

自锁闭环与能力恢复轨迹：新加坡中医制度化的排斥机制与一种新证据类型的构造

作者 秦莉 · SDE 学员 · 约 4.1 万字 · 发表于2026年7月26日 · 事实校准修订版

摘要

新加坡对《黄帝内经》医学智慧的制度化应用，呈现出一幅矛盾的图景：中医被合法注册、被纳入社区健康推广、被嵌入慢性病管理，但其独立诊断能力却在长达四十年的制度化进程中系统性萎缩。本文将此矛盾诊断为一种“制度排斥的自锁闭环”：现行循证评估标准通过垄断“什么是有效证据”的裁定权，使得中医独立诊断的有效性证据无法在旧标准内部被产生；而正因为缺乏这种证据，排斥状态得以持续。破解这一闭环的关键，不在于更努力地在旧标准内部证明中医的有效性，而在于创建一种旧标准从未要求过、因此也从未被设计去拦截的新证据类型——即“能力恢复轨迹曲线”。然而，创建这种新证据的制度沙盒本身，在获取预算许可的入口处，面临着与它要解决的中医困境完全同构的自锁闭环。本文论证，破解沙盒自身悖论的唯一方式，是在沙盒被提交审批之前，用旧制度自身的成本逻辑对沙盒的核心功能进行三重重框定：将不可归因并发症重新框定为沉默预算黑洞、将能力断代重新框定为正在发生的沉默人力资本负债、将录像式认知路径分析方法论重新框定为可跨科室复用的隐性知识管理基础设施。这一翻译操作不仅揭示了被排斥认知传统在旧制度面前最深层的策略智慧，也提供了一个可被迁移至其他被制度标准排斥的替代性实践领域的一般方法论框架。

这把刀切过的近邻

自锁闭环与能力恢复轨迹

- 政策支持不足论
- 文化不可通约论
- 循证医学霸权论
- 政策试点
- 中医整合沙盒

关键词：中医制度化；制度排斥；循证医学；制度沙盒；卫生政策

目录

- 1.1 引言
- 2.2 文献综述
- 3.3 理论框架
- 4.4 方法论
- 5.5 分析与讨论
- 6.6 结论
7. 参考文献

8. 利益冲突声明

SDE 创新智商 130 → 144 → 145

本轮对原文献表 25 条做了逐条核验，重排为已核验与待核验两组，删去重复条目一条，并补入本篇所依赖的新加坡制度事实的一手来源。提升集中于事实地基的校准、缺席最近邻的补撞与可执行证伪条件的重建。提升后分数为编辑自评，待独立复评。

本篇正文含事实订正

本篇与同批另三篇共用一份逐条可核实的制度事实表。以下订正已直接落在正文中，不另设更正页：

1. 改题以匹配正文（原题“语义免疫机制的反转”在正文中从未被发展）
2. 订正制度史：注册分批推进的年份，以及 2020 年针灸补贴试点须经专科转介这一前置条件
3. 订正“制度沙盒尚未在任何国家被完整实施过”——同名工具已在新加坡运行

1 引言

1.1 议题的现实重要性

新加坡是全球人均医疗支出排名前五、卫生体系效率长期位居世界前列的国家。它以其严谨的循证决策传统、前瞻性的公共卫生风险管控和高度理性化的医疗资源配置而著称。然而，正是在这样一个以“证据”为核心决策原则的体系中，一种拥有两千余年临床经验积累的医学传统——《黄帝内经》所代表的中医学——被合法注册、被纳入社区健康推广、被嵌入慢性病管理辅助模块，却在其独立诊断能力的保有与传承方面呈现出持续的、系统性的萎缩。

这不是一个简单的“中医在新加坡被边缘化”的故事。恰恰相反，新加坡是东南亚地区中医制度化的先行者之一。早在 2000 年，新加坡便通过了《中医师法令》，建立了中医执业者的法定注册制度；针灸师自 2001 年、中医师自 2002 年起分批注册，自 2004 年 1 月起所有执业者必须注册并持有有效执业证书；2020 年起，卫生部在公立机构试点将补贴与 MediSave 扩展至针灸治疗颈痛与下腰痛两项——但须经主治专科医师正式诊断并转介。从制度文本上看，新加坡对中医的包容程度在海外华人社会中居于前列。然而，如果穿透这些制度表面，深入考察中医作为一种独立认知体系在临床决策中的实际权重，看到的却是另一番景象：中医被严格限定在“辅助调理”、“体质改善”、“症状缓解”的功能区间内，其独立诊断——即不依赖西医检验报告和诊断标签、仅凭“望闻问切”四诊合参完成病机推断和治则确立——几乎完全被排除在公立医疗体系的临床决策流程之外。更为关键的是，能够执行这种独立诊断的最后一代中医从业者，年龄已集中于 55 岁以上，退休窗口约为 10 至 15 年；而在年轻一代从业者中，“先用西医诊断框架锁定疾病范围，再据此选择对证的中药或针灸方案”——即“西医诊断、中医治疗”的操作模式——已成为默认的、甚至被认为是“更安全”、“更科学”的临床思维惯习。

这一现象提出了一个尖锐的理论问题：为什么在一个高度理性化、以“证据”为核心决策原则的卫生体系中，一种被法律正式承认的医学传统的核心认知能力，却在其制度化进程推进的同时，经历着群体规模的、代际加速的流失？这不是一个关于“中医是否有效”的古老争论——那种争论已经持续了一个世纪而无结论。这是一个关于“制度化的排斥如何通过‘证据’的定义权而自我维持与自我再生

产”的新的理论问题。而新加坡，恰恰因为其制度理性化程度极高，为我们提供了观察这一机制最清晰的实验室。

1.2 现有研究的概要

围绕“中医制度化为何未能保障其核心能力的传承”这一议题，既有研究大致可分为三条路径。

第一条路径可称为“政策支持不足论”。该路径将中医在新加坡的困境归因于政府政策扶持力度的不足——例如中医教育未纳入公立大学体系、中医服务未被公共医疗保险覆盖、中医科研经费远低于西医等。这一路径的合理之处在于，它准确地识别了政策资源分配的不对称。然而，它的局限也十分明显：它无法解释为什么即使在政策扶持相对已有所增加的时期（例如2017年后的中西医转介协作试点），中医独立诊断能力仍然在萎缩。换言之，“更多政策支持”这一处方，可能并未触及问题的真正根源——因为它默认了“只要资源足够，能力就会自然传承”，而这一默许本身恰恰是需要被审查的。

第二条路径可称为“文化认知差异论”。该路径强调中医与西医在自然观、人体观、病因学、疗效评价标准等根本认知前提上的不可通约性，并以此为中医在西方循证医学主导的制度环境中难以获得平等地位提供解释。这一路径深刻揭示了中西医学之间的范式鸿沟，但它倾向于将这一鸿沟本质化——即将其视为一种“文化冲突”的静态给定，而忽略了制度安排在其中的主动建构作用。它无法回答：既然认知差异始终存在，为什么中医独立诊断能力的流失在近二十年呈现出加速趋势？是什么制度机制，将“认知差异”转化为了“能力替代”？

第三条路径可称为“循证医学霸权论”。该路径将矛头直指循证医学（Evidence-Based Medicine, EBM）的评价标准——特别是随机对照试验（RCT）和系统综述（Systematic Review）在证据等级金字塔顶端的垄断地位——认为这套标准在方法论上就预设了对中医证据模式的排斥。这一路径抓住了核心矛盾的一个关键维度：证据的定义权。然而，它也有一个隐含的局限：它倾向于将循证医学描绘为一种外在的、强加于中医的“霸权”，而未能充分分析中医从业群体自身如何在长期的制度压力下，逐步内化了循证标准的逻辑，并主动调整了自己的临床行为和知识传承方式，从而成为制度排斥的“共谋者”而非单纯的“受害者”。

三条路径各有洞见，但共同缺失了一个分析维度：制度排斥的自我再生产机制。它们分别指向了“资源不够”、“认知不合”、“标准不公”，但都未能揭示这三者如何构成了一个互相咬合的闭环——这个闭环使得在旧制度内部“争取更多资源”、“增进文化理解”、“批评标准偏颇”的努力，都无法真正撼动排斥的结构，因为这些努力本身仍在接受同一个前提：中医的价值必须在旧标准的框架内被证明。

1.3 本文的研究问题

本文围绕一个核心研究问题展开：在被循证医学垄断“什么是有效证据”的裁定权的制度环境中，一个被排斥的认知传统如果要争取其核心能力的传承与发展空间，其战略重心应该在哪里？

这一问题可以分解为三个相互关联的子问题：

第一，新加坡中医独立诊断能力的代际萎缩，其背后的制度排斥机制究竟是如何运作的？这个机制的精巧之处在于：它不是一纸“不许中医独立诊断”的禁令，而是一个通过证据定义权来实现的、无需威权指令的自我维持闭环。

第二，如果这个闭环的结构使得在旧标准内部“更努力地证明自己有效”的努力注定无效，那么打破闭环的战略应该立足于哪里？本文提出，其战略重心不在于在旧标准内部更努力地证明自己，而在于创建一种旧标准从未要求过、因此也从未被设计去拦截的新证据类型。

第三，创建这种新证据类型的制度设计——本文称之为“制度沙盒”——在其自身的预算获取和政治许可的入口处，面临着与它要解决的中医困境完全同构的自锁闭环：沙盒“值得被投资”的证据，恰恰只能在沙盒已经运行之后才能被产出。那么，在沙盒被批准之前，如何用旧制度自身的语言，说服它批准一个旨在产生超越旧制度语言框架的新证据的试验？

1.4 本文的贡献预告

本文的理论贡献在于三个方面。第一，本文将“制度排斥”的分析从“禁令研究”（制度文本是否排斥）推进到“自我维持闭环研究”（排斥如何在证据定义权的垄断下，通过让被排斥者无法产生被旧标准认可的有效性证据而持续自我再生产）。这一框架超越了“政策支持不足论”、“文化认知差异论”和“循证医学霸权论”各自的局限，将三者的洞见整合为一个统一的机制论解释。

第二，本文提出并系统阐述了“制度沙盒”这一方法论概念，将其定义为“在旧制度内部，以旧制度可接受的成本逻辑和安全条款为边界条件，创建的一个暂时豁免遵守旧制度核心评估标准的独立运行空间，其目标是产生旧标准从未要求过的新证据类型，并以此为据迫使旧标准重新谈判自身的边界定义权”。本文给出了制度沙盒的完整设计条款、失败模式预研和制度遗产孵化机制。

第三，本文论证了“翻译”是被排斥认知传统在旧制度面前最深层的策略智慧。这不是简单地“用对方的话说自己的事”，而是重新框定一件事的本质，让它在对方的价值坐标系里从“可选的、可被削减的、需要额外的认识论让步才能理解的支出”，变成“不可忽视的、不做反而更贵、而且是对方自己现有的决策框架已经能处理的风险评估项目”。这一“翻译”操作揭示了制度排斥的最后一道、也是最隐蔽的防线——不是在论证的中途，而是在论证进入制度决策之前的入口处。

在经验贡献方面，本文基于对新加坡中医制度史的追溯和对中医执业群体能力结构的分析，给出了三个可立即进入预算审批通道的成本逻辑框定方案，以及五个可独立操作的研究项目，构成了一套完整的、可被卫生政策制定者直接取用的制度试验提案。

在方法贡献方面，本文展示了“制度切割条款的设计语法”、“新证据类型的反向工程法”、“录像式认知路径分析方法”和“制度遗产孵化器的设计原则”四项可跨领域复用的方法工具。

1.5 论文结构概览

第二节进行文献综述，追溯中医制度化的三条学术路径及其各自的贡献与盲区，并引入自锁闭环的分析框架。第三节构建理论框架，定义核心概念，提出制度排斥的自锁闭环模型，并阐明制度沙盒与“翻译”的理论位置。第四节说明方法论，解释本文所采用的政策分析、制度追溯和概念分析相结合的论证策略。第五节是分析与讨论的核心，详细展开新加坡中医制度化排斥的历史路径（5.1）、自

锁闭环的结构（5.2）、制度沙盒的设计（5.3）、三重成本逻辑的翻译操作（5.4）、制度遗产孵化机制（5.5）、对反驳预期的回应（5.6）以及制度沙盒方法论的可迁移性（5.7）。第六节总结核心发现、理论贡献、政策含义、研究局限和未来研究方向。

2 文献综述

2.1 中医制度化的政策支持论：资源不对称及其解释限度

关于中医在海外华人社会中的制度化问题，一个经久不衰的解释框架是“政策支持不足论”。论者指出，尽管中医在大多数东南亚国家（包括新加坡）获得了某种程度的法律承认，但在公共资源分配上与西医相比仍处于绝对劣势。以新加坡为例，尽管2000年《中医注册法案》确立了中医执业的法定地位，但中医教育至今未被纳入国立大学体系——新加坡国立大学（NUS）和南洋理工大学（NTU）均未设中医学士学位课程；中医服务未被公共医疗保险（MediShield Life）覆盖；公立医院内设的中医诊所规模有限且被定位为“辅助服务”；政府拨付的中医科研经费在医疗研究总预算中所占比例微乎其微。

这类研究的贡献在于揭示了“法律承认”与“实质资源保障”之间的落差。一项法律承认，如果不同时配有教育资源、保险覆盖和科研经费的配套，其结果可能是将中医锁定在一个“合法但边缘”的位置上——法律承认给了它生存的合法性，但资源分配的不对称确保了它无法发展出与西医平等竞争的能力。这一洞见对于理解中医制度化的困境是必要的，但它的解释力在触及更深层的问题时便开始失效。

具体而言，“政策支持不足论”无法解释以下悖论：为什么在政策支持相对已有增加的时期，中医的独立诊断能力仍然在萎缩？2000年的注册法案提升了中医执业者的专业门槛，这在理论上应有利于提升行业整体水准，但实际上，注册考试的知识结构中，西医基础课程（解剖学、生理学、病理学）的权重显著高于《黄帝内经》、《伤寒论》等经典独立诊断训练，从而在“提升标准”的名义下，将中医教育的重心从原生诊断能力的培养转移到了“中西医沟通能力”的训练上。2017年至2022年的中西医转介协作试点，本意是增加中西医协作的机会，但在实际操作中，转介的方向几乎全部是“由西医转介患者至中医进行辅助调理”，而非“由中医独立评估后，判断患者是否需要西医干预”。换言之，政策扶持在增加中医服务量的同时，也在悄悄地进一步巩固了中医“辅助化”的制度位置。

这一悖论提示我们：问题可能不在于政策资源的“数量不足”，而在于政策资源所嵌入的那套制度逻辑本身。在这套逻辑中，“提升标准”被等同于“向西医标准靠拢”；“增加协作”被执行为“明确中医的辅助角色”。如果这套逻辑不被审查，那么“更多的政策支持”非但不能解放中医独立诊断的潜能，反而可能加速其被“制度适应力”（即擅长在边界内安全操作的能力）所替代的进程。

2.2 文化认知差异论：不可通约性作为解释的洞见与局限

第二个主要研究路径将中西医学的冲突定位于认知范式的根本不可通约性。这一传统有其深厚的学术根基。医学人类学家早已揭示，不同的医学体系嵌于不同的宇宙观、身体观和病因学假设之中。中医的“气”、“阴阳”、“五行”、“经络”等核心概念，无法在西医的解剖学、生理学和病理学框架内获得一一对应；中医的辨证论治逻辑，也不遵循西医“诊断→治疗方案→疗效评估”的线性推理链。因此，将中医强行纳入以西医为模板的“科学化”、“标准化”轨道，本身就构成了一种认知暴力。

这一路径的深刻之处在于，它为中医在面对循证医学标准时的“证据不足”指控提供了一种辩护：中医之所以无法在随机对照试验中表现出优于西医的“疗效”，不是因为它无效，而是因为它的诊断逻辑和治疗原则根本就不是针对“疾病”（disease）这一西医存在论范畴而设计的——它是针对“证”（pattern）这一不同的存在论范畴。用西医的结局指标（如血压值、肿瘤尺寸）来评估中医的疗效，就像用测量重量的工具去测量长度——工具与被测对象之间存在存在论上的错位。

然而，文化认知差异论的局限也同样明显。首先，它倾向于将“范式不可通约性”本质化——即将其视为一种恒定不变的“文化事实”，而忽略了制度安排在特定历史时刻的主动建构。新加坡中医独立诊断能力的流失，不是“中西文化冲突”这一永恒主题的必然产物，而是在1980年代“平行线设计”（允许中医私人执业但隔绝于公立医院与西医诊断体系之外）、2000年“正面清单式注册制度”（非允许即禁止）、以及2010年代“社区健康推广”（只选入行为调节的养生话语、剔除独立预测性的临床判断）这些具体的、可追溯的制度选择点上被一步步生产出来的。每一个选择点在做出时，都有其在当时语境下的合理性（如“患者安全”、“执业风险管理”、“循证标准可信度”），但串联起来，却形成了一个系统性地削去中医独立诊断能力生存空间的筛选机制。

其次，文化认知差异论未充分关注中医执业群体自身在制度排斥中的能动性。它不是简单地被“排斥”，而是在长期的压力下，逐步调整了自己的知识传承模式和临床操作惯习，以适应那个“安全区域”的边界。这种“自我克制”——即从业者在面对可能超出安全区域的判断时，主动退回到“辅助调理”话语，将潜在的有效判断进行自我审查——已成为行业内部的一种默会契约。而这种默会契约通过中医学院的隐性课程（教师的不鼓励、教材的自我设限、考试不考察独立诊断前沿）、师徒传承中的经验传递（老中医告诫新入行者“不要逞能”）、以及行业协会的内部规范（执业指引中隐含的安全范围），被层级传播和代际传递。因此，排斥的机制不仅是外在的（制度文本的限制），也是内化的（执业群体的自我约束）。文化认知差异论因为将焦点放在了中西医学的“认知差异”上，往往未能深入追踪这一从“外部限制”到“内部自觉”的转化过程。

2.3 循证医学霸权论：证据定义权的政治

第三条路径——也是与本文论证最接近但仍需推进的——是将批评的矛头指向循证医学的证据等级体系本身。循证医学（EBM）自1990年代兴起以来，已在全球范围内成为医疗决策、临床指南制定、医保覆盖范围和医学教育课程设计的金标准。在其经典的金字塔模型中，系统性综述和随机对照试验位居证据强度的顶端，随后是队列研究、病例对照研究、病例系列和专家意见；而中医最常依赖的临床经验积累、师徒传承的个案分析和经典文献的权威解读，往往被归入金字塔的最底层甚至不被视为“证据”。

批评者指出，这个金字塔并非中立的、普适的“科学方法”，而是内嵌了一套特定的存在论和认识论预设——它预设了疾病的均质性（即同一种疾病在不同患者身上具有相同的基本特征，可以通过大样本的组间比较来评估干预效果），预设了疗效的可孤立归因（即一种干预的效果可以从多种并发干预和患者自我康复中分离出来），预设了结局指标的可量化性和跨主体稳定性。这些预设在处理急性感染、创伤、单一器官病变等“简单疾病”时，表现出强大的分析能力；但在面对多因素交织、个体变异性大、干预效果高度依赖于操作者与患者互动质量的复杂情形（而这正是中医辨证论治擅长处理的领域）时，其分析效度便大打折扣。在此意义上，循证医学不是“科学的法庭”，而是一种“科学政

治”——它通过规定“什么算证据”，系统性地将其他的认知方式和证据形态排斥在合法的决策空间之外。

这一批判是强有力的，也是本研究的理论起点之一。但它面临一个工程层面的困难：批评循证医学的证据标准偏颇，并不能自然地导向一个可操作的替代方案。如果说现行标准在方法论上就是歧视性的，那么应该用什么标准来替代它？如果放弃随机对照试验，中医疗效的评估应该采用什么方法？如果不能用血压值来衡量中医治疗高血压的疗效，那么应该用什么指标？在缺乏一个被广泛接受的替代性评估框架的条件下，对循证医学霸权的批评容易滑入两个方向：要么是激进的文化相对主义（“中医有自己的标准，不能用西医的标准来评判”，但这会使中医在制度博弈中丧失所有可辩论的共同基础）；要么是改良主义的妥协（“中医可以通过改良自己的研究方法，来满足循证标准的要求”，但这恰恰接受了旧标准的前提，只不过试图在旧标准的框架内把中医的证据等级往上挪动一两级）。

本文认为，问题的关键不在于改良旧标准或建立一个替代的新标准——前者注定无法摆脱旧标准的预设，后者在制度政治中尚无足够的权力基础。问题的关键，在于识别并瓦解旧标准维持其垄断地位的那个自锁结构：旧标准通过规定“什么是有效证据”，使中医独立诊断能力的有效性证据无法在旧标准内部被产生；而正因为缺乏这种证据，排斥得以持续。瓦解这个自锁结构的策略，不是更努力地在旧标准内部证明自己，而是创建一种旧标准从未要求过、因此也从未被设计去拦截的新证据类型——“能力恢复轨迹曲线”。这一策略的理论基础和操作方案，将在本文的理论框架和分析讨论部分详细展开。

2.4 自锁闭环：一个整合性分析框架的必要性

以上三条路径——政策支持不足论、文化认知差异论、循证医学霸权论——各自捕捉了中医制度化困境的某个重要维度，但它们未能将这些维度整合为一个统一的机制论解释。政策支持不足论识别了资源分配的不对称，但未解释为什么即使资源增加，能力仍在萎缩；文化认知差异论揭示了两套认知体系的深刻分歧，但未追踪制度如何在具体的历史选择点上将“差异”转化为“排斥”；循证医学霸权论将矛头指向了证据定义权，但其批评策略尚缺乏可操作的出口。

本文提出，“制度排斥的自锁闭环”可以作为一个整合性分析框架，将上述三条路径的洞见纳入一个统一的因果模型中——在这个模型中，资源不对称、认知范式差异、证据定义权的垄断，三者不是并列的“三个原因”，而是同一个闭环的三个互相咬合的齿轮。这个框架的理论建构和操作化定义，将在下一节（理论框架）中详细展开。在此之前，必须先完成一项文献综述的核心任务：精确定位既有研究未能触及的那个空白地带，以确立本文的理论位置。

这个空白地带是：既有研究都默认了一个未经审查的前提——中医争取合法地位的努力，必须在现行循证评估标准的框架内，用现行标准认可的证据类型来证明自己的价值。即使是最激进的“循证医学霸权论”批评者，在提出替代方案时，也往往是在建议“修改标准”（如放宽RCT的严格性、增加定性证据的权重、建立中医特色的疗效评价体系），而不是在建议“创造旧标准从未要求过的证据类型”。本文的论证将表明，这一默许前提本身，恰恰是使排斥得以持续自锁的关键。而撤掉这个前提——用制度沙盒创造一种旧标准从未被设计去排除的新证据类型——才是在工程上可能撬动局面的战略移步。

3 理论框架

3.1 核心概念的操作化定义

制度排斥：指一个制度体系通过其运行规则（包括但不限于法律文本、评估标准、资源分配逻辑和专业边界协议），系统性地使某一类认知实践或知识传统的核心能力无法在该体系内获得运行、传递和发展的正常条件。制度排斥不同于“法律禁止”——它往往不表现为明确的排斥性条款，而是表现为对合法运行条件的系统性的、逐层收紧的限定。这些限定在各自独立的层面（如教育课程设置、执业资格考试、医保覆盖范围、科研经费评审标准）都可能有其独立的合理性论证（如“确保患者安全”、“维护专业水准”、“优化资源配置效率”），但串联合成之后，形成了一个让被排斥的认知实践“可以存在但不能有效运行”的生态结构——也就是后文将展开分析的“自锁闭环”。

自锁闭环：指旧评估标准通过垄断“合法证据”的定义权，使得被排斥的认知实践无法在旧标准内部产生被该标准认可的有效性证据，进而持续以“缺乏证据”为由维持排斥状态的制度悖论结构。其判别标准有三：第一，排斥的理由是一个经验命题（例如“中医独立诊断能力缺乏群体规模的有效性实证”）；第二，旧标准的证据定义有效地使该经验命题无法被验证为假（因为验证它所需要的证据——即中医在独立运行的条件下，其能力是否可以被群体规模地恢复——不被认为是合法证据）；第三，因此排斥得以在不需要面对反例的条件下自我维持。自锁闭环的精巧之处在于，它不需要一个权威中心去主动压制被排斥者——被排斥者为了在体系内生存，往往主动调整自身的行为模式和知识传承方式以适应旧标准的限定，从而无意中成为闭环再生产的“共谋者”。

制度沙盒：一个在旧制度内部、以旧制度可接受的成本逻辑和安全条款为边界条件，创建的被保护独立运行空间。在此空间内部，被排斥的认知实践被暂时豁免遵守旧制度的核心评估标准（如中医独立诊断被豁免须经西医师复核签字的前置审批），代之以一套全程留痕的事后追溯审查机制。制度沙盒的目标不是在该空间内部永久性地隔离出一个“保护区”，而是通过在该空间内部运行被排斥的认知实践的真实临床过程，产生一种旧标准从未要求过、因此也从未被设计去排除的新证据类型，并以此为据迫使旧标准重新谈判自身的边界定义权。制度沙盒与“特区”、“试点”、“示范项目”等常见的政策试验工具有本质区别：后者的评估标准仍是旧制度的既有指标（如效率提升、成本降低、满意度增加），而制度沙盒的产出——新证据类型——本身就不在旧标准的评估坐标系之内；因此，它不是在旧标准的框架内“做得更好”，而是在旧标准的框架之外“创造一个新的评估维度”。

新证据类型：一种针对旧标准排斥某类认知实践时所依据的核心前提（例如“该实践缺乏群体规模的独立有效性证据”），而刻意设计的、在旧标准的定义域之外但不被其排除逻辑所覆盖的证据形态。其判别标准是：旧标准在初次面对该证据时，无法用其现有的证据分级体系（如金字塔模型）直接将其归类为“充分”或“不充分”——因为这种证据既不符合旧标准对“充分证据”的要求（如大样本RCT），也不符合旧标准对“不充分证据”的判定依据（因为它不是低质量的组间比较，而是一种完全不同的证据类型，如“被长期压制的认知能力在获得保护后的群体恢复轨迹”）。因此，旧标准被迫进入对其自身分类体系进行补充性修订的实质性讨论——而这恰恰是制度谈判被从旧标准内部框架中撬出来的那个时刻。

能力恢复轨迹曲线：在被制度排斥的认知实践的独立运行空间被创建后，测量参与者在每一次真实操作与反馈校准下，其操作与原生标准形态之间的偏差逐渐缩小、收敛至稳定区间的历时数据曲线。以中医独立诊断为例，其关键测量指标包括三项：第一，收敛所需例次数——即从“混杂了西医诊断倒推痕迹的诊断操作”到“稳定独立的《黄帝内经》逻辑完整推导”，需要经过多少次真实病例的操作与反馈校准；第二，收敛路径形态——是渐进式收敛（每次校准逐步减少偏差），还是阶梯式跳跃（在某些关键病例后发生质性的诊断模式转变）；第三，残余偏差量——收敛后仍存在的、与原生独立诊断形态之间的系统性偏差的特征。能力恢复轨迹曲线不是“中医比西医更有效”的疗效比较数据，而是“被长期禁止运行的能力，在获得制度保护后，是否可以在群体规模上被恢复、以及恢复需要什么条件”的认知科学数据。

制度遗产孵化器：制度沙盒中一个与数据生产平行的模块，从沙盒启动第一天就同步建设的、不依赖沙盒预算即可在沙盒结束后继续运转的制度构件群。它至少包含三件结构：第一，一个在沙盒结束后可独立注册的、自我维持的同行评估委员会或认证机构的章程草案；第二，一套可嵌入现有医院信息系统并成为永久可选模块的技术架构文档；第三，一份将沙盒期间的“试验豁免”条款转化为“常规授权”条款的路径文件，其中明确规定转化所需的数据门槛和审批门槛。制度遗产孵化器回应的是沙盒方法论最常被质疑的问题——沙盒效应是否可持久？答案明快：如果沙盒只是在一群人在一个临时保护区内集中恢复能力的封闭训练营，那么它结束后能力褪去几乎是必然的；但如果沙盒在运行过程中把它的键保护机制演化为不依赖沙盒预算即可自持的制度结构，那么它为被排斥认知实践撑出的那个空间就不会随沙盒的关闭而坍塌。

3.2 制度排斥的自锁闭环模型

基于上述概念，本节正式提出制度排斥的自锁闭环模型。该模型由三个互相咬合的齿轮构成。

第一齿轮：评估标准的定义权垄断。一个制度体系（在新加坡的案例中是循证医学主导的卫生技术评估体系）掌握着“什么是合法的有效性证据”的定义权。这一权力的核心不仅在于它能够将某些证据形式（如RCT、系统综述）赋予高可信度，更在于它能够将另一些证据形式（如中医的个案经验、经典典籍的临床推演、师徒传承中积累的非结构性判断）排除在“合法证据”的范畴之外。这第一齿轮赋予了旧标准一种先发的位置优势：它在论证开始之前，就已规定了参与论证的“合法语言”是什么。被排斥者如果要参与论证，必须先学习这种语言——而在学习的过程中，它自身可能最有价值的那些洞见（它们恰恰难以用这种语言表达），便在翻译的损耗中被稀释或遗失了。

第二齿轮：证据缺口的自我再生产。旧标准的定义权使得一个经验命题——“被排斥的认知实践缺乏群体规模的有效性证据”——在事实上无法被验证为假。因为要验证这一命题为假，需要产生一种证据：被排斥的认知实践在获得独立的、不被旧标准限制的运行空间后，其核心能力可以被群体规模地展示出来。但这种证据在旧标准的定义域内，不被承认为“合法证据”——因为它不是在旧标准规定的条件（如RCT的设计）下产生的。于是，旧标准可以永远说：“请你在我的框架内提供证据。”被排斥者如果接受这一邀请，就落入了第二齿轮：在被旧标准限制条件下，只能产生被旧标准的事先限定所框定的有限证据（如“辅助调理可改善患者生活质量”——这个结论在被允许的操作范围内是可以被产生的，但它恰恰证明了排斥者想让它证明的：中医只适合做辅助调理）。而那种可能挑战排斥本身的核心证据（如“中医独立诊断可以有效拦截早期病变的恶化”），因为不被允许独立运行，从未被产生过。证据缺口的再生产完成了。

第三齿轮：被排斥者的制度适应。 长期处在第一和第二齿轮的压力下，被排斥者（在新加坡的案例中即中医执业群体及其知识传承机构）为求生存，逐步调整自己的行为模式和知识传承方式以适应旧标准设定的“安全区域”边界。他们学会用西医的诊断术语重新描述患者的症状，再据此选择对证的中药或针灸方案；中医学院的课程增加了西医基础课的权重而压缩了经典独立诊断训练的时间；师徒传承中，老中医告诫新入行者“在病历上不要写把握性判断，要写可以在西医框架中理解的描述性语言”；行业协会的执业指引，也逐步向“安全中医”的方向收拢。这一第三齿轮是整个闭环中最为隐蔽但也最为关键的一环：因为它意味着，即使前两个齿轮有一天松动了——例如政策突然给中医开放了独立诊断的空间——能够有效执行独立诊断的执业主体可能已经不复存在。这不是一个“政策给不给空间”的问题，而是“空间给了，里面还有人吗”的问题。而这个“里面可能已经没人了”的状态，恰恰又为旧标准提供了“你看，给了空间也没用”的新一轮排斥理由。闭环由此完成了自我喂养。

三个齿轮的互相咬合，构成了一个在经验上可以被检验的因果结构。这个模型不是一种“一切都已注定”的悲观宿命论——因为如果能够在任何一个齿轮上打入一个不被旧标准逻辑所覆盖的破解楔子，整个闭环就有可能在那一刻被松动。而本文论证的，正是找到并打入这个楔子的战略路径：不是在第一齿轮（批评旧标准不公）、第二齿轮（在旧标准内更努力地证明自己）、或第三齿轮（呼吁从业者“保持独立精神”）的单独层面用力，而是在三个齿轮的咬合处——即“旧标准通过证据定义权使被排斥者无法产生反例”这个自锁结构本身——创造一个制度裂缝。这个裂缝，就是制度沙盒。

3.3 “翻译”作为制度博弈的入口策略

制度沙盒的设计（详见5.3节）为打碎闭环提供了工程蓝图。但在蓝图进入施工之前，仍有一个前提问题需要解决：沙盒作为一个制度试验，在获取预算许可和组织背书的入口处，自身面临着一个与它要打碎的那个闭合同构的自锁悖论。旧制度的预算审批逻辑要求申请者先用旧标准认可的指标（如预期服务量、预期成本削减、预期患者满意度提升）来论证项目的“投资价值”。但沙盒的核心产出——能力恢复轨迹曲线——是一种旧标准从未要求过、因此其“投资价值”也无法用旧标准的指标来衡量的新证据类型。沙盒“值得被投资”的证据，恰恰只能在沙盒已经运行之后才能被产出。也就是说，沙盒在入口处遇到的，就是它要解决的那个问题的微缩版本：旧标准的语言框架，在沙盒有机会证明这种语言的局限之前，就已拦截了它的入场资格。

因此，在制度沙盒的工程设计中，必须包含一个先于沙盒启动的策略操作——“翻译”。“翻译”在这里不是指简单地将“中医推广项目”换一种说法（如“慢性病管理创新筛查工具的预研”）。真正的翻译，是将沙盒的本质价值，在旧制度自身的决策框架内，用旧制度自己的成本-收益语言，重新框定为一笔“不试一下反而更贵”的风险管理买入。具体而言，这个翻译操作将沙盒的核心功能分别框定为：一个探测沉默预算黑洞（不可归因并发症）的最低成本探针；一项确认沉默人力资本负债（独立诊断能力断代）规模的唯一工具；以及一个可跨科室、跨代际复用的隐性知识管理基础设施的先导研发投入。这三笔重框定，将在5.4节详细展开。

“翻译”之所以可能，是因为旧制度的语言框架虽然垄断了“什么是有效证据”的裁定权，但它自身的决策逻辑中包含了容纳这一翻译的语法空位——预算决策不仅要看“预期收益”，也要看“风险暴露”和“沉默负债”。只是这些空位，在没有外来者刻意去激活时，被默认的惯例和话语惯性所覆盖了。翻译的要义，就是精准地找到并激活这些语法空位，让沙盒在被旧标准拦截之前，先以旧标准自

己的逻辑，获得了通过入口的合法性。这不是“投降”——因为一旦沙盒运行起来，它所产出的新证据类型将反过来逼使旧标准重新谈判自己原先设下的那个入口条件。翻译是战略性的、过渡性的，不是妥协性的；它是一场在旧制度语言内部进行的、以破解旧制度语言框架的入口封锁为目标的精确的语言行动。

3.4 理论框架的小结

综合以上，本文的理论框架以“制度排斥的自锁闭环”为核心解释模型，以“制度沙盒”为破解闭环的核心工程构想，以“翻译”为沙盒获取制度入口的策略操作。这三个概念构成了一个从诊断（闭环如何运作）到处方（用什么方法破解）到入口（如何让破解方案被允许启动）的逻辑链条。这个框架的适用半径，不限于中医制度化这一具体议题——任何被某套制度评估标准系统性排斥的替代性认知或实践传统（包括但不限于传统技艺的现代传承、被标准化考试排斥的生成性教学法、以及不产生可专利化产品的本土知识体系在现代知识产权制度中的困境），只要其排斥的机制共享了自锁闭环的基本形态，这个从诊断到处方到入场的三连方法论，就是可迁移的。这一迁移的限定条件和边界，将在5.7节详论。

4 方法论

4.1 研究设计的逻辑

本文是一项基于政策分析与概念分析的制度研究。它不依赖第一手的经验数据收集（如访谈、问卷、临床试验），而是通过追溯新加坡中医制度化的历史选择点、分析制度文本的内在逻辑、并将其置于循证医学的证据政治学框架中加以考察，来构建和检验其核心论点——制度排斥的自锁闭环及其破解路径。这一研究设计的选择，基于两个考量。第一，本文关心的核心问题是一个关于“制度机制如何运作”的理论问题，而非“某一特定政策的实施效果如何”的经验评估问题；对前者的回答，更依赖于对制度逻辑的深层剖析和对既有经验材料的理论化重构，而非对某个单一数据集的统计分析。第二，与本文提出的破解方案同名的制度工具，在新加坡已经存在并正在运行——卫生部自2025年1月启动的中医整合沙盒即是一例；但如5.3.5节所详论的，它与本文所设计的沙盒在因变量上分处两个坐标系，就本文方案的核心产出（能力恢复轨迹曲线）而言，尚未在任何地方被实施。因此它的可行性论证，在现阶段依赖于对这一现实沙盒的对照分析与理论推演，而非对一个已运行的同类项目的实证评估。当然，这同时也意味着本文的核心判断具有明确的可验证条件——如果制度沙盒在未来某地启动，会有清晰的可观察特征与之对应（详见5.3.6节及结论的未来研究方向）。

4.2 材料来源与分析策略

本文所依据的材料来自三个层面。第一，新加坡中医制度化的相关法规文本与政策文件——包括2000年《中医注册法案》及后续修订、卫生部关于中成药风险分级审批的公告、中医管理委员会的执业指引、以及2017-2022年中西医转介协作试点计划的评估报告（通过公开渠道获取其概要信息）。第二，既有研究文献——包括中医学界对新加坡中医教育、临床实践和制度化的分析论述，以及卫生政策学、医学人类学和科学社会学领域中对循证医学证据政治的相关研究。第三，比较案例的间接参照——包括台湾、香港在中医独立诊断许可边界上与新加坡的差异，以及阿育吠陀在英国NHS体系内争取制度承认过程中的某些可类比经验。本文的分析策略，是对上述材料进行三层的逐步深化的解读：第一层，梳理制度文本的表面规定（什么是允许的、什么是禁止的）；第二层，追踪这些规定在历史序列中是如何一步步收窄的（每一次选择当时的情境理由是什么，选择后又产生了什么路径依赖效应）；第三层，将这些收窄的历史路径置于自锁闭环的理论框架之下，揭示其内在的机制逻辑，并据此导出破解这一逻辑的制度设计条款。

4.3 论证结构的自我限定与方法局限

本文的论证有明确的自我限定。第一，它是一个“制度设计方案的可行性论证”，而非一个“已运行项目的效果评估”。因此，它对制度沙盒的效果所做的一切预测——例如“首批受试者独立诊断能力从混杂倒推痕迹收敛至稳定独立推导，中位数约需40-60例次的真实反馈循环”——属于基于既有相关经验（如中国大陆特定中医院的临床训练数据、认知技能习得的一般规律）所做的有根据的外推估算，而非已获证实的经验事实。这些预测的精确数值，应在沙盒实际运行后由数据来校准或修订。本

文的主要贡献不在于这些具体数值，而在于构想了“能力恢复轨迹曲线”这一新证据类型的可测量维度，并给出了沙盒产生该证据所需的制度条件。

第二，与本文提出的破解方案同名的制度工具，在新加坡已经存在并正在运行——卫生部自 2025 年 1 月启动的中医整合沙盒即是一例。但如 5.3.5 节所详论的，这一现实中的沙盒与本文所设计的沙盒，其因变量分处两个不同的坐标系；就本文方案的核心产出（能力恢复轨迹曲线）而言，它尚未在任何地方被实施。因此本文的可行性论证，在现阶段依赖于对这一现实沙盒的对照分析与理论推演，而非对一个已运行的同类项目的实证评估。

第三，本文的制度沙盒设计基于新加坡特定的制度环境（循证决策传统、公立医疗集团集群、人口规模小、政策试验执行力强）。该设计的哪些部分是新加坡特异性的、哪些部分是可以跨场景迁移的，本文在 5.7 节有所讨论，但这一判断在缺乏跨场景实证比较的现阶段，只能是一种理论推演而非经验确证。

4.4 反驳预期的处理方式

本文在论证中主动嵌入了对自身判断可能面临的反驳的预判和回应。“反驳预期”作为一种论证策略，其目的不是“提前堵住所有批评的嘴”，而是通过显式回应最强的竞争性解释，来展示本文判断相对于替代方案的增量解释力和工程可行性。本文识别并回应了五项可能反驳（详见 5.6 节），包括“沙盒的卫生经济学可行性未经证明”、“能力恢复后的持久性存疑”、“审计发现能力已不可逆丧失时沙盒意义何在”、“沙盒可能被现有利益格局在试验期间中途校准”以及“这本质上不就是一种‘特区’或‘试点’吗——有什么新的”。对每一项反驳，本文先给出其最有力的陈述方式，然后给出回应——不是试图将其驳回，而是指明本文论证在哪个节点上已经预置了针对该风险的条款、或本文的分析框架在哪个维度上补充了反驳所忽略的考量。

5 分析与讨论

本节是论文的核心，字数最多，涵盖七个递进的论证模块。

5.1 新加坡中医制度化排斥的历史路径：容纳与排斥的同步发生

要理解新加坡中医制度化的当前困境，不能只翻阅现行的法规文本，而必须回到制度选择的关键分叉点上，追溯“容纳”与“排斥”是如何在同一套制度设计中同步发生的。

1980年代，新加坡医疗体系面临一个选择：如何定位中医？当时的选择是“平行线设计”——允许中医在新加坡私人执业，但不将其纳入公立医院体系，也不建立中西医之间的正式转介或会诊机制。这一设计在当时有其务实考量：它既回应了华人社群对中医服务的持续需求，又避免了将一种当时在西方医学标准下被认为“缺乏科学验证”的医疗实践嵌入主流制度而引发的专业争议。从表面上看，这似乎是一种善意的中立——给予中医生存空间，但不强迫任何人不接受中医。然而，这一中立的选择，在制度逻辑中预设了一个深远的前提：中医的执行空间，将被永久地、结构性地隔绝于西医的诊断体系之外。这意味着，中医师在临床中如果做出了一个独立于西医框架的判断——例如，通过脉象和舌诊觉察到患者体内某种“未成形”的病变趋势，而这一趋势在西医的检验指标上尚未显现为异常——这个判断将没有任何正式的渠道可以进入患者的医疗决策链条。平行线设计在善意地“容纳”中医的同时，同步完成了对中医独立诊断功能的“静音”——你可以在你的房间里说话，但没有人会听到。

2000年的《中医注册法案》进一步收窄了这条平行线的宽度。法案建立了正面清单式的注册制度——只有通过注册考试并列入注册名录者，方可合法执业。从提升行业门槛、保障患者权益的角度，这项制度的引入是合理的，甚至是必要的。但法案通过规定注册考试的知识结构，巧妙地重塑了“合格中医师”的技能构成：西医基础课程（解剖学、生理学、病理学）在考试中占据了不可忽视的权重，而《黄帝内经》、《伤寒论》等经典中独立诊断能力的考察，反而被边缘化。其结果是，通过注册考试的新一代从业者，在知识结构上更擅长“理解西医诊断、据此选择对证的中医方案”（即“西医诊断、中医治疗”模式），而在“不依赖西医诊断框架独立完成病机推断和治则确立”的能力上，反而比他们的上一代更弱。注册制度在“提高标准”的名义下，系统性地将对中医独立诊断的训练需求，从“合格从业者”的定义中剥离了。它“容纳”了中医进入法定职业体系，但同时也“排斥”了独立诊断能力在职业再生产中的核心位置。

2010年代的社区健康推广进一步完成了对中医的“泛养生化”定性。在“健康新加坡”（Healthier SG）等全国性公共卫生倡议中，中医被吸纳为推广“健康生活方式”、“体质调理”、“药膳食疗”的资源之一。这看似是对中医价值的肯定，但它所做的肯定，是一种高度选择性的认可——它只选取了中医话语中与行为调节、饮食建议、症状缓解相关的那部分，而将其独立预测和独立诊断的潜能完全排除在外。公众在这种持续的、来自官方健康传播的话语暗示下，逐步形成了“中医=调理=不治大病=真正生病还是要看西医”的认知等式。这种认知定型一旦形成，便在公众的就医选择中产生了自我维持的力量：人们不会想到去找中医做疾病的早期风险评估，因为“这不是中医该做的事”——而中医师在执业中也乐得接受这个定位，因为它安全、无争议、不需要面对同行评议的严格检验。

追溯这三个分叉点，可以清晰看到一条贯穿始终的逻辑：每一次制度调整，都在“当下合理的理由”（患者安全、专业标准化、健康促进）下，作出了一个看似温和的选择；但这些选择串联起来，却构成了一个系统性的筛选器——它不断挤压中医独立诊断能力的生存空间，使其逐步被压缩至一个“无害但无锋”的辅助位置。而这个位置的边界，始终由西医主导的评估标准和制度逻辑来定义。容纳与排斥同步发生——这是新加坡中医制度化的真正结构。

5.2 自锁闭环的结构：为何“更努力证明自己”是无效策略

在5.1节的制度史追溯之后，现在可以将新加坡中医制度化的困境，正式纳入3.2节提出的自锁闭环模型中进行机制分析。

新加坡现阶段的卫生技术评估体系，以循证医学为决策核心框架。在这一框架内，一项医疗干预被纳入公共医保覆盖或临床指南推荐的前提，是它能够在随机对照试验（或至少高质量的观察性研究）中表现出超越现有标准治疗或安慰剂的、有临床意义的、可量化的疗效优势。这是第一齿轮：评估标准的定义权垄断。中医如果要争取更大的制度空间，按现行逻辑，就必须提供符合这一标准的证据。

但中医独立诊断能力的有效性，极难在这一标准下被验证。因为要验证它，需要设计一个试验：一组中医师被允许在没有西医诊断标签和检验报告的干扰下独立完成病机推断和治则确立，另一组则在现行的“西医诊断、中医治疗”框架下操作，然后比较两组患者长期的健康结局（如慢性病并发症发生率、功能状态维持时间、医疗总花费等）。然而，这样的试验在新加坡当前的制度环境下无法实施——因为现行法规和执业指引实际上不允许中医师在没有西医诊断支持的情况下独立进行临床决策（这被视为超出其“安全执业范围”）。这就是第二齿轮：旧标准的定义权使得那个可能证明排斥不合理的证据（中医独立诊断的长期临床价值），在旧标准内部无法被产生。

无法产生这种证据的直接后果，是卫生系统的决策者可以一直以“缺乏证据”为由，拒绝为中医独立诊断提供更大的制度空间。而这一拒绝，又进一步巩固了中医在“安全辅助调理”功能上的锁定。在这个位置上，中医从业者和教育机构为求生存，逐步调整了自身的技能结构和课程设计，以适应这个“安全范围”的要求。他们培养出的新一代从业者，更擅长的是在已知西医诊断的前提下选择对症的中药或针灸——这是一种“制度适应力”。而那种能够在一个独立的、不确定的、只有“四诊”信息的临床情境中完成从病机推演到治则确立的核心能力，因长期不被要求、不被考核、不被反馈校准，正在从行业的集体知识库中加速流失。这就是第三齿轮：被排斥者的制度适应——它在无意识中完成了闭环的最后一环锁死。

在这个闭环结构中，呼吁中医从业者“更努力地证明自己有效”，不仅无效，而且可能有害。因为在被旧标准限定的安全区域内，“努力证明”所能产出的证据，必然是被这个区域的事先边界所框定的证据。例如，中医可以证明“针灸辅助镇痛能够减少术后阿片类药物的用量”——这是一个有价值的贡献，但它恰恰证明了中医适合待在“辅助”的位置上。它无法证明的是：“如果给中医一个独立运行的诊断空间，它可能识别出西医在当前框架下会错过的早期病变信号，从而提前数月甚至数年干预，显著降低严重并发症的发生率。”因为这个命题中所需要的“独立运行的诊断空间”，恰恰是旧标准不允许存在的。在旧标准内部证明自己有效——这整个努力的预设，本身就是闭环的一部分。

5.3 制度沙盒：创造旧标准从未要求过的证据类型

破解自锁闭环的战略，因此不能是在闭环内部更努力地证明自己。那相当于让一个被锁在牢笼里的人反复试图从内部撞开门锁——而真正的钥匙是重新设计那个牢笼本身。这把钥匙，就是制度沙盒。

5.3.1 沙盒的核心定位：不是中医推广项目，而是新证据类型的发生装置

制度沙盒的本质，是一个在旧制度内部撕开的临时裂缝。在这个裂缝内部，一小组经过筛选的参与者被暂时豁免遵守旧制度的核心规则——在本案例中，即“中医独立诊断需先经西医师复核签字的审批”——代之以一套“事先独立诊断、事后安全过滤、全程留痕追溯”的新规则。沙盒的目标，不是在这个裂缝内部向旧制度证明“中医比西医更有效”，而是让一种旧制度从未允许存在的东西——中医在独立运行状态下的临床诊断过程——被完整地、可记录地、可分析地运行三年，用运行过程中产生的真实数据，去建立一个旧标准从未要求过、因此也从未被设计去排除的新证据类型：能力恢复轨迹曲线。

这个定位至关重要。如果把沙盒定位为“中医推广项目”，那么它就必须接受现有评估标准的检验——而我们已经论证，这套标准的结构性预设使得中医独立诊断的价值在检验前就已被排除。但如果把沙盒定位为“新证据类型的发生装置”，那么它就不需要先在旧标准面前证明自己“有效”——它只需要证明，它产出的那种证据，是旧标准自身在逻辑上就无法忽视的，因为这种证据直接回应了旧标准排斥中医独立诊断时所依据的那个核心经验前提：“该能力缺乏群体规模的有效性实证”。能力恢复轨迹曲线恰恰是对这个前提的直接经验检验——它测量的是：当一群本身接受过独立诊断训练、但二十年来因制度限制而无法在真实临床中执行该能力的从业者，在一个被保护的、独立的运行空间中执行该能力（并接受每次诊断后的反馈校准）时，他们的诊断准确率和认知路径纯度，是否会随着练习例次的增加而呈现出可测量的、朝向稳定独立标准的收敛？如果答案是肯定的，那么旧标准用以排斥中医独立诊断的那个前提——“这种能力无法被群体规模地恢复”——就被一条实证曲线直接挑战了。如果答案是否定的（能力确实不可恢复了），那么这这也是一个有价值的结果——它让卫生体系的决策者知道了“什么已经不必再争取”，从而避免在未来几十年持续投入无效的增量政策资源。

5.3.2 沙盒的七项关键设计条款

基于这个定位，制度沙盒的设计包含以下七项互锁的条款。

第一，选址与机构依托。沙盒应设在某一公立医疗集团下属的中医诊所或中西医协作中心内，以利用集团现有的临床设施、病历系统和伦理审查架构。候选机构包括SingHealth或National University Health System (NUHS) 旗下已设有中医服务的单位。选址的关键标准是该机构有独立的伦理审查委员会（IRB），且愿意在常规伦理审查之外，为沙盒设立一个专门的、包含中医学者和外部观察员的独立监督小组。

第二，制度切割条款。沙盒参与者在试验期间，就被纳入了沙盒的病例范围内，执行独立诊断时豁免“须经西医师复核签字”的常规前置审批。豁免的条件严格限定：①仅在纳入沙盒的特定病例范围内有效；②参与者必须事先通过沙盒的资格筛选（见第三条款）；③每次独立诊断后，诊断记录必须在24小时内提交独立评估组进行追溯审查；④如评估组在审查中发现诊断存在可能危及患者安全的重大疏漏，评估组有权建议该参与者暂停独立诊断权限直至其完成补救训练并通过复核。这就是“事先

豁免、事后追溯”的制度切割语法——它用旧制度可以接受的“安全追责”逻辑，为旧制度“事前拦截”的惯例打开了一个暂时的缺口。

第三，参与者的招募逻辑。 沙盒招募的优先序不是“行业中最优秀的独立诊断师”，而是“自评独立诊断能力已显著丧失、且有意愿在受保护环境恢复该能力”的注册中医师。招募年龄集中于40-55岁——这一群体在训练期间（1980-1990年代）曾接受过一定程度的独立诊断训练，但在随后的二十年执业中因制度限制而逐渐丧失或从未充分发展该能力。在沙盒的逻辑中，如果连这些“自评已退化”的从业者都能在被保护的环境中呈现出能力恢复的轨迹，那么“能力可以恢复”的证据力反而更强——因为它不是靠挑选“仍然优秀的幸存者”而得到的。

第四，能力恢复轨迹曲线的数据采集与公开机制。 每位参与者在沙盒期间完成的每一例独立诊断，都必须全程口述推理并同步录像。录像和对应的病历，由独立评估组（由新加坡本地资深中医师、中国大陆在独立诊断领域具有学术声誉的中医学者、以及香港中医理论研究者三方构成）进行双盲评估——评估者在评估诊断质量时，不被告知该病例的后续临床结局，以避免“事后聪明”的偏差。评估维度包括：病机推断的完整度、治则确立的逻辑自洽性、以及诊断路径对《黄帝内经》核心概念的运用纯正度（即不使用西医诊断概念作为推理的中介）。每位参与者的评估得分随完成病例数的变化，即构成其个人能力恢复轨迹。这些轨迹数据在去标识化后，于沙盒启动后的第18-24个月公开发布首批报告。

第五，教学标本库的编辑规范。 被评估组一致评定为高质量（病机推断完整且路径纯正）的独立诊断病例，将被编辑为教学标本——包含完整的四诊数据录像、口述推理的文字转录、以及评估组的注释分析。这些标本，既可作为下一批进入沙盒的从业者的训练材料，也可作为中医教育机构课程改革的教材资源，还是向卫生政策制定者展示“中医独立诊断的实际操作形态为何”的直接窗口。标本库的编辑规范要求：每例标本必须附带“认知路径类型”标签——即诊断者是采用“独立推导型”（全程使用中医原生概念逻辑链）还是“混合型”（部分段落出现西医概念的中介）或是“倒推型”（先以西医学知识锁定病位和病性，再用中医术语回填）；这一类型学分类，本身就构成了能力恢复轨迹曲线的纵向分析维度。

第六，对抗认知捷径绕过的技术拦截与痕迹数据化方案。 为防止参与者在沙盒的“独立诊断”要求下，仍走认知捷径（即先在脑中完成西医诊断推理，再用中医术语重述），病历系统需嵌入一个西医学名词过滤器——当参与者进入独立诊断录入界面时，系统强制先隐藏该患者的检验报告和西医诊断标签入口，并在诊断文本录入中自动对预先定义的西医学名词列表（如疾病名称、检验指标名称）进行关键字标记；若系统检测到某参与者在独立诊断文本中持续出现较高频次的西医概念“回译”痕迹（如先出现一个被标记的词，随后以中医术语重新表述），该系统会向独立评估组发送提醒。参与者知道这个拦截系统的存在，但其具体的算法细节不向参与者公开，以保持其作为一个“认知监督”而非“技术惩罚”的工具角色。所有绕过痕迹（即被系统标记但在参与者修改后被删除或替换的文本片段）均被技术性地保留为“痕迹数据”，作为分析“制度适应力惯性深度”的副产物。

第七，三年后制度谈判的证据框架。 沙盒启动后第三年，项目组以独立评估组的名义向卫生部和中医管理委员会提交一份包含以下四个组成部分的制度改革提案：①沙盒期间的全部能力恢复轨迹数据（群体中位数曲线、个体间变异范围、认知路径类型学的历时变迁）；②教学标本库的样本展示与教学方法论说明书；③患者安全过滤层的零严重不良事件记录（作为从“试验豁免”转化为“常规授

权”的安全证据)；④一份双轨并行评估的卫生经济学初步分析——比较沙盒参与者独立诊断的病例（在独立诊断后仍由西医师作安全复核，但治疗方案可基于中医独立诊断调整）与匹配的常规中西医协作病例（西医主导诊断、中医辅助调理），在三年内的慢性病并发症发生率、再入院率和总医疗花费（床日成本）的差异。这份提案的核心论点不是“中医比西医更有效”，而是“在安全过滤层的保护下，被允许独立运行的中医诊断操作，没有产生比现行辅助模式更高的安全风险，但在成本替代和并发症早期拦截方面表现出了现行模式未覆盖的增量价值——因此，将沙盒期间的豁免条款转化为有限度的常规授权，是风险管理上可能更优的选择。”

5.3.3 失败模式的预研与修复路径

沙盒设计中已预先识别了四项高概率失败模式并内置了应对条款。

失败模式一：参与者绕过独立诊断条款。即参与者在表面上遵守“独立诊断”的程序，但实际上先在脑中完成西医推断，再用中医术语重述（认知捷径绕过）。应对条款为上述第六条款的技术拦截加痕迹数据化方案。此外，独立评估组在双盲评估中如发现某参与者的诊断路径在类型学上持续表现为“倒推型”且在多次反馈后未有向“独立推导型”移动的迹象，可将其移出沙盒参与者名单——因为沙盒的目标是“帮助能力恢复”，而非“为表演独立诊断提供舞台”。

失败模式二：独立评估组内部对“何谓纯正的中医独立诊断”发生不可调和的分歧。这一问题在中医学术界本身就是一个广泛存在的争议。沙盒的应对条款是：不追求对“纯正性”的形而上学定义，而是采用操作性的认知路径类型学分类（独立推导型/混合型/倒推型）来替代“纯正/不纯正”的二分判断；评估组关注的焦点，不是参与者的诊断推理是否达到理论上“唯一正确的内经逻辑”，而是其诊断推理的方向是否是从四诊数据出发、运用中医核心概念（阴阳、表里、寒热、虚实、脏腑、经络等）独立推导至病机和治则，而不是从已知的西医诊断标签出发反推中医解释。只要推理方向正确，即使在具体的病机判断上存在评估者之间的分歧（这在中医临床中本属常态），也不影响对“该推理是否为独立推导型”的类型判定。

失败模式三：沙盒在制度中途被旧标准的维护者（如西医团体以“患者安全”为由）要求中止或大幅修改其独立诊断豁免条款。应对条款：沙盒在启动时即由独立伦理委员会和集团管理层联合签署一份“三年研究周期不予中期因非安全原因中断的承诺书”；该承诺书的法律约束力虽然有限（任何一届管理层都难以约束其后继者），但其在公开签署后的声誉约束力——特别是在新加坡高度制度化、重视承诺一致性的治理文化中——可提供一定程度的保护。此外，项目组在沙盒前两年即定期向管理层和卫生部提交中期简报，主动展示患者安全过滤层的零严重事件记录，将“中止沙盒”的代价从“不知风险多大所以要谨慎”转换为“已有安全数据支持的情况下强行中止的可被公开质疑性”。

失败模式四：能力恢复轨迹曲线未显示出群体规模的收敛——即受试者的独立诊断能力在获得保护空间后，并未随着练习例次的增加而显著提升。这是沙盒方法论必须面对的最根本的失败模式，因为它直接挑战了沙盒的理论假设：被压制的认知能力在获得保护后可以被群体规模地恢复。应对条款：这一失败模式本身构成了对旧标准排斥前提的一个关键检验——如果能力在保护下仍无法恢复，那么旧标准用以排斥中医独立诊断的那个前提（“这种能力缺乏群体规模的有效性实证”）就在新的证据类型下被验证为真（而非像之前那样，只是因为不被允许运行而无法检验）。从卫生政策角度看，这个结果也是有价值的负反馈——它让决策者知道了“存量人力资本已不可逆丧失”，从而停止在未来几

十年持续投入增量的无效政策资源，将资源转向替代方案（如从其他仍保有独立诊断传统的地区引进资深从业者进行全新的代际培养）。换言之，沙盒设计并不因为其核心假设“可能被证明为错”而丧失其价值——恰恰相反，它的价值部分就在于：它是目前唯一能够对该假设进行严格的、框架内可接受的检验的制度设计。

5.3.4 与现有政策试验工具的区分

制度沙盒与常见的“政策试点”、“特区”、“示范项目”等工具有本质区别。后者的评估标准，仍是基于旧制度的既有指标——试点是否提升了效率、降低了成本、改善了 service 量或满意度。但制度沙盒的产出——能力恢复轨迹曲线——是一种旧标准从未要求过的证据类型；因此，沙盒的“成功”或“失败”，不能仅用旧标准的指标来判定。一个沙盒可能在“service 量提升”或“患者满意度改善”这些旧指标上表现平平，但它产出的新证据类型可能对制度规则的修改具有深远的启动作用；反之，一个在旧指标上表现良好的试点，可能只是更有效地执行了旧制度预设的操作而丝毫没有挑战其边界。沙盒在新加坡中医案例中的特殊工程位置，就在于它不试图在旧标准内“做得更好”（因为旧标准的框架本身就排斥了中医独立诊断的可能价值），而是试图创造一种让旧标准被迫面对其自身盲区的证据。

6 结论

6.1 核心发现

本文通过对新加坡中医制度化的历史路径追溯、制度排斥的自锁闭环模型建构、以及制度沙盒方法论的系统阐释，得出了以下核心发现。

新加坡对《黄帝内经》医学智慧的“制度化容纳”，在实质上是一种与排斥同步发生的选择性吸收。从1980年代的平行线设计，到2000年的正面清单式注册制度，再到2010年代的“泛养生化”社区健康推广，每一次制度调整都在合理的当下理由下，逐步将中医独立诊断能力压缩至一个“安全无害但无锋”的辅助位置。这个压缩过程不是由一道公开的禁令执行的，而是由一套自锁闭环机制自我维持的：循证医学的证据定义权垄断（第一齿轮）使得中医独立诊断的价值无法在旧标准内获得承认；证据缺口的自我再生产（第二齿轮）使得“缺乏群体规模的有效性证据”成为一个看似客观的排斥理由；而被排斥者为求生存而主动发展的“制度适应力”（第三齿轮），又进一步使独立诊断能力从行业内部加速流失，从而在旧标准可能松动的未来时刻，出现“空间给了，但能执行的人已经没了”的困境。

破解这一闭环的关键，不在于在旧标准内部更努力地证明自己，而在于创建一个制度沙盒——在旧制度内部撕开一个临时裂缝，使被长期禁止运行的中医独立诊断能力，在受保护的独立空间中获得完整的、可记录的运行机会，用运行过程中产生的真实数据去建立一种旧标准从未要求过、因此也从未被设计去排除的新证据类型：“能力恢复轨迹曲线”。然而，沙盒在进入预算决策入口时，自身面临着一个与中医困境同构的自锁悖论——它“值得被投资”的证据，只能在它运行之后才能被产出。破解这一入口悖论的策略，是“翻译”——将沙盒的本质价值用旧制度自身的成本语言重框定为三笔“不做反而更贵”的风险管理买入：探测沉默预算黑洞的最小成本探针、确认沉默人力资本负债规模的唯一工具、以及可跨科室复用的隐性知识管理基础设施的先导研发投入。

沙盒的设计如果只停留在“运行三年、产出能力恢复数据”，那么它很可能在保护区撤销后丧失所有已恢复的成果。因此，沙盒必须从启动第一天起就平行建设三件制度遗产（独立评估委员会的法人化、技术拦截架构的永久嵌入、豁免转授权的路径图），以确保保护机制在沙盒关闭后能够以不依赖沙盒预算的低维护成本自持运转。

6.2 理论贡献

本文的理论贡献聚焦于三项相互关联的推进。

第一，将“制度排斥”的分析从传统的“禁令/资源不对称”层面推进到“自锁闭环的自我再生产机制”层面。制度排斥的效力，往往不在于外部的强制性禁令，而在于它通过证据定义权的垄断，让被排斥者无法在旧框架内部产生对其不利的经验反例。这一分析框架超越了“政策支持不足论”的简单资源逻辑，揭示了即便资源有所增加、政策有所松动，只要证据的定义权结构不变，排斥就可能以更隐蔽的方式持续。

第二，提出了“制度沙盒”这一方法论概念及其完整的设计条款。它不同于常规的政策试点，因为它的目标是创造旧标准从未要求过的新证据类型，而非在旧标准内部追求优化。这一概念为任何面临“在旧标准框架内无法产生证明自己合法性所需证据”这一困境的替代性认知或实践传统，提供了一个可被操作的制度设计蓝图。本文还给出了沙盒失败模式的预研和修复路径、以及制度遗产孵化器的设计原则，使沙盒方法不只是一个口号，而是一套可被工程化实施的操作系统。

第三，论证了“翻译”作为制度博弈的入口策略的理论位置。这一论证揭示：旧制度排斥被排斥者的最深一道防线，往往不在论证的中途，而在论证进入制度决策之前的语言门槛上。因此，被排斥者在争取制度空间时，最精妙的策略可能不是坚持用自己的语言反复陈述自己的价值（这可能永远通不过入口的语言检查），而是暂时性地、战略性地使用旧制度的核心语言——成本、风险、负债、资产灭失——将自己重框定为一笔在对方已有决策框架内“不做反而更贵”的投入。这不是价值妥协，而是一种在入口处破解入口封锁的语言行动，其目的是为后续在沙盒内部用新语言证明被排斥者的价值创造制度条件。

6.3 实践与政策含义

本文对卫生政策制定者、中医管理机构和医学教育机构提出了以下可操作的建议。

第一，新加坡的卫生政策制定者（卫生部、SingHealth及NUHS的管理层）应认真评估将一项中医独立诊断制度沙盒纳入慢性病管理创新筛查工具预研组合的可行性。本文提供的三重成本逻辑重框定，可直接用作沙盒的预算立项报告的核心论证段落。沙盒的规模可以从一个小规模的先导版本开始（10-15名参与者，为期两年），以降低先期投入风险，并在先导阶段验证能力恢复轨迹曲线这一新证据类型的可测量性。

第二，中医管理委员会应考虑在现行注册考试结构之外，设立一个“独立诊断能力”的自愿附加认证模块——该模块的评估工具，可采用本文所论述的封闭案例独立诊断测试（仅给四诊数据、不给西医诊断标签和检验报告），并由一个包含外部中医学者的独立评估组实施。这一附加认证不替代现行注册考试，但为那些希望证明自己保有超出“安全辅助调理”专业能力的从业者，提供一个经官方认可的认证通道——这本身就是为中医独立诊断在制度内部创造一个合法的、长期的存在空间。

第三，中医教育机构——特别是新加坡中医学院及其与海外合作院校的教学课程——应审慎审视其课程表中“西医基础课”与“经典独立诊断训练”的权重分配。如果本文关于“制度适应力”正在代际加速替代“原生独立诊断能力”的判断成立，那么当前课程设置在客观上就是在为这个替代过程加杠杆。这不是建议“取消西医课程”（那在当代医学环境中既不现实也不负责任），而是建议在课程中明确设置一门或多门以“封闭案例独立诊断练习”为核心的、不以西医诊断框架为前提的临床训练课程，并对其进行独立的考核和反馈——让下一代从业者至少保有执行独立诊断的基本能力记忆，而不是等到二十年后才由另一个制度沙盒来补救。

6.4 研究局限

本文有多项重要的研究局限，须诚实陈述。

第一，本文对新加坡中医执业群体能力结构的判断，主要基于对制度史的推演和对现有文献的二次分析，并未基于对新加坡现役中医师的第一手封闭案例独立诊断测试数据。本文所构建的“能力代际衰

减”的叙事，其具体程度（如“40-55岁群体的独立诊断准确率可能比55岁以上群体下降了多少”）在获得一手数据检验之前，仍然是一种有根据的推断而非确证事实。这正是本文建议的“项目二”——中医独立诊断能力代际衰减的横截面测量——所要完成的工作。

第二，制度沙盒的设计虽然给出了详细的条款，但其在真实的制度政治环境中的运行效果，无法在本文的论证中获证。本文的论证是“如果沙盒被启动，它可能产生什么系统效应”的可行性论证，而非“沙盒已被启动，以下是运行效果评估”的实证评估。本文通过预置失败模式与应对条款，试图在纸面上增强沙盒的抗干扰能力，但这些条款在实际权力博弈中的效力，只能在沙盒真正运行后才知道。

第三，本文对旧制度“翻译”策略的论述——即用旧制度的预算语言为沙盒购票——虽然具有逻辑上的说服力，但其在实际的预算决策者面前的效果，难以在事先被严格预测。一位实际的预算审批者，在看到“探测沉默预算黑洞”这样的框定时，可能会被说服，也可能完全不为所动——这取决于众多本文无法预知的个人、机构和政治情境因素。因此，“翻译”策略应被理解为沙盒推动者工具箱中的一项工具，而不是一项保证成功的灵丹妙药。

6.5 未来研究方向

本文的论证为后续研究开辟了多个生长方向。以下给出五个可独立操作的研究项目，构成一个从单议题分析向一般理论框架演进的研究纲领。

项目一：新加坡中医独立诊断制度沙盒的首发试验（3年）。这是本文论证的直接落地项目。按5.3节的设计条款执行，核心产出为：首批参与者（15-25人）的能力恢复轨迹曲线、教学标本库（不少于50例完整录像）、技术拦截模块的原型系统、患者安全过滤层的零严重不良事件记录、以及沙盒评估组向卫生部和中医管理委员会提交的制度改革提案（含双轨并行评估的卫生经济学分析）。学术产出为：3-5篇方法论论文（分别阐述录像式认知路径分析方法、制度切割条款的设计语法、能力恢复轨迹曲线的测量方法、以及双轨并行评估的初步卫生经济学结论）、一篇向政策制定者的白皮书。

项目二：中医独立诊断能力代际衰减的横截面测量（6-12个月，可独立于项目一进行）。对新加坡现役注册中医师（按55岁以上、40-55岁、40岁以下三个年龄段各随机抽样20-30人）进行封闭案例独立诊断测试。产出为：新加坡中医师独立诊断能力的代际衰减曲线、能力流失的时间窗口估计。该数据既可校准沙盒的参与者招募策略，也可为决策者提供“如果不做沙盒，存量人力资本将在何时永久灭失”的量化估计。

项目三：被排斥认知实践的制度沙盒恢复论——跨场景对比研究（3-5年，可在项目一的中后期启动）。将新加坡中医沙盒的模板复制至另一个替代医学体系——例如阿育吠陀在英联邦国家（如英国或印度）公立医疗体系中的制度化沙盒试验。核心比较维度为：两种认知传统在获得独立运行空间后，其能力的恢复轨迹曲线形态是否有显著差异（所需反馈循环例次、收敛路径形态、残余偏差类型）；两种传统在恢复过程中遇到的认知捷径（用西医概念偷换原生概念）是否有跨文化共性；两种沙盒在提交新证据面对旧标准时的回应模式是否同构。产出为：两份平行的沙盒运行报告，一篇比较方法论论文——提炼“制度沙盒恢复论”的核心普适模块与领域特定模块的分界线。

项目四：强制独立教学法——将制度沙盒逻辑迁移至被标准化考试排斥的生成性教学法（2-3年，可独立于医学沙盒进行）。在一个学科（如中学物理或数学）的实验班级内，强制教师在一个完整学期中

不向学生提供标准答案、不进行“考点式”训练，仅被要求记录学生在每一次开放性问题的讨论中从“混乱摸索”到“自发形成判断准则”的完整过程（全程录像与文字转录）。核心研究问题为：被标准化考试排斥的生成性认知能力，在强制独立教学的制度保护下，其首次建立或恢复是否呈现出可测量的“学习轨迹曲线”（类比于能力恢复轨迹曲线）？学生的生成性认知能力在标准化考试条件下是否被系统性抑制？产出为：一份教学实验的录像式认知路径分析报告、一篇将制度沙盒从医学迁移至教育学的理论论文。

项目五：制度沙盒失败模式谱系的前瞻追踪与修正（长期跟踪，5-10年）。对至少三个在不同领域（中医、替代医学、生成性教学法）启动的制度沙盒，做前瞻性失败模式追踪——在启动前预先为每个沙盒定义5-7项可能的失败模式（如：沙盒被旧标准中途校准、参与者在保护空间内部自发重建旧制度的操作模式、新证据被旧制度搁置为“可选补充项”而非改写标准、制度遗产无法在沙盒结束后自我维持），并在沙盒运行过程中定期收集与这些失败模式相关的早期预警信号。产出为：一份跨三个场景的制度沙盒失败模式分类学与早期预警指标体系，一篇为未来制度沙盒设计者提供“失败模式预防清单”的应用性论文——该清单的形态可类比于工程学中的失效模式与影响分析，但其针对的是制度试验而非物理系统的动态特征。

这五个项目，从单案例首发试验（项目一）到跨场景比较（项目三和四）再到方法论元分析（项目五），构成了一条在5到10年内可以将“制度沙盒”从一个特定政策处方提升为一个一般性理论框架的学术推进路线。这一路线是否能走完、每一步是否能按期启动，都受到现实世界中预算、机构合作、制度政治和文化接受度等不确定因素的制约。但至少现在，这份纲领本身已经是一份可以被拿上政策讨论桌的、具体到操作条款、预算话语和失败模式应急计划的设计提案——而不仅仅是又一份关于“中医应该被更认真对待”的恳切论述。

参考文献

编辑核验说明

本篇原文献表共 25 条，未在正文中被逐条引注，属陈列性书目。本轮（2026年7月26日 事实校准轮）对其做了一次逐条核验，并按核验结果重排为两组。核验的目的不是裁定这些文献的价值，而是让读者一眼看出哪些条目可以直接取用、哪些在取用前须自行复核。删去重复条目一条（Guyatt 等 1992 与 Evidence-Based Medicine Working Group 1992 系同一篇）。另补入本篇所依据的新加坡制度事实的一手来源。

一·已核验

2. 李经纬, 林昭庚. (2008). *中国医学通史·现代卷*. 人民卫生出版社.
4. 廖育群. (2006). *岐黄医道*. 辽宁教育出版社.
6. 王一方. (2010). *医学是什么*. 北京大学出版社.
9. Cheung, F. (2011). TCM: Made in China. *Nature*, 480(7378), S82-S83.
10. Evidence-Based Medicine Working Group. (1992). Evidence-based medicine: A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA*, 268(17), 2420-2425.
13. Greenhalgh, T., Howick, J., & Maskrey, N. (2014). Evidence based medicine: A movement in crisis? *BMJ*, 348, g3725.
15. Kleinman, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture*. University of California Press.
16. Lambert, H. (2006). Accounting for EBM: Notions of evidence in medicine. *Social Science & Medicine*, 62(11), 2633-2645.
18. Lock, M., & Gordon, D. (Eds.). (1988). *Biomedicine Examined*. Kluwer Academic Publishers.
20. Ministry of Health, Singapore. (2000). *Traditional Chinese Medicine Practitioners Act*. Singapore National Printers.
22. Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ*, 312(7023), 71-72.
23. Scheid, V. (2002). *Chinese Medicine in Contemporary China: Plurality and Synthesis*. Duke University Press.
24. Unschuld, P. U. (2003). *Huang Di Nei Jing Su Wen: Nature, Knowledge, Imagery in an Ancient Chinese Medical Text*. University of California Press.

25. World Health Organization. (2019). *WHO Global Report on Traditional and Complementary Medicine 2019*. WHO Press.

Ministry of Health, Singapore. Use of MediSave at TCM clinics (国会答复: 门诊中医一般不可动用 MediSave) .

Ministry of Health, Singapore. Inclusion of TCM clinics under Community Health Assist Scheme (CHAS) (国会答复: 目前无计划将 CHAS 补贴扩大至中医诊所) .

Ministry of Health, Singapore. Pilot for Extension of Subsidy and MediSave for Acupuncture at Public Specialist Outpatient Clinics, 2020 (须经主治专科医师诊断与转介) .

Ministry of Health, Singapore. Speech by Mr Ong Ye Kung at the Forum on the Use of Evidence-Based Traditional Chinese Medicine in Western Medicine Practice, 6 July 2025 (中医整合沙盘与 18 项提案; 自我规管取舍的公开理由) .

Traditional Chinese Medicine Practitioners Board. Registration requirements (STRE → Modified-STRE → 2027 年起改为 OSCE 格式的临床能力评核) .

二·待核验(取用前请自行复核作者、篇名、年份与卷期)

〔待核〕1. 陈建仲. (2015). 新加坡中医制度化进程中的专业边界与知识传承. *台湾中医医学杂志*, 13(2), 45-67.

〔待核〕3. 梁繁荣, 吴曦. (2014). 循证医学与中医药临床研究的方法学挑战. *中国中西医结合杂志*, 34(8), 901-905.

〔待核〕5. 刘保定, 王永炎. (2012). 中医辨证论治的认知路径分析与方法学思考. *中医杂志*, 53(15), 1261-1264.

〔待核〕7. 张伯礼, 刘清泉. (2020). 中医药防治新型冠状病毒肺炎的临床研究进展与证据转化. *中医杂志*, 61(7), 553-557.

〔待核〕8. Chan, K., & Lee, H. (2010). Integrating traditional Chinese medicine into Singapore's healthcare system: Policy challenges and professional negotiations. *Social Science & Medicine*, 71(12), 2081-2088.

〔待核〕11. Fan, R. (2007). Correlative reasoning in traditional Chinese medicine: A philosophical analysis. *Journal of Chinese Philosophy*, 34(4), 529-552.

〔待核〕12. Fong, H., & Lim, M. K. (2013). The professionalisation of traditional Chinese medicine in Singapore. *Asian Medicine*, 8(2), 415-436.

〔待核〕17. Lim, M. K. (2004). Quest for quality care and patient safety: The case of Singapore. *Quality and Safety in Health Care*, 13(1), 71-75.

〔待核〕 19. MacPherson, H., & Schroer, S. (2007). Acupuncture as a complex intervention: A holistic model. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 13(7), 741-748.

〔待核〕 21. Quah, S. R. (2003). Traditional healing systems and the ethos of science. *Social Science & Medicine*, 57(10), 1997-2012.

利益冲突声明

作者声明无任何利益冲突。