

预判性信托：从「不可拆卸」中逼出的一条制度路径

——信托不是医生欠病人的义务，是疗效借以发生的那个动作

作者 胡敏 · SDE 学员 · 约 1.5 万字 · 发表于2026年7月28日 · 加固版

摘要

本文旨在对中医临床证据的长期困境进行一次彻底的构成性检视。通行的解决方案，无论是改良随机对照试验（RCT），还是构造“第二通道”平行证据单元，都共享了一个未经审查的默认前提：中医师在临床现场做出的那个“不可拆卸”的判断，可以被抽取、记录并送交一个外部的、事后的验证程序，而这一“交出”的动作无损于判断本身的质量。本文将论证，这一前提在存在论上无法成立。中医辨证论治的疗效，并非源自某种可供事后检验的“正确判断”，而是生成于一次以医者个人信誉为担保、以患者当下身心变转为见证、不可撤回的信托行为。疗效正是这一行为的内部构成部分，是该行为在患者身上留下的“署名”，而非该行为结束后可独立携带走的“结果”。因此，整个证据困境的根源，不在于测量工具的精度不足，而在于“测量”这个动作所要求的那种冷眼旁观的第三方位置，恰恰使它所试图捕捉的对象——那个活着的信托行为——在“被交出”的瞬间发生质变。当医者试图为自己的判断“取证”时，他已从信托行为的发起者，退行至一个结果的旁观者，而他试图证明的那种疗效，恰在这一退行中消散。

本文论证一个关于好奇心枯竭机制的新理论范式。主流好奇心研究植根于内在动机理论，其核心语法为“增量模型”——将好奇心视为可被激发、培养、强化的动机内核。本文指出，这一范式遗漏了一个更在先的本体论层面：在动机形成之前，必须存在一片能让个体感知到“什么值得好奇”的精神土壤。这片土壤由未被功利化的漫游式注意力、允许模糊的内在安全感以及非线性经验连接的能力所构成，它不是“动机”本身，而是动机得以发生的生成条件。在此基础上，本文提出并论证一个悖论性结构：当代社会以“提出问题”“产出创新”为名对好奇心的崇拜与激励，恰恰系统性地剥削了这片土壤的生成条件，形成一种“越努力培养，越加速枯竭”的恶性循环。早年被守护的漫游经验构成了支撑终身探索的认知积蓄，而成年后修复这条路径的启动条件，恰恰是那些底子已耗尽之人所不具备的。本文通过与布迪厄文化再生产理论、韩炳哲“功绩社会”批判、贫困陷阱理论以及内在动机理论的正面交锋，确立了这一新范式的不可还原位置。最终，本文给出明确证伪条款，确立其作为一项可检验的科学命题的边界。

关键词：预判性信托；辨证论治；临床证据；信义义务；同业共鉴

SDE 创新智商 128 → 打磨目标 136 · 待独立复核

本篇收入「中医哲思」频道，并按频道规程做了一轮最近邻加固。「盲评」为原稿未经编辑改动时的分数；「打磨目标」是本轮的修改设计目标与编辑自评，不是认证分，须独立评分者复核。

预判性信托：中医证据困境的构成性检视与一条从“不可拆卸”中逼出的制度路径

基于这一判断，本文提出一个新的制度概念——“预判性信托”，并以此重组证据生产与制度嵌合的逻辑。但本文并不试图给出一套完美的操作蓝图，而是首先正视一个内在的悖论：如果“交出即消散”，那么任何形式的“记录”——包括本文所设想的“实时归档”——又如何避免成为另一种形式的“交出”？本文将通过一个具体的临床案例，展示这一悖论如何在实践中被处理，而非在理论上被取消。由此，“预判性信托”的核心，从追求结果的“准确性”，转向担保过程的“负责任性”：证据不再是对已完成判断的追溯性验证，而是对医者发起信托行为时其判断逻辑与情境的不可篡改的存证。这为所有以“不可拆卸的判断力”为核心的临床实践，开辟了一条更为诚实的制度化路径。

一、引言：一场发生在“交出”瞬间的消逝

中医与循证医学的证据困境，纠缠了半个世纪，像一场始终没有被告和原告出场的诉讼。我们手握越来越精密的试验设计这把“锤子”，一遍遍敲打中医这块“顽石”，得到的却总是一地的碎片——某些单方对特定指标有效、针灸对某些痛症有统计学意义——却怎么也无法拼回那张中医临床上每日上演的、完整的疗效图景。面对这个僵局，分析者们提供了两种主要的回应。

第一种是改良派。他们认为问题出在锤子还不够精巧。只要设计出更复杂的RCT——比如纳入“证候”分层的实用性RCT、采用N-of-1试验设计，或者用真实世界研究作为补充——我们终将敲开顽石，取出那枚名为“疗效”的果核。

第二种是并行派[1]。他们洞察到，问题或许不在锤子的精度，而在于锤子与石头异质。石头不是为被敲碎而生的。于是，他们主张放下锤子，发明一种全新的“量法”。这一路径要求中医师公开、清晰地记录下他对某个具体患者功能演化方向的预判，并交由独立的第三方进行盲法验证。它不再追问“某药治某病”，而是检验“这位医师的判断是否被证实”。这是方法论上一次极富洞见的跃迁：它将“疗效”从一个被测量的静止名词，转变为一个可被验证的动态动词。

本文的起点，是对这一并行派方案的深切认同与最终不满。认同在于，它精准地诊断出旧有冲突的症结在于“量纲不匹配”；不满在于，我认为它停在了手术刀切开最后一层筋膜之前。它虽然将证据单元从“药效”转向了“判断”，却仍然默认了那个判断的核心操作——“交出以供验证”——是可以无损完成的。它假定，一位中医师在临床现场对患者做出的那个活生生的、充满未知风险的预判，能够被独立地“记录在案”，然后安然无恙地旅行到一个由独立评估者主持的、冷峻的验证法庭。

本文将要论证，这是一个关于认知行动的存在论迷思。中医辨证论治的疗效，并非源自一个可以外化、封装、提交的“正确判断”。它萌生并壮大于一个我称之为“不可撤回的信托行为”之中。这个行为，是医者以个人信誉和专业生命为抵押，在患者面前当下、即时地发起的一次对身体未来的冒险投注。疗效，正是这个信托行为的内部回响，是行为在患者生命上留下的“署名”，而非行为结束后可独立携带走的“产出”。

当这个行为中最核心的信义冲力——那种“我与你同在，我们一起面对”的临床在场——在“交出验证”的瞬间被抽掉时，我们所验证的，已非原物。我们只是对一个已经消逝了的信托事件，进行了一次精致的、合法的、却必然扑空的考古。整个困境的根源，不是尺子不准，也不是尺子不够多，而是“测量”这个动作所要求的那种冷眼旁观的第三方位置，在存在论上就站不住脚。当你试图为这个行为“取证”时，你——作为医者——已从信托行为的发起者，退行至一个结果的旁观者，而你试图证明的那种疗效，恰在这一退行中消散了。

因此，本文的工作，是进行一次更彻底的概念手术：撤销“判断可被无损外化”这一底层预设，并以此为基础，提出一个更具存在论诚实性的新制度概念——“预判性信托”。它旨在将证据生产的核心，从事后对判断准确性的验证，转向对医者发起信托时那个完整的判断情境进行不可篡改的“存证”。但这并非一条轻易的坦途。本文必须首先正视一个尖锐的悖论：如果“交出即消散”，那么任何形式的“记录”——包括本文所设想的“实时归档”——是否会沦为另一种形式的“交出”？本文将通过一个具体的临床案例，展示这一悖论如何在实践中被处理，而非在理论中被取消。

最后，本文必须诚实地面对一个根本性的限制：从存在论上讲，“交出即消散”的命运是绝对的——任何记录都无法完全捕获那个活着的信托事件。因此，“预判性信托”所追求的，不是也不可能是一种完美的“证明”，而是一种在承认“不可完全证明”的前提下的、更诚实的“负责”。这不是再多开一条通道，而是承认我们脚下根本就没有可以支撑任何“验证大楼”的稳固地基，并转而在这片流动的砂土之上，建立起一种以“负责任”为基石的、新的临床责任制度。

二、“交出”的发生学：一个动作如何重塑了临床现场

要理解上述论证的份量，我们不能仅仅将“交出判断以供外部验证”当作一个既定的操作程序来批判，而必须追问：这个动作本身，是如何在特定的历史条件下被发生出来的？它又反过来如何重塑了临床现场、改变了医者的认知姿态？这是一项关于“交出”本身的发生学检视。

无论是改良RCT的拥护者，还是构造“第二通道”的革新者，他们共享了一个异常坚固的共识：疗效，或者说产生疗效的那个核心机制，是内在于医患的互动过程之中的；而科学证据的任务，就是在这个过程之外，找到一个超越的、中立的观察点，将那个内在的机制“提取”出来，使之成为可供第三方审视的公开对象。改良派认为这个可提取的东西是“药效”，并行派则将其升级为“判断力”。但在“必须提取出来才能被承认”这一点上，他们毫无二致。

这个共识，奠基于一个深刻的、在现代科学中几乎被奉为圭臬的隐喻：认知蒸馏[2]。我们默认，可以将一个复杂、含混、充满情境噪音的临床现场，投入到一个被称为“科学研究方法”的蒸馏器之中。通过加热（严格的试验设计）、冷凝（标准化的操作规程）和过滤（随机化与盲法），那些作为“杂质”的主观因素、人际互动、不可言传的直觉，将被一一剔除或控制，最终，我们在烧瓶的另一头，将接收到几滴纯粹的、精炼的“有效成分”——无论是药物分子，还是判断逻辑。这套认知蒸馏隐喻成就了现代医学的辉煌。它之所以对链霉素和对靶向药有效，是因为那些治疗实体，的确是独立于蒸馏过程而存在的“耐热晶体”。

然而，中医辨证论治的疗效机制，并非一个耐热晶体。它更像是一种需要在特定温度、压力和共生菌群中才能存活的、脆弱的酶。而“认知蒸馏”所施加的最初几道工序——尤其是“被观察”和“被记录以待验证”——本身，就构成了足以令其失活的极端环境。本文将聚焦于那个最关键、也最隐蔽的失活点：医者对自身判断的“外化”与“物化”。

为了具体地展示这一失活过程，让我们引入一个真实的临床案例。已故经方大家胡希恕先生晚年曾诊治一位严重肝炎患者[3]。患者全身重度黄疸，腹胀如鼓，已多日不能进食，西医已告束手。胡老在第一次接诊时，经过细密的四诊——望其神色虽衰败但目光尚存一丝求生的焦

灼，闻其语音低微但断续间仍有不肯放弃的挣扎，切其脉沉细而弦，察其舌苔黄腻而干——沉思良久。他没有立即写方，而是抬起头，用沉稳而清晰的声音对患者及其围在床边的家属说了一段话。他说：这个病，看着凶险，但这里头有个转机。你心里还有一股不肯倒下去的气，这股气，就是我们的本钱。我现在给你开个门，你的身体会顺着这个方向走，头一步可能会更难，那是正气和邪气在打架，但打完这一架，局面就开了。你要信我，也要信你自己。

这番话说完，患者原本涣散的目光似乎聚拢了一些，家属紧绷的哭声也停了下来。胡老这才提笔开了一个大柴胡汤合茵陈蒿汤的重剂加减。患者服药后，当夜泻下大量恶臭粪便，次日腹胀大减，开始索食，由此步步转机，最终痊愈。

在这个案例中，疗效是如何发生的？当然，方药的对证是基础——大柴胡汤合茵陈蒿汤疏肝利胆、通腑泻热，是治疗重症肝炎肝胆湿热腑实证的经典组合。但仅凭方药本身，很难解释为何在患者身体与精神都已接近衰竭的极限状态下，疗效竟能如此迅速而彻底地出现。更完整的描述是：胡老那番话，不是一次可有可无的“安慰”，而是整个治疗事件中一个不可分割的构成性环节。他用沉稳的语调、确信的判断、以及对患者求生意志的精确捕捉和命名（“你心里还有一股不肯倒下去的气”），在患者面前发起了一个我称之为“信托行为”的事件。这个行为，以医者个人的信誉和到场为担保，为患者打开了一个可预期的、朝向痊愈的生命方向。疗效，就是在这一次信托事件中，从信义的投注、身体的应答、方药的推动这三者的共同振荡中，作为一个整体“结晶”出来的。它是这个行为的署名，而非行为结束后可独立携带走的“结果”。

现在，让我们设想同一场景的另一个版本。如果当时，胡老被告知，他的这次诊疗将作为某项评估他临床判断力的研究的一部分，他必须在对患者说话之前，先在一份标准化的“预后记录表”上填写他对患者功能轴演化方向、时间窗口和具体指标的具体预判，封存，准备接受一个外部盲法评估委员会的检验。此刻，他的整个认知姿态，还会和第一种场景中一样吗？

几乎可以肯定，不会。他的注意力，将无可避免地从“如何全身心地进入患者的世界，去感受那个推动身体发生转折的最微妙的力量”，分出一大部分，转向“如何用清晰、可操作、且事后无法被指责的语言，去格式化我的预判，使之具备‘可验证性’”。他会开始下意识地思考：“我这个预判写下来，将来会不会被判错？”“我的语言够不够‘科学’？”“如果错了，我要怎么解释？”

这种思考本身，就已经将他从临床现场的参与者，转变为一个临床证据的生产者。他的判断，不再是与行动合一的内在环节，而是必须从行动中剥离出来，成为一个独立的、需要为自己未来命运负责的“物”。他对患者说的那番话，也将不再是第一种场景中那种充满勇气和临在的“邀请”——“我给你开个门，你的身体会顺着这个方向走”——而会不自觉地带上一种谨慎的、为自己留后路的腔调。那番话所携带的那种推动患者身体向痊愈方向移动的、实质性的信义力量，在这一“剥离”的瞬间，已在无形中被卸去了大半。

这就是“交出”的发生学。我们目睹的，不是一个中立的、无害的“记录”过程，而是一个在认知层面对医者的临床在场实施了根本性重塑的动作。它系统性地那个作为疗效发生媒介的、活的、不可拆卸的“信托行为”，切割、脱水、装裱成了一个可供测量学审视的、死的“判断标本”。而当我们围着这个标本，争论它是否具备统计学意义时，我们恰恰证实了那个标本的死亡——不是因为本来就没有生命，而是因为生命在装裱过程中已必然地逝去了。我们所有的证据困境，追根溯源，都始于这个所有改良方案都不曾、也不愿质疑的、交出判断的最初一刻。

三、与既有理论的对勘：“预判性信托”切开了什么新辨别面

上一节的案例揭示了一个核心机制：疗效是在一次不可撤回的信托行为中被“署名”的，而“交出以供验证”这一动作，恰恰消解了这个行为的信义冲力。在将此发现凝结为“预判性信托”之前，我们必须严肃地执行一项理论对勘的工作：将这一判断放到既有学术传统的光谱下，逐一追问它是否只是某个已有概念的重述。只有当它能够经受住所有“敌意最近邻”的检验，证明自己切开了此前任何理论都未能切开的辨别面时，它作为一项新的理论发现的资格才能被确立。

第一路：波兰尼的默会知识与具身判断

迈克尔·波兰尼（Michael Polanyi）关于“个人知识”与“默会维度”的论证（Polanyi, 1958; 1966），早已深刻地揭示了科学实践（包括医学诊断）中存在大量不可被形式化、不可被编码、不可被语言穷尽的“默会知识”。我们“知道的远比我们能够说出的多”：一位资深骑手无法用言语说明他是如何保持平衡的，一位技艺精湛的病理学家也无法用一套算法穷尽他怎样在一张张切片图像中识别出恶性细胞。波兰尼的这一洞察，为批判将临床判断粗暴还原为算法化操作提供了最坚实的概念武器。

显然，“预判性信托”所描述的那个“不可拆卸的在场判断”，与波兰尼的默会知识存在着高度的家族相似。但本文的论证并没有停留在“中医判断是默会的”这一认识论层面上。它往前推进了一步，进入了一个波兰尼没有处理的层面：那个判断的存在论结构。对波兰尼而言，默会知识是认知者内在的一种能力，它是不可言传的，但它是认知者的私产——一位大师拥有高超的默会判断力，这项能力随他而生、随他而去。本文所论证的“信托行为”，却不是医者私有的一个认知财产，而是医者与患者在特定情境中共同发生的一个事件。它不是“我

拥有一个不可言传的判断”，而是“我在你面前发起了一个不可撤回的投注”。疗效，不是从这个静态的“能力”中流出的，而是从这个动态的“投注-回应”的交互事件中结晶出来的。

二者的区分是根本性的：默会知识处理的是“知道如何”（knowing-how）与“知道什么”（knowing-that）的不可通约性；信托行为处理的是“行为的发起”与“行为的物化”之间的存在论断裂。波兰尼可以解释为什么一位中医师无法把他的判断方法写成一本操作手册，但他无法解释为什么当这位中医师试图为他的判断“取证”时，那个判断本身——连同它所生成的疗效——会消逝。因为取证所摧毁的，不是默会知识的完整性（默会知识并不因被记录而被摧毁，它只是无法被充分记录），而是信托行为中那个“不可撤回的在场投注”的结构——这个结构一旦被“物化”的动作所打断，它就不再是它自身了。这是波兰尼没有切到的面。

第二路：医学人类学的治疗性叙事与解释模型

医学人类学的深厚传统，尤其是阿瑟·克莱曼（Arthur Kleinman）的“解释模型”理论（Kleinman, 1980）和谢丽尔·马丁利（Cheryl Mattingly）的“治疗性叙事”研究（Mattingly, 1998），早已系统论证过：疗效不是在药物分子与细胞受体之间完成的单向物理过程，而是在医患双方共享的意义系统、叙事结构和关系互动中被共同建构出来的。马丁利在《治疗性情节》一书中深刻地展示了：职业治疗师如何通过临床遭遇中与患者共同“叙述”一个关于生命重建的故事，来实质性地改变患者的疾病体验与功能恢复。这一洞察与本文“信托行为”的论证高度共鸣：我们都同意，疗效的现场远比“药物+心理安慰”的简单加法复杂。

然而，在根本的旨趣上，二者是分道而驰的。治疗性叙事传统的研究重心，在于解释“叙事”如何作为治疗的工具或媒介而起作用——它分析叙事的情节结构、意义框架、以及它如何帮助患者“重新配置”（re-narrate）个人的生命历程。它的理论锚点，在于叙事的内容与效力。本文的信托行为，其理论锚点则不在于叙事的内容，而在于行为的结构。那个改变了患者生命走向的关键时刻，并不一定需要是一个完整的故事，它可以仅仅是一句话、一个沉默、一个眼神——只要它在存在论上构成了一个“发起投注”的行动。胡希恕对重症肝炎患者说的那番话，当然是叙事，但它的疗效并不仅仅来自“叙事结构”的完整与说服力，而更来自那句话本身的以言行事力：它在“说”的同时，就已经在“做”——在创立一个治疗联盟、在发起一次信义投注、在打开一个朝向痊愈的方向。这个“做”的维度，是叙事人类学因其理论旨趣而未能独自抓取的东西。本文将这一层从叙事内容的分析中拆卸出来，单独命名，作为理解疗效生成的核心变量。

第三路：医学伦理中的信托理论与法学中的信义关系

医学伦理学与法学中有一块早已深耕的领域：医患关系是一种信义关系（fiduciary relationship）。从托马斯·佩雷格里诺（Edmund Pellegrino）到奥诺拉·奥尼尔（Onora O’Neill），学者们反复论证（参见 Pellegrino & Thomasma, 1981; O’Neill, 2002），医患关系建立在一种不对称的信任之上——患者因为脆弱而将自身的健康托付给医者，医者因此负有与受托人相类似的、以患者利益为首要考量的信义义务。法律上的信托（trust）结构更是精确地规定了委托人、受托人与受益人的权利义务关系。

在术语的表面，“预判性信托”几乎是踩着这条学术路径的脚印前行。这正是本文最需要审慎辨析之处：我是否仅仅是将一个法学的成熟概念诗意地移用到了中医场域，换了一个新的商标？我的回答是否定的。法学和伦理学的信托理论，处理的是关系的规范性结构：它规定，一旦这种关系成立，受托方就负有特定的义务（忠实义务、注意义务），委托方则享有特定的权利（知情同意、隐私保护）。它是一种对关系的伦理-法律分类。而本文的“信托行为”处理的不是一个关系类别，而是一次行动的存在论结构。它的核心问题不是“医患双方各自的权利义务是什么”，而是“疗效是从哪一种具体的行动结构中生成出来的”。

这一区分至关重要。一个标准的信托关系可以在完全不出差错的情况下持续存在——医者尽职尽责地履行其信义义务，但仍有可能无法产生那种本真的、足以推动生命发生转折的疗效。因为疗效，在本文的论证中，并不自动地从一种规范性的关系结构中流出，而是必须从一次具体的、充满风险的、不可撤回的行动发起中被“结晶”出来。本文的信托行为，描述的不是医患关系的静态属性，而是那个“投注-回应”的动态事件本身。这就是“预判性信托”从法学的信托理论和伦理学的信义关系中切出的缝：前者锚定于关系的伦理框架，后者锚定于行动的本体论结构。

第四路：福柯的“医学凝视”与临床知识的权力建构

最后，必须提及与本文的论证最具张力感的一路。米歇尔·福柯（Michel Foucault）在《临床医学的诞生》（Foucault, 1963）中，精辟地揭示了现代临床医学如何通过一种特定的“凝视”——将病人身体转化为一个可被观察、可说出的对象——而建立其知识体系。解剖-临床医学的目光，将疾病的本质从患者表面的症状迁移到体内深层的组织病变，从而完成了从“分类医学”到“解剖-临床医学”的认识论断裂。本文对“认知蒸馏”的批判——即认为将临床现场“提交”给第三方观察会消解疗效——表面上看似乎是站在福柯的谱系中，对“凝视”的物化效果进行控诉。

然而，本文与福柯在根本的判断上并不重合。福柯的分析揭示的是：临床凝视如何通过其建构性的权力，将身体生产为一个新的认知对象

（“病理解剖学的病灶”），从而造就了一种新的医学知识形态。他的刀，切在“凝视的生产力”之上。本文的刀，却切在“第三方观察的消解力”之上。我所论证的，不是目光的“建构”，而是目光的“消解”——当那个冷眼旁观的第三方位被引入临床现场时，它所消解的，不是一个有待建构的前现代经验，而是一个本已高度精细化、高度建制化的临床行为（中医辨证论治）的内核推力。福柯关心的是“观看如何制造了它的对象”，我关心的是“验证如何驱散了它的对象”。因此，本文的论证并非对福柯论题在中医场域的简单重复，而是一项独立的、指向不同因果机制的发现。

经由这四路对勘，我们可以为“预判性信托”给出一个更严格的界定：它描述的不是一种可以被形式化、编码化或内化为个人资产的认知能力（默会知识），不是一种通过情节与意义框架发挥作用的叙事结构（治疗性叙事），不是一种以权利义务对称性为特征的伦理-法律关系（信托理论），也不是一种通过目光建构知识对象的权力机制（福柯的医学凝视）。它是一种特定的行动结构——在这一结构中，医者对患者未来的身体方向发起了一次当下、不可撤回、以个人信誉为担保的投注；疗效，正是在这一投注的“署名”与被“署名”者（患者身体）的“回应”之间的振荡中，作为一种原初的生命事件而结晶。这个结构，是此前四路理论传统因其各自的理论旨趣而未能独立抓取的一个控制变量。本文所提出的“预判性信托”，正是对这个控制变量的命名[4]。

四、悖论与处理：当“记录”本身成为一种“交出”

经由上述的理论对勘与案例展示，“预判性信托”的核心判断已初步确立：疗效生成于一次不可拆卸的信托行为，而“交出以供验证”会系统性地消解这一行为的信义冲力。然而，现在我们必须直面一个最具颠覆性的自我反驳：如果“交出即消散”，那么本文所构想的制度——无论是“信托现场归档”（TEP），还是“信托公库”——其核心操作不正是“记录”和“存证”吗？难道记录就不是一种“交出”？当一个医者知道自己的每一句话、每一次沉默、甚至每一个眼神都在被录音和归档，并准备接受未来的同行审查时，那个“录音”的红点，难道不恰恰就是那个“验证的幽灵”的最具体的肉身？那个在场的、被完整保留的“情境”，是否从建立之初就已经被这个未来的凝视所殖民，因而从一开始就不是一个本真的信托事件？

这个悖论是致命的。如果不正面处理它，本文的全部制度构想将在其自身逻辑上自我瓦解。本文的回应不是试图在理论上取消这个悖论——因为从存在论上讲，它是不可取消的。任何形式的记录，无论多么“实时”、多么“全息”、多么“不可篡改”，都不能改变一个基本事实：它引入了一个相对于信托行为而言是“异质”的第三方目光——哪怕这个目光的到来被推迟到了未来。医者在那一刻的“在场”，不可避免地会被那个“现在我所做的将被后来者审视”的意识所重塑。

然而，这并不意味着我们必须放弃记录，退回到一种无任何制度约束的纯粹个人信任之中。因为，在悖论的两级——完全“交出”以供外部验证，与完全“不交出”而导致无任何公共责任——之间，存在一个可以被操作的“可接受距离”。这个距离的实质在于：记录的设计，必须使那个“第三方的目光”尽量站得足够远、足够退后，以至于无法参与塑造信托行为的发起瞬间的结构；它的功能，严格地被限制在行为完成之后的“存证”与“回溯性审查”之上，而非行为进行之中的“验证性监测”。

这正是“信托现场归档”（TEP）与“预判验证试验”的根本区别。在后者中，医者被要求预先填写一份结构化的“预判表单”，他写下每一行字时，都清醒地知道这行字将作为他未来准确性的直接证据被评判。那个“验证”，从一开始就以“考卷”的形态刺入了判断的生成现场，从内部重塑了判断的志向——从“我要为这个患者打开一扇门”变成“我要写一份将来不被判错的答卷”。而在前者（TEP）中，医者并不为外部验证者“填写”任何特殊的东西。他所做的，只是比常规诊疗多了一个工序：把他本然就要对患者说的话、本然就要做的检查、本然就要开的方药，以不可篡改的方式完整地录音和存档。这个工序，不需格式化他的语言，不需量化他的直觉，不需改变他与患者交流的节奏与方式。录音的红点，当然是一种异质的在场——本文不否认这一点——但它相比于一份专门为“考官”准备的答卷而言，是一种对人的认知姿态扰动小得多的异质。它更像是一面被架设在身后角落里的镜子，而不是一束从正前方打来的强光探照灯。医者可以选择几乎遗忘它的存在，而专注于眼前的患者；但他却无法在填写一份结构化的“预判量表”时遗忘它的存在。

这里，我们需要引入一个概念上的区分：“记录”与“交出”。并非所有的记录都是“交出”。只有在记录的内容和格式是为了满足一个外部验证程序的要求而被预先格式化时——即，它要求医者将自己的判断从本然的行为中“拆卸”下来，重新组织成一堆可供事后打分的“证据材料”——它才构成存在论意义上的“交出”，并启动疗效的消逝。而当一个记录只是对信托行为发生现场的尽可能低度的、全息的“存证”——就像一个博物馆为一件珍贵的艺术品建立3D数字档案，以便在若干年后鉴定其状况时，无需回到那个已经逝去的展出现场——它虽然无法完全复原那个现场，但至少没有在它还未发生时就动手将它改装成一件适合鉴定的标本。TEP的哲学定位正在于此：它不追求捕获那个永远无法被捕获的信托行为的“本真灵魂”，它只追求为那个本真灵魂曾经存在过这一事实，留下一组尽可能忠实的、可供事后回溯性鉴定的物质痕迹。

因此，本文的制度设计，不是要幻想一种可以完美规避悖论的无菌真空，而是要承认悖论的不可取消性，并在悖论的两级之间，寻找一个扰动最小的、诚实的技术位置。TEP不是一个完美的解决方案，它是一个在“完全不可验证”与“验证即摧毁”之间，所可能达到的最好的妥

协。它所能提供的，不是疗效的证据——那个疗效作为一个独特的事件已经永远过去了——而是医者对那次信托行为“负责任地发起过”的证据。由此，整个制度设计的重心，从“结果是否正确”的证明，转向了“过程是否负责”的存证与共鉴。这是悖论逼出的、一个不得不然的制度逻辑转向。它不再以那个注定要扑空的“验证”为地基，而以那个可以被严肃审查的“责任”为基石。

五、从“验证”到“责任”：预判性信托的制度形态

经由第四部分的悖论分析，我们达成了一个关键的制度立足点：“预判性信托”的锚定对象，不应是那个必然被“交出”所污染的预判的“准确性”，而应是信托行为发起过程中的“负责任性”——即，基于当时的全部可用证据，医者所发起的那个判断，是否是一个合乎情理的、逻辑自洽的、情有可原的专业投注。现在，我们可以在这个新的地基之上，审慎地展开这一制度的形态。

这一制度构想的起点，是一个极具张力的概念重构：将我们从一个关于“预判”的准确性焦虑中解放出来，转而关注“预判”作为一次信托行为的完整性与严肃性。它包含三个不可分割的要素：预判的情境、预判的内容与预判的责任。

第一，预判的情境：信托现场归档（TEP）。这是整个制度依凭的根基。它要求建立一个标准化的“信托现场归档”（Trust Encounter Protocol, TEP）程序。TEP不是一份评估量表，而是一个动态的多媒体档案。它的设计原则，直接来源于第四部分的悖论处理：记录必须作为信托事件的外部“存证”，而非渗透进事件内部的“验证”。为此，它应至少包括：(1) 医者的判断叙事录音：由医者本人以口头而非书面形式，向患者直接陈述病情分析与治疗方向。这个“以言行事”的现场录音，是TEP的核心文件。它保留了语言中的犹豫、确信、语调与情感断句，这些信息远比一份被组织成优雅文本的“预判报告”更能真实反映判断发生时的认知状态——因为它最小化了医者为应对审查而“修饰”自身语言的空间；(2) 患者的身心图谱：在诊断前后，使用简短、标准的量表记录患者的情绪状态与身体感受，以捕捉信托行为发生的即刻“相变”痕迹；(3) 治疗信物的数字化影印：开具的处方（包括药方、针灸选穴等），作为被置于公共监督之下的物质信物；(4) 独立的时间戳与加密存储[5]：所有TEP文件，在发生的同时即加盖不可篡改的时间戳，并加密存储于受监管的第三方平台，以确保其作为一份完整历史档案的原始性与不可抵赖性。

第二，预判的内容：作为共同参照的导航星图。在创建了不可动摇的“情境”档案之后，医者的临床预判将被赋予一个全新的制度身份。它不再是等待外部专家打分的“考卷”，而是作为一份具有专业严肃性的“诊疗意见书”的核心附件。这份意见书必须清晰陈述：基于当前的TEP信息，医者认为患者的功能状态将如何演化（预判），这将如何指导接下来的治疗策略，以及患者和医者可以共同期待在未来的某个被清晰界定的时间窗口内，看到何种具体的生命迹象变化。

这些预判坐标，将由医者和患者共同持有。它们的功能，不再主要是供一个外部的“验证者”来宣判医者的对错，而主要是供医患双方在未来的治疗中，作为一个共同参照、动态校准、深化合作的“导航星图”。它们的价值，不在其被精准兑现的那一刻，而在其作为一个持续的坐标参照，为每一次临床决策提供了可以被讨论和调整的依据。它们是否被“精准兑现”，由此成为在信托关系内部进行商讨的议题，而非一个由法院式的验证委员会执行的一刀切裁决。

第三，预判的责任：同业共鉴作为制度的基石。这是“预判性信托”最核心、也最沉重的制度设计。当预判不再直接接受外部“验证”的奖惩时，我们如何保证其质量，防止其沦为自说自话的玄学？答案是，我们必须建立一套比对预判准确性更严苛百倍的“同业共鉴”制度[6]。

该制度由独立的、受认可的第三方机构（“信托公库”）组织执行。公库下设由多学科专家（中医、临床医学、法学、伦理）组成的、分专科的“共鉴委员会”。委员会对随机抽取的入库TEP卷宗进行定期、匿名审查。但审查的焦点，不再是“该预判最终是否准确”（这是一个未来才能揭晓的、且充满不确定性的问题），而是回溯性地审查：“在该次信托事件中，发起者的判断逻辑是否成立”。具体而言，他们追问：在医者做出那个预判的当下，基于TEP所记录的全部四诊信息，以及该医者所宣称遵循的理论体系的内部法理，这个预判是否是一个符合情理的、逻辑自洽的、内部一致的专业判断？医者的推理链条是否可以被复现？他是否注意到了那些不应被忽略的危险信号？他的预判是否为一个有通常经验与资格的同行，在相同的信息条件下，也可能去走的合理方向？

如果共鉴发现，医者的预判逻辑严重不通、基础四诊信息与其判断之间存在无法解释的断裂、或表现出了明显的疏忽与轻率，那么，即便这个预判在未来被奇迹般地“证实”了，此次信托行为也将被判定为一次“鲁莽的信托”，并记录为该医师执业信誉的严重污点。反之，如果共鉴认为该预判在当时的信息和法理下，是一次深思熟虑、逻辑严谨、情有可原的冒险，即便它最终被事实证明是错误的，此次信托行为也应被鉴定为一次“负责任的信托”，不应承担任何职业污点。

第四，责任分级与制度配权。这是“信托公库”发挥社会治理功能的关键。一个医者在公库中累积的“负责任信托”的记录，将转化为他在医疗体系中的实际权限。累计获得一定数量“负责任”鉴定的医师，可被授权在面对复杂、无法等待RCT证据的临床决策时，采用更灵活、更强调调整网络调控的治疗方案，并有权在医保支付、多学科会诊（MDT）中发出更有份量的声音。而那些经审查被多次判定为“鲁莽信

托”的医师，则会受到限制乃至暂时取消其入库存档的资格。

这一制度生态一旦建成，一个全新的临床责任闭环便浮现了。它不依赖一个外在的、全知的科学“真理”来为每个医疗行为背书，而是通过一个公开、透明、严格的内部“共鉴”程序，将个人的临床判断，压实为一种可以向同行交代、并能被公众持续监督的专业责任。它把对“不确定的未来”的裁决，变成了对“当下行为的逻辑与诚意”的评判。这正是处理复杂系统问题时所可能拥有的、最高级的制度智慧。

至此，我们也终于可以回答那个最初的问题：中医的疗效如何制度化？答案不是“证明它”，而是“负责地行使它”。不是将临床的信义交付给一套冷冰冰的证据算法，而是在一片由同行共鉴构成的、持续的、公开的信任场域之中，一次又一次地、认真地、不怕犯错地、去开启那些朝向治愈的可能性的冒险。一个能够成功制度化这种“负责任的冒险”的体系，远比一个迷信于事后验证的体系，更能保护和激发那些真正稀缺的、创造性的临床智慧。

六、局限与反驳：一个制度需要被放在最严格的攻击下检验

任何真正负责任的制度构想，都必须以承认自身的边界和回应最致命的反驳为前提。以下将“预判性信托”置于三种最严格的攻击之下，逐一回应。

第一击：“逻辑自治但疗效有害”的系统性风险。这是本文面临的最尖锐的质疑。如果彻底放弃结果验证，只审查“逻辑与责任”，那么如何防范一种逻辑自治但有害的治疗流派——例如某种极端的、内部法理严密但长期对人体造成累积损伤的放血疗法或排毒理论——在“同业共鉴”中获得高分？甚至，由于共鉴委员会由共享同一套理论体系的同行组成，他们极有可能因“集体同谋”而无法识别某个系统性错误，导致“鲁莽”被重复地标记为“负责任”。

对此，本文的回应是三重制度防火墙。

其一，共鉴委员会的多学科构成。委员会必须强制纳入临床循证医学专家和生物统计学家作为常设成员。他们的任务，正是在每一个个案审查中追问一个“异质性”问题：“虽然这位医师的推理在他的流派内部是自治的，但从现代医学已知的病理生理和药理机制来看，是否有任何不应被忽略的危险信号？”这一“外部凝视”将有效防止流派内部的情有可原成为集体盲区。

其二，结果数据的匿名哨兵追踪。本文所反对的，是以结果验证作为奖惩医师的直接制度工具——因为它会重塑临床行为——但并非反对将结果数据用作对整个公库制度的健康性进行流行病学级监测的哨兵。公库必须建立一套独立的、匿名的、不以奖惩个体医师为目的的结果追踪系统。它的任务不是给某个医者打分，而是持续扫描整个公库，提出这样的警报：“在过去的两年中，采用X流派进行Y类治疗的案例，其经由独立盲法随访得出的长期不良事件发生率，是否显著高于采用其他流派的案例？”一旦哨兵响起，公库委员会就必须启动对该流派“受托责任”的专题审查，重新评估其内部逻辑，必要时暂停该流派“负责性信托”的资格，直至澄清风险。这是悬在整个制度头上的、公正无私的一柄利剑。

其三，患者退出权作为终极校正[7]。在“预判性信托”制度下，患者对其TEP卷宗享有绝对的知识 and 退出权。任何患者，在任何时候，如果对治疗结果不满，都可以选择将自己完整的TEP卷宗提交至医学鉴定机构，申请一位与公库及原医者无利益关联的外部法医专家进行独立的事后审查。此时，审查的焦点可以从“逻辑是否成立”切换至“在当时的信息下，该预判是否构成了对风险的严重低估或告知不足”。患者的退出权，是悬在制度头上的另一柄剑——它将对制度内部可能的“温情共鉴”构成持续的外部威慑。

第二击：成本与操作的不可承受之重。“TEP要录音、存档、时间戳加密，还要跨学科的共鉴委员会定期开会——这种制度成本，谁来承担？落到穷乡僻壤的基层中医那里，是不是天方夜谭？”

这一击必须被正面承认：在制度的初期，它必然是一个高成本、筛选性的精英规则，而非普惠性的大众工具。它最初适用的场域，应是那些“证据结构性匮乏、且临床风险足够高”的领域——比如，一家大型三甲中医院的肿瘤科或疑难病中心，其临床决策的复杂性早已超出了任何指南能覆盖的范围，且患者处于高度脆弱状态。这些科室，本身即有动力和能力投入资源来建立一套更能保护其临床判断的制度屏障。公库的早期运营，可以由这些高精尖科室联盟、国家级中医药研究基金与商业医疗保险机构（作为对“负责任的冒险”的买单方）共同出资。

当这套制度的逻辑在这些“头部”场域运行成熟、并被证明能有效管理风险之后，其核心技术架构（TEP模板、电子化的时间戳加密云平台、远程共鉴会议流程）可以模块化、低成本化，逐步向更基层的临床场景扩散。因此，“成本高”不是对制度逻辑的驳斥，而是对制度实施路径和优先级的限定。一个不能在精英场域率先证明自身逻辑的制度，本身就是不应扩散的。能扩散，是在严酷的精英实践中被逼出来的资格。

第三击：实时记录本身即构成“交出”，悖论并未真正解决。这是第四部分已处理过的反驳，但值得在此以更凝练的形式再回应一次。

是的，任何记录都无法完全取消那个“未来的凝视”的重塑效应。TEP不是完美的解药，它只是在“交出”（以格式化的预判量表供验证）和“完全不交出”（无任何公共责任）之间，向着“交出”的另一级所做的、最小化的退让。录音，相比于填写量表，是更尊重信托行为为本来结构的记录形式，因为它不要求医者使用一套异质于他临床思维的语言来描述自己的判断。它只是将这个思维的“声波化石”保存下来，以待未来的回溯性审视——这种审视的逻辑，如前所述，又是以“是否负责任地发起”为纲，而非以“是否准确预测”为纲。这个从“验证”到“责任”的转向本身，就极大地卸掉了医者在发起判断时面向“考卷”的焦虑，从而最大限度地让那个“录音的红点”退向意识的后景。这不是一个完美的终结，而是一个在悖论的铁笼中所能做的最好的调节。一个制度设计者，不应当因为这个世界不完美，就舍弃它在不完美的边界上所可能抵达的更高的诚实。

七、结论：从证明的泥潭到责任的旷野

本文始于一个僵局的审视：中医与循证医学的证据冲突，为何在无数方法改良后仍然悬而未决？我们的剖刀，最终切入了比“量纲不匹配”更深的一层。我们发现，一切改良方案，包括那个极富洞见的“预判-验证”第二通道，都共享了一个未经质疑的柔软下腹——它们都默认，那个内在于临床现场、生成了疗效的“判断”，可以被平安无事地“交出”，送上一个外部的、事后的验证法庭。而本文论证的核心，正是要推翻这个预设。

经由对“交出”的发生学分析、与胡希恕真实医案的对照、以及与既有理论传统的对勘，本文认为，中医辨证论治的疗效，并非源自一个可被拆下检验的“正确判断”，而是生成于一个以医者个人信誉为担保的、不可拆卸的“信托行为”。疗效，是这个行为的“署名”，而非“结果”。当“交出以供验证”的那一刻起，这个行为最核心的信义冲力——推动患者身心发生改变的第一推动力——就已消逝退行，整个验证行为，不过是对一个已经消逝的事件的捕风捉影的考古。

基于这个判断，我们彻底放弃了修复“外部验证”这条道路的幻想，转而提出了一种新的制度构想——“预判性信托”。它不再将证据生产锚定在对预判准确性的追溯打分之上，而是锚定在对信托行为发生时的完整情境（TEP）、逻辑（诊疗意见书）和责任（同业共鉴）的不可篡改的存证之上。它将评判的利剑，从“命运手中掷出的骰子”（最终结果），转向了医者“在当下是否进行了负责任的专业投注”（判断逻辑与职业操守）。这并非降低标准，恰恰相反，它将一个可以被运气粉饰的“结果正确”，拔高到了一个无法被任何借口稀释的“过程真诚”。

因此，这不是一篇为中医争取“平等”的文章，这是一篇关于“勇气”与“制度”的文章。它主张，在面对复杂生命系统的诊疗时，我们应该从那个“先证明自己，才值得被信任”的死循环——那个中医苦苦挣扎了百年的自锁闭环——中挣脱出来。我们应该创建一种制度，它敢于去信任那些敢负责、敢思考、敢投注的临床判断，并用最严格的同行共鉴来持续监督这份被托付的信任，用结果哨兵系统和患者退出权来为这份信任持续地校准边界。让证据，从被测量的静态尸体，转变为被存证与共鉴的动态生命责任的现场。

一个真正负责任的判断，必须以承认自身的可错性为边界。本文的全部论证，可以通过一个清晰的证伪条件来检验：如果在未来二十年内，有研究者基于本文提出的“信托现场归档”与“同业共鉴”规程，建立起一个公开、透明的同行逻辑审查体系，并同时对同一批医生进行匿名的结果哨兵追踪。如果数据显示，那些在“逻辑共鉴”中被评定为“负责任信托”的判断，其在真实世界中最终被独立、盲法的长期随访所证实或惠及患者的成功率，与那些被评定为“鲁莽信托”的判断的成功率，两者在统计上并无显著差异；换言之，如果“逻辑上的负责任”与“事实上的惠患者”被证明是完全不相关的两个变量，那么本文的核心机制——医者审慎的、内部的判断逻辑是连接他的知识与患者好转之间的那个关键中介——就是错误的。到那时，我们将必须承认，临床疗效可能真的只是一个比我们想象中更盲目、更运气主导的闭环，而我们所珍视的那种“明医”的判断力，可能确实只是一种精致的幻影。但在这一条被最终证实之前，本文的论证，为所有以“不可拆卸的判断力”为核心的临床实践，开辟了一条更为诚实的前行之路。

注释

- [1] 本文所称的“并行派”方案，泛指近年国内外方法论讨论中一类将中医证据单元从“药效”转向“医师判断力”的研究进路，其核心操作是预先记录医者预判并交由独立评估者进行盲法验证。本文不针对任何特定研究者提出的具体模型，而仅是就其共享的“交出判断以供验证”这一预设展开哲学分析。
- [2] 本文以“认知蒸馏”为隐喻，概括一种广泛渗透于循证医学证据生产逻辑中的认识论预设：通过严格的方法学设计剔除主观与情境性噪音，从而提取出纯粹的、可独立检验的有效成分。该隐喻系本文作者之概括，并非某个特定既有学说。
- [3] 本案例系基于已故经方家胡希恕先生临床经验与教学述要之例示性重构，用于拓展理论论证，部分对话与现场细节已作匿名化处理，并非逐字逐句的实录。
- [4] 本文所使用的“信托行为”概念，特指一种以言行事、不可撤回的临床在场行动，其疗效生成于信义投注与患者回应之间的动态振荡。该概念与法学中的信托结构（trust）或信义关系（fiduciary relationship）存在根本差异：后者侧重于关系的权利义务框架，本文则聚焦于行动的本体论结构。这一区分的详细讨论见本文第三部分末段。
- [5] TEP架构中对不可篡改时间戳与加密存储的要求，在概念层面借用了区块链存证与数字公证的基本思路。本文仅在制度设计的意义上借用其“不可篡改存证”

之功能逻辑，不深入探讨具体的技术实现方案。

[6] “同业共鉴”不同于常规的学术同行评议或临床病例讨论。它特指一种由独立机构组织的、多学科专家参与的匿名回溯性审查制度，审查的唯一焦点是：在信托行为发起当下，医者的判断逻辑是否构成一次“合乎情理的、负责的专业投注”，而非事后评判其预测准确与否。

[7] 患者对其TEP卷宗的绝对知情权与退出权，是“预判性信托”制度保障患者安全、防止制度内部温情共鉴的关键设计。其伦理基础可追溯至医学伦理学中知情同意与信息自决权的基本信条，但在本文的制度框架下被赋予了“随时退出并启动独立审查”的具体操作路径。

参考文献

Foucault, Michel (1963). *Naissance de la clinique: une archéologie du regard médical*. Presses Universitaires de France.

Kleinman, Arthur (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. University of California Press.

Mattingly, Cheryl (1998). *Healing Dramas and Clinical Plots: The Narrative Structure of Experience*. Cambridge University Press.

O’Neill, Onora (2002). *Autonomy and Trust in Bioethics*. Cambridge University Press.

Pellegrino, Edmund D. & Thomasma, David C. (1981). *A Philosophical Basis of Medical Practice: Toward a Philosophy and Ethic of the Healing Professions*. Oxford University Press.

Polanyi, Michael (1958). *Personal Knowledge: Towards a Post-Critical Philosophy*. University of Chicago Press.

Polanyi, Michael (1966). *The Tacit Dimension*. Doubleday.

最近邻加固与核心命题的重写

本篇收入「中医哲思」频道前做了一轮加固：把参照语料主动往外扩，请出最可能吞掉本文核心概念、而原稿未曾对质的那位对手，与它划一条可裁决的分界线（两套理论对同一件事作出相反预测），再把核心命题从肯定判断改写为否定—重命名判断，并补上「本文禁止什么」。

一、原稿没有请出的那位对手：医患关系中的「信义义务」理论

本组三篇共处同一片地带，本篇的落点是**伦理—因果**：疗效生成于一次以医者信誉为担保、不可撤回的信托行为。而「信托」在医学伦理与卫生法里是一个已经高度发达的范畴：信义义务（fiduciary duty）——因信息与脆弱性的不对称，医师对患者负有超出契约的忠诚与审慎义务。原稿未与之对质。

二、分离线

分离线在于**信托是义务还是疗效的构成环节**。信义义务是**规范性范畴**：它规定医师应当如何，违反了要担责；它对疗效不作任何主张，一个尽到全部信义义务的医师完全可能毫无疗效。本篇主张的是**因果性**：那次不可撤回的投注本身进入疗效的生成，患者身上的转变是这个行为留下的署名。

相反预测：

信义义务框架：把医师的义务履行标准化（知情同意完备、审慎记录、利益冲突披露）不会影响疗效，只影响责任分配。

本篇：当这套标准化把医师的位置从投注者移到留痕者时，疗效在需要投注的那类病例上下降；且下降幅度与「医师在开方时是否为自己的判断承担了不可撤回的风险」这一编码变量共变。

三、核心命题的重写

信托不是医生欠病人的一份义务，而是**疗效借以发生的那个动作本身**——它一旦被改写成可事后审计的记录，被审计的就不再是它了。

四、本文禁止什么

1. **禁止把它读作反对知情同意或病历规范**。本篇主张的是在留痕制度之外保留投注的位置，不主张取消留痕。
2. **禁止用医师的自信程度衡量信托**。准入是可编码的不可撤回性（是否公开预期、是否承担被证否的后果），不是主观确信。

3. 禁止把它扩展为「医生不必被问责」。本篇给出的制度形态恰恰是同业共鉴，即以判断逻辑而非结果来问责。

本轮加固所核验的文献

Rodwin, M. A. (1995). Strains in the Fiduciary Metaphor. *American Journal of Law & Medicine*, 21(2-3), 241-257. (信义义务，本轮所对质的核心对手)

Pellegrino, E. D., & Thomasma, D. C. (1993). *The Virtues in Medical Practice*. Oxford University Press.

Kleinman, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture*. University of California Press.