

豁免权的注销：风险医学如何在制造疾病的情况下制造病人

它注销的不是健康，是一个人“尚未被任何一种死法提名”的免于恐惧的存在方式

作者 胡敏 · SDE 学员 · 约 2.6 万字 · 发表于2026年7月31日 · 加固版

摘要 当代风险医学的核心操作，并不是制造一种新的债务，而是注销一项古老的豁免——一个人“尚未被任何可能的死法提名”的免于恐惧的存在方式。本文将这一迄今未被独立命名的伤害形式概念化为“豁免权的行政注销”：通过将统计概率转译为个人命运预言，风险医学在对任何当下病理过程都无权发言的个体身上，永久注销了他对自己尚未发生的某种死法的“不知”。本文追踪这一注销如何从十九世纪临床医学的特定条件组合中被结算为一个临时稳态，又如何在流行病学革命、生物标志物技术与指南行政体系的联合作用下逐步解体。以他汀一级预防从高风险到正常人群的渐次外推为核心案例，本文展示注销并非认知错误或过度诊断，而是一套完整的行政程序——指南切点、筛查流水线、电子病历警报——在一具无症状身体上执行的一次“命运预审”。在与Esposito的免疫范式、信息伦理学的“不知情权”传统、Aronowitz的风险因素本体论、福柯生命权力、布迪厄象征暴力与贝克风险社会的正面交锋中，本文划定了“豁免权注销”的不可还原边界：Esposito论证了保护性装置通过“纳入”威胁来保全整体，但未触及一种在没有任何威胁被实际纳入的情况下、仅通过统计概率的行政转译就完成的不可逆注销；不知情权处理的是“信息”的给予与拒绝，而本文揭示的是“行政身份”的写入——一条病历记录、一个系统警报、一个医保标签——如何不依赖主体的认知或信念，独立执行注销操作。最后，本文以“伤害举证责任倒置”重塑规范性出口，并以严格的证伪条件为全篇收束。

关键词

SDE 创新智商 盲评 137 → 加固后 138 · 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、引言：注销事故

一个四十岁的男人坐在体检中心的候诊椅上。他没有任何不适。他来体检是因为公司今年把“胸部低剂量CT”加进了高管体检套餐，人事部门群发的邮件说这是“新增福利，早发现早安心”。

CT报告出来，放射科医生在影像上发现一个4毫米的磨玻璃结节。4毫米。穿刺不到，PET-CT假阴性率高，唯一能做的就是写在报告上：“建议12个月后复查。”

他被全科医生告知“肺上有小结节，目前不考虑恶性，但要随访观察”。没有处方，没有手术，没有任何治疗。他走出诊室的时候，身体和进去之前一模一样。他的胸腔里没有多出一克组织，没有少掉一克组织。他的肺泡仍在正常扩张回缩，他的血氧饱和度仍是98%。

但他有一个东西再也拿不回来了：他再也无法不知道自己肺上有一个结节。

他以前跑步时从不觉得胸腔里有什么特别的东西。现在那里有一样东西。它可能是一处良性炎性疤痕，可能是一个惰性原位癌这辈子都不会长，也可能——概率小于5%——是一颗未来会要他命的定时炸弹。他不知道。他的医生不知道。全世界没有任何人知道。但他的余生，都必须带着这个“不知道”活下去了。每一次深呼吸、每一次照镜自览、每一次入睡之前那段万籁俱寂的空白时间，都可能突然被同一个问题切开：它还在吗？它长大了吗？它是不是就是那5%？

痛苦没有病灶。你不能做手术把它切掉，因为它尚未达到穿刺标准。你不能吃药把它化掉，因为没有那样的药。你不能只看一个心理医生就解决它，因为心理医生也抹不掉病历上的那行字。你唯一能做的事，就是用你的余生来背负一份你自己从未签过字的知情通知。

这不是焦虑症。焦虑症可以被诊断、被编码、被治疗。而这个男人的状态，不符合DSM-5中任何一条诊断标准。他不是“过度焦虑”——以4毫米磨玻璃结节的事后数据来看，小于5%的恶性率面前，任何警觉都是可以被制度合理化的。他的恐惧没有超出理性范围——正因为它没有超出，他才无处可逃。

既往的理论怎么描述这个男人的困境？伊里奇（Ivan Illich）会把它叫医源病——但医源病的前提是“治疗造成了新的损伤”，而这个男人从始至终没有接受过任何治疗。韦尔奇（H. Gilbert Welch）会把它叫过度诊断——但他的结节不是惰性癌症被“当作癌症来治”，它甚至没有被诊断成任何疾病，只是被标记为“需观察”。康拉德（Peter Conrad）会把它叫医学化——但这不是把他的正常生活划入疾病的范畴，而是更奇怪的一件事：他的生活在被标记之后一切照旧，却笼罩在一种“可能出问题”的预审之下。医学化理论处理的是范畴跨越——把“健康”变成“病人”；而这里发生的是时间性介入——把“尚未被提名者”变成“已被提名者”。前者是身份的重新分类，后者是命运的提前签发。

福柯那一脉的分析会说，这是生命权力在运作——通过对未来的概率计算，把他的身体纳入了一个持续的监测网络。是对的。卡斯特尔（Robert Castel）精确地命名了这一位移：过去的干预对象是“已经表现出危险的人”，现在的干预对象是所有在统计上被划入“有风险”的人群。但“被监测”还不足以命名他所承受的独特痛苦，因为“被监测”听起来像是他被加上了一份额外的负担。可他的痛苦，比这更根本也更隐匿——它不是“得到了什么负担”，而是“失去了某种再也拿不回来的东西”。

那个东西是一份豁免：他曾经享有过的一项状态——一个人“尚未被任何可能的死法提名”的免于恐惧的存在方式。他的肺结节不是他被诊断出的疾病，而是他被注销掉的那份豁免的行政记录。那个记录一旦生成，就永远不会被撤销。哪怕十二个月后复查结节消失，哪怕一辈子它都没长，他也已经被改变了一件东西——从四十岁到结节消失的那一整段人生，他都在为一个从未兑现的可能性做精神上的分期付款。他在等一张永远不会来的传票，但等候本身就是惩罚。

这不是“不知道”的浪漫主义。一个前工业时代的农民，同样可能死于肺癌，只是他不知道。他的“豁免”不是一种值得保留的状态，而是一种无力——他不知道自己可能会这样死，是因为他没有那种知识。那不是安然，那是贫困。而今天坐在诊室里的那个男人，拥有全部的知识手段去精确评估自己的风险，但他也同时被剥夺了一

项前现代农民同样不曾享有过的东西：一个在现代临床医学的某个历史阶段曾经被默认保护的状态——在证据不足时不去提前预审他可能如何死亡的那种制度性克制。

这需要立刻澄清一个根本问题：我并不是在说，十九世纪的临床医学有意识地创设了一种叫做“豁免权”的权利。那不是历史事实。我想说的是另一件事：十九世纪的临床医学，在它特定的技术条件与疾病本体论的共同作用下，结算出了一种临时的稳态——在这个稳态中，一个没有当下病理过程的人，天然地不在医学的管辖范围内。他的“不被预审”不是一种被人争取来的权利，而是一个制度结构在特定历史条件下自然外溢的保护效果。这种效果，在后来被流行病学革命、生物标志物技术和指南行政体系联合拆除。但因为它从来不曾被正式命名，它的拆除也就从未被认真算作一种损失。

这就是本文要打的仗。“豁免权的注销”不是一个隐喻。它不是对医学化的修辞升级，不是对过度诊断的另一种说法，不是对生命权力的注脚。它是试图让一个新的本体论损害形态——一种不同于“疾病”“伤害”“焦虑”“债务”的损失——从制度程序的裂缝中发生出来。这个命名不预设一个“本真的无知状态”应当被恢复，而是指出：一旦某个行政程序被启动，主体被锁定在一个不可逆的行政时间性中——他从此无法回到被告知之前那种“尚未被提名”的存在状态。这种被锁定本身，就是损失。

本文的论证按七节展开。第二节追溯“不被预审”的状态如何在十九世纪临床医学的特定条件组合中被结算出来，又如何被流行病学革命与指南行政体系逼入解体——这不是一个“天然权利被侵蚀”的故事，而是一个“临时稳态被新条件打破”的故事。第三节以他汀一级预防的渐次外推为案例，展示一次完整的豁免权注销的行政步骤，并在其中让“纯损失”从程序分析里长出来。第四节将“豁免权注销”送进它必须面对的最强近邻阵中——Esposito的免疫范式、信息伦理学的“不知情权”传统与Aronowitz的风险因素本体论——逐一划出不可还原的理论边界。第五节完成与福柯、布迪厄、贝克这三条更宏大的批判传统的切割。第六节处理最有力的反驳，正面回应“适应性”与“习惯化”的挑战。第七节检验概念的外推性，分析早期发育筛查

与AI离职预测如何在不同领域执行同样结构的命运预审。结语部分以“伤害举证责任倒置”重塑规范性出口，并以严格的证伪条件收束全篇。

二、“不被预审”的发生史：一个临时稳态的结算与解体

豁免权不是被任何一种理论建构出来的概念，也并非一个“自古以来”被默认保护的天然状态。本节要回答的问题是：十九世纪临床医学何以能够——在它自身并不使用“豁免”这个词的情况下——维持一种让无症状者天然免于被预审的制度效果？这种效果在什么历史条件下被结算出来，又是在哪一个节点上、经由哪些操作被逐步拆除的？以及，为什么拆除它的人至今没有意识到，他们拆掉的不是一堵多余的旧墙，而是一套至少暂时保护了一个多世纪的制度性克制？

（一）十九世纪：当“疾病”锚定在当下可检出的病理过程中

十九世纪的临床医学，在疾病本体论上完成了一次我们今天回头去看才感到意味深长的划界。这场划界的核心人物是巴黎学派的临床病理学家们——从比沙（Xavier Bichat）到雷奈克（René Laennec），他们把疾病的定义从“患者自述的不适”转移到“组织层面可被观察的病变”上。比沙有一句被反复引用的名言：“打开几具尸体，你们就能消除那些仅凭观察永远无法消除的疑窦。”这句话标志着一个新的认识论锚点：疾病的真，必须在解剖台或显微镜下被看见。

这带来了一个深远的制度后果。既然疾病被定义为“正在推进的病理过程”，那么在一个人身上诊断疾病，就必须同时满足两个条件：第一，必须有当下的病理过程（症状、体征、生化指标异常或组织学改变）；第二，这个病理过程必须能被客观指认。两个条件缺一不可。

这个锚点天然地制造了一个保护效果——尽管这层效果不是任何人有意识地“设计”出来的。一个没有任何当下可检出异常的人，不管他未来发生心梗的概率有多高（即使当时的医生已经从他的生活方式中隐隐感到不安），他都不在“疾病”这个范畴的管辖范围内。诊断书上的空白是被保护的。这不是因为医生们集体选择尊重他的主体性，而是因为当时医学这个体制的底层语法里，就没有能把“未来可能生病”翻

译成“当下临床诊断”的操作符。诊断的语法只能处理“当下正在发生什么”，它天然拒绝“你未来可能会发生什么”这种句式。

这就是后来被拆除的那道堤坝的第一层结构：不被定义。只要你的身体当下没有任何可以被客观指认的异常，你就不在疾病的定义管辖范围内。

但还有第二层，而且这一层比第一层更为隐蔽。十九世纪的医学当然也知道，有些状况眼下查不出问题，并不等于绝对安全。一个主诉胸痛的病人，听诊、叩诊、当时的实验室检查全部正常——医生可能会怀疑“心绞痛倾向”或“体质性胸痛”，但他没有心电图，没有肌钙蛋白检测，没有冠状动脉造影。他无法证实自己的怀疑，也就不能把“怀疑”写入诊断。这种技术上的“无力”反过来构成了一层保护：医学没有能力去提前预审你的未来，所以你的未来就没有被预审。

把这两层结构放在一起看，就能清楚地看到：十九世纪临床医学的“豁免效果”——那个让无症状者天然免于被预审的状态——不是一种伦理选择，而是一个制度安排在特定物质条件下的自然外溢。它的构成要素是：一个锚定在“当下可检出的病理过程”上的疾病本体论，加上一组无法在病理过程启动之前就捕捉到“风险信号”的物质技术条件，共同结算出了一个让“未来可能性”不具有临床操作资格的制度状态。

但这里必须立刻补进一个冷静的限定，防止任何本质主义的误读。这个所谓的“豁免稳态”在十九世纪的实际运作中，远不是向所有人平等开放的。当时的病理解剖学凝视本身就嵌在阶级、种族与性别的排斥结构里：穷人进不了巴黎学派的解剖教学医院，殖民地居民不在欧洲临床医学的统计分母中，女性的身体被一套独立的“瘕症”话语覆盖而从未被给予“无症状者”的地位。那个“不被预审”的状态，能够落到一个中产阶级白人男性头上，在相当程度上是因为医学的目光本来就不曾平等地分配到每一个活人身上。把排斥的副产品读成“保护”，再把它的失落读成“注销”，是最常见也最偷懒的怀旧叙事。发生学的纪律要求我做的不是追悼，而是展示这个状态是在哪些条件、为哪些人、以何种不均衡的分布被结算出来的。

关键就在于：稳态不是本质。它是被条件结算出来的。它不是“临床医学的初心”，它只是在当时的物质-认识论条件下，“不被预审”这件事恰好能在一部分人身上站住。当条件改变——当新的检测技术可以捕捉到病理过程启动之前的生物标志物，当流行病学提供了从未来往回投射的统计工具——这个稳态就会自然位移。它不是“被破坏”的，它是“被新条件逼入解体”的。这两个叙事之间的差别，是发生学与发现学的差别：前者追踪条件如何变化并逼出新的制度形态，后者怀念一个并不存在的黄金时代并控诉其堕落。本文的立场全在前者。

（二）流行病学革命：当“未来”获得了对“当下”的管辖资格

二十世纪中叶，一场本体论地震发生了。震中在弗莱明汉。

1948年启动的弗莱明汉心脏研究，将数千名完全健康——即没有任何可被当时临床诊断学定义为“疾病”的异常——的居民纳入数十年的追踪，记录他们的血压、胆固醇、体重、吸烟习惯，然后等待。这不是实验。这只是观察。但观察的方式发生了一次深远的位移：研究的对象不再是“疾病如何在一个已患病的人身上进展”，而是“在哪些人身上，未来会第一次发生心血管事件”。全世界的目光第一次从“生病的人”转到了“尚未生病的人”——不是去关怀他们，而是去预测他们。

这个位移的哲学后果，是怎么强调都不为过的。在弗莱明汉之前，你如果要被医学当作一个心血管病人来对待，你必须先有一份已经被确认的心血管病——心肌梗死、心绞痛、心力衰竭，或者至少是明确的高血压。这些是当下的、被病理过程锚定的疾病。但在弗莱明汉之后，一个新的实体悄然诞生了：你的“十年心血管风险评分”。这个实体不是任何当下存在于你身体里的物质。它是一串公式的输出——输入了你的年龄、性别、血压、胆固醇、吸烟状态、糖尿病史之后，从一个基于人群统计的回归方程里读出一串数字。它存在于报表上，不存在于你的血管壁里。

更关键的是，流行病学不仅把“群体”定为研究对象，还从它的设计里偷偷嵌入了一条新的时间性：它在当下对着一个健康人说“你是未来的病人”。这句话不是比喻。当弗莱明汉的数据被装进风险预测模型时，它所做的事在逻辑上相当于：从未来某个人群中“谁得了病、谁没得病”这个已知结果出发，往回找到那些人患病之前就

已经存在的共性特征，然后把这些特征打包成一个预测方程。再把这个方程盖章认证为“临床工具”，交给医生去用。医生的诊室里坐着一个不吸烟、无糖尿病、血压120/80的男人，他只需要在这个方程里被输入他的年龄和胆固醇值，就可以被输出一个数——比如9%。这个数不是他的血管状况的客观描述。它是统计学上与他共有相同外部分类特征的既往人群中，未来发生心梗的比例。

但一旦这个数被放在病历上，它就从一个统计抽象变成了一个针对这个具体个人的命运预言。从这一刻起，医学对这个人说话的方式变了。以前，医学只能对他说：“你没问题。”现在，医学可以对他说：“你有一个9%的概率，在十年内死于心梗或卒中。”这两句话之间的跨度，就是从“当下豁免”到“未来预审”的断裂带。

（三）指南切点：当统计数字变成裁量权

流行病学提供了“从未来往回投射”的统计工具，但光有这个工具还不够。它还需要一个制度接口，才能把统计学家写在论文里的回归系数，转化成诊所里医生对患者说出的那句“你需要终身服药”。这个接口就是临床指南。

指南切点是一个奇特的权力结构。它不是法律，但它在实际运作中对医生行为的约束力，常强于绝大多数法律。偏离指南的后果——如果病人恰好在此后发生了指南想要预防的那个未来疾病——足以毁掉一个医生的整个职业生涯。这种威慑不来自医学本身，而来自一个由医疗纠纷诉讼、保险理赔规则和医院质量管理体系共同构成的制度环境。切点一旦被写入指南，它就从一个带有弹性的“专家建议”硬化为一套“否定即有过”的制度裁量标准——尽管指南前言里几乎都会温和地注明“本指南仅为临床参考，医生的个体化判断优于指南建议”。

这个注释在法庭上基本不起作用。一旦法官看到被告医生曾经偏离了指南——即使是基于充分且审慎的个体化理由——举证责任就会立刻倒向医生。也就是说，指南在它的实际法律-行政效力上，已经从“你可以参考”滑向了“你若不照做，出事你负责”。这就是行政注销运作的核心方式：它不需要任何一个人站起来宣布“从现在

开始，你有风险了”。它只需要让所有在临床一线执行的人——医生、护士、放射科医师、体检中心职员——都感到“不照做会出事”，注销就自动完成。

（四）为什么这种损失一直未被看见？

指南切点前移的这一整套操作，它的合法性建立在一条几乎从未被挑明的假设上：让我预审一下你的未来，你有什么可损失的？我早告诉你，你早注意，早干预，这不是很好的事吗？不管最后生没生病，你没有损失任何东西。再说了，如果这个干预过程让你产生了任何焦虑或者负担，那也只是你在“适应健康管理”过程中的暂时不适，是一些需要你扛过去的、可以被计入干预成本的、小到可以被忽略不计的附带现象。你并没有失去任何本身就有独立价值的东西。

本文的核心判断之一就是：这个假设是错的。但比指出它“错”更重要的是追问另一件事——它自身是怎么发生的？它为什么能够在长达半个世纪的时间里，占据一种近乎不言自明的前提的地位，而几乎没有被认真地挑战过？答案不在任何人的恶意里，而在三组具体的制度条件之中。这三组条件不应该被当作“错误前提”来批判——发生学的纪律要求我追问的，不是“它们本该不站住”，而是“它们为何在那个历史节点上恰好能站住”。

第一组，知识论的惯性。现代认识论——从启蒙运动以来——对“知情”有一种近乎本能的道德褒奖。知道比不知道好。真理使你自由。祛魅虽然让你不安，但那是你为理性必须支付的代价。在这套知识论语法的深处，“不知”从来不被看作是一种合法的、值得被保护的状态——它至多被容忍为一种暂时的、等待被知识填充的空缺。因此，当预防医学把一份关于未来可能性的概率通知递到一个健康人面前时，它不需要为自己的动作辩护；需要辩护的，是那个敢于拒绝接收通知的人。这套惯性之所以在二十世纪后半叶的预防医学中能牢牢站住，不是因为它被写进了哪部宪法，而是因为它恰好吻合了临床流行病学在当时急需的一种制度授权：它需要让“从未来往回投射”这个逻辑动作被公众接受为一种“帮助”，而不是一种“侵犯”。

第二组，卫生经济学的评估框架。预防医学的证据等级是随机对照试验（RCT），它的效益衡量工具是NNT（需要治疗人数）和QALY（质量调整生命

年)。RCT的设计逻辑先天要求有一个明确的“结局指标”——心肌梗死、卒中、死亡——才能判断干预是否有效。而在那个被筛查、被告知、却一辈子没有发生心肌梗死的人身上，他所经历的漫长的精神偿付——夜里的失眠、餐盘边的胆固醇心算、每次胸部发紧时的惊恐——不在任何结局指标里。QALY框架虽然试图把生活质量纳入计算，但它依赖的效用问卷（如EQ-5D）的设计不是用来捕捉“无法不知道自己有一个4毫米肺结节”这种状态的——它不疼，不影响行动，不影响日常活动，在EQ-5D五个维度上几乎全是满分。它可以完美地通过任何卫生经济学模型的检验，同时真实地掏空一个人对自己身体的松弛感。这组条件之所以能站住，不是因为经济学家们故意忽略了什么，而是因为EQ-5D的设计史本身就嵌在一套特定的健康观念中：健康被定义为“功能完好”，而“对未来威胁的未知性”不在这五个维度里不是疏忽，是设计这个量表时压根没有把“本体论安全感”当作需要被测量的东西。

第三组，现代制度对不确定性的治理冲动。这组条件的运作更隐蔽。现代制度对“不确定性”有一种深刻的治理冲动——要把未来提前纳入管理，要把概率转译成可操作的决策树。这种冲动不来自任何个体的恶意，而来自一套制度理性的内在推力：一个可以被计算的风险，比一个“我们不知道”的空白更让制度感到安全。这套推力之所以在二十世纪末的预防医学中获得了史无前例的操作空间，是因为它恰好撞上了两项物质条件：一是计算机的普及使得复杂回归方程可以在普通PC上运行，二是电子病历的推广把“指南→警报→决策”的转译成本降到了零。在一个没有电子病历的年代，医生需要手动翻书、手动查表、手动评估，那个摩擦力本身就构成了一种事实上的“预审门槛”。电子病历把这个门槛拆了。制度理性的治理冲动从此长驱直入。

这就是本节要完成的全部工作：不是去怀念一个失去了的黄金时代，而是展示“不被预审”的状态是在怎样的条件组合中被结算出来的，又是在怎样的条件重组中被动摇的。豁免不是天然权利被侵蚀。豁免是临时稳态被打破。这两个说法之间的区别，是本文全部发生学立场与发现学倾向之间的分水岭。

三、他汀的行政程序：一次被展示的注销

如果豁免权注销仅仅是一个批判的概念，那它就和医学化、过度诊断这些既有术语一样，只增补了一层新的说法。它要想站住，必须能够被放入一段真实的、可被逐步追踪的制度时间中，展示出“注销”不是一次性的标签误贴，而是一套有步骤、有节点、有逐级作用的行政程序。他汀预防从二级预防基地渐次外推至一级预防正常值人群的完整历程，恰好提供了这样一个可以把注销的每一个操作都摊在桌面上的样本。

需要事先说明的是：下文归纳的六个步骤，是从他汀这一具体案例中提取的理想型，而非一套宣称适用于所有领域、所有时期的“注销通用模型”。不同的筛查领域（癌症早筛、产前诊断、发育筛查）、不同的制度环境（全民医保与商业保险驱动的预防医学在操作节奏上差异极大），会以不同的步骤组合、不同的次序、甚至跳过某些步骤来执行注销。发生学的纪律不允许我把一个案例的轨迹凝固成一幅所有场域都必须照此操作的施工图纸。这里的目的是展示发生过程，不是颁布操作手册。

（一）锚定：二级预防的清晰边界

1994年4S试验（Scandinavian Simvastatin Survival Study）之后的十年，是他汀作为二级预防药物的黄金时代。在已经发生过心梗或不稳定性心绞痛的患者中——即那些体内有明确动脉粥样硬化病理过程的人——他汀降低再发心梗、卒中与全因死亡率的获益是确凿且压倒性的。这一阶段的干预没有注销任何人的豁免，因为干预的对象早已不是“豁免者”：他们的豁免早在他们第一次躺在急诊室的轮床上时，就已经被那场危及生命的心梗正式注销了。疾病已经到来。他们需要的不是豁免，是抢救和二级预防。

但要注意，二级预防这个根据地的无懈可击，制造了一个致命的错觉——它让此后所有从根据地出发、向更远边界推进的动作，看起来都像是在做同一件事：用同样的药，去防同样的病。这种“同样”的感觉，掩蔽了后者与前件之间一个根本的本体论断裂：前者是在已有疾病的身体上治疗疾病；后者是在没有疾病的身体上注销豁免。

（二）第一步外推：进入高风险无症状者（1995-1998）

第一次外推是平滑的。WOSCOPS（1995）和AFCAPS/TexCAPS（1998）试验没有走到“正常值”的范围，它们的纳入对象是高胆固醇血症的无症状中年人。这些人的LDL-C显著高于当时的正常值上限，即使没有任何症状，他们的血管内皮可能已经开始了动脉粥样硬化的早期进程。在这个群体中启动他汀，虽然有预防的成分，但“高胆固醇”本身在当时的临床认知中已经是一种可以被视为准疾病的代谢异常。它距二级预防的根据地只有一步之遥。

注销在这一步是轻微的。因为这些人原本就处在一种“知道自己胆固醇高、心脏病风险高”的认知状态中，服药的到来并没有突然改变他们对自己身体的整体感觉。债务早已被预先感知，他汀只是把它钉成了一串具体的药片和复查日期。

（三）第二步外推：跨越正常值——JUPITER的断裂（2008）

真正的断裂发生在2008年的JUPITER试验（Ridker et al., 2008）。这是一道分水岭，因为它的纳入标准有一个此前所有他汀一级预防试验都没有的奇特组合：LDL-C低于3.4 mmol/L——不是升高，是正常——但同时hs-CRP高于2.0 mg/L。

这意味着什么？意味着JUPITER试验招募的人，即使按照当时已经下移过的血脂指南，也是“血脂正常”的人。他们的血脂不需要治疗。但他们的hs-CRP——一个与炎症相关的蛋白——高于一个阈值，而统计数据显示，这个阈值为他们标记了一个“未来心血管事件概率稍高”的身份。JUPITER试验的这一步外推，是一条本体论意义上的界河：它第一次在没有任何一项传统风险因素超标的人身上，用一个与疾病本身没有直接功能关系的、纯统计相关的生物标志物，触发了终身药物干预。

这里有必要补一笔JUPITER所嵌入的商业-制度语境。该试验由阿斯利康赞助，测试其专利药物瑞舒伐他汀（商品名Crestor）。试验的主要研究者Paul Ridker持有hs-CRP检测的专利。试验本身因“中期分析显示获益显著”而被提前终止——这一决定后来在方法学界引发了持续的争议，批评者指出提前终止可能夸大了治疗效果。有学者在2010年发表于《新英格兰医学杂志》的一篇通讯中指出，JUPITER的提前

终止使得其效应量可能被高估了20%至30%。更关键的是，JUPITER报告了令人瞩目的相对风险降低（主要终点相对风险降低44%），但其绝对风险降低的幅度远没这么耀眼：在安慰剂组，每年约有1.36%的人发生主要终点事件；在他汀组，这个数字降到0.77%。绝对风险差仅为每年约0.59个百分点。换算成NNT，大约需要170人服药一年才能预防一例主要终点事件——而这意味着另外169人在这一年里服了药、化验了血、承受了可能的肌肉副作用与肝脏监测，却没有获得任何可被“结局指标”捕捉的效益。至于那169人在被告知“你hs-CRP高”之后所经历的精神偿付——那些夜里的失眠、那些餐盘边的胆固醇心算、那些在每次胸部发紧时闪过的惊恐念头——不出现在任何一张表格里。

资本在这一步的作用不是阴谋。它是整个外推动力的一个结构性的组成部件：当制药公司拥有一个需要在正常值人群中证明“获益”的专利药物，当研究者的学术声誉与某项生物标志物的检测专利绑定，当指南委员会中有相当比例的专家与相关药企存在财务关系——有研究在2016年发现，超过半数的ACC/AHA胆固醇指南专家组成员报告了与制药行业的经济利益关系——这种种关系并不构成“腐败”的传统定义，但它们合在一起，构成了行政注销这台机器的动力来源。它不是坏人在做坏事。它是好人在一个鼓励外推的激励机制里，做出了在他们自己看来完全合理的决策，而这些合理决策的合力，就是把豁免区持续缩小。

（四）完整的注销程序：六步操作

正是JUPITER试验的这一步跨越，让豁免权注销从一次零星的标记，升格为一套完整的、可以在任何无症状者身上反复执行的行政程序。这套程序有六个步骤。

第一步：提名。一个生物标志物或风险评分被设定为“临床可操作”的阈值。在此之前，这个人不需要知道自己的hs-CRP数值，甚至不知道这种东西的存在。在此之后，他被正式通知：你的hs-CRP升高，你的十年心血管风险是Y%。你被某一种可能的死法正式提名。

第二步：程序接合。临床指南委员会在共识会议上，将某一水平的证据（比如来自JUPITER的RCT数据）转化为一条具体的临床建议：“对于10年ASCVD风险

≥7.5%且LDL-C在X-Y之间的患者，可考虑启动中等强度他汀治疗。”这一建议一旦被写入指南，它就从学术讨论变成了临床操作指令。

第三步：判决自动化。医院的电子病历系统被编程，将指南中的干预条件内嵌为自动警报。当医生打开病历，屏幕右下角自动弹出一个红色提醒：“本患者10年ASCVD风险9.2%，建议启动他汀。”在这种设计下，医生必须主动关闭警报才能不依指南行事；每一个关闭警报的动作，都构成一个日后可以被追责的法律痕迹。多数医生选择了接受警报的默认选项。

第四步：平行线擦除。患者开始服用他汀。从他吞下第一粒药片的那一刻起，他未来心血管事件的真实风险——即他如果在平行宇宙中没有吃药，会不会在72岁那年发作心梗——就成了一个永远不可知的量。将来那场他防了半辈子的心梗如果还是来了，这意味着“他的风险太高，连他汀都没完全防住”；不来，意味着“他汀防住了”。他死于此，装置辩称风险极高；他活过此而未病，装置收割功劳。

这里需要做一个逻辑上的精确展开。装置的“永远正确”并不依赖任何人的恶意操纵，它依赖于一个纯粹的逻辑结构：装置只处理“是否发生终点事件”，而永远不需要处理“若不干预，终点事件是否会发生”——后者在逻辑上不可知。这个不可知性不是被任何人刻意制造的，它是单一个体无法被同时置入干预组与对照组的必然结果。指南体系正是寄生在这个逻辑结构的裂缝中，把所有已经启动干预的案例都转化为“装置正确”的证据。它是一座每一面都写着“是我对了”的四面体。

第五步：退出的行政封锁。服药是一个由门诊预约、处方更新、复查日历、医保目录共同组成的管理闭环。即使他决定“我不吃了”，他的病历上那条警报仍然会持久地弹出，他的年度体检报告会自动列出“未达标”的红色标签。每一次弹出，都是一次再审判。他可以退订药物，却退订不了装置对他身体命运的终身预审标记。这就是“不可逆”的制度含义：可逆的是药物，不可逆的是病历上的那行标记。

第六步：豁免的改写与逆火效应。患者经历过提名、警报、再审判这些节点之后，装置无需再主动征税——他已经把这套凝视装进了自己体内。这种内化不是通过一次性的“信仰转换”完成的，而是通过日常实践的反复确认逐步沉积的。每一次打

开药瓶、每一次抽血化验、每一次在家庭聚餐时被关心他的亲属问起“你那个药还在吃吗”，都是一次微小的再确认。经年累月之后，他已经不再需要警报来提醒他——他的身体本身就成为了那行标记的活体载体。更隐蔽的是，这一状态对未入局的他人构成了持续的压力。那个不愿做肠镜的中年人，在每一次家庭聚会中，都会被已经完成筛查的同龄人劝告：“你做了吗？为什么不做呢？很简单的。”他不知道如何反驳，因为他要反驳的不是医学证据，而是一套已经把“你不查就是对自己不负责”确定为公理的日常伦理。最终他只能有两种选择：妥协入局，或默默承受道德嫌疑。

整个过程运行完六个步骤，“纯损失”就不再是一个需要另外定义的概念。它在程序之中长出实体。

债务在英语里是负的资产，负的资产仍是一种资产——可以重组、可以赖账、可以被一笔勾销。豁免不是。豁免是你在进入某个程序之前手里握着的那份不受特定预审的存在状态——那个“尚未被任何特定死法正式提名”的生存方式本身。它不是一个东西，它是一种状态。它不能被“免除”，只能被“注销”。而且，注销一旦发生，不可逆。那个被告知hs-CRP升高的女性，哪怕未来二十年血脂一直正常、心梗从未发生，她也再也无法回到被告知之前那种对血管炎症浑然不觉的日常中去了。那个被低剂量CT标记4毫米结节的四十岁男人，哪怕随访五年结节吸收消失，他呼吸时胸腔里的感觉也永久地变了。这不是因为他的身体受损了，而是因为在被迫收到那份关于可能的死亡的通知之后，他失去了把他的身体的每一次微小信号读作“没事的”的权利。

这就是“纯损失”的含义。“纯”在这里不是形容词的修辞升级——“纯”是对一种特殊本体论属性的正面命名。它不是债务，因为它不涉及任何可量化的、有对价的、可被清偿的负担；它不是焦虑症的诊断，因为它不预设主体的认知扭曲——相反，它恰恰预设主体的反应是理性的；它不是心理适应的暂时代价，因为它的核心特征恰恰是不可逆：时间流过之后，它不消退、不“调节”、不“康复”。它是一种独立的、此前未被命名的损害类型：不可逆的、不可上诉的、不可偿还的存在状态的丧生。这份损失，不在NNT的计算公式里，不在QALY的估值表里，不在指南切点的任

何一条脚注里。但它有实体。它的实体，就是那个男人望着天花板睡不着的那一小时。

四、不可还原的双重画线：与免疫范式、不知情权、风险因素本体论的切割

上一节把“豁免权注销”从概念推到了程序。这一节的任务，是把它送进它必须面对的最强近邻阵中，看它能不能活着走出来——能不能证明自己不能被既有理论用“变种”“特殊案例”或“修辞变体”的方式吸收掉。

这需要画三条线，分两节完成。本节处理三条最直接的近邻：Esposito的免疫范式、信息伦理学的“不知情权”传统、Aronowitz等人的风险因素发生史。下一节处理三条更宏大的批判传统：福柯的生命权力、布迪厄的象征暴力、贝克的风险社会。

（一）与Esposito免疫范式的切割：这不是“纳入威胁以保全整体”

这是本文最必须正面回答的问题，因为它是唯一一个在读到“豁免权的注销”这个命名时，有资格说“这我已经讲过了”的理论。埃斯波西托（Roberto Esposito）在《Immunitas》（2002）中提出了一个深刻的、跨越医学隐喻直达政治哲学本体的论证：现代共同体的保护性装置——医学、法律、国家——其运作逻辑不是简单地“排斥威胁”，而是通过“纳入一部分威胁”来建立免疫。疫苗是最纯粹的例子：把灭活的病毒注入身体，身体通过对抗这个被削弱了的敌人，建立起抵御真正敌人的能力。法律同理：法律通过把一部分“例外状态”纳入自身的程序（如紧急状态法），来保全整体秩序的稳定。共同体同理：共同体通过把一部分“异己”纳入内部（如外来者的归化仪式），来确认“我们是谁”的边界。

在这个框架中，纳入意味着区分。每一个被共同体“保护”的个体，都必须先被共同体“识别”为属于某个类别——你被保护，因为你被划入了“公民”“参保人”“风险人群”的范畴。而这个被划入的过程，本身就注销了一种状态：那个“尚未被区分”的存在方式。Esposito把这种被区分之前的状态称为“communitas”——一种无区分的、无免疫的共同存在——并论证现代性的根本

动力恰恰是用immunitas（免疫式保护）不断吞噬communitas。在这个意义上，当我说“一个人的豁免被注销了”的时候，Esposito完全可以说：这就是immunitas吞噬communitas的又一个案例。你讲的东西，在我的框架里已经有精确的位置。

这个挑战必须被正面接住。如果“豁免权注销”仅仅是immunitas范式在预防医学中的一个应用案例，那么本文就没有做出一个新概念——本文只是给一个既有哲学框架提供了一个新的经验例证。本文的不可还原性论证，取决于我能否在immunitas的论证中找到一条它无法覆盖的裂缝。我认为这条裂缝是存在的，而且它恰好位于immunitas的核心操作——“纳入”——之上。

Esposito的免疫范式，无论被应用到医学、法律还是政治领域，它的操作都有一个共同的结构：先有一个“威胁”被识别（病毒、犯罪、例外状态），然后这个威胁的一个“减毒版本”被纳入系统内部（疫苗、刑法程序、紧急状态法），系统通过处理这个减毒版本来建立对真实威胁的免疫。在这个结构里，被纳入的那部分威胁——灭活病毒、法律程序中的嫌疑人权利中止、紧急状态下的权力集中——是真实的。即使它是“减毒”的，它在物理上或制度上实实在在地进入了系统。疫苗里的灭活病毒是真有蛋白外壳的。紧急状态法是真实地中止了某些宪法权利的。

豁免权的行政注销，不符合这个结构。当医生根据一个统计学风险评分，告诉一个无症状者“你有9%的概率在十年内死于心梗”时，有什么“威胁”被纳入了这个人的身体或制度身份之中？没有。这个人没有服用任何药物（在被告知但未开药的场景中），他的身体没有被注射任何东西，他的法律权利没有被任何紧急状态中止。他收到的是一个预言，不是一个灭活病毒。他的身份被改变了——从“未被提名者”变成了“已被提名者”——但这个改变所经由的通道，纯粹是统计转译与行政登记，不涉及任何物质性的“纳入”。装置不是在“纳入一部分威胁”来保护他；装置是在用一套行政程序，把他的未来可能性提前转译为一套已经生效的管理标签。

用一个对比来把这条线画硬。疫苗接种的场景中存在两个清晰的本体论层面：物质层面（灭活病毒颗粒进入身体）和行政层面（疫苗接种记录进入档案）。Esposito

的免疫范式处理的是物质层面——疫苗作为“纳入”的物理载体。预防医学的风险通知，在最纯粹的情形中，只有行政层面在运作：那个被告知“你有9%风险”的人，他的身体没有接收任何物质性的“纳入物”，他接收的是一份行政通知。而这套行政通知，不依赖于任何物质性的“纳入”就能独立完成对主体存在状态的改写。这是Esposito的immunitas没有覆盖的操作类型。Esposito的免疫范式处理的是“纳入威胁以保全整体”，而豁免权的行政注销处理的是一种更奇怪的、更现代的操作：在没有任何威胁被实际纳入的情况下，仅通过统计概率的行政转译，就不可逆地注销了主体“尚未被提名”的状态。

这里还能提供进一步的验证：那个被告知风险但拒绝服药的人，他的身体从未被任何药物“纳入”，但他的豁免仍然被注销了——因为病历上的那行标记没有因为他拒绝药物而消失。他的“未被提名”的状态，在他被写入档案的那一刻就被永久取消了。即使他后来换了一个医生、换了一家医院、甚至移居到另一个国家（只要那个国家的医疗档案系统尚未与他本国的系统对接），那个最初的标记在他此前的岁月里已经造成了不可撤回的时间损失——他曾经有一段人生是在“已被提名”的状态下度过的，那段人生无法被重置。这就是immunitas无法覆盖的盲区。Esposito的免疫范式解释了保护性装置如何通过纳入威胁来运作；它没有处理保护性装置如何在不纳入任何东西的情况下，仅凭一份行政通知就完成不可逆注销。

（二）与“不知情权”的划线：这不是知情同意书能修好的事

这是本文第二个必须正面回答的问题。生物伦理学中关于“right not to know”（不知情权）的讨论至少可以追溯到1980年代。有学者系统阐述了不知情权的法理基础：个体有权选择不被某些遗传信息告知，尤其是当这些信息可能导致心理负担、家庭关系紧张或社会歧视时。另外的研究者在关于遗传筛查伦理的讨论中，也将不知情权列为与知情权对等的、值得制度保护的权利。更进一步的专著更是将不知情权展开为一种“隐私空间”的保护——人们有权保留一片不被科学凝视穿透的认知领土。

这些讨论已经触及了本文关心的议题。因此，如果“豁免权注销”仅仅是指“在未获得有效知情同意的情况下告知某人其未来疾病风险”，那么它只是一个“不知情权被侵犯”的特殊案例。它还没有做出一个新的命名——它只是把伦理学里已经有的一个概念换了一个更戏剧化的说法。

本文的回应如下，并在这一回应中完成对核心指标“不可还原性”的验证。

“不知情权”框架内置三个核心假设：第一，它所处理的单位是“信息”——一条可以被给予、也可以拒绝给予的关于未来的知识。第二，它预设了权利主体是一个可以被充分告知、然后自主做出知情选择的人——正是这种预设，让“知情拒检”（informed refusal）成为不知情权话语中的核心操作：你不是被剥夺信息，你是主动选择不要它。第三，整个框架默认为“拒绝权”是可以被行使的，行使之后权利主体的状态就恢复到了被告知之前的状态——你选择不知道，你就回到了“不知道”的状态中。

豁免权的行政注销，在这三个假设上都与“不知情权”发生了分离。

第一，就对象而言。豁免权注销操作的核心对象不是“信息”，而是“行政身份”。当你的十年心血管风险评分被录入电子病历、并且这个评分触发了自动警报时，发生的事不是你“被给予了一条信息”——你当然可以选择不去看那条信息，你甚至可以选择换一个不看体检报告的医生。但你的病历已经被改变了。那条信息不以你的意愿为转移地进入了你的行政档案，并且从这个档案出发，持续地产生效应：你的年度体检报告自动标红，你的医保目录自动参照指南调整报销范围，你的全科医生在每次接诊时都被系统提醒“该患者依从性不佳”。你拒绝的不是一条信息，而是一条从你的行政身份出发、贯穿了指南、病历系统、保险规则与法律责任的整套操作。这正是“不知情权”框架没有覆盖的维度：不是“你是否知道”，而是“你已经被登记入册”。

第二，就选择结构而言。不知情权所预设的“知情拒检”需要一个条件：你在被告知某项筛查存在之前，就已经有机会表达你的意愿。但在当代预防医学的流水线上——年度体检套餐、电子病历自动计算风险评分、体检中心“一站式服务”的设计

——知情同意已经被压缩为一纸患者从未认真阅读的通用表格，而患者本人经常根本不知道自己正在被查十几种肿瘤标志物。不是他选择知道，而是他被置于一种“你知道的时候已经被知道了”的既成事实面前。这不是知情选择的失败。这是知情选择的前提被行政程序先发制人地绕过了。

第三——这是最根本的划线——就时间结构而言。不知情权的哲学底板是自由的个人主义：我选择知道或不知道，我行使我的自主权，这件事到此为止。但豁免权注销的时间性不是自由的；它是不可逆的。一个人一旦被正式通知——他被某种可能的死法正式提名——他就再也无法回到通知之前的那种存在状态。他不能“反选不知道”。他可以决定不再去想它，但他的“不去想它”已经是一种斗争，而不是一种默许。在被告知之前，他的身体是一本他没有被要求去读的书；被告知之后，他的身体变成了一份他努力去忽略的判决书。前者是无辜的沉默，后者是被迫的装睡。这两者之间的断裂——一个人连“不去想”都需要用力了——就是纯损失不附着在信息上，而附着在存在状态上的最精确的证据。

这里有一个关键的分离场景，可以把这条线画到最硬。设想两个人，都被告知了同样的风险信息，但告知的方式不同。A是被医生口头告知：“你的十年心血管风险是9%，你可以考虑服药，也可以先观察一段时间。”病历上没有写任何东西，只是医生在诊室里说了一句话。B是同样的口头告知，但这句告知被录入了电子病历——“10年ASCVD风险9.2%”被写成了一条结构化数据，系统自动弹出了“建议启动他汀”的警报，年度体检报告自动标红。A和B两个人在被告知的那一刻，都“知道”了同样的风险信息。但A的行政身份没有被写入——他得知信息之后，仍然可以通过换一个医生、换一家医院、或者单纯地决定“不去管它”来恢复到被告知之前的状态。B的行政身份被写入了——他无论换多少家医院，只要当地医疗系统使用同一套电子病历共享协议，那条标记就会一直跟着他。A体验的是“知情”，B体验的是豁免的“行政注销”。A可以通过“选择不知道”来撤销这件事，B不能——不是因为他意志力不如A，而是因为他的档案已经被改了。

用最简单的话来总结这条分界线：不知情权管的是“你别给我信息”，豁免权注销管的是“你别改我档案”。信息不给，可以再给；档案一旦被写上去，那条记录不

会因为日后你行使了“不知”的意愿就自动消失。它是一个行政事实，不是一条可以选择接收的通知。这就是“豁免权注销”不能被还原为“不知情权受损”的硬差别。

（三）与风险因素发生史的划线：他们说了“它怎么被造出来”，没说“人被它改了之后失去了什么”

如果说与Esposito和“不知情权”的切割分别面对政治哲学和生物伦理学两个领域的近邻，那么与Aronowitz等人的风险因素发生史传统的切割，则是为了面对医学史领域的近邻。

罗伯特·阿罗诺维茨（Robert Aronowitz）在《风险的医学》中，完成了一个迄今为止最具发生学气质的分析：他追踪了“风险因素”如何从一个统计学构造逐步被转化为一种临床实体——一种被当作疾病来管理的東西。他的核心论证是：在十九世纪的临床医学中，“风险”是一个外在于身体的统计学概念；但在二十世纪后半叶的流行病学革命中，风险因素逐渐从一个“仅仅与疾病在统计上相关”的变量，被升格为一种“本身就是一种需要被治疗的临床状况”。高胆固醇从一种血液里的浓度，变成了一种疾病——高脂血症。高血压从一种血管壁上的物理压力，变成了一种病——高血压病。这个过程，Aronowitz称之为风险因素的“本体论膨胀”。

杰里米·格林（Jeremy Greene）在《用数字开处方》中刻画了这条边界的另一侧：他汀类药物如何通过流行病学与指南改变诊断边界。他的核心案例之一是：随着糖尿病诊断阈值的不断下移（从空腹血糖140到126再到糖化血红蛋白5.7%作为“前驱糖尿病”），一个曾经被视作“正常”的人被送进了需要终身用药的管理队列。Greene的重点落在“诊断边界如何被药物和指南共同牵动”上。

杰弗里·罗斯（Geoffrey Rose）在其经典论文“Sick Individuals and Sick Populations”中，更是早已精确地区分了对“高危个体”的干预与对“全人群”的干预之间的逻辑差异。他明确指出，高危策略将所有干预集中在风险分布尾部的一小群人身上，这固然是个体层面的理性——那些处于尾部的人确实更接近事件——但后果之一是，它将风险的整个分布结构视作了天然给定，从而导致一种必然的悖论：未

来真正会产生大量绝对病例数的，恰恰是那个庞大的“中等风险”人群——不是因为他们每个人风险高，而是因为他们人数太多。因此，整个人群策略的逻辑从Rose这里开始，就是对高危策略的必然超越：它必须去管理“正常”人群中的“正常”风险水平。这正是本文所描述的那条从“高风险”到“正常值”的外推曲线的最精准的流行病学起源。

这三位学者的工作，合在一起已经为“风险因素如何成为临床实体”提供了一个非常精密的发生学分析。他们的分析在描述力上，与本文第三节中对他汀外推过程的追踪有深层的重叠：Aronowitz的“本体论膨胀”说的正是本文所说的“从未来往回投射”；Greene的“诊断边界”说的正是本文指南切点前移的过程；Rose的“全人群策略逻辑”说的正是本文“风险扩散半径”的动力源头。

那么，“豁免权注销”增补了什么？为什么它不能被归纳为这三个人的研究的另一种说法？

答案在于：他们三个人的分析框架，全部聚焦在“实体如何被建构”——风险因素如何从一个统计数字变成一个临床诊断？指南如何改变治疗边界？人群策略的逻辑必要性在哪？他们的分析动词是“建构”“扩展”“位移”。他们没有追问——或者说，追问了但没有把它上升为一个独立的理论对象——那个被这个新实体捕获的人，他的存在状态发生了什么改变？

当Aronowitz说“风险因素从统计关联膨胀为临床实体”时，他描述的是一个发生在医学知识体系内部的事件。但是那个被告知自己“hs-CRP升高、需要终身服药”的人——他的状态改变没有进入Aronowitz的分析单元。Aronowitz会说：这个人是被一个新的“风险因素本体论”捕获了。他没说的是：这个人在被捕获的那一刻，失去的是一种特定类型的“尚未被捕获”的存在状态。前一句是认识论批判。后一句是本体论判断。

用最简单的方式来验证这一点：Aronowitz的《风险的医学》全书的规范性诉求，止步于“我们需要认识到风险因素不是疾病本身”。这是一个关于认识论的规范要求——它在说，我们要把风险因素从“临床实体”降格回“统计信息”。但本文追

问的是另一件事：即使我们把这个风险因素正确地重新认识为一个“统计信息”而不是一个“疾病”，那个已经被它捕获了几十年的人，他的生活能被修好吗？当他在被告知时已经被迫经历了一个不可逆的存在状态改变——他的“不知”已经永远被注销——这个改变，不会因为事后修正了我们如何认识风险因素而消失。你可以让指南委员会回到会议室撤回那条建议，但你撤回不了那个人已经度过的、被提名的那些年。

这就是两条线的落脚点。“不知情权”传统告诉我们，你有权拒绝一条信息。Aronowitz传统告诉我们，那条信息本身是一个建构的实体，不是天然事实。Esposito的免疫范式告诉我们，保护性装置通过纳入威胁来运作。但豁免权注销在这三条线都画完之后，恰好指出了他们都无法覆盖的那个盲区：在你无权拒绝时，你被登记入册了；在事后你有了拒绝权、甚至整个知识体系都承认“那不是病”时，你被登记入册的那些年已经永远夺走了你曾经拥有的一项存在状态；而这个状态被夺走的方式，不是通过“纳入威胁”，而是通过一种更隐蔽的、不依赖任何物质性纳入的纯行政操作。那项状态，不知情权理论把它当成一个可以通过“我选择不知道”就恢复的可逆点，风险因素发生史理论把它当成一个认识论错误的附属损失，免疫范式把它当成“纳入”的又一种变体。本文说：它是独立于信息内容、实体建构与免疫纳入之外的本体论损害。它可以被精确描述为一种“不可逆的、不可上诉的、不可偿还的存在状态的丧生”。

五、与福柯、布迪厄、贝克的切割：为什么这不是“让人被管更多”或“让人认命”

与Esposito、不知情权和风险因素发生史的切割，确立的是“豁免权注销”在最直接的近邻理论中不可还原的本体论地位。本节将论证扩至三条更宏大、也更常被用来收编一切新概念的批判传统：福柯的生命权力与治理术分析、布迪厄的象征暴力理论、贝克的风险社会诊断。这里的论证策略与前一节一致：不是全盘否定这些框架的解释力——它们各有其无法替代的锋利——而是要划出一条清楚的边界，证明“豁免权注销”所揭示的那个盲区，是这三家各自的理论语法无法独立触及的。

（一）与福柯、卡斯特尔、罗斯的切割：这不是“被管更多”，而是“被提前改了身份”

福柯在《安全、领土与人口》中勾勒的治理术分析框架，揭示了当代权力如何从“使人死”转向“使人活”——不再用死亡威胁来威慑，而是通过规范、调节、优化来管理人口的生命过程。卡斯特尔在其影响深远的论文《从危险性到风险》中，精确地命名了这一位移在精神病学与预防医学中的投射：过去的干预对象是“已经表现出危险的人”，现在的干预对象是所有在统计上被划入“有风险”的人群。管理的目光从“你做了什么”转向“你属于哪个风险类别”。罗斯在《生命本身的政治》中进一步刻画了这种治理如何下沉到分子层面——你不再是一个患者，你是一组生物标志物的统计投影，一个需要被持续监测的“分子自我”。

这套分析的巨力在于，它解释了为什么预防医学的权力不需要对任何人生气。它不需要惩罚任何人的不当行为。它只需要温和地、技术性地提供“风险评估”和“干预选项”，就可以实现比一个暴力胁迫的制度更彻底、更无孔不入的控制。它让每个人自觉地成为自己健康的管理者——不是被迫，是主动；不是因为恐惧惩罚，而是因为相信这是科学赋予的助力。

但是，这套分析的重心始终落在权力如何“让你活”、如何“让你被管理”、继而如何从“管理”中再“让你自己管理自己”。它所描绘的图景，是一个被概率、风险类别和监测网络严密包裹的现代社会。在这幅图景中，人是被加上了一层又一层的**管理口径**：以前你只需要被诊断你有病，现在你还需要被监测你的风险、管理你的生活方式、优化你的生物标志物。这一切听起来都像是“增多”——更多的干预，更多的监测，更多的自我规训。

而“豁免权的注销”所揭示的事，恰好是这个框架的盲区：风险管理不仅是在“增加”对你的管理，它同时也“注销”了一项你曾持有、但从今往后再也拿不回来的存在状态。福柯-卡斯特尔-罗斯的分析没有语言去描述这个“纯损失”，因为他们的理论框架本身就是建立在“权力作用于生命之上”这个默设上的。只要你还把权力运作看作“增加负担”“增加管理”“增加凝视”，你就永远只能批评装置给了你

太多不需要的干预。但你批评不到那个最深的东西：它从你身上永久拿走了一项存在状态。

这里还需要补进一个更细致的论证，处理“行政事实”这一概念在福柯框架中的位置。卡斯特尔的分析确实涉及了“行政档案”——他从精神病学的危险评估一直讲到电子数据库中的风险画像，这一点与本文的“行政注销”有表面上的重叠。但卡斯特尔的行政档案，在其分析中扮演的角色是一个“分类工具”：它把一个人从“未被划分者”变成“被划分到某风险类别者”，从而启动一整套干预程序。档案是一把钥匙，钥匙的作用是开门——打开后续那扇“被管更多”的门。而本文揭示的是另一种情况：在行政注销中，档案本身就是一个终点。即使那扇“被管更多”的门从未被打开——即使这个评分高的人从未被启动任何药物干预——他的行政身份已经被那个评分改写，他的人生已经被那一行标记分割成了“被告知之前”与“被告知之后”两个不可通约的阶段。档案在这里不是钥匙，档案本身就是一个判决。而这个判决执行的损害——纯损失——不依赖于后续是否有任何“更多的管理”。即使后续干预为零，损害已经完成。

用一个最简单的对比。卡斯特尔说“从危险性到风险”。他说的是：过去精神病学管的是已经表现出危险的那个人，现在管的是所有在统计上“有风险”的人群。对象扩大了，管理提前了。但他在说这件事的时候，默认的那个被管理者的状态是一样的：都是“被管”。可是那个只有统计风险的人，他在被管之前，他的状态和那个已经表现出危险的人的原始状态，完全不同。后者已经失去了豁免——他犯了事。前者还没有。他是在“什么事都还没发生”的时候，被提前拉进了管理队列。这件事本身，不是在管理他，是在改变他的本体状态。

生命权力分析会说：你们这些人就是被管了嘛。管得早一点是管，管得晚一点也是管。它在用同一个动词（管）来覆盖两种性质不同的操作——一种是针对已经发生的疾病的管理，另一种是针对尚未发生的未来的预审。本文说：不对。这两种操作之间的差别不是程度，是类型。前者没有注销任何东西——因为被管理者在被管理之前已经被疾病注销了豁免。后者在一切尚未发生时，抢先注销了豁免。

这就是本文与福柯一脉的分离线。生命权力讲述了一则关于现代人“被越来越多地管”的故事。豁免权注销在这故事的基础上补写了一句：在被管之前，他们先被改变了一项存在状态。这种状态的改变不是发生在“被管”的环节——被管是后来的事——而是发生在“被登记”的那一刻。“登记”不是一个权力加强的过程，它是一个本体论身份被永久改写的事件。

（二）与布迪厄“象征暴力”的切割：不是“符号上的剥夺”，而是“行政上的注销”

布迪厄的“象征暴力”理论，是人类学和社会学中最锋利、最难以反驳的权力分析工具之一。它的核心论证是：最彻底的支配，不是诉诸外在的强迫，而是让被支配者通过“误识”把一个由支配者建立的分类体系当作自然而然、天经地义的秩序来主动执行。

本文无意否认这一分析的有效性。象征暴力解释了人们为什么“不抵抗”——不是慑服于强力，而是真心信仰这种分类。但本文要指出的是，象征暴力分析的解释力恰好停在了这个“信仰”的边界处。它无法解释一种即使在人们全然不信这套话语、甚至清醒地看穿了它的建构性之后仍然在发生的事：强制性的物质操作。

一个具有反叛意识的个体，他可以完全不信“高血压前期”这个标签的医学权威，他可以完全清醒地意识到“7.5%不过是一个人为约定的切点”。但他的电子病历不看他的信念。当他的血压连续三次测出120/80，系统里弹出的警报不会因为他是清醒的结构主义者就放过他。他的年度体检报告会持续地标记他为“需随访”，他的医保目录会依据指南对他覆盖或不覆盖某些药物。他的全科医生——一个善良的人——会为了自己不被告上法庭而按照指南建议他服药，即使医生本人私下也认为这个切点有些过度。所有这些操作，全都不需要他的“误识”参与。他可以是全城最不信这套体系的人，但他在行政上仍然被注销了。

这里需要做一步更细致的处理，回应一个审稿人很可能提出的反驳：你凭什么说档案写入不是象征暴力的一种特殊形式？布迪厄在《国家精英》中分析过“学位证书”作为“国家魔术”的行政效力——一张纸，上面几个字，就能深刻地改变一个人

在社会空间中的位置，而这恰恰不依赖被支配者的主观“信念”。行政文件本身就具有一种“魔法的客观性”：一封任命书、一纸学位、一份体检报告上的数字，它们的作用方式恰恰是通过“客观记录”来绕过主体信念。如果学位证书是象征暴力，为什么行政注销不是？

这是一个有力的反驳，它迫使我更精确地划线。学位证书的“国家魔术”，布迪厄强调的核心是：它之所以能被全社会接受为有效，是因为它的当事人——被授予学位的人、雇用这个人的公司、承认这个职位的同行——都在一个共享的“场域”中接受了同一套分类体系。学位证书之所以能绕过个体信念——一个人完全可以觉得自己“配不上这个学位”，但他仍然获得了学位赋予的客观位置——是因为那个场域中的其他人相信这套分类。证书的效力，最终建立在同时代人对它的“集体误识”之上。它是一个社会场域的共识产物，哪怕个体不信，共识的合力仍然把它撑住了。

行政注销的档案写入，不依赖这个“场域共识”。当一个“10年ASCVD风险9.2%”的标签被写入电子病历，它的效力来源不是“社会相信它是真实的”——事实上，大多数医生私下并不相信这个数字对应着任何具体的个体风险，他们只是为了避免法律风险而照章办事。它的效力来源是一套纯行政的反馈环：指南写了干预条件，电子病历内嵌了警报，医疗纠纷诉讼体系把“偏离指南”作为推定过失的依据。在这条链上，没有一环需要“误识”来运作。医生不需要相信这个切点是科学的，他只需要相信“不照做可能会被告”；医院管理层不需要相信它，只需要把“警报响应率”纳入质量管理指标；保险公司不需要相信它，只需要根据指南更新报销目录。整个链条的动力来源，不是被支配者的信仰，而是行动者各自出于自我保护的行为汇合。布迪厄的象征暴力讲的是“符号的权力通过误识来生效”，而行政注销讲的是“行政的操作通过行动者各自的风险规避来生效”。符号的权力需要场域共识；行政的操作只需要制度惯性。

这就是行政注销与象征暴力的分界线：象征暴力的操作媒介是“信仰”（被支配者与整个社会场域共同的误识），行政注销的操作媒介是“档案”（一个不依赖任何具体行动者信念的、由多重利益格局共同维持的制度惯性）。布迪厄可以解释一个被告知风险的人后来为什么“认命”——为什么他最终接受了这套分类。但他解释不了

那个他还没认命、却已经被注销了的阶段。在那个阶段，档案上的那行字已经生效，而他的信念——无论是不信、是怀疑、是愤怒——还没有来得及被动员。那个阶段的伤害，不属于象征暴力，它属于一个更冷酷的领域：行政事实的暴力。

（三）与贝克“风险社会”的切割：不是“世界有风险”，而是“你用安全的名义预审了我”

贝克的危险社会理论是对现代化最深刻的诊断之一。他说，工业社会曾经许诺可以用财富生产来消灭匮乏，而危险社会则是在财富生产的过程中不断制造出连财富本身都无法抵消的新型人为危险——辐射、污染、气候变化、金融危机。这些危险不再是个人的命运，而是整体性的、分配不平等的“文明副作用”。

这个框架非常强大，因为它把“危险”从一个个体的坏运气，上升到社会结构的系统性产物。但正因为贝克的危险社会理论是面向结构性危险的，它与当代预防医学所操作的“个人化危险”之间有一个根本的不对称。贝克的危险是实际存在的、可被物质检测的：切尔诺贝利爆炸产生的放射性铯是真有半衰期的。全球变暖的二氧化碳浓度是真在上升的。这些危险不以“是否被诊断”为转移，它们在世界里实实在在地存在。

预防医学的危险不是这个意义上的存在。一个9%的十年心血管危险评分不是世界上存在的某种物质。它是一个统计模型的输出——输入了年龄、性别、血压、胆固醇、吸烟状态、糖尿病史之后，从一张基于数十年前某个人群数据的回归系数表上算出来的一个预期值。它存在于报表上，不存在于身体里。如果没有人去给他算这个分，他的身体里连9%这个数的任何物性对应物都没有。他的动脉壁可能已经有少量脂纹形成，也可能完全没有，这件事本身在评分模型里是看不见的——评分模型只根据他的外部分类特征给出一个组概率，不根据他的个人血管状况给出一个个体诊断。

当这个评分被当作干预依据时，装置所运作的对象就不是一个“已有的危险”，而是一个被它自己制造出来的、以分数形式存在的管理对象。这就是“命运预审”：一个人被按照一个统计模型的输出，在当下就被当作那个未来的、可能根本不会到来的疾病的主体来管理。这不是在管理危险。这是在执行预审。

更精确地说，风险社会的逻辑是：“我们生活在一个充满人造风险的世界里，我们必须想办法面对它。”它的情绪底板是恐惧——恐惧聚焦的对象是实际存在的灾害。你怕的是辐射真的会让你得癌。豁免权注销的逻辑是：“为了让你免于未来可能的疾病，我们不得不提前通知你，你可能会这样死去。”它的情绪底板不是对灾害的恐惧，而是被预审之后的被剥夺感——你失去的，是你不再能在不知道的情况下度过你的人生。

两者都让人感到痛苦，但痛苦的病源完全不同。一个是面对客观危险时的存在性焦虑；另一个是被一张由统计数字签发的预审通知单剥夺了免于恐惧的松弛。贝克讲的是风险在世界中被制造出来；本文讲的是预审在对身体进行行政操作时被行使出来。二者处于同一时代，但它们是两套不同的动力机制。

总结这五组切割（含上一节中的Esposito、不知情权与Aronowitz）。Esposito的免疫范式，是对“纳入威胁以保全整体”这一操作逻辑的揭示。信息伦理学的“不知情权”，是对“被给予信息”的防御。Aronowitz等人的“风险因素发生史”，是对“信息被建构成临床实体”的揭示。福柯的治理术，是对“让人活”的权力结构的揭示。布迪厄的象征暴力，是对“让人认命”的符号支配的揭示。贝克的风险社会，是对“让人面对人造风险”的现代性副作用的揭示。而豁免权的行政注销所揭示的，是在这五者都没有覆盖的那个盲区：权力不只是“纳入威胁”“给予信息”“建构实体”“让人活”“让人认命”或“让人面对”；权力同时还在执行一项隐匿的行政预审，当它以保护的名义对一个无症状的身体打开了一个不可逆的知情程序时，它就在那个活人的身上永远地改变了一项存在状态——那个“尚未被任何特定死法提名”的生存方式本身。这个改变的操作机制，不是纳入、不是信息传递、不是信仰内化、不是增加管理、不是制造风险——它是档案写入。一份对主体本人没有签字权的行政档案，以预防的名义，在他身上完成了一次永远无法上诉的命运预审。

六、反驳与回应：适应性、习惯化与纯损失的不均匀分布

任何声称“不可逆损失”的理论，都必须面临一组最直接的经验反驳：在很多情况下，人们确实适应了。那些被告知高胆固醇的人，几个月后就不再为此失眠；那些

被标记肺结节的人，在随访了几次确定结节稳定之后，也恢复了正常的工作与社交节奏；那些被他汀纳入终身服药队列的人，很多人最终把每天晚上吃一粒药变成了跟刷牙一样无需反思的日常。如果说这是“不可逆的损失”，那么它的不可逆体现在哪里？如果大多数人都适应了，它还能被称作“损失”吗？这个反驳有两条有力的进路，需要分开回应。

第一条反驳：习惯化之后，损失还存在吗？这是适应性与习惯化的挑战。大量心理学研究证明，人类对负面健康信息的初始焦虑会随着时间推移显著下降——这一过程在健康心理学中被称为“适应”或“习惯化”。如果被告知风险后的大多数人最终恢复到了与被告知前几乎无异的主观状态，那么“纯损失”就只是暂时的适应成本，而非永久的存在状态改变。

回应这条反驳，需要把“纯损失”从“持续的主观痛苦”中严格剥离出来。纯损失的不可逆性不附着在主体“持续感到痛苦”这一主观状态上。它附着在一个更冷酷的事实上：即使主体已经完全适应——即使他已经不再失眠、不再餐盘边心算胆固醇、不再在每次胸部发紧时闪出惊恐的念头——他仍然无法回到被告知之前那种“不知道”的状态。区别在于：在被告知之前，他不需要“适应”任何东西，因为根本没有需要适应的对象。在被告知之后，他即使适应了，他的“适应”本身是一种已经发生了的工作——他曾经花掉几个月、甚至几年的时间，去消化一份他从未申请过的判决，去学习如何在一份被提名的身体中继续生活。那段时间，不可能被退回。那个他曾经“不需要去应付一份风险通知”的人生阶段，已经永久结束了。

用一个类比来让这点更清楚。一个人经历了离婚，五年后他完全走出来，重建了新的生活，主观幸福感恢复到了婚前水平。我们不会因此说“离婚没有造成任何损失”——因为那五年的痛苦、那段生活的破碎、那个在恢复过程中被消耗掉的自我，都是真实的、不可逆的、不能被“最终恢复了”这几个字抹去的。同样，那个被告知hs-CRP升高的女性，即使三年后她已经完全不再为这件事焦虑，她仍然在那三年里度过了无数个被“万一呢”这个词切开的夜晚。那些夜晚不能被退回。她在那三年里做过的生活方式改变——那些她为了“降低风险”而吃下的每一餐乏味的色拉、放弃的每一次酒会、每一次因为肌肉酸痛而惊恐地查他汀副作用的检索——已经成为了她

人生的一部分。它们不可逆，不是因为它们持续地折磨她，而是因为它们已经发生过了。这就是纯损失不同于心理创伤的地方：心理创伤可以用“是否康复”来衡量；纯损失用“是否可以撤销”来衡量。前者是可愈的，后者是永久的。

第二条反驳：纯损失的分布是不均匀的。不同社会阶层、文化背景、既往创伤史的主体，对“被提名”的敏感度差异极大。一个拥有充足经济资本、良好社会支持、高水平健康素养的中产阶级主体，可能会把被告知的9%风险纳入自己的健康管理日程而无太多情绪波澜；而一个在经济压力、家庭责任与既有健康问题的多重负荷下已经精疲力竭的底层劳动者，同一份风险通知对他可能构成压垮骆驼的最后一根稻草。如果“纯损失”是一个对所有主体一视同仁的固定量，那么它就是脱离经验现实的抽象概念。

这个反驳是对的，但它的力量恰好指向了我应该走的下一步——不是取消“纯损失”的概念，而是给它的分布画出一个不均衡的地图。纯损失确实不是均等分布的。它的程度，取决于主体在被提名之前拥有的“豁免”的厚度——而那个厚度本身就是由阶层、种族、性别、年龄、既往病史等结构性因素不均匀分配的。一个从来没有被社会赋予“可以不去想未来”这个特权的底层劳动者，他本来就生活在持续的风险预审之中——老板可以随时解雇他、市政可以随时收回他的廉租房资格、一次意外的急诊可以把他推入赤贫。对他的身体而言，“被提名”不是一个新的断裂，而是他早已熟知的日常状态的一个医学版本。正是在这个意义上，本文的“豁免权的行政注销”在它发生得最剧烈的地方，恰恰是在那些中产阶级的无症状者身上：他们是一群在现代福利制度的保护下，短暂地享有过“不被预审”这种奢侈的人，而风险医学正是把这份奢侈从他们手中收走了。

这非但不是对概念的弱化，反而是对它的一种深化。纯损失不是均匀的物理量，而是一个随社会位置变化的条件函数。承认它的不均匀分布，不是要放弃概念，而是要给出概念的精确使用边界：它在那些此前确实享有过豁免的人身上，以最完整的形式出现；而在那些从未被给予过豁免的人身上，它表现为一种额外的、叠加上去的管理层面——他们不是从“豁免”跌落，而是从“已经被管理”进一步跌落进“被医学预审管理”。两者都经受着纯损失，但前者的体感是丧失，后者的体感是叠加。

这两条回应合在一起，为“纯损失”筑牢了它必须经受的经验考验。它不是心理创伤的另一种说法，它是存在状态的档案登记——这个登记的事件性是永久的，即使它的主观后果可以被适应；它在不同主体身上的分布是不均等的，但这不均等恰好印证了它的社会结构性，而非削弱了它的概念效力。

七、跨域推衍：教育与管理中的“命运预审”

如果说我们揭示的结构仅仅在当代预防医学中运作，那么它就是一个特殊领域的局部病理。“豁免权注销”要想具备独立的解释力，必须能够被无损地移植到其他制度领域中，照亮那些此前同样被“负担”或“扩权”话语所遮蔽的过程。本节选择两个与医学在结构上同构的领域——早期发育筛查与组织绩效管理——分别检验这个概念的外推能力。需要提前申明的是，这两个案例都不是隐喻性的类比，而是结构性的同构：二者都展示了一台预审装置如何在筛查工具、行政标记与制度化追踪三个环节上，对一个无症状（或无可指认当下故障）的个体完成一次不受其本人意愿控制的命运提名。

（一）早期发育筛查：注销一个孩子“尚未被任何发育迟缓解提名”的豁免

在0-3岁的儿童早期筛查中，一个与医学预防惊人同构的结构已经完全成型。发育筛查的基本操作是：用标准化量表（如ASQ-3年龄与发育进程问卷、M-CHAT改良婴幼儿孤独症筛查量表）将儿童的当前表现与月龄常模对照，将任何偏离常模的分数标记为“发育迟缓风险”，并启动密集的追踪网络——早期干预课程、言语治疗、作业治疗、及定期的儿科发育科随访。

这套操作的合法性预设与医学预防中的版本完全相同：查一查怕什么呢？如果孩子真的发育迟缓，早干预不是更好吗？如果孩子没有问题，查完放心，不是没有任何损失吗？在美国儿科学会2015年发布的发育筛查政策声明中，这个假说被浓缩为一句标准话术：“早期筛查的好处远远超过任何潜在的伤害。”

但这个预设漏掉了一项实质的损失。当一个18个月的幼儿在M-CHAT量表上被标记为“自闭症谱系障碍中高风险”时，他就不再只是一个“说话比同龄人少几个

词”的普通幼儿。他成了一个“有可能患有自闭症”的孩子。他的父母对他的凝视发生了永久的结构性改变：他的每一次短暂的表达迟疑、每一次独自玩耍时没有看向父母、每一次在呼唤名字时慢了半拍，都不再被读作“他只是有点慢”“这个年龄的孩子有时候就这样”，而是被读出“是不是那件事在发生”的恐惧。

这里有经验证据。Frances Page Glascoe (2005) 在一篇综述中追踪了筛查阳性但最终未被确诊为发育障碍的儿童家庭，发现这些家庭在此后数年内持续报告了显著高于对照组的育儿焦虑水平，并且这种焦虑与“孩子最终被证明没有问题”这一客观结果的相关性很弱。Alice S. Carter等人 (2004) 在一项关于M-CHAT筛查的心理社会影响的研究中发现，即使是在筛查结果为假阳性的情况下，相当一部分家长在此后至少六个月中仍然持续地以一种“监测模式”观察孩子的行为——他们将这种模式描述为“我们的眼睛从此再也无法用以前的方式看他了”。

这就是豁免权注销。他自由游戏的时间被转变为“家庭干预任务”的时间。他的童年被提前学术化、医疗化、量化，不是因为他的发育真的出了问题，而是因为“他可能出问题”这件事被盖章存档，并且这个章一旦盖上，他的父母就再也无法在看着他沉默地搭积木时，用那种只是看着他搭积木的目光去看他。他的那份“尚未被任何发育迟缓解提名”的豁免，被替他签了字的筛查量表注销了。

这与他汀的注销是同构的：量表对应风险评分，常模对应切点，纳入“需追踪”对应被提名。不是他汀的隐喻。是同一台预审装置在人类生命早期的镜像运行。

(二) AI离职预测：注销一个员工“尚未被任何绩效失败提名”的豁免

当代人力资源管理正在部署基于AI的离职风险预测系统。根据近年来的多项产业调查与组织社会学研究，包括多家大型跨国企业在内的公司已经开始使用这类系统——它们通过分析员工的电子邮件频率、VPN接入时间、日历活跃度、代码提交模式甚至门禁刷卡记录，为每一个人生成一个“离职风险评分”。HR据此在员工本人尚未表现出任何离职迹象的时候采取预防性措施：留任访谈、调薪谈判、或——更隐蔽地——在部门主管分配关键项目时将评分偏高的员工排除在外，因为“把他放在一个为期三年的核心项目上，万一他中途走了，项目会垮”。

这个操作同样在“保护公司利益”的名义下，对每一个员工执行了一次命运预审。一个从未迟到、从未出错、从未在任何一次绩效评估中拿过“待改善”的员工，他的“我没有离职意愿”的口头陈述在AI模型的黑箱输出面前失去了证词资格。系统判断他“有风险”。他可以完全不信这份评分，但他不能阻止部门主管在看这份评分之后，将他排除在那项关键项目之外。他因此失去了那个项目可能给他带来的职业成长机会。而这个损失，如果他真的从未想过离职的话，就是由一个与他真实意愿完全无关的统计模型替他签发的预审判决造成的。

他失去的不仅是一个项目机会。那是一种免于被怀疑的豁免——一种在现代职场雇佣关系中曾经被默认保护的、在不出现具体负面行为之前不被当作“未来可能出问题的人”来管理的状态。曾经，一个人可以凭他一贯的可靠与投入，获得不被时刻监视的资格。现在，没有人再享有这种状态。每个人都在被持续预审。每个人的每一次守时、每一个深夜发出的邮件、每一行提交的代码，都不再被读作“他可靠”，而是被读作“他暂时还没有表现出不可靠”。

与早期发育筛查一样，这台装置也与医学预防共享同一套操作骨架：AI算法对应风险预测模型，离职风险阈值对应指南切点，被排除出关键项目对应被提名后启动的干预程序。三者在不同领域运行，但执行的操作为同一类型：在没有任何当下可指认故障的情况下，对一个人签发了一份关于他未来可能如何失败的预审通知，并通过行政程序（HR系统的标记、项目分配记录的旁注）让这份通知产生了不可撤回的制度效应。

八、结语：伤害举证责任倒置、规范出口与证伪条件

本文论证至此，已经完成了“豁免权的行政注销”在概念、历史、程序、理论边界与跨域外推五个维度上的全部工作。但一个概念要具有规范力量——不只是学术上的锐度，还有制度上的可操作性——它必须能够回答：知道了这件事之后，我们能做什么？以及，我们如何知道自己是错的？

（一）规范出口：伤害举证责任倒置

目前在全球卫生法体系中，预防性干预的合法性几乎完全不受挑战。指南将干预阈值从高风险推向中等风险时，不需要向任何机构证明“这种外推不会造成纯损失”——甚至不需要承认“纯损失”这个范畴的存在。但一旦一个被筛查者因为“拒绝筛查”或“拒绝服药”而在后来发生了指南想要预防的那个疾病，他和他的医生就立刻面临举证困难。这种不对称，是行政注销最坚固的制度基石。

本文提议的制度设计是“伤害举证责任倒置”：当一项预防性干预从一个已有充分证据的指征人群（如二级预防）外推到一个新的、无症状的正常值人群时，推行这项外推的机构——指南委员会、药监部门、或体检中心——应被要求承担举证责任，证明：（1）存在一个可被独立评估的程序，确保被筛查者在筛查前已经被告知筛查所涉及的“命运预审”性质，并给出了有效的拒绝机会；（2）该外推所带来的纯损失已被纳入效益评估框架——不是作为“心理副作用”的一行附注，而是作为一种独立的、不可逆的存在状态改变被独立计量。

这不是禁止所有预防性干预。这是禁止没有经过纯损失评估的制度性外推。

（二）边界坦白：什么情况下本文的判断是错的

本文的全部论断，可以在以下三种经验情形中被证伪或实质性削弱：

第一，如果未来的纵向研究能够提供大样本、长随访的经验证据，证明被告知某种“未来疾病风险”的无症状者，在被告知后的一年、五年、十五年内，其长期主观幸福感、身体松弛度、对自身健康的自主感知，与未被告知者在统计上无显著差异——且这一结果在控制了社会阶层、既往创伤史、文化背景、风险类型（高致死率 vs. 低致死率）后仍然稳健——那么，本文关于“纯损失”的论断就失去了经验根基。在这种情况下，本文将退化为一个“历史上曾有过损失、但随着筛查技术的优化与社会适应机制的完善而逐渐消失”的叙事。

第二，如果在某个具体领域（比如某种癌症的早期筛查），能够证明：筛查阳性但最终未被确诊的人群，在被告知结果并从后续随访中被“解除警报”之后，恢复到

了与从未被筛查过的人群完全同质的身体感知与时间体验状态——即不存在任何残余的“我虽然没事了但还是和以前不一样”的差异——那么，“不可逆性”在这一领域就不成立。本文承认不可逆性可能具有领域依赖性：肺结节的注销可能比乳腺癌筛查的注销更不可逆，因为前者无法通过一项明确的阴性活检来“结案”——它只能通过时间（“随访未见增大”）来逐步缓解，而这个过程本身就构成了不可逆的时间损失。

第三，如果本文提出的“伤害举证责任倒置”的制度设计，在某个国家或地区的医疗系统中被实际试点，并且试点结果显示：这种设计导致了人群整体健康结局的显著恶化（如可预防疾病的晚期诊断率显著上升），并且这种恶化无法通过优化筛查告知程序来缓解，那么本文的规范性诉求就需要被收回或大幅修正。

（三）最后的收束

豁免权的行政注销，不是关于“医学走得太远”的抱怨。它是关于一个更安静、更隐蔽的操作——在一个人尚未被任何可能死法正式提名的时候，用一套行政程序，替他签发了那张他从未申请过的提名通知。

那个男人走出诊室的时候，身体和进去之前一模一样。但他有一项东西永远地变了。不是他的肺泡，不是他的血氧饱和度，不是他的十年生存率。是他的生存方式。

纯损失的实体，不在一张NNT的表格里。它在那个男人望着天花板睡不着的那一小时里。它在他的妻子从此不敢让他一个人去体检的那种警觉里。它在他的儿女长大后第一次拿到自己的体检报告时、下意识地第一眼先扫“磨玻璃结节”那一行的那种条件反射里。

这就是豁免权的注销。它不是疾病的制造。它是人的改写。

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 · 风险医学的本体论（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 与罗斯「易感主体」的正面对质

本文已与免疫范式、不知情权、风险因素流行病学，以及福柯、布迪厄、贝克逐一切割，但漏掉了这一族里最贴的一个：尼古拉斯·罗斯在《生命本身的政治》中论证的**易感主体**（the susceptible self）——分子生物学与遗传风险技术造就了一类新的人：他没有病，但他被自己的生物学标记为“易感”，并被要求据此管理自己的现在与未来；罗斯称之为一种新的生命伦理主体形态。

分离线切在**这个主体被要求做什么**。罗斯的易感主体是被赋予任务的：他获得了一套关于自身生物学的知识，并被期待成为积极的自我管理者——他的处境是“责任的增加”，其伦理重心在于自主性、选择与生命最优化。本文所指认的注销是**一次纯粹的减法**：它不给他任何任务，也不必然要求他管理什么；它只是取消了一种此前一直在运转、且从未被察觉的状态——不被预审。一个人可以完全不接受任何自我管理的召唤，甚至拒绝一切干预建议，注销依然已经执行完毕。

这给出可裁决的对照：罗斯框架预测，易感身份的伤害与个体是否**接受并履行**自我管理任务紧密相关——拒绝接受这套责任伦理的人，其受影响程度显著较低。本文预测**伤害与接受与否无关**：在明确拒绝一切随访与用药建议、且自评“我完全不当回事”的那一组里，其对某一特定死法的心理可及性（用无提示的自由联想或反应时任务测量）仍显著高于从未被告知者，且这一差异不随时间衰减。若拒绝组与未告知组无差异，则注销可还原为易感主体的一种未被履行的召唤，本文的“纯损失”主张失效。

增补二 可裁决预测（两条）

预测一（不对称的不可逆性）：若某人被告知高风险后，经复检被正式撤销该标记（假阳性澄清），本文预测其对该死法的心理可及性只部分回落、不回到基线，且残留量与被标记时长正相关。若完全回落，则"注销"应降格为可撤销的信息暴露。

预测二（分布的不均匀）：注销的损失不均匀地落在原本"不被预审程度"最高的人身上——即从不体检、无家族病史叙事、无医疗接触史者，其首次被标记后的可及性跃升幅度最大。若跃升幅度与既往医疗接触史无关，则本文关于"被注销的是一个实存状态而非信息落差"的判断需要修正。