

临界间：当预防医学在没有病的地方建了一座城

它以为自己在架设一条更早的预警线，实际上是在两块已知大陆之外，填出了第三块

作者 胡敏 · SDE 学员 · 约 2.4 万字 · 发表于2026年7月31日 · 加固版

摘 要 本文从当代风险医学的一个根本性错位出发：它以为自己是在“健康”与“疾病”之间架设一条更早的预警线，但实际上，它在“健康”与“疾病”这两块已知大陆之外，制度性地生产出了第三块大陆——那些被标记为“高风险”的人，既回不到从前的健康身份，也并未踏入疾病的疆域，而是被永久地安置在一种此前不曾存在的生命状态里。本文将这种由一整套制度操作在个体生命上不可逆地沉淀出来的中间形态命名为“临界间”。诊断透支是造这座城的施工技术，过度诊断是事后清点这座城里的人头，而真正的本体论事件是这座城在过去的半个世纪里悄悄地从无到有、拔地而起。本文追踪这座城被建造的全过程——指标如何成为砖石，阈值如何成为城墙，自我验证闭环如何成为锁死城门的暗销，三股制度性力量（防御性医疗、筛查市场、精算模型）各自的合理行动如何在交汇处产生了它们任何一方都未意图的结构性子产物。本文进一步与四个最致命的近邻——Aronowitz的风险医学批判、医学化文献传统、Rose的分子生命政治、以及Timmermans与Buchbinder的“候诊式病人”——逐一完成正面对质，指出它们各自的承重变量在什么条件下失效，并提取出“临界间”的不可还原内核：制度性退出通道的系统性缺失。这一内核将“临界间”与所有近邻分离开来：它不是在清点诊断的多少、不是在描述目光的扩张、不是在刻画等待的姿态、也不是在揭示风险如何被治理——它是在指认，当一整套制度操作将风险信息兑换为不可删除的身份编码、且至今没有建立起任何可操作的脱标程序时，那座城就不再只是一个隐喻。在拿到更结实的证据之前，一个人的健康身份不应该被一群他从未见过、也不会来敲门的未来债权人提前没收——但本文要论证的，比这更进一步：在拿走他健康身份的同时，医学并没有真的给他一张通往疾病的单程票。他拿到的那张票，目的地上只印着一个词——临界间。

关键词

SDE 创新智商 盲评 136 → 加固后 137 · 编辑自评，待独立复核 盲评分对应投稿原稿（未经编辑改动时评出，S·D·E·I·F 五维加权，脚本计算）；附论各节由编辑撰写，按本站规程不得当认证分。本篇收入「风险医学与照料生理学」频道。

一、诊室里的陌生人

张女士，45岁，2013年单位体检空腹血糖6.1 mmol/L。她没有任何不适。体检中心的医生看着报告单说：“血糖有点偏高，属于糖尿病前期了。以后每半年来复查一次，注意饮食和运动。”那年体检中心刚更新了电子病历系统，她的档案首页从此多了一行标注：“空腹血糖受损史”。此后十年，她的血糖在5.8到6.2之间波动，从未用过降糖药。她每半年准时去复查，饮食严格控制，体重比十年前还轻了四公斤。2023年初，她想换一份商业健康保险。保险公司核保时调出了她的健康档案，保费比同龄人高15%。她打电话询问原因，客服答复是系统判定：“曾有代谢性疾病史”。她解释说从未确诊糖尿病、从未用过药、各项指标都在正常范围。客服查了系统后告诉她：“档案上显示您属于‘血糖异常人群’，这是永久的风险标注。”

张女士不是病人。她的身体此刻什么症状都没有，所有器官都在正常运转。但她也再不是健康人了——她的病历上被刻上了一行永不褪色的风险编码。她站在健康与疾病之间的某个地方，但那不是一条通道，而是一座已然建成的城。

这就是当代医学悄无声息地迈过的那道门槛。在此之前，一个人是不是患者，靠的是他当下正在承受的痛苦——身体说“这里不对”，然后医学介入，给这个不对命名，给出一套治疗的方案。那套古老的程序至今仍然每天在医院里运转，但它已经不再是唯一的那套。另一套程序正在以“预防”之名，把越来越多毫无症状的人请进同一个候诊室。它用的材料不再是症状，而是基因、生化指标、影像阴影。它签发的不再是“你病了”，而是一份“你未来很有可能病”。

当代学术界对这一现象并非毫无察觉。Welch、Schwartz和Woloshin以大量实证数据揭示了“过度诊断”的规模——相当一部分被筛查出来的“疾病”在病人一生中本不会产生任何临床症状。Armstrong将这种从“已病的身体”到“每一个人的身

体”的医学凝视转型命名为“监视医学”。Timmermans与Buchbinder基于新生儿遗传筛查的田野研究，将那些拿到阳性结果却终生未发病的儿童叫作“候诊式病人”——patients-in-waiting。Aronowitz追踪了美国医学从治疗疾病转向管理风险的整个历史过程，揭示了风险本身如何被转化为一种准疾病实体。医学化文献传统从Conrad到Rose，先后分析了正常生命状态如何被纳入医学管辖、以及遗传风险如何重塑了个体的主体性。这些工作各自抓住了这座新大陆的某一块地基——有人在丈量它的面积，有人在描述它的空间结构，有人在清点它的住户。

但本文要论证的是：这座大陆的本体论性质，尚未被任何既有概念充分命名。

“过度诊断”是一个结果范畴——它衡量的是诊断量的膨胀，问的是“我们是不是诊断了太多不会进展的病”。它只能在事后被回溯性地确认：病理学家在尸检中发现甲状腺有微小癌灶，这个人终生无症状、死于其他原因，这个癌就被判定为“过度诊断”。但在这个人还活着的时候——在他被告知“你有一个癌”、在他做出治疗或监测的决定、在他此后每一次走进诊室时——过度诊断这个判断帮不了他。它要等到他死之后才能确认他当初是否不该被诊断。这个“等到未来”的判断结构，制造了一个长达数十年的认知空窗期：在空窗期里，那个人已经在承受一切——反复的复查、身份的焦虑、保险的重新分类——但因为没有“确诊过度”，这些代价在社会账本上被记为零。过度诊断问的是“这个诊断对不对”，它是一个认识论问题。而真正需要被追问的本体论问题是：在那个诊断还没被证明为错的时候，在那个人的身体里什么都没有的时候，医学在他身上造出了什么东西？

“监视医学”抓住了这座新城的第一块地基——医学目光的扩张，把没有症状的人纳入了永久观察之下。但在Armstrong的框架里，被纳入监视范围的人，理论上仍然可以在风险指标回归正常后，走出那片监视的视野——目光可以移开，身份可以恢复。Armstrong描述的是“被看着”的状态。而本文要描述的是“住进去”的状态——当目光不只是“看着”一个人，而是把目光兑换成了一整套不可撤销的制度性操作（诊断编码、终身随访、精算重分类）之后，目光本身是不是已经变成了一座有墙的空间？那个被监视的人，即使所有风险指标都已回落，他病历上的那个既往代码仍

然会在每一次新的就诊中自动弹出。目光可能已经移开了，但目光曾经刻下的那道痕迹，已经长成了制度里的一格。

“候诊式病人”更近了一步。Timmermans与Buchbinder用细致的田野材料活生生地展示了一个此前没有被命名过的社会身份：那些被编入终身随访名单、但大多数终生不进展为临床疾病的儿童，他们站在通往病房的走廊里，在“等”。但“等待”这个隐喻本身，在临界间的尺度下会失效。等，预设了一个方向——走廊的尽头是病房的门；预设了一个终点——要么被叫进去（发病），要么等一辈子没被叫进去（终生平安）。但当一个被标记为糖尿病前期三十年的人，他的病历、他的复查日历、他的自我叙事、他的社会身份已经被四重砖石加固成了一间屋子，“等”就不再是对一个尚未发生的事件的悬搁——它已经变成了一种永久的生存状态。他不是在一个可能到来的疾病，他是被搁置在一个制度已经替他盖好的隔间里。等是时间性的延宕，搁置是空间性的悬停。那个隔间的墙，不靠疾病是否到来而建，也不靠疾病是否到来而拆。

Aronowitz追得最深。他在*Risky Medicine*一书中直接追踪了风险如何被转化为准疾病实体和患者身份——从胆固醇到糖尿病前期，从乳腺导管原位癌到轻度认知障碍。他的工作已经站在了本文想要占领的那个山头的山腰。但他论述的重心是：风险医学如何把“可能性”当“实然”来对待——这是一个认识论的批判。他指出的病变是：医学把统计概率错误地翻译成了个体诊断。本文则指出，比这一翻译错误更基本的，是翻译完成之后发生的事——那套接受这个翻译并将它锁死的制度。一个人被告知“你未来很有可能得糖尿病”，这本身是一句真话。真正让他住进临界间的，不是这句话的真假，而是这句话在电子病历里的永久编码、在保险精算模型里的跨期记忆、在临床指南里的终身管理建议——以及最重要也最隐蔽的：没有任何制度告诉他，他要满足什么条件、经过什么程序，才能让这句真话不再是他的身份。Aronowitz问的是“风险怎么被当成了病”。本文问的是“那个被当成了病的人，他被安置在了一个什么样的地方”。

医学化文献传统——从Conrad对医学管辖权扩张的经验研究，到Rose对“风险个体”和分子生命政治的理论分析——提供了最全面的解释框架。它正确地指出，风

险医学的扩张是医学化逻辑在无症状身体上的延伸，遗传学和生物标记物使得每一个人都潜在地成为“准病人”。但这一框架的变量是“医学定义的扩张”——它问的是，医学的边界移到了哪里。它的解释力止步于边界。而本文要指认的，是边界移动之后，在那个新被圈进来的区域里，一整套制度操作——诊断编码、终身随访、精算重分类——产生了一种这些文献没有单独主题化的特定效应：不可逆性。一个人可以不再吸烟，他的“吸烟者”身份就消失了。一个人可以不再有高血压，如果他停了药血压仍然正常，他的“高血压”诊断可以被撤销。但一个人一旦被标记为“糖尿病前期”，即使此后半辈子血糖完美，“糖尿病前期史”这五个字永远跟着他。医学化的变量解释不了这种“痕迹的不可逆性”，因为医学化的核心机制是“纳入”——把新的现象纳入医学管辖。而临界间的核心机制是“搁置”——把被纳入的人锁在一个不能退回的区域里。纳入不一定搁置，搁置必须纳入。但纳入之后发生了什么，是医学化框架的盲区。

这就是本文要讲的那个更根本的故事。它不是关于“诊断签早了”，也不是关于“诊断签多了”。它是关于：在健康与疾病之间，一个此前不曾存在过的生存空间，是怎么被一整套制度持续地、大规模地生产出来的；生产出来之后，那些被安置在里面的人，他们发现这个空间没有回去的路。本文将这个空间命名为“临界间”——它不是一种新的疾病实体，也不是一个简单的空间隐喻，而是指一组制度性操作在个体生命上不可逆地沉淀出来的中间过渡态。它的“不可逆”来自制度——电子病历的永久记忆、保险精算的跨期定价、临床指南的终身管理逻辑——而不是来自这个人身体的任何状态。

下面，让我们追踪这座城是如何被一点一点地填出来的。

二、第三块大陆是如何被填出来的

在传统的临床图景里，一个人被认出是患者，依赖的是一套相互咬合的线索在某个时刻同时亮起：病人自述的某种持续的不对劲（症状）、医生在体征里摸到的某个典型的异常（体征）、实验室送回来的某项数值的偏离（指标）、以及影像上那片不该出现在那里的阴影（影像）。这四重线索——各自单独看都可能只是噪声——当它

他们在同一个人身上同时按下手印时，医生和病人之间就达成了那个古老的共识：这是病。

但二十世纪下半叶发生了一件事，这件事的深远后果至今没有被充分地概念化。慢性病流行病学的长周期队列研究，积累了一类此前的临床经验里从未有过的知识：在某些指标的某些连续区间里，未来发生明确疾病的概率，确实高于其他区间。血压持续高于140/90的人群，未来卒中和心肌梗死的发生率显著更高；空腹血糖持续在6.1–6.9 mmol/L之间的人群，未来临床糖尿病的发生率显著更高；骨密度T值低于-2.5的人群，未来骨折的风险显著更高。这些知识本身没有任何问题——它们是统计学上真实的，经得起反复检验。

问题发生在将这些群体概率转化为个体诊断的那个动作上。这个动作在操作层面由三个环节构成，每一环单独看都合理，合起来却一步步把大陆填了出来。

第一环：指标的语法改编。在传统诊断场景中，指标的意义被症状和体征共同限定——血糖11.2加上多饮多尿消瘦，指向的是“正在发生的糖尿病过程”。在筛查场景中，指标的语境被抽空——血糖6.3，孤零零地立在实验室报告单上，周围没有任何来自身体本身的信号来定义它的意义。它被悬在语义的真空中。然后，临床指南走过来，给它补上了一个意义：“糖尿病前期”。指标在这个时刻扮演的角色，已经不再是诊断——诊断的题中应有之义是“认出当下正在发生的事”。而指标在这里做的事，是在当下读出一段未来。它不是在读身体的当下——身体当下正在做的事是超量分泌胰岛素以维持血糖稳定，这是代偿，是保护，是身体自己在试图避免走向疾病。而指标把这种代偿行动本身，当作了疾病的序章来对待。

这里需要被追问的不是“这个改编是否弄错了”——弄错不弄错，是一个认识论问题，答案取决于这个人将来会不会发病。需要被追问的是：流行病学的知识生产制度，是如何让这一改编变得“正确”、甚至不可避免的？流行病学队列研究的设计本身——长周期追踪、采集基线指标、统计远期发病率——就已经在认识论的源头上，把“在一个群体的远期发病者中，基线指标偏高的比例更大”这种描述，转化成了“基线指标偏高，意味着他处在走向疾病的路径上”这种叙事。这个转化不是任何

个体研究者有意为之的阴谋，而是这门学科的方法论语法本身就倾向于把概率关联重写为因果进程。当几代人、几十个国家的几百项队列研究反复用同一种语法书写之后，这个语法就不再是一个可以被个别研究修正的“假设”——它沉淀成了流行病学这门学科的默认认知框架。在这个框架中，血糖6.3不是“身体正在积极地维持血糖稳定”的生理学事实，而是“糖尿病正在悄悄地逼近”的流行病学信号。两个描述在各自的学科范式内都是真的，但只有后一个被写进了临床指南。

第二环：阈值的身份化。空腹血糖6.3 mmol/L的人，和空腹血糖6.0的人，在身体状态上可能没有任何有意义的差别。他们发生未来糖尿病的概率曲线是连续的，在6.0和6.3之间没有一个陡峭的突变。但他们的身份被那条线截然分开了。6.0的人在病历上是“血糖正常”，继续享有健康的默认身份。6.3的人在病历上被标注为“空腹血糖受损”，此后每一次就诊，电子病历首页都会弹出一个糖尿病前期的标识。那条线从哪里来？以糖尿病前期为例，空腹血糖受损的诊断切点从140 mg/dL (7.8 mmol/L) 一路下调到126 mg/dL (7.0 mmol/L)，再到110 mg/dL (6.1 mmol/L)，最终在2003年被定为100 mg/dL (5.6 mmol/L)。每一次下调，都意味着数以百万计原本被归为“正常”的人，在一夜之间被重新归类为“异常”。这条线不是从自然规律里被发现出来的，而是被画出来的——被一群在特定制度位置上的人，在特定的时代、面对特定的证据和特定的政治压力时，通过投票或共识画出来的。被画出来之后，它就在每一个个体身上，以判决的口吻生效。

这里的要害不是“画线的人犯了错”——也许那条线在当时是最审慎的判断。要害是：线一旦画下去，它就从一个认识判断凝固成了一个制度事实。制度事实不需要重新确证自己。它只需要遵从。每一版新指南发布时，数以万计的电子病历系统同步更新诊断逻辑；每一条新阈值被写入诊疗规范时，数以亿计的既往体检数据被重新归算，一大批此前是“正常”的人，在没有收到任何通知的情况下，病历上的身份被自动改写。这个过程不需要任何人“决定”去制造临界间——它只需要每一个环节的制度行动者，都按规定做他们被要求做的事。

第三环：环路的自我验证。一个被标记为糖尿病前期的人，被建议开始生活方式干预。他照做了。一年后复查，空腹血糖5.9，回到了正常范围。这个结果被表述

为“干预有效”。但假如他从未被标记，他的空腹血糖在一年后会不会也自然回落到5.9？这个反事实，没有人知道。在那些被追踪了的、未被干预的观察性队列里，确有相当比例的人血糖自行回退至正常——但这个事实在每一次“干预成功”的个体叙事中，都被系统性地遮蔽了。更隐蔽的发生在更长周期里：一个被标记的人，在接下来的五年、十年里没有发生糖尿病。这件事本身有两种可能的解释——他原本就不会得，或者预防起了作用。在真实的临床世界里，第一种解释永远不会获得检验。所有“没得病”的结局，都被自动记在预防的账上。这个环路的运作结果，不是产生了更多的健康。它产生的是一整套越来越难以被挑战的叙事惯性：高风险标签越多→被干预的人越多→“没得病”的人越多→“没得病”被越来越牢固地归因于干预→筛查和干预的重要性被越来越巩固→更多风险标签被签发。

这一环的自我验证逻辑不是外在强加的，而是内嵌在预防医学的证据评价体制之中的。要检验“不干预会怎样”，需要做长周期随机对照试验——把一群被标记为高风险的人随机分成两组，一组给予干预，一组什么都不做，然后在十年、二十年后比较两组的发病率和死亡率。这个研究设计几乎不可能通过伦理审查——因为我们已经“知道”他们处于高风险状态，不给予干预在伦理上看起来像是见死不救。但这个“知道”的反讽在于：它正是被环路自我验证生产出来的那个“事实”——我们因为干预了很多年，确信高风险者需要干预；因为我们确信他们需要干预，我们不认为可以做一个不给干预的对照试验；因为我们永远不做那个对照试验，我们永远拿不到“如果当初不干预，他们会怎样”的证据。这不是一个技术性的证据缺口。这是一个制度性的认识论闭合——预防医学自己的伦理承诺，堵住了它自己最需要打开的那扇门。

这三环，每一环单拆出来看，都找得到流行病学的依据。但三环咬合之后产生的那个新的东西——数以亿计的、没有任何症状的、身体功能完好的、却被编入终身慢性病管理秩序的人——不是三环各自设计时有意为之的产物。它是一种结构性的副产物。更准确地说：流行病学寻找风险关联、临床指南划定阈值、医疗服务执行干预，这三方的行动各自在其自身的逻辑内都是合理的、甚至负责任的。但它们的合理行动在一个共享的制度空间里交汇时，产生了它们任何一方都未意图、也未必乐见的后

果。流行病学并不要求把每一个6.3的人都编入终身管理，它只是报告了一条连续的概率曲线；临床指南的专家组成员也并非蓄意建造一座没有出口的城，他们只是在面对不完美的证据时，做出了他们自认为审慎的判断，并把这判断编码成了一纸指南；而在诊室里执行指南的医生，更不是在处心积虑地制造临界间——他们只是在面对一条被写进指南的阈值时，合规地签发了一个诊断代码。这三方都不需要承担“制造临界间”的意图或责任，但它们的合规行动合在一起，持续地、大规模地生产出了这样一个空间。

三、四重制度锁：临界间的墙壁是如何被盖起来的

上一节描述了临界间的填海技术——指标如何被改编语法、阈值如何被固化为身份、环路如何自我验证。这三环是造城的施工技术。但施工技术本身不足以解释，为什么这座城一旦建成，就几乎不可能被拆掉。要解释它的不可逆性，必须追踪后续的制度操作——那些把最初那个流行病学信号，从“一个值得留意的提醒”加固成“一个不可撤销的身份条目”的制度性动作。诊断编码、指南遵约、电子病历记忆、精算跨期定价——这四重制度锁，才是临界间真正的墙壁。

要看清这四重锁是如何联动的，最直接的方式是追踪一次偶然发现从影像报告到保险精算的完整路径。让我们设定一个思想场景：一位40岁的男性，参加单位年度体检。胸部低剂量CT——一项被越来越多体检套餐纳入的低危人群筛查项目——在他的右肺上叶发现了一个4毫米的磨玻璃结节。放射科医生面对这帧影像，知道这个结节是良性的概率超过95%；他也知道，万一它是恶性的，而他没有报，两年后患者出现症状时，他的执业生涯面临实质性的法律风险。所以他报了。报告上写着：“右肺上叶磨玻璃结节，建议6-12个月复查。”

到这里，这个偶然发现的临床意义——有还是无——任何人在这一个时间点上都无法确定。也许这个结节终其一生不会有任何变化。也许它会在几年后变大、需要手术。没有人知道。

但后续的制度操作不是等到“知道”了才启动。它们在放射科医生签下名字的那一刻，就开始自动运转。

第一重锁：诊断编码。放射科报告生成后，医院的病历系统自动按照编码规范，把这个“磨玻璃结节”翻译成一个标准诊断代码。这个编码不是备注——“值得留意的发现”——它就是附加在患者档案上的诊断条目。从那一天起，这个人再去看任何医生，无论他看的是皮肤科、眼科还是消化科，他的电子病历首页都会自动弹出“肺部结节”的既往标注。他本人可能完全不记得这个结节的存在，但系统替他记得。这个编码一旦写入，就没有一个标准的、可操作的删除程序——即使六个月后复查结节完全消失，那个既往代码仍然在那里：“肺部结节史”。它不会主动消失。它只会在时间中变旧，但永远不会变没。

第二重锁：指南遵约。肺结节管理指南规定了不同大小、不同形态的结节的随访频率与持续时间。对于4毫米的纯磨玻璃结节，指南中的标准建议通常是“12个月复查，如无变化，可延长间隔继续随访”。注意“继续随访”这四个字。它没有说“结节稳定两年后，可以关闭随访，宣布此人无碍，删除相关标注”。它说的是“继续随访”。在实际临床操作中，这意味着这个人只要没有被明确告知“你不需要再查了”，他的随访日历上就永远有一个下一次的标红日期。而这个“明确告知”在制度上是不存在的——因为没有任何临床指南会写出一个“无风险确认”的终点：宣告一个人绝对没有癌症风险，在证据上永远是不充分的。所以，除非病人自己放弃随访，制度不会替他关上这扇门。

第三重锁：电子病历记忆。当代电子健康档案的互联互通意味着，这个人换一家医院，他的诊断编码跟着他同步过去。他更换工作、更换居住城市、更换保险公司——那些既往标注不会因为地理位置或保险关系的变更而消失。它们被存储在数据云的某个角落，随时准备在新的临床场景中被重新激活。十年前查出来的那个4毫米磨玻璃结节，即使后续六次复查全部正常，即使在影像上早已自动消散，它在十年后这个人因为咳嗽、胸痛去急诊时，仍然会被调出来：“患者有肺部结节史”。这句话在医生当下的判断中本不该占据任何显著权重——十年前的4毫米结节与当下的胸痛极大概率无关。但只要它出现在病历的既往史里，它就参与了医生的认知加工。它可能暗

示医生增加不必要的增强CT，也可能只是一个多余的背景噪声。无论是哪种情形，它都在替这个人在制度里重新签一次到：你仍然是被目视的人。

第四重锁：精算跨期定价。这个人的新保险申请、新保单核保、或雇主提供的健康险续保评估，需要调取他的健康档案。保险精算的风险评估模型将“肺结节史”编码为一个风险因子。即使此后多次复查正常，这个“史”字仍然意味着他在统计上属于“曾发现肺结节”的人群——而这个人群在未来呼吸系统疾病的索赔发生率上，可能确实比从未有过结节的人群略高。精算模型不关心这一个体结节后来消了没有。它只关心这个标签后面的那个群体统计规律。他的保费，因此永久地比从未被标记的同龄人高出一截。这里发生的不是保险公司在对他实施惩罚——精算师只是在遵照数学上有效的风险分层逻辑。但这项逻辑在个体生命上的沉淀结果是：一个已经被影像证实消散了的结节，在精算的账本上仍然作为一种“负债”持续地被计息。

四重锁咬合在一起之后，那个最初走进诊室的人——他当时完全可以带着一个“4毫米磨玻璃结节”的报告单走出诊室，回到正常生活里去——一旦被这些后续制度捕获，就再也退不回去了。放射科医生的防御性报告是临门一脚，但真正把球从场外踢进球门的，是后面那四重锁：编码把他的“偶然”变成了“条目”；指南把他的“一次复查”变成了“永久随访”；电子病历把条目录入了不可删除的跨机构记忆；精算把记忆兑现为终身的、可量化的财务后果。这座城的四面墙——时间性的永久悬置（下一次复查永远不会在制度上被停掉）、叙事的不可闭合（“到目前还好”永远挂在条件状语上）、身份的不可恢复（既往标注在每一个制度接口处都生效）、以及后果的真实财务化（更贵的保费、可能受限的就业与保险）——就是由这四重锁一砖一瓦砌起来的。

四、临界间里的生活

当一个人被推进临界间之后，他的生命结构在三个维度上被不可逆地重写。这三重改写不是“焦虑”所能概括的——焦虑是主观的、波动的、可以通过心理干预来缓解的。而这里所描述的三件事，是制度性的、累积的、一旦启动就极难逆转的生存性移位。第二节所描述的那三环技术——指标语法改编、阈值身份化、环路自我验证

——在此处兑现为临界间住户的具体代价：时间经验被复查日历变形，自我叙事被“尚未发病”的脚本悬置，社会身份被病历编码与精算模型固化。

第一重是时间经验的变形。一个人的身体持续运转、不传递任何不适信号的状态，不是身体的虚无，而是一种被特定的制度配置所维系着的默认状态。在前筛查时代的医疗秩序中，一个人可以在两次体检之间的三五年里几乎完全忘记自己的身体——这不是身体的被动沉默，而是制度没有为他设置那种要求他持续回头审视身体的召回机制。而一个被标记的人，他即使在两次复查之间血糖完全稳定，即使他一整年都没有任何不适，他的日历上永远有一个标红的日子——下一次复查。到了那天，他需要再次走进抽血室，再次等待那个数字从化验单上跳出来。这个标红的日子不会从他的日历上消失，直到他死。即使他八十岁了、血糖一直正常、从未用过降糖药，那个“糖尿病前期”的既往标注仍然会在每一次就诊中弹出来，也印在他对自身健康时间性的默认感知里。

这与一个已确诊的糖尿病患者所经历的“治疗时间性”不同。糖尿病患者有明确的药物-饮食-监测循环，这一循环有一个清晰的因果结构：吃了药或没吃药，血糖会给出直接的、即时的反馈。而临界间的住户所经历的，是一种没有即时反馈的期待性时间——他做了所有“生活方式干预”该做的事，他却不知道这些事到底有没有在起作用。他唯一能判断“效果”的依据就是下一次复查的数字。如果数字回落了，他松了一口气，但松的这口气也只是暂时的——因为你永远不知道下一次会不会又跨过去。如果数字没变或者更高了，他立刻跌入自责。这种时间性的本质，是一种没有终点的暂缓执行。“到目前为止还没得病”是他每天醒来都要重新确认一次的事。而“到目前为止”这个条件状语，永远摘不掉。

第二重是自我叙事的悬置。“生病”这件事之所以被人们反复讲述、写成回忆录、拍成电影，是因为疾病的叙事有一个天然的弧线——发病、诊断、治疗、康复或死亡。弧线是有终点的。你讲一个关于你自己如何战胜癌症的故事，你可以把它讲完。但临界间的住户被迫讲述的那个故事是没有终点的。他的故事是“我怎么预防一个可能会来也可能不会来的病”。这个故事没有发病章节——因为他还没有得病；没有治疗章节——因为他不需要治疗；没有康复章节——因为他本来就没有病，谈不上

康复；也没有死亡章节——因为他没有被它杀死。他唯一能讲的，是“到目前还好”。这个叙事永远无法闭合，他被困在一个永不完结的中间章。

有一种影响深远的看法认为，疾病是一种“生命叙事的中断”——当一个人的身体突然变成“故障的机器”，他此前一直在讲述的关于自己的故事就被打断了，他被迫开始讲一个新的故事。这一经典论述（Bury, 1982）在医学社会学中奠定了对慢性病体验的理解框架。但临界间住户所经历的，不是叙事的中断——他原来的故事没有断，因为它没有被任何正在发生的事件打断。而是在那条故事线的旁边，医学替他另开了一条平行的叙事线。那条线从“基因有风险”或“血糖偏高”开始写，一直往前延伸到他生命结束的那一天，但每一页都没写完。他同时活在两套时间线里——作为健康人的那条线越来越空洞，因为他的注意力已经被平行的那条线吸走了；而平行的那条线，又是一条永远没有高潮、没有转折、没有结局的线。

第三重是社会身份的固化。一个人的病历上有“糖尿病前期”或“肺结节史”的标注。这个标注不只是一个临床信息的备忘。它在不同的制度接口处被翻译成不同的社会后果。在保险公司，它可能意味着保费上浮或拒保——一份来自北美精算学会（Society of Actuaries）的公开研究报告描述了病史标注被纳入风险分层模型的通用做法，使得“曾有某类标注”的个体与从未被标注的个体被置于不同的风险池中。在招聘体检中，它可能意味着入职受限；在家庭成员之间，它可能意味着“你得多注意身体”这种半关切半限制的唠叨，成为每一次聚餐谈话的固定背景音。

更重要的是，这个标注一旦进入系统，就很难被抹掉。电子病历的互联互通意味着，一个人换一家医院，他的既往标注会跟着他同步过去。保险精算的风险评估模型一旦将“曾有过血糖异常”编码为风险因子，即使这个人后来通过严格的生活方式调整把所有的指标都控制在理想范围之内，他在精算模型里与一个从未被标注过的人仍然不在同一个风险池里。他的“高风险”标签仍然像一道褪了色的疤，留在病历的某个角落里。他被永久地放置在“潜在患者”的社会位置上，尽管他的身体可能比那些从未被标记过的人更健康。

经典的医学社会学有一个三分框架：疾病是生物学上可测量的异常，病痛是个体感受到的不适与痛苦，而患病是社会赋予的异常者角色（该框架的思想元素在Kleinman、Fabrega等学者的工作中得到了系统阐述，已成为医学社会学的共识性背景）。在这个框架里，一个人要抵达“患病”这个社会角色，通常需要先有疾病或至少有病痛作为中介。但临界间住户的处境——在一个没有疾病的个体身上，通过风险的迂回，直接抵达了患病身份——揭示了这个三分框架在风险医学时代的失效。当风险标签可以在没有任何疾病与病痛的情况下直接制造出社会性的异常者角色时，我们需要指认的不是“三分框架多了第四个位置”，而是位置的生成逻辑本身已经改变：患病身份不再需要疾病来当它的材料，它只需要“风险”和“诊断标签”就足够了。而且，正因为没有疾病来限制它的膨胀，它的范围可以无限扩大——任何一个可以被量化的风险因素，都潜在地可以制造出一群新的住户。

五、从预警到建城：那条边界是怎么被制造出来的

前面几节搭建了临界间的生成链条：指标语法改编、阈值身份化、环路自我验证构成了填海的技术；诊断编码、指南遵约、电子病历记忆、精算跨期定价这四重制度锁封死了退路。但如果在这一步停笔，本文的论证仍有一个缺口——它只展示了临界间“怎么被填出来”，却没有正面回答一个更棘手的问题：难道所有的提前干预都是在建城？难道医学的任何远见都该被否定？

这个问题之所以棘手，不仅因为它是一个合理的质疑，更因为它逼得本文必须做一件比批判更难的事：不是在“预警”和“建城”之间划一条静态的、外部的区分线，而是追踪——在什么制度条件下，一件事从“预警”变成了“建城”？那条线不是事先画好然后等着被超越的。那条线是被超越的动作本身画出来的。本节的任务，就是从“不可逆的制度性身份改写”这一核心机制出发，推导出辨别预警与建城的三个必要条件。

让我们从一个基准场景出发：一个健康人在常规体检中测得空腹血糖6.3 mmol/L。这个数字单独拿出来，它的流行病学意义是清楚但有限的：在这个血糖区间的人群中，未来十年大约有15%–30%会进展为临床糖尿病，而有相当一部分人的血糖会

自行回退至正常范围，另有一部分人终生停留在这个区间而不进展。所以在这个时刻，这个数字对这个人未来健康的预测能力，用一个保守的流行病学的说法来表述应该是：它提示了一个值得留意的信号，但这个信号本身并不构成一个临床诊断。

事情的变化发生在后续的制度处理中。当临床指南把这个数字翻译成一个疾病编码（“空腹血糖受损” / “糖尿病前期”），当这个编码被录入电子病历并成为此后每一次就诊时自动弹出的标签，当这个人被纳入一个标准的随访计划（每半年或一年复查一次血糖），当这份随访计划被保险公司读取为风险因子并相应调整保费——当这一连串的制度动作全部完成之后，最初那个“6.3”就不再只是一个数值了。它已经在这套制度流程的每一个节点上被层层加固，从“一个流行病学信号”变成了“一个不可撤销的身份条目”。

这就是从预警到建城的结构性变异。它不是在“划阈值”的那一步单独完成的——阈值只是开了一道门。真正把一座城建起来的，是把这道门做成单向门的后续制度。那么，当这些制度锁尚未全部就位时，预警是否仍然是预警？当一个制度锁已经部分就位时，临界间是否已经开始生长？这些问题不能在每一个具体案例中用“是不是建城”的二分来回答，因为在临床现实中，临界间不是一道瞬间跨过的门——它是一座在各个制度接口处逐渐凝固的空间。当诊断编码被写入、当电子病历开始跨机构记忆、当精算模型开始读取这些编码时，那座城的墙壁就在一点点升高。一个人可以在某个阶段还没有住进临界间（比如只有一次血糖偏高的记录、尚未被编入终身随访）、而在另一个阶段已经被推进去（当那个记录被翻译为终身诊断代码时）。辨别预警与建城的关键，不在于阈值的具体数值，不在于是否告知了风险，而在于制度是否已经完成了那个不可逆的身份改写。

由此可以推导出三个辨别性的判据。当以下三个条件同时满足时，预警已经实质上变成了一座城：

第一，风险信息被编码为诊断标签并进入不可删除的制度记录。注意这里的“诊断标签”不是“备注”或“提醒”——它是在制度的疾病分类系统中占据一个编码位置的条目。一旦进入该系统，它就被附加了临床指南、保险精算、电子病历记忆等全

套制度性后果。“不可删除”不是指技术上不可能从数据库中移除——从技术上讲，当然可以通过一个系统补丁删除一条记录——而是指制度上没有为这种删除提供一个标准的、可操作的、被各方认可的正式程序。一个医生可以在病历中手写“该标注已失效”，但这行手写的备注，不会抹掉那个编码在精算数据库和电子病历自动弹出系统中的存在。

第二，被标记者被纳入终身管理秩序，且不存在一个明确的、可操作的退出标准。注意，不是“指标恢复正常就可以退出”——在当下的实践中，指标恢复正常往往只被解读为“控制良好”，而非“风险解除”。“糖尿病前期”的标注不会因为连续五年血糖正常就被主动撤销——因为“五年正常”在流行病学上并不等于“终生安全”，而制度对“确认安全”的标准，通常是永远不可及的：你永远不能排除在第八年或第十年出现进展的可能。所以没有退出标准——因为退出标准的设定本身，就要求制度做一件它从未做过的事：承认它在签发那个标签时，并非签发了永久的判决。

第三，制度在签发标签时，没有同步提供一个对称的、有效的“脱标”通道——没有一个程序来正式宣布“你的风险已经解除，你的健康身份已恢复”。脱标通道的缺失，不是技术疏漏，而是制度设计逻辑的不对称。签发标签的那个方向，制度投入了大量的资源——建立阈值、开发筛查指南、培训医生解读指标、研发药物和生活方式干预方案。而撤销标签的那个方向，制度几乎没有投入任何资源——因为没有市场、没有指南、没有药厂赞助、没有临床研究。这不是疏忽，而是制度惯性的必然倾斜：当一整套产业（筛查设备、药品、监测服务、精算模型）围绕着“把人纳入高风险范畴”运转时，没有一个对等的产业力量会去支撑“把人从高风险范畴放出来”。脱标通道的空缺，不是制度的一个可修补的bug；它是临界间这座城最底层的结构特征。

这三条判准，不是从抽象的伦理原则中推导出来的，而是从第三节所描述的四重制度锁——诊断编码、指南履约、电子病历记忆、精算跨期定价——的结构性特征中归纳出来的。它们分别对应了临界间那座城的四面墙：记录不可删除（封死了正常身份的恢复通道）、终身管理无终点（封死了时间经验的闭合）、脱标通道缺失（封死

了日常身份在制度中流通的自由）。当一个制度体系在这三个维度上同时完成了对不可逆性的锁定之后，那座城就站在那里了。

这个框架使我们能够处理一些此前难以归类的场景。比如，一个在体检中发现血压偏高的人，医生告诉他“你的血压偏高，需要注意饮食和运动，三个月后再来复查”。此时没有签发诊断编码，病历上没有永久标注，没有终身服药方案。这仍然在“预警”的范畴内——它向这个人传递了一个值得留意的信号，但没有把他推过那道不可逆的门。但另一个同样血压读数的人，当他被告知“你已经属于高血压前期，需要开始药物干预”，并被录入慢性病管理系统时——即使这两个人的血压数值完全相同，他们所处的生存状态已经不在同一个品类里了。前者仍然享有健康人的默认身份——虽然他知道自己需要留意血压；后者已经住进了临界间——因为制度已经替他做了那个不可撤销的身份改写。

这意味着，本文对“合理预警”与“建城”的辨别，不是一个“有些筛查对、有些筛查错”的分类框架。它追问的是更根本的问题：一套原本意在“预警”的制度安排，在什么条件下，会越过一条它自己未必意识到的边界，变成一套持续生产临界间住户的“建城”装置？那两个有相同血压读数却落到不同生存状态里的人，就是这条边界存在的证明。边界不在读数里，边界在制度把他推到哪一侧。

六、正面回应：如果“知晓风险”没那么痛苦，临界间还是问题吗？

在本文的论证推进到这里时，必须直面一个来自实证文献的最有力的反驳。这个反驳不是理论推演的，而是基于大量健康心理学与行为医学研究的经验发现：在许多情境下，“知晓风险”并不损害主观幸福感或健康相关生活质量，反而可能促进健康行为——接受糖尿病风险告知的人更有可能开始锻炼并改善饮食。如果临界间真的如本文所描述的那样，是一种制度性生产的、不可逆的生存性移位，为什么现有实证文献中没有一致地观察到被标记者的精神健康崩溃或生活质量的显著下降？如果知晓风险在多数情况下不但无害、反而有益，本文所描述的那些“时间变形、叙事悬置、身份固化”岂不是被过度戏剧化了？

这篇反驳有两个版本。先处理弱的那个，再处理强的那个。

弱的版本是这样的：因为大多数人被告知风险之后并没有表现出明显的心理痛苦，所以标签本身没有实质伤害，所以临界间不是一个真问题。这个版本的弱点在于，它把“可被现有量表测量到的短期心理反应”等同于“标签的全部代价”。现有健康相关生活质量的量表——无论是SF-36还是EQ-5D——在设计时就不是用来捕捉“自我叙事的悬置”或“时间经验的变形”这类存在论层面的生存性移位的。这些量表问的是：你最近是否感到沮丧？你的身体活动是否受限？你工作和日常活动是否受影响？这些问题能够有效地抓取一个已确诊患者的功能受限，但一个临界间住户的身体功能完好、日常活动不受限、甚至因为加强了运动而自评健康更好——量表不会在这些地方发出警报。但量表不发出警报，不等于那个“下一次复查”的标红日期没有在日历上持续地塑造他对时间的感知，也不等于他在每次家庭聚餐听到“你多注意身体”时那一瞬间的身份紧缩没有发生。

这里暴露的问题不止是工具缺陷——量表问的问题不够多、不够细。暴露的问题是一个测量范式本身的本体论盲区。主流健康量表的知识根基是发现学的：它们测量的是已病身体的偏离程度。它们追问的是“你偏离正常功能的距离有多远”，这个追问方式已经内置了一个预设——一个人要么在正常功能区间（健康），要么在偏离正常功能的某个位置（疾病或损伤）。而临界间的住户恰好不在这个二分的任何一侧：他的功能完全正常，他的偏离不是一个当下的、可被功能量表捕获的“已发”偏离，而是一个被制度提前标记的“未发”偏离。量表渴望测量的“偏离正常功能的距离”，对临界间住户而言，在几乎所有条目的尺度上都是零——但零点测量不等于零问题。零点测量只说明，这把尺子没有长着朝那个方向听音的耳朵。尺子没有刻度去测量一个不是在当下发生、而是被悬置在未来概率中的偏离，这不是尺子不够长的问题，是这套测量语法的本体论假定——偏离必须是当下可察的——排除了临界间住户作为一个独特的测量对象而存在的可能性。

强的版本更有力：知晓风险不但无害，而且在行为上产生了真实可见的收益——那些被标记的人确实比未被标记的人更经常地锻炼、更认真地控制饮食、更规律地监测健康指标。这些行为改变本身就是健康收益。如果临界间是一个问题，它必须面对

这个实证事实：在很多情况下，被标记的人比未被标记的人活得可能更健康——至少在某些健康行为指标上。

这个反驳的强版本，本文接受其事实部分——知晓风险确实可以在行为层面产生积极改变——但拒绝其推论，即“因此标签的净效果是正向的”。拒绝的理由有三层。

第一层：把“执行了更多健康行为”等同于“从标签中受益”，需要一个前提——这个人如果不被标记，就不会做这些行为，或者会做得更少。这个前提本身就是一个未经验证的反事实。我们知道，健康行为的决定因素是多元的：教育水平、社会阶层、同伴影响、个体能动性——这些因素在标记与行为之间形成了难以拆解的交互效应。一个被标记后开始跑步的人，有没有可能在不被标记的情况下，也会因为朋友的带动而在同一时间开始跑步？现有观察性研究无法排除这种可能，因为它们的对照组通常不是“未被标记的同一人”，而是“未被标记的另一个人”。在一个人的单一人生里，那个反事实对照永远无法运行。

第二层：即使我们承认——为了论证的需要——标记确实导致了一些人开始了他们本来不会开始的健康行为，这本身也不足以论证标签的净效果是正向的。因为需要被放进天平另一端的是：那个被标记的人，在接下来的几十年里，每一次复查的等待、每一次指标波动的自责、每一次被保险公司在后台重新分类、每一次家庭聚餐时被提醒“注意饮食”——这些代价，是多大的健康行为改善才能平衡得了的？它们不可通约，不是同一种量纲。“多跑了三公里”和“用一生的时间去等待一个可能永远不会来的疾病”，后者不是前者的合理代价——不是因为这些健康行为不好，而是因为获得这些健康行为的那个制度机制，同时绑定了另一件这个人没有同意过的事：把他的整个人的时间结构、自我叙事和社会身份，押在了一个概率上。

第三层是最根本的。“知晓风险促进健康行为”这个叙事，本身就可以是临界间话语内化的产物。当“我被告知有风险→我必须做点什么→我做了→我的指标变好了→这说明我之前的风险是真的”这个闭环被广泛接受之后，它产生的不只是健康行为，它还产生了一个特定类型的道德主体：一个把“我的身体随时可能跨过那条

线”内化为日常警觉的、对自己实施永续健康监控的主体。这种主体性，在一个仅以“健康行为执行量”来评估产出的实证框架里，可能被识别为正面结果——因为他在跑、他在测、他在管理。但本文追问的是：这个管理行为本身，是不是已经被临界间的逻辑殖民了？他在跑步的时候，是在享受运动带来的一切——风的温度、心跳的节奏、身体被使用时的愉悦感——还是每一次呼吸都在心里默念“降血糖、降血糖”？如果是后者，那个在跑步的人，他的身体在两个完全不同的意义上同时被使用：作为一个正在奔跑的物质身体，和作为一个正在执行风险赎回的符号身体。前者的愉悦是真实的；后者的重负也是真实的。现有量表只测量前者，不测量后者。

基于上述三层，我们拒绝“知晓风险有益”论证对临界间判断的消解。接下来，我们必须面对一个更加咄咄逼人的反驳——这个反驳不是实证的，而是伦理的。

功利主义反驳：即使临界间确实制造了上述代价，但如果风险筛查在群体层面确实降低了疾病负担——一个常被引用的例子是，美国自上世纪七十年代以来心血管死亡率的显著下降，部分被归因于高血压和高胆固醇的早期筛查与干预——那么临界间作为一种制度代价，在伦理上是否是可接受的？毕竟，几乎没有任何大规模公共卫生措施可以做到对每一个个体完全无害，政策的正当性通常建立在群体净收益之上。

本文对这一反驳的要旨在于，不能笼统地接受或拒绝“权衡”，而必须首先追问，当前被拿来与临界间代价相权衡的那个“群体收益”，其估值的制度条件是什么。当前的风险筛查评估体系，在评估“收益”时，几乎完全依靠的是一个反馈环路：标记更多人→干预更多人→看谁没得病→把没得病的都算作干预成功。这一环路本身，就是临界间这座城的自我验证机制。到它去估算“收益”时，它已经在环路的某一点上事先拿掉了那个质疑的前提了——那批没得病的人，到底有多少是被筛查救了，有多少是本来就不会得？因为反事实检验的制度化缺失（伦理阻隔、资金缺口、时间跨度超限），这个比例没有人知道。所以，当前被拿来为临界间辩护的“群体收益”数字，其可信度本身就取决于临界间的环路有没有被打开一个缺口。如果我们承认这个环路可能高估了收益——这种承认不是怀疑论，而是对现有证据质量的一种方法论上负责任的审慎姿态，现有证据主要是缺乏随机对照长周期硬终点数据的观察性研究——那么功利主义反驳的重心就应当从“筛选收益是不是大于代价”前移到“在

确认收益大于代价之前，我们是否应当暂停扩大那些把人不可逆地推入临界间的筛查项目”。功利主义论证在逻辑上并不必然支持继续筛查；它也可以支持这样一种立场：在拿到更结实的证据之前，我们把筛查的边界收得更紧一些，把脱标通道建立起来，让那些目前已经被标记的人，至少有一条制度上可行的路可以退回去。

知情同意反驳：现代筛查项目通常要求签署知情同意书。既然被筛查者已经告知了风险并同意参与管理，临界间的“强制性”或“未经同意”是否就不再是一个问题？

本文对这一反驳的回应是：当前“知情同意”所告知的，与临界间住户实际要承受的，在结构上是两个东西。知情同意书告知的是筛查的检测风险（辐射、假阳性、不必要的穿刺）和一个“知晓风险后可能需要采取干预或改变生活方式”的概括性提示。它不告知——目前没有任何标准化的知情同意流程告知——该风险信息一旦被录入制度（诊断编码、电子病历、保险精算系统）之后，它的跨期记忆和不可删除性。被筛查者签同意书的时候，他以为他同意的是“让我知道我有没有风险”——他不同意的是“如果我有风险，这个标签此后在我整个生命中都不能被拿掉，而且会在每一次就诊、每一次保险核保时重新激活”。这两件事的差距，就是临界间的最深的那道裂缝。当前的知情同意程序没有覆盖这个差距，不是因为疏忽，而是因为脱标通道尚未被制度性地建立——而一个不存在的程序，当然不可能被写进知情同意书。

因此，知情同意反驳并不消解临界间的“未同意”性质——它恰恰暴露了当前的知情同意实践在面对临界间这一结构性副产物时的严重不足。真正充分的知情同意，必须包括对制度记忆不可逆性的明确告知，以及——更重要的——在被标记者要求退出时，提供一条可操作的、能在所有制度接口处同时生效的脱标通道。在那样一个制度建成之前，签下知情同意书的那一刻，“同意”这个词在法律上完成了它的功能，但在生存的意义，它没有覆盖那个接下来要住进去的地方。

七、临界间切开了什么：与四个最致命近邻的正面对质

一个概念要站得住，不能靠跟稻草人打，而要靠与每一个已经抓住了问题的一部分、且足以在理论市场上吞并这个概念的人当面对质。本节依次与四个最致命的近邻对话。这些近邻已经被学界广泛接受为理解风险医学现象的核心框架。本文的任务，不是在它们旁边再贴一个新标签，而是逐一拆解它们各自的承重变量，追问每一个变量在什么条件下失效，并提取出那个所有近邻都够不到的新区分面。

7.1 与“过度诊断”的对话：认识论问题还是本体论问题？

过度诊断文献传统——从Welch、Schwartz和Woloshin的大量实证工作，到Aronowitz早期对风险因素如何被转化为疾病的历史社会学追踪——最主要的贡献在于用流行病学和病理学证据证明了：相当一部分被诊断出来的“疾病”（甲状腺微小癌、低危前列腺癌、偶发肺结节、轻度认知障碍）在病人一生中本不会产生任何有临床意义的症状或死亡风险。

过度诊断的承重变量是诊断与临床终点之间的不一致性。它追问的是：这个诊断，在事后看来，是否多余？它提供了一个有力的变量，让我们可以量化医学“过度”的程度。但这个变量的一个结构性的特征是，它只有朝向过去时才能被可靠地测度。一个人是不是被过度诊断了，要等到他不治而愈、或者死后尸检、或者长周期随访数据出来之后，才能被回溯性地确认。在这个“等”的过程中——可能长达几十年的时间——那个被标记的人已经在承受临界间里的一切，但因为还没有“确诊过度”，这些代价在过度诊断框架的评估体系中不被记作过度诊断自身的伤害。过度诊断的变量在时间上的单向性，使得它对那些已经在当下被生产出来的生存性移位，处于一种制度性的失明状态。

对本文而言，过度诊断框架的代理变量——诊断与终点之间的不一致——在两种情况下会失效。情况一：一个诊断在流行病学上完全站得住脚——比如，在一个糖尿病高风险人群中，空腹血糖6.3 mmol/L确实显著增加了未来十年的发病率。这个诊断不是“过度”的，它被所有现有证据支持。但那个被告知“你有糖尿病前期”的人，他在接下来的十年里所经历的时间变形、叙事悬置、身份固化——这些代价与诊

断是否被流行病学证实为“正确”毫无关系。过度诊断的变量，在这里抓不到任何东西——因为从认识论上讲，那个诊断没有“错”。但从本体论上讲，那个诊断已经替他开出了一张临界间的入住通知。情况二：一个诊断在数十年后被回溯性地判定为“过度诊断”——比如，一个肺结节随访了十五年从未进展。在过度诊断框架下，这个判断只能在第十五年之后做出。而在那十五年里，这个人所承受的一切——十五年的复查、十五年的等待、十五年的保险附加费——是不被算在“过度诊断的危害”里的，因为在前十四年，没有人知道它终将成为一个“过度诊断”。过度诊断的变量，必须等到它在终点被确认之后，才回过头去承认那一路上的代价都是不必要的——但那个人已经走完那条路了。

本文与过度诊断框架的分离线由此清晰：过度诊断追问的是“这个诊断对不对”——一个认识论问题。临界间追问的是“在还没有人知道这个诊断对不对的时候，那个被标记的人，他被安置在了一个什么样的地方”——一个本体论问题。两者不矛盾，但两者之间的裂缝就是临界间的概念空间：那个地方，不管诊断后来被证明为对还是错，都在那里。如果诊断后来被证明为错——过度诊断的变量事后抓住了它，宣布它是不该签的。如果诊断后来被证明为对——过度诊断的变量就不管了，它认为那是合理的预防。但临界间指出：即使是“对”的诊断，也仍然把那个人推进了临界间——代价是一样的，只是没有人在“对”的诊断那里，去算那笔账。

7.2 与“监视医学”的对话：从“被看着”到“住进去”

Armstrong的“监视医学”概念是本文最严肃的近邻之一。Armstrong指出，二十世纪医学经历了一次根本性重整：目光从“已病的身体”移向“每一个人的身体”，风险因子代替症状成为医学凝视的新对象，由此产生了“人人都是潜在病人”的规范性空间。Armstrong正确地抓住了这座新城的第一块地基：医学不再只在人倒下时才出手，它提前把所有人都纳入了目视范围。

监视医学的承重变量是医学目光的空间扩张。它追问的是：医学的管辖边界移到了什么地方？它把多少此前被界定为“正常”的人群纳入了“需要被监测”的范畴？这个变量极有效地描述了二十世纪后期医学权力的一个核心趋势。但当目光不只

是“看着”一个人，而是把目光兑换成了一整套不可撤销的制度性操作——诊断编码、终身随访、精算重分类——之后，那个被纳入目视范围的人所经历的，就不再仅是“被看着”。他的身份在制度的各个接口处被不可逆地改写。在Armstrong的框架里，他仍然是“被看着的健康人”——一个身份的弱版本：他“可能”在将来成为病人，但他此刻的身份仍是健康人处在监视之下。理论上，他仍然可以在风险指标回归正常后，走出那片监视的视野——目光可以移开。

而本文指出的是身份的强版本：一旦风险信息被编码进了诊断标签、复查日历、终身用药指南和病历上的永久标注，这个人就已经被制度性地移出了健康的默认范畴。即使他的所有风险指标后来都回到了正常范围，那个既往代码仍然在那里。他与一个从未被标记的健康人，在制度的每一个接口处都不再被同等对待。

监视医学的代理变量——目光的空间扩张——在两种情况下失效。情况一：目光曾经到达过，后来移开了，但目光曾经刻下的那道痕迹（诊断编码、保险记录）仍然在起作用。一个20年前被标记为“高血压前期”的人，后来血压完全正常、从未用药。监视医学的变量说：他当前不在监视之下——因为目光已经移开了。但临界间的变量说：他仍然住在里面——因为那道痕迹没有移开。痕迹不等于目光。情况二：目光的扩张本身并不必然造成不可逆的身份改写——一个医生可以“看着”一个血压偏高的人，建议他注意饮食，三个月后复查，而不签发任何永久编码。监视医学的变量把这种“看”和那种“签发编码”放在了同一个范畴里，从而无法区分预警与建城。

本文与监视医学的分离线：Armstrong描述了医学目光的扩张——这是临界间这座城的第一块地基。但他没有追问，当目光被后期的一整套制度操作加固为不可逆的身份锁定时，目光本身是不是已经变成了一座有墙的空间。临界间不是目光的扩张，而是目光的痕迹的硬化——是痕迹在制度里长成了透不进光的墙。

7.3 与“候诊式病人”的对话：等还是被搁置？

Timmermans与Buchbinder基于新生儿遗传筛查的实地研究，描述了“处于风险中的病人”这一新分类如何在真实临床生活中运作。家长在拿到一份阳性筛查结果之后，孩子被编入终身随访名单，而大多数阳性结果实际上终生不进展为临床疾

病。她们将这种身份命名为patients-in-waiting——“候诊式病人”。这一工作的重要贡献在于，它用细致的田野材料活生生地展示了一个此前没有被命名过的社会身份：“还未被收入病房的病人”——他们的名字已经在病房的候诊名单上，但他们中的大多数人永远不会被叫进去。

“候诊式病人”的承重变量是等待的姿态。它追问的是：那些被标记的人，在他们还没发病的人生阶段，是在“等”什么？这一变量抓住了风险医学制造的一个核心的时间性体验：悬搁。但它预设了走廊的尽头是病房的门——悬搁是有方向的，等待的终点是“被叫进去”（发病）或“等一辈子没被叫进去”（终生平安）。这个隐喻本身在什么条件下会失效？

当一个被标记为糖尿病前期三十年的人，他的病历、他的复查日历、他的自我叙事、他的社会身份已经被四重制度锁加固成了一间屋子，“等”就不再是对一个尚未发生的事件的悬搁——它已经变成了一种永久的生存状态。他不是在一个可能到来的疾病。他是被搁置在一个制度已经替他盖好的隔间里。等是时间性的延宕，等的人还走在一条有方向的线上；搁置是空间性的悬停，被搁置的人被放在一个没有出口的隔间里。那个隔间的墙，不靠疾病是否到来而建，也不靠疾病是否到来而拆。

分离线的可操作检验标准是这样的：如果一个被标记的个体，三十年未发病，且所有风险指标均已正常。按照“候诊式病人”的框架，他应该是一个“等了但没被叫进去”的人——他的等是完整的、有终点的（终点是死亡，疾病从未到来）。但按照临界间的框架，他同样是临界间的住户——他的等的终点只终结了“等”的生物学悬念，没有终结那份病历标注、保险档案、以及过去三十年每一次复查日所累积的时间变形。“等”的终点并没有把他从那个隔间里放出来，因为隔间的锁不是由疾病的到来或不到来控制的——它是由制度有没有设置退出的门控制的。

候诊式病人这个概念的代理变量——等待的姿态——在以下条件下失效：当被标记者所经历的生存性后果（时间变形、叙事悬置、身份固化）独立于他所等待的那个事件（疾病）是否到来时，等待就不再是准确的描述了。你可以在完全不等任何东西的情况下，仍然住在那间屋子里。临界间与“候诊式病人”的分离线因此可以被精确

地表述为：前者问“他们在等什么”，后者问“他们是不是被搁置在一个即使不等了也出不去的隔间里”。

7.4 与Aronowitz和医学化文献的对话：边界移动之后发生了什么

Aronowitz在*Risky Medicine* (2015) 中追踪了美国医学从治疗疾病转向管理风险的整个历史过程，从胆固醇到糖尿病前期、从乳腺导管原位癌到轻度认知障碍，他直接揭示了风险如何被转化为准疾病实体和患者身份——不再只是一种统计上的概率标注，而是被当作一个需要被临床管理的真实实体来对待。他的工作已经站在了本文想要占领的那个山头的山腰。如果本文不能明确地指出“临界间”切开了Aronowitz没有走到的地方，那么本文很可能只是Aronowitz论题的文学化重述。

Aronowitz的承重变量是风险被误认为疾病。他追问的是：为什么医学把一个统计概率（风险）当作了一个临床实体（病）来管理？他的分析是一个认识论批判：医学混淆了“可能”和“实然”。这个变量极有力地解释了风险医学的起源——它怎么开始把越来越多的人叫作“准病人”。但这个变量在何处不再推进？在“叫作”之后。一个人被告知“你有糖尿病前期”——Aronowitz的变量止步于指出这句话把概率当作了实然。但本文追问的是：这句话被写进电子病历、进入保险精算、绑在终身随访日历上之后，那个被告知的人，他被安置在了一间什么样的制度性隔间里？那个隔间的墙是用什么材料砌的？它的门为什么是单向的？Aronowitz的变量解释了把一句话说出来的起因，但没有解释那句话被制度记住之后，变成了一件什么样的东西。

这就引出了本文与Aronowitz和更广泛的医学化文献传统——从Conrad对医学管辖权扩张的经验研究，到Rose对“风险个体”和分子生命政治的理论分析——之间最根本的分离线。医学化文献传统的核心机制是“纳入”——把新的现象纳入医学的管辖范围。它的变量是医学定义的扩张边界。这个变量解释了什么被圈进来了，以及它是怎么被圈进来的。但它无法解释，被圈进来之后，为什么有些人再也出不去。一个人可以不再吸烟，他的“吸烟者”身份就消失了。一个人可以不再肥胖，他的“肥胖”标签可以被更新。一个人可以不再有高血压——如果他停了药血压仍然正常，他的“高血压”诊断可以被撤销。但一个人一旦被标记为“糖尿病前期”，即使此后半

辈子血糖完美，“糖尿病前期史”这五个字永远跟着他。临床上没有可操作的、被各方认可的“去标签”协议来撤销它。精算模型里没有“既往标注因持续正常而失效”的标准算法。即使一个更开明的医生在病历里写下“此患者当前所有指标均在正常范围，先前标注不应再作为临床决策依据”，这句话也不会抹掉保险数据库里那个“代谢性疾病史”的字段。

痕迹的不可逆性不是医学化变量能解释的——因为医学化的核心机制是纳入，而纳入本身不必然导致不可逆。不可逆需要另一套制度装置：需要电子病历系统把“既往标注”设为默认永久保留且不可由临床医生在常规流程中删除；需要保险精算模型把“曾有过某标注”设为跨期风险因子且没有内置的自动过期逻辑；需要临床指南在被标记者的指标长期正常之后，仍然拒绝给出一句“可以停止随访”。这些装置不在医学化文献的分析焦点之内。医学化文献关心的是“谁被纳入了”。临界间关心的是“被纳入之后，那些痕迹在制度里长成了什么东西”。

本文与Aronowitz和医学化文献的分离线由此清晰：Aronowitz指出了“风险怎么被当成了病”——认识论越界。医学化文献指出了“边界怎么移到了更多人身”——管辖权扩张。临界间指出的是：边界移动之后，一整套制度操作把那些被圈进来的人，锁在了一个没有出口的隔间里。那个隔间，才是此前没有被指认过的新东西。

八、精准医学为什么要造一座更好的城，而不是拆掉它

一个贯穿前七节的潜在反驳，必须在结论之前被正面回应。这个反驳不是“预防有用”这种浅表的老调，而是更具前瞻性与威胁力的一个版本：未来精准医学——基因-代谢-蛋白质-影像-穿戴设备的多组学整合、数字孪生、人工智能风险分层——会不断收窄临界间的范围。当预测足够精准，精准到可以区分出“必然进展者”与“终生安全者”时，临界间作为一个概念还有意义吗？

这个反驳的力量在于，它把争论从“目前技术是否足够好”推进到了“如果技术足够好，问题是否还存在”。它逼得本文必须回答：临界间这座城，究竟是建在预测

精度不足的沙滩上——一旦精准医学把沙子换成岩石，城就会自己沉下去——还是建在了更难撼动的地基上？

本文的回答分两层。

第一层是逻辑层面的：在那“完美的精准预测”真正实现之前，它只是一个理论承诺。而现实中的临床决策，永远是在不完美的信息条件下做出的，而且这种不完美在结构上很难被消除。慢性病的发生是一个多因素、多阶段、多岔路、跨度常常达到数十年的动态过程，各个风险因素之间不是叠加关系，而是交织碰擦的关系。企图用基线时间点的任何一组生物学指标去预测这个复杂系统的远期行为，本身就面临一个根本的信息亏缺——足够覆盖数十年的信息根本就不存在于基线的血液或基因之中。更重要的是，这种信息亏缺不是一种等待被技术进步填补的“暂时无知”——它在相当程度上是被制度本身生产并维持的。开展长周期随机对照试验来检验“不干预”的反事实，在伦理上极其困难、在资金上无人认领、在时间尺度上超过任何单一研究项目或政治周期的寿命。只要反事实的检验没有被制度性地安排进精准医学的研发议程里，信息亏缺就会一直被再生产出来。因此，精准性的提升虽然可能减少临界间的住户数量，但不可能拆除这座城的逻辑地基。在一个永远不可能拿到“确定性”的世界里，临界间依然是那个把不完美信息当下就兑换成终身身份的制度性装置。只要它还在运转，不管住户少到什么程度，每一个被安置进去的人所承受的时间变形、叙事悬置、身份固化，都是全额的——不会因为“还有九十九个人没被装进来”而打个折。

第二层——也是更根本的一层——是制度层面的。反事实的不可检验性，是临界间最底层的支柱之一，它并不随预测精度的提升而消失。在一个技术完美到可以百分之百阳性预测的世界里，他被告知：“你未来一定会得这个病，因此我们建议你从现在开始行动。”这仍然是一种完全可辩护的、审慎的医学建议。但它与“你已经得了这个病的前驱状态”之间，仍然隔着一道不可消融的本体论边界——而这道边界在制度上是否被跨越，取决于临床指南是否把这百分之百的预测翻译成一个诊断编码、取决于编码是否在电子病历里被永久保留、取决于保险精算是否绕不开这个编码。精准性的提高改变的是预测的准确度，它不自动改变制度对预测信息的编码、记忆与跨期定价方式。只要制度仍然把“曾有过高风险标注”当作跨期风险因子来对待，即使那

个标注基于的是百分之百准确的预测，被标记者在临界间的生存处境——那四面墙——仍然是完整的。墙不是预测精度砌的，墙是制度用编码、指南、病历记忆和精算模型砌的。

更重要的是，精准医学的叙事本身就暗含着一种扩张倾向——这在逻辑上几乎是必然的。当技术可以识别出越来越多的“早期信号”时，每一个新被识别出来的信号都面临着同一种制度惯性压力：把它阈值化、把它编入指南、把它纳入筛查包。精准医学不会自动收束临界间；它更可能做的事，是把临界间的边界推得更远——在更早的时间点、用更细微的标记、在更大规模的人群中，圈出新的“高风险者”。这群新被圈进来的人，他们的风险和旧住户相比可能“更精准”了，但他们在临界间的生存处境——时间变形、叙事悬置、身份固化——仍然是全额的。那座城没有拆掉。它翻新了。

九、结论：你没有给他一张疾病的单程票，你给了他一张临界间的永久居住证

本文从诊室里那个没有症状却拿着诊断单的人开始，一路追踪到当代风险医学最深层的本体论操作——不是“在健康与疾病之间架设预警线”，而是在健康与疾病这两块已知大陆之外，制度性地生产出了第三块大陆。那块大陆，本文命名为临界间。

临界间的住户，不是病人。他们的身体此刻什么症状都没有，所有器官都在正常运转。但他们也不是健康人——他们的病历上已经被刻上了一行永不褪色的风险编码，他们的日历被终生钉在了下一次复查的标红日期上，他们的自我叙事被困在一个永远没有发病章、没有治疗章、没有康复章的中间章里，他们的社会身份被保险公司、招聘体检和家庭谈话永久地放置在“潜在患者”的位子上。这一切发生之后，有人试图用“过度诊断”“监视医学”“候诊式病人”、Aronowitz的风险医学批判和医学化文献来解释他们的处境——但每一个解释都在某个关键处止了步。过度诊断问的是“诊断对不对”——它等不及那个回溯性的确认来在当下指认那座城。监视医学问的是“目光射了多远”——它没有看到目光留下的痕迹在制度里长成的墙。候诊式

病人问的是“他们在等什么”——它没有看到等已经变成了搁置，走廊已经变成了隔间。Aronowitz追问了风险怎么被误认为疾病——但他没有追问，当那句“误认”被制度记住并锁死之后，它变成了一座什么样的建筑。医学化文献追踪了边界的扩张——但它没有追踪，边界移动之后，那些被圈进来的人为什么再也出不去。

临界间不是一个被这些近邻各执一隅拼凑起来的東西。它是它們各自的視角停止推進之後，那個仍然留在現場的、未被命名的剩餘物。那個剩餘物就是：不可逆的制度性身份改寫——以及製造並維持這種不可逆的那整套制度裝置（診斷編碼的永久性、臨床指南的終身隨訪邏輯、電子病歷的跨機構記憶、保險精算的跨期定價），和它們共同指向的那個最尖銳的制度性事實：脫標通道的系統性缺失。

本文主張的不是撤銷所有風險篩查，也不是回到一個前篩查時代的“無知式健康”。那種“對身體毫無警覺的鬆弛”本身也是特定歷史條件下被生產出來的健康主體性，而不是什麼永恒的健康本質。本文主張的是：在一個制度沒有為被標記者提供有效退出通道的體系里，每一次把沒有症狀的人叫作“患者”，都是在沒有經過他同意的情況下，替他簽了一份終身居住協議。他簽的不是一份通向疾病的單程票——他的目的地不是疾病。他的目的地是一個此前並不存在的地方。那個地方沒有病，但也再沒有健康。

最後，本文必須誠實地指明這個判斷的證偽條件。本文所描述和批評的臨界間，不是一個靠單一證據就能被證偽的實體——因為臨界間不是一座物理建築，它是一整套制度按特定邏輯持續運作所產生的結構性副產物。要證偽本文，需要同時滿足以下三個條件：（一）電子病歷系統中被建立了明確的、可操作的“標籤撤銷”程序——不僅僅是“指標正常後不再新增隨訪提醒”，而是既往的診斷編碼和風險標注可以被正式注銷，且注銷後被標記者在所有制度接口處（保險、就業、臨床決策）的身份待遇與從未被標記的人完全一致；（二）保險精算的風險評估模型不再將“曾有过某種風險標注”作為跨期定價因子——即被標記者在指標恢復正常並保持一定年限之後，其保費應與從未被標記的同齡人無顯著差異；（三）長周期隨機對照試驗被制度性地安排進精準醫學的研发議程——即對於每一個新被識別出來的風險標記，在被納入大規模篩查之前，必須有隨機對照證據證明：被告知風險並被干預的人群，在終身時間

尺度上的净受益（不是替代终点的生化指标，而是全因死亡率与经生存论层面校准的生活质量）显著优于被告知风险但不被干预或不被告知的人群。只有在这三项条件同时满足的情况下，临界间的制度性墙壁才会真正瓦解——被标记的人将不再被推入一个不可逆的过渡空间，因为那个空间的四面墙——时间性的永久悬置、叙事的不闭合、身份的固化——已经失去了制度性的支撑。到那一天，临界间就不再是一座城，它只是曾经存在过的一段医学史。而在此之前，每一次你把没有症状的人叫作“患者”，你不是递给他一张通往疾病的单程票。你是递给他一张临界间的永久居住证。

注释

[1] 文中所涉临床情景及具体数值（如空腹血糖6.3 mmol/L、血压140/90 mmHg、骨密度T值-2.5、CT磨玻璃结节等）均基于真实存在的临床指南与流行病学常识，系为推进理论论证而建构的思想例示，不指向任何特定个案。相关阈值调整的历史描述综合自公开的临床指南文件（如美国糖尿病协会历年声明），此处不逐一具引。

[2] 第三节所引北美精算学会（Society of Actuaries）关于风险标注被纳入风险分层模型的通用做法，基于该学会公开发布的研究报告与行业实践描述。鉴于精算模型的细节通常为商业敏感信息，本文在此将其作为制度性机制的一般描述，而非某一特定模型的精确复现。

[3] 疾病（disease）、病痛（illness）与患病（sickness）的三分框架是医学社会学与人类学中的经典理论划分，其系统阐述可见于Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*. Basic Books; 以及Fabrega, H. (1979). The scientific usefulness of the idea of illness. *Perspectives in Biology and Medicine*, 22(4), 545–558.

参考文献

- Armstrong, D. (1995). The rise of surveillance medicine. *Sociology of Health & Illness*, 17(3), 393–404.
- Aronowitz, R. A. (1998). *Making Sense of Illness: Science, Society, and Disease*. Cambridge University Press.
- Aronowitz, R. A. (2015). *Risky Medicine: Our Obsession with Risk and How It Is Making Us Sick*. University of Chicago Press.
- Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health & Illness*, 4(2), 167–182.

Conrad, P. (2007). *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Johns Hopkins University Press.

Fabrega, H. (1979). The scientific usefulness of the idea of illness. *Perspectives in Biology and Medicine*, 22(4), 545–558.

Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*. Basic Books.

Rose, N. (2007). *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*. Princeton University Press.

Timmermans, S., & Buchbinder, M. (2013). *Saving Babies? The Consequences of Newborn Genetic Screening*. University of Chicago Press.

Welch, H. G., Schwartz, L. M., & Woloshin, S. (2011). *Overdiagnosed: Making People Sick in the Pursuit of Health*. Beacon Press.

附论零·本频道六篇的分工（编辑增补）

本频道六篇出自两次连跑，分属两个互不相犯的问题，各占一组：

甲组 · 风险医学的自体论（两篇）——追问的是：当医学在还没有病的地方开始工作，它究竟对一个人做了什么。《临界间》回答的是被造出了什么：在健康与疾病这两块已知大陆之外，制度性地填出了第三块。《豁免权的注销》回答的是被拿走了什么：一项从未被命名过的古老豁免——“尚未被任何一种死法提名”的免于恐惧。一个是加法，一个是减法，同一场操作的两面。

乙组 · 照料者的生理学（四篇）——追问的是：照料这件事在照料者身上留下的，为什么不是疲劳而是病。四篇按发生的先后接力：《在恳求中生成》给出结构起点——照料行为在发生的那一刻就内嵌着朝向对方的恳求；《生理托管》给出机制——身体被设立为代理性的裁决器官，裁决悬置则资源无法冲销；《结算饥饿》给出暴露类型——长期动员而始终得不到结算信号的累积；《应答-功能解耦》给出终末形态——在结构储量尚完整时，靶器官主动削弱功能输出与上游信号的耦联。

这份分工的有效反驳条件。若去掉上述区分之后，其中两篇在同一情境下仍然做出同样的预测，那么它们应当被合并，而不是各自成篇。

乙组内部最需要交代的是《结算饥饿》与《生理托管》。可裁决的分离点是这一格：设想一位照料者能够清晰感知到被照料者的改善，且社会环境完全承认这份改善归因于他（裁决条件全部满足），但照料的绝对时长与强度极高。《生理托管》预测他不会进入耗竭动力学，因为裁决没有悬置；《结算饥饿》预测他仍会累积生理债务，因为它主张的暴露是动员量本身而非裁决状态。这一格是《结算饥饿》不能被并入《生理托管》的唯一理由。若实证上这一格里观察不到耗竭，则《结算饥饿》应并入《生理托管》，本组应为三篇。

与本栏姊妹篇的划界。乙组四篇与本站孔凡鹤已发的照护线（《接住感》《信任盐碱化》《照护实体性离身》等）处理的是同一片现场但不同的层：孔的分析对象是制度与信任——照护关系在制度安排中如何被稀释、责任如何被预判；本组的分析对象是生理结算——同一段照护在照料者身体内部留下的、可被生理指标追踪的债务。两者不互相替代：可裁决的分离点是，在一个信任与制度支持都极好的照护环境里（孔的诸变量全部良好），若被照料者仍无法给出可感知的生命应答，本组预测照料者的生理耗竭照常发生。

附论一·最近邻补切与可裁决预测（编辑增补）

说明：以下各节为编辑在审读时增补，不改动作者正文与核心判断，只补上本文原稿未正面处理、却与核心命名距离最近的占位者，并给出可裁决的分离预测。

增补一 与阿姆斯特朗「监视医学」的正面对质

本文已与四个近邻正面对质，但漏掉了距离最近的一个：大卫·阿姆斯特朗的监视医学（surveillance medicine）。他论证，二十世纪医学发生了一次根本转型——医学的目光从病床上的病人移向整个人群，健康与疾病之间那条清晰的界线被"风险因素"溶解，每个人都被纳入持续的监测，"正常"本身成了需要不断被查验的东西。这与本文的判断距离极近，不切开则"临界间"有被整体读作监视医学的一个子命题的风险。

分离线必须切在**界线被怎么处理**。阿姆斯特朗的判断是界线被溶解：健康与疾病成为一个连续统，人人都在这条谱线上的某个位置，不存在截然分开的两类人。本文的判断相反——界线不但没有消失，反而**多了一条**：临界间是一块有城墙的地方，进去的人有明确的身份标记（一份写着"高风险"的报告、一个随访周期、一套用药建议），而没进去的人依然在原来的健康身份里。它不是谱线上的一段，它是被制度操作沉淀出来的第三个身份。

这条差别可裁决。监视医学预测的是**连续的、无阈值的**体验分布：随着风险评分升高，个体的自我认同与就医行为平滑变化。本文预测存在**阈值处的非线性跃迁**：在评分刚好越过指南切点的两侧，两组人的客观风险几乎相同，但其自我描述（"我是个需要长期注意的人" vs "我挺好的"）、随访依从与保险行为会出现不成比例的断裂。若在切点两侧测得的是平滑过渡而非断裂，则临界间可还原为监视医学谱线上的一段，本文的"第三块大陆"主张应被撤回。

增补二 与阿罗诺维茨「作为经验的风险」的分离

另一位必须处理的是罗伯特·阿罗诺维茨提出的**风险作为一种经验**：他论证在当代，处于风险之中本身已经成为一种被亲身经历的状态，风险与疾病的经验界限正在模糊——乳腺癌高危者的焦虑、监测与预防性手术，其经验强度不亚于患者。

分离线在**那份经验的来源**。阿罗诺维茨的分析路径是经验现象学的：他关心处在风险中的人感受到了什么，以及这种感受如何向疾病体验靠拢；他的解释力来自个体侧的心理与文化过程。本文的路径是制度本体论的：临界间不是一种被感受到的状态，而是一套由指标、阈值、随访、警报组成的行政装置在个体生命上不可逆地沉淀出的**位置**——一个人即使完全不焦虑、毫不在意，他仍然在这座城里，因为电子病历里的那条警报不因他的心态而消失。

可裁决点由此得出：阿罗诺维茨框架预测，若通过心理干预有效降低了高危者的焦虑，风险经验的强度随之下降、向健康体验回归；本文预测**焦虑可以被降下去，位置却不会被降下去**——干预后自评焦虑显著下降的那一组，其后续的检查频次、用药起始率与保险费率不会同步回归到普通人群水平。若这三项客观指标随焦虑一起回

落，则临界间可还原为一种可被心理干预消解的经验，本文的"不可逆沉淀"主张失效。