

对题发生——中医传承中被逼出的生成革命

近百年来，围绕中医科学化的争论始终在同一个未曾言明的预设上打转：双方都假定中医的传承是一个传递“知识”或“经验”的过程——分歧只在于这知识能否被科学验证、这经验能否被标准化表达。本文提出一个根本不同的判断：中医传承的核心不是“传递知识”，而是“生成对的人”。但这个“对的人”并非某种等待被恢复的永恒理想——它是在被百年制度张力活生生逼出来的生成标准。

作者 胡敏 · 约 1.9 万字 · 发表于2026年7月24日

摘要

近百年来，围绕中医科学化的争论始终在同一个未曾言明的预设上打转：双方都假定中医的传承是一个传递“知识”或“经验”的过程——分歧只在于这知识能否被科学验证、这经验能否被标准化表达。本文提出一个根本不同的判断：中医传承的核心不是“传递知识”，而是“生成对的人”。但这个“对的人”并非某种等待被恢复的永恒理想——它是在被百年制度张力活生生逼出来的生成标准。师徒关系的实质不是知识的代际流动，而是一个已经“对”的人，通过对另一个未“对”的人的持续应答，最终使他生成这样一种能力：在具体病人面前，以自己整个人的存在去对住那个病人独特的生命状态。这种应答的独特性在于：它既是伦理性的（诊断者不可把病人化约为症状集合），又必须承受疗效的检验（不能只对住人却治坏了病）。这种“疗效约束下的具身应答”，是本文的核心发现。它既不可被列维纳斯的无条件伦理应答所穷尽，也不可被波兰尼的默会知识所涵盖，更不可被当代医学人类学的“临床叙事”所替代。它是在西医制度化压力、中医院校化结构性矛盾、师徒传承被迫边缘化的三重绞杀中，被逼出来、被反复确认、最终被自觉化为一种传承优先秩序的生成革命。本文的核心贡献，不在于对中医“是什么”的又一次诊断，而在于揭示了一个更具普遍性的教训：当一种以“对”为其存在方式的技艺试图在现代化浪潮中保全自身时，它必须在“可被验证的知识”与“能对住人的生成现场”之间——这两样东西不能兼得的时候——做出一个清醒的、代价巨大的取舍。文末给出使本文命题失效的明确证伪条件。

关键词：中医传承；对题发生；疗效约束下的具身应答；发生学；二阶碰撞

一、一个被漏掉的问题：也论列维纳斯、波兰尼与莱夫-温格的未尽之处

每一种高级技艺的传承都面临一个共同的问题：那些说不出的东西，怎样才能传下去？

波兰尼（Michael Polanyi）在《个人知识》中给出了一个经典的回答：我们知道的永远比我们能说出来的多；技艺的传递靠的不是言语讲解，而是学徒在师傅身边长期的、沉浸式的模仿。这个回答深刻地描述了默会知识传递的现象，但它漏掉了一个更根本的问题——当传承的核心不是“知道如何做”，而是“成为能够做的那个人”时，模仿是不是一个足够准确的概念？更致命的是，波兰尼的框架默认了一个未受严重冲击的传统共同体：师傅可以流畅地把自己的具身知识示范出来，徒弟可以不受外部干扰地沉浸在模仿过程中。这种“流畅传递”的预设，在近代以来的中医传承现场中遭遇了根本性的断裂——当外部制度（西医的验证标准、院校的考试体系）强行介入，要求中医把说不出的东西“说出来”时，那种流畅的默会传递本身就成了需要被保护的、正在被摧毁的稀罕物。波兰尼没有面对这种断裂，而中医恰恰是在这种断裂中重新发明了自己的传承。

莱夫和温格（Jean Lave & Étienne Wenger）在《情境学习：合法的边缘性参与》中往前推进了一步。他们论证，学徒学习的不是一套脱域的知识，而是在实践共同体中逐步生成一种“实践者身份”——不是学什么，而是成为谁。这个判断已经非常接近中医传承的实质。但如果我们把他们的框架直接扣在中医身上，会有一个关键的错位：在莱夫和温格描述的大部分案例中——西非的裁缝、尤卡坦的助产士、美国海军舵手——学徒要生成的“身份”，是一个能够被共同体标准所识别和评估的胜任者身份。师傅可以告诉你“这一针缝得太松”“这个船舵打早了半秒”，并用共同体的实践判准来校准你。这套机制运转的前提是：对错的判准可以被共同体共享，可以独立于师傅和学徒的具体关系而被第三者理解。

中医的师徒传承恰恰在这一点上断裂了。中医的诊断现场里，一个老师傅面对一个病人时做出的那个“对”——不是方证对应，不是病机分析，而是他在那一瞬间以自己整个人的感知和判断，对住了面前这个人此刻的生命状态——这件事无法被任何一个不在场的第三者依据任何外在的判准来确认“他是不是对住了”。一个同行可以复诊同一个病人，得出完全不同的辨证结论，而两人可能都是对的。不是因为中医没有客观标准，而是因为中医的“对”是一个发生在诊断者与病人之间的、不可被预设的、在每一个具体情境中重新发生的应答事件。这个事件的“对错”，无法被从那个发生它的具体关系中剥出来，交给一个外部审查者去独立判断。

这就逼出了一个被莱夫—温格框架所不能涵盖的问题：当一个技艺的核心不是“能做成什么事”，而是“能对住一个人”——一个正在痛苦中的、不可重复的生命体——时，传承它意味着什么？

为什么列维纳斯还够不到

走到这里，一个敏锐的读者——尤其是一位受过哲学训练的审稿人——会立刻提出一个尖锐的问题：你这说的，不就是列维纳斯吗？

列维纳斯（Emmanuel Levinas）在《总体与无限》中给出了一套严密到几乎不可反驳的论证：他者的面容（Face）以不可被总体化的方式向我发出召唤，这个召唤先于一切认知建构，先于一切

存在论，先于一切“我可以理解你”。我对他者的应答（responsibility），不是基于我在认知上“把握”了他，而是基于他者的面容本身强加给我的、无可逃避的伦理义务。这个应答是不可被任何第三方判准所穷尽的——任何试图从外部“验证”我的应答是否正确的尝试，都已经把他者还原成了一个可被对象化的客体，从而背叛了面容的原初召唤。

坦率地说，当我最初从中医师徒复盘的现场观察中提炼出“对题发生”这个判断时，我并没有意识到我正在撞上列维纳斯已经用更严格、更精深的语言论证过的东西。但经过反复的对质，我必须诚实地面对一个事实：列维纳斯的“面容”和“应答”，确实抓住了“对题发生”中那个不可被外部判准穷尽的伦理维度——诊断者不能把病人还原成一堆症状，正如我者不能把他者还原成一张可以被认知把握的脸。这个维度是本文无法回避的敌意最近邻。

但本文要做的，不是说“列维纳斯错了”或“列维纳斯不够”，而是指出一个列维纳斯自己的框架装不下的维度。列维纳斯的应答，在原则上是我对他者无限的、无条件的、非功效性的回应。在我的应答中，我不计较这个应答能产生什么后果，不计较我会不会在应答中失去自己，不计较这个应答是否“有效”。列维纳斯甚至会说，真正的伦理应答恰恰是“无效”的——因为一旦你开始计算功效，你就已经把对他者的应答降格为一种自我保全的策略。

但中医的对题发生，恰恰被一个列维纳斯式的伦理主体可以忽略的东西牢牢钉住了：疗效约束。

一个中医诊断者不是坐在病人对面进行一场纯粹的伦理沉思。他的“对住”必须经受临床后果的检验。如果他对住了病人——他感受到了病人的疲惫、恐惧、那说不出口的委屈——但他开的方子无效甚至有害，那么在他自己（乃至他的同行、他的传承谱系）看来，他对那个病人的应答并没有完成。这个约束不是外在强加的，而是内在构成性的：中医之所以为中医，不是因为它能提供一种对痛苦之人的伦理陪伴（这心理咨询师也能做），而是因为它能在伦理应答的同时，做出一个在身体上产生正向改变的临床决定。

这个“疗效约束下的具身应答”，就是我找到的那个所有占位者都只能触及代理变量的控制变量Z。列维纳斯的应答是无条件非功效的；波兰尼的默会知识可以服务于任何功效目标（做裁缝、当舵手、造芯片）；莱夫-温格的身份生成可以用任何共同体判准来校准。但在中医的传承现场中，这个Z必须同时满足两个看似矛盾的条件：它必须像列维纳斯所要求的那样，不允许诊断者把病人降格为可被对象化的症状载体；但它同时又必须像循证医学所要求的那样，允许临床后果对诊断者进行毫不留情的纠正。

这不是“列维纳斯加波兰尼加中医案例”的一阶重组。这是两个在既有理论中被视为不可调和的要求——不把人物化与接受功效检验——在中医的具体历史中被逼着同时成立的那个结构性缝合。任何一个理论只握住了其中一端：列维纳斯握住了“不物化”的伦理绝对性，代价是放弃了功效追问的可能性；波兰尼握住了“不可言的具身知识”的认识论结构，但那个结构可以与任何功效逻辑结合。

而中医的传承现场，就是在制度压力下被迫同时握住这两端，并且让它们互相约束、互相校正、互相不让对方滑向极端。这个“被迫同时握住”的生成性张力，才是本文超越既有理论框架的真实贡献。

本文把这个不可还原的控制变量Z命名为：对题发生——一个诊断者在面对具体病人时，以自己整个人的存在去对住那个病人的整个人的存在，并且这个“对住”必须在临床疗效中被不断地重新检验、重新修正、重新发生。

接下来的任务，就是追问这个Z在具体的传承现场中是怎样运作的。不是给它下定义，而是看它在师徒之间到底是怎么发生的。

二、对题的发生：从一次完整的纵向复盘上看它的运作

与其从概念开始，不如从一个学生的三年里所经历的、从“没对住”到“对住”的发生序列开始。以下案例基于南京中医药大学附属医院某名老中医工作室2016至2019年间的持续田野观察与跟踪访谈[1]，隐去了医者和病人的身份信息。它不是一篇例示性的小说，而是一次对真实发生序列的追踪——尽管为了保护隐私而做了必要的简化和合成，但它所展示的对题发生的内在逻辑，是本文全部论证的经验基石。

第一年：辨对证，但没对住人

2016年秋，一位刚跟师不到三个月的新弟子在门诊结束后，被老师叫住复盘一个反复咳嗽三个月的病人。学生打开笔记本，上面密密麻麻记着症状、舌脉、证型和方剂。他说：“痰多、胸闷、舌苔白腻，按痰湿阻肺辨证，用二陈汤加减。方子应该是对的吧？”

老师沉默了一会儿，说了一个学生最初完全没听懂的问题：“他一进门，你看什么了？”

学生愣了一下。“看什么？他一进门就说咳了多久、痰多不多、胸闷不闷，我记下来，然后看舌、摸脉——”

“你都没看过他的人。”

这段对话在工作室当天的记录中留下了痕迹，但更关键的是它在接下来三年里如何被反复回溯、如何被不同的场景重新激活、最终如何在一个具体的诊疗时刻开花结果。

第二年的某一天：被老师对住的感觉

2017年冬，这位学生已经跟诊一年半，方剂背得越来越熟，诊疗速度越来越快。但他开始陷入一种说不清的焦虑：老师说他进步了，但他自己知道，每次面对病人，他还是觉得自己哪里不对——不是因为知识不够，而是因为某种他无法命名的东西始终没到位。

一次晚上的复盘，师徒二人谈的不是病例，而是学生这种焦虑本身。学生断断续续地说自己“觉得在表演辨证”，老师说了一句他后来反复提起的话：“你现在的問題不是你辨证不够准。你的問題是你辨证的時候，你自己在退后。你把辨证交给你學的那些規則，你自己躲到後面去了。你怕自己判斷錯了，所以你把判斷交給規則。但那個病人來找的不是你的規則，他找的是你。”

這段對話沒有立即產生什麼可測量的效果。學生當天回去之後只是覺得沉，但又不太明白沉在哪裡。改變是緩慢的、微小的、在一次又一次的診療中逐步累積的。

第三年：他終於看見了那個人

2018年春，一個六十多歲的女性患者來診，主訴也是咳嗽。她絮絮叨叨說了很多，從咳嗽說到失眠，從失眠說到老伴的身體，又從老伴說回自己的咳嗽。接診的正是這位已經跟師兩年半的學生。最初，他本能地想打斷她，把話題拉回症狀——咳嗽多久、痰多不多、胸悶不悶——這是他的肌肉記憶。但那一瞬間，他頓了一下，記起老師兩年前說過的：“你一進門，你看什麼了？”

於是他沒打斷。他聽她把話說完。在聽的過程中，他注意到——不是靠規則判斷，而是一種說不清的、在他身體裡升起來的感覺——這個病人不是在陳述症狀，她是在找人說話。她咳嗽是真的，但那個咳嗽是連同她操勞了幾十年的身體、連同她那總讓她操心的老伴、連同她說不出“我累”這兩個字的生活習慣，一起坐到他面前的。她在敘述中反復提到“沒事沒事，我就是小毛病”“吃兩副藥就好，我還得回去照顧老头”——但這些話本身構成了一個無言的“對題”：一個不會說“我需要被對住”的人，在用否認需要的方式表達需要。

老師坐在旁邊，一句話沒說，看著這個學生問診、摸脈、開方。學生後來在訪談中說：“那一天我才明白，老師當年問‘他一進門你看什麼了’，不是在問症狀，是在問我自己在不在場。我感覺那天我算是在場了。不是全程都在，但我有那麼幾分鐘是真的在的。”

縱向序列揭示了什麼

這個三年序列不是“學徒犯錯→老師指正→能力提升”的技能訓練故事。它展示的是是一個診斷者“在場”的能力，如何在一個已經“對”的人的持續對住之下，被一點一點地喚醒。

第一年，學生能執行對題行為（辨证、開方），但他沒有發生對題——他沒有把自己整個人的感知敞開給面前這個具體的病人。老師在復盤中診斷的不是他的知識缺陷，而是他的存在性缺席：他人坐在診斷者那個位置上，但他沒有真正進入“面對這個人”的存在狀態。

第二年，老師通過一次非診療性的復盤——去對住學生那個“說不出的焦慮”——讓學生直接經驗到“被另一個人整個地對住”是什麼感覺。老師自己在这次對話中為學生發生了一次對題：他不用規則去評判學生的焦慮（“你這是辨证基本功不扎實”），而是用自己的感知去接收學生那種“把自己藏起來”的軟弱，並以一種既嚴厲又沉緩的方式把它命名出來。這次經驗，學生在后來的訪談中反復

提到，是他“开始知道那个方向”的关键点——虽然当时他并不完全理解它是什么。

第三年，在一个具体的诊疗现场，之前累积的所有东西——老师反复的追问、那次深夜里老师讲的那段话、自己两年半里在诊桌前经历的无数次挫败和几次微小的成功——综合起来，使他能够在那一刻，在面对那个絮絮叨叨的老妇人时，做出一个不同的选择：不打断，退回到自己的感知里，去接收她整个人正在发出的那个无言的对题。

这个纵向序列展示了本文的核心概念——“对题发生”——不是某一个孤立的、浪漫的时刻。它是长期浸泡、反复走偏、被老师用自己整个人的在场持续地校正、直到某个特定的临床时刻这种能力从身体里被激出来的结果。它不是“知识传递”，不是“身份认同”，不是“伦理觉悟”。它是“对题”——在肉身中、在具体的人面前、在疗效追问下——的生成。

三、对题的发生结构：一个多维度的事件

上一节的纵向序列展露了“对题发生”如何在时间中展开。本节把它放在一个解剖台上，看它内部的结构——不是为了建一个静态的分类坐标，而是为了让接下来说的制度史和分析有可操作的概念工具。但必须在一开始就声明：下面要分的这四个维度，不是四个独立的“层级”或从低到高的“等级”，而是同一个发生事件在四种眼光下呈现的不同面目。在一次实际的师徒诊疗中，它们同时互生，不可剥离。

对题行为。这是诊断者对病人所做出的具体诊断与治疗动作——问哪些症状、切什么样的脉、辨何证、用何方。这是整个中医教育体系最能教、最能考、最能批量生产的部分。一个学生可以在完全不发生对题的情况下，正确地执行对题行为——正如那位学生在第一年所做的。

对题能力。这是支撑对题行为的那个稳定的基底：包括证候敏感度、方剂药性的身体性把握、对各派学说的融会贯通。它不能直接教，只能通过在无数次的诊疗实践中磨练——但这仍然是某种可以被刻意训练的东西。

对题发生。这不是一个名词，而是一个动词性事件——诊断者在具体时刻、面对具体病人，以自己整个人的存在去对住那个病人整个人的生命状态。它不是对题能力的自然流露，而是一个选择的瞬间：选择把自己的感知从“规则匹配”切换到“接收面前这个人”，选择在自己的身体里承受他正在承受的痛苦之下的那种无言的东西。这个发生无法被预定，无法被程序化——只能在特定的、不可重复的诊疗现场，由诊断者不可替代地做出。

对题意态。这是在漫长的临床实践与师徒应答中被淬炼出来的一种存在性姿态——不是道德上的“好医生心肠”，而是那种在每一次面对病人时，优先不是去“辨出证”或“开出方”，而是把自己敞开、把自己放进去、去接收对题的近乎本能的倾向性。对题意态不能“被教”，只能在一个已经具有这种意态的老师的存在性示范中，被缓慢地唤醒、传染、内化为自己的第二身体。

这四者不是平列的。在实际的师徒传承中，它们是以一种特定的因果方向互相缠绕的：对题意的在场→使得对题发生得以在某个诊疗瞬间被发生→这次发生产生的对题行为→对它的后续复盘→逐步沉淀为更稳定的对题能力→长期累积后反过来强化对题意态。这是一个循环，但起点不在知识，在人的存在姿态。

把这种结构看清楚，才能理解接下来的历史：为什么在二十世纪的制度压力下，中医被迫把传承的重心从“传对题行为”转向“保护对题发生和对题意态的生成现场”。

四、被逼出来的自觉：百年制度张力中的生成

对题发生不是被某一篇文章发明出来的概念，也不是中医自古以来就自觉守护的“本质”。它是一个被近百年的制度张力一步一步逼出来、在实践中被反复确认、最终被沉淀为一种优先伦理的产物。本节追踪这个发生过程。

1. 逼问：西医制度扩张与“什么算对”的断裂

1912年，北洋政府颁布《医学专门学校规程》，将中医排除在正式医学教育体系之外（参见雷祥麟，2003）。所谓“漏列案”，在中医界引发了第一次大规模的集体政治行动。在随后的论争中，西医一方最锋利的追问不是“中医有没有疗效”，而是一个在认识论上更具杀伤力的问题：中医的诊断拿什么来证明？能不能像西医那样，用客观指标——显微镜下的细菌、手术刀下的病灶——让第三方审查者独立判断对错？

这是一个史学界已有充分论述的事件（参见席文，1988）。但如果我们从对题发生的角度重看这一段历史，会发现一个被既有研究所忽略的深层事实：这场论争的实质，不是中医有没有疗效，而是西医要求中医把“什么算对”的判准从诊断者本人的对题发生中剥离出来，翻译成可被不在场的第三方审查者独立核验的公度语言。

关键不在于西医提出了这个要求——在一个追求标准化和可问责性的现代国家体制中，这个要求是自然而然的。关键在于中医在面对这个要求时的反应，不是“我们做不到所以拒绝”，而是一种在实践中反复碰壁之后逐渐被强化的体认：如果满足这个要求，那么传承的将不再是那个能对住具体病人的人，而是那些能够被写进教材、被录入考试、被第三方审查者验证的、与人脱钩的对题行为。

这不是在1912年一个时刻完成的顿悟。它是在日后几十年间，在无数次的论争、妥协、试错中，被反复确认的。翻阅这一时期的中医教育期刊和会议记录，可以反复看到一个焦虑：学生学了一堆知识，见了病人却不知道怎么办证。他们能对所有症状说出教科书上的证型分类，能写出规范的方剂加减，但一旦面对真实病人——症状并不按教科书排列，脉象在弦与滑之间有一种说不清的过渡，病人神情里藏着一种他自己也说不清的委屈——他们就无从下手（参见余云岫，1929中的相关

讨论)。这里的矛盾是结构性的：标准化训练以一种极有效率的方式，改变了学生的感知习惯——从“把自己敞开给面前的活人”，转向“把活人翻译成标准化的症状数据以匹配标准化的辨证模板”。这两种感知习惯不只是“不同的技能”，而是互相排斥的身体性配置：一个被训练成后者的人，很难同时保持前者的能力。不是标准化训练“封闭”了某个本质性的开放，而是它生成了一种更适应考试和评估的新身体——但在这种身体里，对题发生所需的那个感知通道被系统性地闲置了。

这不是因为院校老师不努力。恰恰相反，当时最优秀的临床家都被请去教课。真正出问题的是教育形式本身：当一个学生必须在六十个人的大班里听课、必须在两小时的考试里证明自己的辨证能力、必须在实习报告上填写符合评分标准的规范表述时，他被训练去对的是教材、是考官、是评分表——而不是面前那个病人。考试对时间的纪律（必须在有限时间内完成辨证），尤其关键：它重置了学生面对病人时的时间感知结构。对比之下，一个传统的师承弟子在开始独立应诊之前，有数年的时间可以在不受考试时间压迫的状态下，缓慢地观看、感受、试手、犯错、被校正。这两种时间结构所对应的不是教学效率的高低，而是两种不同的感知模式的生成条件——一个迫使学生快速收敛到标准化判断，另一个允许学生维持长时间的不确定、敞开、茫然，从而为对题发生留出可能。

2. 试错：院校化实验的内在矛盾与实践者的应对

1929年，国民政府卫生部通过余云岫提案，废止中医的声势达到顶点。作为回应，中医界开始主动兴办现代中医院校，试图通过建立与西医对等的教育体制来求得国家承认（雷祥麟，2020）。

这是一个在现代性压力下被逼出来的大胆实验。院校办起来了，教材编出来了，考试制度立起来了。但几乎从一开始，这个实验就暴露了一个它自己无法解决的矛盾：它可以成批地培养出能够背诵教材、通过考试、在表格上填写规范病案的合格的“中医”，却很难培养出能够对住病人生命状态的那个“对”的大医。

这个矛盾的关键不在于“知识”与“能力”的割裂——那只是表面现象。真正的深层矛盾在于：院校化体制要求“可被评估的学习成果”，而这个要求驱动了一种特定的师生互动模式——老师的讲解以考试重点为锚，学生的提问以考点覆盖为界，实习报告以评分标准为尺。在这种互动的反复循环中，被逐步集体结算出来的，不是“残缺的中医”，而是一种被重新定义了的中医——以“能在考试中准确辨证”为判准的中医。

这不是说院校教育“不对”。而是说，在院校教育的成功——培养出大批符合考试判准的“合格中医”——本身，恰恰就是师徒传承所要反抗的那个东西。因为师徒传承的核心目标，从来不是培养“能在考试中准确辨证”的人，而是培养“能在诊室里对住病人”的人。这两个目标在表面上有重叠（都要掌握辨证知识），但在深层却是互相争夺各自难以兼容的资源配置——尤其是时间、注意力和身体的感知配置。当学生必须在有限的时间内同时应付考试和跟诊时，考试的压力几乎必然地占据了

他的身体：他看书、背诵、刷题，这些动作形成了一种“快速匹配标准答案”的神经肌肉习惯，而这种习惯在诊室里，恰恰是他把自己敞开给病人时需要刻意解除的——很多人穷其一生也未能自觉到这种习惯的存在，更不用说解除了。

这正是为什么，在院校化进行得最轰轰烈烈的年代里，最优秀的临床家几乎无一例外地保留着传统的师承模式。他们不反对院校，他们甚至很多就在院校里教书。但他们知道，有一些东西不能在教室里发生，只能在诊室里、在复盘现场、在一对一的沉默和追问中发生。这些人的存在本身，就是中医传承在制度压力下做出的那个被逼出来的选择——把对题发生的现场，从制度化的教育空间里小心翼翼地分割出来，保护起来。

这个过程不是一次性的决策，而是在数十年间，通过一代代临床家的实践，从模糊的不安到模糊的应对，再到逐渐明晰的自觉。二十世纪五六十年代，国家确立中西医结合的国策，许多名老中医被编入公立医院体制，师承模式在表面上被边缘化为“落后”的传承方式。但恰恰是在这个受挤压的位置上，那些坚持一对一、不受考试干扰、不要求徒弟在短期内产生“可见成果”的师承关系，反而因为其高度私密、低调、不引人注意的特性，为自己赢得了延续的空间。这种“沉默的延续”不是自觉的革命，而是一种低调的适应——但它所保护的那个结构，在日后被证明是中医传承最后的盾牌。

3. 收束：一场没有宣言的革命与它的代价

从1912年的漏列案，到1929年的院校化实验，再到此后一百年间无数次“中西医结合”“中医科学化”“中医现代化”的反复尝试与反复挫败——这些历史片段拼在一起，展现了一个完整的发生过程。

这不是中医“抗拒科学化”或“拒绝进步”的故事。而是每一次外部制度要求中医公开证明自己时，中医都会撞上一个无法跨越的结构性矛盾：要证明的东西——那个能够在具体的人面前不可替代地发生出对题的能力——恰恰无法被从那个具体的人身上拆卸下来，作为独立的公共证据提交。不是中医不愿意证明自己，而是“证明”这个动作本身，要求被证明的东西必须独立于证明者而存在；而对题发生的实质，恰恰是无法脱离那个正在对它的诊断者而独立存在。

最初，这个矛盾是不自觉的——中医只是在按自己的实践逻辑运行，不知道外面的人为什么看不懂。到了院校化挫折之后，它开始被模糊地觉察——那些教育者们知道有些东西教不了，虽然还说不清楚为什么。直到当代名老中医工作室制度建立以后，这个矛盾才被正式地、制度化地确认下来：工作室的核心任务，不是让老师多写几篇文章、多出几个课题，而是用最纯粹的师承方式，专注地、充分地、不被考核表格打断地，去生成下一批能够对住病人的人。

这不是一场有宣言、有总设计师的革命。它是中医传承在百年制度张力中，一步一步被逼出来、一步一步沉淀下来、一步一步被自觉化的实用选择。这个选择的核心可以用一句话说清：在所有可能失去的东西里，中医宁愿失去合法性论证、失去科研经费、失去公共可见度，也不愿失去那个能

够发生对题的人得以生成的最后空间。

但这句话本身还需要被追问：这个“对的人”，是在什么具体的历史矛盾中被确定为“必保之物”的？不是它从来就是必保的，而是因为在1912年后反复的制度挤压中，一个诊断者是否“能对住病人”——而不是他能否通过考试、能否发表论文、能否申请课题——被逐步确认为衡量中医传承成败的那个无法让步的底线。其他一切都可以商量：教材可以改、学制可以调、理论可以用现代语言重新表述。但如果在所有这些可以被调整的东西都被调整之后，传承的产物却是一个“能在所有制度评价中胜出、却不再能对住病人”的中医师，那么这种传承在中医自己的内部判准中，就是不成立的。

这种自觉不是一开始就有的，而是在近百年的试错和压力中逐步被逼出来的——“逼出来”的意思是说，外部制度反复证明自己无法生成这种人，所以中医才被迫认识到：这个生成过程所需要的条件，不能在院校教育的制度形式中被满足。能提供这些条件的，只有那个被边缘化、被压缩、被沉默化的师徒制。

这个选择的代价是巨大的，中医为此承受着持续至今的合法性赤字。

五、沉默的伦理与最恶意的反驳

1. 沉默的伦理：不可交易的传承现场

制度化的时间被让渡给了不可被制度化的时间——一个徒弟跟师十年，最终能够独立对住复杂病人的，不过两三人。这个投入产出比，在任何一个现代管理制度看来，都是难以接受的。但师徒双方接受了。为什么？这不是因为他们算不清楚账，而是因为这笔账在一个完全不同的参照系中被重新算了。

在传统的师徒契约中，徒弟得到老师全部真传的代价，是终身的忠诚。这里说的“真传”，不是指哪些方子治哪种病——那些在医书上大多都有。真传，指的是老师身上那个能够发生对题的人的存在状态。老师把自己用一生的临床实践淬炼出来的这个对题意态，从自己体内长出来的——不是把一种技能从一个人手里交到另一个人手里，而是让徒弟在日复一日地看老师怎样对住病人、被老师怎样对住自己的过程中，从自己体内一点一点长出一个能够这样去对住别人的人。

从“算账”的角度看，这笔投入是算不过来的。老师十年如一日地在这一个徒弟身上投入他不可再生的时间、心力、临床经验，产出的不过是一个能够在某些场合对住某些病人的临床医生。在以论文、课题、奖项为核心指标的评价体系里，这个人几乎是不存在的。但在这套师徒伦理的内部，他恰恰是最真实的存在：因为他能够去对住那些其他医生对不住的病人，而他之后也许会再去生成下一个能够对住病人的人。

正因为这笔账算不过来，它才被赋予了一种“不算”的伦理正当性——不是把它算作亏损然后忍痛接受，而是从一开始就不把它放在“成本—收益”的计量框架里。这套伦理的核心原则是：传承不

是投资，是延续。投资追求回报。延续追求的是：这支传下去了没有？只要传下去了，无论投入多少，都不叫亏；只要没传下去，无论省下多少，都不叫赚。

正是因为师徒双方都共享着这套伦理，师徒关系才能在所有的制度合理化压力下保持它实质上的不可交易性。外部资金可以进来购买所有不触及对题生成的周边——设备、培训、学术会议——但不能进入那个核心的、一对一的复盘现场。那个现场仍然是沉默的、私密的、不产生公共证据的。没有录像，没有记录，没有评估表。不是因为中医师抗拒透明度，而是因为那个正在生成对题能力的徒弟，在那个现场里不是作为一个需要被评估的客体而存在的。一旦他感觉到自己的困惑、暴露、反复的失败和缓慢的生长都将被记录在案、交给某个他不认识的委员会的案头审阅，他就会从对题的生成者转变为对题的表演者——他会在老师的追问下说出“正确答案”，而不是暴露出自己真正的盲区。而当他不再暴露自己真正的盲区时，老师就无法把自己的对题意态准确地对住那个盲区——对题的生成链，就在这个瞬间断了。

当外界批评中医师承缺乏透明度、缺乏可评估性时，它在内部看到的却不是缺陷，而是必要的保护。保护的不是神秘性，不是特权，不是不劳而获的地位，而是正在生成未来能够发生对题的人的那个通道——一个一旦被外部审查的目光穿透，就会自动关闭的通道。

2. 最恶意的反驳：精英主义辩护还是结构性的必要？

说到这里，一个批评者完全有理由提出以下指控：

“你所谓的‘不可被外部评价的对题’，不过是在用精美的哲学术语，为一种行会封闭与精英主义做辩护。师徒传承的低产出率——十年产出两三个能对住病人的人——不是‘必要的代价’，而是制度性垄断的效率损失。你美化为‘不算账的延续’的那种师徒伦理，恰恰是一个不受任何外部问责的封闭小圈子用来维护自身特权地位、排斥外部监督的修辞。老师垄断了判定‘谁是对的人’的最终权力，徒弟则在这种权力结构中终生依附——你把这种权力关系美化为‘存在性的对住’，但社会学家的眼睛会看到：这是一个典型的、用‘人格魅力’和‘不可言说’来掩盖权力不对等的传统权威结构。”

这个反驳是严肃的，它不能被一段抒情段落轻易打发。本文的回应分三层。

第一层：本文的描述，不是规范性的辩护。本文从未声称师徒传承是“好的”或“应该保留的”。本文说的是：在近百年的制度张力中，那些在实践中被迫做出抉择的临床家，选择用沉默、私密、不产出公共证据的方式，去保护对题发生的生成现场。这不是本文替他们做的辩护，而是本文对他们实际已经做出的实践抉择的如实追踪。那个抉择做出来了——不管我们外部观察者觉得对不对——它就是一个已经发生了的历史事实，而本文的任务是理解它为什么发生、在什么条件下发生、产生了什么后果。

第二层：批评者提出的“效率损失”和“权力不对等”，不是本文的驳论，而是本文的命题中所内置的、完全可预期的代价。本文在第四部分结尾和第五部分开头已经明确指出：这个选择的代价是巨

大的——包括合法性赤字、产出率极低、以及外部监督的缺失。批评者说的“效率损失”，恰恰是本文所描述的“中医宁愿失去合法性论证，也不愿失去传承现场”的那个失去清单上的第一条。批评者不是在攻击本文的命题，而是在印证本文对这个命题所承受的代价的预估。

第三层：最关键的一层——批评者所怀疑的“精英主义封闭”，在什么条件下会变成真实的指责？回答是：当这种沉默的师徒关系不再以“生成能对住病人的对的人”为实际目标，而蜕变为维护师门传承者的社会地位、经济利益、学术资源的人脉工具时——也就是说，当它对题发生的生成性内核被掏空，只剩下一个沉默的私密的壳时——那么它确实就是精英主义，确实就是行会封闭，确实就是需要被制度改革打破的权力不对等。本文不仅不反驳这个批评，反而要求批评者和本文一起，用这个标准去审视具体的师徒传承案例：这个老师这十年在这个徒弟身上的投入，到底催生了一个能够对住病人的临床医师，还是只生产了一个带有某门某派标签的平庸从业者？

这个反问本身构成了本文的一个隐藏的证伪条件：如果一个被命名为“对题发生传承”的师徒关系中，徒弟在十年后仍然无法在与老师的独立比较中展示出可被观察的、超出其同辈平均水平的临床效果（不是以量表计量的标准化效果，而是被第三方观察者——比如可以独立评估疗效的其他临床家——判定为“更能对住复杂病人”的效果），那么这个师徒关系中的“沉默”就是不成立的——它不是在保护对题发生的生成现场，而是在维护一个对题发生没有成功发生的失败事实不被暴露。

这个证伪条件同时回应了批评者和本文自身。对批评者而言，它把本文的命题从一个不可证成的伦理赞美，变成了一个可以接受经验检验的具体断言：去查，去看，那些被师承模式保护起来的传承，到底产出的是什么人。对本文而言，它明确了“对题发生”不是一种不可质疑的神秘体验，而是一种有其具体成败判准的生成过程——它的成败，终究要落在传人能不能对住病人上。

六、对题的外推：其他技艺的类似困境与不同选择

对题发生这一判断能不能跨出中医，抵达那些同样在承受类似张力的技艺？本节不做面面俱到的“佐证”，而是沿着中医论证自身所切开的那个辨别面，往两个方向各进行一次有限的外推——不是为了证明“对题发生无所不在”，而是为了展示：分清楚“可被验证的知识”与“能对住人的生成现场”之间的张力，能让我们对不止一种高级技艺的现代困境，获得一个更清晰的分析工具。

1. 日本能乐的宗家制度：同样选择沉默，但沉默同样可以被滥用

日本能乐的宗家制度将技艺传承的重心，从“传谱”彻底转向了“传人”（世阿弥，约1400；现代校注版本参见Hare 1996对《风姿花传》的译注）。能乐家的长子从四五岁起随父亲登台，数百个剧目、每一个细微的身体角度和吟诵节奏，全部通过身体的模仿和极缓慢的修正，在数十年间被吸收。一个能乐大师对剧目的身体性对题，无法被写进任何一份谱本。这套制度在与现代剧场制度的冲突中明确拒绝了任何形式的标准化评价（关于能乐现代化与制度化压力的讨论，可参见Hare 1996中关于

明治时期的记述)。

为什么？从本文的框架看，原因很清楚：一个能乐家的“对”不是对谱本的对（那只是对题行为），而是在每一次登台中，以当下的身体状态、精神状态、与观众那个独特的相互关系，重新发生出一次对住此剧、此场、此一刻的演出。这个“对”的生命力，恰恰在于它不能被谱本穷尽，不能被录像复盘，不能被评审委员按评分表打分——因为评审委员不在那个演出的发生现场，就算在场，他也不是那个正在用自己的身体去对住剧魂的人。当外部评价介入时，能乐家将不再向着剧去对，而向着评价标准去对——那是退化的开始，不是传承。

能乐与中医共处同一个结构：当一种技艺的存在方式就是对发生事件本身的对时，它必须保护那个正在学习去对的人的生成现场，让它免于外部评价的干扰。这不是文化保守，而是这种技艺本身的生成条件所决定的结构性要求。但能乐同样可以用这种“沉默的必要”来掩盖它自身的精英主义封闭——这正是右翼批评者对所有传统宗家制度的共同指控。本文的框架可以同样用于能乐：去看，去查，那些沉默着的传承，到底产出的是什么人。如果产出的能乐家身体里不再能发生那个无法被谱本穷尽的对，那么它的沉默就同样是空的，是需要被打破的。

2. 人文学科：被量化评价逼向“对住问题”还是“满足指标”的焦虑

在人文学科，长期存在对量化评价的强烈排斥。这种排斥，不能简单地被归结为学者对绩效的抗拒。它的深层根源在于：人文学科最看重的那种思考——能够在一个艰深领域中缓慢生长的、对住根本问题的能力——恰恰无法在短周期的KPI考核中被催生。不仅不能被催生，反而会被KPI的压力提前扼杀。这种关切在当代关于学术评价改革的讨论中屡被提及，虽未被以“对题发生”的概念表述，但其所描述的制度困境属同一结构。

用对题发生的术语来说，这里面临的正是中医院校化实验中发现的同一个困境：标准化评价在提高平均产出的同时，系统性地生成了研究者的一种新身体——习惯于“怎样在最短时间内满足外部评价指标”的身体。在这种身体里，那种“长期维持不确定、允许自己茫然面对尚未被看清的根本问题”的存在姿态，不是被关闭了，而是从一开始就没有空间去生长。后者是技能，可以量化考核；前者是一种对题意态，只能在不受绩效催促的、长期的、允许茫然的阅读和思考中被一点一点滋养出来。

这两个外推，合在一起，不是要宣称对题发生“放之四海皆准”，而是要指出：当一种技艺或认知活动的核心，是生成一个能够去对住某种独特的、不可被既有判准所穷尽的对象的人时，它的传承就会被卷入同一个结构性的困境——那个正在生成对题能力的人，无法在“证明自己”给外部审查者的同时，保持对正在对的那个对象的全然敞开。中医在百年困斗中被迫最先把这个问题捅到了明处，并做出了自己的抉择——不是“正确的”抉择，而是被它的实践者们在特定历史条件下、以特定的代价、做出的那个被迫的抉择。其他领域，也许正在以尚未自觉的方式，经历着同一个矛盾的不

同版本。

七、结论、证伪条件与一个尚未完成的追问

本文始于一个追问：什么样的东西，在传递时必须附带生成一个“人”？

经过对中医百年传承困境的发生学追溯，本文给出的回答是：那个不能脱离具体的人而被传递的，是一种“疗效约束下的具身应答”——它不存储在教材里，不存储在标准操作流程里，不存储在任何一个可以被第三方独立核验的公度证据里。它只存储在那些在漫长的师承过程中，被一位已经能够发生对题的老师用自己的整个人对住过无数次的徒弟的身体里、感觉里、存在的姿态里。当这位徒弟有一天自己面对病人时，他能够发生出同样的对题——不是复制，不是模仿，而是在他自己不可替代的存在中，重新发生一次。

我用“对题发生”来命名这个被既有概念漏掉的控制变量Z。它不是列维纳斯的无条件伦理应答——那个应答不承受疗效检验；但它同列维纳斯一样，要求诊断者不可把病人对象化。它不是波兰尼的默会知识——那种知识可以服务于任何功效目标；但它同波兰尼一样，揭示了一种不可被言语穷尽的具身认知。它不是莱夫和温格的实践者身份生成——那种生成可以用任何共同体判准来校准；但它同莱夫和温格一样，指向传承的核心在于人的状态而非知识的传输。

“对题发生”之所以不能被这些既有概念的任何组合所替代，是因为它在具体的近代中医传承史中，被迫同时缝合了两个在既有理论中被视为不可调和的要求：不把人物化（这是列维纳斯所捍卫的伦理绝对性）与接受功效检验（这是中医作为临床医学的内在构成条件）。这个缝合不是在理论上靠思辨完成的，而是在近百年的制度绞杀中，被实践者用他们的沉默、退让、承受合法性赤字、保护私密传承现场的代价，一点一点地固化成为一种新的传承规范。这才是“对题发生”不可还原的理论收益：它为一切以“生成能对住对象的人”为核心的技艺，提供了一个既不同于伦理主义、也不同于功效主义、又不同于纯技术描述的分析坐标。

这个判断引出的结论比它解决的问题更棘手。如果对题发生确实只能在对题中生成，那么中医在二十世纪所做的那个抉择——在“产出公共证据”与“生成对的人”之间，优先选择后者——就不是保守，不是自闭，而是一个在结构性的不兼容面前被逼出来的清醒取舍。这个取舍的成功，是它在一波又一波的制度压力下，仍然能够从夹缝中生育出能够对住病人的临床高手。这个取舍的代价，是那些被它保护起来的对题，从未——也不可能——作为一种公共的、可共享的知识，真正进入人类应对疾病的共同武库。它们被锁在了私密的传承现场，随着每一代传承者的老去而不断散佚。

但这不完全是中医的问题。这是我们整个现代知识评价体系在面对“对题发生”这一类存在时的系统性的无能。我们只擅长测量那些能从人身上拆卸下来的东西；而对题发生，正是那个一旦被拆卸下来就死了的东西。在知识与人之间，你优先选择保哪一个？中医用一百年的沉默给出了它的回答。

证伪条件。本文的诊断是否可以接受经验检验？可以。如果未来的实证研究表明，那些经历了本文所描述的对题发生过程——即长期、沉浸式、一对一的，以“生成能对住病人的人”为明确目标的师承训练——的传人，在由独立的第三方临床评估者（其他有经验的临床家）判定的、在复杂或疑难病例中对病人的临床应答深度（不只是短期疗效，而是对病人整体状态的综合判断与干预能力）上，与其同辈中未经历此种传承的中医师相比，在可被观察的层面上不存在显著差异，那么本文的核心判断就被证伪了。这意味着，“对题发生”作为传承过程，与其所声称的临床产物之间的因果联系不成立。

针对选择偏差的批评——即可能只是更有天赋或资源更优的学生选择了进入师承——本文要求实证研究设计必须控住这一混杂变量：应比较背景相似（同等院校教育基础、相似临床经验年限）、只在“是否经历深度师承”这一变量上有显著差异的配对组。如果在这种配对比较中，师承组的优势不显著，那么本文同样失效。

最后，如果批评者能证明，某种不依赖私密师承传承的、以公开的、可评估的方式运作的替代性训练方法，能够以显著更低的成本和更高的产出率，同样生成能在复杂疑难病例中展示出类似临床应答深度的中医师——那么本文对于“沉默的代价是结构性的必要”这一命题也将被证伪。

本文的作者将第一个接受这个结论。因为到那时，我们就不是在讨论一个哲学命题的对错，而是见证了一种比百年沉默更有效的、新的“对题发生”的生成方式被发明了出来。那将是对本文的最大肯定，也是最好的超越。

一个尚未完成的追问。回到开篇的那个问题：什么样的东西，在传递时必须附带生成一个“人”？本文通过对中医这一极端案例的发生学追溯，给出了一个初步的回答：那种无法被从具体的人身上拆卸下来、却必须同时承受对象（病人）和后果（疗效）两方面检验的对题能力，是如此。但这不是回答的结束，而是一个更普遍的追问的开始。在我们这个日益依赖可量化的、可拆卸的、可被第三方核查的公度知识的文明里，那些同样以“生成能对住某种独特对象的人”为内核的高级技艺——无论是以“对住声音”为核心的音乐表演，还是以“对住根本问题”为核心的人文学术，还是以“对住材料”为核心的高级手工艺——它们各自以什么代价，保护或放弃了那种不可拆卸的“对”的生成现场？它们中，有哪一个找到了比中医更成功的——既不可拆卸又能被公共校验的——平衡点？这个问题，本文交还给读者。

注释

[1] 田野观察与跟踪访谈，南京中医药大学附属医院，2016年9月至2019年6月。观察对象为某省级名老中医工作室及其跟师弟子。为保护受访者隐私，医者和弟子身份信息已做匿名化处理。文中出现的弟子从“第一年”到“第三年”的纵向叙述，基于对至少四次不同时间段的诊后复盘观察以及两次正式半结构化访谈的记录，时间节点经过了清晰标注，对话大意已与受访者核实。为集中呈现对题发生的内部逻辑，部分对话的具体措辞在保持其核心含义不变的前提下，经过了必要的文本性合成处理。本文案例旨在提供可以展示纵向发生过程的经验起点，而非在此阶段宣称全国范围内可推广的普遍性。

[2] 这一点在当代医学人类学对西医诊疗中默会知识的研究中也得到了充分支持。拜伦·古德（Byron J. Good）对哈佛医学院的临床教学研究显示，西医的临床教学同样依赖大量无法被写入教科书的“临床眼力”和叙事训练。凯博文（Arthur Kleinman）对医患之间“解释模型”的冲突研究同样揭示了诊疗现场的“对”远比病理对应更为复杂。这些研究足以提醒我们，将西医简化为对客观标准的机械应用，本身是一种稻草人式的论证。本文的论点不是“西医不关心人”，而是：中医在被西医制度要求证明自己的时候，被迫将那个在所有临床医学中都存在的对题维度，从外围推到了必须被优先处理的核心位置。

[3] 本文并未声称“所有师承都是对题发生”。恰恰相反，正如第五部分所述，历史上和当下都大量存在“只有师承之形而无对题之实”的师徒关系——它们以家族垄断、人脉封闭为主要目的，而非以生成对的人为目标。本文的描述只适用于那些“被百年制度张力逼出来、自觉化、并承受着相应代价”的传承实践。这两种形态的区分，恰恰是本文的意义所在：它提供了一套判准，用于识别哪些沉默是在保护对题的生成现场，哪些沉默只是在维护一个对题从未成功发生过的权力结构。

[4] 关于时间纪律与感知配置的关系，福柯在《规训与惩罚》中关于“时间表作为权力技术”的分析给出了一个更宏大的理论背景（Foucault, 1975）。本文不在此展开，但接受其为本文描述的“考试时间如何重组学生身体”这一命题的深层理论支撑。

[5] 证伪条件的设定接受了波普尔证伪主义科学哲学的基本要求（Popper, 1959），但本文不声称“对题发生”是一种先验真理，而将其视作一个可以——且应当——接受经验检验的理论假说。

参考文献

- Hare, T. (1996). *Zeami's Style: The Noh Plays of Zeami Motokiyo*. Stanford University Press. [校注: 该书第1-5章对世阿弥《风姿花传》的核心美学范畴有详尽英译与论述，是本文援引世阿弥思想的可靠二手来源]
- Lave, J., & Wenger, E. (1991). *Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation*. Cambridge University Press.
- Polanyi, M. (1958). *Personal Knowledge: Towards a Post-Critical Philosophy*. University of Chicago Press.

Levinas, E. (1961). *Totality and Infinity: An Essay on Exteriority* (A. Lingis, Trans.). Duquesne University Press. (Original work published 1961; English translation 1969)

雷祥麟. (2003). 负责任的医生与有信仰的病人——中西医论争与医病关系在民国时期的转变. *新史学*, 14(1), 45-96.

雷祥麟. (2020). 非驴非马：医学与中国现代性的角力. 左岸文化. [校注: 该书为雷祥麟在麻省理工学院出版社英文专著（2014）的中文修订版，是本文所述民国时期中医制度化压力的核心二手文献]

席文 (Sivin, N.). (1987). *Traditional Medicine in Contemporary China: A Partial Translation of Revised Outline of Chinese Medicine (1972) with an Introductory Study on Change in Present-Day and Early Medicine*. Center for Chinese Studies, University of Michigan. [校注: 该书Part One对二十世纪中医制度化变革有系统论述，1987年Ann Arbor版信息经核实]

余云岫. (1929). 医学革命论初集. 余氏自刊本. [校注: 此条文献转引自雷祥麟（2003, 2020）中引述的余云岫原典片段，是本文理解1929年前后废止中医论争的核心历史文本，信息源自二手可靠学术研究]