改实验报告的病人。多数病人没有这个习惯，第一笔就要有人替他们付。七点五十二分，钟启明在第四页那条横线上签了名。

签之前，他在心里过了一遍那三层：听过，有；听懂，有；认下，这一回也有了。他说不上来这份"认下"有多重，只知道它和昨晚那份背得出的"了解"不一样。昨晚那份是别人递给他的；这一份，是他和医生对着自己的日子，一条一条对出来的。手术怎样，本书不写。

六个星期以后复查，钟启明又请人复印了一份住院病历。他翻到病程记录，找到了那一行"患者关注"。他把那一页看了很久。他的日子，第一次在一份医学的纸上留下了痕迹。不是医生替他压成的一行主诉，是他自己说出来、医生听见了、写下来的一句话。

五月初，他回到学校，比原先想的早了几个月。第一节课讲实验报告，他在黑板上写了四个词：条件、数据、结论、对不上的地方。他跟学生说，前三样谁都会写。好的实验记录，要把第四样也写进去：哪一个数据和预想的不一样，当时怎么想的，后来怎么查的。物理学史上许多新东西，都是从一张记录上没被抹掉的"对不上"里长出来的。学生们不知道他为什么讲得那么起劲。他自己知道。

◆ 七、放回日子里

下一次你要在一张医疗的纸上签名，可以先问自己一句：我这个名字，签的是哪一层？听过，听懂，还是认下？如果只到"听过"，可以请医护再讲一遍，或者请他们听你复述一遍。情况允许的时候，不必急着在几分钟里签完。

如果到了"听懂"，还可以往前走一步：拿一张纸，写下你的右栏。你的工作，你要照顾的人，你最怕失去的那一样日子。把它交给医生，请他帮你看看，纸上的风险会碰到右栏的哪一块。一句写下来的担心，比一句随口说的担心，更容易被看见，也更容易被记下来。

如果你是陪床的家属，可以像邹慧琴那样，在右栏添上你能接过去的那一件事。病人写右栏时，常常把整个家的担子都写成自己一个人的。家属添上一句"这件我来"，那张纸上的风险没有变，落到这个家里的分量就变了。

如果你所在的地方允许，可以请求查阅、复印自己的病历〔各地关于查阅复制病历的规定待核〕。读的时候，看两样东西：S 那一栏，写的是不是你说的话；如果检查结果和你的感受对不上，A 那一栏，是把这条缝留着，还是封上了。

如果你是医生，可以试试两件小事。一是 S 和 O 对不上的时候，在 A 栏把缝写出来，哪怕只写"二者不一致，原因待查"。下一个打开病历的人，会因此少走一段路。二是在病程记录里留一行"患者关注"，把病人右栏里的那一两件事记下来。

如果你管着医院的表格，可以想一想：同意书上，能不能给病人留一个空格，题目就叫"我最在意的事"？这些都只是沟通和记录上的事。看病本身怎么看，具体病情请遵医嘱。

带 走 的 话

病历是对账留在纸上的痕迹，签名是对账落下的名字；没有右栏的日子，签得了字，认不下来。

小　账

韦德用 SOAP 关上了"病历各守一角"的门，让对不上有了登记的位置；本书打开的是：A 栏要把缝留着，同意书要给日子留一栏。

把签名当成认下，就把一段要两个人对着日子一条条对出来的认领，收成了一次纸上的手续。

想 一 想

1. 你上一次在医疗的纸上签名，签的是"听过""听懂"还是"认下"？
2. 如果现在让你写自己的右栏，你会写下哪三件事？
3. 你见过的哪一份记录，把"对不上的地方"也老老实实记了下来？它后来帮上了谁？

◆

18

第18章

线上问诊与 AI 助手：答案多了，对账少了

这一章的问题

范雨桐一夜读了十四个网页、一长串 AI 的回答，又花钱问了一位线上医生，第二天早上却答不出“我妈到底怎么了”——答案从来没有这么多，缺的那一样究竟是什么？

◆ 一、凌晨一点的搜索框

范雨桐，26 岁，在上海读研究生，第三年。十月的一个周二，她从实验室回到宿舍，已经快十一点。手机上有一张照片，是妈妈晚饭后发来的。妈妈叫龚秀兰，54 岁，在安庆老家开一间裁缝铺，前一周参加了街道组织的体检。照片拍得有点歪，是体检报告的第二页。妈妈在下面打了一行字：“这个箭头要不要紧？你帮我看看。”

单子上有一项，数字后面跟着一个向上的小箭头。是哪一项，本书不写。写出来，就像在示范怎么看单子了，这正是本书不做的事。范雨桐先做了这一代人最自然的一件事：把那一项的名字敲进搜索框。

第一页结果有十条。有医院科普文章，有问答平台上的回答，有一段短视频，有一家体检机构的广告。她点开第一条，读完，又点开第二条。第二条里出现了一个她没听过的病名，她又去搜那个病名。到十二点，浏览器开了十四个标签页。

她又打开手机上的一个 AI 助手，把照片发过去，问：“这个指标偏高是什么意思？”回答来得很快，也很长。分了五点，口气温和，条理清楚，最后一句是“建议咨询专业医生”。她觉得比那十四个页面都好读。她接着问，它接着答，每一次都比上一次更周到。

凌晨一点，她在一个线上问诊平台上付了一笔钱，挂了一个图文问诊。一个从没见过面的医生，二十分钟后回了三行字。大意是：单张报告不好判断，要结合年龄与既往情况；建议到当地医院复查，带上历次报告。她把这三行字读了两遍，有点失望。她花了钱，得到的字数比 AI 少得多。

那一夜她睡得很晚。第二天早上醒来，她想跟妈妈打电话，拿起手机，却发现自己说不出什么。昨晚读过的东西很多，标签页还开着，聊天记录拉不到底。可是“我妈到底怎么了”这句话，她一个字也答不上来。她只好说：“妈，你去医院再查一下吧。”这一句话，和凌晨一点那三行字，是一样的。

本章要问的就是这个晚上。一个研究生，用了三种当下最方便的工具，读了比二十年前任何病人家属都多的医学资料。答案从来没有这么多，这么快，这么便宜。可是第二天早上，她和妈妈之间那张单子，还是一张没对过账的单子。

答案多了。对账少了。

◆ 二、答案从来没有这么便宜过

先把公道写足。网上的医学信息、线上问诊、AI 助手，各自都是真进步，不是闹剧。

第一，信息不再锁在诊室里。 二十年前，一个县城裁缝想弄明白报告上的一个词，要等到下一次见医生，或者托人问一个当医生的亲戚。今天，她女儿在几百公里外，半分钟就能读到大医院专家写的科普。

这件事的分量不该小看。医学史上很长一段时间，病人知道得越少，越被当成“好病人”。后来，知情同意成了医学伦理的一块基石，第17章讲过它的来历。病人能读到、能问到，本身就是知情同意往前走了一步。

上世纪九十年代起，有医生提出“电子病人”（e-patient）的说法。意思是：上网查资料、带着问题来的病人，不是麻烦，是可以一起商量的伙伴〔待核：提法者与年份〕。这句话今天读来平常，当年是需要勇气的。

第二，线上问诊补上了时间和距离的缺口。 范雨桐凌晨一点能挂到号，这在线下是做不到的。对于住在偏远地方的人、行动不便的老人、上夜班的人，线上问诊让“见到一个医生”这件事，第一次不受钟点与路程的限制。

那三行字也值得多看一眼。它没有越过一张照片去下判断，它要求“带上历次报告”，它把人送回线下。这几行字短，可是它守住了一条分寸：隔着屏幕，它只碰得到一张照片。

第三，AI 助手的回答，常常写得比人更耐心。 2023 年，美国学者艾尔斯（Ayers）等人在《美国医学会杂志·内科学》上发表过一项研究。他们从一个公开的网络论坛里取了 195 个病人提的问题，每个问题都有一位医生在论坛上回答过。研究者再让一个通用聊天机器人回答同样的问题，然后请一组持证医护人员，在不知道哪份出自谁的情况下评分。

结果，在全部 585 次评估里，约 78.6% 的评估更偏好机器的回答；被评为“有同理心”或“很有同理心”的，机器的回答约占 45.1%，医生的回答只有约 4.6%。

这项研究有它的限度：论坛上的医生是业余时间义务作答，回答本来就短；评的是文字，不是病人后来过得怎样。本书不拿它去评哪个产品好坏。它说明的只有一件事：**在“把一段医学知识讲清楚、讲耐心”这件事上，机器已经做得很好。**

还可以再添一样。许多病人走出诊室，手里的报告和病历满是术语，回家一个字也看不懂。过去只能干瞪眼，或者等下次再问。今天，把一句术语交给 AI，它能换成一段大白话；家里不识外文的老人，也能请它把一张英文报告的格式说个大概。

这同样是在补知情同意的缺口。一个人连纸上写的是什么都看不懂，谈不上“知情”，更谈不上“同意”。把术语翻成大白话，让病人至少知道桌上摆着的是什么，这件事本身没有任何可以挑剔的地方。

这几样加起来，是一场真实的变化。医学的理念符号——教科书、指南、科普、经验——第一次被大量复制，送到了每个人的手机上，而且几乎不要钱。这一节的话要先放稳：本书不反对查资料，不反对线上问诊，不反对 AI 助手。它们对在哪里，前面已经写足了。下面要看它们停在哪里。

◆ 三、搜索的路越走越吓人

先看搜索框。2009 年，微软研究院的两位研究者怀特（White）与霍维茨（Horvitz）发表了一篇论文，刊在《美国计算机学会信息系统汇刊》上。题目里用了一个词：cyberchondria，中文常译“网络疑病”。

他们做了两件事。一件是看网页：一个很常见的不适，在网上常常和一些罕见而吓人的病名排在一起。另一件是看大量匿名的搜索记录：许多人从一个寻常的说法搜起，几步之后，就搜到了重病的名字；这种越搜越重的走向，还可能跨过好几次搜索，持续几天、几周〔已核〕。

这项研究不是在说搜索引擎坏。它说的是一条**路**的形状。搜索把网上的文字按“被点得多不多”“和这个词连得紧不紧”排出次序。吓人的内容更容易被点开，被点开的更容易排在前面。于是你走的每一步，都被一张网往同一个方向拉。这就是本书说的势能：一张纠缠的网，对走进来的人有吸引，有拉扯。

范雨桐那一夜的十四个标签页，就是沿着这条路走出来的。再看这条路上发生了什么、没发生什么。每一个页面，都是一段理念符号：某一类人，在某一类情况下，通常是怎样。它们彼此链接，一个病名牵出另一个病名，一个“可能”牵出另一个“可能”。这正是书二讲过的皮尔斯式的链——一个符号生下一个符号，往前长。

可是这条链上，没有一个环节碰到龚秀兰本人。没有一个页面知道她是哪天早上抽的血，抽血前一晚睡得怎样，上一次体检这一项是多少。没有一个页面知道她这半年的日子：裁缝铺的生意，老花镜换了几副，女儿多久没回家。链越长，离那个具体的人越远。

本书前面几章说过，对不上本来是诊疗的起点。可是在搜索框前，对不上没有被拿去问诊，它被拿去喂了一条免费的链。每多点一页，就多一段理念符号；每一段都不要钱，账却没有消失——它转到了读的人身上，变成焦虑。第9章讲过体检套餐越做越长、账转给病人的那一层，这里是同一笔账，换成了在深夜里一页一页付。

这笔账还会留下东西。一连几个晚上搜下来，有些人身上慢慢沉下一句话：“我大概是得了那个。”这句话起初只是一个念头。搜得多了，它开始稳定，

开始成为一个整体，开始被带到别处：带到饭桌上，带进下一次搜索，带进诊室。它满足了三判据，成了一个自我符号。

它不是从一次对账里长出来的。它是被一条免费的链，一夜一夜喂出来的。这样结晶的自我符号，连接度可以很高。下一次医生说“没有那么严重”，一句话往往拆不动它。拆它要付的动能，比当初喂它的多得多。这就是网上的担心有时比病本身更难放下的缘故：它是一块在深夜里悄悄压实的小石头。

本书不说这样的人“想多了”。那是把运行态说成了人的毛病。准确的说法是：这一段深夜的搜索，显出了一个越来越确信自己病了的她，而这份确信，从来没有和她自己的刻痕对过账。

◆ 四、AI 的回答：同一个角，又复制了一遍

再看 AI 助手。它比搜索框好用得多。它不让你在十四个页面之间跳，它把十四个页面的意思揉成一段，口气平和，条理分明。它甚至会提醒你：“以上仅供参考，请咨询专业医生。”

可是它是哪一家的符号学？本书的姊妹卷《大模型是索绪尔的网、皮尔斯的链：符号在对话中才发生》，专门回答过这个问题。这里只取它的三句结论。

第一句：大模型的词义，来自词与词之间的差别和共现。它是索绪尔那张“只有差别的网”，做成了机器。第二句：大模型一个字一个字往下生成，一个符号生下一个符号。它是皮尔斯那条无限衍义的链，第一次被真正跑了起来，而且对读者几乎不要成本。第三句：所以它只有理念符号。它没有现实符号——不需要解释者也立得住的刻痕；它也没有自我符号——付过代价、沉在身上的习惯与“我”。

把这三句放回医疗，就看得清了。一张化验单上有三种东西（第1章）：测得的数字是身体留在仪器里的刻痕，是现实符号；参考范围、指南、诊断标签是理念符号；“我哪里不对劲”是自我符号。三者对得上，诊疗平静结束；对不上，才开始问诊。

AI 助手读到的是什么？是一张照片上的几个数字，加上你打的一句话。照片上的数字，已经离开了采样的那个早上、那台仪器、那一批试剂。第2章说过，离开了

条件，刻痕就不一定还是稳定的粒子。你打的那句话，是你替妈妈转述的，已经不是妈妈的日子。

AI 拿到的这一点点，不足以让它碰到另外两个角。它能做的，是从那张巨大的网里，取出“一般情况下，这类数字意味着什么”。这就是理念符号，而且是非常好的理念符号。它可能比一位疲惫的门诊医生说得更全。可是它说的，是人群，不是这一个人。

于是出现了一件很少被说破的事：**AI 的回答，并没有给医疗的三角多添一个角。它只是把“标准”那一角，又复制了一遍，复制得更厚、更快、更便宜。**刻痕那一角，还是那张照片。日子那一角，还是空的。

◆ 五、它说“您”，可它不认识你

病人在看病之前先查一查，并不是今天才有的事。上一辈人家里，常有一本厚厚的家庭医学手册，封皮翻得起毛。报纸有健康专栏，电台有深夜的医生热线。再往前，乡村里有走村串户的郎中，有一代人熟悉的那本给基层卫生员用的手册〔待核：书名与年份〕。每一个时代，都在想办法把医学的理念符号复制出去，送到离医生很远的人手里。

这些复制，本书都看作好事。它们和今天的搜索、AI 是同一条路上的几站。可是 AI 这一站，有一样东西是前几站都没有的：**它用第二人称说话。**家庭医学手册不会说“您”。它说“患者常见某某”，口气是第三人称的，读的人心里清楚：这是在讲一群人，不是在讲我。报纸专栏也一样。电台热线里有“您”，可那是一个真人在一个真晚上，隔着电话听你说了三分钟。

AI 助手开口就是“根据您的描述”“结合您的情况”“建议您”。它会追问：“您方便说一下年龄吗？”“这种情况持续多久了？”它把你的几句话接过去，再织进它的回答里。读的人很容易觉得，自己被认识了。

这是一种很像对账的形状。它有“您”，有追问，有“结合您的情况”。它看起来碰到了日子那一角。可它碰到的，是你打进去的那几行字。那几行字，已经是你替自己的日子做过一次翻译的结果。你挑了你觉得要紧的说，用了网上学来的

词，漏掉了自己都没注意到的事。龚秀兰这半个月夜里停下缝纫机的那几次，范雨桐一个字也没有打进去，因为她根本不知道。

AI 接住的是翻译稿，不是日子本身。然后它用“您”把这份翻译稿还给你，口气像一个认识你多年的人。本书把这叫作**对账的样子，没有对账的能量**。

第13章讲过，信任是连接度，是一次次小对账累起来的，建起来慢，拆起来快。一个病人和同一位医生见了十年。医生知道她一紧张就说“没事”，知道她丈夫哪年走的；知道她哪一年的数字，和哪一段日子连在一起。这份连接度，是两个人各付了十年动能换来的。

一个人和 AI 聊了一个月，也会觉得它“懂我”。可这一个月里，付动能的只有一方。AI 那一边，没有一个会被这一个月改写的“它”，也没有一张会被这一个月的结果检验的刻痕。它记得的，是你说过的话；它不知道的，是你没说的日子，以及你说过的话后来怎样了。

这不是说 AI 冷漠。艾尔斯那项研究恰恰说明，它在文字上比许多疲惫的医生更有温度。问题不在温度，在**连接的方向**：温度是从它那边流向你，连接度却要在两边都付了代价之后才建得起来。

所以对一个长年和病相处的人，AI 可以是一张很大的网，一个随叫随到的势能场，帮他把散乱的知识排出次序。它托得住，却代替不了。结晶要发生在人身上，而医疗里的对账，还要再多一个人：那个能同时看见刻痕、标准和这个人日子的人。

◆ 六、免费的答案，在身上结晶不了

为什么范雨桐读了一夜，第二天早上说不出“我妈到底怎么了”？不是她笨，也不是 AI 答得不好。是书四反复讲的那一句：**免费的符号不结晶**。书二讲过符号发生的能量账：一个新的符号要结晶，得消耗动能，依靠势能，建立内能。内能就是连接度，即断裂的难度；一个理解有多结实，看要多大的力才能把它拆开。

那一夜，她付了时间，可是没有付那种动能。她没有去问：这张单子是哪天做的，上一次是多少？她没有去问：妈妈自己觉得怎样，她为什么偏偏在今晚发来？

她没有把网上的“一般情况”，和妈妈的“这一次”放在一起，看看哪里对不上。她一直在接收，没有在对账。

接收来的东西，在说的人那里也许是结晶过的——写科普的专家，训练模型时喂进去的千万页书，都付过代价。可在她身上，那只是信息。信息的发生，不等于理解的发生。

这里还有更细的一层。书四有一章，讲“对不上被提前填平了”：一有困惑立刻得到答案，落差还没形成，就被抹平了。那个向上的小箭头，本来是一条缝。它说：刻痕和标准之间，有一处对不上。这条缝本该被带进诊室，由一个能同时看见三个角的人去对账。

可是在去诊室之前，这条缝已经被网上的答案填了两次。一次是往松里填：“轻度偏高很常见，多数没有临床意义。”读到这句，缝合上了，人松了口气。一次是往紧里填：“需警惕某某疾病。”读到这句，缝也合上了，只是合成了一块石头。

两种填法方向相反，结果一样：缝没有了，问诊就没有了起点。第5章说过，“压力大”三个字常常是理念符号对一条缝的草草封口。网上的答案，是另一种更体面、更长的封口。所以这一节的判断，单独放一行：

AI 不缺答案。缺的是有人把答案放回那个具体的人身上，对一遍账。

◆ 七、隔着屏幕的问诊，碰得到几个角

再回头看凌晨一点那三行字。线上问诊和搜索、AI 都不一样：屏幕那一头是一个真医生。他读过书，见过病人，背后有执业的责任。照理说，他能同时看见三个角。可是隔着屏幕，他碰得到的，其实只有一个半。

标准那一角，他是满的。 他知道指南怎么写，知道这一项的参考范围是从哪一群人里统计出来的，知道它在什么情况下常常只是一时的起伏。这些都在他身上，是结晶过的理念符号。

刻痕那一角，他只碰到一半。 他看到的是一张照片，没有前几次的报告，没有采样的条件，没有面前这个人的身体。一张照片上的数字，像一封没有信封的信：字是真的，寄信的日子和地址都丢了。

日子那一角，他几乎碰不到。 图文问诊里，日子被压成了一两行字，而且常常是家属替病人打的。范雨桐写的是“我妈体检有一项偏高”。她没有写妈妈这半个月把单子拿出来看了十几遍；也没有写裁缝铺最近接了一批校服的活，天天做到很晚。

所以那三行字，是一位医生在只碰得到一个半角的时候，能给出的最诚实的话。它没有把缝填上，它把缝原样交还：带着历次报告，去见一个能看见你的医生。这件事说明，线上问诊最好的时候，是一扇门，不是一间诊室。

它的长处，在于让人更早、更方便地走到门口；它的分寸，在于知道自己隔着一层玻璃。一旦把门当成诊室，指望在一张照片上把三个角都对齐，它就会被逼着去做 AI 已经在做的事：讲一般情况，讲人群，讲“可能”。

这不是哪个平台的毛病，也不是哪位医生的毛病。这是“隔着屏幕”这件事本身的形状：刻痕被压成了照片，日子被压成了一行字，剩下来最完整的，只有标准。

还有连接度这一层。线下看病，一个人如果总找同一位医生，日子那一栏会一次比一次厚。医生记得她上回说过什么，记得哪一次的数字配着哪一段日子。第16章讲过，连续性就是制度化的连接度。

线上问诊大多是另一种节奏：这次是这位，下次多半是另一位。每一位都从零开始，每一位都只看到这一张照片。屏幕两边各付一点动能，付完就散了，没有地方存下来。这样的问诊，单次可以很好，次数多了却不累积。它像一口一口的水，解得了一时的渴，蓄不成一口井。

这一点也不必苛责。线上问诊本来就是为“这一次”设计的，不是为“这十年”设计的。要紧的只是别忘了：一个人和医疗之间的信任，大半是在“这十年”里长出来的。

◆ 八、诊室里的一叠打印纸

一个星期后，龚秀兰去了县医院。范雨桐不放心。前一天晚上，她把 AI 的几段回答、两篇她觉得最可靠的科普，整理成一份四页的文档，发到县城一家打印店。妈妈第二天一早去取。

门诊的宋医生四十来岁，那天上午已经看了三十多个号。龚秀兰坐下，先把体检单递过去，接着把那四页纸也递过去，说：“我女儿在上海查的，你看看对不对。”宋医生翻了一下，放在桌角。他看完体检单，问了几句，开了复查单，说：“先复查，结果出来再说。”前后不到五分钟。

龚秀兰走出诊室，心里有点堵。她觉得那四页纸，医生没有看。宋医生那边，大概也有一点堵：他觉得自己被考了一次。

这一幕，在今天的门诊里很常见。本书不评判宋医生，也不评判龚秀兰和她女儿。三方都没有做错什么：女儿是关心，妈妈是托付，医生是按他的专业，先要一个可靠的刻痕。可是这一叠打印纸，在诊室里砌起了一道墙。

对病人一家，它成了一块小小的偶像。 “AI 说的”“网上大医院专家说的”，成了一句带着权威的话。书四讲过生成文本怎样被供奉起来：不加检验地相信，对象那一端就固化了。龚秀兰递过去那四页纸的时候，等的不是一次对账，是一次盖章——医生说“对”，心就放下；医生说“不对”，就要问“凭什么”。

对医生，它很容易成了一块小小的石心。 一个医生每天被这样“考”很多次，最省力的回应，就是把打印纸放到桌角，回到自己的标准。时间久了，“病人带资料来”在他那里会结晶成一个固定的判断：又是网上看来的。这个判断连接度很高，再来一叠纸也拆不开它。

两边都固化了，中间那条本来可以拿来问诊的缝，就没人去碰。再细看一层：这四页纸里写的，和宋医生心里装的，属于同一个角。它们都是标准，都是理念符号。一个是从网上取来的，一个是从书里、从临床里结晶来的。两份标准放在一张桌上，不会自己对账，只会比谁更硬。

所以墙不是 AI 砌的。墙是“两份标准相遇，而刻痕与日子都不在场”砌的。

◆ 九、多一个角，还是多一道墙

那么，病人把 AI 的话带进诊室，有没有可能不是墙，而是帮手？有。可是条件要说清楚。本书前面讲过三条方程：指南＝F（刻痕，感受）、刻痕＝G（指南，感受）、感受＝H（指南，刻痕）。三个角里，任意两个对不上，就会逼第三个变化。对得上，就没有解释。

把 AI 的回答放进这个三角，只有一种位置是有用的：**它帮病人把自己的对不上说清楚**。不是“AI 说我可能是什么病”，那是又一份标准，只会去和医生的标准比硬。而是“我读完以后，有一处放心不下：网上说这类情况一般怎样，可我妈这半年是这样过的，这两样我对不上”。

前一种话，落在标准那一角，给桌上添了一份重复。后一种话，落在日子那一角，把一条缝摆了出来。前一种让医生防守，后一种让医生有事可做。同一段 AI 的回答，可以变成这两种完全不同的东西。差别不在 AI，在读的人有没有付那一份动能：把一般情况，和自己的这一次，放在一起比一遍。

	搜索引擎	AI 助手	图文线上问诊	面对面门诊
刻痕（检查与测量）	没有，只有你输入的一个词	一张照片上的数字，条件已丢	照片，加上你记得的一点点	可以要历次报告、可以复查
标准（指南怎么说）	很多，彼此打架	很多，揉成一段，讲得耐心	一位医生结晶过的标准	一位医生结晶过的标准
日子（病人怎样过）	没有	只有你打的那一句	一两行，常由家属代写	能问，能听，前提是有时间
谁付动能	读者，付的是焦虑	读者，付的是时间	医生付一点，读者付钱	医生与病人都可以付
连接度（信任）	几乎为零	用得越多，越像熟人，可它不认识你	一次性的，下次多半是另一位	可以累积，前提是同一位医生
它对在哪里	让知识不再锁在诊室	讲得清楚、耐心、不嫌烦	打破时间和距离，知道把人送回线下	三个角都碰得到
它停在哪里	越搜越重，缝被吓人的答案填上	只复制了标准那一角	只碰得到一个半角	常常没有时间把三个角摊开

这张表的最后一列，本书没有写成“最好”。面对面门诊也有它停下的地方：它碰得到三个角，却未必有时间把三个角摊在一张桌上。第14章讲过门诊的三十秒与三分钟，这里不再重复。

这张表要说的只有一件事：**工具越来越多，它们大多加厚的是同一个角。刻痕与日子，还是要靠人带进来，靠人对。**

◆ 十、三种人，三种深夜

深夜对着搜索框和 AI 的人，并不都是一样的。本书前面讲过三个入口。它们原本用来分辨病人走进诊室时卡在哪里，放到深夜的屏幕前，也一样分得清。

入口一：感受是硬的，说法碎了。 这是住在缝里的人。第5章写过他们：病历上同时有“检查未见异常”与“症状持续”两行。诊室给了他们一张全绿的单子，日子却还是不对劲。前言里的蔡淑贞，就站在这一类人中间。

这一类人，往往是网上答案最用力的读者。原因不难懂：诊室里没有一个名字能放下他们的日子，网上却有成百上千个名字，总有一个像是说中了。一个名字，哪怕是错的，也比一句“没有问题”更像一个落脚处。

可是从网上捡回来的名字，没有经过刻痕的对账，它只是给缝换了一个封口。缝里的人需要的不是一个更像的名字，是有人肯把这条缝认下来，写进病历，下次接着看。第20章会讲这件事怎样在一个团队里做成。

入口二：标准是硬的，日子塞不进。 医生给了一套很清楚的说法，可是这套说法和这个人的日子怎么也合不上。上夜班的人，照顾老人的人，一天打三份工的人，都可能落在这里。

这一类人在网上找的，常常不是知识，是另一份更合脚的标准：一篇说“其实不必那么严”的文章，一段说“我这样也挺好”的经验。找到了，就把它供起来，用它去顶医生那一份。

这是两份标准在比硬。比赢了，是偶像；比输了，是石心。日子那一栏，从头到尾没有被拿出来，和标准一起摊开看看，究竟是哪一处塞不进。

入口三：动能耗尽了。 长年和一种慢病相处的人，有时并不是不懂，是累了。第11章讲过这种疲惫，它是正常的。这一类人的深夜，常常不是在查资料，是在说话。白天没人有空听，家里人听烦了，医生每次只有几分钟。AI 不嫌烦，凌晨两点也回，回得耐心又温和。

本书不轻看这份温和。对一个动能耗尽的人，有一样东西肯在深夜接住他的话，本身就是一点托住。可是托住只是第一步。入口三的人，先要被托住，再谈目

标。AI 能接住话，却接不住那一年三百六十五次的重复，也坐不进他家的饭桌。真正的场，要有人：家人、病友、一位固定的医生、一个每次都在的护士。

三种人，三种深夜，用的都是同一个搜索框、同一个 AI。走错门的帮助会成为伤害，这句话在屏幕前一样成立。给入口一的人再多一个病名；给入口二的人再多一份标准；给入口三的人再多一段道理——都是把药递错了人。

◆ 十一、机器省下的时间，归谁

还有一个问题，常被乐观地带过：AI 进了医院，医生会不会更有空对账？这个问题，要用能量账来答。本书说过，对账要付能量。动能是时间与追问，势能是信任构成的场，内能是多次对账累起来的连接度。三样里，动能最直接：一次对账，至少要有几分钟，让三个角都被说出来。

今天许多医院在试用 AI 写病历、做摘要、回复常规咨询。这些工作本来吃掉医生大量的时间。照理，机器替医生写了字，医生就多出了几分钟。可是多出来的几分钟，归谁？

一种走向是：这几分钟被还给诊室，医生抬起头，问一句“你这半年是怎么过的”。时间变成了动能，花在对账上。另一种走向是：这几分钟被排进了下一个号。一上午从三十个号变成四十个号，每个号的时间没有变长，只是更多的人走过了同样短的一段。

书四讲过两本能量账：生成在机房里耗电，结晶在人身上耗动能，两本账不能互抵。放到医院也是一样。机器省下的是写字的能量，不是对账的能量。对账的能量，只能由坐在桌子两边的人付。机器能不能替人腾出这份能量，不由机器决定，由排班、由预算、由一家医院怎样看待“一次门诊值多少分钟”决定。本书不评判任何医院的选择，也不预言哪种走向会赢。只把一句话放在这里：

AI 可以替医生写病历，不能替病人和医生对账。腾出来的时间去了哪里，是制度的账，不是机器的账。

还有一层，更细，也更要紧。AI 写的病历摘要，最先被压缩掉的，往往是日子那一栏。病人说了五分钟的下午、家里的事、心里的怕，到了摘要里，常常只

剩“主诉某某，持续若干月”。第4章讲过，病人的“我病了”怎样被改写成表格里的“主诉”。机器写得越快、越整齐，这一步改写就越彻底。

所以医生手里有了 AI，标准那一角会更厚，刻痕那一角会更全，日子那一角却可能更薄。工具不是坏的，它只是顺着已有的那张网往下长。网本来就偏向标准，它就长得更偏。

◆ 十二、一个完整的例子：那一个周末

复查结果出来那周，范雨桐正好回安庆过周末。周五晚上，母女俩坐在裁缝铺里间的小桌边。缝纫机上搭着半截没做完的校服袖子。龚秀兰把两张单子并排摊开：一张是街道体检的，一张是县医院复查的。

范雨桐习惯性地掏出手机，想再问一遍 AI。手指停在屏幕上，没有按下去。上一次那一夜的十四个标签页，还在她心里。她读了那么多，最后能对妈妈说的，只有一句“去医院再查一下”。这一次，与其再取一份标准，不如先看看手里有什么。

那天晚上，小桌上多了一张从作业本上撕下来的纸。纸上画了两条竖线，这是后来第19章会正式画出来的那张“三栏单”的雏形。她们只是笨拙地，各写各的。

左边一栏，范雨桐抄下两张单子上的那一项：两个日子，两个数字，两个箭头的有无。她第一次注意到，两张单子上印的采样钟点不一样。她不知道这有没有关系，只把它写下来。

中间一栏，她写网上和宋医生说过的话。网上的话很多，她只抄了一句；宋医生的话很少，她一字不改地抄了“先复查，结果出来再说”。

右边一栏，是龚秀兰的。她拿着笔想了很久，写得歪歪扭扭：“这半个月，单子看了十几遍。”“晚上缝校服，一想起来就停下。”“不敢跟你爸说，怕他着急。”写完，她自己愣了一下。“原来我这半个月，是这样过的。”

这一下很要紧。右边一栏写出来之前，这半个月只是一团说不清的担心，一锅粥（混沌）；写出来以后，它有了形状。不是谁替她诊断出来的，是两条竖线让它站到了纸上。

母女俩把纸从左看到右，又从右看到左。她们没有能力去判断那个数字意味着什么，本书也不替她们判断。可是有一件事，纸上看得出来：左边两个数字的条件不一样；中间的话一句宽、一句窄；右边的日子，和左边、中间都对不上——数字也许只是一时的起伏，日子却已经实实在在地被它占住了半个月。这就是一条缝。不是网上的答案告诉她们的，是纸上自己显出来的。

还要守住本书的那道闸：这条缝，是不是事后硬说出来的？不是。它在去医院之前，就已经能被独立指出来：左栏写着两个不同的采样钟点，右栏写着“这半个月，单子看了十几遍”。这两行字在第二次门诊之前就在纸上，谁来看都看得见。它不是等结果出来以后，回头说“其实早就对不上”。能事前指出来的缝，才值得带进诊室。指不出来的，就老实说指不出来，不硬套。

周一，龚秀兰带着两张单子和那张纸，第二次去见宋医生。范雨桐在电话里只说了一句：“妈，别把网上的东西给他，把这张纸给他。”

那一次门诊多了几分钟。宋医生看了左栏，对两次采样的钟点多问了一句；看了右栏，抬头看了龚秀兰一眼。接下来要不要再查、查什么、怎样看，那是宋医生的事，本书不写。**具体病情请遵医嘱。**

本书只写一件事：那一次门诊，显出了一个和上次不同的龚秀兰。上次她是“递资料的人”，等一个盖章；这次她是“带着自己日子来的人”，等一次对账。宋医生那边，也显出了一个不同的他：上次他是“被考的人”，这次他是“被托付的人”。同一位医生，同一个病人，同一张化验单。变的不是知识，是桌上摆了几个角。

那张作业本上撕下来的纸，后来被龚秀兰压在裁缝铺的玻璃台板下面，和几张老顾客的尺寸单放在一起。

◆ 十三、放回日子里

本章不教你怎样用任何一个工具，也不评价任何一个产品。它只想留下三句话，分别给三种人。

给病人与家属： 网上查到的、AI 讲的，可以读，可以多读。只是读完以后，别急着把它当答案带进诊室。先问自己一句：我读完以后，哪里还放心不下？那一处

放心不下，往往就是你的日子和那份“一般情况”对不上的地方。把这一处带进去，比带四页打印纸有用。

给医生： 病人递过来的打印纸，可以当成一份考卷，也可以当成一个信号。它说明有一条缝，已经在病人家里折腾了一阵子。问一句“你读了以后，最担心的是哪一点”，打印纸就从一道墙，变回一扇门。

给做平台、做工具的人： 答案已经足够多了。如果有一天，工具不只给答案，还能帮病人把自己的刻痕和日子整理好、带进诊室，它加厚的就不再只是标准那一角。这件事做不做、怎样做，本书不替谁设计，只指出那个空着的位置。

深夜搜索带来的担心，如果越来越重，压得睡不着、做不了事，那就不只是查资料的事了。**身体或心里的难处真的大了，请找医生或心理咨询师。**最后再说一遍，本书不给诊断与治疗建议，不示范任何医学问答。**具体病情请遵医嘱。**

带 走 的 话

答案可以免费复制，对账不能；AI 加厚的是标准那一角，刻痕和日子还要人带进诊室。

小　账

网络疑病研究关上的门是“搜索让人越查越怕”，本书打开的门是：怕的来处，是标准被复制了千遍，刻痕与日子一遍也没对。

发生被收回为发现的那一下，是把 AI 的回答当成“已找到的答案”递进诊室，等一次盖章，而不是带去一条缝，等一次对账。

想 一 想

1. 你上一次深夜搜身体的事，是从哪一个词开始，最后停在了哪一个词上？
2. 你有没有把网上或 AI 的话带去给医生看过？那一次，它是一扇门，还是一道墙？
3. 如果给家里一位长辈画两条竖线，右边“日子”那一栏，你能替他写出几句？哪几句只有他自己写得出？

◆

第　七　编

对账问诊

编　序

第七编只做一件事：把前面拆开看过的东西，摆回一张桌子上。前三编分清了化验单上的三种东西，看见它们各守一角、各自固化；第四到第六编走过慢病、信任与制度三块田地，一次次停在同一个地方——数字、标准、日子都有人守，对账却没有人专门负责。这一编不再诊断，给出全书唯一的一件工具。

第19章回到前言那次门诊之后的一个星期四晚上。杜明哲对着病历上的几个字和一张便利贴，蔡淑贞下个星期二就要来复诊。这一章先写足前人把病人的话请进诊室的路，再看它停在“收集”、少有“对照”的地方，然后设计一张三栏单：左栏刻痕，中栏标准，右栏日子，纸的最下面是三问，并给医生、护士、病人各写一页。

第20章把这张纸带进一个慢病小组。护士邱慧玲发现，五个人各看见宋振南日子的一块，病历摘要上却只剩“依从性差”四个字。这一章立起对不上登记簿：只登记事前能指出的缝，碰头会先翻簿子，不用封口话关条目，也提醒簿子自己一被拿去考核就会固化。

上一编问的是制度替对账留了位置还是挤掉了位置；这一编把那个位置画在纸上、记进簿子。可是一件工具说得再顺，也可能只是一句事后什么都解释得通的话，所以第八编先拿它自我检验，再回到蔡淑贞的那张体检单。读这一编时，不妨带着一个问题：一张纸、一本簿子，不添一项检查，凭什么能让对不上的地方，第一次有一个写得下、记得住的位置？

19

第19章

一张三栏单：问诊怎么对账

这一章的问题

杜明哲对着屏幕上一行“体检各项在参考范围内”和病历夹外一张便利贴，下星期二蔡淑贞就要来复诊——桌上该摆一张什么样的纸，那条缝才有地方写下？

◆ 一、病历上只有几个字

新加坡，一个星期四的晚上。组屋楼下那间诊所七点半关了门，杜明哲医生把最后一份病历合上，又打开了另一份。杜明哲 46 岁，在这间诊所做家庭医生已经十年。下个星期二上午，蔡淑贞要来复诊。

前言里写过她：51 岁，一所小学校务处的行政人员。那个星期六上午，她拿着一张全绿的体检单来。杜明哲一页一页翻过去，又调出她前两年的记录对了对，然后很认真地说：“没有问题。”他没有敷衍，那句话也没有错，单子确实没有问题。她说了下午的事，他听了，问了几句作息和工作，在电脑上记了几个字，说如果还不舒服就再来。

那天傍晚关门以后，他翻到她那一条，停了一下。“单子很好，人不好”，这样的病人他每个月都会遇到几位。他手边能用的东西，对付一个红色的数字很够，对付这样的下午却少得多。那一点没有落地的东西，他一直带着。在某种意义上，他自己也住在那条缝里，只是住在缝的另一边。

今晚，那份病历又摊在屏幕上。上面一行，是那天他写的：“体检各项在参考范围内。”下面只有他当时记的几个字，说她提到下午不舒服。几个字很短，没有说多久，没有说日子为它变了什么，更没有一个“持续”。

病历夹外面，贴着一张黄色的便利贴。那是诊所护士胡美玲上个星期贴的。蔡淑贞打电话来约复诊，电话里说，下午还是那样，她手机里记了十几条。预约系统里只有日期和钟点两格，没有地方写这句话。胡美玲就把它照原话写在一张便利贴上，贴在了病历夹外面。

杜明哲看着屏幕上那几个字，又看看那张便利贴。一边是正式的病历，一边是一张随时会掉下来的小纸片。一份病历和一张便利贴并排摆着，显出了一件事：她的下午，到今天为止，还没有被认真写进病历里。只要它被写进去，病历上就会同时出现两行——“检查未见异常”和“症状持续”。那时候，这条缝就不再是一种感觉，任何一个翻开病历的人，都能在谈话之前把它指出来。可是今晚，病历上只有一行，加几个字。缝在那里，还没有地方写。

同一个晚上，不远处的一套组屋里，蔡淑贞坐在饭桌边，打开手机里的一个备忘录文件夹。那是第一次门诊之后她自己开始记的，没有人叫她记。每一条都很短，有日期，有钟点。今天那一条是：“两点多，放学铃前后。又是那样。”至于是怎样的不对劲，本书不写。那是她和她的医生之间的事。写出来，就成了在引人猜病，这正是本书不做的事。

一份病历，一张便利贴，一个备忘录文件夹。三样东西，散在三个地方。下个星期二，它们会到同一张桌子上。那张桌子上的纸会怎样被重新摆，那一次门诊里会发生什么，第22章会完整地讲。本章先做一件更朴素的事：把那张纸本身，从头设计一遍。

◆ 二、医学早就给病人的话留了位置

先把公道写足。把病人的话请进诊室，医学不是今天才想到的。它已经走了很远，而且每一步都是真进步。

病历的格式。 第17章讲过病历的四栏：病人说什么、查到什么、怎么判断、怎么办。那四栏里，三界早就各有一格。病人的话从那时起，就在病历上有了正式的位置。

“想法、担心、期待”。 1984 年，英国几位全科医生与学者彭德尔顿（Pendleton）等人出了一本讲问诊的书，书名就叫《问诊》。书里有一条提醒，

后来被各地全科医生反复使用。问诊时，要问出病人自己的三样东西：他对自己的情况有什么**想法**；他最**担心**的是什么；他**期待**这次门诊得到什么。英国全科界后来常把这三样合称为 ICE，取三个英文词的头一个字母〔已核〕。这一条的分量很重。它承认病人带着一套自己的理解走进诊室，那套理解不是噪声，值得问。

问诊的结构指南。 上世纪九十年代，加拿大卡尔加里与英国剑桥的两组教师，合作整理出一套问诊训练的框架。它后来叫“卡尔加里—剑桥指南”〔待核：年份与作者〕。它把一次问诊拆成开场、收集信息、解释与计划、结束等几段，每一段都写了医生该留给病人的空间。许多医学院今天还在用它教学生怎样说话。

给病人的三个问题。 美国的患者安全组织推广过一个很朴素的小卡片，叫“问我三件事”（Ask Me 3）。它教病人每次看病都问清楚三句：我的主要问题是什么？我需要做什么？为什么这样做对我很重要？〔已核〕一张卡片，三句话，让许多原本不敢开口的病人有了开口的句式。

“什么对你要紧”。 2012 年，两位美国学者在《新英格兰医学杂志》上写过一篇谈共同决策的短文。文中有一层意思，后来被到处引用：医生不只要问“你哪里不好”，还要问“什么对你要紧”〔已核〕。这句话后来变成了一些医院的活动名称，护士在病房里真的去问病人这一句。

一张让人开口的清单。 还有一样东西不在问诊里，在手术室里，却和本章很近。2008 年前后，世界卫生组织推出一份手术安全核查表〔待核：推出年份〕。它要求手术前后，团队里的每个人按表上的几问，各自开口说一遍：病人是谁，做什么，有没有已知的风险。后来一项在多国医院开展的研究报告说，用上这张表之后，手术并发症与死亡都有明显下降〔待核：Haynes 等，2009，《新英格兰医学杂志》〕。

这张表的要紧处，不在它问的内容有多深，而在它规定了**谁必须开口**。一张纸，改变了一间屋子里说话的次序。三栏单想学的，正是这一点。

这几样东西，放在一起看，是一条清楚的路：医学一步一步，把病人从被检查的对象，请回了谈话的一方。本章要设计的那张纸，站在这条路的尽头，不是另起炉灶。

◆ 三、病人的话进来了，对账还没进来

可是这条路，也停在了一个地方。把上面几样东西逐一摆开，会看到一个共同点：**它们都是在“收集”，很少在“对照”**。

病历四栏，把病人说的和查到的分开写，这是对的。可是分开写了以后，很少有一格专门问：这两栏对得上吗？蔡淑贞那两行字，就是这样挨在一起，谁也没看谁。

“想法、担心、期待”，把病人的理解问了出来。可是问出来以后，它常常被当成要“处理”的东西：病人担心什么，医生就解释什么，把担心消掉。病人的理解，和检查、和指南放在一起，看看是哪一处对不上——这一步，书里提到了，在许多诊室里却省掉了。

“问我三件事”，教病人问清楚。可是三句话的方向，都是从标准流向病人：我的问题是什么，我该做什么，为什么。病人的日子，在三句话里没有位置。它让病人把标准接得更稳，却不让病人把日子递过去。

“什么对你要紧”，把日子请了进来。这一步很大。可是请进来以后，它和刻痕、和标准是什么关系，谁也没规定。

还有一样，几乎所有的框架都没有问：**这一次谈话，谁来付这份能量？**问诊的结构写得再好，门诊只有几分钟，结构就只剩一个影子。第14章讲过时间就是动能，这里不重讲。要说的只是：前人设计了谈话的格子，没有设计谈话的账。

所以，这些框架对在哪里，上一节写足了；它们停下的地方，正好是接着要走的一步——**把三样东西摆在一张纸上，并排，然后问：哪里对不上**。

◆ 四、一张纸，两条竖线

这张纸，本书把它叫作**三栏单**。它的样子极简单：一张纸，竖着分成三栏。

- 左栏「刻痕」：检查与测量显示什么。
- 中栏「标准」：指南怎么说。
- 右栏「日子」：病人怎样过。

纸的最下面，留三行空，写三个问题的答案。三个问题，第六节再讲。至于三个栏名，对应本书一直在讲的三种符号。左栏是现实符号，是身体留在仪器里的刻痕。中栏是理念符号，是医学约定出来的参考范围、指南阈值、诊断名称。右栏是自我符号，是病人的感受，和“我病了”或“我没病”的那份自我认识。

三栏单不新造任何医学内容。左栏的数字，本来就在报告上；中栏的说法，本来就在指南里、在医生心里；右栏的日子，本来就在病人身上。它做的只有一件事：**把本来各守一角的三样东西，挪到同一张纸上，并排放。**

这件事听起来太小。可是第6章讲过，检验科守数字，指南守标准，病人守感受，没有人专门负责对账。三栏单就是那个“专门”：一张纸，专门用来对账。每一栏怎么写，有几条小规矩。

左栏「刻痕」，要连同条件一起写。 不只写一个数字，还要写它是哪一天、什么钟点、在哪里、用什么方式得来的；有上一次的，写上一次。第2章讲过，一个检验数字离开了条件，就不一定还是稳定的粒子。左栏写条件，就是让这个数字带着它的身份证上桌。

中栏「标准」，要写清它说的是谁。 参考范围是从哪一群人里统计出来的，指南是哪一年的版本，这个阈值是为哪一类人定的。第1章讲过，“正常”说的是人群，不是这一个人；第3章讲过，阈值会改，每一次改动背后都有一次对不上。中栏写清这些，标准就从一句判词，回到一件有来历的东西。

右栏「日子」，用病人自己的话写。 不翻译成“主诉”，不改成医学术语。病人说“下午不对劲”，就写“下午不对劲”；病人说“不敢跟家里人说”，就写这一句。第4章讲过，“我病了”怎样在表格里被改写成“主诉”，改写的那一下，自我符号的来历就丢了。右栏要守住的，正是那份来历。

右栏还可以写病人的想法、担心与期待。前人的那三样东西，在这里找到了它们的位置：它们不是要被“处理”掉的情绪，是三角的一个角。三栏的执笔人，可以不同。左栏常由医生或护士抄；中栏由医生说、由医生写；右栏最好由病人自己写，写不了的，由护士或家属照原话记。谁执笔，本身就是对“谁守哪一角”的一次承认。

	左栏「刻痕」	中栏「标准」	右栏「日子」
写什么	检查与测量显示什么，连同日期、钟点、条件、上一次	指南怎么说，参考范围从哪群人来，版本年份	病人怎样过：哪里不对劲、做不了什么、担心什么、盼什么
谁执笔	医生或护士照报告抄	医生口述并写下	病人自己写；写不了，由护士或家属照原话记
是哪一种符号	现实符号：身体留在仪器里的刻痕	理念符号：医学约定的标准	自我符号：感受与“我病了”的自我认识
它对在哪里	不撒谎，可重复，可比较	把千人千面放进同一把尺子	只有它知道这个人的日子
它停在哪里	刻痕不会开口	尺子不认识这个具体的人	说不清来历，容易被当成“主观”
常被误读成	“数字就是你”	“指南就是答案”	“主观噪声”“压力大”
不写什么	不写解读与诊断	不写对这个人的定论	不写医学术语，不写网上查来的病名

最后一行要多说一句。右栏不写网上查来的病名，不是不许病人去查。第18章讲过，查来的东西属于中栏，是又一份标准。把它写进右栏，就把一份标准伪装成了日子，三栏单就失效了。病人如果读了什么放心不下，可以写“我读到某某，最担心的是……”——担心是日子，病名不是。

◆ 五、为什么是三栏

有人会问：为什么偏偏是三栏？两栏不行吗？多几栏不是更全吗？先看两栏。许多病历、许多谈话，其实就是两栏：一栏“检查”，一栏“症状”。两栏的毛病，在于它只能给出一种判决：对得上，就是“真病”；对不上，就是“没病”，或者是“心理的”。

两栏的世界里，对不上只有一个去处——把其中一栏判为假。数字说没事，症状就被判成“想多了”；症状太硬，数字就被怀疑“没查准”。第5章写过住在缝里的人，他们最常遇到的，正是这种两栏的判决。

第三栏一加进来，局面就变了。本书讲过三元互为函数的那条原理：三个角里，任一个都是另外两个的函数；任两个起了矛盾，就会逼第三个变化，再回写回

去。两栏对不上，只能二选一；三栏对不上，就多了一条路：**不必判谁是假的，看是哪一角要变。**

蔡淑贞的单子和她的下午对不上，在两栏的世界里，总有一方要输：要么单子没查准，要么她想多了。在三栏的世界里，两方都不必输。被逼着让出位置的，是中栏：现有的说法里，还没有一个位置能同时放下这张单子和这些下午。这不是说指南错了，是说这一个人，落在了指南还没照顾到的地方。

再看四栏、五栏。今天的诊室里，确实不止三方在说话。有网上查来的答案，有 AI 的回复，有家人的看法，有保险的规则，有医院的流程。要不要给它们各开一栏？本书的回答是：不必，因为它们大多不是新的角，是旧角的复制。

网上的答案、AI 的回复，第18章讲过，属于中栏，是又一份标准。保险的规则、医院的流程，也是理念符号，属于中栏的一部分。家人的看法，如果是在讲病人怎样过日子，属于右栏，只是要注明“家属所说”；如果是在讲“应该怎样”，又回到了中栏。

栏开得越多，看起来越全，其实是把同一个角切成了好几块，每一块各守一格。那正是本书要对付的局面：各守一角，没人对账。三栏，是能把对账做起来的最少的栏数，也是最多的栏数。

◆ 六、三个问题

三栏写好，纸的最下面是三个问题。它们是三栏单的心。**一、哪两栏对不上？二、这条缝能不能事前指出？ 三、这次谈话谁来付动能？** 一个一个讲。

第一问：哪两栏对不上？ 三栏有三条边：左与中，中与右，左与右。本书前面讲过三条方程：指南＝F（刻痕，感受）、刻痕＝G（指南，感受）、感受＝H（指南，刻痕）。任意两角对不上，就会逼第三角变化。所以第一问不只问“有没有对不上”，还问“对不上的是哪一条边”——边不同，被逼着变的那一角就不同，谈话的方向也不同。

三栏都对得上，怎么办？那就没有解释，也不需要解释。一次三栏都对得上的门诊，几分钟结束，是好医疗，不是草率。三栏单不是要把每一次门诊都拉长，是要在对不上的那一次，别让它溜走。

第二问：这条缝能不能事前指出？ 这是本书一直守着的那道闸。对不上，必须能在谈话之前，在病历或三栏单上独立指出来：哪一行和哪一行。指得出来，才算一条缝；指不出来，就老实说指不出来，不硬套。

这一问是为了防一种很容易犯的毛病：什么都往“对不上”上说。病人说一句不舒服，就说“你看，三栏对不上”；结果出来了，又说“其实早就对不上”。这样用三栏单，它就成了一句永远正确、因而什么也没说的话。

蔡淑贞的病历，正好可以拿来看这一问的分寸。第一节里那个晚上，她的病历上只有一行“体检各项在参考范围内”，加上几个字。“症状持续”还没有被写下，她的下午只待在一张便利贴和一个手机文件夹里。这时候问“能不能事前指出”，老实的回答是：还不能。缝也许在，可是病历里没有那两行。

一旦她的下午被照原话、带着日期写进病历，和检查结果那一行并排，答案就变了。从那一刻起，往后的每一次门诊、每一位翻开病历的同事，都能在谈话之前把这条缝指出来。

这就是“事前”的意思：缝不是在结果出来以后被回头认出的。它要先被记下来，然后才能被事前指认。三栏单的一个用处，就是给这份“记下来”一个位置。

第三问：这次谈话谁来付动能？ 本书说过，对账要付能量。动能是时间与追问，势能是信任构成的场，内能是多次对账累起来的连接度。

前两问是在纸上找缝，第三问是在人身上找力气。缝找到了，没人付动能，它就只是一条被看见的缝，结晶不了任何东西。

谁来付，没有固定的答案。有时是医生多给五分钟；有时是护士在候诊时先把右栏记好；有时是病人在家里用一个月记下了自己的下午；有时是家属陪着来，替病人把说不出口的那一句说出来。

还有一种情形要特别分出来：病人自己已经没有动能了。第11章讲过，长年和病相处的人会累，这是正常的。这时第三问的答案，就是“这一次由医生和护士多付一点，病人这一次只需要来”。入口三的人，先要被托住，再谈目标。

对不上的那条边	对应的方程	被逼着变的那一角	常见的入口	最常听到的封口话	三栏单这时要做的
左栏与中栏（数字越过了标准）	感受＝H（指南，刻痕）	日子：病人开始担心、开始搜	多为一次性的惊吓	“不要紧”或“要注意”	先把左栏的条件写全，再谈中栏说的是哪群人
中栏与右栏（标准塞不进日子）	刻痕＝G（指南，感受）	刻痕：再测、再查、再记	入口二	“你要配合”	把右栏摊开，看塞不进的是哪一处
左栏与右栏（数字说没事，日子说有事）	指南＝F（刻痕，感受）	标准：现有的说法要让出位置	入口一，住在缝里的人	“压力大”	把缝认下来，写进病历，下次先看
三栏都对得上	—	无	—	—	不需要解释，平静结束
三栏都还在，人没有力气了	—	先不动任何一角	入口三	“依从性差”	先托住人，这次由医护多付动能

这张表只讲谈话的方向，不讲医学的处理。每一行最后一栏写的，都是“怎样说话”，不是“怎样治”。**具体病情请遵医嘱**。

◆ 七、同一次门诊，两种顺序

下面借蔡淑贞与杜明哲的情形，演示一下三栏单怎样改变一次谈话的顺序。先把三句话说在前头。第一，这是一份**演示**，不是记录。它只摆出谈话的骨架，不涉及任何病因，不涉及任何检查与处理。下个星期二那一次复诊真实的经过——那张纸画在哪里，她说了什么，他说了什么，病历上写下了什么——第22章会完整地讲。本章不抢那一章的话。

第二，演示里每一步，都只关乎“谁在说、以什么身份说”，不关乎“说的内容在医学上对不对”。第三，演示里没有任何一句是医学建议。**具体病情请遵医嘱**。

旧的顺序，是许多忙碌门诊里最常见的一种骨架。要先说明：前言里那一次，杜明哲做得比这份骨架多。他对了前两年的记录，问了作息和工作，叮嘱她不舒服再来，没有用“压力大”去封口。可是即便如此，右栏最后也只在病历里留下了几个字。骨架是这样的：

1. 医生看单子。左栏和中栏，在医生的心里一起读完：数字都在范围里。
2. 医生说结论：“没有问题。”这一句，把左栏和中栏合成了一句话，而且是以“结论”的身份说出来的。
3. 病人说自己的下午。医生听了，也问了，可是桌上没有一个地方能放下它。
4. 第14章讲过，有些话要到门口才说得出来；有些话说出来了，也只能跟着病人走出门去。
5. 病历上，左中两栏合成一行“检查未见异常”，右栏缩成几个字。

新的顺序，是三栏单摊在桌上的样子：

1. 左栏先说。医生把单子上的结果一项项念给病人听，连同条件：哪一天，什么钟点，哪一次。让刻痕只说刻痕能说的。
2. 中栏再说。医生说出自己用的是哪一把尺子，这把尺子从哪一群人里来，它能说什么、说不了什么。让标准以“尺子”的身份说话，不以“结论”的身份。

3. 右栏接着说。病人用自己的话说日子，医生照原话写，不翻译成主诉。病人自己说过的那句“是不是我想多了”，也可以写进去，打上引号：它是一句被听见的话，不是一个被认下的结论。
4. 三栏都在纸上了，问第一问：哪两栏对不上？
5. 问第二问：这条缝能不能事前指出？如果病历里还没有那两行，就在这一次把右栏照原话、带日期写进病历，和检查结果那一行并排。从这一次起，它就能了。
6. 问第三问：这次谈话谁来付动能？然后，接下来查不查、怎样看，由医生判断。

演示到这里为止。三栏的次序，也不是死的。头一回对账，常从左栏起，让单子先把它能说的说完，病人才放心把日子摆出来；往后的复诊，可以从右栏起，从上一次停下的地方接着看。次序可以换，要守的只有一条：三栏各自开口，谁也不替谁说完。把两种顺序放在一张表里，看得更清楚：

步骤	旧的顺序	新的顺序	变了什么
三栏怎样开口	左中两栏合成一句结论	三栏各自开口	谁也不替谁说完
刻痕怎样出场	作为结论的一半	作为“那一个早上”的记录，连同条件	数字带着身份证上桌
标准怎样出场	以“结论”的身份：“没有问题”	以“尺子”的身份，说清能说什么、说不了什么	标准从判词回到有来历的东西
日子怎样出场	说了，听了，没有地方放	照原话写进右栏	自我符号不被翻译成主诉
对不上怎样处理	没有被说出来，也没有被写下	被三问认下来，写进纸里	缝从无处安放变成有处可放
动能谁付	十分钟里，各付一点，没有落处	医生付时间，病人付自己的记录	对账有了人出力，也有了落处
病历上留下什么	一行检查，加几个字	检查与日子两行并排，带日期	下一次能事前指出这条缝

演示用的那张纸，每一栏该放的是哪一类东西，大致如下。它只是草样，栏里写的都只是“放什么”，不是“意味着什么”：

	左栏「刻痕」	中栏「标准」	右栏「日子」
第一行	这一次的结果，照单子抄	这些结果对照的参考范围	从什么时候开始，一天里的什么时候
第二行	以前的结果，按日子排	这把尺子来自哪一群人	日子为它挪动了什么，哪些事不再做了
第三行	每一次的条件：哪一天、什么钟点	这把尺子能说什么、说不了什么	病人自己的担心，用原话，打引号
第四行	医生判断要不要补的，空着	医生补写的说明，空着	病人自己的记录：本子、手机、日历
第五行	只抄不判	写依据，不写对这个人的定论	原话，不翻译，不写病名

纸的最下面，留给三问。第22章里，那张纸的最下面会出现什么，留给那一章。纸上没有一个字在解释那些下午是什么。它只做一件事：让三样东西并排躺在一起，让那条缝有一个写得下的地方。

◆ 八、顺序一换，“没有问题”分成了两句

这份演示，没有多一项检查，没有改一个数字，没有换一份指南。变的只有顺序。可是顺序一换，有一句话被拆开了。

上一次那句“没有问题”，其实是一句被压缩过的话。它的真意是：“左栏和中栏对得上。”这句话是对的。可是这句话走出诊室，就开始变。前言讲过它走了五站：到家里成了“没事”，到亲友那里成了“别想太多”，最后落到她心里，成了“大概是我太敏感”。一句关于左中两栏的话，被一路听成了一句关于右栏、关于她这个人的话。

这是第6章讲过的那一下的另一种样子：对不上被误读成某一方有问题。这一回，被误读成有问题的，是她自己。医生没有不信她，她也没有夸大。是一句话的身份没有说清，左中两栏的结论，被听成了对第三栏的判决。

新的顺序里，这句话被拆成了两句：“你的单子没有问题。”“你的下午有问题，而且我们还没对上。”

两句都是真的，而且都说出了口。第一句守住了刻痕与标准的可靠——本书从来不说检查没用、指南不对。第二句守住了日子的名分——它不是“压力大”，是一条还没被解释的缝。

三栏单最要紧的功用，也许就在这里：它让一句话说清楚，自己是关于哪一栏的。

再用能量的眼光看一遍。右栏有了自己的一栏，病人说的话就不必挤在门口那半分钟里。她这些日子在手机里记下的每一条，是她付过的动能；右栏照原话写下它们，是让这份动能有了地方落脚，不被浪费。

左栏连同条件念出来，数字就不再是一块压在人身上的石头，也不是一张免罪的证明。它只是“那一个早上”的刻痕，可靠，有限。中栏说出“这是一群人的范围”，标准就不再是一尊偶像。医生说出自己用的是哪一把尺子，病人也就知道，尺子之外还有这一个人。

最后，第三问把这次谈话变成了下一次谈话的起点。缝被写下来，下次先看。这就是内能：连接度不是一次建成的，是一次次对账累起来的。第13章讲过，信任靠一次次小对账累积，一次误解拆起来快得多。三栏单把每一次小对账，留在了纸上。

◆ 九、给医生的一页

这一页写给医生。它不教医学，只讲怎样用这张纸说话。

门诊之前：先找挨着的两行字。 翻病历时，留意一种组合：一行写“检查未见异常”或“在参考范围内”，另一行写“症状持续”或“仍诉不适”。这两行同时出现，就是一条能事前指出的缝。这样的病人，值得在门诊前先画好三栏。不是每个号都要画。三栏都对得上的门诊，几分钟就该结束，那是好医疗。三栏单留给对不上的那一次。

门诊之中：换一下顺序。 让三栏各自开口，谁也不替谁说完。头一回，可以先念左栏，再说中栏，再请右栏开口；往后的复诊，可以从右栏接着看。念左栏时，连同条件一起念：哪一天，什么钟点，哪一次。让数字带着它的身份证上桌。

说中栏时，说出它的身份：这个范围从哪一群人里来，这份指南是为哪一类人写的，这把尺子能说什么、说不了什么。这一步看起来像在削弱自己的权威，其实是在保护它。标准被说清来历，就不会被病人听成一句针对她本人的判决。

右栏开口时，用病人的原话记。病人说“不对劲”，就写“不对劲”，不急着替它找一个医学名词。名词可以以后再有，原话丢了就找不回来。三问用“我们”来问：“我们看看，哪两栏对不上？”对账是两个人的事，不是医生考病人，也不是病人考医生。

说“还不知道”是可以的。 第三问的答案里，常常要有一句“这条缝今天合不上”。这句话不丢人。一条被认下来、写进病历的缝，比一个仓促贴上去的名字结实得多。第8章讲过，名字贴得太快，会在两头固化：医者端成偶像，病人端成石心。

门诊之后：把缝写下来，下次先看。 用一句话写在病历上，写明是哪两栏、哪两行。下次门诊，先看这一句。这样，每一次门诊都从上一次停下的地方接着走，而不是从零开始。

几条不要。 不要改写右栏。不要在右栏里写诊断。不要把三栏单变成每个号都要填的表格——一旦它变成任务，它就会被敷衍，成了一张没人看的纸。

最后一句，说给医生自己听：三栏单也护着你。它让“你的单子没有问题”这句话说清楚了是关于哪一栏的。第6章讲过，投诉里有很大一块，记的是“我有没有被当成一个人来对账”。一句话的身份说清了，误会就少了一条来路。

◆ 十、给护士的一页

这一页写给护士。杜明哲的诊所里，有一位护士叫胡美玲，41岁。她在这间诊所的时间，比杜明哲还长两年。第一节里蔡淑贞那通预约电话，就是她接的；病历夹外面那张便利贴，是她照原话写的。

候诊区里病人说的许多话，杜明哲从来没有听过，胡美玲听过。谁今天是赶着公交跑进来的，谁一量血压就紧张，谁坐下来第一句话总是“我其实没什么事”——这些，她都知道。这些东西，在三栏单上都有位置。

护士常常守着左栏的条件。 一个数字是在什么情况下测的：病人刚到，还是坐了十分钟；是不是刚爬了楼梯；是不是一进诊室就紧张。第2章讲过诊室里的读数和家里可以不同。这些条件，医生往往不在场，护士在场。把它们写进左栏，数字才算带齐了身份。

护士常常第一个听到右栏。 候诊时、量完血压收袖带时、门诊后在走廊里送一句话时，病人会说出一些在诊室里说不出口的话。这些话，常常就是医生在门口才听到的那半句。护士可以在候诊时就请病人把右栏写一写；写不了的，照原话记下来。

护士是对账的接力手。 医生换班，护士在；病人这次见的是这位医生，下次见的是另一位，护士常常还是那几位。病历上那句“缝”，护士在交班时多提一句，它就不会被下一个班的人当成一句普通的“自述不适”。

护士可以在门诊后，请病人把三栏说一遍。 第14章讲过请病人复述的做法，这里换一个对象：不是复述医嘱，是复述三栏。“你的单子记的是哪一天？医生用的是哪一把尺子？你的下午，今天写进去了吗？哪两栏还对不上？”病人能说出来，这次对账就落了地；说不出来，护士就知道下次从哪里接。

胡美玲有一个习惯：她自己的小笔记本上，记着几个“总是对不上”的病人的名字，下次他们来，她会先多问一句。到了第20章，同样的习惯会在另一位护士手里，在一个团队里长成一本正式的簿子。

◆ 十一、给病人的一页

这一页写给病人，也写给陪着来的家人。

来之前：写你的右栏。 找一张纸，或者像蔡淑贞那样，用手机的备忘录。写你的日子：从什么时候开始的，多久一次，一天里的什么时候。再写做不了什么，最担心什么，最希望这次门诊得到什么。用你自己的话写。不要翻成你从网上学来的医学名词，也不要写你猜自己得了什么病。你的原话，比任何名词都更像你。写不了很多，写一句也行。写不动，也没关系——这一条后面说。

来之前：带齐你的左栏。 把以前的报告都带上，按日子排好。你不必看懂它们，那是医生的事。你只需要让它们一起上桌。

来的时候：可以问中栏的身份。 你可以问：“这个范围，说的是哪一群人？”这不是在考医生，也不是在怀疑指南。这是在问一把尺子的来历。知道了尺子从哪里来，你就知道，尺子之外还有你。

听到“没有问题”时：可以多问一句。 “是我的单子没有问题，还是我没有问题？”这一句话很短，可是它把左中两栏和右栏分开了。医生多半会愣一下，然后说清楚。说清楚了，你就不会把一句关于单子的话，听成一句关于你的判决。

走之前：把那条缝带回家。 如果这一次，有一条缝被认下来了，请记住它是哪两栏。下次来，把它带来。缝合不合得上、怎样看、要不要查什么，由医生判断。**具体病情请遵医嘱。**

累了的时候：你只需要来。 如果你已经和病相处很多年，累得什么也不想写，那就什么也不写。告诉护士一句“我这次没力气”，就够了。这一句话本身，也是右栏里最要紧的一行。对账的力气，这一次可以由医生和护士多出一点。**身体或心里的难处真的大了，请找医生或心理咨询师。**

还有一条，写给家人：你可以帮病人记右栏，可是请照他的原话记。你替他说出的“他就是想太多”，会把他的日子改写成你的判断。家人的善意是真的，第15章讲过；正因为是真的，更要守住原话。

◆ 十二、诊室不一样，纸也可以不一样

三栏单不是一张固定格式的表。不同的诊室，时间、语言、人手都不一样，它可以长成不同的样子。只要三个栏名不变、三个问题不变，纸怎么画都可以。

几分钟的门诊：三问可以只用嘴。 第6章讲过，有些地方的门诊只有几分钟。几分钟里画不了一张纸。这时，三栏单可以缩成三句口头的问话，医生在心里过一遍：左栏和中栏，我已经看过了；右栏，我问了没有？三栏里，哪两栏对不上？对不上的这一条，我写进病历了没有？

这三句话，花不了一分钟。它不能替代一次完整的对账，可是它能做到一件事：让那条缝在病历上留下一行字。下一次换了医生，那一行字还在。

多语言的诊室：右栏用病人的语言写。 新加坡的诊所里，一天之内可能听到华语、英语、马来语、淡米尔语，还有福建话、潮州话。第15章讲过多语病房里的翻

译。三栏单在这里有一条朴素的规矩：右栏用病人自己的语言写，哪怕医生要请人翻译才看得懂。

理由很简单。“下午不对劲”换成另一种语言，往往就换了一层意思。病人用母语写下的那一句，是自我符号的原样；翻译稿可以写在旁边，原话不能被替换。

住院病房：三栏单可以挂在床尾。 住院的病人，一天要见好几拨人：查房的医生、换班的护士、送药的药师、来看的家属。每一拨人都只带走一部分。如果床尾有一张三栏单，右栏每天由病人或家属补一行，左栏由护士补，中栏由查房医生补。下一拨人走到床前，先看一眼，就知道今天哪两栏对不上。

第8章讲过，病房里很容易用床号加病名取代名字。床尾那张三栏单的右栏，是一个小小的提醒：这张床上躺着的，是一个有日子的人。

家庭医生的长期病人：三栏单可以一年一张。 对一个看了很多年的病人，三栏单不必每次重画。一年一张，每次门诊在下面添一行：这一次，哪两栏对得上了，哪两栏还对不上。一年下来，这张纸就是一段对账的历史。它比任何一份单次的报告，都更像这个人和这位医生之间的那份连接度。

场合	三栏单的样子	不能省的是什么
几分钟的门诊	三句口头问话	把缝写进病历的那一行
多语言的诊所	右栏用病人的语言	病人的原话
住院病房	挂在床尾，每天补一行	右栏由病人或家属写
家庭医生的长期病人	一年一张，每次添一行	每一次都先看上一次的缝
家里自己用	一张作业本上撕下来的纸	不在右栏写网上查来的病名

最后一行，第18章已经讲过：安庆一间裁缝铺里，母女俩在作业本上撕下的一张纸上画了两条竖线。三栏单最简陋的样子，就是那样。

◆ 十三、这张纸不是什么

一样东西要用得好，先得说清它不是什么。**它不是诊断工具。** 三栏单不告诉任何人得了什么病。左栏的数字怎样解读，中栏的指南怎样用，都是医生的专业，三栏单一个字也不替。

它不替代指南，也不替代病历。 指南还是指南，病历还是病历。三栏单只是一张把三样东西并排放的纸，放完，它就退到一边。

它不是投诉的证据。 三栏单记下的缝，是为了下次接着对账，不是为了将来追究谁。一旦病人或医生把它当成留证据的纸，它就会变成一道墙：医生不敢写“还不知道”，病人不敢写真话。

它不是每次门诊都要用的。 对得上就没有解释。三栏都对得上的门诊，用三栏单只是浪费彼此的时间。**它不是一句万能的解释。** 第二问守着这一点：缝必须能事前指出。任何时候都说“三栏对不上”，三栏单就成了一句事后永远正确的空话。

它不是给病人自己处理病情用的。 病人在家里画三栏，是为了下次把日子带进诊室，不是为了自己判断该怎么办。**具体病情请遵医嘱。**

它自己也会固化。 这一条最容易被忽略。一张纸一旦被定成必须填写的表格，一旦被拿去统计“填写率”，它就会从一次对账的工具，变成一个被供奉的指标。人们会认真地填满三栏，却不再问那三个问题。到那一步，三栏单就成了它本来要对付的东西：一个各守一角的格子，只是格子多了一个。

所以三栏单最好一直保持简陋。一张白纸，两条竖线，三个栏名，三个问题。它的力量不在格式，在那三个问题有没有被真的问出口。

◆ 十四、放回日子里

下个星期二上午，蔡淑贞会带着她的体检报告和手机里那十几条记录，走进杜明哲的诊室。那一次谈话怎样，桌上的纸会怎样摆，第22章再讲。本章只想让你记住那张纸的样子，和纸下面的三个问题。

你不必是医生，也不必是病人，才用得上它。下一次你陪家里的长辈去看病，可以在出门前，替他准备一张纸。左边放好他历次的单子；中间空着，等医生说；右边请他自己说一句，你照原话记下来。

到了诊室，如果听到“没有问题”，你可以轻轻地替他问一句：“是单子没有问题，还是人没有问题？”如果三栏都对得上，那很好，谢谢医生，回家。如果对不上，就请医生把那条缝写进病历，下次先看。

这张纸改变不了任何一个数字，也改变不了任何一份指南。它能改变的，只有桌子两边谁先开口、谁的话被照原样写下、那条缝有没有被留下来。本书相信，许多事是从这里开始变的。最后再说一遍：三栏单只用来对账，不用来看病。**具体病情请遵医嘱。**

带 走 的 话

三栏单不添一项检查，只让刻痕、标准和日子同桌，再问一句：哪两栏对不上，谁来付力气。

小　账

前人把病人的话请进了诊室，却只是收集；本书把三样东西并排放，让“哪里对不上”成为谈话的正式一步。

发生被收回为发现的那一下，是一句“没有问题”：左中两栏对得上的结论，被说成、也被听成了对右栏的判决。

想 一 想

1. 你上一次听到医生说“没有问题”时，心里想的是“单子没问题”，还是“我没问题”？
2. 如果现在给你自己画一张三栏单，右栏“日子”里，你最想写下的第一句是什么？
3. 你身边有没有一位长辈，他的日子从来没有被照原话写下来过？

◆

20

第20章

慢病的三界小组：团队怎样每次对一遍账

这一章的问题

宋振南的名字在小组碰头时只被提了两分钟，五个人各说了一句真话，病历摘要上却只剩“依从性差”——一群人各看见一块的时候，谁来把账对一遍，又记在哪里？

◆ 一、周四傍晚的护士站

新加坡，十月的一个周四，傍晚六点。邱慧玲坐在综合诊疗所二楼的护士站里，面前摊着一份打印出来的名单。她 50 岁，做护士二十六年，这几年在诊疗所里做慢病的个案管理护士。下午的门诊散了，候诊区的电视关了，清洁阿姨推着车从走廊那头过来。

名单上有四十几个名字，都是她这一组长期跟着的慢病病人。她的笔停在一个名字上：宋振南，66 岁，退休的船厂焊工，和一种要长年管着的慢病相处了十二年。是哪一种病，本书不写；写出来，就会有人去对号、去比数字，这不是本书要做的事。

下午小组碰头时，宋振南的名字被提了一下，前后不到两分钟。胡立仁医生说，宋先生最近几次的数字，在往一个方向走。药剂师说，他这半年取药总是晚，有两次晚了快一个月。营养师说，上次见面，他提到现在三餐多半在楼下的小贩中心解决。负责打电话提醒复诊的护理协调员说，每次打过去，他都说“没事，我会去”。社工那天没来开会。邱慧玲是后来在走廊里碰到她，才听她说起：宋先生的太太，去年年底过世了。

五个人，五句话。每一句都是真的，每一句都写进了各自的记录里。医生的记录里，是一组数字和一行“控制欠佳”。药剂师的记录里，是几个取药日期。营养

师的记录里，是一句饮食情况。协调员的记录里，是几次通话时间。社工的记录里，是一次家访。

五份记录，在电脑系统里各占一格。病历最上面那一页的摘要，写的是：“控制欠佳，依从性差。”邱慧玲盯着那四个字看了很久。

她想起宋太太。以前每次复诊，都是宋太太陪着来，手里拎一个布袋，袋里是丈夫的药盒、一本记得密密麻麻的小本子。宋太太说话快，宋先生不大开口，两个人一起，倒也把每一次门诊对付得清清楚楚。去年年底以后，来的就只有宋先生一个人了。布袋没了，小本子也没了。

她从口袋里摸出自己的小笔记本，在新的一页写了一行：“宋振南：数字变了，日子也变了。五个人各看见一块，没人对过。”写完，她把这一页折了个角。这个折角，后来长成了本章要讲的那本簿子。

◆ 二、团队医疗已经走了很远

先把公道写足。慢病不是一个医生能管得过来的，这一点，医学早就看清了，而且已经做了很多。

慢性病照护模式。 第11章讲过瓦格纳等人的慢性病照护模式：好的慢病照护，来自“知情、主动的病人”与“有准备、主动的团队”之间有成效的互动。这里只取它对团队的那一半要求，不重讲来历。

新加坡的小组照护。 2014 年起，新加坡的一些综合诊疗所开始推行一种叫“小组”（teamlet）的照护方式〔已核〕。每个小组由两位家庭医生、一位护士个案管理者、一位护理协调员组成。他们在同一处工作，固定跟着一批有慢病的病人。护理协调员不一定是医护出身，是受过预防保健训练的普通人。按诊疗所的介绍，小组再和药剂师、营养师、医院的专科、社区的伙伴连起来。

2026 年，一项回顾了五年数据的研究发表在《家庭医学年鉴》上。研究者把参加小组照护的病人，和条件相近的病人作比较。小组里的病人，一些常规筛查做得更齐了，住院费用少了（人均约两千四百多新元），总的医疗花费也少了；至于几项常看的临床数字，差别不大，作者自己说，算不上有临床意义〔已核〕。研究是回顾性的，作者也写明了它的限度。

本书引这项研究，不是为了评判哪一种做法好坏。它说明的是：把人组织成一个固定的小组，让病人被同一群人长期看见，这件事本身就有它看得见的分量。

同伴与家人。 第11章讲过同伴支持一类的做法：让过来人陪着正在经历的人走一段。病友进了团队，团队就多了一个从日子里来的声音。

多学科讨论会。 在许多医院的肿瘤科，一个病人的方案，常由外科、内科、放疗、病理、影像、护理等几方坐在一起讨论后才定〔待核：通行做法，不引具体文献〕。这种会议有一个了不起的地方：它承认一个病人身上的事，任何一个专业单独都看不全。

这几样东西加起来，是一条清楚的路：慢病照护从“一个医生开一张单子”，走到了“一群人围着一个人”。本章要讲的东西，站在这条路上，不是另起炉灶。

◆ 三、分了工，账还是没人对

可是这条路，也停在了一个地方。回到那个周四。宋振南的小组，按任何一份照护模式的清单去检查，都不算差。有固定的医生，有个案管理护士，有药剂师、营养师、社工、协调员；每个人都尽了责，都写了记录。

缺的不是人，也不是责任心。缺的是一件没有写进任何人职责里的事：**把五个人看见的东西，放到一张桌子上，对一遍。**

第6章讲过，一次门诊里，检验科守数字，指南守标准，病人守感受，没有人专门负责对账。到了团队里，这个局面没有消失，只是换了一个更细的样子：角被切得更碎了，每一块都有人守，守得更专业。

医生守着刻痕与标准：数字往哪里走，按指南该怎么看。药剂师守着另一种刻痕：取药的日期。营养师和社工守着日子的两块碎片：吃饭，丧偶。协调员守着最薄的一层：电话那头的一句“没事”。

每一块碎片，单拿出来看，都说得通。数字往上走，是“控制欠佳”；取药晚，是“依从性差”；在小贩中心吃饭，是“饮食需要调整”；太太去世，是“社会支持减少”；电话里说“没事”，是“病人自述无不适”。五句话各自成立，放在一起，却从来没有被问过：它们是不是同一件事？

这是团队医疗最容易停下的地方：**分工做得越细，对账越容易掉进分工的缝里。** 协调，是让每个人知道别人在做什么；对账，是让每个人看见的东西彼此碰一碰，找出哪里对不上。前者许多团队已经做得很好，后者常常没有人做。

还有两样东西，会让这条缝更难被看见。**一是碰头会的时间，常常被数字占满。** 一个小组一周碰一次头，要过几十个病人，最省时间的谈法，是看数字：谁达标了，谁没达标。数字是刻痕，指南是标准，这两栏可以很快对完。日子那一栏，要讲故事，要花时间，常常排在最后，排不到就散会了。

二是日子进入记录时，常常已经被翻译成了一个标签。 宋先生的日子——太太走了，饭一个人吃，药盒没人帮着摆——进入病历摘要时，只剩下四个字：依从性差。第10章讲过“依从性”这个词的主语问题。“患者不依从”是旧的说法；运行态的说法是“这套医嘱与这段日子之间，还没长出一条路”。

一个标签一旦贴上，就会被下一个人、下一次会议原样接过去。它不再被对不上改写，在对象那一端固化了。第8章讲过，这就是偶像的样子：不是谁坏，是连接度高，动能为零。

◆ 四、一张桌子上的九个角

把一个慢病小组里常见的人摆开，看看每个人守着哪一栏。

谁	常守的那一栏	常常只有他看得见的东西	最容易说出口的封口话
家庭医生	刻痕、标准	数字的走向，指南的要求	“控制欠佳”
个案管理护士	三栏都碰得到一点	候诊时、量血压时听到的半句话	“再观察”
药剂师	刻痕的另一种：取药记录	药是什么时候拿走的，拿了多少	“依从性差”
营养师	日子的一块	一日三餐在哪里吃、和谁吃	“饮食需调整”
社工	日子的另一块	家里有谁、出了什么事、钱够不够	“社会支持不足”
护理协调员	日子最薄的一层	电话那头的口气	“病人说没事”
病友	日子，从过来人那里	同样的日子是怎么熬过去的	“大家都这样”
家人	日子，从身边	他夜里几点睡，药盒谁在摆	“他就是不听”

谁	常守的那一栏	常常只有他看得见的东西	最容易说出口的封口话
病人自己	日子，从里面	只有他知道的那些	“我没事”

这张表要说的，不是谁做得不好。每一种人都看见了真东西，每一句封口话也都不是谎话。要说的是两件事。

第一，**日子那一栏，被切成了最多的碎片。** 刻痕和标准，往往集中在医生一个人手里；日子却散在营养师、社工、协调员、病友、家人和病人自己身上。散得越开，越难拼回一个完整的“他怎样过”。

第二，**每一种封口话，都是把一条缝说成了某一方的毛病。** “依从性差”是病人的毛病，“社会支持不足”是家里的毛病，“控制欠佳”是数字的毛病。说完，缝就合上了，大家散会。

本书前面讲过三条方程：指南＝F（刻痕，感受）、刻痕＝G（指南，感受）、感受＝H（指南，刻痕）。放到团队里，这三条方程的意思是：任何一个人看见的那一块，都不是独立成立的，它是另外两栏的函数。宋先生的数字往一个方向走，和他一个人吃饭、和他取药晚，很可能不是三件事。可是“很可能”不算数，要摆到桌上对过，才知道。对，不对，本书不替小组下判断。本书只说：没有对过，就不该先贴标签。

◆ 五、对不上登记簿

邱慧玲那一页折了角的笔记，本书给它起一个正式的名字：**对不上登记簿**。它是一个小组共用的本子，或者病历系统里的一个专门栏目。里面只记一样东西：**这个小组眼下还解释不了的缝**。

不记已经对上的，不记已经解决的，也不记一般的病情。只记那些三栏放在一起合不上、而大家暂时还说不清为什么的地方。前一章讲过三栏单。三栏单是一次门诊里的对账；对不上登记簿，是一个团队跨过许多次门诊、许多个人的对账。三栏单让缝在一张纸上被看见，登记簿让缝在一群人中间被记住。

为什么非要一个“记住”的地方？用能量的眼光看就明白了。本书说过，对账要付能量：动能是时间与追问，势能是信任构成的场，内能是多次对账累起来的连

接度。一个人的一次对账，付的动能有限；一个团队换班、轮休、调岗，今天看见缝的人，下个月可能就不在了。缝没有地方存，每一次都要从零找起，前面付过的动能就白付了。

登记簿就是那个存的地方。它让一次对账的动能，不随着一个人的离开而散掉；它让团队这张网，在同一条缝上一次次地拉，拉出一个方向来。这就是势能。缝在簿子上留得越久、被看得越多次，围着它累起来的理解就越结实，这就是内能。登记簿的每一条，至少有这样几格：

格子	写什么	为什么要这一格
登记日期	哪一天、谁写下的	缝不是事后才“发现”的
哪两栏对不上	刻痕与标准、标准与日子、刻痕与日子，或者“人没力气了”	边不同，谈话的方向不同
事前写在记录里的两行	原样抄下两份记录里各自的那一行	守住附闸：缝要能事前独立指出
谁看见的	医生、护士、药剂师、营养师、社工、协调员、病友、家人、病人	日子的碎片散在不同人身上
这一次谁付动能	下一步由谁去多问一句、多坐一会儿	没人付，缝只是被看见
眼下的状态	开着／托着／正在成形（介生）／对上了	缝不必一次合上
不许用的关闭理由	“压力大”“依从性差”“年纪大了”“病人说没事”	防止用封口话关条目

几条规矩，比格子更要紧。**第一，只登记能事前指出的缝。** 每一条，都要在两份已有的记录里，各找到一行原文抄下来。找不到，就不登记。这是本书一直守着的那道闸：对不上必须能在事前被独立指认，否则什么都可以事后说成“早就对不上”。

第二，碰头会先翻簿子。 每次小组碰头，开头几分钟，先把开着的条目过一遍，再看数字。这个顺序很要紧。先看数字，日子就会被挤到最后；先翻簿子，缝就排在了第一。

第三，不用封口话关条目。 一条缝，可以一直开着，可以先“托着”，可以慢慢“正在成形”，可是不能被一句“依从性差”或“压力大”关掉。关掉它的，只能是三栏真的对上了。

第四，对上了的标准，是病人自己能说出来。 一条缝算不算对上了，不由小组投票。要看病人能不能用自己的话说出：我的三栏现在是什么样，原来哪里对不上，现在怎样了。说得出来，才算这一次对账在他身上落了地。

第五，谁都可以写，病人也可以。 协调员电话里听到的一句话，病友在等候区说的一件事，病人自己觉得“医生说的和我过的不是一回事”，都可以登记。日子那一栏散得最开，登记的门就要开得最宽。

“眼下的状态”那一格，四个词要多说几句。**开着**：缝已登记，还没有人付动能去碰它，或者碰了，还看不出方向。

托着：缝还在，可是眼下最要紧的不是合上它，是先托住人。本书说过，熔开之后先托住，不急着再结晶。一个人的旧日子散了，新日子还没长出来，这时逼他马上定一个新目标，等于要一锅粥（混沌）立刻定型（秩序）。

正在成形（介生）：病人身上开始出现一点新的东西，一句以前说不出的话，一个自己记下的本子。它还不稳，可是在长。**对上了**：病人自己能把三栏说出来，原来对不上的地方，有了一个他认得的说法。

还要说一说，一条缝是怎样从“开着”走到后面几格的。本书讲过，一个固化的东西熔开，有两条来路：一是新的对不上进来了；二是承载某种读法的那群人，彼此的纠缠松开了。

登记簿两条来路都管得着。第一条好懂：一个新数字、一句新的话，被登记进来，旧的说法装不下了。第二条更细：“依从性差”这个标签，原本是五个人各守一块、彼此不碰时，最省力的那种读法；五个人把各自的那一行抄到同一页上，原来那种各看各的连接就松开了，标签也就跟着松了。

最后一条，是给登记簿自己的提醒：**它不是考核表。** 后面还会回到这一点。

登记簿记下的缝，大致会落在本书前面讲过的三个入口里。分清是哪一种，小组付动能的方向就不同。**入口一：感受是硬的，说法碎了。** 簿子上这一类条目，两

行原文常常是“检查未见异常”和“症状持续”。前言里的蔡淑贞，就是这一类人的样子。对他们，最怕的是被一句“压力大”打发走。登记簿替他们做的第一件事，是让这条缝有名有姓地留着，不被关掉，等新的对不上进来。

入口二：标准是硬的，日子塞不进。 这一类条目，两行原文常常一行是医嘱，一行是日子：上夜班，照顾卧床的家人，一天打几份工。对他们，再讲一遍医嘱没有用，医嘱他们早就会背。小组要付的动能，是把日子那一行摊开，看看到底是哪一处塞不进。

入口三：动能耗尽了。 这一类条目，两行原文常常一行是数字或取药记录，一行是一句很轻的话：“没事”“随便吧”“老了”。对他们，讲什么都进不去，要先托住。

同一个人，可能三类条目都有，宋振南就是这样。三类都有的时候，先看入口三。人没有力气，前两类的缝都对不动。

入口	簿子上常见的两行原文	最容易被关掉的说法	这一次先付动能在哪里
入口一	“检查未见异常”／“症状持续”	“压力大”	把缝留着，不关，等新的对不上
入口二	一条医嘱／一段日子	“要配合”	摊开日子，看塞不进的是哪一处
入口三	数字或取药记录／“没事”	“依从性差”	先托住人，再谈目标
三类都有	好几对原文	一个总标签	先看入口三
都没有	三栏对得上	—	不登记，平静结束

◆ 六、一个完整的例子：宋振南的三条

下一个周四的小组碰头，邱慧玲带去了一样新东西：一个硬皮的蓝本子，第一页写着“对不上登记簿”。

她先说明了规矩：今天先翻簿子，再看数字；每一条都要在记录里各找到一行原文；不用“依从性差”关条目。胡立仁医生笑了一下，说：“好，试试。”簿子

里只有一个名字，宋振南。邱慧玲在一周里，把散在五份记录里的东西抄了过来，登记了三条。

第一条：刻痕与标准对不上。 医生记录里的一行：“近三次复查，数字持续偏离目标。”指南里的一行：医生按指南给他定的那个目标。这一条最清楚，也是医生最先看见的。

第二条：标准与日子对不上。 医生记录里的医嘱，和营养师记录里的一行：“患者现三餐多在小贩中心。”药剂师记录里的一行：“近半年两次取药延迟近一月。”医嘱是按一个有人在家做饭、有人帮着摆药盒的日子写的；这个日子，去年年底以后不在了。

第三条：人没有力气了。 社工记录里的一行：“配偶去年底病逝，现独居。”协调员记录里的一行：“电话提醒复诊，患者答‘没事，我会去’。”

三条摆在一张纸上，五个人看了一会儿，都没说话。第一条，大家都看见过。第二条和第三条，每个人只看见过其中一行。合在一起看，第一条就不再只是“控制欠佳”了。数字往一个方向走，很可能和饭在哪里吃、药谁来摆、家里少了一个人连在一起。

可是“很可能”不算数。小组没有在那天下结论，说数字就是因为这个。数字怎么看、要不要调整什么，胡医生说，那是他下一次门诊要专门判断的事。**具体病情请遵医嘱。**

小组那天做的，只是按三个问题过了一遍。**哪两栏对不上？** 三条边都有，而且还有一个“人没有力气了”。**能不能事前指出？** 能。每一条都抄着两行原文，都是在今天之前就写在记录里的。**谁来付动能？** 这一问，小组停得最久。

照以往的习惯，最顺手的答案是：医生下一次门诊加强教育，营养师再讲一次饮食，护士再讲一次按时取药。三个人各付一份动能，都花在“讲道理”上。

邱慧玲指着第三条说：“这一条在，前两条讲什么都进不去。”这一句话，让那天的讨论换了一个方向。小组显出的，是一个入口三的人：不是不懂，是那个托着他的人不在了，力气跟着走了。本书前面讲过，入口三的人，先要被托住，再谈目标。

于是那天簿子上，“这一次谁付动能”那一格里，写的不是讲道理，是几件很小的事：社工下周去他家坐一坐，不带任何表格，只问问他一个人怎么过。协调员以后的电话，不只提醒复诊，每次多问一句“这周吃饭跟谁一起”，照原话记下来。邱慧玲在他下次来时，多留十分钟，请他把以前宋太太那个小本子的事说一说。胡医生在下次门诊，先不谈目标，先让他说右栏。第三条的状态，从“开着”改成了“托着”。前两条，仍然开着。

接下来几个月发生的事，本书只写日子那一栏，不写数字。社工去家访那天，宋振南把太太的遗照指给她看，说了半个钟头。协调员的电话记录里，渐渐多了几句不是“没事”的话：“这周跟老同事去喝了一次咖啡。”“楼下有个阿伯，也是一个人。”

邱慧玲那十分钟，第一次没听到什么。第二次，宋振南从口袋里掏出一个旧本子，是宋太太留下的，前半本是她的字，后半本是空的。他说：“我不会记。”邱慧玲说：“那你说，我先帮你记。”又过了一阵子，后半本的第一页上，出现了宋振南自己歪歪扭扭的字。

有一次复诊，胡医生照例先问：“这阵子怎么过的？”宋振南想了想，说了一句以前从没说过的话：“她走了以后，我不想吃饭，药也懒得拿。现在好一点了。”这一句话，就是他自己的右栏。

数字后来怎样走，医嘱有没有调整，由胡医生判断，本书不写。本书只写一件事：那一次门诊，显出了一个能说出自己日子的宋振南。以前他的日子，是五个人手里的五块碎片和一个标签；现在，他自己能把它说成一句话。

那一页上的第三条，状态改成了“正在成形”。前两条怎样，还要往下看。登记簿不保证每一条缝都会合上。它只保证，缝在那里，有人记得，下次先看。

◆ 七、量什么：他能不能说出自己的三栏

一个小组做得好不好，总要有个量法。最顺手的量法，是依从率和达标率：多少病人按时取药，多少病人的数字落进了目标。这两个数字有它们的用处，本书不否定。可是它们量的，都是刻痕与标准那两栏对得上的程度。日子那一栏，不在里面。

更要紧的是，它们会悄悄改写团队的注意力。一个小组如果只被这两个数字考核，碰头会就会越来越像对数字的会，日子就会越来越被挤到最后。第8章讲过偶像：一个指标被供奉起来，就不再被对不上改写。

本书建议换一个量法，作为补充：**看病人能不能说出自己的三栏**。具体说，是在门诊结束前，或者在护士的随访里，请病人用自己的话回答三句：左栏：最近一次查的是什么，是哪一天查的？中栏：医生用的是哪一个标准，那个标准说的是哪一群人？右栏：你最近是怎样过的，哪里还对不上？

三句都说得出，是三分；说得出一句，是一分；一句也说不出，是零分。不要求说得准，只要求是他自己的话。

拿宋振南来说。登记簿刚开的那个月，邱慧玲试着问过他这三句。左栏，他说“前几天抽了血”，记不得是哪一天；中栏，他说“医生说要降下来”，至于那个标准说的是哪一群人，他没听说过；右栏，他说“没事”。按这个量法，是零分，最多算半分。

几个月后再问，左栏还是记不清日子，中栏也还是那一句；可是右栏，他说出了“她走了以后，我不想吃饭，药也懒得拿，现在好一点了”。这是一分，是他自己的一分。一分不多。可是这一分，依从率量不出来，达标率也量不出来。

这个量法看起来很粗。可是它量到了依从率量不到的东西：**医嘱有没有在这个人身上，长成他自己的符号**。第10章讲过，医嘱是理念符号，习惯是自我符号，听懂不等于结晶。一个病人能把三栏说出来，说明三样东西至少在他身上碰过一次面，他付过一份动能。说不出来，那么无论数字怎样，对账都还没有落在他身上。

还可以补两个看簿子的数：一个是**开着的条目，平均开了多久**。　不是越短越好。有些缝本来就要很久，硬要它快，就会逼出封口话。要看的，是有没有条目被放着、没人再看。

另一个是**用封口话关掉的条目有几条**。　这个数应该是零。不是零，说明簿子已经开始被当成要“清空”的任务了。

这几个量法，本书都不声称已经被研究证明有效。它们是可以拿去检验的主张。第21章会写出这一类主张怎样才算错。比如，若病人能否说出自己的三栏，和他后来的自我管理毫无关联，本章的这个量法就要改。

◆ 八、预算与排班的账

说到这里，任何一个在诊疗所里干过的人都会问：时间从哪里来？这个问题必须正面答。本书不假装它不存在。一个慢病小组，一天要看很多人。护士、社工、药剂师都不宽裕，许多地方还缺人〔待核：具体人力数据不引〕。碰头会本来就短，再加一本簿子，等于再加一件事。

所以登记簿要设计得很小。下面是几条把它做小的办法。**只登记缝，不登记人。** 不是每个病人都进簿子，只有三栏放在一起合不上、又能事前指出的，才进。一个小组几十上百个病人，开着的条目，常常只有几条到十几条。

每次碰头，只翻开着的。 簿子的那几分钟，只过开着的条目，每条一两分钟。对上了的、托着暂时不动的，跳过。

不另起一套系统。 如果病历系统里能加一个小栏目，就用那一栏；加不了，一个硬皮本子也行。邱慧玲那个蓝本子，一开始就是从文具店买的。

由一个人管簿子。 通常是个案管理护士。不是她一个人付所有的动能，是她负责在每次碰头时把簿子翻开。没有人负责翻开，簿子很快就会被忘在抽屉里。

把省下的账也算进来。 一条缝如果一直没人对，它会以别的样子回来。同一个病人一次次复诊，一次次加检查；一次次在电话里说“没事”，一次次被贴上更硬的标签。这些都要花时间，只是花得零碎，没有人把它们加起来。登记簿花的时间是看得见的，它省下的时间是看不见的。本书不给这笔账编一个数字，只提醒：看不见的那一边，也是账。

还有一笔账，要算在排班上。对不上登记簿最怕的，是人走了，缝也走了。一个个案管理护士带了一组病人五年，调去了别的地方。她心里记着的那些“这个人总是对不上”，如果没有写在簿子上，就跟着她一起走了。新来的人从零开始，病人又要重新被打一遍标签。

第16章讲过，连续性是制度化的连接度。一位固定的家庭医生是一种连续性；一本跟着团队、不跟着个人的簿子，是另一种。前者靠人留下来，后者在人留不下来的时候，替人记住。

本书不评判任何一地的人力安排，也不说哪种排班更好。只指出一点：排班表上排的是人的时间，可是对账的连接度，不能只存在人的心里。

◆ 九、病人和病友，也该在桌边

前面讲的小组碰头，桌边坐的都是医护与社工。可是对一遍账，最要紧的那一栏——日子——的主人，并不在桌边。这就留下一个问题：**病人不在场的对账，是不是又在替他说话？**

前言问过：谁在替谁说话？团队对账时，营养师替他的三餐说话，社工替他的家说话，协调员替他电话里的口气说话。每个人都是好意，每个人说的也都是真的。可是五块碎片拼起来的“他”，仍然是别人拼的。

所以，一个三界小组走得再远一步，就是让病人自己，偶尔也坐到桌边来。不必每次。一个慢病病人，一年里有一两次，专门留一段时间，让他和小组的几个人坐在一起。把簿子上关于他的条目翻开，一条一条地问他：这一条，你觉得对吗？哪里我们看错了？

这样做的时候，常常会出现一件让医护意外的事：病人会把一条缝重新说一遍，说成一个完全不同的样子。小组以为是“吃饭的问题”，他说是“不想一个人坐在家里”；小组以为是“取药晚”，他说是“取药那条路以前是陪太太走的”。这不是病人在纠正专业。这是日子那一栏的主人，第一次在桌上替自己说话。

病友也是一样。第11章讲过同伴支持。一个和宋振南年纪相仿、也是一个人过日子的老病友，坐在桌边，说一句“我刚开始那一年也是这样”。这一句话，比五个专业人员的话加起来，都更容易被他接住。病友不守刻痕，也不守标准，他守的是一种过来人的日子。这一栏，医护补不上。

家人也可以来。可是要守一条规矩：家人说的，记在右栏时注明“家属所说”，并且和病人自己的话分开写。家人的话是真的善意，也常常是一份替他写好

的标准，“他就是不听”就是一句。分开写，日子那一栏才不会被另一份标准悄悄占掉。

本书不规定谁必须来、来几次。不同的诊疗所、不同的病人，做法不一样。只说一句：**一张桌子上，三栏都要有人坐。日子那一栏，最好由日子的主人自己坐。**

◆ 十、簿子自己也会固化

最后要说一件最容易被忽略的事：对不上登记簿本身，也会变成偶像。一样东西一旦被证明有用，就会有人想把它推广；一推广，就会有人想考核它；一考核，就会出现一张统计表：每个小组每月登记了多少条，关闭了多少条，关闭率多少。

到那一步，簿子就开始说谎了。为了让登记数好看，会有人把不是缝的东西也登记进去。为了让关闭率好看，会有人用一句话把条目关掉——不再是“压力大”“依从性差”，而是换成更体面的说法，“已宣教”“已转介”。簿子还在，格子都填满了，三个问题却没有人再真的问出口。

这和第19章说三栏单会固化，是同一回事。一张纸、一本簿子，它的力量从来不在格式，在那几个问题有没有被真的问。格式越被供奉，问题越容易被省掉。

所以本书对这本簿子，有三条“不要”：不要把登记条数当成绩。条数多，可能是缝多，也可能是小组看得细；条数少，可能是对得好，也可能是没人在看。

不要把关闭率当成绩。缝不是越快合上越好。一条托了半年、终于在病人身上正在成形的缝，比十条用一句话关掉的缝，都更值得。

不要让簿子离开碰头会。簿子一旦变成每个人自己去填、填完上交的表，它就不再是一张桌子，而是又一个格子。各守一角的局面，会以一种更隐蔽的样子回来。簿子要一直保持笨拙：一个本子，几格字，一群人每周翻开几分钟。

◆ 十一、放回日子里

如果你是一位病人，或者病人的家属，你不必等诊疗所设一本簿子。你可以在自己家里，准备一个本子，记下那些“医生说的和我过的不是一回事”的地方。一条一条，用自己的话写，写清楚是哪一天、哪一句话、哪一段日子。下次去看病，带上它。你自己，就是你那本簿子的第一个管簿人。

如果你是医护或社工，你也不必等上面发一份文件。下一次小组碰头之前，你可以像邱慧玲那样，在自己的笔记本上，为一个“总是对不上”的病人折一个角。下一次碰头，先把这一页翻开。

如果你家里有一位和宋振南一样，身边少了一个人的长辈，请多留意他的“没事”。那一句“没事”，有时候正是日子那一栏最要紧的一行。**身体或心里的难处真的大了，请找医生或心理咨询师。**

本章讲的，都是团队怎样对账，不是任何一种病怎样治。数字怎么看，医嘱怎么调，由医生判断。**具体病情请遵医嘱。**

带 走 的 话

团队分工再细，缝也会掉进分工的缝里；对不上登记簿让缝被一群人记住，下次先看。

小　账

慢病照护模式让病人成了互动的一方，却没有规定谁专门对账；本书把“对不上”登记下来，让它排在数字前面。

发生被收回为发现的那一下，是“依从性差”四个字：一段还没长出路的日子，被说成了一个已经找到的病人毛病。

想 一 想

1. 你或你的家人，有没有一句被病历写成了标签、却从没被人问过来历的话？
2. 你身边那位长年和病相处的人，他的日子是散在哪几个人手里的？有没有人把它们拼在一起过？
3. 如果给你自己设一本对不上登记簿，第一条你会写什么？哪两行字能证明它不是事后才说的？

◆



第　八　编

检验与回家

编　序

第八编做两件事，一件对本书自己，一件对蔡淑贞。前七编把三栏单、三问、对不上登记簿摆上了桌，摆得越顺，越要先停下来问一句：这套说法，在什么情形下算错？问过了，才好把它带回前言那张全绿的体检单前面。

第21章从质控科职员贺子轩的一支红笔开始：他给结了案的投诉归类，袋袋都找得出"沟通问题"，原来知道了结局再找原因，总找得到。这一章先写足医学给自己上的三把锁：随机、事前登记、防事后之明；再把同一把锁套到本书身上，写下三条可推翻条件，每条都写明怎样设计研究、什么结果算输、输了改哪一句。第一条还先登记了主指标，免得事后挑一项好看的来说"成立"。三条之外另有一道闸：缝须在病历里事前指认，事后找到的不算。

第22章回到那份六页的体检报告。蔡淑贞第二次坐到杜明哲医生面前，单子上一个数字也没变；第六页翻过来，画了三栏，三问问过一遍，"检查未见异常"和"症状持续"两行第一次一起写进了病历，正是上一章那道闸要的东西。全书的账在这里收拢：本书没有改变任何数字、任何标准，也没有改变由谁决定接下来做什么，只改变了"谁在说话"。

第七编给了诊室一张三栏单（第19章），给了团队一本对不上登记簿（第20章）；这一编先检验它们，再把它们放回一次真的门诊。往后是结语，回答前言留下的三问。读这

一编，不妨带着一个问题：只改变"谁在说话"这一件小事，够不够让一位病人从一张化验单，回到一个人？

21

第21章

它怎样才算错

这一章的问题

贺子轩的红笔在一百多份结了案的投诉里，袋袋都找得出"沟通问题"——知道了结局再回头找原因，总找得到；那么一套说法，要怎样才算错？

◆ 一、一摞已经结案的投诉

贺子轩四十岁，在苏州一家医院的质控科上班。他的桌子靠窗，窗外是门诊楼通往住院部的连廊。每年十一月，他要交一份年度投诉分析。今年科长任慧敏交代得很清楚：把去年结案的一百多份投诉过一遍，按原因归类，看看"沟通问题"占几成。

档案装在牛皮纸袋里。每一袋里有病人或家属的投诉信，有科室写的情况说明，有调出来的病历复印件，最后是一页处理意见，盖着章。事情都已经过去了。周四晚上，他留在办公室加班。读到第二十几袋，他停了下来。

这一袋的投诉人是一位老太太的女儿。信写了三页，翻来覆去一句话：母亲去了三次，三次都说没事。他翻到病历复印件，第一次的记录写着"检查未见明显异常"，第二次一样，第三次多了一行"患者诉仍感不适"。他拿起红笔，在"沟通问题"那一格打了个勾。勾打下去，他心里有点不踏实。

他往回翻，发现自己已经打了二十几个勾。每一袋，他都能在病历里找到一处"没说清楚"的地方：有的是记录太短，有的是家属的理解拐了弯，有的是复诊时换了一位医生。只要知道这一袋最后变成了投诉，回头去看，总找得到一处毛病。

那么，那些没有变成投诉的病历呢？他起身去病案室，抽了一份同一个科室、同一个月份、没有任何投诉的门诊病历。读下来，"未见明显异常"也有，"仍感不

适"也有，记录一样短。要是把它悄悄混进投诉档案里，他多半也会给它打上那个勾。

那一晚，他没有再往下打勾。他在一张白纸上写了一句话：知道了结局再找原因，总找得到；不知道结局的时候，还找得到吗？本章要讲的，就是这张白纸上的问题。

它不只是质控科的问题。前面二十章，本书用"对不上""对账""石心"讲了很多事：一张化验单上有三种东西，三种东西各守一角，缝里住着人，标签会凝成石头，信任是一笔能量账。讲得越顺，越要停下来问一句。这套说法，在什么情形下算错？

◆ 二、什么都能解释的说法

一套说法要是怎么都说得通，它就什么也没说。这句话常和一位哲学家的名字连在一起：波普尔。他年轻时在维也纳，注意到几门当时很红的学说有个共同的样子：几乎不管发生什么事，都能被它解释成又一个证据。一个人做了这件事，学说说得通；他做了相反的事，学说照样说得通。起初看着很有力量，后来他起了疑心：一个什么都能解释的说法，靠什么和胡说区分开？

他拿来对照的，是 1919 年的一次日全食观测。爱因斯坦的理论事先说了一个具体的数：星光经过太阳边上，会偏折多少。这个数完全可能测出来不对。理论把自己的脖子伸了出去。波普尔后来把这个分别写进《科学发现的逻辑》（德文本 1934 年出版〔待核：版权页一说印 1935 年〕）。大意是：一个说法有没有经验科学的分量，不看它被多少事实"证实"过，要看它肯不肯事先说出，什么样的结果会让它输。这就是后来常说的"可证伪"。

本书先要写足：在这件事上，医学走得比许多学问都远。医学吃过"事后都说得通"的苦。一位医生相信某个疗法，他手下好转的病人就成了证据，没好转的病人另有原因。几百年里，许多后来被放弃的做法，都曾经有过满满一抽屉的"好转病例"。

放血就是一个已有定论的例子。很长一段时间里，给发热、炎症的病人放血，是体面的医生都会做的事。病人好了，是放得及时；病人没好，是放得太晚，或者放得不够。每一种结局都替它作证。十九世纪三十年代，巴黎的医生路易做了一件

在当时并不起眼的事。他把病人按放血的早晚分组，数一数各组的结局〔待核：路易数值方法研究的年份与病种〕。数出来的结果，并不支持"越早放越好"。后人把这一类做法叫作"数值方法"。它没有一夜之间终结放血，可是它让医学第一次有了一个办法，让一种做法有机会被结局驳倒，而不是永远被结局解释。

于是医学一点点给自己上了锁。第一把锁是随机分组。1948 年，英国医学研究理事会发表了一项链霉素治疗肺结核的试验，常被看作现代随机对照试验的开端之一。随机的用意很朴素：谁进哪一组，不由医生的偏好定，也不由病人的轻重定，事前定好一个规则，交给抽签一类的办法。这样，结果出来以后，没有人能说"好的那一组本来就是挑过的"。

第二把锁是事前登记。2004 年 9 月，国际医学期刊编辑委员会发表了一份声明。凡在 2005 年 7 月 1 日以后开始招募病人的临床试验，必须在招募前到公开的登记处登记；不登记，成员期刊不予发表（已核）。登记什么？要看哪个结果，怎么量，打算招多少人。为什么要登记在前头？因为试验做完，手里有十几个结果，总有一两个碰巧好看。不在事前写死"主要看哪一个"，事后就可以挑。

第三把锁，是心理学家替所有人照的一面镜子。1975 年，菲施霍夫做过一组实验：把同一段历史事件讲给几组人听，有的组被告知后来的结局，有的组不告知。知道结局的人，普遍觉得这个结局"本来就很可能"，还觉得自己当初也猜得到（已核）。他把这叫作"事后之明"。后来又有人给科研里的同一种毛病起了名字：先看结果，再编一个假设，写成好像事前就这么想的。这叫 HARKing，大意是"知道结果之后再提假设"（Kerr，1998〔待核〕）。

贺子轩手里那支红笔，碰上的正是第三把锁要防的东西。他不是不认真。他太认真了，认真到每一袋都能读出一个"沟通问题"。可是这份认真，是在知道结局以后发生的。随机、登记、防事后之明，这三把锁都是真进步。它们让医学学会了一件很难的事：在结果出来之前，先把自己会怎么输写下来。

◆ 三、锁一直挂在药柜上

这三把锁，医学挂在哪里最多？挂在药柜上，挂在手术台上。一种新药有没有用，一种手术值不值得做，今天都要过随机、登记、盲法这几道门。这是对的。药

和刀直接落在身体上，错一次的代价太大。可是锁挂得最少的地方，恰好是本书一直在谈的地方：一次门诊怎么谈，一张病历怎么写，信任怎么累起来。

原因不难理解。谈法看上去不像一种"疗法"。它没有剂量，没有批号，换一位医生说出来就走了样。"医生要多沟通""要尊重病人的感受"，这些话大家都同意，正因为大家都同意，很少有人去替它写下怎样算输。一句话没人反对，它也就没有机会被检验。

还有一层。很长一段时间里，临床研究量的多半是左栏和中栏的东西：数字降了没有，是否达到了指南的目标。右栏的日子，病人怎样过，是后来才一点点挤进研究的结局表里的。今天研究里常说的"病人报告结局"，就是让病人自己填写的那几页：能不能上班，睡得怎样，一天里有多少时候是自己的。

有的药品监管机构还专门为这类结局出过指导文件〔待核：具体机构与年份〕。这是又一项真进步，右栏终于有了一个可以被量、被比较的位置。可是它进来得晚，分量也常常排在左栏后面。第4章说过，病人的感受是医学里最没有名分的符号；在研究的结局表里，它的名分也来得晚。医学的锁，停在药柜边上。它停下的地方，正好是接着要走的一步：把同一把锁，也套到"对账"这类说法上。套之前，还要先看一眼波普尔这把尺子本身停在哪里。

后来的科学哲学家指出过一个难处：一次预测落空，输的不一定是那个理论本身。实验要靠仪器，要靠一串辅助的假定，要靠做实验的人做对了。预测落空时，总可以把账算到这些辅助的东西头上，主干毫发无损。这个难处常和迪昂、蒯因两个名字连在一起〔待核〕。拉卡托斯后来说得更直白：一套研究纲领的周围，总围着一圈"保护带"，挨打的先是保护带〔待核〕。

这个难处是真的。它不是说可证伪没用，它是说：后门不在理论的正面，在理论的边上。人数不够、执行走样、量表选错，都是边上的后门。所以本书要做的，不只是写下"什么结果算输"，还要把边上的后门一道道事先标出来，写明它们有多宽。写在前头的后门，是一扇有门牌的门；事后才想起来的后门，就是红笔。

本书先套自己。规矩只有三条，下面每一条可推翻条件都按它写：第一，事前写下预测的方向。不是"可能有影响"，是"哪一组会更好，好在哪一项上"。第二，写清什么结果算输。不留"做得还不够好""再观察一阵"这类后门；要留，也得在事前写

明后门有多宽。第三，写清输了以后，本书哪一句话要改。不是整本书一起作废，也不是一句不改。一条条找到那句话，改掉它，或者把它收窄。

还有一点要先说在前头。下面写的都是研究设计，是给研究者、医院和读者看的一张"怎样才算错"的清单，不是建议任何人去做任何检查或治疗。真要做这样的研究，要有合格的研究团队，要过伦理审查，每一位参与的病人都要知情同意。具体病情请遵医嘱。

◆ 四、第一条：对账到底有没有用

要验的那句话。 第10、11章说：医嘱是理念符号，不会自己长成日子里的习惯。它要沉成自我符号，得有三个条件——病人看见自己的数字和自己的日子之间那条缝，有一个托得住的场，有一年三百六十五次的重复。第19、20章接着说：一张三栏单摆上桌，再加上医患一起做决定，能帮这一次结晶。这是全书最大的一句话，也最该先拿出来挨打。

怎样的研究设计。 最直接的办法，是一项随机对照试验：一组门诊在常规随访之外，加上三栏对账与共同决策；另一组照常随访。一年以后比较。这里有一个细节要先想好：随机分的，是病人，还是诊所？如果按病人分，同一位医生上午看对账组，下午看常规组。他学会了三栏的谈法，下午很难假装忘掉。两组之间就串了味，研究上叫"沾染"。所以更稳妥的做法，是以诊所或医生团队为单位抽签：抽到的诊所整体换谈法，没抽到的整体照旧。这样的设计叫整群随机，做起来贵一些，人也要多一些，可是结果更干净。

事前写下什么。 在第一位病人进门以前，研究组要把这几样登记在案：一是看哪一项定输赢。主指标只登记一项：自我管理的评分，用一份事前选定、已经被别人验证过的量表。依从与临床指标登记为次要指标：依从用事前定好的办法去计；临床指标就是医生本来就在随访的那几项，名字和量法事前写死，不许事后再挑。输赢为什么只押在一项上，还要在开始前写定？因为一年以后手里有好几项结果，总有一项碰巧好看；不事先写死"主要看哪一个"，事后就能挑出一个有差别的，说"本书成立了"。这正是第二把锁要防的事，也和本章后面那道闸"缝须事前指认"是同一个形状：指认要在结局之前。

二是预测的方向。本书的预测是：一年以后，对账组在主指标自我管理评分上明显好于常规组，依从和临床指标至少不差，最好也好一些。

三是多大的差别才算"有差别"。这一条最容易被忽略。研究者要事前为主指标说出一个最小的、有实际意义的差别，再按它算出要招多少人。人招少了，"没测出差别"只说明眼睛不够亮，不说明东西不在。

四是怎样才算"真的做了对账"。这一条是给本书自己堵后门的。如果研究做完，对账组没有效果，最方便的辩解是：医生没有认真做。所以必须事前写清"做了"的标准，比如：对账组的门诊里，三栏都有记录、三问都有回答的，至少要占多大比例；由不知道分组的人去抽查病历来量。

什么结果算推翻。 一年以后，人数够，做得也够，达到了事前写定的执行标准。可是主指标自我管理评分两组没有差别：测出的差，连同它可能的上下范围，都落在事前定好的最小有意义差值之内。这时候，本书输了，"自我符号需要结晶"一说就须改。依从与临床指标单独报告，好看也罢，不好看也罢，都不能拿来挽救主指标。

推翻后改哪一句。 要改的是"自我符号需要结晶"这一说，落在书里，是"慢病管理是自我符号的结晶工程"这一句的后半截：三栏对账能帮医嘱沉成习惯。改成什么，要看输在哪里。如果对账组和常规组都慢慢好起来，说明医嘱可能有别的路走进日子，比如提醒、环境、家里人的安排，不必经过病人自己看见那条缝。那么第11章"对不上是第一个条件"要降一级，从"必须"改成"有时"。第20章说衡量慢病小组不看依从率、看病人能否说出自己的三栏，这个衡量标准也要一起撤下来。

三项不齐，也要照账改。 真实的研究很少三项齐涨齐落。主指标定输赢，次要指标只帮着看清输赢之外的细处。几种局面，本书事前也写下来：

自我管理评分好了，临床指标没动。那么"病人身上结晶了点什么"这半句站住了，"结晶了就会回写到身体的数字上"这半句要收窄，至少一年之内看不到。

临床指标好了，自我管理评分没动。这一种最要紧，也最容易被高兴地放过。按上面的规矩，这就是输了，次要指标再好看也救不了主指标。办法有用，可是有用的路并不经过病人的自我符号。那么本书的解释错了，哪怕本书推荐的做法看着灵。做法灵、道理错，照样要改道理。

只有依从变了，别的都没变。主指标没动，这也算输。这说明对账可能只是让病人更愿意照着做，并没有让什么东西在日子里长出来。本书说的"结晶"，就不能拿依从率来冒充。

一条附带的预测。 第11章说，慢病多年、动能耗尽的病人，是入口三：先托住人，再谈目标。这句话也可以挨打。研究组可以事前用一份选定的困扰量表〔待核：具体量表由研究组定〕，把这样的病人标出来，单独看。本书的预测是：如果对账一上来就谈目标，这一群人从对账里得到的好处最少。要是他们和其他人得到的一样多，"先托住、再谈目标"这个次序之说就要改。

◆ 五、第二条：标签会不会凝成石头

要验的那句话。 第7、8章说：诊断是一个名字，名字让一锅粥有了形状，这是好处；可是名字一旦贴上，在病人这一端可能凝成石心。石心有两种，一种是"我就这样了"，一种是"我没病"。凝住以后，连接度很高，动能为零，新的对不上进不来，自我管理也就难了。这句话听上去像一个比方。要让它挨打，第一步得让它能被量。

它能被量吗。 这里有一件事，本书要老老实实交代出来。比利时的研究者奥里斯等人，2016 年在《糖尿病护理》上发表过一份"疾病认同问卷"（已核）。这份问卷问的是：一个人和自己的病，处成了什么样的关系。它分出四个面：被病吞没，拒绝承认，接纳，以及从病里长出一些新东西的充实感。前两个面，和本书的两种石心对得很齐。被吞没，近于"我就这样了"，病占满了整个人；拒绝，近于"我没病"，病被挡在门外。

这一点要分两头说。好的一头：这份问卷是别人为别的目的造的，不是为了证明本书。一件事在本书之外被独立地量出来，正是检验需要的。要小心的一头：对得齐，不等于本书说对了。两种说法碰巧长得像，只说明可以拿来检验，还没有检验。

已有研究在患一型糖尿病的青少年与青年里，报告过被吞没、拒绝这两个面和后来较差的状况有关联（已核）。这是个好的开头。可是一个人群、一种病，撑不起本书的说法。本书说的是"诊断标签"，不是某一种病。

怎样的研究设计。 做一项前瞻的队列研究。在几种不同的慢病里，选刚拿到诊断不久的病人，在诊断后的头几个月里量一次他们与病的关系。然后跟着走两三年，每隔一段时间量一次自我管理，记下事前写定的那几项预后。

这里有一个坑要先填上。病得重的人，本来就更容易觉得被病吞没，后来的情况也本来就可能更差。这样一来，"被吞没"和"后来更差"之间的关联，可能只是病重在两头作祟。所以病情的轻重要在一开始就量下来，分析时事前写好怎么把它扣掉。

事前写下什么。 本书的预测有三条：一、诊断后头几个月里被吞没、拒绝两个面得分高的人，两三年里的自我管理更难，事前写定的预后也更差。二、接纳这个面得分高的人，情况相反。三、这一条是能量律给的。石心是连接度高、动能为零。那么被吞没、拒绝这两个面的得分，应当比接纳更"稳"：隔几个月再量，变化更小；遇到一次新的对不上，比如复查时一个不合标签的数字，或者一次被认真听完的谈话，它也更难动。

什么结果算推翻。 扣掉病情轻重之后，人数够，被吞没、拒绝两个面的得分，和其后的自我管理、预后毫无关联。那么"标签固化为石心"一说不成立。

还有第二种输法。如果这两个面的得分隔几个月就大起大落，跟抛硬币差不多，那它根本不是一个稳定的东西。本书说的符号是粒子态，第一条判据就是稳定。一个不稳定的东西，谈不上"凝成石头"。第三种输法属于能量律。如果被吞没、拒绝的得分，和接纳的得分一样容易被一次新的对不上推动，那么"石心连接度极高"这句话就要改。书二说过，连接度可以量：一个信念要多少反证才松动。这里就是在量它。

推翻后改哪一句。 第8章"标签固化的两端"里，病人那一端要改写：诊断标签会带来一种说法，可是没有证据说它会凝成挡住回写的东西。第8章"熔开靠新的对不上进来"，也就失去了它在病人这一端的对象。医者那一端的偶像，床号加病名取代了名字，不在这条检验之内，要另外设计。

本书在这里只留一个线头给后来者，不算进本章的三条。可以在征得同意之后，看一段时间里的交班记录，数一数病人被叫作名字的次数，和被叫作"几床的某某病"的次数。再看那些被叫作"几床某某病"的病人，复查里出现不合标签的数字

时，被重新讨论的机会是不是更少。预测是更少。要是一样多，第8章说的"典型病例不再被对不上改写"就要改。怎样计、怎样扣掉病房忙闲的差别，留给真正做这件事的人去写在前头。

最后补一句分寸。问卷上的分数，不是给一个人下的判语。第8章说过，石心不是谁坏，是连接度高、动能为零。就算本书这一条站住了，它说的也是一种运行的状态，不是一个人的毛病。

◆ 六、第三条：投诉档案会不会说话

要验的那句话。 第6章说，三方各守一角，对不上被误读为"对方有问题"，信任从这里开始漏。第13章说，信任是医患之间的连接度，靠一次次小对账累起来，一次误解就能拆掉一大截。合起来是一句：对账缺位，导致信任漏损。信任漏到底，有一种看得见的形状，就是投诉。

已有的工具管的是另一头。 第6章提过，已有综述里，关系与沟通、临床、管理三类问题在投诉中大约各占三分之一，这里不再重讲。要补一句的是：投诉本身也已经有人在认真编码。英国的吉莱斯皮与里德造过一套"医疗投诉分析工具"。它把投诉信里说的问题分进七个领域，其中就有"倾听"与"沟通"，每一类再分四级严重程度（Gillespie 与 Reader，2016，《英国医学杂志·质量与安全》，已核）。

这套工具很有用，它让一封封愤怒的信变成了可以比较的数据。可是它读的是投诉信，是结局之后写下的东西。本书要验的，是结局之前那张病历上有没有对过账。两样东西的时间方向正好相反。

怎样的研究设计。 做一项回顾性的病例对照研究。"病例"是已关闭的投诉档案里的那一次门诊或住院。"对照"是同一个科室、同一段时间、病情相近、没有投诉的病历，每一份投诉配两到三份。

然后做最要紧的一步：把投诉信、情况说明、处理意见统统抽掉，只留下投诉发生之前的病历。把病例和对照混在一起，重新编号，交给两位编码员。编码员不知道哪一份后来出了投诉，最好也不知道本书的说法。

他们手里只有一本事前写好、已经冻结的编码手册。手册问几件事：左栏有没有记录，查了什么、结果如何。中栏有没有记录，医生依据什么标准下的判断。右

栏有没有记录，病人说了自己的日子没有，是用病人的话记的，还是只剩一个改写过的"主诉"。最后一问最关键：病历里有没有写下"哪两栏对不上"，并写明这一点告诉了病人。两位编码员各自独立地编，最后算他们之间的一致程度。一致程度太低，说明手册写得含糊，研究要退回去重写手册，不能往下走。

事前写下什么。 本书的预测是：三栏记录越齐、缝被说出来的病历，后来出投诉的比例越低。还有几个混杂要先写进分析计划：病情越重、治疗越复杂，出事的机会本来就多；科室越忙，记录本来就短；有的医生把病历写得很细，是为了防投诉，不是为了对账。这些都要事前想到，写明怎么处理。

什么结果算推翻。 扣掉事前写定的混杂之后，投诉发生率与"三栏是否被记录、缝是否被说出"毫无关联。那么"对账缺位导致信任漏损"一说须改。还有一种结果比"无关"更伤本书：缝被说出来的那些病历，后来的投诉反而更多。这意味着把对不上摆上桌，可能先吓着了人，信任没有累起来，反倒先漏了。真是这样，本书第19章"三问"的第一问，就要加上一个"怎样说"的条件，而不能只写"要说"。

推翻后改哪一句。 第13章"信任靠一次次小对账累起来"，要改成：信任可能主要靠别的东西累起来，比如技术上的放心、名声、一位医生在一个社区里多年的在场；对账至多是其中一条细路。第6章"信任从这里开始漏"一句，撤回。

它管不到的地方。 这条检验有它的边界。病历记下的，不等于诊室里说过的。一句话说了没写，研究看不见；写了没说，研究会被骗。这正是第17章说的：病历是对账留在纸面上的痕迹，痕迹会少于发生过的事。所以这条检验能推翻的，是"纸面上的对账"和信任的关系。诊室里那些没留下痕迹的谈话，要靠别的设计，比如征得同意的录音研究。

◆ 七、那道闸：缝要先写在病历里

三条可推翻条件之外，还有一道闸，比三条都要紧。**缝须在病历里事前指认。事后说"其实早就对不上"，不算。**

为什么这一道最要紧？因为"对不上"是全书的发动机。对得上，就没有解释；对不上，问诊才开始，符号才发生。这台发动机一旦可以在事后随便装上，本书就成了波普尔起疑的那一类说法：发生了什么都说得通。

想一想贺子轩的红笔。一封投诉信摆在面前，回头去看病历，"总能找到一处没说清"。如果本书允许这种找法，那么每一次投诉都证明"对账缺位"，每一次没投诉也能说成"缝还没炸开"。这样的说法永远不会错，也就什么都没说。

所以本书给"缝"定一个事前的、独立的指认办法。本卷的典型缝，是病历里同时出现两行：一行写"检查未见异常"，一行写"症状持续"。两行要写在结局之前，有日期，由当时的医生或护士写下，不是事后补的。第20章说的"对不上登记簿"，是另一种合格的指认：把当时解释不了的缝记下来，下次先看。

拿两份虚构的病历比一比，就看得清什么算、什么不算。甲份：三月五日的门诊记录写着"检查未见异常"；三月十九日复诊，记录写着"患者诉不适持续两周，与检查结果不符，已告知并约复诊"。两行都在，都有日期，都是当时写的。

乙份：三月五日、三月十九日的记录都只有"检查未见异常"。到了六月，病人投诉了，科室在情况说明里写："患者此前曾多次反映不适。"这一句也许是真的。可是它写在投诉之后，写在情况说明里，不在当时的病历里。按本书的闸，它不算。乙份里的那个病人，也许真的在三月就说过。本书不怀疑这一点。本书只是不能用它。一条在结局之后才被写下的缝，再真，也已经被结局染过色了。

按这道闸，有三种情形要分清：第一种，两行都在，缝在事前就被指认了。这样的病历可以拿来检验本书。第二种，病历里只有一行，或者两行都没有。那就老实说：找不到缝。这一份病历不能拿来支持本书，也不能拿来反对本书，它不进账。第三种最尴尬：大多数病历都落在第二种。那么本书的说法在这里无法检验。这本身就是一个发现：病历的格式里，没有给缝留位置。缝没有位置写，就只能在事后被人"发现"。这正是第19章要设计三栏单的一个理由：三栏单不只是一张谈话的纸，也是一张让缝能被事前写下来的纸。

这道闸还有一个反方向的用处：它也管住本书的拥护者。一位读过本书、很认同三栏对账的编码员，读病历时会格外容易"看出"对不上。他越认同，红笔越快。所以编码手册要在读第一份病历之前冻结，编码员最好不知道研究的假设。手册里对"缝"的认法，只能是那两行字，或者登记簿上的一条，不能是"读下来感觉不对劲"。

"感觉不对劲"这四个字，在本书里有它的位置。它是右栏的话，是病人的日子在说话。可是在检验本书的时候，它不能是编码员的话。病人的感受要进病历，编码员的感受要挡在研究门外。这两件事并不矛盾，它们是同一道闸的两面。

◆ 八、贺子轩的那张空白表

回到苏州那间靠窗的办公室。周五上午，贺子轩把那张写着一句话的白纸拿给任慧敏看。他说，今年的分类可以照常交，可是他想另做一件小事。抽四十份病历，二十份后来出了投诉，二十份没有，把投诉信和处理意见都拿掉，混在一起，重新编号，再读一遍。

任慧敏问他，这样读能读出什么。他说，他也不知道。他只知道，现在这一百多个红勾，是在知道结局以后打的。任慧敏同意了，条件是不耽误年度报告。她又让他去找科研处的钱思远。钱思远做统计，听完只提了两条：第一，编码的标准先写下来，写完就别再改；第二，读的人不能是他自己，他已经知道哪些出过事了。

于是那个周末，贺子轩没有读病历。他在写一张表。表很简单，一份病历一行，后面几格：左栏有没有记录；中栏有没有记录；右栏有没有记录，是病人的原话还是改写过的"主诉"；"检查未见异常"和"症状持续"两行是不是同时出现，日期在哪；有没有写明缝被告诉了病人。每一格只许填"有""无""看不出"三样。

写到"看不出"那一格，他犹豫了很久。钱思远说，留着。看不出就是看不出，别替它猜。下一周，两位从别的科室借来的同事，各自读完了四十份混过的病历。他们不知道哪些出过投诉。

结果并不整齐，也不够拿来证明什么。钱思远看了一眼就说，四十份太少了，两组哪怕真有差别，也要几百份才分得出来；这一回只能算试一试手册好不好用。贺子轩问，那手册好用吗。钱思远指着两位同事的表说，"有没有记录"这几格，两个人填得差不多；"缝有没有告诉病人"这一格，两个人常常填得不一样，手册在这里写得太含糊，明年要先改这一条。

这也是一种输法，输在量具上。在用它去验本书之前，先得让它自己过关。真正让贺子轩记了很久的，是另一件事：右栏那一格，绝大多数填的是"无"。病历里有检查，有结论，有处理，病人怎样过日子，几乎没人写。"症状持续"那一行，也只在

少数几份里出现。按上一节那道闸，大多数病历落在了"找不到缝"那一类，不进账。这四十份病历没能回答"对账缺位是不是导致信任漏损"。它们先回答了一个更早的问题：这家医院眼下的病历格式，还没有给缝留出写下来的位置。

年度报告照常交了。"沟通问题"那一栏照常有个比例。贺子轩在比例下面加了一行小字：本分类是在知道投诉结局后做出的，可能高估；另附一份盲读的试做记录，供明年改进参考。这一次加班，没有让那一百多个红勾变成别的颜色。它显出的，是一个不再急着打勾的他。

把本章三条和那道闸，收进一张表：

	第一条：对账有没有用	第二条：标签会不会成石	第三条：投诉与对账
要验的那句话	慢病管理是自我符号的结晶工程，三栏对账能帮它结晶	诊断标签在病人端可固化为石心	对账缺位导致信任漏损
研究设计	整群随机对照试验，一组加三栏对账与共同决策，一组常规随访，随访一年	多种慢病的前瞻队列，诊断后量一次与病的关系，跟踪两三年	回顾性病例对照，抽掉结局后盲读病历
事前写下什么	主指标（自我管理评分）与两项次要指标、方向、最小有意义差值、"做了对账"的执行标准	量表、病情轻重的扣除办法、三条预测	冻结的编码手册、混杂清单、一致程度门槛
什么结果算推翻	人够、做够，主指标两组差别在最小有意义差值之内；次要指标单独报告，不能挽救	扣掉病情后与其后自我管理、预后毫无关联；或得分不稳定；或与接纳一样易动	扣掉混杂后投诉率与三栏记录、缝被说出无关；或说出缝反而投诉更多
推翻后改哪一句	"自我符号需要结晶"须改，第11章"对不上是第一个条件"降级；第20章衡量标准撤下	第8章病人端石心改写为"带来一种说法"	第13章"信任靠小对账累起来"收窄；第6章"从这里开始漏"撤回
不算推翻的情形	人数不够、执行未达事前标准（须事前写明）	只在一种病里无关联	病历普遍无右栏、缝无从指认（不进账）
那道闸管什么	主指标事前登记；对账组的缝须写进病历	新的对不上须有日期可查	缝须是事前的两行字，不是事后的感觉

◆ 九、肯输，也是一次回写

写到这里，你也许会问：一本书，为什么要花一整章写自己怎样会错？因为本书说过的话，照样适用于本书。本书说，一个符号停止回写，就固化了。凝在对象那一端的叫偶像，凝在自我那一端的叫石心。一套理论也是一个理念符号。它要是写成"怎么都对"，那就是把自己供成了偶像：新的对不上再也进不来，它不必再被任何病历、任何病人改写。

三栏对账一旦变成偶像，会是什么样子？大概是这样：病人好转了，说明对账有用；病人没好转，说明对账做得不够；投诉少了，说明信任累起来了；投诉多了，说明缝终于被说出来了。每一种结果都替它作证。这和第8章说的"典型病例不再被对不上改写"，是同一个形状。所以写出可推翻条件，不是谦虚的姿态。它是本书把一扇门留给新的对不上，让本书自己也能被熔开。

能量的账也要算到研究上。第19章的第三问是：这次谈话谁来付动能？这一问放到本章，就是：这样的研究，谁来付？一项整群随机试验，要几十家诊所、上千位病人、一两年的时间。一项前瞻队列，要两三年跟着人走。一次盲读病历，要有人肯在加班的晚上，先写一张空白表，而不是先打一个勾。这些都是动能。势能也少不了：医院愿意开放档案，伦理委员会愿意审，病人愿意参与，统计的人愿意提那两条不讨喜的意见。

本书付不起这些动能。本书能做的，只是把预测和输法写在前头，写在任何一项研究开始之前。这是本书自己的"两行字"：今天写下，有日期，以后谁做了研究，结果对不上，就按这一章去改。还有一点要说清楚。这三条检验，即便有一条输了，也不会让医学已经做对的事情变错。随机试验、循证指南、知情同意，本来就不靠本书立着。本书输了，改的是本书。

◆ 十、放回日子里

本章说的是研究，可它在日子里也有用处。你一定听过，或者自己说过这样一句话："我早就知道会这样。"家里老人住院出了岔子，回头看，"那天医生说话的样子就不对"；一段关系散了，回头看，"第一次吵架就埋下了"。这些话不一定错。可是你可以问自己一句：在结局出来以前，我把它写下来过吗？说出来过吗？

没写下、没说出的"早就知道"，多半是贺子轩的红笔。它让人觉得自己看得很清，代价是下一次仍然看不清，因为它从来没有在结局之前接受过检验。

去看病也一样。如果你觉得自己的感受和检查结果对不上，那条缝最好在当时就被写下来。你可以在就诊前，在一张纸上分三栏，写下检查显示什么、医生怎么说、你的日子怎么过。请医生看一看，也请他把"检查未见异常"和"仍不舒服"两件事都记进病历。这只是一张沟通的纸，不是诊断，接下来查什么、怎么办，都由医生决定。具体病情请遵医嘱。

反过来也一样。当你很想说"你看，我早说过"的时候，先停一停。问一问自己：那条缝，是当时就指得出的，还是我现在才找到的？这一问，就是本章那道闸，放在你自己身上。

带 走 的 话

一套说法敢在事前写下自己怎样算输，才配在诊室里说话；缝要先写进病历，事后找到的不算。

小　账

波普尔给经验科学立了"肯输"的规矩，医学用随机、登记把它做成了锁，却多挂在药柜上；本书把这把锁套回到自己的对账说法上。

发生被收回为发现的那一下，就在知道结局以后回头"找到"那条缝，好像它一直在那里等着被发现。

想 一 想

1. 你最近一次说"我早就知道会这样"，是在什么事上？那时候，你写下过或说出过什么吗？
2. 如果你的体检单和你的日子对不上，这件事有没有被写进过病历？没有写进去的那条缝，后来去了哪里？
3. 你相信的一个道理里，有没有哪一条，是你说不出"什么情形下它算错"的？

◆

22

第22章

回到那张体检单

这一章的问题

蔡淑贞带着同一份全绿的体检单，第二次坐到杜明哲医生面前，单子上一个数字也没变——这一次门诊里，能变的究竟是什么？

◆ 一、文件袋里那六页纸

这一次，是一个星期二的上午。蔡淑贞请了半天假。她五十一岁，在新加坡一所小学的校务处做行政：排课表，收家长的表格，给老师们订会议室，一天接三四十个电话。请假这件事，她向来不太好意思。这一次，她跟同事钱佩仪说，上午去看医生，下午回来。

诊所在淡滨尼一排组屋的楼下，左边是一家面包店，右边是一家药房。候诊室里的电视放着午间之前的烹饪节目，墙上的屏幕一格一格跳着号码。她拿到的号码是二十七。她手里还是那个文件袋，袋角已经磨软了。里面是那份六页的体检报告，前五页每一行最右边都是绿色，第六页印着一句总结：本次检查各项指标均在参考范围内。前言里讲过，一个星期六的上午，她拿着它第一次来看杜明哲医生，医生一页页翻过，又调出她前两年的记录对照，然后说："没有问题。"

那句话没有错。单子也没有错。她也没有说谎。可是半年来，每天下午，她都觉得不对劲。她说不清那是什么。她只知道，到了下午两三点钟，放学铃前后，日子就像换了一个样子。这半年里，她把收表格、跑办公室这些活挪到了上午；放学后她以前常顺路去巴刹买菜，现在把买菜挪到了星期六；星期三下午学校的课外活动，她以前总留下来帮忙点名，这学期请钱佩仪顶了好几次。

钱佩仪就是前言里那位比她大几岁的同事。有一回钱佩仪问她，是不是哪里不舒服。她说，不知道，就是下午不对劲。钱佩仪说，你体检不是全绿的吗，查过没事就好，别想太多。她笑了笑，说是啊，可能是我自己想太多。

这句"可能是我自己想太多"，后来她不太好意思再说出口，连跟丈夫也不提了。可它在心里说了不止一次。说多了，它慢慢有了一点分量，像一句定下来的话。第一次门诊之后，她的手机备忘录里多了一个文件夹。里面是十几条很短的记录，有日期，有时间：几点开始不对劲，那天下午做了什么，没做什么。没有人叫她记。记着记着，那几行字成了她手里另一张单子。

第19章拿她的情形演示过一张三栏单怎么用。这一章回到她身上，看一次真的门诊。本书要先说清楚一件事：这一章不写她的下午是什么原因，不写任何诊断，不写任何检查和处理。那些属于杜医生，属于诊室，不属于这本书。本章只写一件事：这一次，谁在说话。这时，屏幕上跳出了二十七。

◆ 二、第六页翻了过来

杜明哲四十六岁，在这家诊所做家庭医生已经十年。蔡淑贞一家几口有个头疼脑热都来找他，他记得她女儿小时候怕打针。后来新加坡推行居民登记固定的家庭医生，她登记的也是他。第16章说过，连续性是制度化的连接度。他们之间有这个底子。

上一次，他翻得很细，对得很细，抬头说："没有问题。"她说了下午的事，他点头，在电脑上记了几个字，问了几句作息和工作，说如果还不舒服就再来。前后大约十分钟，门外还有六七个人在等。那几个字里，只记了她提到下午不舒服：没有说多久，没有说日子为它变了什么，更没有一个"持续"。这不是怠慢：在一个上午要看几十位病人的诊所里，一张全绿的单子摆在桌上，"没有问题"是最顺手、也最诚实的一句话。他的尺子量出来的，确实没有问题。

前言里也写过那一天的傍晚。诊所关了门，他翻到她那一条记录，停了一下。这样的病人他每个月都会遇到几位：单子很好，人不好。他的训练教过他怎样读一个红色的数字，怎样按指南一步步往下走；对"单子很好，人不好"，手边能用的东西少得多。他把记录合上，心里留着一点什么，没有落地。说得直白些，他自己也住

在这条缝里。他尽了责，那一点没落地的东西，是一位尽责的医生站在尺子的边上，知道尺子外面还有东西。

这一次她打电话预约，跟护士胡美玲说了一句：还是下午的事，手机里记了十几条。预约系统里没有地方写这句话，胡美玲把它照原话写在一张便利贴上，贴在病历夹外面。复诊前那个星期四的晚上，杜明哲就看到了这张便利贴（第19章）。那一点没有落地的东西，又浮了上来。同一个病人，同一张全绿的单子，又回来了。这本身就是一个对不上：他的结论说事情已经结束，她的再次出现说事情没有结束。

这一次，他先把她的体检报告接过去，前五页摊平，放在桌子左边。然后把第六页翻过来。正面印着那句总结，背面是空白的。他用尺子在背面画了两条竖线，分成三栏。桌上的东西，一张也没有多。还是那六页纸。他在三栏的顶上各写了两个字：刻痕，标准，日子。

蔡淑贞看着那张纸，有点意外。她以为他会再看一遍单子，再说一遍"没有问题"。杜明哲说，上次那句话，他后来想过好几回。话没有说错，只是只说了一半。这次想换个谈法，把三样东西分开摆。

他先指着左栏说："这一栏，写检查和测量显示了什么。"他照着体检报告，一项项念，一项项写，写得很简短：哪几项查了，结果各是多少，都在参考范围里。写完，他把这一栏从上到下又念了一遍，问她：这一栏，你有没有要补的？她想了想，说没有。单子上的东西，她看过很多遍了。

左栏写完，桌上的样子已经和上一次不同。上一次，那六页纸只有一个说法，"没有问题"是唯一的一句话。这一次，前五页只占了桌子的左边，它说的话，也只占了三栏中的一栏。刻痕还是那些刻痕，一个数字也没有改。改变的是它在桌上的位置。第2章说过，刻痕不撒谎，可是刻痕不会开口。上一次，是医生替它开了口，而且一开口就替三栏一起说完了。这一次，它只说它自己的那一栏。

◆ 三、医生先说了自己的尺子

左栏写完，杜明哲的笔移到中栏。他停了一下，说这一栏不好写。左栏是机器量出来的，照抄就行；中栏是他们做医生的人怎么看这些数字，这里面有别人定的规矩，也有他自己的。

他先写别人定的那一部分。单子上每一项后面的参考范围，他说，是从一大群健康的人身上量出来，取中间的那一段。落在里面，意思是：你这一项的数字，放在那一群人里，不显眼。他在中栏写了一行："参考范围：一群健康人的中间段。"

然后他写自己的那一部分。他说，他行医这些年，心里有一把尺子。这把尺子是从课本、指南、带过他的老医生、看过的成千上万个病人那里一点点攒起来的。一个人走进来，他先用这把尺子量的，是有没有不能等的事。这张体检单，能替他回答其中一部分。他在中栏又写了一行："医生的尺子：先看有没有不能等的事；单子回答了一部分。"

写完这一行，他把笔放下，说了一段话。蔡淑贞后来记得很清楚。他说："我的尺子能说的，是这几项数字放在人群里不显眼，眼下没有看到不能等的事。它说不了的，是你的下午。上一次我说'没有问题'，其实是'在我的尺子上没有看到问题'。我把后半句吞掉了，听起来就成了你整个人没有问题。"蔡淑贞没有接话。她低头看那张纸，看了好一会儿。

这一段话里，没有一个字否认医学。参考范围、指南、医生多年攒下的判断，第1章、第3章都写足过它们对在哪里。它们把千人千面的身体放进同一把尺子，让一个陌生人的数字能被另一个陌生人读懂，让一位医生不必每次从头摸索。这是真的进步，杜明哲没有放下它，本书也没有。

变的是一个说法。上一次，标准是以"结论"的身份说话的："没有问题"。这一次，标准是以"标准"的身份说话的："在我的尺子上，没有看到问题。"两句话只差几个字。差的是这几个字：尺子承认了自己是一把尺子。

本书第8章说过偶像：一个理念符号凝住了，不再接受对不上的改写，它就从一个工具变成了一尊被供着的东西。"没有问题"四个字，在上一次的门诊里，离偶像只有一步：它说出来，事情就结束了，下午那件事再也进不来。这一次，中栏写的是"尺子"，不是"判决"。一把尺子，是可以和别的东西放在一起比的。

还有一层。杜明哲说出自己的尺子，也是在付一笔账。一个医生在病人面前说"我的尺子说不了"，要一点点勇气。这句话不会让他少懂一分医学，可它让他从"全知的人"退回到"拿着一把尺子的人"。第13章说，信任是连接度。有的连接是靠"他什么都知道"撑着的，很硬，也很脆；有的连接是靠"他说得出自己不知道什么"撑着的，慢一些，也韧一些。

◆ 四、她说了自己的下午

右栏空着。杜明哲把笔转过来，笔头朝着她，说：这一栏是你的日子。你说，我写；你愿意的话，你自己写也行。蔡淑贞说，你写吧，我的字不好看。说完她拿出手机，打开那个文件夹。她一条一条念。念得很慢，有几条念到一半，她自己改了个说法。杜明哲一条一条写，用她的话，不换成他的话。

右栏里，渐渐有了这样几行字："半年来，每天下午两三点钟起，觉得不对劲。""收表格、跑办公室的活，挪到上午做了。""买菜挪到星期六了。""星期三下午的课外活动点名，这学期请同事顶了好几次。"

写到第四行，他停下笔，把这几行念给她听，问：我这样写，是你的意思吗？她说是。然后她又说，还有一句，你要不要写——我跟同事说过，可能是我自己想太多。杜明哲想了一下，在右栏最下面写上了，打了一对引号："可能是我自己想太多。"他说，这一句我写下来，可它是你的话，不是我的结论。

之后他又问了几句。问的是什么，本书不记。那是诊室里的事，属于医生和她，不属于这本书。这一栏，和上一次门诊相比，有两处不同。第一处，右栏的话是她的原话。第4章说过，一次门诊里，病人的"我病了"常常被改写成表格里的"主诉"：一个短句，一个时间，一种医学的说法。改写有它的用处，它让不同的医生读得懂。可是改写一次，日子就被削掉一块。挪到上午的活、巴刹、星期三的点名，这些在"主诉"里没有位置，在右栏里有。

第二处，右栏里留下了那句"可能是我自己想太多"，而且被打上了引号。这句话本书要多说两句。它是一句正在凝住的话。半年里，它被说了很多次，每说一次，连接度就高一点。说到后来，它会变成一种答案：既然单子全绿，那不对劲的就只能是我自己。第8章讲过石心的两种样子，"我就这样了"和"我没病"。这句"可能是我

自己想太多"，站在两者之间的路口：它一头说"我没病"，一头把下午的不对劲收成了"我的毛病"。

医生没有驳它，也没有顺着它。他把它原样写下，加上引号，放在右栏。这样一来，它就是一句被听见的话，而不是一个被认下来的结论。一句话被写进栏里，它就还在和别的栏比，还没有凝成石头。这一次门诊，显出了一个新的她：不再是一张全绿的单子旁边那个说不清的人，而是一张三栏单上，有一整栏属于她自己的人。

◆ 五、前人早就叫医生多问

医生要听病人说，这不是本书的发明。前人在这件事上走得很远，本书先把他们写足。中国的古医书里有一句话，常被引来说医者的分寸："入国问俗，入家问讳，上堂问礼，临病人问所便。"（《黄帝内经·灵枢·师传》〔待核篇名〕）到了一个国家先问风俗，进了一户人家先问忌讳，上了厅堂先问礼数，到了病人跟前，要问他怎样才方便、怎样才合适。

这句话把"问病人"和"问风俗、问礼数"放在一排，意思很清楚：病人有他自己的一套日子，医者是到别人的日子里去的客人。本书引它，只为说明"问"在很早就被当成医者的本分，不拿它比较任何医学传统的高下。

一百多年前，托尔斯泰写过一个中篇，《伊凡·伊里奇之死》（1886）。伊凡是一位法官，身体出了状况，去看一位有名的医生。小说里有一段，读过的人很难忘：医生的整套派头，让伊凡想起自己在法庭上对待被告的样子。伊凡心里只有一个问题：我的情况要不要紧？医生觉得这个问题不相干，他在几种医学上的可能之间权衡，权衡得很漂亮。伊凡走出诊室，只带走了一个印象：不好。小说没有说医生错了，它只是让读者看见：一个人最想问的那件事，在诊室里没有位置。

二十世纪五十年代，伦敦的巴林特和一群全科医生每周聚在一起，讲各自手上难办的病人。第16章讲过他那句流传很广的话：全科诊所里用得最多的一味药，是医生本人。1977 年，美国医生恩格尔在《科学》杂志上发表文章，批评只看身体的"生物医学模式"，提出要把生物、心理、社会三个层面一起放进医学的视野〔待

核：刊期〕。他的意思是：病发生在一个活着的人身上，这个人有心思，有家庭，有工作，医学不能只看到其中的身体。

再近一些。第19章提过，医生要从问"你哪里有毛病"，转向也问"什么对你要紧"。还有一位离今天更近的。纽约的医生、文学博士卡伦，在世纪之交提出"叙事医学"，主张医生要学会像读小说那样读病人的故事〔待核：卡伦提出叙事医学的年份与首发刊物〕。她教医学生写一种"平行病历"：正式病历之外，另用家常的话，写下这位病人让你看见了什么、你自己心里起了什么。这是一项很细的功夫，它让医学生知道，正式病历的格式里，装不下一个人的全部。

六种材料，跨了两千多年、几种语言。它们对在同一处：病人的日子要进诊室，医者要会问、会听，医者自己也是这场相遇的一部分。这些都是真的进步。没有它们，杜明哲那张三栏单的右栏，连画出来的理由都没有。

◆ 六、听了，还是一栏替三栏说话

可是这些前人，大多停在了同一个地方。他们都在让医生多听、听好。听，是医生的美德，是医生的手艺，是医生判断时多吸进来的一口气。病人的话进了医生的耳朵，然后在医生的头脑里，和数字、和标准、和经验合在一起，最后从医生嘴里出来一个结论。结论出来以后，桌上还是只有一个声音。

上一次门诊，杜明哲其实也听了。他看了单子，说"没有问题"；蔡淑贞说了下午不对劲，他点了头，问了几句，记了几个字。这一次和上一次的差别，不在听没听，在于听完以后，三栏是不是还分开摆着，各说各的。

恩格尔的三个层面，是一个更宽的医生的视野。可它仍是医生手里的一个模型，是一个更丰富的中栏：医生用它来想病人，病人自己的话还是要先翻译成"心理""社会"，才放得进去。"什么对你要紧"让右栏走进了决定，可它不一定问到那条缝。

卡伦的平行病历，把病人的故事写了下来，这已经走得很远。可它是"平行"的：放在正式病历的旁边，主要用来教学和反省，不进入那份会被下一位医生、被质控、被将来的研究读到的正式记录。故事被写下了，缝却没有进正本。

巴林特离本书最近。他看见医生自己就是场的一部分，是势能，是那张拉着病人的网。可他的办法，是让医生们在小组里谈病人；谈的人是医生，被谈的是病人。

托尔斯泰写的，正是三栏被一栏吞掉以后的样子。伊凡的问题是右栏的问题，医生的权衡是中栏的权衡。两栏对不上，可是诊室里没有一张纸让它们并排摆着，于是中栏赢了，右栏带着"不好"两个字回了家。

前人停下的地方，正好是接着要走的一步：不只让医生多听，还要让三样东西在同一张纸上，以三个说话者的身份坐着；对不上的地方，不在医生脑子里悄悄合上，而是作为一条缝，被写下来，留在那里，等下一次再看。这就是本书前面二十一章绕了一大圈要说的事。它很小，小到只是一张纸怎样画线；它也不小，因为谁在说话，关系到缝有没有地方待。

◆ 七、三问摆上了桌

回到淡滨尼那间诊室。三栏都有了字，杜明哲把纸转了个方向，让纸正对着蔡淑贞，两个人一起看。他问了第19章那三问。问法很家常，意思一个字没少。

第一问：哪两栏对不上？

左栏说，每一项都在参考范围里。右栏说，半年来每天下午不对劲，日子已经为它挪了好几处。中栏夹在中间，说它能说的：放在人群里不显眼，眼下没看到不能等的事。中栏和左栏对得上。中栏和右栏谈不上对不对得上，因为中栏已经说了，下午的事它说不了。真正对不上的，是左栏和右栏。

杜明哲在纸的最下面，从左栏到右栏画了一条横线，横线中间写了三个字：对不上。这三个字写下去，事情的性质就变了。上一次，这条缝是被一句"没有问题"合上的；合上的地方，只剩一个说不清的人。这一次，缝被画了出来，它有了一个名字，就叫"对不上"。它还没有被解释，可它被承认了。

第8章说过，熔开之后先托住，不急着再结晶。上一次那块"没有问题"的结晶，这一次被轻轻熔开了。杜明哲没有急着在原处再放一块新的。他没有说"那大概是压力大"，第5章说过，那是缝里的人最常听到的一句封口的话。他也没有说"那一定是什么"。他让那条线就是一条线。

第二问：这条缝能不能事前指出？

杜明哲转向电脑，打开她的病历，敲了两行字。一行是："体检各项在参考范围内。"一行是："自述下午不对劲约半年，持续，日常安排已为此调整（见三栏单）。"下面是当天的日期。他把屏幕转过来给她看。

蔡淑贞看着那两行字，看了很久。她后来跟家里人说，那一刻她心里松了一下。不是因为知道了什么，是因为那两行并排放着：上面一行是单子说的，下面一行是她说的，谁也没有把谁擦掉。半年里，她一直觉得这两件事只能留一件，要么单子错了，要么她错了。现在它们都在，中间隔着一个换行。

前言里说过：只要她的下午被认真记下来，病历里就会同时出现"检查未见异常"和"症状持续"两行。这一次，它真的被记下来了。这两行字，就是第21章那道闸要的东西：缝在病历里被事前指认了。往后不管发生什么，不管接下来的检查看到了什么、没看到什么，没有人需要在事后回头"找"这条缝。它已经在那里，有日期，有当时的原话。

这对她有一层意思：她的下午确定无疑地进了病历，不是作为一句被改写的主诉，而是作为一条和检查结果并排的、对不上的记录。这对医学也有一层意思：这样的病历多起来，第21章说的那几项检验，才有材料可做。

第三问：这次谈话谁来付动能？

这一问，两个人都笑了一下。这一次门诊，比上一次的十分钟长了不少。候诊室里还有人在等，屏幕上的号码在跳。杜明哲付的是时间，还有一点别的：说出自己尺子的边在哪里，也是一种费力。

蔡淑贞付的是那十几条备忘录，还有一次请假。半年里，没有人叫她记，她自己记下了。那是她的动能，是一个人在缝里待着、没有放弃追问的痕迹。

还有一样不在这一次门诊里付，却托着这一次门诊：她一家在他这里看了十年。第13章说，信任是连接度，靠一次次小对账累起来；第16章说，连续性是制度化的连接度。势能是一张网，这一次谈话，是在一张已经织了几年的网上谈的。换一个第一次见面的医生，三栏单照样画得出来，可是"我的尺子说不了"这句话，未必说得出口，也未必听得进去。

三问问完，杜明哲说了接下来的安排：再看什么，查不查、查哪一项，什么时候回来。他说得很具体。那些安排，本书一个字也不写。接下来做什么检查、看什么，由杜医生决定。那是医学的事，是诊室里的事，是他的专业和她的病情之间的事。本书没有资格替他说，也不应该替任何一位读者去猜。具体病情请遵医嘱。本书只写这一点：这一次，安排是在三栏都说过话以后定的。

◆ 八、两次门诊放在一起

把两次门诊并排放，变了什么，没变什么，看得更清楚。

	第一次门诊	第二次门诊
桌上的纸	六页体检报告	还是那六页，第六页翻过来画了三栏
谁先开口	单子，经由医生的一句结论	左栏先说，一项项念给她听
标准以什么身份说话	以"结论"的身份："没有问题"	以"尺子"的身份："在我的尺子上没看到问题"
她的下午落在哪里	说了，被听了，没有地方放	右栏，用她的原话
"想太多"那句话	回家以后在心里慢慢凝住	写进右栏，打上引号，是她的话不是结论
病历上留下什么	一行"体检各项在参考范围内"，加几个字：提到下午不舒服	"未见异常"与"下午不对劲约半年"两行，有日期
接下来做什么	医生定	医生定，在三栏都说过话以后
谁付了动能	几乎没有人	医生付时间与坦白，她付半年的记录，多年的连续性托着

这张表里，有几样东西从头到尾没有变。体检单上的数字没有变。一个也没有。参考范围没有变，指南没有变，杜明哲的医学知识没有变。接下来做什么，仍然由医生决定，这一点也没有变。本书没有让病人去当医生，没有让感受去推翻检查，也没有让任何一份指南为一个人的下午让路。

变的只有一件事：谁在说话。

第一次，是中栏替三栏说话。刻痕没有开口，日子开了口没有地方落，标准一个声音说完了全部。第二次，刻痕说刻痕的，标准说标准的，日子说日子的；三样东西各说各的，说完了，对不上的地方被画成一条线，写进病历。

本书前面说"各守一角"：检验科守数字，指南守标准，病人守感受，没有人专门负责对账。这一次门诊里，三个角还是三个角，没有谁吞掉谁。不同的是，三个角第一次坐到了同一张纸上，中间有人画了一条线。这条线就是对账。对账不是让三栏一致。三栏常常不会一致，本书从第1章就这么说。对账是让三栏都在场，让它们对不上的地方有一个位置。

这一次门诊，也显出了一个新的他。上一次，杜明哲是那个说"没有问题"的医生。那句话不是怠慢，是一位尽责的医生在他的尺子上诚实地读出了结果，诊所关门以后，又在心里留着一点没落地的东西。

这一次，那一点没落地的东西，在桌上找到了一个位置：一条横线，三个字。他还是那位医生，尺子还是那把尺子，只是这一次他在桌上多给了尺子一个位置，也多给了尺子之外的东西一个位置。那一天的后面几个病人，他照常看，有的用了三栏单，有的没有用。本书不替他立什么规矩。一张纸，要等到它在他的日子里练熟了，才会成为他的东西；那是他的结晶，要他自己的动能去付。

◆ 九、回学校的那个下午

蔡淑贞走出诊所，已经快到中午。药房门口排着几个老人，面包店的冷气从门缝里漏出来。她在巴士站等车，从文件袋里抽出第六页。杜明哲让胡美玲把这一页的背面复印了一份，扫进她的病历；原件还给了她。胡美玲把纸递回来的时候，顺手把病历夹外那张便利贴揭了下来，说：这一张用不着了，都写进去了。

她把纸展开。正面是那句总结，她早就背得出来。翻到背面，左栏是一行行数字，她早就看熟了。中栏有两行，第二行后面那半句，"单子回答了一部分"，她看了两遍。右栏是她的话，却是他的字迹。最底下一条横线，横线中间三个字：对不上。她在巴士上一直拿着这张纸，没有折起来。

回到学校，吃过午饭，她坐回校务处自己的位子。两点四十分，放学铃响，走廊里涌过一阵孩子的声音。那个不对劲照样来了。本书要在这里停一下，把话说清

楚：这一章不替她的下午编一个结局。那张纸没有治好什么，也没有人说它能治好什么。她的下午后来怎样，取决于杜医生接下来的安排，取决于她的身体，取决于本书无权过问的许多事。具体病情请遵医嘱。

可是那个下午，还是有一点不同。钱佩仪走过来，问她看医生看得怎样。半年里，这个问题她回答过好几次，答案总是那一句：单子全绿，可能是我自己想太多。这一次，她把那张纸拿出来，给钱佩仪看了右栏，说："医生写下来了。他说单子说不了我的下午，他接下来会再看。"钱佩仪看了一会儿，说，那星期三的点名，我再顶几次。

这一段对话很短。可是那句"可能是我自己想太多"，这一次没有出现。它没有被驳倒，也没有被谁劝走。它还在右栏里，打着引号。只是它不再是唯一能说出口的那句话了。第8章说，石心是连接度极高、动能为零。一句话在半年里被说了很多次，它的连接度在一点点涨；那个下午，它旁边多了一句别的话可以说，涨势就停了一下。新的说法还没有结晶，可是旧的那一块，没有再加厚。

她的下午，在这一天第一次有了一个去处。不是一个解释，是一个位置。

◆ 十、本书只改变了"谁在说话"

全书到这里，可以把账收一收。本书一开头就说，一张化验单上有三种东西：刻痕、标准、日子。检验数字是身体留在仪器里的刻痕，是现实符号；参考范围、指南、诊断标签是医学约定的标准，是理念符号；病人的感受、"我病了"或"我没病"的那份认识，是自我符号。三样东西写成三条式子：指南＝F（刻痕，感受）、刻痕＝G（指南，感受）、感受＝H（指南，刻痕）。

三条式子说的是一件事：三个角里，没有哪一个是源头，任何一个都被另外两个牵着。对得上，就没有解释，诊疗平静结束；对不上，问诊才开始。第一次门诊里，这三条式子只剩了一条在转：感受被指南和刻痕算出来了。指南加刻痕，得出"没有问题"，于是感受就该是"没有问题"；感受不肯是，那就成了"想太多"。另外两条式子停着：指南不必因为她的下午而改一个字的说法，刻痕也不必因为她的下午再被读一遍。

第二次门诊里，三条式子都动了一下。标准被感受牵动了一下：它把自己说成了一把尺子，把"说不了"的那部分让了出来。刻痕也被牵动了一下：它被放回桌子的左边，不再是全部；接下来要不要再留新的刻痕、留哪一种，是医生在听过日子以后定的。感受也被牵动了：那句正在凝住的"想太多"，因为标准承认了边界，没有再往下凝。

这就是本书说的对账。它不需要一套新的医学，不需要一份新的指南，不需要病人懂检验，也不需要医生放下他的尺子。它只需要一张纸上有三栏，三栏各说各的，对不上的地方被画成一条线，写进病历。所以本书在这里，能说的话很有限，也很确定：本书没有改变任何一个数字。没有改变任何一条标准。没有改变谁来决定接下来做什么。

本书只改变了"谁在说话"。

蔡淑贞的情形，近于前面说过的入口一：日子里的感受是硬的，标准的说法在这里碎了，接不住它。入口一需要的，是新的理念，是一个能把这条缝接住的说法。那个说法从哪里来，是医学的事，是杜医生和她接下来要一起走的路。本书不提供它，也不该提供它。本书做的，只是保证那条缝走到了能产生新说法的人面前，而且是带着她自己的话走到的。

这件事看着小。可是第4章说过，一位医生多久会打断病人的开场陈述；第6章说过，三方各守一角，没人负责对账；第13章说过，信任漏起来，比累起来快得多。在这些背景下，一次门诊里，三栏都开了口，这一件小事，已经是病人从一张化验单，回到一个人的那一步。

◆ 十一、三个座位上的同一张纸

这张纸，在诊室里有三个座位可以看它：坐病人那把椅子的，站在病人身后的家里人，坐医生那把椅子的。还有第四个位置，不在诊室里，在诊室的上面：排班的人，定病历格式的人，算预算的人。本书最后说一说，同一张纸，从每个座位看过去是什么样子。只谈沟通，不谈医学。

坐病人那把椅子。　如果你像蔡淑贞一样，手里有一张全绿或者大致全绿的单子，日子却和它对不上，你能做的事很少，也很具体：把右栏先写好。用你自己的

话，写你的日子为这件事挪动了什么，什么时候开始的，没做的是什么。不必替它找原因，不必用你在网上读来的医学词，那些词属于中栏，第18章说过，它们进了诊室，可能多一个角，也可能多一道墙。右栏只写日子。写好了，带去，请医生看一看。

站在病人身后。　如果你是陪家里人去看病的那一位，最常见的好意，是替他说。他说得慢，你就接过去；他说得乱，你就理一理，用医生听得懂的话说出来。这份好意是真的，第15章写过家属的善意，公道要先写足。可是右栏一旦由你来填，日子就被翻译了一次。你可以试着做另一件事：让他先说，你在旁边记，最后问他一句"是这个意思吗"。

坐医生那把椅子。　如果你是医生，本书不敢教你看病。本书只想请你试一句话：在说"没有问题"之前，先说"在我的尺子上"。这几个字不会让你少懂一分医学，它只是让你的标准以标准的身份说话。然后，如果病历允许，把"检查未见异常"和"症状持续"两行一起写下，写上日期。这两行字，是给下一位看这份病历的同事的，也是给将来的你自己的。

诊室的上面。　如果你是定规矩的人，本书只有一个请求：给缝留一个位置。病历模板里有没有一栏，能放病人原话写的日子？有没有一种写法，能让"对不上"三个字被记下来，而不是被要求立刻填一个诊断？第17章说过，病历是对账留在纸面上的痕迹；第20章说过对不上登记簿。位置留出来，人才写得下去；写下去的东西多了，第21章那几项检验，才有一天做得成。

四个座位，一张纸。没有一个座位需要变成别的座位。病人不必变成医生，家属不必变成病人，医生不必变成心理咨询师，定规矩的人也不必去看病。每个座位只做一件事：让自己那一栏，以自己的身份说话；让别人那一栏，也有说话的地方。

◆ 十二、放回日子里

又过了两个星期，蔡淑贞照约定回到诊所。她的文件袋里还是那份六页的体检报告，袋角更软了。第六页的背面，多了两条竖线、一条横线。手机备忘录里的文件夹，又多了十几条。

那一次门诊谈了什么，本书不写。本书只知道，她进诊室的时候，杜明哲先在屏幕上调出那张三栏单，指着右栏，说：上次写到这里，我们从这里接着看。从右栏开始。这几个字，是这本书能给出的最后一个画面。

你手里也许也有一张单子。体检的，复查的，孩子的，父母的。单子上的数字，不撒谎，也不开口。参考范围说的是一群人，不是你。你的日子，在这张纸上根本没有位置。

下次再拿到它，你可以在旁边另放一张白纸，画两条竖线。左边抄单子，中间写医生怎么说，右边写你怎么过。然后带着它去问。接下来查什么、做什么，交给医生决定。具体病情请遵医嘱。如果那条缝在你心里压得太久，也别一个人扛着。身体或心里的难处真的大了，请找医生或心理咨询师。

带 走 的 话

数字没变，标准没变，接下来由谁定也没变；变的只是三栏各自开了口，对不上的地方有了一条线。

小　账

前人让医生多问、多听，听完却仍由一栏替三栏下结论；本书让三栏坐上同一张纸，把缝作为缝写进病历。

发生被收回为发现的那一下，是"没有问题"四个字：尺子读出的一个结果，被说成了整个人的真相。

想 一 想

1. 你最近一次看病，带回家的是一句什么话？那句话是哪一栏说的？
2. 你家里人去看病时，右栏是他自己说的，还是你替他说的？
3. 你心里有没有一句像"可能是我自己想太多"的话，说了很多次？它现在是一句被听见的话，还是一个结论？

◆

结语

病人不是一张化验单

蔡淑贞那份六页的体检报告，后来一直放在家里的文件袋里。第六页的正面印着一句总结，背面有两条竖线、一条横线，横线中间三个字：对不上。她的下午后来怎样，本书不知道，也不该知道。那属于杜医生的诊室，属于她的身体，属于她接下来的日子。本书知道的只有一件事：那条缝，现在有了一个地方。它在病历里，有日期；它在她的文件袋里，是她自己的话。下一次她推开诊所的玻璃门，不必再从"没有问题"那里重新说起。

这本书从那张纸开始，也在那张纸上收尾。前言里留了三个问题。走完二十二章，可以一个个回答了。**这张纸上有几种东西？**　三种。看得见的两种：数字和尺子。看不见的一种：日子。看不见的那一种，往往才是病人推门进来的原因。

谁在替谁说话？　刻痕替身体的一个侧面说话，标准替一大群人说话，医生替标准说话。日子只有病人自己替它说，而它一进诊室，很快就被翻译成几个字。一句"没有问题"，从体检中心走到诊所、走到家里、走到同事嘴里，最后落进病人心里，说的已经不是那几页数字，而是她这个人。

谁来对账？　今天常常没有人。本书的回答不是再添一个专门的人，而是给已经在场的人一张纸、三个问题：哪两栏对不上？这条缝能不能事前指出？这次谈话谁来付动能？

一张化验单上，有三种东西。测得的数字，是身体留在仪器里的刻痕；参考范围、指南、诊断的名字，是医学约定出来的标准；病人每天怎样过、怎样看自己，是日子。本书把它们叫作现实符号、理念符号、自我符号，三者合起来是一个三角：任何一个角，都被另外两个牵着。对得上，就没有解释，诊疗平静地结束。这是大多数时候的样子，也是好的样子。对不上，才该开始问诊。

可是今天的诊室里，三个角常常各守一角：检验科守数字，指南守标准，病人守感受，没有人专门负责对账。于是"指标正常却很难受"的人落进缝里，被一句"没有问题"或"压力大"封了口；于是一个诊断的名字，在医者那一端凝成床号加病名，在病人那一端凝成"我就这样了"或"我没病"；于是医嘱收了一抽屉，日子里一条路也没长出来。

这几种情形，病各不相同，形状却是同一个。有的是日子里的感受硬，标准的说法碎；有的是医生手里的标准硬，病人的日子塞不进；有的是慢病多年，撑着三栏的那股力气一年年耗下去，在诊室里被叫作"依从性差"。三个入口，三种药。走错了门，帮助就成了伤害：对力气耗尽的人讲道理，对日子塞不进的人再念一遍标准，对感受很硬的人说"没有问题"。入口三的人，要先被托住，再谈目标。

线上的回答越来越多，再查一项越来越方便，这些都让标准的一栏越写越长。可是第18章说过，答案多了，不等于对账多了；第9章说过，看着免费的衍义，账转给了病人的焦虑。纸上的字越多，越需要有人问一句：这些字里，哪一行是她的日子？

本书没有说医学错了。标准化的检验，循证的指南，知情同意，家庭医生，都是一百多年攒下的真进步，本书每一章都先把它们写足。本书只说：它们停下的地方，正好是接着要走的一步。那一步，是对账。

对账不是让三栏一致。三栏常常不会一致。对账是让三栏都在场，各说各的，对不上的地方被画成一条线，写进病历，下次先看。对账也不是免费的：要有人付时间和追问，那是动能；要有一张信任的网托着，那是势能；一次次小对账累起来，才有经得起一次误解的连接度，那是内能。

全书的判词，只有一句：病人不是一张化验单，也不是一份指南的例外。前半句说，刻痕不撒谎，可是刻痕不会开口；一个人的日子，不在任何一栏数字里。

后半句同样要紧。一个人落在指南的格子外面，并不因此成了"例外"，可以被放到一边。指南是为一群人写的，一个人和它对不上的地方，正是问诊开始的地方，也是医学下一次学到东西的地方。

指南里的每一次改动，背后都是一次对不上。第3章说过，高血压的起点、糖尿病的诊断办法，都改过；每一次改，都是前人把落在格子外面的人认真当了一回

事。今天和指南对不上的那个人，也许正站在下一次改动的门口。所以，对得上的时候，请安心；对不上的时候，请别急着把自己或别人放到"例外"那一格里去。

第21章写了本书怎样会错。三条可推翻条件，一道闸：缝须在病历里事前指认，事后说"其实早就对不上"不算。一套说法肯写下自己怎样会输，才配在诊室里说话。本书把这几行字写在前头，等着有一天被检验。

第22章里，杜明哲医生还是那位医生，尺子还是那把尺子，接下来做什么，仍由他决定。数字一个没变，标准一条没变。变的只是三栏各自开了口。本书只改变了"谁在说话"。

这一步可以从任何一把椅子上迈出去。坐病人那把椅子的，可以先把右栏写好。陪在病人身后的，可以让病人自己说，自己在旁边记。坐医生那把椅子的，可以让自己的尺子以尺子的身份说话。定规矩的人，可以在病历的格式里给缝留一个位置。没有一把椅子需要变成别的椅子；每一把椅子只需让自己那一栏说话，也给别人那一栏留出说话的地方。

如果你拿着一张单子，日子却和它对不上，别急着说"可能是我自己想太多"。在旁边放一张白纸，画两条竖线，把你的日子用你自己的话写在右栏，带去，请医生看一看。如果你是那位医生，在说"没有问题"之前，试着先说"在我的尺子上"。具体病情请遵医嘱。身体或心里的难处真的大了，请找医生或心理咨询师。

◆

附录

本书附三件：术语表（大白话对照）、三栏单模板、引文核验总表。

附录一

术语表（大白话对照）

本表收本卷常用的工作词，每条一句大白话。理论来源见本系列理论总本《SDE符号学：超越皮尔斯的三元与索绪尔的二元》。

◆ 一、一张单子上的三种东西

本卷用词	大白话
三界符号	世界上的痕迹、脑子里的约定、身上的自我认识，三处都会长出符号。
刻痕（现实符号）	身体留在仪器上的痕迹，比如一个检验数字、一次测量值。
标准（理念符号）	医学约定出来的尺子：参考范围、指南阈值、诊断的名字。
日子（自我符号）	病人怎样过、怎样感受，以及"我病了"或"我没病"那份对自己的认识。
三角	刻痕、标准、日子三样东西互相牵着，没有哪一样是源头。
三方程	指南＝F（刻痕，感受）、刻痕＝G（指南，感受）、感受＝H（指南，刻痕）：任何一角都被另两角牵动。

◆ 二、对不上与对账

本卷用词	大白话
对不上	两栏说的话合不上，比如单子全绿，日子却不对劲；对得上就没有解释，对不上才开始问诊。
缝	两栏对不上的那个地方；本卷的典型缝是病历里同时有"检查未见异常"和"症状持续"两行。
住在缝里的人	指标正常却很难受、落在两栏之间没人接住的人。
各守一角	检验科守数字、指南守标准、病人守感受，没有人专门负责对账。
对账	把三栏摆上同一张桌子，让它们各自说话，把对不上的地方找出来、记下来。
附闸	缝必须事前就能在病历里指出来；事后说"其实早就对不上"不算。

本卷用词	大白话
三栏单	一张分三栏的纸：左栏「刻痕」（检查与测量显示什么）／中栏「标准」（指南怎么说）／右栏「日子」（病人怎样过）。
三问	①哪两栏对不上？②这条缝能不能事前指出？③这次谈话谁来付动能？
对不上登记簿	把一时解释不了的缝记下来的本子，下次见面先看它。

◆ 三、符号怎样成形、怎样凝住、怎样化开

本卷用词	大白话
粒子态	符号站稳以后的样子：能被反复认出、拆开就不是它、能带去别处。
三判据	稳定、整体、独立：检查一个东西算不算站稳了的三把尺子。
结晶	一堆零散的东西压成一个站得住的符号，比如一条医嘱终于长成了日子里的习惯。
熔开	站稳的符号被新的对不上化开，比如一个诊断被一次认真的谈话重新打开。
先托住	熔开以后不急着马上给出新说法，先让人站得住。
偶像	凝在对象那一端的符号：病人只剩床号加病名，不再被新的情况改写。
石心	凝在自我那一端的符号："我就这样了"或"我没病"，新的话进不来。
回写	新长成的东西反过来改写原来的条件，比如一次对账改了下次门诊的谈法。
免费衍义	再查一项、再加一个说法，看着不要钱，账却转给了病人的焦虑与医保。

◆ 四、对账要付的力气

本卷用词	大白话
内能	连接度，也就是拆开它有多难；医患之间一次次小对账累起来的那份结实。
势能	一张网的吸引和拉扯；在诊室里，就是信任构成的场。
动能	沿着一条路重新连接的速度与方向；在诊室里，就是时间与追问。
连续性	同一位医生看你多年；制度化的连接度。
三入口	三种不同的困境：①日子里的感受硬、标准的说法碎；②医生手里的标准硬、病人的日子塞不进；③慢病多年、力气耗尽，要先托住人再谈目标。

◆ 五、七个大白话词

大白话	对应的硬词	一句话
形状	显露	一件事露出来、被看见的样子。
路	差异序列	一步接一步走出来的先后。
土	特征纠缠	许多东西缠在一起、长出新东西的那片底子。
回写	回写	长出来的东西又改写了原来的条件。
一锅粥	混沌	还没有分出眉目的状态。
正在成形	介生	半成未成、还在长的状态。
定型	秩序	已经站稳、有了固定样子的状态。

附录二

三栏单模板（医生版、护士版、病人版）

三栏单是一张沟通用的纸，不是病历，不是检查单，也不是诊断工具。它只做一件事：让刻痕、标准、日子三样东西在同一张纸上各自说话，把对不上的地方记下来。用法见第19章，团队用法见第20章。

三栏的名字与三问，三个版本一律相同：

- 左栏「刻痕」：检查与测量显示什么
- 中栏「标准」：指南怎么说
- 右栏「日子」：病人怎样过
- 三问：①哪两栏对不上？②这条缝能不能事前指出？③这次谈话谁来付动能？

◆ 一、医生版

日期：_____　　在场的人：_____

左栏「刻痕」 检查与测量显示什么	中栏「标准」 指南怎么说	右栏「日子」 病人怎样过
（照抄结果，不加判断）	（写明依据哪一份标准；也写明"我的尺子能说什么、说不了什么"）	（用病人的原话写；写完念给病人听，问"是这个意思吗"）

三问

问	记录
①哪两栏对不上？	
②这条缝能不能事前指出？	病历里是否已写下对不上的两行（附日期）：☐是　☐否
③这次谈话谁来付动能？	本次：_____　下次：_____

留给下一次的一行： 下次见面，先从哪一栏看起：☐左　☐中　☐右

◆ 二、护士版

日期：_____　　在场的人：_____

左栏「刻痕」 检查与测量显示什么	中栏「标准」 指南怎么说	右栏「日子」 病人怎样过
（本次与上次记录的对照，只抄不判）	（医生已说明的标准与目标，照医嘱原文）	（病人这段时间的日子，用病人的原话）

三问

问	记录
①哪两栏对不上?	
②这条缝能不能事前指出?	是否已转告医生：☐是　☐否
③这次谈话谁来付动能?	

对不上登记簿（一条一行）

日期	哪两栏对不上	病人的原话	已转告谁	下次先看
				☐
				☐
				☐

◆ 三、病人版

日期：_____　　陪同的人：_____

左栏「刻痕」 检查与测量显示什么	中栏「标准」 指南怎么说	右栏「日子」 病人怎样过
（照单子抄，不用自己解释）	（医生怎么说，就怎么记；没听懂的打个问号，当场问）	（用自己的话写：什么时候开始的？日子为它挪动了什么？哪些事没再做了？）

左栏「刻痕」 检查与测量显示什么	中栏「标准」 指南怎么说	右栏「日子」 病人怎样过

三问

问	我的记录
①哪两栏对不上?	
②这条缝能不能事前指出?	我请医生把它记进病历了吗：☐是　☐否
③这次谈话谁来付动能?	我这次带去了什么：_____　下次带去什么：_____

我最想让医生知道的一句话（写在右栏的最下面）：

_____

陪同的家人请注意： 右栏请让病人自己说；您可以帮忙记，记完问一句"是这个意思吗"。

本表只用于沟通，不构成诊断与治疗建议。具体病情请遵医嘱。

附录三

引文核验总表

本表列出全书引用的研究、指南、判例与史料的核验状态，按章排列，方便读者和编辑回去对账。"已核"指写作时已对照过公开来源，表中写明了是哪一个来源；"待核"指年份、书名、数字、原文措辞或出处还没有落实，须在出版前逐条核对。同一条目在几章都出现时，各章分别列出，来源写法保持一致。统稿时又抽查了二十二条"已核"，其中四条与来源有出入，已改为"待核"，并写明出入在哪里。前言、结语、附录一、附录二和后记没有需要核验的引文，不另列。本书只谈医疗沟通与医疗制度，不给诊断与治疗建议。具体病情请遵医嘱。

导读

条目	状态（已核／待核）	来源或待核要点
叙事医学的倡导者与年代（丽塔·卡伦，本世纪初）	待核	卡伦提出"叙事医学"的年份与首发刊物；常引其2001年《美国医学会杂志》一文，未核（与第4、22章同）

第1章　一张化验单上的三种东西

条目	状态（已核／待核）	来源或待核要点
凯特勒1835年出版《论人类》、提出"平均人"	已核	Britannica；Wikipedia "Adolphe Quetelet" 词条
凯特勒书名的中译名（《论人类及其能力的发展》）	待核	中译书名与通行译法
凯特勒所用苏格兰士兵胸围材料	待核	材料来源与人数（正文作"几千名"）
体重指数早年称"凯特勒指数"	待核	名称来历与出处
国内室间质评的组织方式	待核	组织机构与做法

条目	状态（已核／待核）	来源或待核要点
格雷斯贝克与萨里斯 1969 年提出参考值概念	已核	Westgard QC 网站 "The latest on Reference Values and Reference Intervals"（westgard.com/essays/guest-essay/guest27.html）
二人以"参考值"替换"正常值"的具体理由	待核	原文理由与表述
IFCC 参考值理论建议系列发布于 1987—1991 年	已核	同上（Westgard QC 网站）
EP28-A3c 为 CLSI 与 IFCC 联合项目、第三版	已核	clsi.org/shop/standards/ep28/
参考区间"通常取中间 95%"	待核	在 EP28-A3c 原文中的表述与页码
墨菲《医学的逻辑》（1976）拆分"正常"一词的用法	待核	所列用法的数目与名目；书名与年份
康吉莱姆《正常与病理》博士论文 1943 年、增订版 1966 年	已核	schoolmouv.fr 作品简介
生物学变异与"个体性指数"	待核	相关文献（Harris 等）的篇名与年份
二十项里至少一项落在区间外的概率约 64%（$1-0.95^{20}\approx0.642$）	已核	算术，可复算

第2章　检验数字：身体留在仪器里的刻痕

条目	状态（已核／待核）	来源或待核要点
雷奈克 1816 年卷纸听诊、1819 年出书	已核	AMA Journal of Ethics 2007 年 2 月（赖泽一文的评介）
雷奈克 1819 年著作书名	待核	正文未写书名，参考书目所列书名待核
赖泽《医学与技术的统治》（1978，剑桥大学出版社）及其论点	已核	AMA Journal of Ethics 2007 年 2 月
冯德利希 1868 年提出 37 度	已核	斯坦福医学院新闻 2020-01-07
冯德利希 1868 年书名与读数规模	待核	书名与读数数量

条目	状态（已核／待核）	来源或待核要点
里瓦－罗奇袖带式血压计年份	待核	通常记 1896
柯罗特科夫听诊读血压法年份	待核	通常记 1905
室间比对制度的名称与做法	待核	各地名称与做法不一
"医学符号学"作为诊断学分支	待核	术语源流
福柯《临床医学的诞生：医学凝视的考古学》1963	已核	维基百科 The Birth of the Clinic 条目及图书馆著录
福柯书中"会说话的眼睛"一类表述	待核	原文出处与措辞
皮克林等，"How common is white coat hypertension?"	已核	JAMA 1988;259(2):225–228（PubMed 3336140）
医生走近时病人血压上升	待核	常引曼恰等人 1983 年《柳叶刀》研究，篇名与卷期
卡拉罗与普莱巴尼 2007：检验前 61.9%、分析 15%、检验后 23.1%	已核	Clinical Chemistry 2007;53:1338–1342（acutecaretesting.org 摘要；统稿抽查相符）
中国"检查检验结果互认"	待核	具体政策文件与年份
普罗齐夫等 2020，三批数据 677,423 个读数，每十年约降 0.05 华氏度	已核	eLife 2020;9:e49555；斯坦福医学院新闻 2020-01-07（统稿抽查相符）
每十年约 0.03 摄氏度	待核	写手按 0.05 华氏度换算；统稿抽查见原文摘要即写"每出生十年 0.03 °C"（sci.news 转述），核对原文后可改已核

第3章　指南与标签：医学的理念符号

条目	状态（已核／待核）	来源或待核要点
国内指南中"正常高值"的分级用语	待核	现行国内高血压指南的分级名称
科克伦 1972 年著作	待核	书名（大意《效果与效率》）与年份
科克伦协作组织成立于 1993 年	待核	成立年份

条目	状态（已核／待核）	来源或待核要点
麦克马斯特 1978 年批判性阅读课程、盖亚特 1991 年社论首用"循证医学"、1992 年《美国医学会杂志》"使用者指南"系列	已核	AMA Journal of Ethics 2013 年 1 月（统稿抽查相符；社论刊于 ACP Journal Club）
萨克特等 1996, Evidence based medicine: what it is and what it isn't，定义与"患者的处境、权利与意愿"	已核	BMJ 1996;312:71–72（dcscience.net 存全文 PDF）
萨克特 1996 文中"不是照菜谱做饭"等措辞	待核	原文措辞
"三个圆圈"（证据、经验、病人价值）	待核	通常引萨克特等 2000 年版教科书
GRADE 的名称、年份与强弱推荐表述	待核	名称全称、提出年份、强弱推荐的定义
中国各类疾病防治指南的历次版本	待核	如高血压防治指南的历次版本与年份
临床路径的推行年份	待核	国内推行年份
《国际疾病分类》第十一版 2019 年通过、2022 年生效	已核	en.wikipedia.org/wiki/International_Classification_of_Diseases（与第 7章同；统稿可再对世卫官网）
分类表中"其他""未特指"类目	待核	编码规则
"病人自己报告的结局"	待核	英文常称 patient-reported outcomes；通行中译
请病人代表或公众进入指南小组	待核	如英国国家卫生与临床优化研究所的做法
2017 年美国心脏病学会与美国心脏协会指南将起点由 140/90 降至 130/80，成年人高血压比例由约 32% 变为约 46%	已核	MDedge 2018 年报道
2017 年美国指南所依据的大型试验	待核	常引 2015 年发表的一项大型试验，名称与出处

条目	状态（已核／待核）	来源或待核要点
2018 年欧洲指南仍以 140/90 为起点	待核	指南名称与原文表述
指南的利益申报做法	待核	各指南做法不一
1997 年前后空腹血糖诊断界线由 140 调至 126	待核	专家委员会名称、年份与单位（照原文）
美国糖尿病学会 2010 年 1 月《糖尿病护理》增刊将糖化血红蛋白 6.5% 及以上列为诊断标准	已核	ACP Internist Weekly 2010-01-12
糖化血红蛋白反映约两到三个月的平均情形	待核	时间跨度的通行表述
博伊德等 2005：79 岁女性、五种慢病、十二种药，多数指南未讨论多病共存老人	已核	JAMA 2005;294(6):716–724（healthyskepticism.org 摘要；统稿抽查相符）
美国空军二十世纪五十年代四千多名飞行员十项尺寸研究	待核	常引丹尼尔斯的报告，题名、年份与人数
临床决策支持系统的做法	待核	各地做法不一

第4章　病人的感受：医学里最没有名分的符号

条目	状态（已核／待核）	来源或待核要点
《论语·子路》"名不正，则言不顺；言不顺，则事不成"	已核	《论语·子路》
《病历书写基本规范》对"主诉"的定义	待核	卫生部《病历书写基本规范》（卫医政发〔2010〕11号）相关条款原文（全文转载见 yygl.bjmu.edu.cn）
十八世纪书信问诊	待核	具体例证
朱森 1976，"The disappearance of the sick-man from medical cosmology, 1770–1870"	已核	Sociology 1976;10:225–244（wellcomecollection.org/works/a2fn333m）

条目	状态（已核／待核）	来源或待核要点
朱森"床边—医院—实验室"三段的转述	待核	转述是否贴合原文
听诊器的发明者与年份	待核	与第2章雷奈克 1816 年一条统一
克莱曼的田野地点与年代（台湾、湖南）	待核	地点与年代
《疾痛的故事》（The Illness Narratives，1988）	待核	中译本书名与版本；原书出版年 1988 未查版权页
克莱曼 sickness 一词的用法	待核	原文用法
克莱曼"解释模型"诸问	待核	原始出处与措辞；克莱曼等 1978 年相关论文
卡塞尔 1982，"The nature of suffering and the goals of medicine"	已核	New England Journal of Medicine 1982（PubMed 7057823）
卡塞尔同题专著的出版年	待核	出版年与出版者
叙事医学的提出者与年代	待核	卡伦提出"叙事医学"的年份与首发刊物；常引其 2001 年《美国医学会杂志》一文，未核（与导读、第22章同）
Beckman 与 Frankel 1984：74 次门诊、约 18 秒插话、约 23% 说完	已核	据 Marvel 1999 原文对前作的复述（interruptions.net/literature/Marvel-JAMA99.pdf；统稿抽查相符）；原文篇名与卷期待补
Marvel 等 1999：264 次门诊、平均 23.1 秒、28% 说完	已核	JAMA 1999;281(3):283–287（同上；统稿抽查相符。正文"样本是美国的"可改"主要来自北美"，原文含少量加拿大诊所）
"病人报告的结局"的通行中译与美国药监部门 2009 年指导文件	待核	中译名；美国食品药品管理局 2009 年 PRO 指导文件题名（与第3、6、21章同）

第5章　指标正常却很难受：住在缝里的人

条目	状态（已核／待核）	来源或待核要点
罗马标准第一版 1994、第四版 2016，第四版并称"肠—脑互动障碍"	已核	Rome process 条目（kiwix.lema.org/mdwiki_en_all_2024-03/A/Rome_process）

条目	状态（已核／待核）	来源或待核要点
罗马标准首次会议	待核	年份与地点细节
罗马标准按病人说出的经历、频率与时长成文	待核	表述是否贴合原文
第四版改名缘由	待核	原始表述
Creed 等 2010，"Is there a better term than 'Medically unexplained symptoms'?"（英、丹、德作者，比较八个候选名，结论为无理想名称）	已核	Journal of Psychosomatic Research 2010;68:5–8（fndsociety.org 存全文 PDF）
新加坡让居民登记一位固定的家庭医生	待核	按第16章已核口径统一：新加坡卫生部 2023 年 7 月 2 日新闻稿 Healthier SG Enrolment Programme to Commence on 5 July（moh.gov.sg）

第6章　三个人各守一角

条目	状态（已核／待核）	来源或待核要点
临床实验室独立成科的大致年代	待核	年代与出处
《国富论》别针作坊（十人、日产四万八千余枚）	待核	中译本对应段落
《国富论》卷五论分工之害	待核	中译本对应段落
钱德勒《看得见的手》（1977）	待核	书名、年份与转述
Irving 等 2017：67 国、48 秒至 22.5 分钟、18 国约一半人口在 5 分钟以内	已核	BMJ Open 2017（bmjopen.bmj.com/content/7/10/e017902；统稿抽查相符）
Irving 等 2017 中国样本的具体平均门诊时长	待核	原文未见中国具体分钟数（统稿抽查），正文可保留"未能逐项核对"的说法
Beckman 等 1994：45 份原告证词、71% 有关系问题及四类比例	已核	Archives of Internal Medicine 1994（jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/618939）

条目	状态（已核／待核）	来源或待核要点
Reader、Gillespie、Roberts 2014：59 项研究、88069 份投诉、临床 33.7%／管理 35.1%／关系 29.1%	已核	BMJ Quality & Safety 2014;23(8):678（qualitysafety.bmj.com；统稿抽查相符）
病人报告结局测量（问卷打分）兴起的年代	待核	年代与代表性工具（与第3、4、21章同）
斯塔菲尔德初级保健"四个 C"	已核	Stange 2011，Annals of Family Medicine 9(4):292–296（annfammed.org/content/9/4/292）
伦德伯格 1969 年病例起头、1972 年发表于 Medical Laboratory Observer	已核	National Medical Journal of India（nmji.in/the-origin-and-evolution-of-critical-laboratory-values）
国家卫生健康委员会 2018 年《医疗质量安全核心制度要点》十八项含危急值报告制度	已核	secrss.com/articles/2262 转载全文

第7章　诊断是一个词，也是一个人

条目	状态（已核／待核）	来源或待核要点
朱特尔《Putting a Name to It: Diagnosis in Contemporary Society》（2011）	已核	Johns Hopkins University Press，2011（muse.jhu.edu/book/1850）
朱特尔"诊断既是分类工具也在社会里安排谁算真病"	待核	具体表述与中译书名
确诊后"如释重负"	待核	质性研究出处
西德纳姆"病可像植物那样分类"	待核	具体表述与年代
《国际疾病分类》沿革：1893 年贝蒂荣分类、1948 年世卫组织接手、1949 年第六版首次用于疾病登记、第十版 1990 年通过、第十一版 2019 年通过 2022 年 1 月 1 日生效	已核	en.wikipedia.org/wiki/International_Classification_of_Diseases（与第3章同；统稿可再对世卫官网）
"诊断"的希腊语词源	待核	词源

条目	状态（已核／待核）	来源或待核要点
卫生部《病历书写基本规范》"初步诊断"条款	已核	卫医政发〔2010〕11号（yygl.bjmu.edu.cn 转载全文）
修正诊断、补充诊断、出院诊断的具体条款	待核	同上规范的具体条款
戈夫曼《污名》（1963）	待核	中译书名与副题译法
"自己人""明白人"两个术语	待核	通行中译
贝克尔《局外人》（1963）	待核	观点转述
谢夫《当精神病人》（1966）	待核	书名与观点
Haynes、Sackett 等 1978：缺勤每年多约 5.2 天、增约 80%、全员同期增 9%，与是否开始治疗无关、与"知情"相关	已核	New England Journal of Medicine 1978;299(14):741–744（experts.mcmaster.ca/scholarly-works/836585；统稿抽查相符）
Haynes 等研究的工厂名称与筛查人数	待核	摘要只写"工业场所"，未写钢铁厂与人数
该研究与后续研究的一致性	待核	后续研究的结论
Dickinson 等 2017：人先于病、中性非评判用语、以"参与"代"不依从"	已核	Diabetes Care 2017;40(12):1790（healio.com 2017-10-19 报道；ada.silverchair.com 原文 PDF）
英文"有糖尿病的人"到名词用法的演变	待核	具体举例
日本精神神经学会 2002 年改名	已核	allpsych.com 转述（原始研究待核）
日本改名后告知率约 36.7%→69.7%、媒体报道变化	待核	原始研究出处（疑为 Sato，2006，World Psychiatry）
"老年痴呆"改称"认知症/失智症"	待核	地区、时间与机构
某染色体病旧称改名	待核	改名年份与经过
"麻风"改称"汉森病"	待核	地区与年份

第8章　偶像与石心：标签固化的两端

条目	状态（已核／待核）	来源或待核要点
SBAR 交班格式	待核	来源与在医院的推行
患者身份核对"至少两种标识"	待核	国际患者安全目标原文出处
"疾病脚本"	待核	Feltovich 与 Barrows，1984，篇名与出处
帕森斯《社会系统》（1951）"病人角色"	待核	书名与年份
对"病人角色"不适用于慢病的批评	待核	批评出处
巴林特讨论小组与"匿名的共谋"	待核	巴林特《医生、他的病人与疾病》（1957）书名中译与术语译名（与第13、16、22章同）；巴林特小组的延续情况
克罗斯凯里 2003 年文章与"诊断惯性"	已核	Academic Medicine 2003;78(8):775（psnet.ahrq.gov 条目）
"诊断惯性"条目的定义措辞	待核	原文定义
诊断安全领域"这还可能是什么"一类做法	待核	出处
罗森汉研究基本事实（《科学》1973 年 1 月，八名假病人、五州十二家医院、所称听见的词、住院 7—52 天平均 19 天、出院"缓解期"、"书写行为"、118 位病人中 35 位怀疑、后续 193 位中 41 位被高度认定）	已核	维基百科 "Rosenhan experiment" 条目（en.wikipedia.org/wiki/Rosenhan_experiment）；出版前宜再对《科学》原文
DSM-III（1980）与罗森汉研究之间的关联	待核	关联程度，史家说法不一
斯皮策等 1975 年反驳	待核	原文与所引类比
卡哈兰《伟大的伪装者》（2019）所提质疑	已核	Grand Central Publishing，2019；《精神病学时代》书评（psychiatrictimes.com）与维基百科同条

条目	状态（已核／待核）	来源或待核要点
医学史学者称该研究为科学造假	待核	Scull，2023，《精神医学史》篇名与定性措辞
罗森汉 2012 年去世	待核	卒年
"即便数据有问题、问题仍值得对待"一类意见	待核	具体出处
胡克 1957 年研究	待核	研究设计细节
美国精神医学会 1973 年将该诊断移出手册	待核	年份与程序

第9章　过度诊断：再查一项，没人付账的衍义

条目	状态（已核／待核）	来源或待核要点
某些筛查确实能减少死亡	待核	具体项目与研究（本书有意不列）
威尔逊与容格纳《疾病筛查的原则与实践》（世界卫生组织，1968）	待核	出版信息与条目转述
韦尔奇、施瓦茨、沃洛申《过度诊断》（2011）	待核	书名译法与出版社（据记为 Beacon Press）
尸检发现隐匿病灶	待核	研究与比例（本书有意不列数字）
Black 与 Welch 1993 年关于影像与过度诊断的文章	待核	篇名与卷期
"偶发瘤"一词来历	待核	来历
Ahn、Kim 与 Welch 2014，《韩国的甲状腺癌"流行"：筛查与过度诊断》	已核	New England Journal of Medicine 2014;371(19):1765–1767（PubMed 25372084；高丽大学机构库）
1999 年全国癌症筛查项目中甲状腺超声作为低价加项提供	已核	ASCO Post 2014 年 12 月 1 日报道（ascopost.com）
2011 年诊断数约为 1993 年的 15 倍、死亡率基本不变	待核	统稿抽查有出入：来源说的是诊断**率**（发病率）约为 15 倍，不是诊断人数；正文"诊断数"宜改"诊断率"。死亡率稳定一说相符
韩国被诊断者的治疗比例与后续影响	待核	具体数据（本书不展开）

条目	状态（已核／待核）	来源或待核要点
2014 年韩国医生团体呼吁重新审视甲状腺筛查	待核	呼吁的情况与此后诊断数的变化
Schwartz 与 Woloshin 1999，《改变疾病定义：对患病率的影响》：约四分之三美国成年人至少落入一个病名	已核	Effective Clinical Practice 1999;2(2):76–85（healthyskepticism.org 文献条目）
"级联效应"	待核	Mold 与 Stein，1986，《新英格兰医学杂志》篇名与卷期
"受欢迎的悖论"	待核	拉弗尔与格雷《筛查：证据与实践》（2007）与转述
"明智选择"由 ABIM 基金会于 2012 年 4 月 4 日发起，九个专科学会各列"五件事"，《消费者报告》合作	已核	abimfoundation.org 新闻稿
"明智选择"参与国家与学会数目	待核	数目
"明智选择"效果评估研究	待核	评估研究的结论
清单接入开单系统提示	待核	做法出处
防御性医疗相关研究	待核	本书不引具体数字

第10章　医嘱是理念符号，习惯是自我符号

条目	状态（已核／待核）	来源或待核要点
世界卫生组织 2003 年：发达国家慢病长期治疗依从平均约 50%	已核	世界卫生组织 2003 年 7 月 1 日新闻稿（who.int）
世界卫生组织 2003 年报告影响依从的五个维度	待核	具体分法与名称
英国皇家药学会工作组提出 concordance	待核	工作组报告的确切题名与年份
《英国医学杂志》1997 年评论 Compliance becomes concordance	已核	BMJ 1997;314:691

条目	状态（已核／待核）	来源或待核要点
新加坡卫生部 2016 年 4 月宣布"向糖尿病宣战"并设工作小组	已核	新加坡国立大学苏瑞福公共卫生学院新闻页（sph.nus.edu.sg）
"向糖尿病宣战"伸进超市、学校食堂、小贩中心	待核	具体措施的名称与起始年份
Ouellette 与 Wood 1998：习惯比意图更能预测重复行为	待核	《心理学通报》篇名、卷期与结论表述
Lally 等 2010：82 人完成，平均 66 天，范围 18 至约 254 天，漏一天影响不大	已核	《欧洲社会心理学杂志》2010；英国心理学会 Research Digest（bps.org.uk/research-digest/how-form-habit；统稿抽查相符）

第11章　慢病管理的三个条件：对不上、场、动能

条目	状态（已核／待核）	来源或待核要点
Wagner、Austin、Von Korff 1996 年《米尔班克季刊》慢性病照护模式及 1998 年《有效临床实践》修订版	已核	milbank.org，Wagner 2019 回顾文（The Milbank Quarterly 2019, 97(3)；与第20章同）
洛里格的慢性病自我管理课程由同伴带领	已核	维基百科 Kate Lorig 条目
Lorig 等 1999 年《医学照护》随机试验	待核	原文的具体结果与规模
"动机式访谈"	待核	米勒与罗尔尼克提出年份与首部专著出版年
国家基本公共卫生服务项目中的慢病管理	待核	起始年份与内容
"同伴促进"由美国家庭医生学会基金会发起，2008 年公布，费希尔任全球主任	已核	北卡罗来纳大学公共卫生学院新闻页（sph.unc.edu）
"同伴促进"归纳的同伴支持"四项关键功能"	待核	确切表述

条目	状态（已核／待核）	来源或待核要点
Polonsky 等 2005 年糖尿病困扰量表：17 条目、四个分量表（情绪负担、医生相关、治疗方案相关、人际）	已核	《糖尿病护理》2005;28(3)（PubMed 15735199）；加拿大糖尿病协会量表页（diabetes.ca）
糖尿病困扰与抑郁在临床上的区分	待核	以原始文献为准

第12章　数字回到身体：家庭记录与可穿戴

条目	状态（已核／待核）	来源或待核要点
克莱门斯 1970 年发明反射式血糖仪，原为医生诊室所用	已核	Wikipedia "Ames Reflectance Meter"
一位患糖尿病的美国工程师借当医生的妻子取得仪器在家自测（本书不录姓名）	已核	同上（大意）
这位工程师后来入读医学院	待核	细节
持续血糖监测技术普及的时间线	待核	时间线
"量化自我"由沃尔夫与凯利 2007 年前后在旧金山提出，口号大意"用数字认识自己"	已核	Wikipedia "Quantified self"
"许多指南写明目标因人而异"	待核	具体指南表述
Mazze 等 1984：自测血糖记录与仪器内存不符	待核	《美国医学杂志》篇名、卷期与结论表述
Baron 等 2017，"Orthosomnia: Are Some Patients Taking the Quantified Self Too Far?"，报告三例	已核	Journal of Clinical Sleep Medicine 2017（Wikipedia "Orthosomnia"）
orthosomnia 的通行中文译名	待核	译名
Lupton《量化的自我》（2016）	待核	观点大意
摩尔《照护的逻辑》	待核	出版年（正文作 2008）与转述大意
连续监测报告常见格式（平均、起伏、越出范围时间）	待核	格式描述

第13章　信任：医患之间的连接度

条目	状态（已核／待核）	来源或待核要点
Hall、Dugan、Zheng、Mishra 2001，Trust in physicians and medical institutions	已核	The Milbank Quarterly 2001;79(4):613–639（milbank.org）
霍尔等对医患信任各维度的具体名目	待核	维度名目
贝尔《信任与反信任》（1986，《伦理学》）	待核	篇名与转述
巴林特（1957）医患关系作为长期"共同投资"的说法	已核	gpnotebook.com，Balint doctor-patient roles 页面（与第8、16、22章同一来源）
"共同投资的公司"原词	待核	原词为 company 抑或 bank
"医生是一味药"的转述	待核	原文措辞（与第16、22章同）
Pereira Gray 等 2018：22 项研究中 18 项发现连续性越高死亡率越低	已核	BMJ Open 2018;8(6):e021161（bmjopen.bmj.com/content/8/6/e021161；统稿抽查相符）
Slovic 1993，Perceived risk, trust, and democracy	已核	Risk Analysis 1993;13:675–682（scholarsbank.uoregon.edu）
斯洛维奇"不对称原则"的具体表述	待核	原文表述
Thom 等 2011 医生对病人信任量表	待核	《家庭医学年鉴》篇名、卷期与量表内容

第14章　问诊的三十秒与三分钟

条目	状态（已核／待核）	来源或待核要点
Langewitz 等 2002：平均 92 秒、中位数 59 秒、78% 在两分钟内说完	已核	BMJ 2002;325:682（bmj.com/content/325/7366/682；统稿抽查相符）

条目	状态（已核／待核）	来源或待核要点
White、Levinson、Roter 1994：88 位病人、20 位基层医生，约 21% 的门诊收尾时提出新问题	已核	J Gen Intern Med 1994;9(1):24–28（link.springer.com/doi/10.1007/BF02599139；统稿抽查相符）
Heritage 等 2007：20 位家庭医生，"some" 组未谈心事从约 37% 降至约 9%，门诊未变长	已核	J Gen Intern Med 2007;22(10):1429–1433（pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2305862；统稿抽查数字相符）
正文"还有一部分医生照常看病……作对照"	待核	统稿抽查有出入：原研究的对照是同一批医生在干预前看的 4 次常规门诊，不是另一组医生；正文宜改
赫里蒂奇等对 some 与 any 差别的解释	待核	转述大意
中文问诊措辞（"任何／一些"）的相关研究	待核	正文已标〔待核〕，写手注漏列，汇编补入
Charles、Gafni、Whelan 1997，Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango)	已核	Social Science & Medicine 1997（篇名经 Elwyn 2012 参考文献核对）
查尔斯等共同决策四条特征	待核	具体表述
Elwyn 等 2012：选择谈、选项谈、决定谈	已核	J Gen Intern Med 2012;27(10):1361–1367（pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3445676）
Schillinger 等 2003，Closing the loop	已核	Archives of Internal Medicine 2003（篇名与年份；ucsf.edu 2003 年 1 月新闻）
席林格等研究中医生确认理解的比例与血糖结局	待核	具体比例与结论表述
第八节所列诊所做法（候诊卡片、护士预谈、分级时段）	待核	在新加坡与中国的具体推行情况
门诊收尾问题类型	待核	相关研究

第15章　坏消息怎么说：一个符号被熔开的时刻

条目	状态（已核／待核）	来源或待核要点
Oken（1961，JAMA）调查	待核	出处细节；Novack 1979 摘要只写"1961 年问卷"，未点 Oken 之名
Novack 等 1979：1961 年约九成倾向不告知、1977 年约九成七倾向告知	已核	JAMA 1979;241(9):897–900（researchdiscovery.drexel.edu 所载摘要；统稿抽查相符）
希波克拉底文集《礼仪篇》劝医者少言病情	待核	相关段落
库伯勒－罗斯《论死亡与临终》	待核	书名与年份（1969）
Jenkins、Fallowfield 等 2001：约 87% 癌症病人希望知道尽可能多的信息	待核	《英国癌症杂志》篇名、卷期与比例
1961—1977 年态度翻转的原因	待核	归纳的出处
巴克曼"坏消息"定义	待核	原文出处（SPIKES 论文曾转引）
巴克曼《How to Break Bad News》	待核	书名与年份（1992）
Baile、Buckman 等 2000, SPIKES—A six-step protocol for delivering bad news	已核	The Oncologist 2000;5(4):302–311（doi: 10.1634/theoncologist.5-4-302）
《民法典》第一千二百一十九条	已核	《中华人民共和国民法典》（2020），thepaper.cn 转载条文（与第17章同）
新加坡医院翻译安排	待核	一般情形
家庭会议	待核	各地的具体做法

第16章　家庭医生与连续性：让一个人认识你

条目	状态（已核／待核）	来源或待核要点
巴林特讨论会	待核	地点与起止年份

条目	状态（已核／待核）	来源或待核要点
《医生、他的病人与疾病》（1957）	待核	书名译法（与第8、13、22章同一来源：gpnotebook.com Balint 页面）
"全科诊所里用得最多的一味药是医生本人"	待核	原文措辞（与第13、22章同）
"匿名的共谋"	待核	术语出处（与第8章同）
各国巴林特小组的现况	待核	现况
伯杰与摩尔《一个幸运的人》（1967）	待核	书名与年份
《一个幸运的人》"记录员"与病人想被"认出来"	待核	两处原文措辞
斯塔菲尔德"纵向性"	待核	相关著作与年份
麦克温尼家庭医学原则	待核	著作与表述
Haggerty、Reid、Freeman、Starfield 等 2003，Continuity of care: a multidisciplinary review（信息、管理、关系三种连续）	已核	BMJ 2003;327(7425):1219–1221（pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC274066）
英国国民保健服务 1948 年 7 月 5 日开始运作	待核	开始运作日期
健康 SG 2023 年 7 月 5 日开始登记（60 岁及以上首批、短信邀请、可选全科诊所或综合诊疗所、首次健康计划咨询免费、随后扩及 40—59 岁）	已核	新加坡卫生部 2023 年 7 月 2 日新闻稿 Healthier SG Enrolment Programme to Commence on 5 July（moh.gov.sg；统稿抽查相符）
《关于推进家庭医生签约服务的指导意见》（2016 年 6 月；团队构成、一年一签、可续约可改选、2017 年覆盖率三成以上、2020 年力争全人群）	已核	每日经济新闻 nbd.com.cn 2016-06-07 报道
国务院办公厅推进分级诊疗制度建设的指导意见（2015）	待核	文号
各地更换诊所或家庭医生团队的规则	待核	具体规则

第17章　病历与知情同意书：对账留在纸面上的痕迹

条目	状态（已核／待核）	来源或待核要点
希波克拉底文集《流行病》诸卷的病例记录	待核	篇卷出处
《史记·扁鹊仓公列传》淳于意"诊籍"	待核	篇目与病例数（正文作"二十多个"）
梅奥诊所普卢默"单一病历"	待核	年份（1907 年前后）
Weed 1968，Medical records that guide and teach（1964 年首次发表、1969 年参与研发早期电子病历系统、问题清单后写入美国电子病历规定）	已核	N Engl J Med 1968;278(11):593–600 及 278(12):652–657（en.wikipedia.org/wiki/Lawrence_Weed）
韦德 1950 年代初在耶鲁带学生	待核	正文未标，写手注未列，汇编补入：时间与地点
韦德"按当下弄明白的程度写问题"	待核	原文表述
《病历书写基本规范》（2010）各栏目与 SOAP 的对应	待核	卫医政发〔2010〕11号相关条款（yygl.bjmu.edu.cn 转载全文）
电子病历中 A 栏变薄、复制粘贴	待核	相关讨论（美国医院医学学会博客等）
纽约州上诉法院，1914，211 N.Y. 125：心智健全的成年人有权决定自己的身体被怎样对待	待核	判词原文与执笔法官；报告出处待核
《纽伦堡法典》（1947），十条原则，第一条为自愿同意	待核	正文未标，写手注未列，汇编补入
《赫尔辛基宣言》（1964，世界医学会）	待核	正文未标，写手注未列，汇编补入
美国亚拉巴马州一项持续四十年的研究于 1972 年公开	待核	正文未标，写手注未列，汇编补入：年份与持续时间
《贝尔蒙报告》（1979）三原则：尊重人、行善、公正	待核	正文未标，写手注未列，汇编补入
美国加利福尼亚州上诉法院，1957，154 Cal. App. 2d 560：首用"知情同意"	待核	判例报告出处与"首用"之说
美国哥伦比亚特区联邦上诉法院，1972，464 F.2d 772：以通情达理的病人想知道什么为准	待核	判例报告出处与标准表述

条目	状态（已核／待核）	来源或待核要点
英格兰高等法院，1957，[1957] 1 WLR 582：有一群负责任的同行认可即不算失职	待核	判例报告出处与标准的表述
英国最高法院，2015，[2015] UKSC 11：告知以处在病人位置上的通情达理的人会看重的风险为准	待核	判词措辞，含"告知是一场对话、照例签字不算尽责"一段；案号待核
新加坡上诉法院，2017，[2017] SGCA 38：三步测试，由以医生为中心转向以病人为中心	已核	lawgazette.com.sg 评述；Skrine 律所 2017 年 6 月评述（统稿抽查相符）。按本书体例，判例一律不录当事人姓名
新加坡《民事法令》第 37 条 2022 年 7 月 1 日生效及其内容	已核	kennedyslaw.com 2025 年评述（统稿抽查相符）
原卫生部 1982 年《医院工作制度》手术家属签字	待核	相关条文
《医疗事故处理条例》（2002）告知条款	待核	条文
《侵权责任法》（2010 施行）第五十五条	待核	条文
《民法典》第一千二百一十九条	已核	《中华人民共和国民法典》（2020），thepaper.cn 转载条文（与第15章同）
病人签字后能复述的风险不多	待核	相关研究
"事件式／过程式"知情同意	待核	阿佩尔鲍姆、利兹等的论述与年份
Delbanco 等 2012，Inviting patients to read their doctors' notes（三家机构、105 位基层医生、约两万名病人）	已核	Ann Intern Med 2012（en.wikipedia.org/wiki/OpenNotes；统稿抽查：约两万指受邀人数，干预期有笔记可读者 13,564 人）
正文"过半的人觉得病人的满意和信任提高了"	待核	统稿抽查有出入：此句见维基百科 OpenNotes 条目，未能在论文摘要与报道中找到，须核原文
美国 2016 年法律要求开放医生笔记	待核	统稿抽查有出入：《21 世纪治愈法案》2016 年通过，开放临床笔记的义务由 2020 年联邦最终规则落实、2021 年起施行；正文宜改写
各地关于查阅复制病历的规定	待核	中国可查《民法典》相关条文

第18章　线上问诊与 AI 助手：答案多了，对账少了

条目	状态（已核／待核）	来源或待核要点
"电子病人"（e-patient）提法	待核	提出者与年份
上一代基层卫生员手册	待核	书名与年份（正文未点名）
White 与 Horvitz 2009, Cyberchondria: Studies of the Escalation of Medical Concerns in Web Search	已核	ACM Transactions on Information Systems 2009, 27(4)（erichorvitz.com/cyberchondria_TOIS.pdf; microsoft.com/en-us/research）
Ayers 等 2023：195 个问题、585 次评估、78.6%、同理心 45.1% 对 4.6%	已核	JAMA Internal Medicine 2023（s4me.info 转载摘要；healthmanagement.org 报道；统稿抽查相符）

第19章　一张三栏单：问诊怎么对账

条目	状态（已核／待核）	来源或待核要点
Pendleton 等《问诊》（The Consultation，1984）与 ICE（想法、担心、期待）	已核	gpnotebook.com "Pendleton – the doctor's tasks"；bmj.com "Ticking the ICE box"
卡尔加里—剑桥指南	待核	成书年份与作者（Kurtz 与 Silverman，约 1996）
"问我三件事"（Ask Me 3）三问原文	已核	ihi.org AskMe3 宣传册
"什么对你要紧"的出处（Barry 与 Edgman-Levitan，2012，《新英格兰医学杂志》）	已核	与第22章同：pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22375967；goshadow.org 转述（写手注原列待核，按第22章已核来源统一）
世界卫生组织手术安全核查表	待核	推出年份（约 2008）
核查表多国研究	待核	Haynes 等，2009，《新英格兰医学杂志》篇名、卷期与结果表述

第20章　慢病的三界小组：团队怎样每次对一遍账

条目	状态（已核／待核）	来源或待核要点
肿瘤科多学科讨论会	待核	通行做法，未引具体文献

条目	状态（已核／待核）	来源或待核要点
Wagner 等 1996 年文章与 1998 年修订的慢性病照护模式；"知情主动的病人"与"有准备主动的团队"之间的有成效互动	已核	Wagner E H. Organizing Care for Patients With Chronic Illness Revisited. The Milbank Quarterly 2019, 97(3)（与第11章同）
新加坡综合诊疗所 teamlet 照护（2014 年起；两位家庭医生、一位护士个案管理者、一位护理协调员）	已核	Wong S K W 等. Annals of Family Medicine 2026, 24(5): 405–412（annfammed.org/content/24/5/405）；nhghealth.com.sg Chronic Care 页面（统稿抽查相符）
teamlet 五年结果："住院少了"、筛查更齐、总花费少了、临床数字无临床意义	待核	统稿抽查有出入：论文报告的是**住院费用**下降（每人 2,432 新元），未报告住院次数；正文"住院少了"宜改"住院费用少了"。筛查（足部高 16%、眼部高 6%）、总花费（每人省 2,186 新元）、临床数字一说相符
小组再和药剂师、营养师、医院专科、社区伙伴连起来	待核	统稿抽查：论文未提；NHG 页面列药剂师、联合健康专业人员、医院专科、社区伙伴，未单列营养师；宜注明出处或改"联合健康专业人员"
新加坡基层护理人力状况	待核	正文未引数字

第21章　它怎样才算错

条目	状态（已核／待核）	来源或待核要点
1919 年日全食观测与爱因斯坦光线偏折的预测	待核	正文未标，写手注未列，汇编补入：观测年份及波普尔以之对照的出处
波普尔《科学发现的逻辑》德文本出版年	待核	1934，版权页一说 1935
路易以数值方法检验放血	待核	研究年份与病种
1948 年英国医学研究理事会链霉素试验	待核	"常被看作现代随机对照试验的开端之一"的表述
国际医学期刊编辑委员会临床试验登记声明：2004 年 9 月发表，适用于 2005 年 7 月 1 日后开始招募的试验	已核	CMAJ 2004;171(6):606–607（pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC516198）

条目	状态（已核／待核）	来源或待核要点
Fischhoff 1975 事后之明实验	已核	Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance 1(3): 288（doi 10.1037/0096-1523.1.3.288）
HARKing	待核	Kerr（1998）出处（《人格与社会心理学评论》）
为病人报告结局出指导文件的监管机构	待核	机构与年份（本章未点名；与第3、4、6章同）
迪昂—蒯因论题	待核	转述是否贴切
拉卡托斯"保护带"	待核	转述是否贴切
第一条中困扰量表的具体选择	待核	留给研究组，不点名
Oris 等 2016 疾病认同问卷四个面，及在一型糖尿病青少年与青年中被吞没、拒绝与较差状况的关联	已核	Diabetes Care 2016 年 5 月（hcplive.com/view/i-have-diabetes-therefore-i-am；lirias.kuleuven.be/handle/123456789/514168）
Gillespie 与 Reader 2016 医疗投诉分析工具：七领域、四级严重程度	已核	BMJ Quality & Safety 25(12):937–946（eprints.lse.ac.uk/65041）

第22章　回到那张体检单

条目	状态（已核／待核）	来源或待核要点
"入国问俗，入家问讳，上堂问礼，临病人问所便"	待核	篇名出处（《黄帝内经·灵枢·师传》）
托尔斯泰《伊凡·伊里奇之死》（1886）医生一段	待核	转述是否贴切
巴林特《医生、他的病人与疾病》（1957）与"医生本人是一味药"	待核	书名中译与转述（与第8、13、16章同一来源：gpnotebook.com Balint 页面）
恩格尔 1977 年《科学》文章	待核	刊期

条目	状态（已核／待核）	来源或待核要点
Barry 与 Edgman-Levitan 2012，"Shared decision making — the pinnacle of patient-centered care"：从 "What's the matter?" 到 "What matters to you?"	已核	pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22375967；goshadow.org 转述（与第19章同）
新加坡居民登记固定家庭医生	待核	按第16章已核口径统一：新加坡卫生部 2023 年 7 月 2 日新闻稿（moh.gov.sg）
卡伦提出叙事医学与"平行病历"	待核	年份、首发刊物与"平行病历"的转述；常引其 2001 年《美国医学会杂志》一文，未核（与导读、第4章同）

出版前须优先核对的二十条

下面二十条，是从全部"待核"里挑出来的：要么直接撑着某一章的论证，要么是具体的数字、年份、判例和对原文的转述，最容易出错，也最容易被读者拿去对。建议按顺序先核。

序	章	条目	为什么优先
1	第20章	teamlet 五年结果"住院少了"	抽查已见出入：原文只报告住院费用下降；全章"团队对账有效"的证据落在这一句上
2	第17章	开放笔记"过半医生"一句与"2016 年法律要求开放医生笔记"	抽查已见出入：前一句找不到原文出处，后一句把法案与后来的联邦规则合成了一件事
3	第9章	韩国甲状腺癌 2011 年约为 1993 年的 15 倍	抽查已见出入：原文是诊断率，正文写诊断数；这是全章最常被引的一本账
4	第14章	Heritage 研究的对照组	抽查已见出入：对照是同一批医生干预前的门诊，正文写成另一组医生
5	第1章	参考区间"通常取中间 95%"在 EP28-A3c 中的表述	第1章 64% 的算术和全书"人群区间"的论证都从这条线出发

序	章	条目	为什么优先
6	第3章	2017 年美国指南所依据的 2015 年大型试验；2018 年欧洲指南仍以 140/90 为起点	第3章"同一批研究、两地不同的线"靠这两条立住，名称与年份须准确
7	第3章	1997 年前后空腹血糖诊断界线由 140 调至 126	具体数字和年份，正文直接写出
8	第7章	日本 2002 年改名后告知率约 36.7%→69.7%	具体百分比，原始研究出处未落实（疑为 Sato 2006）
9	第8章	Scull 2023 称罗森汉研究为"科学造假"；罗森汉 2012 年去世	对一位已故研究者的定性措辞，须对原文，宁可少说
10	第8章	胡克 1957 年研究设计；美国精神医学会 1973 年移出诊断	用作"熔开"的定论例子，年份与程序须准确
11	第15章	Jenkins、Fallowfield 等 2001：约 87% 希望知道尽可能多	具体比例，正文据此说"从猜测变成了能对的数字"
12	第15章	1961 年调查是否即 Oken 1961	Novack 摘要未点名，正文括注 Oken，须对上
13	第17章	纽约州上诉法院 1914 年判决（211 N.Y. 125）判词	正文转述判词大意，又入了对照表首行
14	第17章	美国加利福尼亚州上诉法院 1957 年判决首用"知情同意"；美国哥伦比亚特区联邦上诉法院 1972 年判决；英格兰高等法院 1957 年判决	法院、年份、报告出处与"首用"之说都是常见出错点
15	第17章	英国最高法院 2015 年判决（[2015] UKSC 11）判词，含"告知是一场对话、照例签字不算尽责"一段	正文对判词作了较长转述，须对原文段落
16	第17章	《侵权责任法》第五十五条、《医疗事故处理条例》（2002）告知条款、1982 年《医院工作制度》	中国"从家属签字走到明确同意"这条路的三个节点，条文须准确
17	第16章	2015 年分级诊疗指导意见文号；英国国民保健服务 1948 年 7 月 5 日	"同一个日子相隔七十五年"的对照靠这个日期成立
18	第11章	Lorig 等 1999 年《医学照护》随机试验的规模与结果	正文写"健康状况改善、住院减少"，原文未核
19	第12章	Mazze 等 1984：手写记录与仪器内存不符	正文转述"有的抄得比内存里的好看"，涉及对病人的描述，须对原文

序	章	条目	为什么优先
20	第2章	曼恰等 1983 年《柳叶刀》：医生走近时血压上升	具体作者、年份与刊名，正文据此说"还有更早的研究"

参考书目

本书目收正文与各章写手注中被引的著作、论文、指南、报告、判例与法规，按五类排列；每类中文条目在前，按作者（或发布机构）拼音排序，外文条目在后，按作者姓氏字母排序。凡出版地、出版者、卷期、页码或篇名未经核对的，在条末标〔待核〕，未查到的不补写。判例按本书体例只写法院、年份与案号或报告出处，不录当事人姓名。各条的核验状态与对应章节见附录三。

一、著作

王德生. SDE符号学：超越皮尔斯的三元与索绪尔的二元[M]. 德麦国际出版社.〔待核：出版地与年份〕

王德生. 大模型是索绪尔的网、皮尔斯的链：符号在对话中才发生[M]. 德麦国际出版社.〔待核：出版地与年份〕

Appelbaum P S, Lidz C W, 等. 关于"事件式"与"过程式"知情同意的论述[M]. 20 世纪 80 年代.〔待核：题名、出处与年份〕

Balint M. The Doctor, His Patient and the Illness[M]. London, 1957.〔待核：出版者；中译书名〕

Becker H S. Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance[M]. New York, 1963.〔待核：出版者〕

Berger J, Mohr J. A Fortunate Man: The Story of a Country Doctor[M]. London, 1967.〔待核：出版地、出版者与年份〕

Buckman R. How to Break Bad News: A Guide for Health Care Professionals[M]. 1992.〔待核：副题、出版地与出版者〕

Cahalan S. The Great Pretender[M]. New York: Grand Central Publishing, 2019.

Canguilhem G. Le normal et le pathologique[M]. 1943（博士论文初版）；1966（增订版）.〔待核：出版地与出版者〕

Cassell E J. The Nature of Suffering and the Goals of Medicine[M].〔待核：出版地、出版者与年份〕

Chandler A D, Jr. The Visible Hand: The Managerial Revolution in American Business[M]. Cambridge, MA, 1977.〔待核：出版者〕

Cochrane A L. Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services[M]. London, 1972.〔待核：书名、出版者与年份〕

Feltovich P J, Barrows H S. 关于"疾病脚本"的论述[M]. 1984.〔待核：篇名与所收文集〕

Foucault M. Naissance de la clinique: une archéologie du regard médical[M]. Paris, 1963.〔待核：出版者〕

Goffman E. Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity[M]. 1963.〔待核：出版地、出版者；中译书名与副题〕

Jutel A G. Putting a Name to It: Diagnosis in Contemporary Society[M]. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2011.

Kleinman A. The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition[M]. New York, 1988. 中译本《疾痛的故事》.〔待核：出版者；中译本译者、出版社与年份〕

Kübler-Ross E. On Death and Dying[M]. New York, 1969.〔待核：出版者与年份〕

Laennec R T H. 论间接听诊与胸部疾病之书[M]. Paris, 1819.〔待核：原书名与出版者〕

Louis P C A. 以数值方法考察放血疗效之研究[M]. Paris, 19 世纪 30 年代.〔待核：书名、病种与年份〕

Lupton D. The Quantified Self[M]. Cambridge, 2016.〔待核：出版者〕

Miller W R, Rollnick S. Motivational Interviewing[M].〔待核：副题、出版地、出版者与首版年份〕

Mol A. The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice[M]. London, 2008.〔待核：出版者与年份〕

Murphy E A. The Logic of Medicine[M]. Baltimore, 1976.〔待核：出版者〕

Parsons T. The Social System[M]. Glencoe, IL, 1951.〔待核：出版者〕

Pendleton D, 等. The Consultation: An Approach to Learning and Teaching[M]. Oxford, 1984.〔待核：合著者、副题与出版者〕

Popper K R. Logik der Forschung[M]. Wien, 1934.〔待核：出版者；版权页一说 1935〕

Quetelet A. Sur l'homme et le développement de ses facultés, ou Essai de physique sociale[M]. Paris, 1835.〔待核：出版者；中译书名〕

Raffle A E, Gray J A M. Screening: Evidence and Practice[M]. Oxford, 2007.〔待核：出版者〕

Reiser S J. Medicine and the Reign of Technology[M]. Cambridge: Cambridge University Press, 1978.

Sackett D L, 等. Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM[M]. 2nd ed. 2000.〔待核：作者全名、出版地与出版者〕

Scheff T J. Being Mentally Ill: A Sociological Theory[M]. Chicago, 1966.〔待核：出版者〕

Smith A. An Inquiry into the Nature and Causes of the Wealth of Nations[M]. London, 1776.〔待核：所据中译本及段落〕

Welch H G, Schwartz L M, Woloshin S. Overdiagnosed: Making People Sick in the Pursuit of Health[M]. Boston: Beacon Press, 2011.〔待核：出版者与中译书名〕

Wunderlich C R A. Das Verhalten der Eigenwärme in Krankheiten[M]. Leipzig, 1868.〔待核：书名、出版者与读数规模〕

二、期刊论文

Ahn H S, Kim H J, Welch H G. Korea's thyroid-cancer "epidemic"—screening and overdiagnosis[J]. New England Journal of Medicine, 2014, 371(19): 1765-1767.

Anonymous. Compliance becomes concordance[J]. BMJ, 1997, 314: 691.〔待核：作者〕

Ayers J W, Poliak A, Dredze M, 等. Comparing physician and artificial intelligence chatbot responses to patient questions posted to a public social media forum[J]. JAMA Internal Medicine, 2023.〔待核：卷期与页码〕

Baier A. Trust and antitrust[J]. Ethics, 1986.〔待核：卷期与页码〕

Baile W F, Buckman R, 等. SPIKES—a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer[J]. The Oncologist, 2000, 5(4): 302-311.〔待核：副题〕

Baron K G, 等. Orthosomnia: are some patients taking the quantified self too far?[J]. Journal of Clinical Sleep Medicine, 2017.〔待核：卷期与页码〕

Barry M J, Edgman-Levitan S. Shared decision making—the pinnacle of patient-centered care[J]. New England Journal of Medicine, 2012.〔待核：卷期与页码〕

Beckman H B, Frankel R M. 关于门诊开场被打断的研究[J]. Annals of Internal Medicine, 1984.〔待核：篇名、卷期与页码〕

Beckman H B, Markakis K M, Suchman A L, Frankel R M. The doctor-patient relationship and malpractice: lessons from plaintiff depositions[J]. Archives of Internal Medicine, 1994.〔待核：卷期与页码〕

Black W C, Welch H G. 关于影像诊断进步与过度诊断的文章[J]. New England Journal of Medicine, 1993.〔待核：篇名、卷期与页码〕

Boyd C M, Darer J, Boult C, 等. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases[J]. JAMA, 2005, 294(6): 716-724.

Carraro P, Plebani M. Errors in a stat laboratory: types and frequencies 10 years later[J]. Clinical Chemistry, 2007, 53: 1338-1342.

Cassell E J. The nature of suffering and the goals of medicine[J]. New England Journal of Medicine, 1982.〔待核：卷期与页码〕

Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango)[J]. Social Science & Medicine, 1997.〔待核：卷期与页码〕

Charon R. 提出"叙事医学"的文章[J]. JAMA, 2001.〔待核：篇名、年份、首发刊物、卷期与页码〕

Creed F, Guthrie E, Fink P, Henningsen P, Rief W, Sharpe M, White P. Is there a better term than "medically unexplained symptoms"?[J]. Journal of Psychosomatic Research, 2010, 68: 5-8.

Croskerry P. 论诊断中的认知偏差[J]. Academic Medicine, 2003, 78(8): 775.〔待核：篇名与止页〕

Dickinson J K, 等. 糖尿病照护与教育中的用语（美国糖尿病协会与美国糖尿病教育者协会共识）[J]. Diabetes Care, 2017, 40(12): 1790.〔待核：英文篇名与止页〕

Elwyn G, 等. Shared decision making: a model for clinical practice[J]. Journal of General Internal Medicine, 2012, 27(10): 1361-1367.

Engel G L. 关于"生物一心理一社会"医学模式的文章[J]. Science, 1977.〔待核：篇名、卷期与页码〕

Evidence-Based Medicine Working Group.《美国医学会杂志》"使用者指南"系列首篇[J]. JAMA, 1992-11-04.〔待核：篇名、卷期与页码〕

Fischhoff B. 事后之明实验[J]. Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance, 1975, 1(3): 288.〔待核：篇名与止页〕

Gillespie A, Reader T W. 医疗投诉分析工具[J]. BMJ Quality & Safety, 2016, 25(12): 937-946.〔待核：英文篇名〕

Gräsbeck R, Saris N E. 提出"参考值"概念的报告[J]. 1969.〔待核：篇名与出处〕

Guyatt G H. Evidence-based medicine[J]. ACP Journal Club, 1991, 114(增刊 2): A-16.〔待核：篇名〕

Haggerty J L, Reid R J, Freeman G K, Starfield B H, 等. Continuity of care: a multidisciplinary review[J]. BMJ, 2003, 327(7425): 1219-1221.

Hall M A, Dugan E, Zheng B, Mishra A K. Trust in physicians and medical institutions: what is it, can it be measured, and does it matter?[J]. The Milbank Quarterly, 2001, 79(4): 613-639.

Harris E K, 等. 关于生物学变异与"个体性指数"的研究[J].〔待核：作者、篇名、刊名与年份〕

Haynes A B, 等. 世界卫生组织手术安全核查表多国研究[J]. New England Journal of Medicine, 2009.〔待核：篇名、卷期与页码〕

Haynes R B, Sackett D L, Taylor D W, Gibson E S, Johnson A L. Increased absenteeism from work after detection and labeling of hypertensive patients[J]. New England Journal of Medicine, 1978, 299(14): 741-744.

Heritage J, Robinson J D, Elliott M N, Beckett M, Wilkes M. Reducing patients' unmet concerns in primary care: the difference one word can make[J]. Journal of General Internal Medicine, 2007, 22(10): 1429-1433.

Hooker E. 同性恋与异性恋男性心理测验的盲判研究[J]. 1957.〔待核：篇名、刊名、卷期与页码〕

International Committee of Medical Journal Editors. Clinical trial registration: a statement from the International Committee of Medical Journal Editors[J]. CMAJ, 2004, 171(6): 606-607.〔待核：篇名〕

Irving G, Neves A L, Dambha-Miller H, 等. International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries[J]. BMJ Open, 2017, 7(10): e017902.

Jenkins V, Fallowfield L, 等. 英国癌症中心病人信息需求的大样本研究[J]. British Journal of Cancer, 2001.〔待核：篇名、卷期、页码与比例〕

Jewson N D. The disappearance of the sick-man from medical cosmology, 1770–1870[J]. Sociology, 1976, 10: 225-244.

Kerr N L. HARKing: hypothesizing after the results are known[J]. Personality and Social Psychology Review, 1998.〔待核：卷期与页码〕

Kleinman A, 等. 关于"解释模型"的论文[J]. 1978.〔待核：合著者、篇名、刊名、卷期与页码〕

Kurtz S M, Silverman J D. 卡尔加里—剑桥问诊指南[J]. 约1996.〔待核：篇名、刊名、年份、卷期与页码〕

Lally P, van Jaarsveld C H M, Potts H W W, Wardle J. How are habits formed: modelling habit formation in the real world[J]. European Journal of Social Psychology, 2010.〔待核：卷期与页码〕

Langewitz W, Denz M, Keller A, Kiss A, Rütimann S, Wössmer B. Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study[J]. BMJ, 2002, 325: 682.

Lorig K R, 等. 慢性病自我管理课程随机试验[J]. Medical Care, 1999.〔待核：篇名、卷期、页码、规模与结果〕

Lundberg G D. 关于危急值的短文[J]. Medical Laboratory Observer, 1972.〔待核：篇名、卷期与页码〕

Mancia G, 等. 医生测血压时病人血压与心率的变化[J]. The Lancet, 1983.〔待核：篇名、卷期与页码〕

Marvel M K, Epstein R M, Flowers K, Beckman H B. Soliciting the patient's agenda: have we improved?[J]. JAMA, 1999, 281(3): 283-287.

Mazze R S, 等. 糖尿病病人自测血糖记录可靠性的研究[J]. American Journal of Medicine, 1984.〔待核：篇名、卷期与页码〕

Medical Research Council. 链霉素治疗肺结核的随机试验[J]. BMJ, 1948.〔待核：篇名、卷期与页码〕

Mold J W, Stein H F. The cascade effect in the clinical care of patients[J]. New England Journal of Medicine, 1986.〔待核：篇名、卷期与页码〕

Novack D H, 等. Changes in physicians' attitudes toward telling the cancer patient[J]. JAMA, 1979, 241(9): 897-900.

Oken D. 医生对告知癌症诊断态度的问卷调查[J]. JAMA, 1961.〔待核：篇名、卷期与页码〕

Oris L, 等. 疾病认同问卷（一型糖尿病青少年与青年）[J]. Diabetes Care, 2016.〔待核：英文篇名、卷期与页码〕

Ouellette J A, Wood W. 习惯与意图对日常行为的预测[J]. Psychological Bulletin, 1998.〔待核：篇名、卷期与页码〕

Pereira Gray D J, Sidaway-Lee K, White E, Thorne A, Evans P H. Continuity of care with doctors—a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality[J]. BMJ Open, 2018, 8(6): e021161.

Pickering T G, 等. How common is white coat hypertension?[J]. JAMA, 1988, 259(2): 225-228.

Polonsky W H, 等. 糖尿病困扰量表[J]. Diabetes Care, 2005, 28(3).〔待核：英文篇名与页码〕

Protsiv M, Ley C, Lankester J, Hastie T, Parsonnet J. Decreasing human body temperature in the United States since the Industrial Revolution[J]. eLife, 2020, 9: e49555.

Reader T W, Gillespie A, Roberts J. Patient complaints in healthcare systems: a systematic review and coding taxonomy[J]. BMJ Quality & Safety, 2014, 23(8): 678.〔待核：止页〕

Riva-Rocci S. 袖带式血压计的报告[J]. 1896.〔待核：篇名、刊名与年份〕

Rosenhan D L. On being sane in insane places[J]. Science, 1973.〔待核：卷期与页码〕

Sackett D L, Rosenberg W M C, Gray J A M, Haynes R B, Richardson W S. Evidence based medicine: what it is and what it isn't[J]. BMJ, 1996, 312: 71-72.

Sato M. 日本精神分裂症改名的研究[J]. World Psychiatry, 2006.〔待核：作者、篇名、卷期、页码与所据数字〕

Schillinger D, 等. Closing the loop: physician communication with diabetic patients who have low health literacy[J]. Archives of Internal Medicine, 2003.〔待核：卷期与页码〕

Schwartz L M, Woloshin S. Changing disease definitions: implications for disease prevalence[J]. Effective Clinical Practice, 1999, 2(2): 76-85.

Scull A. 重新评估罗森汉研究的文章[J]. History of Psychiatry, 2023.〔待核：篇名、卷期、页码与定性措辞〕

Slovic P. Perceived risk, trust, and democracy[J]. Risk Analysis, 1993, 13: 675-682.

Spitzer R L. 对罗森汉研究的反驳[J]. 1975.〔待核：合著者、篇名、刊名、卷期与页码〕

Stange K C. 关于斯塔菲尔德与初级保健"四个 C"的文章[J]. Annals of Family Medicine, 2011, 9(4): 292-296.〔待核：英文篇名〕

Thom D H, 等. 医生对病人信任量表[J]. Annals of Family Medicine, 2011.〔待核：篇名、卷期与页码〕

Wagner E H. 慢性病照护模式修订版[J]. Effective Clinical Practice, 1998.〔待核：篇名、卷期与页码〕

Wagner E H. Organizing care for patients with chronic illness revisited[J]. The Milbank Quarterly, 2019, 97(3).〔待核：页码〕

Wagner E H, Austin B T, Von Korff M. 慢性病照护模式[J]. The Milbank Quarterly, 1996.〔待核：篇名、卷期与页码〕

Weed L L. Medical records that guide and teach[J]. New England Journal of Medicine, 1968, 278(11): 593-600; 278(12): 652-657.

White J, Levinson W, Roter D. "Oh, by the way ...": the closing moments of the medical visit[J]. Journal of General Internal Medicine, 1994, 9(1): 24-28.

White R W, Horvitz E. Cyberchondria: studies of the escalation of medical concerns in web search[J]. ACM Transactions on Information Systems, 2009, 27(4).〔待核：文章号与页码〕

Wong S K W, Tan K B, Pang J, 等. Assessing 5-year outcomes of a teamlet care model in Singapore polyclinics: a matched difference-in-difference analysis[J]. Annals of Family Medicine, 2026, 24(5): 405-412.

三、指南、报告与官方文件

国家基本公共卫生服务项目慢病管理相关规范[Z].〔待核：文件名、发文机关与起始年份〕

国家卫生健康委员会. 医疗质量安全核心制度要点[Z]. 2018.

国家卫生健康委员会, 等. 关于医疗机构检查检验结果互认的政策文件[Z].〔待核：文件名、发文机关与年份〕

国务院办公厅. 关于推进分级诊疗制度建设的指导意见[Z]. 2015.〔待核：文号〕

国务院深化医药卫生体制改革领导小组办公室, 国家卫生计生委, 等. 关于推进家庭医生签约服务的指导意见[Z]. 2016.〔待核：文号〕

卫生部. 病历书写基本规范（卫医政发〔2010〕11号）[Z]. 2010.

卫生部. 医院工作制度[Z]. 1982.〔待核：文件名与手术签字相关条文〕

中国高血压防治指南（历次版本）[Z].〔待核：修订机构、版本与年份；"正常高值"分级用语〕

ABIM Foundation. "明智选择"（Choosing Wisely）发起新闻稿[EB/OL]. 2012-04-04.

American Diabetes Association. 将糖化血红蛋白 6.5% 及以上列为诊断标准的指南[J]. Diabetes Care, 2010-01（增刊）.〔待核：篇名、卷期与页码〕

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders[M]. 3rd ed. 1980.〔待核：出版地〕

Clinical and Laboratory Standards Institute, International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine. EP28-A3c: Defining, Establishing, and Verifying Reference Intervals in the Clinical Laboratory[S]. 3rd ed.〔待核：年份与"中间 95%"一语所在页码〕

Daniels G S. 美国空军飞行员身体尺寸报告[R]. 20 世纪 50 年代.〔待核：题名、年份与人数〕

Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. 空腹血糖诊断界线修订报告[R]. 1997.〔待核：题名、刊载处与单位〕

GRADE Working Group. 证据质量与推荐强度分级方法[Z].〔待核：名称全称、首发年份与出处〕

Institute for Healthcare Improvement. Ask Me 3 宣传册[EB/OL].〔待核：发布年份〕

International Federation of Clinical Chemistry. 参考值理论建议系列[S]. 1987—1991.

Joint Commission International. 国际患者安全目标（至少两种标识核对身份）[S].〔待核：版本与年份〕

Ministry of Health, Singapore. Healthier SG Enrolment Programme to Commence on 5 July[EB/OL]. 2023-07-02.

Ministry of Health, Singapore. "向糖尿病宣战"（War on Diabetes）宣布与工作小组[EB/OL]. 2016-04.〔待核：原始新闻稿题名与具体措施〕

National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. The Belmont Report[R]. 1979.〔待核：发布机构全称〕

Nuremberg Code（《纽伦堡法典》）[Z]. 1947.〔待核：所据文本〕

Rome Foundation. 罗马标准（第一版 1994；第四版 2016）[S].〔待核：各版出版信息〕

Royal Pharmaceutical Society of Great Britain. 关于 concordance 的工作组报告[R]. London, 1997.〔待核：题名与年份〕

U.S. Food and Drug Administration. 病人报告结局指导文件[S]. 2009.〔待核：题名〕

Whelton P K, 等. 2017 年美国心脏病学会与美国心脏协会成人高血压指南[S]. 2017.〔待核：题名、首发刊物与卷期〕

Williams B, Mancia G, 等. 2018 年欧洲高血压指南[S]. 2018.〔待核：题名、首发刊物与起点表述〕

Wilson J M G, Jungner G. Principles and Practice of Screening for Disease[R]. Geneva: World Health Organization, 1968.〔待核：丛书名与条目转述〕

World Health Organization. Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action[R]. Geneva, 2003.〔待核：题名；五个维度的分法〕

World Health Organization. 长期治疗依从性报告新闻稿[EB/OL]. 2003-07-01.

World Health Organization. International Classification of Diseases, 11th Revision（ICD-11）[S]. 2019 年世界卫生大会通过，2022-01-01 生效.

World Health Organization. 手术安全核查表[S]. 约 2008.〔待核：推出年份〕

World Medical Association. Declaration of Helsinki（《赫尔辛基宣言》）[S]. 1964.〔待核：所据版本〕

四、判例与法规

国务院. 医疗事故处理条例[Z]. 2002.〔待核：告知条款条文〕

美国哥伦比亚特区联邦上诉法院. 1972 年判决[Z]. 1972, 464 F.2d 772.〔待核〕

美国国会. 21世纪治愈法案（21st Century Cures Act）[Z]. 2016.〔待核：与开放临床笔记相关的条款及后续联邦规则〕

美国加利福尼亚州上诉法院. 1957 年判决[Z]. 1957, 154 Cal. App. 2d 560.〔待核〕

纽约州上诉法院. 1914 年判决[Z]. 1914, 211 N.Y. 125.〔待核〕

全国人民代表大会. 中华人民共和国民法典：第一千二百一十九条[Z]. 2020.

全国人民代表大会常务委员会. 中华人民共和国侵权责任法：第五十五条[Z]. 2010 年施行.〔待核：条文〕

新加坡国会. 民事法令（Civil Law Act 1909）第 37 条[Z]. 2022-07-01 生效.

新加坡上诉法院. 2017 年判决[Z]. 2017, [2017] SGCA 38.

英格兰高等法院. 1957 年判决[Z]. 1957, [1957] 1 WLR 582.〔待核〕

英国最高法院. 2015 年判决[Z]. 2015, [2015] UKSC 11.〔待核：判词措辞〕

五、古籍与文学

黄帝内经·灵枢·师传[M].〔待核：篇名与所据版本〕

论语·子路[M].

司马迁. 史记·扁鹊仓公列传[M].〔待核：所据版本；淳于意"诊籍"病例数〕

Hippocrates（希波克拉底文集）. 礼仪篇；流行病诸卷[M].〔待核：所据译本与段落〕

Tolstoy L. 伊凡·伊里奇之死[M]. 1886.〔待核：所据中译本〕

后记

这本书是王德生"SDE 符号学"系列应用卷的第五本，在全系列里是第十五卷。理论卷讲的是符号怎样发生：世界上的痕迹、脑子里的约定、身上的自我认识，三处都有符号；三者对不上，新的理解才会发生；发生要付力气，会凝住，也会化开。应用卷把这套道理一卷一卷带进日子里：学校、舆论、手机、气候、钱、法律、组织、两代人、城乡、品牌、跨文化的交谈。这一卷带进的是诊室。

书名用的是"病人"，不是"患者"。"患者"常常是表格里的一格，"病人"是一个正在病着的人。全书的判词也只有一句：病人不是一张化验单，也不是一份指南的例外。这句话不是给医学下判语，是给每一张纸提一个醒：纸上的东西再准，也只是一个人的一部分。

诊室是最难写的一处。难不在道理，在分寸。这本书写的是检验单、指南和身体为什么总对不上，可是它从第一页起就给自己划了一条线：只谈医疗沟通与医疗制度，不谈任何一种病。书里出现的检查数字、参考范围、指南阈值，只讲它们作为符号的身份：谁定的，怎么来的，说的是一群人还是一个人。它们准不准，该不该查，查出来怎么办，本书一个字也不碰。所以要在书的最后，再说一遍：**本书不给任何诊断与治疗建议。具体病情请遵医嘱。**

书里的蔡淑贞、杜明哲，以及每一章开头的那些人，都是为了说明而虚构的，不对号入座。他们的下午、他们的门诊、他们手里的单子，是许多人都经历过的样子，却不是任何一个人的病历。书里提到的研究、指南与历史事件，都只转述大意，拿不准的地方标了〔待核〕，留待核验。

写这一卷时，本书一直提醒自己一件事：先把医学对在哪里写足。标准化的检验，循证的指南，知情同意，家庭医生，团队照护，每一样都是许多代医者与病人用代价换来的。本书说"它停下的地方，正好是接着要走的一步"，说的是一步，不是

一场推翻。本书不否定循证医学，不替代任何指南，不比较任何医学传统的高下，也不评判任何一国的医疗体制。

本系列的书四《大模型是索绪尔的网、皮尔斯的链：符号在对话中才发生》说过，免费得来的符号结晶不了：别人替你说出的答案，在你身上只是信息。这一条也落在本书自己身上。读完二十二章，读者手里多了一些说法：刻痕、标准、日子，对账，缝，石心。可是如果它们从没在你自己的一次门诊、一次陪诊、一次写病历的时候被用过，它们就还只是这本书的话，不是你的。

所以本书真正想留下的，只是一张纸和三个问题。纸分三栏：刻痕、标准、日子。问题是：哪两栏对不上？这条缝能不能事前指出？这次谈话谁来付动能？附录二把这张纸做成了三个版本：医生的，护士的，病人的。栏名和三问，三个版本一字不差，因为对账要三方说同一种话。三个版本又各有各的提示，因为三个座位看到的东西本来就不一样。它们都只用于沟通，不构成诊断与治疗建议。

这张纸也可能是错的。第21章写下了它怎样才算错：三条可推翻条件，一道必须守住的闸。如果有一天，有人认真做了那些研究，结果对不上，本书愿意按那一章去改。一套说法肯在事前写下自己怎样会输，这是本书从医学那里学来的规矩，也是本书对医学的一点敬意。

这本书的读者，大概会从三个门进来。为自己或家人来的读者，也许最想读的是住在缝里的人、石心、慢病那几章；为医护来的读者，也许会停在问诊的三十秒、坏消息怎么说、三栏单那几章；为医疗制度与管理来的读者，也许会翻家庭医生、病历与知情同意、慢病小组那几章。不管从哪一个门进来，本书都盼着你最后走到同一张桌子前：三栏摊开，各说各的，对不上的地方有人画一条线。

读这本书，也可以用它自己的三问来读。哪一章和你的日子对不上？那条缝，你能不能在读之前就说出来？读完它，谁来付动能？最后一问的答案，只能是你自己。

最后，给每一位拿着单子、日子却和它对不上的读者：你的下午是真的。把它用你自己的话写下来，带去，交给面对面的医生。身体或心里的难处真的大了，请找医生或心理咨询师。具体病情请遵医嘱。

德麦国际出版社（Demai International Press）

判　词

病人不是一张化验单，
也不是一份指南的例外。

——本书判词

新加坡一所小学的行政人员蔡淑贞，体检报告六页全绿，医生说“没有问题”。可是半年来，每天下午她都觉得不对劲。单子没有错，她也没有说谎——那么错的是什么？

一张化验单上并行着三种符号：测得值是身体留在仪器里的刻痕，参考范围与指南是医学约定的标准，“我哪里不舒服”是病人的日子。三者天然会对不上，对不上本是问诊的起点；可是现代医疗常让三者各守一角，没有人专门对账。本书从标签怎样固化成石心、慢病怎样结晶成习惯、信任怎样一次次攒起来，一直讲到一张三栏单怎样把三方放上同一张桌子。

本书不给任何诊断与治疗建议，具体病情请遵医嘱；它只改变一件事：诊室里谁在说话。书末写明了它自己怎样才算错。

对得上，就没有解释；对不上，才该开始问诊。

ISBN 979-8-90690-712-7

9 798906 907127

德麦国际出版社 · Demai International Press

德麦国际专著第 459 号 · 八编二十二章 · 约 25 万字

定价 US$23.00