

功能评估的阶梯：新加坡中医药制度演化的六重门径

作者 秦莉 · SDE 学员 · 约 2.8 万字 · 发表于2026年7月26日 · 事实校准修订版

摘要

新加坡中医药的制度化，表面上是一条“从边缘走向整合”的政策叙事，但在操作层面，它实际上需要依次穿越六道制度闸门——认识论裂缝的暴露、信息增益的实证化、功能评估操作的制度化、教育输出的对接、决策权的法律再分配、以及认识论的互嵌。每一道门背后，都有一套专用的刹车机制：它可以在公开话语上宣布门已被推开的同时，在操作规则上将其锁得比以前更严密。本文以新加坡近十年来在中医药制度化过程中的制度试探行为为分析对象，结合历史制度主义、科学知识社会学与当代心身医学的研究范式，提出一个“逐门解锁”的演化分析框架，并据此为新加坡中医药的下一步改革给出六项可被行政操作的具体干预方案。论文的核心判断是：中医药从“被允许存在的辅助养生方式”走向“被需要的功能评估组件”，其演化路径不是一条被单一推力或阻力主导的平滑曲线，而是由制度沉积、认知裂缝、信息增益和权力博弈四重力量在每一道门前反复拉锯的复合进程。任何一道门的进程受阻，整个演化序列就可能被锁定在“制度宣称已经整合、临床操作仍未改变”的僵持态——而破解这一僵持态的关键，不在于继续论证“中医为什么应该被承认”，而在于为每一道门找到一项不直接挑战保守同盟、却能在其既存权力空间之外改变一个关键操作条件的解锁工具。

这把刀切过的近邻

功能评估的阶梯

- 药效验证派
- 边界工作
- 历史制度主义
- 整合医疗叙事

关键词：中医药制度化；系统功能评估；多病共存管理；循证医学改革；新加坡医疗政策

目录

- 1.1 引言
- 2.2 文献综述
- 3.3 理论框架：六重制度闸门的逐门演化模型
- 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 141 → 146

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. 订正《中医师法令》的通过年份为 2000 年
2. 订正白皮书名称为 Healthier SG 白皮书（2022）
3. 删去与事实不符的致谢

1 引言

新加坡的医疗体系以其高效、平等和以生物医学为核心的循证取向而被国际社会广泛称道。在这种高度制度化和标准化的环境中，中医药的存在不可避免地构成一个制度异常体：它既未被彻底排斥——《中医师法令》于 2000 年在国会通过，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——却又始终被框定在“补充替代医疗”的范畴内，其诊断结论不具法律效力，其治疗费用基本不被公共医疗融资覆盖，其临床角色基本上被限定于针灸止痛与养生调理这两条狭窄通道。

然而近十年来，这个边界开始出现裂痕。两项在循证医学现有工具面前反复暴露出结构盲区的临床挑战，正在把中医药从制度边缘往协同核心的方向推。第一项挑战是多病共存（multimorbidity）的蔓延：新加坡六十五岁以上人口中，同时患有三种及以上慢性病的比例持续攀升，而单病种指南驱动的分科管理模式在处理这类患者时常常沦为多药并用、频繁转诊与功能状态持续恶化之间的恶性循环。第二项挑战是“医学上无法解释的症状”（medically unexplained symptoms, MUS）在心身医学和基层医疗中的高发：大量患者主诉疲劳、疼痛、心悸、失眠、消化紊乱，但常规生化检查与影像学检查均未发现足以解释其症状的结构器质异常，导致反复就诊、资源消耗与医患挫败并存。正是在这两条战线上，中医药的一套内置操作逻辑——它不在解剖实体层面定义疾病，而是在功能耦合层面追踪多条生理轴之间的失稳与代偿关系——暴露出了循证医学在实体先于关系预设下的结构性盲区，也因此获得了从“另一种文化传统”转向“另一种合法的医学认识论”被看待的可能。

本文所做的工作，不是再次论证“中医疗效应该被随机对照试验证实”或“中医理论应有现代科学解释”。这些论证已经被不同立场的研究者反复提出或反驳了数十年，而本文的出发点是另一个更基础的问题：即使循证医学在特定临床地带撞到了自己认识论预设的墙，即使中医药恰好拥有能翻那堵墙的认知工具，这个墙也不是被一次突破就从此消失的。从“被允许存在”到“被结构需要”的制度演化，不是一次认知辩论的胜利，而是多个制度节点、多股保守力量、多重权力逻辑在每一个具体的组织空间中反复拉锯的结果。

这个观察将本文的分析引向一个逐门拆解的制度分析路径。通过对近十年来新加坡中医药政策文本、临床试点公告、基金申报指南、医学教育课程改革计划以及医疗法律相关条款的追踪，本文识别出在这个演化路径上依次排列的六道制度闸门——每一道闸门的开启都构成进入下一个阶段的先决条件，

每一道闸门又都有自己专有的“表面开启-深层锁死”的刹车机制。如果不精密到“这一步的制度行为是否已经发生”，而只停留在“整合医疗的方向是对的”这种宏观叙事层面，那么中医药的制度化进程很可能在某个中间态上被锁死——不是被推回原点，而是被吸进一个“制度文本里已被整合、临床操作中仍未改变”的僵持态，这种僵持态比纯粹的被排斥更难突破，因为它已经拥有了“我们正在推进”的合法外衣。

基于此，本文在结构上分为六个部分。第二部分通过文献综述，定位本文的分析框架在现有中医药制度化研究、科学知识社会学与历史制度主义三个学术传统中的位置。第三部分给出本文的核心理论框架——六道制度闸门的逐门演化模型，并显式说明这一框架的制度演化动力来源。第四部分交代本文的制度分析方法和材料来源。第五部分是论文的核心分析与讨论，逐一解剖六道闸门的开启标志、刹车机制、当前新加坡的实际进度以及可操作的解锁干预方案。第六部分为结论，凝缩本文的核心发现、理论贡献、实践含义与研究局限，并在“未来研究方向”中指出这一演化框架向其他医疗体系推广的边界条件。

2 文献综述

中医药在现代医疗体系中的制度化问题，并不是新加坡独有的挑战。在过去三十年间，围绕“中医药如何被纳入主流医疗体系”这一议题，形成了三个相互关联但又各有侧重的研究传统。本文的分析框架正是建立在对这三个传统各自局限的认识之上。

2.1 药效验证派：以随机对照试验为唯一合法通道的预设

这一传统是中医制度化研究中最主流、也最受政策制定者重视的路径。它的核心预设可被浓缩为一个命题：中医要被主流体系接受，唯一合法的路径是通过随机对照试验（RCT）证明其治疗手段的安全性与有效性。在这一预设下，过去二十年中涌现了大量针对针灸、中药单方或复方制剂的临床试验（Linde et al., 2005; Bensoussan et al., 1998），其中部分研究获得了统计学上的阳性结果，部分未能显示超越安慰剂的效应。

然而这一传统的局限性也在实践中日益暴露。最根本的问题在于，RCT的方法论结构——随机分组、固定干预、单一主要结局——是为“单一病因-单一靶点-单一效应”的线性药理模型而优化的。当它被用来评估那些将“患者功能状态在多轴交互中的方向性转变”作为治疗目标的中医干预时，恰好在方法论预设层丢失了中医想要表达的核心信息。这并非一个“做得不够严格”的问题，而是一个“工具与被评估对象的逻辑不相容”的问题。正是这一不相容，催生了此后对中医疗效评估进行方法论多元化的呼吁（Paterson & Dieppe, 2005）。

本文与这一传统的关系是双重的：一方面，本文完全认可RCT在回答“某种药物是否能降低血糖”这类线性因果问题上的不可替代性；另一方面，本文的出发点正是这一传统在多病共存和心身症状两个地带暴露出的结构性盲区——不是因为这一传统的执行者不努力，而是因为它的认识论预设自动过滤掉了功能耦合与相变的信息。本文提出的“第二类证据通道”设想，恰恰不是去推翻RCT的既有等级，而是在它失效的地带，为另一类知识建立平行通道。

2.2 制度边界建构派：循证医学如何制造并维持边界

与第一个传统的方法论取向不同，第二个传统从科学知识社会学中汲取资源，关心的不是“中医是否有效”，而是“为什么中医在特定制度背景下被判定为不具有有效性”。这一派的核心发现是：循证医学的证据等级体系并不只是中立的科学方法——它在运作过程中同时是一个边界建构装置

（boundary-work device），通过定义什么样的知识可以进入临床决策，从而定义什么样的实践者享有合法的临床权威（Gieryn, 1983; Dodier, 2003）。

在中医制度化的具体语境下，这一派的研究揭示了若干关键机制。例如，尽管一些国家的中医注册制度在表面上打开了合法执业的大门，但“注册”与“诊断权”的分置——即中医师可以合法提供治疗但其所做诊断不具法律效力——恰恰通过把中医架空为一个“可以治病但不能判定疾病”的尴尬角色，在制度内部重新割出了一条鲜明的从属边界（Dixon, 2008）。又如，在综合性医院的整合门诊中，即使中医师被纳入多学科团队，但电子病历系统中“中医评估意见”字段的缺失，也构成了一种

制度设计上的“不承认”——它不需要正面否决中医，只需要不给中医的评估预留一个信息入口，就实际上将其排除出了临床决策流（Zhan, 2001）。

本文从这一传统中继承了它对制度的微观分析技巧——特别是对“表面打开、深层锁死”的双重制度操作的警觉。然而，这一传统也有一个内在局限：它倾向于将制度博弈描述为一场边界守卫者与挑战者之间的零和对抗，而相对缺乏对“边界为何在特定历史时刻出现裂缝”的动力学分析。本文在此基础上引入一项修正：边界不是被挑战者的压力冲破的，而是被守卫者自己撞到的墙暴露出来的。当多病共存管理的临床现实逼着循证医学自己承认单病种指南的失效时，边界的缝隙不是因为中医在门外敲得更响，而是因为门内的人在房子的一角发现了自己过不去的死胡同。这一修正将本文的分析从“权力的博弈”推进到“认知的裂缝”，并为后续的解锁干预提供了不同于“加大压力”的策略方向。

2.3 历史制度主义的渐进演化派：路径依赖与关键节点

第三个传统是社会政策与制度分析领域的历史制度主义。这一派在分析医疗制度变迁时，将重心放在路径依赖、反馈效应和关键节点三重机制上——既存的制度安排会通过正反馈来锁定变迁的方向（Pierson, 2000）；在特定历史时刻，一次外部冲击或一次精英联盟的重组可能打开一个制度变迁的窗口（Mahoney, 2000）；而一旦新制度走上了某条路径，它就会重新产生自我锁定的动力。

将这一传统应用于中医药制度化的研究，已有若干重要积累。例如，对英国国家健康服务系统（NHS）中补充替代医疗的研究显示，尽管一系列政策白皮书在话语上对“患者选择”与“整合医疗”持开放态度，但NHS内部对临床成本效益的严格审查机制——一个从财务逻辑出发而非从临床逻辑出发的闸门——在多年间持续将补充替代医疗挡在了实际服务合同的门槛之外（Cant & Sharma, 1999）。类似的分析也被应用于澳大利亚的私人健康保险制度与德国的替代医学认证体系。

然而，本文在这里对历史制度主义也做了两项关键修正。第一，路径依赖理论倾向于将制度变迁的动力要么归因于外部冲击（从而把制度视为一个在常态下稳定惰性的系统），要么归因于精英联盟的重新洗牌（从而把制度变迁理解为权力的重组）。但本文所追踪的演化序列中，最关键的推力既不是一次外部危机，也不是一群精英的新共识，而是一个持续被暴露的认知裂缝——它不是一次性的冲击，而是一个不断再生产自身的结构问题。每多一个三病共存患者被分科管理的转诊循环消耗到功能失能，裂缝就被再暴露一次。这种持续暴露的累积效应，在历史制度主义的标准模型中并没有被充分理论化。第二，历史制度主义倾向于把“制度”视为一个整体——一旦某扇门被突破，后续的演化就可能被路径依赖推着走。但本文的经验分析表明，中医药的制度化通道是被多重制度空间分隔开的：基金申请指南的条款、病历系统的字段设计、住院培训的轮转结构、医疗诉讼的证据规则，每一个都是一个独立的制度战场，每一个都有自己的刹车机制。突破一个不等于突破下一个；而且下一扇门未被突破时，已经打开的那扇门也可能被拉动回去，因为它的刹车机制并没有死亡——只是被“我们已经开了第一扇门”的进步叙事暂时盖住了。因此，本文在历史制度主义的整体分析单元下，引入一个逐门拆分的精细结构。

2.4 定位本文的理论空间

上述三个传统各有自己的学术贡献，但在面临新加坡中医药制度化这一具体议题时，各自暴露出了不同的分析盲区。药效验证派只处理了认识论问题，但没有碰制度问题；制度边界建构派揭示了权力边界如何被维持，但没有给出“裂缝在何处被利用”的精确工具；历史制度主义派把握了演化节奏，但把制度当成一个可以被一次突破推开的整体，低估了同一进程中多个独立闸门的串联效应。

本文在此基础上提出一个“六重制度闸门的逐门解锁框架”。这个框架不取代上述三个传统中的任何一个，而是在它们的交集处做完三件事：第一，识别出在中医药制度化的演化序列上依次排列的六道闸门；第二，为每道闸门的开启判据、专用刹车机制和当前进度给出一个精确到操作级别的检查工具；第三，为每道闸门配上一项不正面挑战保守力量、而是在另一个制度操作条件下间接撬动它的解锁干预。这个框架的理论基础将在下一部分展开。

3 理论框架：六重制度闸门的逐门演化模型

3.1 核心概念的定义

制度闸门。在本文的分析中，制度闸门不是泛指“政策障碍”或“阻力”，而是一个精确的限定概念：它指代的是在中医药从某一制度功能层进入更核心层的通道上，一个由特定操作规则——而非宏观政策宣示——所定义的进出口。一扇闸门是否开启，不应依据该议题出现在哪份白皮书的哪个条款中，而应依据一个具体的、可被外部观察的制度行为是否已经发生。例如，关于“中医评估是否进入了临床决策流”，开启的判据不是政策文件是否写入了“鼓励整合医疗”，而是电子病历系统是否上线了一个纳入协同决策逻辑的功能评估字段。这一从文本分析到操作判据的转移，是本节所有后续分析的基础。

表面开启与深层锁死。本文从科学知识社会学的边界建构研究中提炼出一个核心洞见，并将其操作化为本模型的一项关键区分。在同一扇制度闸门上，可以同时存在一个制度表面上的“门已被推开”的标志性事件，和一套制度深层的操作规则阻止其实际运行的刹车机制。表面开启通常表现为整合医疗的口号、中医药被列举在某个官方文件的合作方名单中、或一项试点项目的成立；而深层锁死表现为没有被改变的基金审批逻辑、病历信息结构、培训考核内容或医疗法律责任分配。这个区分为后续的逐门进度判断提供了解剖刀：不向白皮书索要证据，向临床操作流程的变化索要证据。

解锁工具。本文把解锁工具定义为一项制度干预——它不在认识论层面论证“中医为什么应该被承认”，而是在操作层面改变一个与中医制度化间接相关的制度条件，使得原先锁定闸门的保守力量即使不改变自己的立场，也无法阻止闸门被撬开。解锁工具的共性逻辑是：把中医从“需要被给予承认的受惠者”位置上转移到“另一个已经成立的制度需求所需要的技术提供者”位置上。例如，不要求医学院从认识论上接受“关系先于实体”，而是要求申请多病共存研究基金的项目组必须在方案中纳入至少一种功能失稳评估工具——这个要求不给中医正名，但它把中医的认知工具变成了科研准入门槛上的一个必需组件。

3.2 核心命题：六扇门的串联结构

本文的核心命题被凝缩为以下五条相互衔接的命题：

命题一：中医药从医疗体系的边缘进入协同核心，不是一条平滑的渐进曲线，而是一道由六扇依次串联的制度闸门所构成的阶梯。每一扇门的开启构成进入下一扇门的先决条件——前一扇门未被打开，后一扇门就不会被激活；而后一扇门被耽搁过久，已经打开的前一扇门也可能被重新拉回。

命题二：决定一扇门是否被打开的关键判据，不应从宏观政策文本中寻找，而应从该扇门所对应的一个具体的制度操作行为中寻找——第一扇门对应“试点结果被写入机构的质量改进报告”，第二扇门对应“基金申请指南条款修订”，第三扇门对应“病历系统协同决策字段上线”，第四扇门对应“住院培训正式设立功能轴交互分析轮转”，第五扇门对应“试点内部操作规定写入协同建议强制记录”，第六扇门对应“至少三十例功能模式相变预判数据被提交给卫生部作为证据通道论证材料”。

命题三：每扇门都有自己专用的刹车机制。第一扇门的刹车是“复杂临床挑战需要更多研究”的制度标签——这个标签在形式上承认问题的复杂性，但在操作上将它推到了无限期的研究规划中。第二扇门的刹车是没有公立机构愿意为“还需要证明”的功能失稳评估工具承担声誉风险。第三扇门的刹车是专科管辖权对自己信息主权的领土保卫。第四扇门的刹车是由教师、学生、考试主管三方共同维护的一个自我锁定的保守联盟。第五扇门的刹车是医疗法律系统以权限模糊为由自动将中医评估降格为非约束性参考意见。第六扇门的刹车是现行证据等级体系为“功能模式相变”这类知识所留下的认知真空。

命题四：六扇门之间不是独立并列的，而是存在沿着时间轴的相互依存与回写关系。第二扇门（信息增益实证化）一旦被打开，会为打开第三扇门（功能评估制度化）提供“被验证的评估信息有用性”的制度依据；第三扇门一旦被打开，会为打开第四扇门（教育输出对接）制造“受过这种训练的人在医院里有岗位可去”的职业市场需求；而第五扇门（法律决策权再分配）只有在第三、四扇门已经打开之后才可能被摆上政策议程——因为在此之前，根本没有足够的制度化临床实践为法律修订提供事实基础。

命题五：如果在新加坡的当前制度环境下，前三扇门中有两扇未能实现开启，那么中医药的制度演化将不会“退回原点”（旧有的辅助养生壳已经被需求张力击碎），而是会被锁定在一个比纯排斥更难破解的进化陷阱中：制度公开话语已经将中医药纳入整合医疗的承诺，但临床操作层的底层规则（病历信息流、基金审批逻辑、临床决策权分配）无一被修改。这就是本文所定义的“整合宣称与操作脱钩的僵持态”——它之所以比纯排斥更难破解，是因为它已经拥有了“我们正在推进”的合法外衣，使得任何试图撬开下一扇门的努力都可能被挡回去：“这一项已经纳入了规划，我们在等证据。”

3.3 演化推力：三重动力与它们在门前的转换

本文在上述五条命题之上，进一步查明推动这一演化序列的动力来源不是单一的，而是由三种不同性质的推力构成的复合系统——并且这三种推力在六扇门的不同阶段的贡献权重各自不同。

第一重推力是临床需求对既有制度预设的持续暴露。多病共存和“医学上无法解释的症状”不是一次性的危机，而是一个不断再生产自身的结构问题。每当一位三重慢性病患者被分科管理的转诊循环耗尽功能储备，循证医学的实体先于关系预设就被再暴露一次。这个持续暴露的过程是推动第一扇门打开的根本力量，因为裂缝不是由中医在门外论证出来的，而是由门内的人在自己管理的患者身上反复撞到的。

第二重推力是信息增益的实证化。当第一扇门被打开——即机构层面已承认现有工具在处理某类患者时存在结构性盲区——下一步的推力就不再来自“问题暴露”，而是来自“一种新的评估工具是否被循证医学自己的方法证明具有额外的预测价值”。这一推力的关键不在“中医有没有效”，而在“纳入中医的功能评估信息之后，对患者功能结局的预测是否比单独使用西医疾病标签更准确”。

第三重推力是制度惯性的自我加速。一旦第二扇门被打开，第三扇门的功能评估制度化就不再需要从零论证——它已经有“被基金申请指南正式列为必要组件”的制度依据；而一旦第三扇门被打开，第四扇门的教育对接就不再需要说服教师和考试主管相信“功能分析是好的教学法”——它只需要被纳入住院中医师申请公立医院岗位的职业准入条件，学生自然会去完成轮转。这就是本文所识别的“制度惯性接力法则”：前三扇门依靠外力撬动，后三扇门依靠前门所形成的制度接口自我加速。

3.4 本框架的方法论边界

本文的理论框架是在以下边界条件内建立的，使用者不得将其外推至不满足这些条件的背景：第一，它预设存在一个至少在公开文本层面宣称要推动整合医疗的国家级政策方向——如果一个医疗体系从根本法层面彻底排斥中医药，六扇门的串联结构就不会启动，因为连第一扇门的外部合法性框架都不存在。第二，它要求至少一个主流公立医疗机构在可预见的将来愿意参与功能性评估的试点合作——这不是意愿问题，而是制度接口问题；没有这个接口，第二扇门的解锁工具（基金申请指南条款修订）就找不到能插入的行政通道。第三，它要求该国的中医教育体系已经具备在学院制框架内引进功能轴交互分析训练的基础师资储备——没有这一储备，第四扇门开启之后会出现“制度裂口打开了却无人能进入”的空门困境。

4 方法论

4.1 研究设计

本文属于制度分析的范畴，所使用的方法是理论导向的过程追踪（theory-guided process tracing）。这一方法不是对事件的编年叙述，而是从特定的理论框架出发，在一个真实的制度演化序列上系统检验该框架所演绎出的关键中间步骤是否在经验材料中得到印证。具体到本文，过程追踪的核心任务是：依据第三节提出的六扇门框架，去检验新加坡在过去十年间的制度试探行为中，是否依次出现了该框架所预判的六组“门被推动”的迹象——以及在这些迹象的对应位置上，是否同时出现了该框架所预判的刹车机制。

4.2 材料来源

本文所使用的经验材料来自以下四类来源：

（1）新加坡卫生部与下属法定机构——包括保健服务集团（SingHealth）、国立健保集团（NHG）及全国医学研究理事会——在2015至2025年间发布的白皮书、战略规划、试点项目公告及年度质量改进报告。

（2）新加坡中医管理委员会自2001年《中医注册法令》生效以来发布的中医师注册、继续教育与行为守则的相关通告。

（3）新加坡国立大学杨潞龄医学院、南洋理工大学李光前医学院与新加坡中医学院（含双学位项目）的公开课程大纲、临床实习安排与住院培训轮转说明。

（4）新加坡近十年来与医疗法律责任、多病共存管理与整合医疗服务相关的政策法律文本与试点管理办法。

这些材料的收集方式均为从公开渠道检索的公开文献，未涉及任何保密临床试验数据或内部政策讨论档案。

4.3 分析策略

本文的分析在两个层次上展开。在第一层次，本文以六扇门框架为指引，对每一扇门在新加坡的真实制度环境中做“已开启/部分开启/未开启”的定性判断。判断的标准不是组织或个人的公开声明，而是行为判据：是否发生了该扇门所要求的那个具体的制度操作行为。在第二层次，本文为每一扇门当前暴露出的“深层锁死仍未解除”之处，提出一项从不正面挑战保守同盟的角度出发而能间接撬动它的解锁干预——该干预必须同时满足四个条件：可被归属于一个已有权下达的行政主体；两到五年内可观测其是否被实施；如果被实施，会改变一个在该门前已被识别为瓶颈的核心操作条件；如果未被实施，该扇门在下一时间窗口内无法被打开。

4.4 方法局限

本文的推论方式存在三个必须提前声明的方法论局限。第一，过程追踪在建立“框架吻合”之后，并不能自动排除其余未被纳入框架的竞争解释——例如，新加坡中医药过去十年间的进展可能主要受其他临床领域的拉动（如孕产调理的市场需求），而本文选择的多病共存与心身医学两条临床前线，虽然分析上具有理论意义，但未必是政策驱动者眼中的首要因素。第二，本文所依据的制度文本均来自公开渠道，而制度变迁的关键决策有时发生在非公开的机构内部分析与跨部门协调过程中——这一定导致了本文对某些闸门的“当前进度”判断更为保守，因为部分试探可能已经进入了非公开阶段而未被本文观察到。第三，本文的理论框架是先从新加坡的实证材料中归纳出逐门闸门的结构，再将其系统化为可被外部案例检验的框架，因此它本身在当下仍未经过对另一个完全不同的医疗体系的独立检验——其可推广性被严格约束在第三节末尾所划定的三条边界条件之内。

5 分析与讨论

在本部分，本文依循第三节所建立的六扇门框架，逐一解剖每一扇制度闸门在新加坡的真实临床与政策环境中的具体形态。对每一扇门，分析将从四个维度展开：门的定义与核心开启判据；门的专用刹车机制；新加坡当前的进度定位；以及一项可被行政操作的解锁干预。在完成六扇门的逐一分析之后，本部分最后将给出一个综合讨论，涵盖这六扇门之间的回写与滞后效应、六扇门框架对现有制度的理论修正、以及针对中医教育体系可能出现的“新一代证型匹配模板”退化风险的前摄性封口设计。

5.1 第一扇门：认识论裂缝的暴露

定义与开启判据。第一扇门之所以被放在六扇门的首位，是因为如果没有在制度层面被承认的裂缝，后续所有以“提供另一种评估工具”为核心的制度化行为就会在第一步被挡在一个根本质疑之外：“你们的工具解决了什么问题？那个问题在现行工具下真的无法解决吗？”因此，第一扇门的核心判断是：一个具体的、对资源分配有实际约束力的制度空间内，某个被现行工具反复暴露处理失效的临床问题，已被写入了对临床行为有实质指导效力的文件中。

在新加坡的具体语境下，这扇门的两个核心病种——多病共存管理与MUS——已经分别出现在两份关键文件中。其一，新加坡卫生部在2022年发布的Healthier SG 白皮书（2022）中，已将“为多病共存患者提供跨越专科边界的功能性整合照护”列为应对老龄化社会医疗负担的核心战略方向之一。其二，更早的“超越医疗二〇二〇”规划将心身健康的社区早期识别列为精神卫生领域改革的优先任务。这两项方向性的列入，虽然尚未在每一条下面写入具体执行条款（这恰恰是第二扇门与第三扇门的任务），但已经在制度文档中为后续的功能评估工具打开了一个合法通道：当一项基金申请或试点方案提及“开发功能评估工具以提升多病共存管理效果”时，它不再是一个游离在政策方向之外的自发表行，而是一个在已标识的政策空间内被允许甚至鼓励推进的工作。

刹车机制。然而，仅仅是“被列入方向说明”远不足以判定第一扇门已被不可逆地打开。第一扇门的专用刹车机制是给裂缝贴上一个制度标签——“这是一个复杂的临床挑战，需要更多研究”。这个标签看似在承认问题的存在，实则的操作层执行一个无限期拖延：它在话语上接收了问题，但在资源分配上不给它排入下周期的优先序。在新加坡的医疗体系中，这种刹车机制的典型表现形式是：一个试点项目在其初期公布时被广泛报道（作为“整合医疗的先行探索”），但在第一轮数据被采集后，如果该数据仅作为学术论文发表而非作为“质量改进指标被纳入机构的下一年资源分配决策”，那么这扇门就在实质上被重新关上了——因为它没有在引导资源流动的级别上产生效果。

新加坡当前进度判断。本文对第一扇门在二〇二五年初的进度判断是：门已部分开启，但锁仍未解除。保健服务集团旗下的宏茂桥综合诊所从二〇二三年起试行的针推协同慢性疼痛管理项目，在形式上构成了一个“试点存在”的判定依据；新加坡保健服务集团在此前不久将“中西医协同疼痛管理”写入集团的社区健康中心发展路线图，进一步为它注入了机构持续推动的承诺。然而，真正的开启判据——试点结果被纳入机构内部质量审查并影响了下一年该机构资源分配的方向，以及试点病种

已从单一系统（慢性疼痛）扩展到至少一个双重或三重多系统失稳复合病种上——目前仍缺乏可公开确认的证据。

解锁干预。本文在此处不推荐“去呼吁卫生部在下一个规划中再多写一段”的方案，让第一扇门彻底开启，这不是因为呼吁没有用，而是五到十年内这个呼吁就算被听见，它带来的改变也不会比另一个更精准的解锁工具更快。本文设计的具体解锁工具是：在一个已纳入质量改进审计体系的试点项目内部，将患者的药物负担指数作为纳入中医协同管理方案的核心效果指标之一。药物负担指数是一个在多病共存研究领域已获得一定认可的工具，它计算患者每日服用的药物数量、剂量负荷与使用风险（例如抗胆碱能负荷），其下降——尤其是在非计划入院前药物负担的累积上升——被多国研究证实与功能结局的改善及住院风险的下降独立相关。引入这一指标的价值不来自它是中医的指标——它根本不是——而来自新加坡公立医院的药房审计系统本就定期对多病共存患者的用药复杂性进行回顾性审计。一旦试点的协同管理方案被绑定在药物负担指数下降这个硬指标上，那么要判断“这个方案有没有效果”，就不能绕开试点的内部质量数据——也不能以“还只是一个试点”为理由无限期搁置数据对下一步资源分配的回写。当这家机构在下一年度的药房服务计划中，将为接受过协同管理的多病共存患者预留降低药物负担指数的路径写入药事管理考核细则，第一扇门就被不可逆地推开了。

5.2 第二扇门：信息增益的实证化

定义与开启判据。如果说第一扇门承认了现行工具存在盲区，那么第二扇门的任务是回答一个更冷酷的问题：你给出的替代评估工具，在现行工具已经给出的判断之上，还为预测患者的重要结局提供了多少额外信息？这个问题的冷酷之处在于，循证医学对“信息增益”的要求有着自己一套不依赖对方对自己理论认同的判断标准：不在“你的理论是否合逻辑”上纠缠，而在“纳入你的信息之后，预测模型有没有变准”这个统计判据上结算。

因此，本文为第二扇门设定的开启判据不是“有论文发表了”——循证医学体系内每年有数以十万计的论文刊出，但只有极少数论文会触发基金条款的改写、采购合同的增项或服务合同的纳入条件。真正的开启判据是：至少一项被写入研究基金申请指南条款或临床服务合同技术规范的信息采集要求，将中医的辨证分型所导出的功能失稳模式评估正式列为必要项目之一。这个判据的门槛远比论文发表更高，但它的效力也比论文更强——论文可以被意见对立的另一篇论文所反驳，而基金条款一旦被写入，它关闭的是“做不做这类评估”的选项，开启的是“在做这类评估的过程中积累数据”的通道。

刹车机制。第二扇门的专用刹车是具有一种看上去完全理性、毫无意识形态色彩的表征：没有主流公立机构愿意为一个“还需要证明”的评估工具承担声誉风险。在现有的学术评价与临床治理体系中，启动一项将中医药辨证分型纳入前瞻性患者结局预测的研究，是一件在体制回报上高度不确定、而在名誉风险上极其清晰的事——它可能被同行评价为“方法不严谨”，而在公共卫生与基因学的更主流领域，同期的研究经费与试验名额可能被更稳妥的项目占据。因此，依靠“合作双方建立信任”或“反复沟通争取支持”来启动第一步研究，其成功概率在多个国家的尝试中已经被证明非常低——不是因为双方不诚心，而是因为体制回报的配置逻辑不给这类边界上的工作留出第一笔启动资源。

新加坡当前进度判断。本文判断，新加坡在第二扇门上已经出现了明确的动作方向，但还没有落成正式的要求条款。关键证据来自二〇二五年初全国医学研究理事会“健康服务研究”资助类别中的“老

龄化与慢性病管理”优先方向说明文本。在该文本中，已出现了一句措辞：“评估非药物干预对多病共存患者功能状态改善的效果。”这句话虽未正面列出功能失稳评估工具的名称，也没有被转写成申请指南的强制纳入条款，但它的出现意味着下一步的操作化——也就是在申请指南的技巧性要求中增加将功能评估信息作为独立预测变量的条款——只是在行政流程上被推着走的距离，而不是在认识论层面上被排斥。

解锁干预。本文在这一节点上为新加坡卫生部下属的全医学研究理事会提供一个不写“中医”、不写“辨证论治”、不写“功能轴评估”的解锁工具——只在“健康服务研究”和“人口健康”两个资助类别的申请指南中，在“研究方案要求”项下加入一个不超出以下四行字的条款：

> “在涉及多病共存患者（定义为同时存在两种或以上慢性疾病且至少一种疾病控制未达标的患者）的功能结局改善的临床研究中，应纳入至少一种功能失稳模式评估工具，并在分析计划中明确将该工具的评估信息作为独立预测变量之一。”

这一条款的操作效应在于——它不要求任何人不情愿地合作，也不给中医药提供认识论背书。它只做一件事：让当前新加坡公立医疗机构中，任何希望申请这笔基金去开展多病共存管理研究的研究者，都必须在本机构内部找到一个已经拥有功能失稳模式评估经验的合作方。而在当下新加坡的制度环境里，这一合作方只有一种可供选择的来源——中医科或受过专门培训的中医师。这样一来，开启信息增益实证化的第一项前瞻性队列研究，就不再是两家科室之间“是否愿意合作”的关系问题，而是一道被科研经费制度门槛推动的行政安排问题。

5.3 第三扇门：功能评估操作的制度化

定义与开启判据。有了第一扇门暴露出来的裂缝，和第二扇门为功能评估信息提供的实证入口，第三扇门的任务是将评估从个体化、依赖人与人类际关系的行为，转化为一种不随医师个人偏好转移的制度化操作。本文为这扇门设定的判据是：电子病历系统中上线了一个不属于任何专科但必须由整合门诊的协调评估者填写、其填写结果会直接影响转诊路径或药物相互作用提醒的协同决策字段。

这条判据的关键不是“有没有字段”，而是这个字段是否具有两个核心属性：其一，强制性——如果不填写，病历无法通过该阶段的审核，或者系统无法给出自动转诊建议；其二，决策后果性——字段里填写的内容不仅被记录，而且会被系统用来触发一个后续的临床决策流（例如药物相互作用警示、科室间转诊优先序的算法推荐）。缺少这两个属性中的任何一个，该字段在实质上只是一个“备注栏”，而备注栏恰恰是此前两个十年间中医药的评估意见在主流医院中常见的制度化栖身之所——被允许存在，但从没有进入决策流。

刹车机制。第三扇门的专用刹车是专科管辖权对自己在病历史上的信息主权的领土保卫。当代大型综合医院的信息系统，从设计之初就是按疾病专科来组织信息流的——心内科的病历史上有心内科的字段，内分泌科有内分泌科的字段，而一个跨多轴的“功能失稳模式判断”在结构上没有自己的归宿。将这样的判断写入病历协同决策页面，涉及的不仅是一个新增字段，而且是该字段所生成的信息如何被分配权威权重的问题：如果一个中医师填写的“核心失稳轴是代谢-情绪双轴”能与心内科与内分泌科的各自评估并列在一个页面上，那么原先分配给两个专科的信息独享权威就被客观稀释了。

新加坡当前进度判断。至二〇二五年初，本文未从公开渠道获得任何显示新加坡公立医院电子病历系统已建立跨专科协同决策功能评估字段的确切迹象。宏茂桥综合诊所的针推协同慢性疼痛管理的运作

模式，据已公开的描述，仍以中医师在独立门诊中完成评估、再将建议以书面备忘录的形式发送给负责该患者慢性病管理的全科医师为主。这种备忘模式的缺点不在于备忘录的质量，而在于它不进入病人的正式病历史——下一次复诊时，换一位全科医师当值，这个备忘录就可能被略过。

解锁干预。本文为这扇门设计的解锁工具并不直接要求专科放弃信息主权——这会被直接挡在科室内部的反对动议中。相反，该工具从电子病历系统的后端逻辑切入。当前新加坡公立医疗体系正在推进下一代电子健康记录系统的整合升级。在这个升级过程中，药事管理模块通常被要求加入一项功能：当同一个患者在多个专科开具的处方中出现带有已知相互作用的药物组合时，系统应向处方医师弹出警示。本文建议为这个警示逻辑增加一条触发条件——当药物相互作用警告被触发时，系统在弹出警告的同时，指令协调评估者（因为当前的病历中不存在一个协调评估的字段，系统实际无法执行这一步，这就是本文要下的签）填写“当前该患者的核心功能失稳轴与次级失稳轴的判断”。将功能评估字段嵌入药物相互作用警示的后端逻辑，其介入的原理在于：它不要求任何专科把评估权威分给中医，它只要求当药事安全系统已经因为这个患者的处方复杂性而自动预警时，系统同时提醒团队——这位患者目前的多轴失稳状态是否已被评估。从此往后，拒绝填入这项评估不再只是“对中医不感兴趣”，而是对药事安全系统的警示没有完成制度要求的回应。这样，功能评估操作的制度化就不再是中西医之间的权威之争，而是药事管理内部的合规问题。

5.4 第四扇门：教育输出的对接

定义与开启判据。前三扇门处理的是“制度空间是否允许功能评估进入临床操作”，第四扇门要处理的是“有没有人能被派进这个操作空间里去执行它”。这个问题在多数中医药制度化的讨论中被严重低估，因为一个普遍的预设是国家的注册制度保证了有一批合法执业的中医师，这些中医师经过大学的培训自然而然就具备了相应能力。但本文在前期的分析中发现，新加坡的中医教育内部正经历一场未被充分承认的知识传递模式跃迁。《黄帝内经》里的辨证论治，在它原始的师承制框架中是一套通过长期跟诊、反复追踪同一患者功能演变全过程而逐渐内化的功能动态分析本领；而当它被移入现代大学以标准化考试为核心的学院制框架之后，这套本领在评估体系的重压下被逐年降解为一套可以背诵、可以在单选题考试中被正确匹配的证型知识。这不是因为教师不敬业或学生不用功，而是因为功能动态分析的核心能力——在不确定的多轴交互中逐步调整初始判断——无法在标准化的选择题考试中被有效抽样与评分。因此在追求“像正规大学那样教学”的合法化进程中，它被系统性地边缘化了。

基于这一诊断，本文为这扇门设定的开启判据是：至少一个住院中医师培训项目（或同等级别的毕业后培训阶段）在其课程结构中设立了独立的“功能轴交互分析轮转”，该轮转不以通过证型识别考试为结束，而以独立完成至少二十例患者全病程功能失稳模式的追踪报告为结束，且该报告的结论被纳入多学科团队会议的正式记录。这个判据背后的设计逻辑是刻意绕开本科阶段的课程改革，因为本科课改需要协调教师、学生、考试主管三方的共识，而这个共识在被组织利益锁定的保守联盟前极易被瓦解。反之，毕业后阶段的住院培训在课程设置上更具弹性，且它与岗位准入有更直接的挂钩关系——由此可以动用“职业市场准入杠杆”来制造改变。

刹车机制。第四扇门的专用刹车是由三方共同维护的一个保守联盟：教师不想被考核自己尚未熟练掌握的功能分析；学生不想在已经被填满的考试日程中再多做一个不考试的新模块；考试主管不想增加无法用选择题量化的复杂评估任务。这个联盟的牢固之处在于它不需要任何一方去积极破坏改革——

它只需要每一方都基于完全合理的自身理性去拖延，就足以形成一个自我锁定的闭环：考试不考→学生不学→教师不教→考试无法考。

新加坡当前进度判断。至二〇二五年初，新加坡中医学院与南洋理工大学合作的双学位项目，及新加坡中医师公会的继续教育课程中，均未发布设立独立功能轴交互分析轮转的公开信息。本科课程中，《黄帝内经》与《伤寒论》等经典仍以原文精读和证型辨析为基本教学组织形式；临床实习虽包含跟诊，但学生的跟诊轮转多为每次随不同带教老师接诊不同患者的碎片化结构，难以实现同一患者全程追踪的认知闭环。

解锁干预。本文为这扇门的设计不从教学改革呼吁入手。解锁工具是将功能轴交互分析轮转设置为未来申请公立医院整合门诊岗位的住院中医师在提交推荐材料时必须列入的一项证明——不考试的模块很容易被学生忽略，但不列入推荐材料就不能去他们最想去的岗位的模块，会被他们主动追着学院开设。只需这一步，三方联盟的锁定就被反向了：教师不必改变自己的教学，考试主管不必改变自己的命题方式，但学生的需求会从另一端把功能分析训练的大门撞开。把这个轮转放置于住院培训阶段而非本科课表，既是为了规避本科课程改革的高昂协调成本，也是因为这个阶段离岗位准入最近，职业市场的杠杆力最清晰。

5.5 第五扇门：决策权的法律再分配

定义与开启判据。有了被制度化录入病历的功能评估数据，也有了能执行这项评估的临床人才，第五扇门要解决的问题不再是医疗质量，而是医疗责任的归属。换言之：当一位中医师对一名三病共存患者完成功能轴交互评估，并出具了“核心失稳源在代谢轴、情绪轴为次级代偿、当前干预优先序应放在代谢轴”的判断之后，如果主治医师不采纳这个判断而患者的病情发生了原先被预判的那种方向性恶化——法律风险被如何分配？如果主治医师采纳了该判断，但调整药物后造成了另一种并发症，责任被怎么归属？

这些问题当前在新加坡的医疗法律框架中没有明确规定。《中医注册法令》及其下属的行为守则赋予了注册中医师合法行医的权利，但未授予其在综合医疗机构中出具与西医诊断等效的约束性临床决策意见的法律地位。这导致了一个在多家医院已被反复观察到的实际效应：即使一家医院在行政安排中将中医师纳入多学科团队，主治医师在执行层面也本能地将中医师的评估意见当作“非约束性参考”来对待——不是因为他们不尊重中医，而是因为法律的空白让他们无法在不确定的情况下冒险采纳。

因此，本文为这扇门设定的开启判据不是“医疗服务法案正文被修订”——那在政治争议中需要极长的博弈周期——而是一个更具有操作性的中间步骤：在一个限定时间、限定机构、限定病种的整合医疗试点管理办法中，写入“协同建议强制记录制度”——规定中医师的功能评估结果和治疗建议必须被记录在病历协同决策页面的指定字段，主治医师必须签署采纳/修改/拒绝并附理由，该记录进入医院内部质量审计但不进入医疗诉讼证据范围。

刹车机制。第五扇门的专用刹车是医疗法律责任归属的模糊地带本身——因为模糊，所以保守。在没有明确法律保护的情况下，主治医师采用中医的功能评估去调整处方，如果出现了不良预后，他在医疗诉讼中所能援引的辩护依据远比遵照标准单病种指南处方时更弱。因此，只要这个不确定状况不改

变，临床决策流中对中医意见的接纳就会被自动限制在“不改变核心药物方案”的窄区——而这个窄区恰恰不是多病共存患者最需要的那种“重新调整优先序”的干预。

新加坡当前进度判断。截至二〇二五年初，本文未从公开文件中找到任何在新加坡境内已写入“协同建议强制记录”条款的整合医疗试点管理办法。宏茂桥综合诊所的试点项目中，中医师的评估与建议是否必须被书面纳入患者的主治记录、主治医师是否必须对其做正式回应，目前均无从查证。

解锁干预。本文为这扇门制定了一条不需要挑战《医疗服务法案》正文的法律技术路径。其核心做法是：在一个已经成立、已获同意的多病共存整合门诊试点项目内部，在试点的管理办法中加入一条条款——该条款的文本范例如下：

“在本试点项目内的多病共存整合门诊中，诊断和治疗方案的制定采用协同决策记录制度。中医师完成的功能轴交互评估和基于该评估的治疗建议，应被记录于患者病历的协同决策页面的指定字段。主治医师在进行最终决策时，应签署对上述评估与建议的采纳、修改或拒绝意见，并注明理由。本条款所规定的协同决策记录，纳入本机构的内部质量审计范围，但不在医疗机构与患者之间的医疗诉讼中被用作独立的法律证据。”

这个条款不豁免中医师的法律责任，也不授予中医师独立的处方权和诊断权——这两个事情仍是政治争议的主题。但它做了一件在当前法律空白下可以做的事：把中医师的评估意见从“可选的背景音”转变为“必须被正式回应并归档的临床意见”。这个变化虽然只发生在一个试点内的两到三年时间窗里，但它会为日后法律的正文修订提供一个无法被忽视的事实基础——已经有多病共存患者在中医功能评估被正式记录之后，药物负担指数下降、重复就诊频率降低的机构内部审计数据，而与此同时，没有发生因为这一记录制度的引入而增加的医疗纠纷。当这些数据被写进试点终期评估报告递交给卫生部时，再讨论“是否应当修订法律授权条款”就不再是抽象的原则辩论，而是有具体证据支撑的制度设计论证。

5.6 第六扇门：认识论的互嵌

定义与开启判据。第六扇门在根本上与其他五扇不同。前五扇门的任务都是让中医药进入本不属于它的制度房间——研究基金的条款、电子病历的字段、住院培训的轮转、法律试点的管理办法。从一到五，把门的序列串下来，到第五扇门为止，中医药的功能评估已经在制度上被嵌入了一条从发现裂缝到法律保护的完整通道。但这条通道会遇到它的最后一堵墙——它不是行政的、不是法律的、不是教育的，而是认识论的。它不以“不允许”的形式出现，而以“你的知识类型在我现有的知识分类系统里没有自己的格子”的形式出现。

循证医学现行的证据等级体系，将与干预效果相关的知识分为系统综述与荟萃分析、随机对照试验、队列研究、病例对照研究、病例系列与病例报告，及专家意见与共识声明。这整个体系的进化，是把知识的可信度逐步逼近到一种特定类型的证据上：可以被独立于观察该个案的医师而重复测量的、锚定在结局差值上的、用随机化将干扰噪声压到最低的对照证据。

而中医辨证论治反复观察到、并且在多病共存患者的功能演变中被追踪的那类知识——本文将它重述为“功能模式相变”——完全不在这个分类体系的任何一格之内。它不是随机对照试验，因为功能轴的相变方向不是单一干预的结果，而是多条生理轴互动后涌现的属性；它不是队列研究，因为它不锚定在“是否发生了某个结局”上，而是锚定在“几条功能轴之间的反馈关系是否发生了具有方向性的

重组”上；它不是专家共识，因为经得起检验相变路径有一类与专家投票无关的可重复性——同一个病体在与外部条件交互下，其功能网络内的轴间失衡的相变趋势确实能被在个案预判中校验。所以，第六扇门要做的事情是：在已有的证据等级体系不被打乱、不被推翻的并行状态下，为“功能模式相变”这一类知识单独建立一个合法的认知通道。

刹车机制。第六扇门的专用刹车是一切刹车中最难对付的一种——“空位”——不是制度不让你进，是根本不存在你能进入的格子。而且，格子的管理员有一套完全自治、在它自己的范畴内无可反驳的理由来拒绝为你建立一个新格子：承认一种不以结局差值为锚点的证据类型，会打开一个危险的先例——以后其他替代医学流派是否也能要求被授予自己的证据通道？

新加坡当前进度判断。至二〇二五年初，新加坡卫生部尚未公开任何关于为复杂系统内部状态转变建立平行于现有证据等级体系的第二类证据通道的政策提案或内部工作文件。全国的循证医学指南制定机构也没有发布过任何一个被赋予正式地位、以功能模式相变预判准确率为依据的临床推荐。第六扇门的开启目前处于零进度。

解锁干预。本文为这扇门所设计的解锁工具，在三十例前导测试的尺度上首先建立一件不可被忽视的制度事实——它不以“建立一个新证据通道”为初始诉求，而是以“在宏茂桥综合诊所多病共存整合门诊中对三十例功能轴多重失稳患者进行一次定向预判-验证测试”为它的全部工作描述。具体的测试设计如下：选取三十位在初诊评估中被一位受过培训的中医医师识别为核心失稳轴与次级代偿轴可被界定、且被判断在三周内存在可预判相变方向的患者。中医医师在基线评估时，同时给出三周的相变方向预判；全科医师按常规标准制定照常治疗计划，不给出相变预判。五周后，由未参与初诊和治疗的第三方评估者使用一套事先固定的功能轴评分工具，对患者在第三至第五周之间的功能轴交互状态的变化方向做独立盲评。比较中医医师的预判与第三方盲评的实际观察之间的准确率——不是比较“谁治得更有效”，而是比较“这个中医医师在没有干预控制的情况下，对功能轴网络的内在演化方向是否能做出显著高于随机基准的预判”。如果三十例中至少有二十例的相变方向预判经盲评被确认为与随后的实际演化一致，则这三十例数据构成“功能模式相变作为一类知识具有独立不可替代的预判价值”的初步事实证据。这份数据集将被提交给卫生部一个工作小组，作为讨论是否在整合医疗框架下为功能模式相变建立独立评估通道的论证支撑材料。

认识论互嵌的操作提案框架。在三十例前导测试完成并提交数据之后，本文为后续将成果转化为核心框架的完整提案，给出四条核心框架条款：

第一条，第二类证据通道的适用范围被严格限定为“在已被临床评估鉴定为功能轴多重失稳、且单病种指南已无法提供统一管理方向的患者群体中，用于为功能轴网络内部的相变方向预判提供证据依据”。它不适用于评估单一干预对单一疾病的疗效——这个领地属于随机对照试验，不被第二通道侵犯。

第二条，第二通道的证据单元不再是RCT中的“随机分组对照试验”，而是单病例功能轴相变预判-验证序列。一个预判-验证单元的构成条件为：基线功能轴评估无误导信息；相变方向预判被预先清晰记录并提供明确的时间窗口；随访评估由独立于治疗决策的评估者使用固定评分工具进行；随访评估的时间点落入预判指定的窗口内；随访结果表明实际相变方向与预判方向一致。

第三条，第二通道的证据等级不以“做了多少例随机对照”为升级判据，而以“在多少个独立病例上的相变方向预判被盲评验证”为根据。初级证据等级要求至少二十例正例验证；中级要求至少五十例验证且覆盖至少三个不同多系统失稳类型；高级要求在至少两百例验证的基础上，同时具有两个独立临床中心的数据、且其中至少一个中心为非中医综合医院。

第四条，第二通道与第一通道（现行证据等级体系）的映射关系为并行映射而非优先级竞争。在涉及多轴功能网络相变的临床决策环节，第二通道提供的预判证据享有与第一通道中观察性队列研究同等的临床权重。二者在适用范围上不做等级对齐——也就是说，不要求第二通道的证据被降低为“某种特殊的专家意见”，也不要求第一通道的RCT证据在功能相变问题上具有优先判据力。

5.7 综合讨论

六门之间的回写与滞后效应。本文的分析完成了一个此前在多国中医药制度化文献中未被完成的理论工作：将制度演化从整体论的模糊判断推进到逐门可检查的精确步骤。这一推进将此前在多个国家的整合医疗改革中被反复观察到但又被理论化的一组反常现象——制度文本中的整合宣称与临床操作层的操作惯性之间的巨大落差——重新定义为一个可分解的逐门滞后问题。每一扇门都可以在公开话语上被宣布为“正在推进中”，而同一扇门在操作层的锁仍然纹丝不动。把这些“声称推开”与“实际上锁”之间的落差逐门打表，正是本文这套框架对政策制定者的核心实务价值。

对现有制度的理论修正。本文在理论与实务上的交汇点，恰在于对“怎么推动中医药进入主流”这一常见提问的预设做了一个彻底的调整。这个问题的常见预设是：推动意味着让中医药从被排斥的受惠者变为被接受的受惠者，而推动的方法不外乎是拿出更有力的疗效证据、争取更广泛的社会支持、发起更频繁的倡导。但从六扇门的逐一剖析中暴露出来的一个共性，颠覆了这个预设：每一扇门被撬开的关键动作都不是在“论证中医为什么该被接受”上多走一步，而是从另一个与该扇门的刹车机制看似无关的制度条件切入——它不是为中医争位，而是改变了一项与中医处在不同控制者之下的操作规则（一项基金申请的必要技术条件、一个药事安全警示系统的触发逻辑、一项住院医师岗位申请的推荐材料要求、一条试点管理办法的审计归属条款），并由此迫使中医的认知工具被另一个已经成立的制度需求当成不可或缺的技术提供方来调用。这个共性是本文对制度演化理论的一个具体贡献：解锁制度僵持态常常不是在僵持本身的焦点上做加法，而是在僵持的外部打通一条间接压力管道。

教育退化的前摄性封口设计。本文在前四扇门和第五扇门的推进通道图中，故意留置了一个至今尚未被充分展开的退化风险。从第二扇门到第五扇门，三个核心的制度接口——基金申请要求、住院轮转评估完成标准、法律试点规则——都逐渐导向一个共同的量化导向：功能失稳模式评估的表现将在研究、就业与法律责任三个层面上，越来越多地和可被量化的预测性指标挂钩——门诊转诊率的改善、药物负担指数的下降、功能评估上线的患者病历占比、住院期间功能评估被多学科团队采纳的频率。这些指标在从第二到第五的阶段中对于撬开前几扇门将是必要的，甚至是不可替代的。

但是，六扇门全部打开之后运作五到十年，这同一套度量标准将面临一项隐蔽的退化压力：如果它们成为体系内唯一被注意和被激励的终点，那么中医师将会被训练成一群在首诊时尽可能精准做出标准格式功能轴预判、在随访中尽量不去修改原始预判的操作者——因为从第一版预判编码被系统记录之后，修改次数会被计为“评估不稳定”，并可能被用于质量的扣分项；中途基于与新信息的对话对预

判方向做调整这一套认知过程——这恰恰是辨证论治与临床现实对话时的核心能力——将被从操作流程中逐步边缘化。

为了使这个风险不至于在若干年后回过来消解六扇门所凝聚的成果，本文在最后追加一项封口设计：在第三扇门的病历协同决策字段中，除了“核心功能失稳轴判断”这个主干字段之外，预留一个“随访中途修正记录与理由”的次要字段。该字段不触发惩罚性审计，它的填写频率不作为评价稳定性的负向指标，而作为“此评估者在不确定情境下认知弹性的可用证据”被单独进入另一个小数据库。这份数据库不进入常规质量考核，但每年被抽取给中医临床教育与临床治理研究组做一次回顾性分析，专门用于监测“功能模式相变预判的修正频率与修正后预判准确率”之间的关系。如果在某一年度的数据分析中发现修正频率下降至一个预设的阈值以下，同时修正后准确率未上升，则提交一份该年度“功能评估工作可能存在低弹性操作风险的预警备忘录”给医学理事会的教育质量委员会作为讨论项。

这项封口设计的潜在推论是多重的——但它最实际的回报是，它为这套由量化导向逐步撬开的功能评估门径系统，留下了一个内在的操作自检机制，使得它在成立之后不会在没有外部警告的情况下缓慢地滑入一个与它原本要保存的认知逻辑已经貌合神离的硬化形态。

6 结论

6.1 核心发现

本文通过对新加坡中医药制度化进程中六道制度闸门的逐门追踪，得出以下核心发现：中医药从“被允许存在的辅助养生方式”走向“被需要的功能评估组件”的制度演化，不是一条被临床需求或认知优越性单一主导的平滑曲线，而是一个被制度沉积、认知裂缝、信息增益与权力博弈四重力量在六个依次串接的制度节点上反复拉锯的复合进程。在这个进程中，每一道闸门的开启都构成进入下一阶段的先决条件；每一道闸门又都有一套在公开话语中不被承认、却在操作规则层极其有效的专用刹车机制。一旦某扇门因刹车机制未解决而受阻，整个演化序列就可能被固定在一个比纯粹被排斥更难破解的僵持态——制度公开话语上已将中医药纳入整合医疗的承诺，而临床操作层的底层规则无一被修改。

进一步看，六扇门框架所识别的进展标准，提供一个能够让外部审阅者不依赖“他们一直在推动”的行动数量叙事，而对演化所处阶段做客观判断的检查表：不是看有多少个整合门诊开张，而是看基金申请指南是否被修订、病历协同决策字段是否上线、住院培训是否设立功能轴轮转、协同建议记录是否被写入法律试点条款、功能模式相变的前导测试是否已启动。这六个可被客观核查的操作判据，构成了本文最具实务回报的诊断工具。

6.2 理论贡献

本文在三个现有学术传统之间完成了一次理论整合与修正。第一，对药效验证派，本文不取代其对RCT在单一靶点药物疗效评估中不可替代性的认可，但将中医药的认知价值从“被RCT验证”这一窄门中解放出来，在功能耦合与相变评估层面为它建立一个不与RCT冲突的证据通道。第二，对制度边界建构派，本文承继了其对“表面打开-深层锁死”双重制度操作的警觉，但将分析的驱动力从“挑战者与守卫者的权力对抗”转向“守卫者自己认知预设暴露出的结构性裂缝”，从而在策略上提出不正面冲击保守力量的解锁工具箱。第三，对历史制度主义派，本文保留了路径依赖与关键节点的概念，但在其之上将“制度”从一个被当作整体突破单位的对象，重新分解为六道必须被逐门检查、逐门解锁的操作闸门——并指出其中任何一道门脱节，都可能导致整体被锁在一个中间僵持态上，而非退回原点。这个逐门结构是对历史制度主义“制度整体论”的一项重要修正。

6.3 实践与政策含义

本文提出的六门解锁干预具有共同的操作特征：每一项干预都从一个不与中医正名直接挂钩的制度手段切入（基金条款措辞、药事安全逻辑、住院培训岗位准入、试点审计归属），将中医药从“需要被承认的受惠者”位置转移到“另一个已受制度支持的需求所必需的技术提供者”位置。这使政策制定者在推进中医药制度化时不需等到达成全社会对“中医是否科学”的共识——这是一个可能需要几代人的文化过程——而可以在现有制度接口上，从二〇二五年起就逐门推动数个可在两到五年内产出可核查成果的具体行政动作。

6.4 研究局限

本文的理论框架和对新加坡当前进度所作的六门判据验证，均基于公开制度文本与文献，因而天然受到两条边界约束。第一，部分制度试探的细节可能已在跨机构非公开协调中进展到比本文公开渠道所能追踪到的更深的阶段——这对本文的“当前进度”判断的影响方向是保守的，即可能某些门的实际进度比本文标示的稍快。第二，本文的六扇门框架是先从新加坡这一个案例中归纳出结构，再将其系统化——它目前尚未被用于独立的、对第二个医疗体系的逐门验证，因而其理论的外推性在本文阶段仍属待检假设。本文在理论框架末尾已明确列出该框架能够被适用于另一体系的三个最低制度条件，为后续研究者提供了明确的检验边界。

6.5 未来研究方向

基于本文的分析，作者提出以下五个可生长的研究纲领。

第一，对第三扇门与第四扇门的联合实证检验。本文的论点预判，当病历系统协同决策字段上线但住院医师功能轴交互分析轮转未同步设立时，功能评估的制度化将停留在字段被上线但大部分输入质量低（因评估者未受充分训练）的半空心状态。后续研究者可在新加坡或其他医疗体系中选择一个满足“字段已设、轮转未立”条件的真实制度节点，用评估字段填写符合可接受逻辑标准的比率作为结果变量，去检验上述空心化预判是否成立。

第二，六扇门框架在另一个医疗体系的跨案例比较检验。该研究应挑选一个在本文所限定的三条件（整合医疗被写入国家级政策方向、至少一家主流公立机构在可预见的将来启动功能性评估试点、中医教育体系已具备在学院制框架内引进功能轴交互分析的基础师资储备）之一条上明显不满足的医疗体系，系统检验该框架的边界——即检验当某个先决条件不成立时，该体系是否确实未出现与该扇门对应的制度操作行为，从而从反面验证框架的排他性。

第三，对第五扇门法律试点中“采纳/修改/拒绝”记录对主治医师实际临床决策行为改变的前-后对照研究。该研究可在法律试点启动前后，对试点门诊内的多病共存患者的药物调整频率与药物负担指数做配对比较，同时非试点的同类门诊中抽取同期同病种的控制组，用双重差分模型评估协同建议强制记录制度对整合医疗决策强度的实际效应。

第四，对教育体系内“功能轴交互分析轮转”实施后，毕业住院中医师在多学科团队中的实际参与度变化做纵向追踪。该研究可设计一套包含多学科团队会议发言记录、评估建议被纳入正式病历的比例、主治医师对中医评估的采纳率三项指标的编码方案，从轮转设立前三年到设立后五年每年度采集同一医院团队的数据，用以检验第四扇门对第六扇门前导测试数据质量的间接效应。

第五，本文第六扇门所提出的三十例前导测试，自身就是一个可被直接执行的研究项目。在此不将其重述为一般性的“未来研究方向”，而将其提交为一份已具假说、分组、判据与样本量的可操作研究方案——任何拥有一个整合门诊、一名受过功能评估培训的中医医师和一名全科医师的医疗机构，均可将其作为申请一项卫生服务研究小额基金的技术附件使用。

参考文献

- Bensoussan, A., Talley, N. J., Hing, M. et al. (1998). Treatment of irritable bowel syndrome with Chinese herbal medicine: A randomized controlled trial. **Journal of the American Medical Association**, 280(18), 1585–1589.
- Cant, S., & Sharma, U. (1999). **A New Medical Pluralism? Alternative Medicine, Doctors, Patients and the State**. London: UCL Press.
- Dixon, A. (2008). Regulating complementary medical practitioners: An international review. **King 's Fund Report**. London: The King' s Fund.
- Dodier, N. (2003). **Leçons politiques de l 'épidémie de sida**. Paris: Éditions de l' EHESS.
- Gieryn, T. F. (1983). Boundary-work and the demarcation of science from non-science: Strains and interests in professional ideologies of scientists. **American Sociological Review**, 48(6), 781–795.
- Linde, K., Streng, A., Jürgens, S. et al. (2005). Acupuncture for patients with migraine: A randomized controlled trial. **Journal of the American Medical Association**, 293(17), 2118–2125.
- Mahoney, J. (2000). Path dependence in historical sociology. **Theory and Society**, 29(4), 507–548.
- Paterson, C., & Dieppe, P. (2005). Characteristic and incidental (placebo) effects in complex interventions such as acupuncture. **British Medical Journal**, 330(7501), 1202–1205.
- Pierson, P. (2000). Increasing returns, path dependence, and the study of politics. **American Political Science Review**, 94(2), 251–267.
- Zhan, M. (2001). Does it take a miracle? Negotiating knowledges, identities, and communities of traditional Chinese medicine. **Cultural Anthropology**, 16(4), 453–480.

利益冲突声明

作者声明无任何利益冲突。