

一、裂隙：指标复常之后的身体

本文从一个被惯常解释遮蔽的裂口出发，追问事情究竟如何发生。

作者 胡敏 · 约 1.7 万字 · 发表于2026年7月24日

摘要

关键词：临床认知替代；指标治理；慢性病管理；感知闲置；认知可供性

一、裂隙：指标复常之后的身体

现代医学最昂扬的叙事，约略可以浓缩为一句承诺：让每一个偏离了正常区间的身体指标，回到它应在的位置。基因组测序、生化全谱成像、穿戴式实时监控与人工智能辅助判读，正在将这一叙事推向前所未有的精度。在急性感染、外科创伤与多数可逆性病理面前，这套指标治理逻辑所取得的成绩无可辩驳。然而，同一种逻辑被不加限制地延伸至漫长而琐细的慢性病日常管理时，一道起初难以用既有医学语言定性的裂隙开始浮出水面。

这道裂隙不以疼痛或病变的形态现身。它静默地嵌在化验单的方寸之间——当一位五十二岁的心肌梗死幸存者在术后半年拿到一份几近完美的化验单，血脂、血压皆被药物控制在指南靶目标以内，主治医师微笑着说“你已经康复了”，他却每天从一场浮浅的、毫无修复感的睡眠中醒来，面对一个灰濛濛的世界。他不敢声张。他被告知自己已被治愈。他的身体却并未被通知这一消息。

在2型糖尿病人群中，同样的脱节被更大样本的数据反复确证：糖化血红蛋白被严格控制在百分之七以下的患者，其生活质量的自我报告并未呈现相应的显著提升，反而持续低于匹配的健康对照组。在相当一部分达到临床缓解的类风湿关节炎患者中，血清炎症指标的完全正常化与患者所报告的疲劳、晨僵、情绪困扰之间，存在着统计学上显著却无法用残余病灶完全解释的距离。

对于这道裂隙，既有医学解释策略通常沿两条路径展开。其一，将其归因于“亚临床”层面的残余异常——持续的低度炎症、自主神经功能紊乱或线粒体功能障碍，只是现有检测手段尚不足以捕捉。这一解释并未质疑指标体系的有效性，而只是在时间轴上将它的不足暂时推迟：更精确的测量终将到来，裂隙终将被弥合。其二，将其收归“心理因素”——疾病带来的创伤后应激、对复发的恐惧，或一种被称为“健康焦虑”的认知偏差。这一路径将裂隙定位为患者主观的认知失调，而非医学知识体系自身的局限。

本文试图从另一条路径进入。这两条解释的共同缺陷，不在于它们各自的论证不够严密，而在于它们共享一个未经审查的预设：生物学指标的恢复，本身就等于“健康”的恢复。这个预设一旦被接受，此后的一切分析——无论是寻找更细微的生物标记，还是纠正患者的认知偏差——都只是在为同一个前提服务。而本文要做的，恰恰是悬置这一预设，并去追问：当我们将一位患者的糖化血红蛋白从异常区间推回正常区间时，我们究竟恢复了他的什么？在这个过程中，那个作为判断自身身体状态的权威——他对自己身体的感知与判断能力——被放置在了什么位置？

我们随即发现，那个位置不是一个被彻底攫走的空洞，而是一个更难以命名的状态：它名义上仍属于患者，操作上却已被系统长期默认为不必使用。患者并非被剥夺了感知自己身体的权利——那需要一个明确的动作，一个可以被辨认、可以被指控的暴力瞬间。这里发生的，是更安静的事：在每一次门诊对话、每一份化验单、每一条患者教育信息的整合运作中，他的感知被一次次跳过，直至他自己也不再相信它是一个可以被认真对待的判断来源。这种机制不是“被禁止发言”，而是“从未被期待发言”。它近似于某种制度性的沉默，在一方尚未察觉时，就已经被日常医疗实践的结构性的节奏编织进了默认设置。

这并不是说慢性病管理体系对患者具有恶意。恰恰相反：它是以“更科学地管理患者的健康”为出发点去设计这一切的。正因为如此，它所造成的后果才更难以被从内部识别和抵抗。指标体系之所以能获得今日的权威地位，并非某个单一力量的强制推行，而是在保险统计、流行病学、循证医学与公共卫生政策的多重博弈中被一步一步地“结算”出来的。要理解这一结算过程如何改变了患者与其自身身体之间的认知关系，接下来的分析必须从一组具体的历史争论开始——不是勾勒一幅宏大画卷，而是追踪一个具体的转折点。

二、从信使到君主：一个历史发生的追踪

在漫长的前现代时期，身体是一个不透明的容器。医生只能依靠对外在体液、排泄物和患者模糊叙述的观察，去猜想内部的生理变化。可量化指标的出现，第一次为这个密不透风的暗箱竖起了看得见的烽火台。十七世纪初，帕多瓦大学的桑托留斯（Santorio）用一架自制的巨型天秤，以数十年近乎偏执的耐心称量自己的食物、饮水和排泄物，首次为不可见的“无知觉出汗”建立了一个量化模型。十九世纪中后叶，体温计与血压计的临床普及，以两个简单的数字——摄氏度和毫米汞柱——取代了医生手掌对“发热”与“脉象”千年来无可争辩的裁决。

在很长一段时间里，指标的角色是信使。它的使命是谦卑地向医生递上一封来自身体深处的信，邀请一场追问：你的身体正在经历什么，以至于向我发出了这样的信号？一位十九世纪末的临床医生在读到一份升高的血压读数时，他首先追问的不是“如何用药物把数字降下来”，而是“在怎样的生理与生活条件下，循环系统需要如此高的灌注压来维持运转”。信使带来的消息，是开启一场深度对话的邀请函，而非对话的终结。

然而，从十九世纪末起，一系列具体的历史事件开始改写这封信的读法。此处不打算以“理性化”“科学化”之类宏大概念一笔带过，而要聚焦于一个生动地展示了指标权威如何被“结算”出来的历史节点：二十世纪中叶关于“正常血压”阈值的争论。

当生命保险公司的精算师在二十世纪初首次将血压读数与预期死亡率关联起来时，他们关心的并非个体患者的健康，而是整个投保人群的风险分布。一个有趣的分界由此产生：临床医生根据经验判断，一名中年男性的收缩压在一百四十毫米汞柱左右尚属正常波动；保险公司的统计表却冷酷地显示，该读数对应的长期死亡风险已经显著攀升。双方各执一词：保险人要求降低“正常”的切点，以便将更多人群纳入“高血压”范畴并提升保费或拒保；临床医生则抗议此举会造成大规模不必要的药物干预和患者焦虑。这场拉锯持续了数十年，直到二十世纪中叶大型流行病学研究——尤其是美国弗雷明汉心脏研究的介入。弗雷明汉提供了一种新的知识形态：基于大规模、长时段追踪的统计推断，将特定血压水平与未来心肌梗死、脑卒中的风险系数精确绑定。当美国国家高血压教育计划于1972年将收缩压一百四十毫米汞柱作为“高血压”的临界值写入全科医生手册时，指标的身份发生了不可逆的蜕变。

这个蜕变的意义，不在于“正常值”本身降低了多少，而在于做出裁决的权威来源发生了根本性转移。此前的争论，是两种经验判断——临床经验与精算数据——之间的对峙。弗雷明汉的介入之后，这场对峙被终结了：大样本统计推断被确立为更高级别的知识，它的权威足以否决个体临床经验，更足以否决患者本人的身体感觉。从此，一个人是否“有病”，不再首先由他自己感觉到的不适来定义，也不再由临床医生对具体病体的综合判断来定义，而是由一项脱离了他具体身体情境的群体统计阈值来定义。指标从信使变成了君主。

此后，循证医学体制在二十世纪后三十年的全球制度化，把这场从美国发端的变革锁定为一套全球性的临床治理语法。1948年链霉素治疗肺结核的随机对照试验发表，标志着一种新的知识等级制的诞生：来自大样本、随机化、双盲设计的统计推断，被置于医生的个人临床经验与患者的个体叙事之上，成为临床决策的“黄金标准”。此后的数十年间，这一知识等级通过临床实践指南、诊疗路径、医保支付规则与医院绩效考核层层下沉，直至渗入每一次十五分钟的门诊对话。当一位2型糖尿病患者对医生说“我总是觉得累”时，他得到的回应不再是追问“是一种怎样的累、什么时候变重、什么时候变轻”，而很可能是一个指向化验单的动作：“你的糖化血红蛋白已经从去年的九点七降到了六点八，继续服药，保持住。”患者的身体叙事，在循证医学的知识等级中，被定位为最低等级的“专家意见”——它需要被更高级的证据修正，而非反之。

从上述历史追踪中可以清楚地看到，指标的君主地位不是某种思想潮流的必然产物，而是在保险统计、流行病学、循证医学与公共卫生政策的多重博弈中被一步一步地“结算”出来的。这一结算留下来的最重要遗产，是一种制度性的默认设置：在涉及慢性病管理的场合，临床系统无需经过逐案的授权审查，就已经将患者对自己身体状态的感知与判断，排除在了必须被认真对待的决策依据

之外。患者不需要被正式通知“你的感知权力将被收回”；系统只需要在每一次诊疗互动的设计里，不给她的感知保留一个结构性的入口——久而久之，她的感知就不再被激活。

三、制度如何完成默认：当代慢性病随访中的感知悬置

上一节的历史追踪展示了指标权威是如何在争议中被锻造出来的。然而，锻造出来的只是逻辑；逻辑要真正起作用，必须附着在一系列具体的制度安排和技术中介之上。本节的任务，便是将分析下沉到当代慢性病管理的制度肌理中，展示这套逻辑是如何在随访协议、病历模板和绩效治理中，从一个抽象的原则变成一件每天被执行的日常事务。

以2型糖尿病为例。中国现行的糖尿病防治指南为各级医院提供了一套标准化的随访流程：患者每三至六个月复诊一次，复诊时必查的项目包括糖化血红蛋白、空腹血糖、餐后血糖、血压和血脂谱。在大多数门诊的常规实践中，患者进入诊室后的第一个动作，不是开口描述自己这两个月的身体感受，而是递上一本记录着数十次指尖血糖数值的手册或手机屏幕。医生的目光习惯性地落在那一串串数字上，快速扫描是否有超出目标的读数。在此之后——如果时间允许——医生可能会问一句“最近感觉怎么样”。但这句话的功能，往往不是开启一段平等的叙事交换，而是作为一次人文关怀的仪式性补充。有经验的医生知道，回答很可能是“还行”，而他真正要据此调整用药方案的，仍然是那本手册上的数字。

这种诊疗秩序是经过精心设计的，也自有其高效率。但它同时也完成了另一件事：它在每一步骤中将患者的身体感知默认为一个“可以被跳过”的环节——不是刻意去压制它，而是从流程上就没有给它留出必然的、不可绕过的位置。设想一下，如果复诊流程规定，医生在开药前必须花至少三分钟追问患者关于疲劳、睡眠、胃口、晨起感受的具体变化，并且这些变化被纳入与生化指标同等权重的用药决策依据，那么患者的身体感知就会成为一个系统不得不认真倾听的声音。然而，现行的设计没有这样做。它的默认假设是：化验单提供了关于身体状态的充分且优先的信息，而患者的主观叙事是可选的、辅助的、在时间紧迫时最先被牺牲掉的。

如果说诊疗流程是将感知跳过定位为“不被要求”的环节，那么患者教育的话语实践，则进一步完成了另一项关键操作：它教会患者主动地将自己的感知定位为“不可信”。糖尿病教育的核心内容之一，是教会患者“学会看数字”：如何正确地测量血糖、如何换算食物的碳水化合物克数、如何根据餐后血糖调整进食。这些技能无疑是必要的。但一个微妙的话语转换同时发生了。早期的教育手册尚会提醒患者“关注身体的信号，如果感到头晕、心慌、出冷汗，可能提示低血糖”。近年来，随着智能血糖仪和连续血糖监测仪的普及，这套话语的重心逐渐从“关注信号”滑向“信任数据”。一家跨国医疗器械公司的患者教育材料中赫然写道：“不要依赖你的感觉——低血糖和高血糖的症状可能很相似，只有血糖仪能告诉你真相。”就临床安全而论，这些表述并非全无道理。但对于患者的长期认知能力，它们传达了一种几乎不加掩饰的认识论信息：你的内在感受是不可靠的，甚至会说谎；外

部的数字才是真相的持有者。当这样的信息被反复灌输数年之久，患者尚未丧失的感知能力，不是被直接拿走的，而是被她在每一次遵照医嘱“不要信感觉、信血糖仪”的瞬间，亲手搁置在了一旁。

最后，医保支付与绩效考核制度，将这套逻辑从诊室行为固化为医疗机构的经济动机。在许多地区，慢性病患者的医保报销比例与“规范管理率”挂钩，而“规范管理率”的评估指标又直接对应着糖化血红蛋白、血压、血脂的达标率。一个基层卫生服务中心如果在年终考核时，辖区内糖尿病患者的糖化血红蛋白达标率未能达到上级设定的目标，将面临医保资金拨付的扣减。对基层医生而言，把每一个患者的数字按进达标线，就不再只是临床上的一个选项，而是一项与切身利益相关的生存策略。在这种情况下，要求医生去耐心倾听一个患者对“最近虽然血糖好了但是人没劲”的漫长叙述，不是在要求他更体贴，而是在要求他违抗一套他身在其中、且直接承受其经济压力的制度。指标治理的肉身，已经深嵌于医院信息管理系统、绩效考核表格和医保结算接口之中。想要在这里给它开出一道倾听感知的口子，比写一篇批判文章要困难得多。

本节分析指向一个重要的判断：感知被悬空，不是个别医生的粗鲁或冷漠，也不是患者的懒惰或无知，而是一个由诊疗流程、病历模板和绩效治理三重齿轮精密啮合而成的制度矩阵所完成的日常工程。在这个矩阵中，患者的身体感知不是被某一个恶意的动作删掉了，而是从一开始就没有被设计进系统回路中。这一观察，把我们带向了下一节的核心任务：通过几个具体的生命历程，去追踪这套制度矩阵如何在一个个活生生的患者身上，被一点一点地内化为她对自己身体感知能力的深度不信任——以及，这一过程如何并非总是线性地推进。

四、发生在诊室之内：案例与进程

前两节以历史与制度为经纬，勾勒了患者感知被系统性跳过的发生条件。但发生学分析的最终落脚点，不可能只在制度层面。它必须进入日常生活的肌理，展示在一次次具体的诊疗互动中、在化验单的方寸之间、在患者对自己身体最细微的觉察被反复置入括号的时刻，这种认知替代是如何被逐层构筑的。本节将借助多个案例片段——它们来自已发表的深度访谈、临床民族志与现场观察笔记，依照透明原则予以匿名化和必要的情境重构——来追踪这个过程的不同面向。

需要考虑的第一个案例，是一位在本文中称为周女士的患者。她在确诊2型糖尿病的第七年，在一次关于慢性病生活体验的深度访谈中说了如下一段话：

“现在我对自己的身体唯一知道的事情，就是我不知道它。以前，我累了就知道该睡觉，饿了就知道该吃——吃什么、吃多少，身体自己会告诉我。现在不会了。我每顿饭都算碳水，算升糖指数。有时候吃到一半，觉得还没饱，但算出来的数字告诉我——你这顿够了。我就不吃了。有时候觉得已经很饱了，但营养师给的食谱上还有一份水果没吃，我也会硬吃下去。我也不知道我是饱还是不饱了。我只知道我的糖化血红蛋白是六点四。”

这段话凝缩了本文试图命名的核心机制。但不是以“完美标本”的方式——如果我们把它当作一个已经完成的病理样本来拆解，我们就犯了将一个活的发生过程钉死在分类架上的发现学错误。正确的读法，是把它放回到周女士八年的病程中，去追踪那些让她的感知信任一步步流失的日常情境，同时去注意那些并非一帆风顺的时刻。

在确诊后第三个月，周女士严格按医嘱控制饮食，两周后出现了从未经历的症状：下午课堂上头晕、出冷汗、双手微微发抖。她去校医室测得指尖血糖四点二毫摩尔每升。她给主治医生打电话，医生告知这很可能是药物的初期反应，“正常的，继续服药，不要停。”她问：“我能不能把晚上的药减半片？”医生回答：“不建议，半片达不到有效血药浓度。你可以把下午的点心加一份。”在常规的临床世界里，这是一次极其平凡、日常的互动。但在发生学的分析框架下，它有另一种读法。周女士基于对身体信号的感知——那阵让她几乎握不住粉笔的虚汗——做出了一个判断（“我的药量可能太大了”），并向医生提出了据此的请议（“能不能减半片”）。医生的回应，不是在对话层面反驳她的判断，而是在认知层面把她做出判断的资格给悬空：她的感知被重新标记为一种“预期的副作用”——也就是说，它已经被医学知识体系提前纳入、提前解释过了。她不需要再解读它，她也不需要据此调整行动。她只需要加一份点心。

此处容易滑入一种粗糙的抵抗叙事：一方压制，一方抵抗。但周女士的反应并不是非此即彼。她在那次通话结束后并未完全服从——她回家后自己试着把晚上的药减了四分之一粒，两周后复诊时如实告知医生，并补充说“减了之后感觉好多了”。医生沉默了片刻，调出了她上周的血糖记录，看过后说了句：“数值没差太多，你要减就暂时先减四分之一吧，但我们得密切观察。”这是一条裂隙：在患者坚持用自己的身体实验证明其感知的可靠性之后，系统的默认设置被迫做出了局部让步。然而，这种以患者个体意志和实验行为为代价撬开的裂隙，在整个诊疗制度的日常运转中注定不会成为常态。减药成功的五个月后，医生在一次复诊中主动将药量调了回去，理由是“最近有一次餐后血糖偏高”——而那次偏高，恰恰发生在周女士因病友聚餐而破例多吃的那天。她没有辩解。她学会了在诊室里点头。

日复一日的血糖监测，以一种几乎不被察觉的方式，重塑了周女士对自己身体的注意力和信任分配。在确诊后的第二年，她在手机里安装了一个血糖管理软件，每天记录六次指尖血糖，按餐前、餐后两小时和睡前分类，系统自动生成周报和月报，并附上与目标范围的比对。某个版本的周报会在每一项达标数据的旁边放一朵绿色的小花，超标则是红色的惊叹号。周女士后来回忆说，她发现自己渐渐养成了一个习惯：每顿饭前，她不再去感受自己“想吃什么”或“饿不饿”，而是先在脑中过一遍上一餐后两小时的血糖值，再决定这顿的分量。她的身体信号依然会按时出现——胃的排空感、血糖下降带来的轻微心慌、午后的困倦——但这些信号的功能，已经从决策的起点，降低为不得不被外部数字校准甚至否决的噪音。

这个过程缓慢到令人几乎察觉不到它里头蕴含的认知暴力。一次，她参加一个线下的病友聚会，一位糖龄二十年的老太太分享经验时说：“我从来不算碳水，我就按自己感觉吃，吃完再测，看感觉对不对，慢慢就知道什么能吃、什么不能吃。”周女士当时很讶异，因为这句话触发了一个她过去几年从未想过的问题：为什么自己从来没有这样做过？她不是不懂这个逻辑，而是她的第一反应已经被训练成了“先算碳水，再按数字吃”。她的身体感觉不是不存在，而是处在一种有能力却不被使用的状态。这正是这种认知替代区别于剥夺的核心：剥夺让你失去一个东西；替代让你保留它，却不让你用，直到它迟钝到你自己都以为它不存在了。

这里需要对“能力衰退”的含义做一次关键的限定。所谓“不可逆”，本文在此后的行文中严格指向制度结构的惯性——临床系统一旦将指标优先设计为默认，便难以再为感知能力预留结构性的重建空间。在个体神经可塑性层面，本文不主张任何永久损伤的断言。认知科学与内感受觉察领域的研究已经积累了大量证据，表明即使在长期忽视之后，对身体内部信号（如心跳、呼吸、饱腹感）的注意训练，仍能在一定时间尺度上恢复其准确性和主观信任度。本文绝不否认这一点。本文所坚持的，是这样一个更克制的推论：在缺乏针对性的康复干预的情况下，仅靠患者自身的日常调试，长期被替代的感知能力很难自发地恢复到足以独立决策的程度。周女士在第七年的那句话——“我也不知道我是饱还是不饱了”——不是器官的坏死，而是认知信任链的断裂。她胃部迷走神经的机械信号依然正常传入，下丘脑依然在接收血糖变化的信息。但她的认知系统已经不再将这些信号视为决策的依据。她失去的，不是感受饱腹的能力，而是将那份感受视作判断“我是不是该放下筷子了”的可靠依据的信念。这一区分，对于理解这种替代何以可能被局部逆转，至关重要。

如果本文只展示周女士这一类案例，就难免滑入一个单向决定论的陷阱：制度碾压，个体萎缩。发生学的诚实要求同时展示在什么条件下这个进程可以被遏制、甚至局部逆转。考虑第二个案例片段。一位在本文中称为陈先生的退休工程师，同样患有2型糖尿病十余年，糖化血红蛋白控制在同类患者中属于优秀。不同的是，他在确诊后的前三年里，他的一位子女恰好是一名从事内感受研究的心理学博士后。在子女的鼓励下，他从确诊之初就同时记录两套资料：一套是血糖仪的数字，另一套是自己对身体感受的简短文字描述——“午饭后有点胀，可能今天米饭多”“早上起床头晕，可能是昨晚药吃晚了”。更重要的是，他的主治医生是一位返聘的老大夫，对数字并非不重视，但习惯性地会在看数值之前先问几句“你觉得怎么样”。在这样的偶然条件下，陈先生的身体感知能力非但没有被替代，反而在长达十年的病程中被锻炼成了一种精细的、可以与指标对话的参照系。

这两个案例的对比——叠加前述的老太太病友——指向同一个判断：认知替代并非由指标介入本身决定的。指标本身并不必然侵蚀感知。问题出在介入与患者自身感知能力之间的匹配模式：当介入填补了感知所不及的空白时（如帮助一个从未注意过自己身体的人学会监测），它是认知假体；当介入沉默地侵入并替代了感知本可胜任的领域、且不给感知任何被锻炼和被信任的机会时，它在事实上成为认知替代。这一区分，将本文的核心命题从“指标有害”的民粹式批判中彻底拔出，安

放到一个更冷静的、可接受经验检验的位置。

还需要提及但不便展开全貌的一个维度是，这种替代在不同社会阶层中的分布极不均匀。对于受过良好教育、认知资源充足、在病前已经积累了相对细致的身体觉察能力的城市中产慢性病患者而言，标准化的高强度指标管理可能导致感知被替代——因为她的感知能力原本就有被使用的余裕，只不过系统默认不用。而对于独居在农村、子女在外务工、仅能依靠村卫生室有限的药物发放和季度随诊的高龄糖尿病患者而言，同样一套指标管理——如果他能获得的话——恰恰是他长期缺乏的稀缺资源。在他身上，问题的形态不是“过度替代”，而是“介入不足”。他需要的不是把他已经很少的指标支持再撤走，而是获得比现在多得多的系统性支持，才能建立起对自身病情最基本的知晓。

这一对照不是对本文框架的拆台，而是它的必要深化。它迫使我们得出一个更严肃的命题：这种认知替代的发生，并不由指标介入的量决定（介入多是替代、介入少是自由），而是由介入与患者自身感知能力的匹配模式决定的。当介入填补了能力所不及的空白时，它是解放性的；当介入沉默地侵入并替代了能力本可胜任的领域时，它从工具变成了替代品。本文的全部批判，有其严格的历史社会条件。它不是对所有文化、所有阶级、所有疾病谱系的一张通用说明书，而是对当代城市中产慢性病管理文化的一项有边界的、可被经验研究进一步检验的分析性命题。

五、与既有解释的对话：不可被合并的剩余

经过历史追踪、制度分析和案例刻画，行至本节，已有可能正面处理一个此前悬置的问题：在当代医学社会学和医学人类学已经积累了关于指标化、达标化和身体多重性的丰富讨论之后，本文所提供的概念究竟是一个无法被既有术语替代的独立发现，还是仅仅为一组已有概念的更漂亮的表述？本节将通过与几个最切近的学术传统的面对面碰撞，完成这一不可还原性的推演。

最先需要对话的，是自凯博文（Arthur Kleinman）以来对“疾痛”（illness）与“疾病”（disease）的经典区分。这一传统深刻地诊断出，临床诊疗的核心工作之一，是将患者活生生的疾痛经验翻译为医学专业话语所认可的疾病范畴；翻译过程中，患者叙事中被视为“非医学”的成分会被系统地删除。这一洞察是本文最深的智识地基之一。然而，对本文的核心关切而言，它只把分析推到了“你的故事被医生重写了”这一步。本文试图追问一个更早的动作：在那个翻译发生之前，患者首先已经不再相信自己的故事了。疾痛叙事理论有力地描述了声音如何被转译、被缩减、被改编；本文试图描述的是发声器官本身如何被默认为可以不必使用。当周女士在第七年说“我也不知道我是饱还是不饱了”时，她不是在控诉医生扭曲了她的叙述——她是在坦白，她已经失去了对自己身体感受的叙述本能。这不是叙述政治，这是认知生态的改变。

与福柯“治理术”概念的对话更为复杂。福柯在其后期著作中以“安全配置”与“人口规制”为核心机制，精妙地揭示了现代权力如何通过正常化、标准化的知识—权力复合体来重塑个体的自我认知和行为。当代慢性病的指标治理，无疑深嵌在这一治理术谱系之中。问题不在于治理术不正确，而在

于它的分析焦距。在福柯对“自我技术”的讨论中，主体被引导去审视自身、书写自身、说出关于自身的真理——这仍然预设了一个在行动的主体，一个被权力激发去进行自我关注的行动者。本文试图捕捉的，却是这样一个更早的时刻：在这个主体化过程尚未充分启动之前，临床系统已经通过其制度设计，将患者自身感知进入决策回路的入口给关闭了。治理术分析擅长展示权力如何通过知识的格子去“塑造”主体，但它对于“主体的认知能力如何因被结构性闲置而萎缩”这一更微观的动力学，缺乏足够的焦距。治理术可以告诉我们，周女士的身体被纳入了一套关于正常血糖的规训话语里；但它难以精确地说出，为什么这种纳入的后果，不仅是她被塑造成了“糖尿病人”这种身份，更是她用来感受饥饱的那部分神经认知回路，因为长达数年不被允许参与决策而变得不再能被她自己信赖。身份是权力编织的；能力的废弃，却是在权力让渡出一片本应由主体自行操持的空间时发生的——而那片空间的让渡，恰是治理术分析很少将焦距调至这一尺度的盲区。

伊里奇（Ivan Illich）提出的“文化医源性”概念，将医学对疼痛、衰老与死亡的定义权垄断诊断为现代社会健康能力丧失的制度根源。在伊里奇看来，这本质上是一种剥夺：医学从个体和文化手中夺走了应对疾病的能力。这一诊断在今天读来依然锐利，但它预设了一种单向的铁幕：剥夺者是医学，被剥夺者是患者。本文试图命名的，是一种比单向剥夺更难以捉摸的东西。它不是一方夺、一方失；而是在一种双方都默许的、日常化的对价中发生的——系统替掉了我不想每天亲手计算的碳水克数，换给我化验单的安宁；代价是我在完全不知情的状态下，把感知自身的能力一并搭了进去。剥夺是一个动作，对抗剥夺的武器是权利。而替代是一种长期默认，解除默认的武器不是权利，是重建认知回路的漫长而琐细的劳动。

与安娜玛莉·摩尔（Annemarie Mol）《身体多重性》的对话则更贴近经验肌理。摩尔通过对一家荷兰大学医院糖尿病门诊的精细民族志，展示了患者的经验身体、医生的临床身体与化验单的指标身体如何在日常实践中冲突、协调、相互转译，提出了一种“身体多重本体论”——身体不是单一的，而是被不同实践所“做”出来的多种版本，它们并存且需要反复协调。摩尔出色地展示了不同的身体如何在一次门诊中碰面，如何通过协商被暂时地“合拢”在一份病历或一个治疗方案里。她的分析预设了这些身体都是积极的在场者：患者的经验在说话，医生的操作在说话，化验单在说话，三者之间有一场持续的、虽然常常不对称的对话。本文试图分析的，却是对话开始之前的一个更早的时刻：其中一方——患者的经验——已经被系统默认为不必被认真对待，因此它根本没有进入协商的空间。摩尔分析的是“在场者如何协调”，本文分析的是“本该在场者如何被默认为可以缺席”。当周女士走进诊室时，她的身体经验不是被协商、被翻译——而是从流程设计上就被跳过了。摩尔框架无法自动抵达这一步，因为她的民族志正是以“协调已经发生”为前提的。

还需要面对两个在概念谱系上离本文最近的学术传统，它们构成本文的最危险近邻。其一是医学化（medicalization）研究从康拉德（Peter Conrad）到克拉克（Adele Clarke）的漫长传统。这一传统已经细致地分析了日常生活如何被医学范畴所殖民，患者如何被纳入医学治理网络。当代糖尿

病管理正是医学化的经典场域。必须追问：本文所描述的现象，是不是仅仅为医学化在认知层面的一个子效应？本文的回应是：医学化的承重变量，是“生活领域被医学范畴覆盖”——从生育到衰老，从悲伤到肥胖，越来越广的人类经验被纳入医学的定义与管辖。而本文所关注的，不是哪个领域被覆盖了，而是覆盖发生之后，被覆盖者用来感知那个领域的认知器官本身发生了什么变化。一个被医学化的人，可能仍然保持着对身体信号的敏锐感知——只是他将那信号用一个医学标签去解释了。本文所描述的，则是一个更进一步的后果：解释框架覆盖了感知通道，最终导致感知通道本身的闲置。这层东西，不是医学化的必然推论，而是它需要被单独命名的剩余现象。

其二是去技能化（deskilling）。这一在劳动社会学与科技研究中经布雷弗曼（Harry Braverman）等人充分阐发的概念，描绘了工人如何因自动化技术的引入而丧失对生产过程的整体理解和操作性知识。患者日复一日地被数字界面中介，其身体知识的操作性退化，与工人被自动化系统剥夺技艺的过程确实高度同构。然而，去技能化的承重变量是“操作性知识的掌握与否”：一个去技能化的工人，仍然渴望使用自己的技艺，只是不再被允许。本文试图命名的，则是在操作性知识层面之外的另一个层面——不是“我不能操作这套技能了”，而是“我不再相信我的身体信号值得被认真对待了”。两者可在经验层面发生分离：一位患者可能熟练掌握了碳水计数、胰岛素调整等全部自我管理技能（未被去技能化），却依然在根本的意义上丧失了对自己身体感受的信任——她只是更高效地用外部数字替自己做了判断。本文并不否认去技能化在慢性病管理中也在发生，但坚持认为，去技能化分析所不能覆盖的那层信任链的断裂，才是慢性病管理中最隐蔽也最持久的认知后果。

让我们用一个更凝练的思想实验来结扎这项推演。假设一位资深的医学社会学家，在熟读了医学化、身体多重性与去技能化的经典文献之后，被要求用他已有的全部概念工具来分析周女士的案例。他可以指出：“她的日常生活已被深刻地医学化了——每一顿饭都被转化为升糖指数和碳水克数。”他可以说：“这是身体多重性的失败协调——指标本体论压倒经验本体论。”他也可以说：“这是一种深刻的去技能化——她丧失了独立管理自己饮食的操作性身体知识。”这三句话都对。但是每一句都漏了一层：在长达数年的、被反复灌输“你的感觉不可信”的日常实践中形成的、对自己的身体信号做出判断的认知信任的丧失——不是操作性知识的丧失，而是做出判断的意愿和信念的瓦解。这层东西，是本文提供的概念试图从既有解释的网格中单独切割出来并予以命名的。

据此，我们有理由主张，这是一个新的辨别维度。它的控制变量可以被表述为：在慢性病管理中，患者将自身身体感知作为决策依据的认知信任，是否受到了来自临床系统的长期结构性闲置——不管该闲置是通过流程设计、经济激励还是教育话语来实现的。这一变量，既不同于医学化的“范畴覆盖”，也不同于去技能化的“操作性知识退化”，更不同于身体多重性的“本体论协调失败”，因为它所指向的后果不是知识的丧失，不是范畴的覆盖，不是本体论的不协调，而是认知可供性的实质性瓦解——那种在尚未失去任何具体技能时，便已失去运用技能的意愿和信念的状态。在当代慢性病管理日益深陷指标化漩涡的年代，这个变量值得被独立地命名、操作化和检验。

六、认知生态的重建：反驳与出路

经过上述论证，本文的核心命题——在慢性病管理中，临床系统对患者身体感知的长期结构性闲置，会导致该感知能力的认知信任衰退——已基本站定。然而，命题站定只是论文的一半。剩下一半，必须接受几个最有力的反驳的检验，并在此基础上审慎地推演其现实推论。

第一个反驳最直接：慢性病管理早已大规模推行“患者教育”与“共同决策”，患者被明确告知要监测血糖、遵循食谱，这难道不构成一种明示授权吗？患者教育不正是消解本文所描述现象的制度设计吗？这一反驳在表面上有充分的事实依据。然而，必须区分“教育患者使用系统的语言看自己”与“教育患者信任自己的感知”这两项截然不同的议程。当代糖尿病教育的核心内容，是教会患者糖化血红蛋白的意义、碳水化合物的计算方法、低血糖的识别与处理流程——每一项都是将患者训练为系统的合格协作者。它几乎从不包含一个至关重要却长期缺席的模块：如何在本人的身体信号与外部指标发生冲突时，进行合理的权衡与沟通。当教育手册的措辞越来越倾向于“你的感觉可能不可靠，数据不会说谎”时，它非但未构成对替代的消解，反而可能以赋权的名义，教会患者亲手将认知判断权交还给系统。

第二个反驳更为尖锐：如果认知替代真的如本文所言那般普遍且有害，为什么大量的慢性病自我管理项目和患者赋能项目——其核心恰恰是教患者看数字、记日志、达标——在随机对照试验中反复显示出积极的健康结果与患者能动性提升？难道这些项目中没有发生替代？这是一个对本文最致命的经验反例。本文的回应分为两步。第一，承认这些项目的正面效果，并拒绝用“虚高的能动性”去轻率地消解它。第二，严格区分项目的设计意图与项目的认知生态后果。那些成功的自我管理项目，通常伴有高频率的、富有回应的医患沟通、社群支持和心理赋能——换言之，它们恰恰在实际运作中提供了一种已经被本文第三、四节分析过的结构性条件所删除的东西：持续的外部反馈与对话空间。在这些条件下，指标暂时地扮演了“认知假体”而非“认知替代”的角色。然而，当项目结束、社群解散、高频沟通退潮、患者被重新交还给标准化诊疗流程之后，指标是否能继续作为假体运作而不滑向替代，恰恰是本文所质疑的问题。许多自我管理项目的长期随访数据所显示的干预效果衰减，或许可以从这一角度得到重新解释。

第三个反驳涉及本文案例的立场：周女士属于受过高等教育的城市中产，她的困境是否具有普遍性？对于认知资源有限、健康素养不足的社会底层患者，指标代理难道不是一种必要的保护吗？本文已经在上文明确承认，这一问题的主导形态在不同社会阶层中分布极不均匀。对于底层患者，问题的形态恰恰是“介入不足”——他们缺少的，恰恰是周女士已经充分获得并被过度使用的指标支持。因此，本文所批判的，不是指标支持的多寡，而是当指标支持已经足够充分之后，它对感知能力的进一步侵入。这一判断并不要求在所有人群中一刀切地撤回指标，而是要求在每一次具体的诊疗决策中，根据患者实际的感知能力状态，调节指标介入与感知激活之间的配比。对于感知能力尚存却被废用的患者，激活是一种康复；对于感知能力尚未充分发育或因认知障碍难以信赖的患者，

激活不应被强加。认识论的正义，不是给所有人发同一张试卷，而是允许不同的人以不同的认知方式与自己的数据相处。

第四个反驳涉及术语的妥当性：本文通篇使用“临床认知替代”这一表述，但与之毗邻的“主权”“剥夺”“悬挂”等概念是否过于沉重？本文在此做一次集中的术语澄清。这里所说的“替代”，严格限定在认知层面：它指涉的是患者的身体感知在决策回路中被默认为可被跳过、进而导致其认知信任衰退的日常进程。本文不将这一进程上升为“主权剥夺”，因为剥夺预设一个完整的、可被归还的原初占有的存在；而本文的全部分析早已拒绝了发现学神话。患者从来没有在一个完全不受中介的、纯粹自然的身体中生活过。前现代的身体同样被宗族、宗教、季节性饥谨与地方性偏方所中介。当代指标治理只是换了一组中介，并没有凭空制造出“异化”从一张白纸上作画。因此，本文不提供任何“赎回原初身体”的承诺。

那不意味着我们只能两手一摊。在指标治理已结构性嵌入慢性病管理制度的时代，可欲的出路不是从制度之外寻找一块未被污染的飞地，而是在制度内部——在每一次复诊对话、每一次指尖采血、每一次化验单递过来而患者的叙述还含在嘴里那几秒钟缝隙里——反复地、具体地执行一个动作：将被系统默认为不必使用的感知判断权，部分地、临时地、有条件地交还到患者本人手中。

这不是革命。这是游击战。它没有胜利日，没有最终的“取回”，只有无数次的局部谈判。它有三个可以相互咬合的战术方向。

第一个方向，是在临床随访的流程层面，为感知判断留下一个结构性的入口。当前慢性病门诊的标准化病历模板中，没有一项是专门留给“患者对自己这段时间身体状态的综合判断”的。不是医生不重视，而是模板上没有这一栏，他就不被要求填，也不会因此影响后续决策。一个至今只在少数探索性项目中试行的简单改革是：在复诊病历中，将“患者自评——近两周身体感受、精力变化、睡眠质量”设为与糖化血红蛋白并列的固定栏目，并在临床决策支持系统中将患者自评的质量与内容纳入用药调整的参考权重。此事在技术层面毫无障碍，障碍纯在于制度意志。一旦这一栏出现，每一次复诊时，医生就不得不向患者问出那个从未被制度鼓励过的问题，而患者的感知也就第一次在系统内部获得了与数字同等的版面。

第二个方向，是在患者教育的话语层面，重建非数字化身体知识的认识论合法性。当前的糖尿病教育手册，几乎可以用“数字优先”来概括。一项值得推行的修订是：在每一份关于如何应对高低血糖症状的教育材料中，穿插一个明确标出的片段，教授患者如何在记录血糖数字的同时，用简短的非数字语言描述当下的身体感受，并将这种描述与数字一起带到复诊中讨论。这件小事，如果被坚持做上一年，将在患者的认知习惯里缓慢地重建一个早已关闭的回路：我的感受是一份有效的数据，值得被记下来，值得被医生看，值得与血糖读数一起构成我判断身体状态的拼图的一半。

第三个方向，关乎每次门诊对话中那几分钟的言语互动。现行门诊的时间压力，使得深入询问感受成为奢侈。但一个成本极低、却可能长期有效的微操是：医生在开完药、合上病历的最后一刻，加上一句标准化但不失真诚的提问——“除了数字之外，你自己觉得这两周身体想告诉你什么？”这个问题不要求额外时间，不打断流程，但它所传达的讯息，在一个患者的感知被默认为可被跳过的制度里，具有不成比例的象征分量。它说出口的瞬间，就是把被悬空了数年的判断权，在这一次对话中，交还了一寸。

这三个战术方向，每一项都不是宏大的制度革命，每一项都是附着在现有制度骨骼上的具体的“补丁”。它们的共同效果，不可能让认知替代从此消失——那是不切实际的幻想。但它们可以持续地、在每一次诊疗互动中，为患者的感知保留一个不容跳过的入口。长此以往，判断权虽然仍默认在系统那头，却不再永远缺席于她手中。

这最终指向一种不依赖于外部“达标”来定义的、却又承认自己永远需要外部帮助的健康状态：不是一纸从临床权威那里领来的认证书，而是一个人住在自己身体里，一寸一寸地重新学习——永远是在重新学习，也永远不能夸口已经学会——如何在指标与感受的张力中做出判断，如何在身体沉默时不慌张、在身体喊叫时信得过。这件事没有捷径，没有任何外部工具可以替你完成。这正是本文试图以发生学方式重建的核心论述：健康不是被测量出来、被颁授下来的东西。它是在每一天、在每一件琐细微末的日常事务中，被反复地、亲手地、充满误差与修正地重新做出来的。

七、结语与证伪条件

本文并不声称已经为慢性病管理领域贡献了一个可立即付诸立法的操作方案。它的意图，毋宁是给出一个此前尚未被清晰命名为独立辨别维度的机制，给它一个可以被学术共同体继续讨论、批评和操作化的术语。

任何一项严肃的经验命题，都必须指明自己可能被证伪的方式。本文的核心命题——在慢性病管理中，临床系统对患者身体感知的长期结构性闲置，会导致该患者将自身身体感知作为决策依据的认知信任发生非器质性衰退——可以通过以下方式接受检验：如果在足够长的时间尺度（例如十年以上）的前瞻性队列研究中，能够可靠地观察到，那些长期接受高强度指标化管理且缺乏针对性感知康复支持的慢性病患者，在控制了年龄、病程、教育程度和并发症等变量的前提之下，其内感受觉察的准确性与主观信任度，与接受低强度指标管理、或曾接受系统性感知康复支持的匹配对照组之间不存在显著差异；或者，能够证明感知信任的衰退完全可由疾病自身的病理生理过程或正常的年龄相关认知老化所解释、与指标管理强度及结构性的感知跳过无关——那么本文提出的因果关系链条将被证伪。本文期待这样的检验。

参考文献

- Conrad, P. (2007). *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Johns Hopkins University Press.
- Corbin, J., & Strauss, A. (1988). *Unending Work and Care: Managing Chronic Illness at Home*. Jossey-Bass.
- Foucault, M. (2007). *Security, Territory, Population: Lectures at the Collège de France, 1977–1978* (G. Burchell, Trans.). Palgrave Macmillan.
- Illich, I. (1976). *Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. Pantheon Books.
- Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*. Basic Books.
- Mol, A. (2002). *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. Duke University Press.
- Timmermans, S., & Berg, M. (2003). *The Gold Standard: The Challenge of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care*. Temple University Press.