

复现土：判断离开现场之后，何以再发生

中医个体化诊疗的可复制性困境已持续近一个世纪。既有解释将其归因于默会知识的不可言传、制度免疫的抵抗或技术手段的不足。本文论证，这一困境的根源藏在一个从未被认真质疑的预设之中：判断力被当作了可提取、可传递的实体。

作者 胡敏 · 约 2.7 万字 · 发表于2026年7月24日

摘要

中医个体化诊疗的可复制性困境已持续近一个世纪。既有解释将其归因于默会知识的不可言传、制度免疫的抵抗或技术手段的不足。本文论证，这一困境的根源藏在一个从未被认真质疑的预设之中：判断力被当作了可提取、可传递的实体。判断力不是寄居在个体大脑中的存留物，而是在每一次面对具体病人时，在特定的认知—制度—人际条件下被触发、被发生的一个认知事件。这个事件一旦发生，留下的只是痕迹——病历、医案、口诀——痕迹可以参照，但无法自行复活为新的判断。已故医者的判断不能被“复制”，不是因为它太复杂，而是因为它已经发生过。真正可以留在世间并让判断力在后来者身上再次发生的，不是那个已发生的判断，而是那片曾经让判断发生的条件结构。本文将这片结构命名为“复现土”——它由三个不可彼此替代的条件构成：让判断者在真实临床情境中反复做出不可撤回的落地决策的操作空间；让判断差异被公开对等追问的同行对照；以及将判断者与他自己每一次判断的具体预后连接起来的反馈回路。本文追踪了复现土在中医传统师承中的自发形态、在近百年制度化进程中经历的变形与重组，并以针灸领域石学敏针法体系的有限成功为关键案例，论证复现土的制度化重建——而非判断力提取技术的优化——才是可复制性困境的根本出路。结语给出明确证伪条件，并将这一概念推衍至中医之外的技艺传承领域。

关键词：中医个体化诊疗；辨证论治；可复制性；复现土；判断发生；情境学习

一、一个被误置了提问方向的难题

中医个体化诊疗的可复制性困境，几乎与中西医碰撞的历史一样长。从二十世纪初的“废医存药”之争，到当代循证医学对随机对照试验的黄金标准要求，再到近年的真实世界研究与人工智能辅助辨证，一代代研究者试图攻克同一个难题：如何把名老中医的经验提取成可推广、可验证、可复制的诊疗规则？

这一努力的核心成果反复呈现同一个模式：初期的数据令人鼓舞——诊断一致率显著提升，辨证分型的标准化取得阶段性成果；中期的疗效追踪令人失望——选对了证型，疗效并未同步提升，标准化辨证规范与真实临床效果之间出现了难以解释的落差；后期的制度化推广遭遇沉默的消解——参与者热情消退，规范在日常临床中被逐渐架空，项目无疾而终。当同样的步骤以相似的顺序重演数十年，我们有理由追问：这个难题本身是否被放置在了一个错误的方向上？

要理解这个“错误的方向”是如何被确立的，不能只将既有的解释当作被诊断的对手来逐一驳斥，而需要追问这些解释本身是在什么样的历史—制度矛盾中被生成出来的。它们不是凭空出现的“错误答案”，而是对特定历史节点上某种真实压力的回应——只是因为它们共享了一个未被质疑的预设，才共同走向了困境的同一侧。

最早成形也最有影响力的，是“默会知识”解释。这一解释借重Polanyi（1958）对不可言传之知的哲学论证，将名老中医的判断力定性为一种无法被语言完整表述的身体化认知。这一解释在中国大陆的中医政策讨论中获得广泛援引，并非偶然。它成形于1980至1990年代——正是中医标准化运动遭遇瓶颈、大量辨证规范在临床推广中疗效不佳的时期。面对“为什么照着规范辨证却治不好病”的尖锐质疑，默会知识解释提供了一种认识论层面的辩护：不是中医理论有问题，也不是规范制定者不努力，而是中医知识的性质本身就抗拒形式化。这一辩护在当时的政策语境中承担了双重功能：对外，它抵御了“中医不科学”的指控；对内，它为标准化努力的受挫提供了非问责性的解释。然而，这一解释的认知代价在于，它的全部论证指向的是“言传的不可能”，却从未质疑另一个更深的前提：就算言传是可能的，判断力就是那种可以被“传”出去的东西吗？它默认了这样一个预设——如果能解决“言传”的问题，传递就能成功。于是，一代代研究者将努力集中在“如何更好地言传”上：更精细的证型分类、更标准化的脉象术语、更结构化的辨证量表、更先进的数据挖掘技术。默会知识解释把“传递”当作想当然的前提，追问“传递为何失败”，却从不追问“传递”这个动词本身放在判断力身上是否合法。

第二种解释——“制度免疫”——的形成路径不同。这一解释在中西医论争的百年史中有其深远根源。近代以来，中医界在面对西医制度化的强大压力时，确实建立了一套以“中医自身规律”为核心话语的认识论屏障。这一屏障在特定历史情境中承担了维护专业自主性的功能——当外部标准（如把中医诊断翻译为国际疾病分类编码、用随机对照试验验证辨证论治）被认为威胁到中医知识传统的完整性时，这一屏障被激活。然而，将这一历史形成的防御机制上升为可复制性困境的全面解释，却面临一个逻辑上的不对称：如果制度免疫是核心障碍，它应该在所有中医技艺领域无差别地生效。事实并非如此。针灸领域的标准化——最典型的是石学敏院士团队的“醒脑开窍”针法——并没有遭遇同等程度的抵抗。这一不对称的原因并不神秘：针灸在1970年代已被世界卫生组织纳入国际标准化议程，其标准化路径从一开始就嵌入了国际医学共同体的合法性框架之中。辨证论治则从未获得过同等程度的国际化推力——它面临的是另一重合法性压力，也因此发展出了不同的辩

护策略。“制度免疫”解释的盲区不在于它“错”了，而在于它将特定历史条件下被生成的一种话语策略，误认为了跨情境的稳定障碍。

第三种思路——人工智能替代——晚近兴起，却共享了前两种解释的同一个预设。它以更激进的形态呈现：既然老中医的判断力无法被传递给学生，那就绕开学生的培养，直接用机器学习从大量病例数据中逼近老中医的判断模式。这一思路看似绕开了传递问题，实则只是将传递模型从“人——人”移到了“数据—算法”上——它仍然预设：判断力可以被编码为足以产生可靠临床决策的数据模式。但到目前为止，中医AI辅助辨证的执行力仍然停留在证型分类的层面——它可以帮助医生在若干预分类别中选出最可能的那个，但它无法完成辨证论治中最核心的那件事：在模糊、多义、乃至矛盾的线索中，生成一个此前不曾存在过的、贴合这一个特定病人的整体判断。分类与生成之间的范畴鸿沟，不是一个暂时的技术瓶颈，而是两种根本不同的认知活动的界限。

这三种解释，尽管在结论上彼此分歧，却共享着一个从未被质疑的预设：判断力是某种可以被“取出来”和“装进去”的东西——不管这个“东西”被理解为了默会知识、制度承认的专业自主权，还是可被算法逼近的数据模式。本文要做的，不是在这三种解释之外再增加一种，而是将这个共享的预设本身放到聚光灯下：判断力是一种可以被传递的实体吗？如果不是，那么整个努力的提问方向——从“如何传递”到“传递失败的原因是什么”——都建立在一次根本性的范畴错误之上。

这一追问导向一个核心区分：已发生的判断与能再发生的判断力。已发生的判断，是某位医者在某一刻面对某一个病人时，在那种独一无二的交互现场中实时生成的整体性认知活动。它包括他在切脉时感受到的那种特殊的“弦中带涩”的触感——这个触感并不单独存在，它是在他看到病人苍白的脸色、听到他气短的语声、以及在问诊中得知他近三个月消瘦六斤的情况下，被综合地感知到的。它也包括他在这些多元线索同时涌入的那一刹那，将全部线索在一个统一的感知活动中组织起来的方式——这个方式不是先看到症状、再推理出证型，而是所有线索在同一个认知瞬间被“抓取”为一个整体性的图景：“这是一个土虚木贼的病人——脾土久虚，肝木乘虚而横逆。”这个判断一旦离开那个触发它的现场——被记录、被转写、被条目化、被编入临床路径——它就不再是“判断”，而是“判断留下的痕迹”。痕迹可以记录判断的结论，也可以部分记录判断的路径，但它无法携带那个触发判断的交互现场本身。因此，痕迹无法自行复活为新的判断——它能做的，是被另一个判断者在使用时当作参照物，在另一个新的交互现场中，触发另一次新的判断发生。

能再发生的判断力，是一个医者在面对一个新的、不重复的病人时，在实时交互中生成一个新的、贴合的判断的能力。这种能力不在任何个体的大脑中被“存储”——因为它每一次发生都是一次全新的生成；它也不在任何已发生的判断的痕迹中被“承载”——因为痕迹永远无法预演下一个未曾见过的病人。它只能在一种特定的条件结构中被反复触发——这片条件结构，就是本文要命名的概念：复现土。

“复现土”是一个分析性概念，指代使判断力这类不可被存储的认知事件在不同个体身上反复被触发、被校准、被再发生的认知、制度与人际条件的结构性组合。它不是土壤的隐喻——尽管“土”这个字不可避免地携带了隐喻性的联结，但它的理论功能严格地指向一个可被经验指认的结构性存在：当某一类特定的条件组合能够使得前人身上那种高质量的判断发生能力，在后人身上再次发生——不是被复制，而是被重新触发——时，那片条件组合就是复现土。它不是中医特有的东西；任何包含高强度默会判断的技艺，只要它能够跨代存活而不退化为纯粹的机械操作，就一定暗中依附着某种形态的复现土。只不过，在中医辨证论治这一百年来的自我理解中，这个结构一直被隐没在“师承”“悟性”“火候”等前分析概念之下，从未被作为一个独立的对象来考察。本文的工作，就是将它从那些前分析概念的包裹中剥离出来，让它成为一个可以被公开审视、可以被经验检验、也可以被制度化重建的独立理论对象。

在展开这一论证之前，有一项划界工作需要先行完成。近三十年来，医学教育领域涌现了一系列与本文论域高度重叠的概念框架：可信任专业活动（Entrustable Professional Activities, EPAs; Ten Cate, 2005）、反思性实践（reflective practice; Schön, 1983）、以及中医人类学对临床知识生成性的民族志研究（Farquhar, 1994; Scheid, 2002; Hsu, 1999）。这些研究从不同的路径切入了一个共同的发现：临床判断力不是一套可以被课堂教学完整传递的显性知识，而是在真实实践情境中被逐步“生成”的。本文的论证在“反对传递模型”这一否定性命题上与这些研究共享立场，但在“判断力再发生需要什么条件”这一肯定性命题上，与它们存在一条未被前人切开的分离线。

EPAs框架的核心贡献，在于将医学教育的目标从“掌握知识”重新锚定为“被信任去独立执行专业活动”。它要求培训项目明确界定哪些临床任务可以在何种级别的督导下委托给住院医师独立完成，并在督导逐步撤除的过程中持续评估其执行质量。这一框架与本文的“操作空间”条件高度共鸣——两者都强调，学习者必须在真实的、有后果的临床情境中独立做出决策，而非仅在课堂或模拟环境中练习。然而，EPAs框架的本体论预设与本文有根本性差异。EPAs将判断力视为一种可被培养、可被逐级评估的能力（competence）——它可以被分解为若干可委托的专业活动单元，每个单元对应特定的信任等级。在这个框架内，判断力是一种存量：它可以在学习者身上逐步积累，可以通过标准化评估来衡量“够不够”，可以在“尚未达到独立操作水准”时由督导代为执行。本文的论证则指向一个不同的本体论位置：判断力不是一种能力存量，而是一种事件——它不在任何个体身上“积累”，它只在特定条件结构中被触发、被发生。一个住院医师面对一个具体病人时做出的判断，不是他此前积累的“判断能力”在那一个时刻的“输出”——它是那个时刻的交互现场、那个特定的操作压力、那个悬而未决的临床不确定性共同触发的一次认知生成活动。“被信任去独立操作”在EPAs中是培训进程的终点——当学习者展示了足够的能力，他就被信任。在本文中，独立操作不是终点，而是条件：它不是对已有能力的认证，而是触发判断发生的前提——没有独立操作的压力，判断事件就不会被充分触发，因而也就没有“能力”可以被认证。

反思性实践传统（Schön, 1983, 1987）与本文的“同行对照”条件有显著重叠。Schön论证，专业实践者在面对“沼泽地”式的复杂情境时，依赖的不是技术理性的规则应用，而是一种在行动中反思（reflection-in-action）的即时判断。这一分析打破了“先有知识、后应用”的线性模型，与本文对“判断是感知而非推理”的描述高度吻合。但反思性实践传统将校准的主要场所定位在个体内部——实践者通过与情境的对话、通过行动后果的回溯，不断重构自己的“问题框架”。在这一传统中，另一个独立判断者的对等抗辩不是校准的必要条件；反思可以在个体内部完成。本文的同行对照条件则论证：判断发生过程中的权重分配方式，无法仅在个体内部被充分暴露——它需要一个独立的、对等的判断者，在同一组临床材料面前做出或许不同的权重分配，两个判断之间的差异被公开摊开、被追问理由，个体自己的隐权重才能在对照中被“看见”。个体内部的反思可以暴露“我做了什么决定”，但无法暴露“我是在哪一刻、因为什么而偏了”——因为偏的起点，往往正是我自己的反思所无法触及的那个默认假设。

中医人类学传统——以Farquhar（1994）的《认知实践》、Scheid（2002, 2007）对当代中医多元传统的民族志研究、以及Hsu（1999）对中医知识传授模式的比较分析为代表——已经在经验层面充分论证了中医临床知识是在实践中被“生成”而非被“传递”的。Farquhar通过对中医临床辨证过程的细致分析指出，中医的诊断不是从症状到证型的逻辑推导，而是一种在多元、异质、有时相互矛盾的线索中反复“试探和修正”的实践性认知。Scheid则追踪了当代中国中医如何在个人临床经验、经典文本传统、以及制度化的标准规范之间不断地“协商”自己的临床判断。这些研究为本文的核心否定性命题提供了坚实的经验基础。但它们的工作重心在于描述“知识如何在实践中生成”——这是人类学的描述事业；它们的理论兴趣不在于追问“什么样的条件结构是这一生成过程得以反复发生的必要条件”——这是本文的分析事业。人类学描述告诉我们判断是如何发生的；本文的分析要追问的是：那片让判断得以发生的土壤，由哪些不可彼此替代的成分构成，以及当它被制度性地剥离时，会发生什么。

本文以下的工作，不是在这些既有研究的基础上“打个补丁”，而是将它们的否定性洞见（传递模型不成立）推进到一个肯定性命题（复现土的三个条件是判断力再发生的不可彼此替代的必要条件），并将这一命题置于可被独立检验的经验约束之下。全文的结构如下：第二章进入中医传承的历史现场，让三个条件从真实的制度矛盾中逐层析出；第三章以发生学的方式将这三个条件凝缩为复现土的严格定义，论证它们之间的不可代偿关系；第四章追踪复现土在传统师承中的自发形态与结构性局限；第五章追踪制度化进程中复现土的变形与重组；第六章基于复现土视角提出重建的方向性原则，并分析其在现实制度中的可能变形；第七章以针灸领域石学敏针法体系为有限案例，精密化复现土命题的理论边界；结语明确证伪条件，并推衍至中医之外的技艺传承领域。

二、复现土的三个条件：从传承的真矛盾中析出

本章让复现土的三个条件从中医传承的具体历史矛盾中逐步显形，而不是作为一套提前准备好的理论坐标被投射到材料上。以下所呈现的三个场景并非真实发生的个别案例记录，而是基于对中医高等教育、临床轮转与规范化管理中长期存在的典型问题的广泛观察而建构的Weber式理想型。它们的建构逻辑是：当某一类条件被系统性地抽走时，判断力再发生的链条上会出现哪种特定形态的断裂。它们的功能不是“证明”三条件的存在，而是将三条件从那些更容易被观察到的失败形态中“逼”出来——让读者在每一个场景的追问终点，看见某个缺失的结构性成分。

2.1 操作空间：课堂习得的规则，为何在门诊无声塌陷

某中医药大学附属医院脾胃病科，一名实习生在完成四年的课堂学习和课间见习后，进入毕业实习。他在校期间成绩优异，方剂歌诀脱口而出，中医内科学的辨证分型表格烂熟于心。在他的认知中，临床辨证的基本操作是清晰的：将病人的主诉、舌象、脉象逐一与证型的诊断标准比对，找到匹配度最高的那个证型，然后选用对应主方，再根据兼证做加减。

实习第一周，他跟随主任查房，看到的是一位腹泻两年、辗转多家医院未愈的老年患者。主任在床边停留了不到十分钟——问了几个问题，切了脉，看了舌，然后转身对随行医师说：“这是个清阳不升、湿困脾阳的证，用升阳益胃汤化裁。”实习生赶紧在笔记本上记下这个判断，然后回去翻书对照：病人的主诉中有“晨起即泻、完谷不化”，这对应脾阳虚；有“四肢困重、口淡不渴”，这对应湿困；有“食后腹胀”，这对应气滞。他逐条匹配，发现在“脾阳虚”“湿困脾阳”“肝郁脾虚”三个证型中，病人的症状分布都不完美——每条证型他都符合半数指标，但不符合任何一条的全部。主任的判断落在了一个他在教科书上没见过的证型组合上：“清阳不升”加“湿困脾阳”——这个组合在他的分类表格里没有对应条目。

这个瞬间的困惑，暴露了一个比他以为的要深得多的问题。他在四年课堂训练中反复练习的，并不是辨证论治。他练习的是一种分类操作：将一组已给定的症状，匹配到一个已给定的证型标签上。这种操作的认知前提是——证型已经在那里了，症状也已经被清楚地提取出来了，需要做的只是正确的匹配。但主任在那个老人身上所做的，不是匹配。老人进门时的步态、说话的语调、腹部的触感、脉象在指下的那种“濡中带沉”的质地——这些线索并不先以孤立条目的形式被“收集”，然后被“推理”到一个证型。它们是在同一个感知瞬间被一起“抓取”为一个整体图景：“这个人是清阳被湿邪压住了——不是虚得没力气升，是湿太重升不起来。”这个图景本身，就包含了“升阳”和“化湿”两个动作同时推进的治法方向——它不是被推理出来的，它是被看见的。

实习生的问题不在于他不够聪明、不够用功、或知识储备不够。他的问题在于：他在四年的训练中，从未被放置在这样一个情境中——他必须在没有人替他兜底的情况下，自己独立面对一个真实的、模糊的、不按教科书生病的病人，自己抓取那个尚不存在的整体判断，然后把方子开出去，

承受后果。他用四年的时间把自己调成了分类模式，而辩证论治的核心是生成模式。这两种认知模式之间的鸿沟，不是靠“增加临床实习时间”就能弥合的——如果增加的那一部分时间仍然是以“观摩—跟随—修改”的方式进行的，那么学生仍然在分类模式中运行——他只是在观摩别人如何生成，而不是自己生成。只有当他被放置在“不得不生成”的压力之下——当他的判断将落地，处方将开出去，没有缓冲层，没有安全网——他才会被逼出那种在混沌中抓取一个尚不存在的结构的认知动作。这个动作，只能在做中发生，不能通过观摩来习得。

这个理想型的追问，逼出了复现土的第一个条件：操作空间——判断者必须在真实的临床情境中，独立面对信息不完整的、后果不可撤回的落地决策压力。这个条件不是锦上添花的“教学技巧”，而是判断力得以被触发的认知前提。没有它，学生可以在课堂上学会所有辨证规则，但永远无法在门诊中自行生出一个判断——因为“自行生出”这个动作本身，从来就没有被他所经历的训练结构触发过。

2.2 同行对照：没有第二双眼睛时，偏行何以不自知

第二个条件从一个民间师承的失败场景中析出。一位地方名医，擅用经方，在本地治疗脾胃病和妇科病有相当口碑。他带了一个徒弟，跟师五年。前三年，徒弟抄方、抓药、随师出诊，把师父常用的方剂、药对、加减习惯都记了下来。后两年，师父开始让他独立接诊一些病情较轻的病人——徒弟自己四诊、自己开方，师父在旁把关。五年下来，徒弟接诊的轻症病人疗效尚可，师父也认为他已经具备了一定的独立行医能力。

出师后，徒弟回到自己家乡开了一间小诊所。起初，他延续师父的思路，处理一些常见病还算顺手。但渐渐地，他开始接诊一些更复杂的病人——慢性肾病的、肿瘤术后的、顽固失眠的——他按照师父的方法开方，效果却反复不彰。他不明白问题在哪里：他的辨证逻辑是自洽的，他的方剂选用符合师父的常规路径，师父在世时也从未指出过他的辨证有什么原则性错误。他觉得中医这条路越走越窄，几年后，他开始在诊治中大量加入西药，中医辨证逐渐退居为一种辅助调理的手段，不再是他临床判断的核心。

这个医者的困境，不是因为他的操作空间不足——他独立接诊的次数并不少。也不是因为他缺少反馈——他可以看到病人的复诊结果。他缺少的是另一样东西：一个与师父不一样的声音。在他五年的跟师过程中，他的每一次判断都只经过了一个参照点——师父的判断。师父纠正他时，他接收到的信号是“正确的做法是这样的”；师父认可他时，他接收到的信号是“你已经对了”。在这两种情况下，他都没有机会看见自己做出判断的那个动作本身——即他的判断不是与师父的判断一致或不一致，而是他的判断与另一个独立判断者的判断之间，在同一个病人身上，在互不知道对方结论的情况下，发生了什么样的差异，以及差异的根源在哪里。

在传统师承中，这种机会天然地稀缺——因为结构上只存在一个权威，一个参照点。如果师父的判断与徒弟的判断不同，这个差异在发生的那一刻就被师父的权威覆盖了——徒弟被告知“要这样才对”，差异被消灭了，追问没有空间展开。徒弟不知道自己偏了，因为根本没有人把他自己的判断路径摊开在桌面上，与另一条独立的判断路径并列对照，然后问他：“你为什么会在这个脉络上加重这个药？我为什么完全没有考虑这条路？”这种追问的功能，不在纠正错误——纠正错误可以由师父的权威来完成。它的功能在于暴露判断者自己在那一刻的权重分配方式。一个医者可以在五年内做出数千次判断，每一次都被师父纠正为“正确”，但他的权重分配习惯可能已在不知不觉中偏了——每一小步偏一丁点，三五年后偏出了一条他自己浑然不觉的自洽错路。而那个被他偏出来的错路，恰恰是师父的纠正所无法探测的——因为师父的纠正针对的是单次判断的“对错”，而不是那个指导着每一次判断生成的深层权重分配倾向。

这个理想型的追问，逼出了复现土的第二个条件：同行对照——判断者需要一个或多个对等的、独立的判断者，在同一组临床材料面前，各自独立地做出判断，然后公开地摊开差异、追问理由。这个条件与纵向的“审核—纠正”有根本的认知功能差异。纵向审核回答的是“你对不对”，同行对照回答的是“你在哪里偏了”——前一个问题的答案是一个结论，后一个问题的答案是一个过程。一个判断者可以在整个职业生涯中被持续地“审核”和“纠正”，却从未真正“看见”自己的判断路径——因为他每次都只是被推回“正确路径”上，而那条他自己原本走上的路径，在刚迈出第一步就被掐断了，从未被完整地追溯过。

2.3 预后反馈：当偏态被沉默地固化

第三个条件从一个更为隐蔽的失败场景中析出。某县级中医医院的内科诊室，一名主治医师在这里工作了十五年。他是本地为数不多的中医院校本科毕业生，病源充足，口碑良好。他每天上午的门诊量在四十到六十人次之间——平均每位病人的接诊时间约五到七分钟。在这个节奏下，他不可能对任何一位病人进行详细的望闻问切。他形成了一套高效的工作流程：抓住主诉中的一两个关键症状，快速地对应到一个熟悉的证型框架，开出对应的主方和几味常用加减，然后叫下一位。他的老病人信任他，因为他的方子确实让很多人觉得“吃了舒服”或“多少管点用”。

但如果问他：这一年来接诊的慢性胃炎病人中，服用他的中药超过三个月的那些，一年后的复发率大概是多少？他答不上来。他知道哪些病人复诊时对他说了“好了”“舒服多了”——但他不知道的是那些没有回来复诊的病人后来怎么样了。那些没回来的病人中，有一些可能是因为好了，不需要再来了；也有另外一些可能是因为吃了没效，失望了，换到别的医生那里去了；还有一部分可能是因为病情加重，直接去了市级医院。这些信息，永远到不了他手里。他的判断，就像射出去的箭——他知道射的方向，他偶尔能听到中靶的声音，但他从来没有系统地知道过自己射偏了多少次、偏了多少度。

更关键的是，这种“不知道”并非仅仅是个体随访意识的问题。他所在的医院在制度上从未将“追踪门诊病人的中长期预后”设为日常临床工作的组成部分。他的绩效考评不看治愈率或长期缓解率——看的是门诊量、处方金额、病人满意度评价表上的即时评分。这些指标没有一个触及预后。他不是“不关心病人”——他是在一个结构性断裂的反馈回路中工作：病人从挂号、就诊、拿药到离开医院，这条流水线越顺畅，管理的效率指标越好看。一旦病人跨出医院大门，流水线就结束了。下一次复诊，他可能挂到了另一个医生的号，也可能干脆不再出现。医者与他自己上一次判断的长期后果之间的那条连接，被剪断了。

这个剪断，不是被哪一只恶意的故意剪的。它是效率优先的门诊管理逻辑与慢节奏的长线追踪之间的结构性冲突的自然产物。但它造成的认知后果是深远的。一个医者可以在整个职业生涯中持续地获得“即时正面反馈”——病人说“好多了”“管用”——而同时，他的某些核心辨证习惯已经在系统的层面上偏离了病人的真实长期预后。因为没有长线反馈来微调他的权重分配倾向，那些在短期内可能带来舒适感但在长期中偏离病程扭转方向的用药习惯——比如长期依赖行气破气药来处理气滞，而忽略了益气固本——被年复一年地固化，成为他自己不再能察觉的固定路径。他不是一个“坏医生”——他是一个被锁在一个开放回路中的判断者，他所能看到的那一部分反馈信号，不足以暴露他的系统性偏态。

这个理想型的追问，逼出了复现土的第三个条件：预后反馈回路——判断者必须能够以一种制度化的、持续的方式，追踪自己每一次临床判断的长期后果，并让那个后果无声地、逐次地微调他的权重分配习惯。这一条件的功能，与前两个条件不可彼此替代。操作空间确保判断被触发；同行对照暴露判断过程中的权重分配方式；预后反馈则为这一过程提供了一个外在于任何个人权威、外在于任何同行共识的终极校准源：不是“我认为我偏了”，不是“同行指出我偏了”，而是“病人的真实预后告诉我，我偏了”。

2.4 一个必要的注脚：功能与制度形态的区分

在结束本章之前，有一项区分必须做出。本章从三个理想型中逼出的，是复现土的三个认知功能——操作空间、同行对照、预后反馈各自承担的、不可彼此替代的认知职能。但这些功能可以通过不同的制度形态来实现。传统师承中的独立接诊、现代进修基地中的亲自操作、乃至设计良好的高保真模拟——它们在制度形态上迥然不同，但它们可以服务于同一个认知功能：为判断者提供不可撤回的落地决策压力。同行对照可以在科室查房中以对等互审的方式实现，也可以在教学门诊中以师生同时接诊同一病人、事后并排列出双方辨证记录的方式实现。预后反馈可以通过制度化的随访岗位来实现，也可以通过便携式患者自报系统来实现。认知功能是复现土的常量；制度形态是因历史条件而异的变量。这种区分是第四章和第五章的历史分析所必需的——只有把功能和形态拆开，才能精确地描述：传统师承以哪种形态维持了哪些功能，而当代制度变革又以哪些形态重组或消解了哪些功能。

三、复现土的严格定义与三个条件之间的不可代偿关系

三个条件已经从传承的具体困境中析出了。本章将做两件事：一是将“复现土”从这些分散的条件凝结为一个严格的分析概念；二是正面论证三个条件之间的不可代偿关系——为什么它们不是加法关系，而是乘法关系。

3.1 复现土的定义

复现土，本文定义如下：它是使高质量判断力在不同个体身上反复被触发、被校准、被再发生所需的三个认知功能的制度化组合——操作空间（让判断者在真实或高保真模拟情境中独立面对不可撤回的落地决策压力）、同行对照（让判断差异在对等的独立判断者之间被公开摊开、被追问理由）、预后反馈回路（让判断者与其每一次判断的长期后果之间保持制度化的信息连接）。这三个功能不是锦上添花的“教学手段”，而是判断力再发生的结构必要条件。当其中一个功能缺失时，判断力或被触发失败、或在无对照中偏行、或在无反馈中滞长。当三个功能同时缺失，判断力不再能够被触发——无论教学内容的传递做得多么精细。

这个定义有几点需要被严格守住。第一，“复现土”指代的不是物理空间或特定的机构形态，而是认知功能的制度化组合。一片“土壤”可以寄居在一个老中医的诊所里，也可以留存在一个科室的内部制度安排中。它的存在与否，不以“是否像传统师承”为判准，而以“三个功能是否被制度性地同时且持续地维持”为判准。

第二，“复现土”不制造判断力。它不教任何人任何知识。它只是在每一次判断发生的事件中，为那个事件的发生提供必要的条件支撑。它也不保证在同一个条件结构中的每一个体都能发展出同等水平的判断力——个体的天赋、专注力、临床敏锐度的差异当然存在，并且不会被复现土消除。复现土不是在许诺一个“人人皆可成明医”的乌托邦——它在承诺的仅仅是：如果这三个条件被同时充分地维持，那么判断力再发生的可能性将被最大化；反之，如果这三个条件中的任何一个被制度性地抽走，那么即使最天赋的个体，也只能在残缺的条件中挣扎，他的判断力或者在混沌中从未被点燃，或者在偏行中走上自洽的错路，或者在被剪断的反馈中逐渐滞固。

第三，“复现土”与判断力之间的关系不是“土壤培育种子”。那个比喻暗示种子本身就拥有长大成树的一切潜能，只是需要土壤的营养。但判断力不是预先存在的潜能——不存在“潜在判断力”这种东西等待着被激活。判断力是在复现土中被触发、被生成的——没有复现土，它在这一生中根本不会发生。更精确的说法是：在个体第一次进入复现土之前，他的大脑中并不存在一个“潜藏着的判断力”等待被唤醒；他拥有的是基本的生物学认知能力——感知、记忆、推理、模式识别——这些东西在任何人类大脑中都具备，但它们并不天然地构成“判断力”。只有当这些基本认知能力被放置在操作空间、同行对照、预后反馈这三重结构性压力之下，被反复地触发、暴露、校准之后，它们才会被逐渐组织成一种新颖的、整合性的认知活动——即本文所说的判断力。因此，复现土不是滋养一

个已存在的种子的土壤，它是让那粒种子从不存在到存在的那片条件结构本身。

3.2 不可代偿：三条件间是乘法关系

上述三个条件之间的关系，不是加法关系。加法关系意味着：条件A多一点可以替代条件B少一点——操作空间给够了，同行对照弱一点也勉强可以；同行对照够强了，预后反馈少一点也能凑合。本文将论证，这三个条件之间是乘法关系：任何一个为零，整体乘积为零。

先看“操作空间+同行对照，但缺预后反馈”的情形。这正是当代临床规范化管理的典型困境之一。一个医生在真实临床情境中独立做出大量落地判断，并且有同行定期对照他的辨证思路。他在病例讨论中辨证分析无懈可击，同门师兄弟都认可他的判断水平。但他的病人的长期预后，没有人系统性地追踪过。在他的同行对照群体内，他的处方风格被充分认可为“规范”“正统”“思路清晰”。但若有第三方研究者对他的慢性病病人的五年预后做一个系统追踪，则可能发现，他的某类病人的长期缓解率显著低于那些辨证不那么“漂亮”但用药更注重固本培元的同行。同行共识本身无法暴露这种系统性偏态——因为偏态不仅仅是一个人的问题，它是整个同行群体在长期缺乏外部预后校准的条件下，逐渐形成的“自洽的错法”。同行对照可以在彼此之间暴露个体层面的权重差异，但如果整个群体的权重倾向都朝同一个方向偏了，那么这种集体的偏态只有预后反馈能够揭穿。因此，同行共识不能替代预后反馈——前者提供的是判断差异的信息，后者提供的是这些差异在现实预后中表现为“更好还是更差”的信息。

再看“操作空间+预后反馈，但缺同行对照”的情形。这正是民间师承未形成对等对照群体时的典型困境。一个医者独立做出大量临床决策，并且能够追踪到病人的长期预后——他知道自己何时有效、何时无效。但预后反馈只能告诉他“这次偏了”或“这次打中了”，它无法告诉他“我是在哪一刻开始偏的”。这个“哪一刻”的信息，只有当一个独立的同行，基于同一组临床材料，做出了不同的权重分配决策，并且两人各自的路径被并排摊开时，才会暴露出来。预后反馈告诉他中靶与否，同行对照告诉他瞄准的过程在哪个环节出了偏差。两者信息类型不同，不可彼此代偿。

再看“同行对照+预后反馈，但缺操作空间”的情形。这正是当代院校教育中一部分“高分低能”学生的困境。一个学生可能在各科考试中名列前茅，在课堂案例讨论中口若悬河，在出科考核中拿到优异的评语——但这些活动全部发生在“不会被落地后果追及”的缓冲层中。在课堂讨论中，他做出的判断只是一个表述，它不会被写进正式的处方，不会被交给真实的病人，不会在两周后追回来告诉他“这个判断帮到了病人吗”。他在这些活动中学到的是如何做出一个在形式上正确的辨证表述，而不是如何在混沌中抓取一个会被现实检验的真实判断。这两个能力在认知结构上是不同的：前者是一种语言层面的逻辑自洽能力，后者是一种在落地压力下整合异质性感知材料的认知活动。前者可以在课堂中被训练，后者只能在操作空间中被触发。缺少操作空间，同行对照和预后反馈都无法发挥其校准功能——因为它们校准的对象（判断者自己在压力下做出的真实判断）根本就没有被触发。

这三个不可代偿的论证，加在一起，构成了复现土命题最核心的理论硬度：不是三个条件“分别挺重要”，而是三个条件中的任何一个在结构上无法由另外两个来代偿，因为三者各自校准的是判断发生过程的不同环节。操作空间确保判断被触发；同行对照暴露判断生成过程中的隐权重分配；预后反馈提供校准这些权重的准绳。三者分工在功能层面是结构性的——它是从“判断作为一个认知事件如何发生、如何被看见、如何被校准”这个发生学的追问中必然导出的，而不是基于经验观察凑巧三个恰好都重要。

3.3 与邻近概念的划界

在给出严格定义并论证不可代偿关系之后，复现土与几个最危险近邻的区分得以更精确地划定。

与默会知识传统（Polanyi, 1958; Collins, 2010）的区分：默会知识拆穿了传递模型的神话——它论证了判断力的某些核心成分无法被语言完整表述。但拆穿传递模型的神话，只是否定性工作。默会知识传统给出的肯定性出路——“浸泡”——太宽泛了。它没有拆解浸泡本身的内部构成，因此无法区分“有效的浸泡”与“名存实亡的浸泡”。复现土则精确地拆解了浸泡的三项构成性成分，并论证了三者之间的不可代偿关系。默会知识传统回答的是“为什么判断力不能被表述”，复现土回答的是“什么样的条件结构让判断力可以被触发并在反馈中被反复校准”。

与情境学习/实践共同体传统（Lave & Wenger, 1991）的区分：情境学习精确化了操作空间的渐进结构——“合法的边缘性参与”描述了新手如何从安全的任务开始，逐步向中心移动。但实践共同体框架有两个盲区。第一，共同体内部的校准依赖于纵向的示范—模仿—纠正模式，这一模式无法替代对等抗辩的认知功能——后者逼出的是个体自己的权重分配方式，而非对权威标准的服从偏差。第二，共同体内部的标准无法自我纠正其共识本身可能偏离现实预后的集体性偏态。复现土中的预后反馈条件，正是为这种集体偏态设置的外部校准源。

与EPAs（Ten Cate, 2005）的区分：EPAs将判断力视为可被逐级评估、可被委托的能力存量；复现土将判断力视为只能在特定条件结构中被触发、不能在任何一个个体身上被存储的事件。在EPAs中，“被信任”是对已有能力的认证；在复现土中，“被置于落地压力之下”是触发判断发生的条件。这一本体论分歧的实践后果是：EPAs引导制度设计者追问“如何评估学习者是否具备了独立操作的能力”，复现土引导制度设计者追问“如何确保学习者在整个培养周期中持续地被置于必须独立做出落地判断的压力之下——即使他‘尚未达标’”。因为“达标”可以被评估，但“达到那一瞬间之前，他已经在混沌中抓取了数百次自我生成的判断”这件事，才是判断力发生的真实路径——而这件事不能在达标之后才开始，它必须在尚未达标的时候就被反复触发。

与反思性实践传统（Schön, 1983）的区分：Schön将校准的主要场所定位在个体内部——实践者通过回溯自己的行动后果来反思并重构自己的问题框架。复现土中的同行对照条件则论证：个体内部的反思有其结构性盲区——它无法暴露反思者自己从未意识到的那部分假设。需要一个对等的、

独立的判断者，在同一组临床材料上的不同权重分配，才可能将这部分隐假设拉到可被审视的光照之下。内部反思和外部对等抗辩，在认知功能上是互补的，而非彼此替代的。

四、传统师承中复现土的发生与局限

如果前两章的论证成立，那么传统中医师承的认知功能就值得被重新描述。在常见的叙述中，师承被理解为一种“知识传递模式”——师父把知识传授给徒弟，徒弟在多年跟师中逐渐掌握。但这一叙述把自己限定在了传递模型之内：它关注的是师父教了什么、徒弟学了什么，而忽略了那些没有被明确当作“教学”的日常实践，恰恰是判断力发生的真正条件。

4.1 师承而非传递：传统场景的认知功能重述

传统师承是在一系列特定的历史—经济—制度条件下自发地发生出来的，而不是作为某种教学法被刻意设计的。在那些条件中，最关键的是三件事：第一，医者的生计直接依赖于一个固定的、代际相传的病人群体；第二，师徒关系嵌入在密切的日常生活之中，学徒不仅是学习者，也是劳动力，也是师父晚年行医的依靠；第三，劳动与学习之间没有边界——学徒是从做中学，而不是先学后做。

这三件事为复现土的三个条件提供了天然的支撑。操作空间以渐进的方式打开：学徒从抄方起步，观察师父在真实临床压力下的判断动作；抄方积累到一定程度后，开始被允许独立接诊轻症病人——他必须自己四诊、自己辨证、自己开方，处方将落地，后果不可撤回。这个渐进式进入的路径不是“练习”，而是一次又一次完整地经历从抓取到落地到反馈的周期。同行对照以非正式但不可替代的方式嵌入日常生活：在有多名学徒的师门中，他们会在师父的默许甚至鼓励下各自独立地对同一病人辨证，然后互相比较方药和思路的差异。更重要的是，病人复诊时调方的过程本身就是一种对照——徒弟上一次自己的判断，与这一次自己（或师父）基于疗效反馈做出的新判断，被并排摊开在同一个病人的病程上，差异被自然暴露。预后反馈则依靠病人长期复诊的传统医疗关系来维持：当一个病人年复一年地回来找同一位师父或同一师门看病时，判断者能够跨数月乃至数年地追踪自己每一次判断的长期效果。

这就是传统师承的深层悖论：它维持复现土最成功的地方，恰恰是它最不自知的地方。当一位老中医被问及“你是如何培养弟子的”时，他通常会讲述自己如何传抄经典、如何剖析病案、如何口传心授。他很少提及“我让弟子独立接诊”“我和弟子公开对照判断差异”“我让弟子追踪病人的长期预后”——因为在他自己的认知中，这些不是“教学”的组成部分。这些只是他每日临床工作的自然流程，而弟子跟着他浸泡在这些流程之中。他的认知成就，不在于他“传递”了什么，而在于他以自己的日常临床存在，为弟子撑开了一片完整的认识、制度与人际条件的组合。不是“他在教”——是那片土在起作用。

4.2 结构性局限与复现土的脆弱性

但这片复现土有一个致命的脆弱性：维持它的全部功能，都捆绑在老中医这一个人身上。

一个老中医在带教过程中，无意识地为一个弟子维持着操作空间（确保有足够的独立接诊机会）、同行对照（创造机会让弟子之间在同一个病人身上互相对照判断）、和预后反馈（让弟子追踪他们自己开过的病人的复诊结果）。这些事情，每一件都要占用他本人的临床时间和认知精力。当他只带两三个弟子时，这个微环境可以自然地嵌入他的日常临床工作流，不需要额外的制度支撑。但当他需要带十几人、几十人时，他的日常临床根本无法承受这种扩展——不是他“不愿意”多教，而是他作为一个单一个体，无法在认知上同时维持那么大范围的复现土。

传统师承不可规模化的真正原因，在这个分析中显露得更为清晰了。常见的解释——“默会知识难以言传”“老中医精力有限”——都停在表层。默会知识不可言传，在本文的框架中被重新描述为：判断力的痕迹无法自行复活为判断力；判断力需要复现土才能发生。而老中医精力有限，只是复现土无法规模化的一种表层呈现——真正被老中医的精力所限制的，不是“能教多少个学生”，而是“能同时为多少个学生维持一片足以触发判断发生的完整认知土壤”。这同时也意味着：捆在单一个体身上的这种维持方式，不是复现土唯一可能的存在形态。如果维持复现土的那三项功能，能够从老中医这个人身上卸下来，交给可被制度化的结构去承担，那么复现土就可能在一个远超个体精力的规模上被维持。这正是第五章和第六章所要处理的“重组”与“重建”的逻辑起点。

但在走向重建之前，需要理清一个更为根本的约束：传统师承中的复现土本身，不是在超历史的真空中被“发明”出来的——它是被前现代医疗生态（低社会流动性、地方性医疗市场、家庭经济单位式的诊所业态）的发生压力所“逼”出来的。一旦这些条件瓦解——当流动性的现代城市医疗市场取代了固定的病人群体，当师徒关系从“共居共业”变成“课堂听课加短期跟诊”，当诊所变成医院、病人变成流水线上的对象——复现土并不会自动找到新的存在形态。它会随旧形态的瓦解而瓦解，除非被有意识地、制度化地重建。这个重建不是“回到”那个已被瓦解的旧形态——旧形态是回不去的，因为催生它的那组历史条件已经不可逆地改变了。重建是在新的历史条件下，为同样的三项认知功能找到新的制度承载体。这构成了第六章的命题。

五、制度化进程中的复现土变形

5.1 从师承到院校：操作空间的第一次重组

1956年北京、上海、广州、成都四所中医学院同时成立，将中医人才培养从师承模式大规模地转向了院校模式。这一转向的动力来源不是教育理念的内部革新，而是一组更宏大的历史矛盾在中医教育身上交错结晶的产物。在那组矛盾的一端，是新中国政权对基层公共卫生覆盖的迫切需求——传统师承每年培养的数十名弟子，远远无法满足数以亿计的人口。在那组矛盾的另一端，是中医界自身的合法性焦虑——面对西医制度化教育的强大存在，中医若没有一个“像样的高等教育体系”，将永远被排除在现代国家的知识体制之外。在两组压力的夹击下，“规模化”成为院校化的首要目标，而实现规模化的核心手段，就是将教学的组织核心从操作空间移向了教学空间。

这一转向对复现土做的最根本的重组，不是“减少了临床时间”——虽然临床时间确实被大大压缩了。真正根本的重组在于：在传统师承中，临床门诊是教学的唯一现场——学徒是从混沌的真实临床材料中直接形成他的认知习惯的；分类能力是在大量生成式判断之后自己慢慢沉淀出来的。在院校模式中，这个顺序被反转了：学生先用四年甚至更长的时间，在课堂上学好“分类”——熟记证型、背熟方歌、掌握辨证分型的标准条目——然后才进入临床。但当他们进入临床时，他们发现自己面对的病人“不会按证型生病”——真实病人在症状分布上是模糊的、跨界的、混杂的，而他们花了四年时间固化的“从症状匹配到证型”的认知惯性，在这种模糊性面前几乎失效。切换模式所需要的认知耐力，远非实习阶段的短期调整可以供给。

这不是某个教学设计者的错误。它是规模化教育的内在要求：课堂只能教结构，不能教混沌——因为混沌无法被预制成教材。院校化没有“破坏”操作空间——它在历史上，从来就没有被设计来提供操作空间。它的设计目标是知识传递的效率，而操作空间需要的是另一种完全不同的制度安排。因此，操作空间的缺口，不是院校教育的偶然疏忽，而是它正常运转的必然产物。

5.2 规范化管理：同行对照与预后反馈的制度性消解

1980年代至1990年代，中国医疗规范化管理的推进，构成了复现土变形史中一个更为深远的转折。病历书写标准、诊断编码、临床路径、职称评审制度——这些规范化工具的引入，主要受两方面力量的推动：一是从计划经济时代“单位包医疗”向市场经济时代社会医疗保险体制转型过程中的控费与质量管理需求；二是与国际医学标准（特别是WHO和国际疾病分类标准）接轨的需要。

这些工具在逻辑上是纵向的：一个更高级别的判断者（或一个制度性标准），审查一个更低级别的判断者的判断，以确定后者是否符合规范。这一审查逻辑在医疗安全上承担着不可替代的功能——它确保了最低限度的质量底线。但它在结构上，用“审核”替代了“对照”——用一个更高级别的判断，静默地覆盖了一个低级别的判断。当一个年轻中医师的辨证结论被上级医师修改时，他接收到的信号不是“你是在哪一步开始偏的”，而是“正确的结论是这个”。后一个信号不包含任何关于他自己的

的判断生成过程的辨识信息——它告诉他终点错了，但没有告诉他分叉口在哪里。

这不是说纵向审核“错”了。纵向审核在执行质量控制功能上是不应被取消的。问题是：当纵向审核成为临床判断差异被公开审查的唯一形式时，一种独特的认知功能就被制度性地消解了。同行对照的核心认知功能——暴露判断者自己的权重分配方式——的前提是判断者之间的对等性。只有在双方都拥有独立判断权、且双方都不能用权威覆盖对方时，差异才会被追问到根部：不是“谁对谁错”，而是“我握住了什么而你漏掉了”。纵向审核的结构中不存在这个空间：低级别医师握住了什么并不重要，重要的是他是否符合更高级别的标准。这就是规范化管理对同行对照所做的最彻底的重组：它以质量控制的名义，将“对等的抗辩”替换为“纵向的合规”，却从未在制度中为对等抗辩留出独立的位置。

预后反馈遭遇了更隐蔽但同样致命的消解。在大型中医院的门诊流水线上，病人从挂号、就诊、拿药到离开医院，这条流水线越顺畅，管理的效率指标越好看。一个医生在诊后花时间追踪病人两周后的情况，不计入他的绩效。在那些需要跨数月乃至跨年追踪的慢性病调理中，没有制度性随访的日常临床，医生与病人之间的连续接触在一次性门诊后即告断裂。判断者与他自己判断后果之间的那条回路，被剪断了。这不是某个人的疏忽。这是效率优先的门诊管理逻辑——在医疗保险按项目付费与医院收入结构的驱动下——与长周期反馈所需的慢节奏之间，一场天平已经完全倾斜的博弈。

两个追问得到同一个结论：复现土不是被哪一只恶意的故意剥离的。它是在多重制度逻辑——质量审计的逻辑、收入结构的逻辑、教育规模化的逻辑——在中医教育身上交错博弈的过程中，被一点一点地挤压、重组、推到边缘的。当代中医教育中的复现土不是一片被蓄意破坏的原始圣地，而是一个在多重历史力量交织的张力场中不断变形、重组、在缝隙中寻找新形态的活结构。要重建它，不是回到某个被浪漫化的“师承黄金时代”，而是在当代制度环境中找到让这三项功能重新站稳脚跟的着力点。

六、重建的进路：三个方向与它们可能的变形

诊断的核心结论已经清楚：不是判断力传递技术需要优化，而是判断力再发生的三项认知功能需要被制度化地重建。本章基于这一诊断提出三个方向性的进路，并对每一条进路在现实制度环境中可能遭遇的变形做出预判。这些进路不是面面俱到的改革方案——具体的参数和实施方案需要在具体情境中由一线实践者根据本地条件决定。它们更准确的定位是：它们是当代中医临床教学制度中，那些最有可能让复现土的三个功能重新站住脚跟的着力点。

6.1 在当代制度中重组操作空间

当前中医临床教学的核心问题，不是实习时长不够，而是学生在实习期间所处的认知状态始终是“练习”而非“实战”——即使他独立接诊，处方也需经带教老师修改签字才能生效。这道签字制度在法律上和医疗安全上是必要的，但它在认知上形成了一道缓冲层：学生知道自己的判断最终会被修改或覆盖，因此他并没有真正经受“这个决策会落地”的全部压力。

一个可能的着力点，不是在法律上取消这道签字制度，而是在教学环节中增设一道“被载入”的郑重性：学生在独立接诊时完成从四诊到辨证到开方的全过程，并将自己的完整辨证记录（包括辨证依据、选方理由、预估预后）作为正式教学文件独立存档；带教老师的修改意见同样被存档，并与学生原方并排列出。查房时，两组材料被公开对照讨论。这样一来，学生知道自己开的那张方子虽然不会被实际交给病人，但会被正式载入教学档案并公开讨论——这种“被载入”的郑重感，部分地弥补了处方未落地带来的认知压力流失。

这个着力点的现实阻力是明显的。它对带教老师的要求远高于传统模式——老师必须在认知上同时运行两条判断轨迹（学生的一条，自己的一条），并在教学讨论中逐项暴露两者的差异点。这意味着带教负担的显著增加。如果制度层面不承认这种增加并给予相应的资源配置——降低带教老师的门诊量指标、将高质量的教学对照纳入职称评审、为教学讨论提供专门的时间保障——这个进路就无法从“少数有热忱的老师的超额付出”扩展为“多数教学科室的可持续常态”。它在现实中最可能遭遇的变形，不是被明确拒绝，而是被沉默地架空：制度的形式被保留了——学生的辨证记录和老师的修改意见确实被存档了——但“公开对照讨论”这一环节因为“没时间”而被逐渐压缩、省略，最终退化为另一种形式主义的文书工作。

6.2 在纵向审核中嵌入对等抗辩

纵向审核已经稳固地被制度化，且不应被取消。复现土视角不主张取消纵向审核，而主张在其结构缝隙中，嵌入独立运行的对等抗辩机制，让两者并行不悖。

一个可低门槛启动的着力点是：在住院医师规范化培训阶段，利用科室已有的教学讨论制度，在讨论用的病案中嵌入一条规则——讨论用的初诊病例，必须事先经过至少两名住院医师的独立接诊和判断，形成两份互不知道对方结论的辨证论治文件，然后才进入集体讨论。在讨论中，两份文件同时被投射，由全体参会者逐项对照：两人在哪些四诊线索上给出了不同的权重？辨证结论是一致的还是分歧的？如果一致，各自的论治思路有何不同？如果分歧，各自握住了什么线索而对方没有？带教老师本人的独立判断可以事后作为第三份对照文件加入，但必须在两位住院医师的判断已经充分对照之后，而不是一开始就以权威判断覆盖讨论。

这个进路的准入成本极低——它不增加设备，不改变排班，只是在已有的教学讨论制度中增加了一条流程规则。它面临的主要阻力，不是资源或技术，而是科室文化中的权威梯度。在某些科室

中，住院医师之间公开指出彼此的判断差异，可能会被上级医师视为“浪费时间”甚至“没大没小”。要让这种对等抗辩真正运作起来，需要带教老师在讨论中明确地、有意识地为它站台——不是以权威身份审判孰对孰错，而是以主持人的身份撑开一个追问的空间，并示范如何在不依赖权威覆盖的情况下追问判断差异的理由。这个条件的脆弱性在于：它完全依赖于带教老师本人的认知自觉。一旦带教老师换人，或者某一位老师习惯于传统纵向审核的方式，这个空间就可能迅速塌缩。

6.3 闭合反馈回路

这是三条进路中制度成本最高、但也最关键的一条。如果中医临床判断始终停留在“开完方子，病人离开，再无音讯”的开放回路中，那么无论操作空间多么充分、同行对照多么密集，校准都缺乏最终的准绳。

建立预后追踪闭环，在信息技术条件下不是不可操作。一个最小化着力点是：在每一个中医临床教学科室中，对所有初诊病人实行制度化的短期随访——不是科研课题的专项随访，而是日常临床工作流程中的固定环节。病人在初诊时被明确告知：本次诊治为中医辨证论治的完整周期的一部分，两周后将有科室随访人员通过电话或在线平台了解服药后的反应与症状变化，随访信息将被记入病历，并在下次接诊时供接诊医师查阅。

这个进路成功的前提条件，不是技术上的（电话随访和在线平台在技术上没有任何障碍），而是制度上的：随访工作必须被纳入科室日常人员的正式岗位职责，并配以相应的绩效认定——门诊量的合理置换、随访量计入工作量考核、或设立专门的随访岗位。如果随访被当作“医护人员额外加班的任务”，它的失败概率接近百分之百——不是因为它在认知上无效，而是因为它会在持续的超负荷中被自然放弃。它最可能遭遇的变形是：随访被做成了形式——电话打了，病人回复了“好多了”或“还那样”，打了勾记了档，但随访信息从未真正进入临床教学的讨论流程。它成了一项单独的行政任务，而不是一个被接驳到同行对照与教学查房中的校准源。要防范这种变形，需要在制度设计上将随访信息直接嵌入教学查房的讨论流程——查房时，接诊医师必须在讨论中引述该病人上次治疗后的随访反馈，并将该反馈与本次辨证的调整路径并排对照。

七、针尖下的复现土：一个有限案例的精密化

7.1 针灸标准化何以部分穿透了天花板

至此，本文的论证似乎暗示：所有与辨证论治类似的、依赖高强度默会判断的中医技艺，一旦被卷入现代制度化进程，就注定要经历复现土的塌陷与判断力的衰减。是这样吗？

针灸——至少中国当代针灸的某一条脉络——提供了一个不可避免检验案例。针灸同样依赖身体化的默会认知。然而，与辨证论治领域可复制性努力的反复挫败形成鲜明对照的是，针灸领域的标准化在石学敏院士团队那里取得了令人瞩目的实效。石学敏团队建立的“醒脑开窍”针法体系，

以严格量化的手法参数——针刺深度、角度、捻转幅度与频率、施术时间——来定义操作规范，并通过制度化的进修基地培训体系，使该针法在全国乃至世界范围内被大规模地推广。如果默会性是复制的内在限制，为什么针灸在这里没有碰到同样的天花板？

从复现土的三个认知功能去检验石学敏针法体系，可以看到一个清晰的图景：这个体系无意中、却系统性地、以制度化的方式维持了一个完整的复现土——而且不是靠石学敏本人的个人心力勉力维持的，而是被嵌入在一个可复制、可扩展的进修制度流程之中的。

操作空间：石学敏的针法推广从未依赖于“把手法参数写成手册发给各地医院自学”。他建立了严格的进修制度——所有进修医师须到天津他的临床基地进修六个月以上，每日进入病房亲自操作，在他本人和资深弟子的监督下独立完成针刺全过程。这不是“跟师看”，这是“亲自扎”——每一位进修者在这六个月中，做出了数百次不可撤回的落地操作，没有缓冲层，没有安全网。

同行对照：进修者在临床基地面临的不是孤立的师徒关系。一个病区内同时有多名进修者，他们面对类型相似的病人群体，各自独立操作，在查房和病例讨论时互相看到彼此的操作方案与疗效反馈。石学敏本人在查房时当场检查进修者的手法，当众指出差异。这个结构中的同行对照具有双重性质：在进修者与进修者之间，存在着对等对照的成分——两个人各自独立操作同一个穴位的同一种手法，效果差异被同时摊开；在进修者与石学敏之间，存在着纵向审核的成分——石学敏本人的手法是标准，偏差被当面指出。两种对照在同一个制度空间中并行运作。

预后反馈：这是石学敏针法体系最值得注意的一项结构性特征。醒脑开窍针法主要针对中风后遗症，其疗效指标——如肢体肌力、言语功能评分——在很大程度上可以在每次针刺操作前后当场测量。针刺者本人可以在几分钟内收到自己操作的即时效果反馈：针前肌力二级，针后肌力三级——这组变化当场发生、当场可测、当场记入病程记录。这种反馈的即时性、可量化和高频次，为进修者提供了在短期内反复校准自己手法的大量机会。在六个月的进修期内，进修者经历的操作—反馈循环次数，可能超过一位辨证论治医师在数年执业中能够经历的“开方—复诊”循环次数。

这三项条件加在一起，构成了一个完整的、被制度支撑的复现土。石学敏本人的判断力当然出类拔萃——他的默会判断力绝不是制度能够从无中“制造”的。但他得以把这种判断力（至少是其可操作化的核心部分）大规模地触发到数百名弟子和进修者身上这一事实，不应该被理解为“判断力被传递了”——理解它的正确方式是：一个完整的复现土被制度化地重建之后，相同类型的判断力可以在不同个体的生命中被反复触发、反复校准、反复再发生——不需要每一位进修者都拥有石学敏的天赋。

7.2 认知结构差异对命题边界的限定

然而，必须承认并将一个关键差异纳入理论边界：针灸手法所涉及的默会判断，与辩证论治所涉及的默会判断，在认知结构上存在系统差异。针灸手法更接近身体性默会知识——它的默会成分主要在于“做”的层面：如何把教科书上“捻转补法”的文字描述，执行成一个带有恰当力度、速度和节奏的连贯动作。辩证论治的判断力则涉及更复杂的集体性默会知识——它的默会成分不只在于“做”，更在于“感知”：如何在大量模糊、多义、矛盾的线索中，将某一簇线索组织成一个赋予了特定权重的整体图景，并在多个可能的组织方式之间做出选择。

这一差异在预后反馈这一条件上产生了决定性后果：针灸的反馈（针前针后当场可测）是即时、量化、每诊必反馈的，而辩证论治的反馈（开方后跨数周乃至数月追踪）周期长、难以量化、依赖制度性随访安排才能被捕捉。这意味着：即使辩证论治领域的操作空间和同行对照都被制度化地重建，只要预后反馈这一环无法达到针灸那种“即时、量化、每诊必反馈”的密度，复现土的整体强度就会始终低于针灸。

这个结论不推翻复现土命题，但为它提供了更精确的适用范围：复现土的有效性，在预后反馈所能够达到的密度和即时性范围内是线性的——反馈越密、越即时，校准效率越高，判断力再发生的成功率越高。在那些反馈周期极长、依赖跨年甚至跨数十年随访的病种中（如慢性病调理、体质改善、肿瘤术后长期管理），即使另两个条件到位，复现土的效能仍会被预后反馈的稀疏性所限制。这不是复现土命题的失效，而是它的边界——在该边界内，命题保持有效性；在边界上，需要更精细的追加条件说明。

7.3 规培与医案：两个反方的回应

在结束本章之前，有两个必须正面处理的反方。第一个是当代中国住院医师规范化培训在制度形式上的经验。从表面看，规培凑齐了复现土的诸多形式要素——住院医师独立管床（操作空间）、科室查房与病例讨论（同层级医师共同参与，可能包含对照成分）、制度化的病历随访要求（预后反馈）。但规培在临床推理能力培养上的效果，受到了持续的批评。这构成复现土命题的一个严峻检验：三个条件形式上都齐了，为什么判断力仍未如预期般发生？

本文的回应是：规培凑齐的是形式，而非认知功能。操作空间的形式是独立管床，但住院医师的处方和处置需经上级医师修改签字——这与本文所论证的“不可撤回的落地压力”之间有认知上的关键差异。同行对照的形式是病例讨论，但在多数科室中，讨论以纵向审核模式主导——上级医师的判断是标准答案，同层级医师之间缺乏结构化的、不被权威预判截断的对等对照时段。预后反馈的形式是随访记录，但在多数情况下，随访被压缩为病历中的一行记录，完成了文书任务，却没有被接驳到临床教学的校准流程之中——它没有被公开地、追问式地与接诊医师当初的判断对照讨论。换言之，规培的形式实现了“具有三条件”，但功能上三条件都因制度运行的变异性而被大大削弱了。

这恰恰印证了复现土命题的核心——不是“只要有三条件的形式就可以”，而是“三项认知功能必须在实质上被维持”。规培的困境，不是复现土命题的反例，而是复现土命题的精确检验：形式的在场不等于功能的在场。

第二个反方是中医医案传统的持续有效性。历代医家通过研读《临证指南医案》等经典医案来提升临床判断力——这似乎是“痕迹可以触发新判断”的直接证据。如果痕迹完全无法自行复活为判断力，为什么读医案管用？本文的回应是：读医案不是在真空中的认知活动。一个医者在读医案时，他所做的不是“接收”叶桂的判断力——他是在用自己的临床经验（无论多少）与医案中的痕迹进行对照：他看到叶桂在某案中对一个复杂证候的辨证路径，然后与他自己的临床记忆中类似病人的表现相互参照，在这个参照中，他自己的某些从未被言明的权重分配方式被暴露了——他发现自己会习惯性地往另一个方向加重某味药，而叶桂没有。这个对照过程，就是同行对照的一种特殊形态——不是两个活人之间的对照，而是一个活人与已故医者留下的判断痕迹之间的对照。它之所以能部分地触发校准，是因为医案足够详细地记录了判断的路径而不仅仅是结论，使得对照能够在一定程度上追溯“他是在哪一刻做出了和我不一样的选择”。但这种对照有一个它自身无法跨越的边界：它是单向的。医案不会追问读者——它只能被动地被对照，不能主动地暴露读者自己没有意识到的那部分盲区。所以医案传统确实是复现土的一种不完全的功能等效物——它在操作空间和预后反馈条件下可以发挥重要的辅助校准功能——但它不能替代一个活生生的、能够追问回来的同行。

八、结语：判断力不在人里，在人与人之间的那片结构里

过去百年，我们的全部努力几乎都耗在了同一件事上：如何把老中医脑子里那个珍贵的、独一无二的判断力，取出来，装进更多人的脑子里。这个努力出自最质朴的诉求——不能让那些真正能治病的本事，随一人之亡而永绝于世。它持续百年，投入无数，却以相似的步骤反复挫败，这个事实本身就是告诉我们：那个努力的全部前提，可能从一开始就错了。

判断力不是寄居在老中医大脑里的一种实体。它是在那片由操作空间、同行对照、预后反馈共同构成的条件结构被完整地维持着的时候，在老中医每一次面对病人时，被触发、被发生的一个认知事件。那个事件的痕迹——医案、脉诀、方歌、加减心法——可以被记录、被参照、被一代代后人反复阅读。但那个事件本身，从不曾被“传递”给任何人。它发生了，它就过去了。后来者身上被触发的，是他们自己的判断发生事件。这些新事件之所以能发生，不是因为他们“接收”了老中医的判断力，而是因为他们被放置在了那片能够触发判断发生的认知条件结构之中。

复现土不是在等待判断发生的被动背景，它是判断力得以在这一生中第一次被点燃的触发结构。没有复现土，“潜在的判断力”只是一种修辞上的虚构——根本不存在那种东西。

这个结论在一个更大的背景中或许揭示了某些超出中医领域之外的东西。任何包含了高强度默会判断的技艺——从外科手术中的触诊判断，到建筑设计中的整体空间感，从司法裁判中的心证形

成，到教育中的课堂临场决策——当它需要跨代存活时，都面临同一个深层困境：我们习惯于把技艺的核心锚定在“那个人”身上，然后试图从那个人身上取出“技艺”交给下一代。但那个人身上的技艺并不是一个可以被单独取出的实体。它是那个人一生中无数次被复现土触发、无数次在反馈中被校准的产物。它不是在他大脑里安静地等待着被提取；它是在那片结构上，一次又一次发生着的活的事件。当那个人离去，后人所要做的，不是在他留下的痕迹中寻找那颗已经熄灭的火种——真正的任务，是让那片曾经让火种燃烧过的条件结构，在新的历史条件下被重新撑起来。

本文的核心命题将在以下任何一条被满足时被削弱或推翻：第一，出现一个复现土的三个认知功能全部尚未建立、却依然实现了中医辨证论治核心判断力大规模可复制性的成功案例——该案例须经独立第三方验证，而非自我宣称。第二，出现一个建立了完整的制度化复现土（三个认知功能同时以实质形态处在稳定运转状态）、却在超过十年的周期内无法观察到判断力在后来者身上再发生的失败案例——该案例须排除其他显著的干扰变量。第三，出现一个独立的变量对判断力可复制性的预测力系统性地优于复现土变量——即该变量能够在控制复现土三项认知功能的实际实现程度之后，独立解释复制成败的差异性。在此三项条件中的任何一项被实质性证据满足之前，本文的核心论证成立。

参考文献

- Collins, H. (2010). *Tacit and Explicit Knowledge*. University of Chicago Press.
- Collins, H., & Evans, R. (2007). *Rethinking Expertise*. University of Chicago Press.
- Dreyfus, H. L., & Dreyfus, S. E. (1986). *Mind over Machine: The Power of Human Intuition and Expertise in the Era of the Computer*. Free Press.
- Ericsson, K. A., Krampe, R. T., & Tesch-Römer, C. (1993). The role of deliberate practice in the acquisition of expert performance. *Psychological Review*, 100(3), 363–406.
- Farquhar, J. (1994). *Knowing Practice: The Clinical Encounter of Chinese Medicine*. Westview Press.
- Hsu, E. (1999). *The Transmission of Chinese Medicine*. Cambridge University Press.
- Hutchins, E. (1995). *Cognition in the Wild*. MIT Press.
- Karchmer, E. I. (2013). The transformations of Chinese medicine: The practice of science, the scientific practice of medicine. In W. Ernst & T. J. Mueller (Eds.), *Transnational Psychiatries: Social and Cultural Histories of Psychiatry in Comparative Perspective, c. 1800–2000* (pp. 202–221). Cambridge Scholars Publishing.
- Latour, B. (1987). *Science in Action: How to Follow Scientists and Engineers through Society*. Harvard University Press.
- Lave, J., & Wenger, E. (1991). *Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation*. Cambridge University Press.
- Pickering, A. (1995). *The Mangle of Practice: Time, Agency, and Science*. University of Chicago Press.
- Polanyi, M. (1958). *Personal Knowledge: Towards a Post-Critical Philosophy*. University of Chicago Press.
- Polanyi, M. (1966). *The Tacit Dimension*. Doubleday.
- Scheid, V. (2002). *Chinese Medicine in Contemporary China: Plurality and Synthesis*. Duke University Press.
- Scheid, V. (2007). *Currents of Tradition in Chinese Medicine, 1626–2006*. Eastland Press.

Schön, D. A. (1983). *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*. Basic Books.

Schön, D. A. (1987). *Educating the Reflective Practitioner*. Jossey-Bass.

Ten Cate, O. (2005). Entrustability of professional activities and competency-based training. *Medical Education*, 39(12), 1176–1177.

Ten Cate, O., & Scheele, F. (2007). Competency-based postgraduate training: Can we bridge the gap between theory and clinical practice? *Academic Medicine*, 82(6), 542–547.

Ten Cate, O., Snell, L., & Carraccio, C. (2010). Medical competence: The interplay between individual ability and the health care environment. *Medical Teacher*, 32(8), 669–675.

石学敏. (2002). 《石学敏针灸学》. 北京: 中国中医药出版社.