

不可治愈的健康人：风险作为医学新对象的发生学解剖

你可以治好一场肺炎。你治不好一个百分之十二的十年风险。医学已经换了对象，却还在用旧对象的方式结算——于是它第一次接手了一个自己永远无法完成的任务。

王德生 著 · 学术创造专栏 · 典范论文 · 约 8000 字

摘要

智能监测与人工智能早筛正在把医学的对象从"病"迁移到"风险"，而这场迁移至今没有被承认，更没有被结算。本文论证：风险与病不是同一类东西的两个阶段，而是本体论上性质不同的两样东西——病是一个显露态，有边界、有起止、可被消除；风险不是显露态，它是一个人的纠缠土壤在统计场上的一次投影，没有边界、没有终点、原理上不可消除。把不可消除的东西交给一个以"消除"为完成条件的体系，结果不是治疗失败，而是任务永不结束：每一次干预都只把投影挪个位置，然后系统报告一次胜利，并开出下一张单子。本文进一步论证，"更早发现"之所以没有带来更健康的人群，不是因为发现得还不够早，而是因为发现这个动作本身处理不了投影；并解剖了把风险当病治的三种系统性代价——症状的通货膨胀、健康人的病人化、以及最深的一层：一个人的自我被改写成一串概率。出路不在更准的预测，而在把治理动作从"预测投影"转向"改写投影所依赖的那片土壤"，即从预测转向路由改写。文章给出复合智能体在这一转向中不可替代的位置——它不发布一个数字，而让一个人第一次看见自己那条把结果一次次送回原处的链条——并以四个失效条件收尾。

关键词 风险医学；过度诊断；智能健康监测；发生学；命运工程；路由改写；复合智能体

一位四十一岁的男性，无症状，体检。血压 128/82，血脂略高，空腹血糖 5.9，冠脉钙化积分 12，多基因风险评分处于人群第 78 百分位，可穿戴设备记录到过去九十天有十七次夜间心率异常。系统给出结论：十年动脉粥样硬化性心血管疾病风险 12.3%，属于"中度风险"，建议启动他汀，三个月后复查。

他问了医生一个很朴素的问题：**那我到底有没有病？**

这个问题没有答案。不是医生水平不够，是这个问题在现在的医学里已经不成立了。他没有病——所有的病都需要一个可指认的显露：一处梗死、一块斑块破裂、一段心电图的抬高。他什么都没有。但他也不是"没事"——那个 12.3% 是真的，它是从几十万人的队列里算出来的，它对人群的预测精确得可以拿去定保费。

于是他成了一个新物种：**一个不可治愈的健康人。**

他会吃药。三个月后复查，风险降到 9.1%。系统报告：干预有效。他会继续吃药，直到八十岁，或者直到某个新指标把他重新划回中度。在这四十年里，他一天病都没有生过，也一天没有"好"过——因为他从来就没有"病"可以好。

医学史上从未有过这样的病人。而现在这样的人占门诊的比例正在超过真正的病人。

一、这不是过度诊断，这比过度诊断深一层

医学界对这个现象有一个现成的名字：过度诊断（overdiagnosis）。这个概念已经积累了三十年的文献，甲状腺癌的韩国教训、前列腺特异抗原筛查的争议、乳腺钼靶的十年论战——每一场都打得很扎实，结论也很清楚：**筛出来的很多"病"，如果不去管它，那个人到死都不会因为它出事。**

过度诊断这个概念很有力，但它有一个自己没有察觉的前提：**它假设那儿有一个病，只是这个病不该被治。**它争论的是治疗的必要性，不是对象的性质。整场辩论的双方都同意"甲状腺里那个 3 毫米的东西是一个癌"，分歧只在于该不该动它。

风险不在这个结构里。**风险不是一个被过度诊断的病，风险根本不是病。**那个 12.3% 不在这个人身上的任何一处。你切开他，找不到 12.3%；你做全基因组，找不到 12.3%；你把他从头到脚扫描一遍，你找到的是钙化积分、血脂、血糖、心率变异——你找不到那个数字，因为**那个数字根本不在他身上，它在队列里。**

这是全文的第一个分界：

病是一个显露态：它有边界、有位置、有起止，它长在这个人身上，可以被指认，因而可以被消除。

风险不是显露态：它是这个人的纠缠土壤在一个统计场上投下的影子。影子不在这个人身上，它在那里。

一个人可以没有病，但不可能没有风险。风险的下限不是零，是"人群里最低的那一档"，而那一档仍然是一个正数。**这就是"不可治愈"的精确含义：不是治不好，是没有任何一个可以被治好的东西在那里。**

二、医学的对象曾经很硬

要看清这次迁移有多大，得先看清它从哪里迁出来的。

现代医学的整套结算方式，是围绕一个非常硬的对象建立的。这个对象有四个性质，四个都是它作为显露态的直接后果：

它有边界。肺炎在肺里，骨折在骨上。你能画一条线，线内是病，线外是这个人。

它有起止。它某天开始，某天结束。"发病"和"痊愈"是两个可以填进病历的日期。

它可以被消除。这是最关键的一条。抗生素杀死细菌，手术切除阑尾，骨头长上。消除之后，那个对象不再存在，而这个人还在——**病和人是可以分开的，这正是"治愈"这个词能够成立的全部理由。**

它的消除可以被结算。因为有起止、有边界、可消除，所以可以判定"完成"。整个医疗体系的每一个零件都长在这个"完成"上面：疗程有终点，医保按病种付费，医院统计治愈率，医生的职业成就感来自"我把他治好了"，患者的期待是"我什么时候能好"，法律上的医疗过错也以"应当治好而未治好"为基准。

这套东西运行了一百五十年，好得惊人。它把人类平均寿命从四十岁推到七十多岁，靠的就是对硬对象的精确消除。

然后对象软了。

三、投影是怎么被误当成实体的

风险这个东西是怎么来的？它是这样来的：

先有几十万人的队列，随访十年，记录谁出事了。然后回过头去看，出事的人和没出事的人，在哪些变量上不一样。把这些变量做成一个函数，输入一个新的人的变量，输出一个数——这个数就是“风险”。

这个流程里的每一步都是扎实的科学。问题出在最后那一步之后的那个动作：把这个数贴回到这个人身上，然后当成他的一个属性来说话——“他有 12.3% 的风险”。

这句话在语法上和“他有肺炎”一模一样。同一个“有”字。而这两个“有”完全不是一回事：

“他有肺炎”里的“有”，说的是这个人身上存在一个可指认的东西。

“他有 12.3% 的风险”里的“有”，说的是把他的一组变量代进一个从别人身上算出来的函数，得到了这个数。

第二个“有”是一次语法的偷渡。它把一个关于场的陈述，伪装成了一个关于这个人的陈述。而这次偷渡之所以没人拦，是因为汉语和印欧语的主谓结构天生偏向实体化——名词化就是把一束流动的关系冻成一个可以拥有的东西，这是语言给思维设的最古老的一个陷阱，医学只是最近一次踩进去。

风险不是这个人的属性，风险是这个人与一个统计场之间的关系被冻成了一个名词。

一旦冻成名词，它就获得了实体的全部语法权利：它可以被“拥有”，可以被“降低”，可以被“管理”，可以被“控制”。每一个动词都在暗示它是一个可以被处置的东西。而它不是。你降低的从来不是它——你改变了几个输入变量，函数吐出一个更小的数。影子变短了，投影的光源和物体都没动。

四、不可治愈：新对象撞上旧结算

现在把前面两节接起来，本文的核心判断就出来了：

医学换了对象，却没有换结算方式。它把一个原理上无法完成的任务，交给了一台以“完成”为唯一停机条件的机器。

这台机器不会报错。它会做一件更糟的事：它会永远运行下去，并且每一圈都报告成功。

看它是怎么转的：

第一圈：测出 12.3%， “中度风险”，开他汀。

第二圈：三个月后 9.1%。系统判定：干预有效。——注意这里，**它确实有效，这不是骗局**。数字真的降了，而且在人群层面上，这个降低对应着真实的事件减少。这套东西的力量正在这里：它每一步都是对的。

第三圈：血糖仍在 5.9，触发糖尿病前期路径。开始监测。

第四圈：他汀带来轻微肌痛，加做肌酸激酶，正常，但"需持续关注"。

第五圈：新指南发布，脂蛋白(a)进入评估体系。重测。他的脂蛋白(a)偏高——这是一个基因决定的、目前无药可降的指标。他被重新划回"高风险"。

第六圈……

四十年，没有一个终点。因为**终点在定义上不存在**：只要他活着，他就在队列里；只要他在队列里，函数就有输出；只要函数有输出，就有一个数可以被"管理"。

而这台机器的每一圈都在正确地运转，每一份报告都是真的，每一次干预都有循证依据。**这不是医学的失败，这是医学在正确地执行一套已经不匹配对象的完成条件。**

这里必须说一句公道话，否则这篇文章会滑向廉价的批判：**风险医学救了非常多的命**。他汀减少的心梗是真的，降压药避免的中风是真的，这些数字以百万计。任何把风险医学说成阴谋、说成资本、说成"制造病人"的分析，都是在给自己省力气——它省掉的正是最难的那部分：**一套每一步都对、每一步都救人的东西，为什么合起来会让一整代人变成不可治愈的健康人？**

答案不在任何一步里。答案在结算方式上。

五、"更早发现"为什么不通向"更健康"

如果对象是病，"更早发现"是纯赚：早期肺癌的五年生存率是晚期的六倍。这条经验太强了，强到它变成了一条不受审查的信条：**发现得越早越好**。

于是当工具变强，这条信条自动外推：既然早期发现好，那么"发病前发现"更好，"风险状态发现"最好。可穿戴设备、多组学早筛、AI 影像——每一样都在把发现的时点往前推。

这个外推错在哪？错在它没注意到，**推过某一点之后，被发现的东西已经不是同一类东西了**。

早期发现一个肺癌，你发现的是一个显露态——它已经在那儿了，你只是看得见早。**发现不改变它是什么**。

"发现"一个 12.3% 的风险，你发现的是什么？你没有看见任何东西。你执行了一次计算。而这次计算的结果一旦被告知给这个人，**一件在肺癌那里从不发生的事情发生了：他变了**。

他开始睡不着。他每天量三次血压——而焦虑本身会推高血压。他推掉了那个他想了三年的创业计划，因为"我这个身体状况"。他的妻子开始管他吃什么。他从一个健康的人，变成了一个**持有着自己健康档案的人**。

病不读取关于自己的预测；人读取。而读取会改变被预测的那个人。

这是这次迁移里最尖锐的一条，它把风险医学和整个"发现"范式彻底分开：当对象会自我建模的时候，发现这个动作本身就是一次干预，而这次干预从来不在模型里。心血管风险模型算的是"这个人如果不知道这个数字会怎样"，然后我们把这个数字告诉了他——模型的适用前提在告知的那一刻被销毁了。

于是"更早"没有通向"更健康"，它通向了一个新的人群：一群被数据持续确诊的健康人。他们的身体一切正常，他们的自我已经被改写。

六、三种代价，一种比一种深

第一种：症状的通货膨胀。 指标越测越多，异常的定义越收越紧。一九九七年美国把糖尿病诊断阈值从 140 降到 126，一夜之间多出两百万糖尿病患者——没有一个人的身体发生了任何变化。血压的正常上限从 140 降到 130，中国一夜之间多出两亿"高血压"。病人不是被发现的，是被重新定义出来的。

第二种：健康人的病人化。 一旦持有一个风险数字，一个人就进入了医疗系统的引力场——定期复查、长期服药、生活方式指导。他的身份变了：他不再是"一个健康的人"，他是"一个风险被管理着的人"。这不是心理暗示，这是一次真实的身份重构：他的时间、他的钱、他的自我叙事，全部有一块被永久划给了这件事。

第三种，也是最深的一种：一个人的自我被改写成了一串概率。

这一条需要慢一点说。

一个人是靠什么认得住自己的？靠一束在时间里连续下来的东西——记忆、意志、"我是那个能扛事的人"、"我是那个从不服软的人"。这束东西是他的内能，是他维持自己如实持存的那股劲。

现在给他一个 12.3%。这个数字做了一件事：它把他的未来从一件他要去发生的事，变成了一件正在等着他的事。他不再是"我要去做那个创业"，他是"我这个概率允不允许我去做那个创业"。

这一笔改写比任何一种药物的副作用都深，而且它不出现在任何一张不良反应清单上。因为它损害的不是身体，是那个持有身体的人。医学从来没有一个科室负责这个。

风险医学最大的代价不是过度治疗，是它把"我"重写成了一个概率的宿主，而没有任何一个环节对这次重写负责。

六之二、"那你是说不要筛查了吗"

这个反驳会准时到来，而且它比它看起来的更强，因为它背后站着真实的死人。必须正面接住。

反驳是这样的：你说风险是投影、说健康人被病人化、说自我被改写成概率——好，那么请你回答：一个五十岁的人该不该做肠镜？结直肠癌筛查把死亡率降了六成，这是几十万人的随机对照试验反复验证

的。按你的逻辑，一个没有症状的五十岁的人，去做肠镜就是"被数据确诊的健康人"，就是"把风险当病治"。那你是不是要为那些本来能活、因为读了你这篇文章而没去做肠镜的人负责？

这个反驳是对的。而它对的地方恰恰划出了本文的边界，所以我要把这条边界画死，画得任何人都不能拿这篇文章去劝人别做肠镜。

肠镜找的是显露态，不是投影。

这一条就是全部的分界。肠镜找的是息肉——一个长在这个人身上、有位置、有边界、可以被指认、可以被切掉、切掉之后就不在了的东西。它是硬对象。它满足本文第二节列的四个性质的每一个。发现它、切掉它、结束——这是"治愈"这个词能够成立的完整结构，一步不缺。

那个 12.3% 找的是什麼？它什麼也没找。它执行了一次计算。没有任何东西可以被切掉，因为没有任何东西在那儿。

所以：

分界不在"筛不筛"，在筛出来的是什麼。

筛出一个可指认、可消除、消除后就不再存在的東西——那是找病，做，赶紧做。

筛出一个数字，一个"高于人群某某百分位"，一个没有位置也没有边界的東西——那不是找病，那是算投影，而投影不能被消除，只能被挪动。

这条界线上有一片真实的灰色地带，我不打算把它涂白：甲状腺那个 3 毫米的东西是显露态还是投影？它有位置、有边界、切得掉——按上面的判据它是硬对象。可韩国的教训是：把它切了，死亡率一动不动，多出来的是三十万个终身服药的甲状腺功能减退患者。它是一个硬对象，但它是一个不会出事的硬对象。

这说明什麼？说明本文的判据虽然把最要命的那条界划清了，但它没有覆盖全部——"是不是显露态"和"该不该动它"是两个问题，本文只处理了第一个。第二个问题（一个真实存在的東西该不该被消除）是过度诊断三十年文献的战场，那个战场已经打得很扎实，本文不进去，也不假装自己给出了答案。

所以这篇文章的适用范围要写得像药品说明书一样死：

它不反对筛查。 它反对的是把"筛出一个数字"和"筛出一个可切除的东西"混为一谈，然后用后者的成功记录去给前者背书——肠镜的六成死亡率下降，不能拿来为一个心血管风险评分的合理性作证，那是两件不同的事，共用了"筛查"这一个词而已。

它不反对他汀。 它反对的是把吃他汀这件事当成"治疗"、从而期待一个"治好"的时刻。他汀是在改一个输入变量，它有真实的收益，它没有终点——把它理解成"在管理一个不会结束的东西"，比把它理解成"治病"要诚实得多，也不那么伤人。

它不反对早期发现。它反对的是"发现"这个动作在会自我建模的对象身上被当成中立的观察。给一个人一个数字，不是观察他，是改变他。这个改变从来不出现在任何一份筛查的成本效益分析里。

一句话收口：

本文不是在劝人别管自己的身体。本文是在说：当你手里的东西不是病而是投影时，那套为病准备的动作——发现、治疗、治愈——一个都用不上，而我们正在把它们全都用上，并且每一次都报告成功。

七、从预测投影，到改写土壤

那怎么办？

先要把一个诱人的错误答案排掉：**更准的预测救不了它**。多组学、更大的队列、更好的模型——它们能把 12.3% 算成 12.31%，它们改变不了那个东西的性质。**投影再清晰，还是投影**。而且预测越准，前一节说的那次自我改写只会越彻底。

正确的方向，是把动作从**投影**移到**投出这个影子的那片土壤**上。

这个人的 12.3% 是从哪儿来的？从他的血脂、血糖、心率变异、钙化积分来。这些又是从哪儿来的？从一套已经运行了二十年的东西来：他每天几点睡，他吃饭是不是在开车，他和上司的那种关系每周让他的皮质醇冲几次，他二十年前决定不再运动的那个理由，他母亲的那个厨房。

这套东西才是实体。它是一整套长期稳定下来的路由：同一个刺激进来，同一条链条被点着，同一个结果被送到同一个地方。它不是一堆"生活方式因素"的加和——那是把它重新拆成了变量，又回到了函数里。它是一个**结构**，它有节点，有链条，有场；它会自动运行，不需要他同意；它的顽固不是意志问题，是结构问题。

这就是为什么"健康宣教"几乎完全无效，而所有人都假装不知道这一点。你告诉他"要少吃多动"，你以为你在给他信息。**他早就有这个信息**。他缺的从来不是信息，他缺的是一条能让新行为跑得起来的路径——而旧路由把每一次新努力都吸收掉了：他每次下决心运动，两周后回到原样；不是他意志薄弱，是**加进去的那点力量被旧结构全数吸收了，路由器根本没变**。

风险是这套结构在统计场上的影子。你去够那个影子，够不到；你改那套结构，影子自己就变了。

而改这套结构需要三样东西，一样都不能少：

一，**把节点认出来并重新命名**。这套路由是靠几个强符号在暗处运转的。"我这个身体状况""我不是那块料""都这个岁数了"——这些不是描述，这些是节点，它们在暗处裁剪他的候选集，让某些行动根本不进入他的考虑范围。把它们从暗处拽到台面上、拆开、重命名，候选集才可能改。

二，在链条上装一个判错的闸。旧链条最强的地方在于它自带一整套解释：每次失败之后，它都能给出一个说得通的理由，而这个理由的唯一作用是让链条原样跑下去。没有判错闸的人，不会因为失败而改道——他会因为失败而更擅长解释。**教育和医学在这里犯的是同一个错：把解释能力当成了改变能力。**

三，写一个多目标的代价函数。只盯一个数字（把 LDL 压到 1.8）是内卷的数学根源：所有的力气全投在一个轴上，其他轴全线失守——他的睡眠、他的关系、他的那点还想干成一件事的劲。**单轴目标函数会让你在为别人的目标函数燃烧生命。**

命名、判错、算账——这三样，才是改命的最小闭环。它们对应的是这个人的三项主权，而在今天的风险医学里，**这三项他一样都没有**：数字是系统命的名，对错是系统判的，代价函数是系统写的。他只负责执行和担心。

八、复合智能体：不给数字，给一条能看见的链条

现在说那个装置。

为什么这件事以前做不了？因为它需要一样医学从来给不起的东西：**一个长期在场、看得见这个人的全部链条、又不替他做主的东西**。医生给不了——他一年见这个人十五分钟。家人给不了——他们在链条里面，他们是链条的一部分。他自己给不了——那套路由正是在他看不见的地方运转的，看得见就不叫路由了。

复合智能体第一次让这件事有了可能。但它必须被造成很特别的样子，而目前市面上的每一个健康 AI 都造反了：

它不能给数字。 这是第一条，也是最难守的一条。给数字是最容易做的产品，也是所有产品都在做的：一个评分，一个环，一个“你今天的健康指数 82”。每一个这样的数字都在重复本文第三节解剖过的那次偷渡——把场的陈述冻成他的属性。**给数字的健康 AI 不是在帮他，是在把他更深地钉进那个概率宿主的身份里。**

它要给的是链条。 不是“你的风险是 12.3%”，是“过去九十天，每一次你的夜间心率异常，前一天下午都有一场会；每一次这样的第二天，你都不吃早饭；每一次不吃早饭的那天，晚上你会喝酒。这条链你跑了十七次，每一次结果一样。”——这句话里没有一个概率，它全是他自己的东西，而且他从来没见过它。**这就是显影：不是告诉他一个关于他的结论，是让他第一次看见自己那套自动运行的东西。**

判错权必须留在他手里。 机器可以指出链条，不能宣布哪一环该断。原因不是尊重，是有效性：**一条由别人替他断的链，会被旧结构原样长回来**。他必须自己说“这一环不对”——因为只有他说的那一句，才携带那股能重新分配他能量的劲。机器替他说的，是一句正确的、无效的话。

它必须让自己变得不必要。 一个用得越久、离不开得越深的健康 App，无论指标多好，都已经失败了：它没有改写他的路由，它只是变成了那套路由的新节点——**依赖不是疗效，依赖是同一个病换了个宿主**。真正做对了的装置，标志是他用它三个月之后，能自己看见那条链，然后把它关掉。

好的装置和上瘾的装置，差别不在做了什么，在于用户离开它的时候，是变强了还是塌了。这两样东西属于两个道德等级。

九、这套东西什么时候失效

其一，"改写路由"可以被包装成新的风险管理。只要那个复合智能体最后仍然向医保、向体检报告、向公司的健康福利系统交卷，它就会被迫产生出一个可结算的数字——然后本文批判的整台机器原样重启，只是外壳更聪明了。这是最要命的一道缝：结算方式不改，装置改了也白改。我不认为本文补上了它。

其二，它对硬对象不适用，而且会误伤。一个真的有病的人——真的有肿瘤、真的有梗死——他需要的是消除，不是路由改写。把本文的框架推到硬对象上，是致命的。这套东西只在"没有可消除的对象"那一侧成立，边界必须由现代医学的红线来划，而不是由这套框架自己来划。谁拿这篇文章去劝人停药，谁就是在杀人。

其三，它假设这个人还有能力承受判错。一个已经被击垮的人——重度抑郁、极度贫困、正在照顾一个绝症亲人——把判错权交给他不是赋权，是加码。这套东西可能只在一个人还有余力的时候成立，而余力恰恰是最不平均分布的东西。它有可能只是一件给有余力的人准备的奢侈品，如果是这样，它就是它自己所批判的那种不公平的一部分。

其四，路由改写本身会被路由吸收。一个人完全可能把"改写路由"变成新一轮的自我要求，然后在这个新项目上重演所有旧模式：定指标、逼自己、失败、解释、再定指标。攥得越紧，那个新符号("完全掌控自己人生的人")就越硬，内卷就重启得越快。能松开手的主权才是主权——这一条我说得出，做不到，写在这里作为一道公开的缝。

回到开头那个四十一岁的男人。

他问"我到底有没有病"，答案是：没有。他将来会不会有？可能会，可能不会，那个 12.3% 对他一个人什么也没说——它只在几十万人身上有意义，而他不是几十万人，他是一个人。

那么他该做什么？

他该做的第一件事，是把那个数字从自己身上撕下来，还给它所属的那个地方——它属于队列，不属于他。这一撕不是拒绝科学，恰恰相反：这是第一次把那个数字用对——它是一盏灯，用来照他那套跑了二十年的东西，而不是一个贴在他额头上的标签。

第二件事，是去看那条链。十七次夜间心率异常，十七次同样的前一天。这个才是他的，这个才是实体，这个才是那片投出影子的土壤。

第三件事，是自己说出那句"这一环不对"，然后承受说出它的代价——那场会他可能得不开，那个上司他可能得罪，那个"我这个身体状况"他可能得撕掉。

这三件事，没有一件叫治疗。而它们是他这四十年里唯一算数的东西。

医学到今天为止，还没有一个词来称呼这三件事。它把它们统称为"生活方式干预"，然后作为一行小字印在处方笺的背面。

一个已经不能被治愈的对象，交给一门以治愈为完成条件的学问——这不是医学的过错，这是医学第一次遇到一件它必须重新学会怎么结算的事。而这一课，它还没开始上。