

沉默在轨：中医证据困境的另一种解法

——当疗效不再被预设为可提取实体（原题「容差在轨」，本轮更名）

作者 胡敏 · SDE 学员 · 约 2.0 万字 · 发表于2026年7月28日 · 加固版

摘要

中医“同病异治、异病同治”的疗效验证困境，通常被表述为中医需要适应现代循证医学标准的问题。本文论证，这一困境的根源，比“随机对照试验与辨证论治的方法论错配”更根本一层：整个证据困境被一个几乎从未被挑明的默认识别格式困住了——疗效，必须被当作一个可以从诊疗关系中拆卸下来的、稳定到可以跨个体、跨时点取均值的“可提取实体”。这不是循证医学的“错误”，而是循证医学在特定历史条件下被锻造出来的一种知识对象的存在格式。本文从新加坡中医制度化进程中一个被反复描述却从未被正式命名的现象入手，将中医共同体在证据生产上的真实处境重新定义为“沉默在轨”——一个临床传统在一个把它的核心认知动作排除在外的制度轨道上，不得不学会与“无法提供标准证据”这一缺陷长期共存，并在共存中把自己的核心能力保存在制度看不见的低调实践中持续运转。沉默在轨不是“适应”，不是“妥协”，不是“例外窗口”，也不是对非正规医疗市场供需的过度理论包装，而是一个被既有默认识别格式堵死的生成路径，被逼着在制度轨道之外长出了自己的知识生产延长线。本文在与医学人类学的本体论转向、STS的日常实践研究、以及循证医学内部已有的替代性证据设计进行正面碰撞之后，论证沉默在轨之所以不可被这些既有概念还原，在于它命名的是“知识对象的构成方式与知识评估的制度格式之间的一条系统性不可通约的断裂线”，而非“在制度排斥中存活下来的又一个案例”。以这一概念为地基，本文重新奠基了单病例功能轴相变预判-验证序列的构造逻辑，指出它不是“替代随机对照试验的另一把尺子”，而是一个临床传统从自身运行节律内部逼出的、让“在轨运行”本身可被独立复核的公共界面。

本文论证一个关于好奇心枯竭机制的新理论范式。主流好奇心研究植根于内在动机理论，其核心语法为“增量模型”——将好奇心视为可被激发、培养、强化的动机内核。本文指出，这一范式遗漏了一个更在先的本体论层面：在动机形成之前，必须存在一片能让个体感知到“什么值得好奇”的精神土壤。这片土壤由未被功利化的漫游式注意力、允许模糊的内在安全感以及非线性经验连接的能力所构成，它不是“动机”本身，而是动机得以发生的生成条件。在此基础上，本文提出并论证一个悖论性结构：当代社会以“提出问题”“产出创新”为名对好奇心的崇拜与激励，恰恰系统性地剥削了这片土壤的生成条件，形成一种“越努力培养，越加速枯竭”的恶性循环。早年被守护的漫游经验构成了支撑终身探索的认知积蓄，而成年后修复这条路径的启动条件，恰恰是那些底子已耗尽之人所不具备的。本文通过与布迪厄文化再生产理论、韩炳哲“功绩社会”批判、贫困陷阱理论以及内在动机理论的正面交锋，确立了这一新范式的不可还原位置。最终，本文给出明确证伪条款，确立其作为一项可检验的科学命题的边界。

关键词：沉默在轨；辨证论治；预判-验证序列；知识格式；卫生技术评估

SDE 创新智商 132 → 打磨目标 139 · 待独立复核

本篇收入「中医哲思」频道，并按频道规程做了一轮最近邻加固。「盲评」为原稿未经编辑改动时的分数；「打磨目标」是本轮的修改设计目标与编辑自评，不是认证分，须独立评分者复核。

沉默在轨：中医证据困境的另一种解法

一、尺子不量脚：为什么中医越证明自己，越证明不了自己

有一种困境被陈述了半个世纪，陈词已旧，但困境依然崭新。中医在一个以随机对照试验为证据黄金标准的制度环境里，被要求提供“符合规范的疗效证据”。它的诊断不按国际疾病分类编码走，它的方剂随人随时随证而变，它的治疗目标不是某个生物标志物的数值归正，而是一组互相牵连的身体功能的整体转归。这些都使它极难被随机对照试验的标准化框架捕获。

中医共同体对此的反应，在过去五十年间形成了一条清晰的策略主线：努力按既有证据标准来证明自己。随机对照试验的论文数量逐年增长，系统综述和荟萃分析也开始出现。中国大陆的中医随机对照试验数量在过去二十年翻了几番，但中医在重大疾病临床路径、医保覆盖深度、临床指南推荐强度这些硬制度指标上的份额，并没有按证据体量的增长而同比扩大。新加坡提供了一个更纯粹的观察样本：中医被系统地挡在公共医疗体系的门外，每一次“更努力证明自己”的尝试，都在客观上强化了“只有随机对照试验才算证据”这一制度默认，从而进一步压缩了中医独立诊断能力被制度承认的可能性。

这不是执行不力，这是一个结构性的死锁。死锁的每一个齿轮单独拆出来看都合理：制度要求证据，合理；中医的独立诊断难以在随机对照试验框架内被标准化，合理；证据不足时制度不开放空间，审慎；中医共同体努力积累证据，负责。四个合理的动作咬合在一起，却产生了全局不合理的结果——一个在数千年临床经验中反复验证过个体预判能力的医学传统，在一个声称以证据为本的制度里，竟然无法为自己的核心认知能力提供“足够高级别”的证据。

这个死锁被反复描述过，被从不同角度解释过。最常见的解释是“方法论错配”：随机对照试验是为标准化干预设计的，中医恰好是非标准化的，两个系统不兼容。这个解释本身没错，但它漏掉了一个更根本的问题：如果只是兼容性差，为什么兼容性差这件事被发现了五十年，至今没有任何有效的制度修复方案出台？为什么每一次试图修复——把中医随机对照试验做得更规范、入组标准更严格、辨证分型更细化——都只是把中医更深地推入那个把自己的核心认知动作滤掉的证据生产体系里？“方法论错配”能描述两个不兼容的齿轮咬合不良，却不能解释为什么“修齿轮”这个动作永远只修其中一边——而且总是指向中医那边。到这一步，我们面对的问题已经不再是两个方法论之间的技术性不匹配，而是一套制度性的默知识格式在静默运转：它规定了什么算知识、什么不算，而这个规定本身从未被提交到可被争论的桌面上。[1]

有学者试图从权力分析的角度切入，指出这是循证医学凭借其在卫生政策、研究经费分配、临床指南制定中的定义权垄断，对非西方医学传统实施的制度性排斥。这个观察看到了标准定义权的不对称这一半真相——知识生产标准的制定权、证据等级的立法权、研究资源的分配权确实高度集中在循证医学共同体手中。但它停留在“谁压迫谁”的静态结构描述里，无法解释一个更关键的事件：为什么在一个中医社会接受度相当高、文化合法性充足的语境下（例如新加坡），制度排斥依然能持续运作而不引发根本性变革？权力不对等可以解释压迫的发生，但不能解释压迫在被识别之后仍能自我维持长达半个世纪而不失效。一定有什么比“权力”更深一层的东西在替这整个排斥机制提供默认的合理性——一个连批判者自己都可能不知不觉地共享的前提。

文化偏见的解释就更经不住推敲。新加坡的制度排斥恰恰发生在华人社会内部——这不是一个“西方人不理解东方医学”的故事，而是一个“华人自己建立的现代卫生制度，在系统性地不承认自己祖先使用了几千年的医学传统”的故事。偏见不是原因，偏见也是被某种更深的东西持续制造出来的产物。

那么，把所有这些解释的失效放在一起，我们能得到什么？我们能得到一个指向更底层的追问：是否存在一个预设，它同时嵌在“要求中医提供证据”的制度动作里、嵌在“中医努力提供证据”的应对动作里、嵌在“批判循证医学排斥中医”的批判动作里，甚至嵌在“为中医设计新证据类型”的改良动作里？这个预设不是某一方的偏见，而是所有参与这一困境的主体——包括制度的维护者、制度的抗拒者、以及制度的改良者——都共同站在上面的那块地板。

秦莉（2024）在对新加坡中医制度化的追踪研究中，使用了一个富有张力的表述：自锁闭环——中医被锁在一套评估标准里，越努力越被动。这个模型抓住了死锁的结构形态，但没有挑明那个让整个闭环持续运转而不被察觉的默知识格式。本文要做的事，就是把那个格式从所有关于中医证据困境的讨论——包括对它最深刻的批判——的底板下面拆出来，然后问：如果撤掉它，会出现什么？[2]

二、从“标准排斥”到“知识格式对知识生产的挤压”：一个默认格式被逮住

这需要一次逐层深入的追问。

第一问：这个领域里最痛的矛盾究竟是什么？它既不是“中医没有证据”，也不是“中医的证据不符合标准”。这两件事只是矛盾的表面形态。真正的矛盾是：中医在临床上反复做到了同一种高度复杂的事——在信息不完备、诊断标签不统一的条件下，对一个具体患者身体功能网络的相变方向做出预判，并推动它朝预期方向转归。这件事在无数个体病例上被中医师自己、被患者、被代代传承的临床叙事反复确认，却在制度层面被视为“尚未被证明”。矛盾不在临床与制度之间有冲突，而在同一个认知共同体内部，临床上的“知道”和制度上的“不被承认知道”长期共存、互不穿透。这两套“知道的秩序”运行在不同的节律上，却不被允许拥有不同的合法性标准。

第二问：旧的解释路径为什么反复失效？“方法论错配”失效，因为它只说出了一件事——两个系统不兼容——却对“为什么不兼容状态能持续五十年而没有任何一方被逼出根本性变革”闭口不言。在一个正常的认识论生态中，长期、结构性的不匹配应当驱动工具革新：要么匹配标准被调整，要么知识格式被改造。但在这个困境中，五十年过去了，被调整的始终是中医的证据生产端，被改造的始终是中医的研究方法；而那个“标准”本身，只在一个方向上变得越来越严。这说明不兼容并非中性的技术事实，而是被配置进了一种不对称的制度杠杆结构里。

“权力不对等”解释提供了部分杠杆——标准定义权、证据等级立法权确实集中在循证医学共同体手中——但它的视野停在“谁压迫谁”的发现学描述里，无法解释一个更棘手的现象：为什么那些为中医辩护、试图为中医构造新证据类型的人，常常也默认了同一套知识格式的合法性？他们只是说“中医的证据不容易被这套格式捕获”，而不说“这套格式本身在中医这里不适用”。前者是尺子不对，后者是“量”这

个动作的根本前提需要被重新审查。权力分析能解释制度为什么排斥中医，却不能解释为什么很多中医的辩护者也在帮制度问同一个问题：“你有什么证据？”——仿佛“证据”这件事的格式是普适的、不容置疑的。

“文化偏见”解释更弱。新加坡的制度排斥发生在华人社会内部，中医的社会接受度相当高，文化合法性充足。偏见不是第一因——偏见是被什么更深的东西持续生产出来的。

第三问——这一问是整个工序的钳子：这些失效背后，所有人默认为真、从来没有质疑过的那个默知识格式究竟是什么？要逮住它，必须先辨认出一条被所有严肃的参与者——循证医学的维护者、中医的辩护者、试图构造新证据标准的改良者——都共享的默认线。这条默认线是：疗效，无论多么复杂、动态、依赖脉络，在原则上总是可以被做成证据的。问题只在于找到对的方法去“提取”它。即使最激烈地批评随机对照试验的人，即使是那些提出“整体系统研究”“实用随机对照试验”或“单病例实验设计”的人，骨子里也默认了同一件事——疗效是一个虽然难以捕获、但本身客观存在的“东西”，我们的任务是为其设计一把更精准的尺子。批判随机对照试验，只是批判尺子不对，从来没有质疑过“存在一个等待被测量的疗效实体”这个前提本身。

但这个前提真的适用于所有类型的治疗逻辑吗？

随机对照试验诞生于一套特定的治疗逻辑。当一个分子靶向药的疗效可以被拆解为“药物分子与靶点蛋白的结合常数”时，疗效确实是一颗子弹——它的杀伤力独立于开枪的人、开枪的姿势、中弹者的身体结构，可以被跨个体取均值的统计量来估计。在这种治疗逻辑中，“疗效是可提取实体”不是一个需要被质疑的假设，它是一个简单到不需要被陈述的事实。

中医辩护者常用的“种子与土壤”比喻往前走了一步：疗效不是子弹，而是种子——同一种种子在不同土壤里长的植株不同，你不能拿“平均株高”来评种子的好赖。但这一步没有迈到底。种子仍然是一个可以被独立评估的“东西”——你只是把评估标准从“打穿多少毫米钢板”改成了“在多样化土壤中的平均生长势”，但“疗效可以脱离种地人的手而被独立评估”这个更深层的默认，仍然站在原地。种子可以被独立于播种者而存在——你可以把种子寄到另一个实验室去测发芽率。但中医的“疗效”，真的能被这样寄出去吗？

再往下追一刀：这个默认格式本身又预设了什么更不容置疑的东西？

预设了：疗效作为一种知识对象，它的存在方式，必须独立于生产它的那个认知动作。诊断可以依赖中医师的个人经验，评估可以交由独立第三方，但被评估的那个“疗效”本身，是一个可以脱离它被生产出来的具体临床关系而独立存在、独立被验证的实体。只有在这个前提下，“证据”这个概念才可能运行——因为证据的本质，就是关于某个独立于证据生产过程的“事态”的可复核陈述。如果疗效本身不是独立于诊疗关系而存在的，那“提供关于疗效的证据”这个动作就塌成了一个悖论：你要我提供证据来证明一件事，但那件事一旦被拆离了我做它的那个过程就不再存在了。

这里必须正面回应一个来自医学人类学的严肃追问[3]：这种“不可拆卸”的说法，是不是在用一个反向本质主义来对抗循证医学的正向本质主义——循证医学说“疗效本质上可以被标准化”，中医辩护者说“疗效本质上不可被拆卸”？二者都是把一种特定历史条件下的知识形态，误认成了永恒的本体论特征。

这是一个必须认真对待的批评。中医诊疗中的“在场”和“不可拆卸”，确实不是中医几千年一以贯之的本质属性。一部《伤寒论》（张仲景，约200年）本身就是一套高度文本化、可脱离具体医师在场传授的诊断-方剂配对系统——张仲景写它的初衷，恰恰是为了让后世的医者在没有老师手把手教的情况下，也能按条文辨证施治。而在二十世纪，中医在与西方医学遭遇、被国家现代化议程塑造的过程中，又主动参与了自我科学化的改造：编教材、建标准、开院校、搞实验研究。Sean Hsiang-lin Lei（2014）对这段历史的精细研究表明，“中医”作为一种被制度承认、被国家保护、被国际医学界视为一个独立医学体系的实体，恰恰是在“被排斥”和“自我科学化”的双重挤压中被锻造出来的。[4]

我说这些，不是要否认中医诊疗中存在某种不可拆卸的认知特征。恰恰相反，我是要指出：这个特征不是中医的“永恒本质”，而是它在长时段临床演化中形成的、一种与其核心认知动作深度绑定的知识生产节律。它不是“中医本来就不需要标准”，而是“中医的核心认知动作——在信息不完备时依据一组身体信号网络的动态关系给出一个方向性预判，并在追踪中持续修正——这件事本身的认知结构，就是不可在不拆解其信息完整性的前提下被切割成独立于判断者的评估单元的”。这不是形而上的“本体论差异”，而是可以具体指认的认识论事实：当一个中医师在切脉时，他的手指感受到的不是一个孤立的“脉象数据”，而是一个嵌入在他与患者之间正在进行的那场追踪对话中的信号——这场对话的历史（上次是什么脉、用了什么方、患者回来说了什么）不可拆卸地构成了当下这个判断的信息条件。你如果把这个判断从这场对话中拧下来，寄给一个第三方评估者，让他在不知道这场对话历史的情况下去判断这个判断“对不对”，你就已经改变了判断所依据的信息结构本身。

这不是反向本质主义，这是对中医临床认知运行条件的经验性描述。它不宣称中医“永远只能这样”，它只指出：在当前的中医临床实践

中，核心判断的信息结构确实如此运行；如果要改变它——当然可以——那就需要另一套认知工具，而那套工具大概率已经不是中医了。

由此，问题从“中医为什么不适应随机对照试验”位移到了“为什么有一个默认知识格式，一直在要求中医把一种不可在不破坏其信息结构的前提下被拆卸的知识对象，做成可以被独立提取的证据”——而且，这个要求被所有参与方默认接受，从未被挑出来接受公开检验？

这个格式就是：疗效作为一种知识对象，必须以“可提取实体”的方式存在，才能成为合法的知识。它不是循证医学的“错误”——循证医学在自己的原产地完全自洽。它是历史的产物：二十世纪的药品监管科学、保险精算逻辑、统计推断方法论以及现代医院作为标准化的知识生产工厂，共同把“可提取实体”锻造成了医学知识合法性的默认格式。这个格式本身没有错，但它有一个隐蔽的排他性：如果不是可提取实体，就压根不被承认为“知识”，而只是“个人经验”“临床看法”“未被证实的声称”。

一旦挑明这一点，整个中医证据困境的面貌就发生了位移。困境不再是“找不到合适的尺子量脚”，而是——脚被要求离开地面才能能量尺寸，但脚一旦被拔离地面，它就不是一只正在走路脚了。不是尺子的问题，不是脚的问题，甚至不是“量”这个动作本身的问题。问题在最底层：那个被默认为唯一合法知识对象格式的“可提取实体”，在中医这里不存在。不是“尚未被提取”，是被提取的动作本身就改变了被评估对象的存在方式。这一点，在二十世纪之前从未构成问题——因为在那个时代，疗效的证据格式不需要以“可提取实体”为前提。是制度现代化把格式统一了，才让“不匹配”被制造了出来。

第四问：如果撤销那个默认格式，会打开什么？会打开一个完全不同的问题域。原来的问题是：“如何证明中医的疗效？”——这个问题本身就内嵌了“疗效是一个可以被独立证明的实体”的格式要求。撤销这个格式之后，新问题是：如果疗效不是可提取实体，而是发生在特定认知关系中的不可拆卸过程，那么中医该如何让自己的认知动作被制度识别为合法的知识生产？这个问题要求的不是“另一把尺子”，而是“制度的认识论格式本身需要被扩展”。

第五问：哪一个最小的、具体的反例，能一下子压垮旧格式的排他性？新加坡的制度现实提供了这样一个反例。在制度轨道上，中医被持续地要求提供它无法在不拆解自己的条件下提供的证据，因此被持续地判定为“证据不足”。但在制度轨道之外，那些低调地、不引人注目地、在正式制度不承认的状态下存活的中医疗愈关系，那些在社区诊所里日复一日被执行的、不被随机对照试验记录的单病例预判-验证循环，那些患者用脚投票的复诊率——这些东西没有“提供证据”，但它们构成了一个事实性的、与制度轨道并行的知识生产实践：一个临床传统在一个不承认它的制度轨道上，学会了在“容差”中持续运转——容忍不被承认、容忍证据格式不匹配、容忍制度资源不倾斜，而在这些容忍的缝隙里，把自己的核心能力保存在一种“沉默的延续”之中。这个反例的力量不在于它“被发现了”，而在于它一直在那里，只是一直被“证据不足”这个标签盖住，从未被以“知识生产的另一种合法节律”的名义被正式看见。

三、撤掉它：当疗效不再被预设为“可提取实体”，新判断是什么

撤销“疗效必须是可提取实体”这个默认知识格式之后，整幅图景不再是一个“证据生产与证据标准之间的不兼容”，而是一个更根本的发生学事件。一个有着不同知识生产节律的临床传统，被强行塞进了一套预设了不同知识格式的制度轨道。它无法在那条轨道上“证明自己”，因为它那套知识生产方式的全部认知合理性，都建立在“疗效作为一个过程嵌入在诊疗关系中”这个前提之上。而制度轨道预设的疗效存在格式，恰恰要求疗效被从诊疗关系中剥离出来、成为可以独立运输、独立评估、独立计量的“证据包”。于是，它在那条轨道上永远表现为“证据不足”。而“证据不足”这个标签，又被制度反过来用作继续不开放空间的理由。整个死锁的关键，不在评估标准太严，不在中医证据太弱，而在——两种知识格式之间，有一条系统性不可通约的断裂线。断裂线的一侧默认疗效是可提取实体，另一侧默认疗效是不可拆卸过程。当制度只承认前者为唯一合法的知识格式时，后者的全部知识就不是“不合格证据”，而是“不被视作证据”。

这里必须立即回应一个方法论层面的最硬反驳：循证医学真的只认“可提取实体”吗？实用随机对照试验、整体系统研究、以及单病例实验设计——这些方法内部的成熟工具，难道不正是为了在个体化、非标准化、复杂干预的条件下评估疗效而设计的吗？它们难道不正是循证医学对“可提取实体”格式的自我修正吗？如果这些工具已经存在，为什么还需要一个“沉默在轨”来命名同一个困境？[5]

这是一个必须被正面拆解、而非绕过去的反驳。

实用随机对照试验确实放松了对“干预标准化”的要求，允许中医师在实际试验中随证加减、个体化处方。但它没有放松对“终点指标标准化”的要求——在试验设计中，你必须预先定义什么是“有效”，且这个“有效”必须以一组可被独立第三方测量的离散变量来定义：血压下降多少毫米汞柱、量表评分改善几分、生存期延长几周。这是“可提取实体”格式的最后一道防线：干预过程可以松散耦合，但干预效果必须能被从复合的身体转归中“提取”为一个或一组可离散化的数值指标。在中医的临床现实中，许多最重要的功能轴相变恰恰不具有这种可离散化的性质——“消化-吸收轴从纳呆-便溏转向纳食增加-大便成形”不是一个可以被拆成五个独立指标然后分别测量的离散事件，而是一个互相关联的、持续渐变的功能网络转归过程。把它拆成离散指标，就像把一锅正在熬的汤里的盐分、水分、油分、鲜味氨基酸分别测量之后声称“我们已经评估了这锅汤”——在某种意义上，你评估了，但你评估的已经不是那锅汤了。

整体系统研究是一个更深刻的尝试。它的设计理念是：复杂干预应当作为一个整体被评估，不能拆成有效成分和安慰剂效应、然后只评估前者。这个理念在方向上与本文接近，但它仍然保留了“可提取实体”的终极格式要求：整体系统研究最终仍然要输出一个可以被报告、被综述、被荟萃分析的“效果量”。它只是把“干预包”打得更大，但没有改变一个根本前提——疗效是一个等待在终点被测量的状态。它没有触及那个更深层的问题：在中医里，治疗成功与否的判准，常常不是在终点“被测量”出来的，而是在过程中“被追踪、被修正、被再判断”出来的。那个判准本身就是诊断-治疗循环的一部分，无法从循环中抽离出来作为独立于循环的终点。

现在轮到单病例实验设计——这是最逼近本文所述“预判-验证序列”的既有工具。它的核心逻辑确实是在单一个体身上进行重复测量、预判与验证。它的统计框架——随机化、重复测量、可视分析——已经相当成熟。为什么本文不能直接把预判-验证序列归入这个既有体系，而要另立“沉默在轨”这个名头？

因为在最根本的一步上，既有单病例实验设计仍然预设了“个体可以被当作一个独立的数据生成器”。它对个体进行反复测量所追踪的仍然是可以被离散定义的结果变量——血压、疼痛评分、行为频次。而预判-验证序列追踪的对象——功能轴相变——不是一组离散结果变量，而是身体功能网络的一次方向性转归。这两者的差别不是“测量得更精细”与“测量得更粗糙”，而是“测量一个连续的、多维的、相互牵连的过程”与“测量一组离散的结果变量”之间的差别。在预判-验证序列中，被追认或反驳的不是某一个数值是否达到阈值，而是“身体作为一个功能网络，是否朝着预期的方向在走了”——这是中医在临床中实际在做的那种判断，它要求一个人类判断者综合一组相互依赖的信号给出一个方向性评估，这个评估本身无法被拆解为一组可独立计量的离散指标而不损失信息。既有单病例实验设计可以追踪过程，但追踪的对象已经是被离散化、变量化之后的过程片段。换句话说，它仍然在用“可提取”的格式处理不可拆卸的过程——只是提取单元从“组间均值”变成了“个体内部重复测量”，但被提取的东西仍然是已经被格式化为可量化的变量的。

至此，我们可以从矛盾中结算出一个发生了位移的新概念。

新加坡经验里那个被反复描述却未被正式命名过的现象，此时需要一个精确的名字。它不是“适应”——因为适应意味着改变自己去符合外部标准，但新加坡中医在实际临床中保留了独立诊断的核心动作，没有去迎合循证格式。它不是“妥协”——因为妥协意味着放弃一部分核心主张来换取另一部分被接受，而新加坡中医根本没有换到任何制度承认，它只是在制度不承认的空白地带保持运转。它也不是“例外窗口”——因为例外仍然在那个默知识格式之内，只是被特许暂时不遵守规则，而这个现象根本不是靠特许存活的，而是靠“不在制度的看管之内”、却也不在制度的摧毁之力下的那一条微妙的韧性存活的。它更不是“非正规医疗的市场供需”——这是一个最值得认真对待的奥卡姆剃刀式解释：新加坡华人患者有对中医的需求，因此中医就存活了，这只是一个供需故事，不需要“沉默在轨”这种概念来过度理论化。但这个解释漏掉了一个关键事实：市场供需只能解释中医诊所在商业上存活，不能解释为什么新加坡中医在商业存活的同时，其共同体内部仍在以某种未被制度承认、甚至未被系统记录的方式，保留着一套独立于循证标准的临床判断传承与迭代机制。供需解释可以解释“有店开着”，不能解释“那套知识生产的方式，在制度不承认的环境下，为何没有为了迎合市场而改变自己的核心认知节律”——因为如果中医师只是想赚钱，最理性的做法恰恰是放弃独立辨证论治的“慢功夫”，改用标准化的协定方大量接诊。但新加坡中医共同体的主流——至少在至今可见的社区实践中——并没有选择这条路。这就说明市场供需无法单独解释这个现象，还有什么在起作用。

这个名字应该是：沉默在轨。

容差，取自工程学中“容差”的本义——一个系统在不如其设计规范那样精确完美的条件下，仍然能维持可接受的正常运转。它不是“容忍误差”，而是“允许实际工况与理想设计之间存在偏差而不导致系统宕机”。在轨，借用航天器的轨道概念——一个物体在引力场中，理论上需要某一精确的初始速度与角度才能进入稳定轨道；但实际上，没有任何一次发射能做到绝对精确，每一次发射都被允许在一定的偏差范围内进入一条“足够好的轨道”，然后在运行中持续通过微小调整来维持。沉默在轨，说的就是这种状态：不是因为未达到精确标准所以被判定为“不合格”，而是——你的运行轨迹本身被接受为一种合法的“在轨状态”，对它的评价不再以“与精确规格的偏差”为唯一判准，而是以“能否持续、安全、有效地运行”为判准。

这个比喻必须在此下推到存在论层，而不能停留在修辞层。在工程学中，“容差”之所以被容许，是因为设计者承认：一个系统的实际运行永远不可能完全匹配理论模型，而强行追求匹配模型（零容差）要么不可能，要么成本高到不理性。但在中医制度的案例中，容差不被容许——制度要求的是“证据”，而“证据”的格式是零容差的：“疗效”必须被做成可独立提取、可独立复核的实体。但如前所述，中医的核心认知动作决定了它无法在不破坏认知信息结构的前提下生产出零容差的证据。于是，“容差”在这里就不只是“小偏差”，而是——因为零容差的要求与认知运行的结构之间存在不可消除的不对称，所以偏差本身成了这个传统在制度内存在的唯一方式。不是它“有偏差”，而是它的存在方式本身就是被制度判定为“偏差”。“在轨”说的也不是“它在制度里有了一条合法的轨道”，而是它在制度轨道的旁边，用自己的节律持续运行，并在运行中不断被制度用它的轨道参数来衡量，每一次都被判定为“不符合参数”，但它仍然在向前走。

放进中医证据困境的语境里，沉默在轨要命名的是一种此前被所有讨论——包括最激烈的改革倡议——都遗漏了的存在状态：一个临床传

统，在一个把它的核心认知动作排除在外的制度轨道上，已经、且只能、以一种“与完美证据标准之间存在不可消除的容差”的方式持续运行。这种容差不是有待消除的缺陷，而是它的知识生产方式的构成性特征——不是因为它的知识生产做得还不够好，而是因为它的知识生产所处理的“疗效”这个对象本身，就不是以“可提取实体”的格式存在的。消除容差就等于取消它的运行本身——就像要求航天器以绝对精确的理论参数入轨，结果就是它永远无法入轨。

这个概念必须接受不可还原硬校验：它能不能被某个已有学科的现成概念1:1替换？

最可能来抢占这个位置的有四个候选。第一个是医学社会学中的“制度性排斥”——但“排斥”只描述了制度把中医挡在门外这个单向动作，完全没有描述被排斥者在被排斥的状态下仍然保持运行的动态，更没有描述“容差”本身作为构成性特征的维度。“沉默在轨”说的恰恰是排斥发生之后发生的事——不是被排斥，而是在被排斥中运行。第二个是组织理论中的“松散耦合”——但松散耦合预设了系统内部各模块之间本来就允许一定程度的非同步协调，而中医被要求服从的制度标准恰恰是不容许任何松散耦合的循证金字塔，两者不是在同一个系统的不同模块里松散耦合，而是两套知识格式不同的知识生产方式被强行叠在一起，其中一套的“容差”被另一套判为“不合格”。第三个是STS领域中研究过的“边界对象”——但边界对象是一种在两个社会世界之间被共享、允许不同解释的柔性界面，而“沉默在轨”恰恰不提供任何共享界面：制度完全不承认中医的知识格式，中医在制度里没有可共享的“边界对象”，它只能在自己的轨道上运行。第四个是最难缠的候选——Michel de Certeau（1980）的“日常生活实践”与James Scott（1985）的“弱者的武器”。[6]这两个概念捕捉到了被排斥者在制度缝隙中以非标准方式持续运行的现象，但它们的承重变量是个人或群体的抵抗意图与战术创新——de Certeau关心的是消费者如何在既有结构中狡猾地挪用规则，Scott关心的是弱势群体如何用隐蔽的反抗形式修改统治议程。而沉默在轨要命名的，不是抵抗意图，不是战术创新，而是一个知识共同体在长时段、系统性、非革命性的制度压力下，为了保存自己的知识生产节律本身而在不自觉中演化出的一种“被存在着的在轨”。这种状态的关键变量不是“抵抗的敏捷性”，而是“知识生产节律与制度轨道格式之间的不可通约性在时间轴上被耐心地承受住了”。四个候选概念都过于扁平——它们共同的特点是，只能描述静态的结构关系或意图导向的微观实践，无法描述“一个知识生产系统在长期不被承认中保持自身不取消自己的运行方式”这一动态的、非意图性的、以知识格式张力为唯一承重而发生的过程。

删除所有对已有理论的引用，这个概念仍然独立成立——因为只要存在两套知识格式不同的知识生产方式被叠合在同一套制度轨道上，而其中一套的核心认知动作无法在不取消其信息结构完整性的前提下被另一套格式识别为合法知识，“沉默在轨”就是被逼迫出来的唯一稳态。它不是被某个人“想到”的一个聪明比喻，而是那条知识格式断裂线在制度表面逼出的一种必然存在方式。

由此，本文的核心判断可以从矛盾中结算出来：中医共同体五十年来走过的所有证据生产路径，本质上都是“沉默在轨”的一个长期、缓慢、不被承认的发生过程。他们不是在别人的轨道上申请入轨许可，而是在自己的轨道上持续运行，同时不得不穿过别人轨道上设立的一个又一个检查站——每一次检查站都说“你的轨道参数不对”，但他们仍然在检查站之间的空隙里向前推进。单病例功能轴相变预判-验证序列的构造，不应该被理解为“终于找到了一把对的尺子”，而应该被重新奠基为：沉默在轨状态下，一个临床传统从自身运行逻辑的内部，逼出来的一种让“在轨运行”本身可被外部独立复核的证据生产形式。

“必然性”在此需要被论证，而不是被断言。面对两套知识格式在一个制度内的冲突，逻辑上确实存在四种稳态：(1)强势格式消灭弱势格式所依附的传统；(2)弱势格式改变自己以适应强势格式的评估标准；(3)两者互不相干，弱势格式边缘化；(4)在冲突中生成一种新的共存形态——沉默在轨。

为什么在新加坡这样的制度环境中，(1)没有发生？因为中医所依附的不是一套可以被行政手段斩断的知识产权，而是嵌在华人日常身体经验、家庭照护习惯、社区信任网络中的深层文化实践。制度可以把中医挡在公立医院的门外，但不能禁止一个七十岁的潮州阿嬷在看了西医的风湿科之后，转身走进邻里的中医诊所抓三帖药——而正是这种跨制度轨道、跨临床边界的患者流动，让(1)在实际上不可能。为什么(2)没有发生？因为若中医改变自己以适应可提取实体格式，它必须在核心认知动作上做出一个不可逆的改变——把自己从“追踪功能网络相变”的在场判断，改造成“针对离散终点指标输出标准化干预”的程序执行者。这个改变在技术上是可能的，但那就不再是中医了，而是中医自我取消。(3)为什么也没有发生？因为边缘化不等于隔离。新加坡中医虽然被挡在公立体系之外，但它并没有像某些替代医学在西方国家那样完全退入一个与主流医疗体系不相往来的封闭市场——它仍然在同一个患者群体的身体上工作，仍然处理着从公立医院转出来的慢性病管理缺口，这个事实性的“互补”功能使得它不可能完全被边缘化。当(1)(2)(3)的路径都被堵死——消灭不了、自我改变等于自我取消、边缘化也做不到——剩下的稳态，就是以任何一方的完全胜利或完全退出为前提，而在不对称的权力结构中持续承受格式张力。这就是沉默在轨。

这一推导也同时回应了一个制度经济学的质疑：沉默在轨会不会只是“非正规医疗市场供需”的过度理论包装？不会。因为市场供需解释不了一个关键的经验事实——为什么新加坡中医在商业存活的同时，并没有为了最大化市场份额而放弃独立辨证论治的慢功夫，转向更高效、更标准化、但认知深度更浅的协定方模式？市场供需能解释“为什么有中医诊所存在”，但不能解释“为什么存在的是那种认知上不妥协的中医诊所”。沉默在轨要解释的恰恰是后一个现象：在制度排斥和市场逻辑的双重压力下，仍然有一批中医医师选择以某种更费时、更费力、

更难被制度承认的方式行医——这不是因为他们愚蠢，而是因为那套认知方式就是他们作为“中医师”而不是“中药销售商”的构成性身份。市场供需不能解释构成性身份的非市场性坚持，沉默在轨能。

四、一条证据自己长出来的路：单病例预判-验证序列的重新奠基

沉默在轨这个概念，要求把单病例功能轴相变预判-验证序列的地位重新锚定一遍。此前对它的构造，都更接近“一种对随机对照试验的替代性证据类型”或“符合中医特殊性的另一种方法论标准”，仿佛它的出生，是为了填补循证医学方法论体系中的一个空白。但在这个新锚定下，预判-验证序列不是任何体系的“替代品”或“补充品”，它是一个临床传统在沉默在轨的漫长演化中，从自己身体里长出来的那套“自证结构”。

这里必须先解决一个悬空已久的问题：什么是“功能轴相变”？它是预判-验证序列追踪的基本单位，但此前从未被严格定义。

在中医临床思维中，身体不是一堆独立器官的集合，而是一组相互关联的功能轴的动态网络。每一个“轴”命名一条身体功能的耦合链：例如“消化-吸收轴”追踪从中焦受纳、腐熟、运化到大肠传导这一整条食物精微转化链的功能状态；“营卫-睡眠轴”追踪气血在昼夜节律中出入运行的平衡状态；“肺-皮毛-宣发轴”追踪气机从里向外透达的通道状态。一条功能轴不是解剖学上的一个结构，而是一个功能性的、方向性的、可被经验观察的过程连续体。

“相变”则命名这条功能轴在整体运行状态上的一次方向性转归——不是某一个孤立指标的数值变化，而是轴上多重信号的互相牵连关系发生了让有经验的临床者能够识别出的、整体性的位移。例如，“消化-吸收轴”从“纳呆-便溏”转向“纳食增加-大便成形”，涉及的不只是一项肠道传输时间的缩短，而是食欲、腹满感、餐后精力、大便性状、舌苔厚薄、脉象胃气等多重信号的联动改变。这个联动改变的方向和幅度，无法被拆解为五个独立指标之后再用加权公式合并回去——因为五者之间的牵连方式本身就是相变的核心信息。一旦拆解，牵连信息就丢了。

在临床现实中，一个有经验的中医师每天都在做这件事：他切脉、看舌、问诊，把这些信息整合成一个对当前功能轴状态的判断；然后，他给出一个干预——一副方剂、一组针刺；然后，他预判这组干预会推动哪条功能轴朝哪个方向发生相变，在什么时间窗口内可以观察到变化。一周后患者复诊，医师再度评估，将自己的预判与实际观察到的状态位移做比对。如果吻合，他的判断模型就得到了一次个体化的确认；如果不吻合，他就必须修正——要么修正对轴的判断，要么修正对干预强度的判断，要么修正对时间窗口的估计。每次验证-修正循环都在他的身体经验里沉积一点信息。二十年下来，积淀的不是几百个“有效案例”的清单，而是一整套关于“这个脉象配这个舌象配这个主诉，在那个体质底板上，在这个季节，用这个强度和方向的干预，大概会在五到七天内推动哪个轴朝哪个方向走多大幅度”的预判校准系统。

这就是中医临床者“对自己的预判有底气”的全部根据。它不是来自对一组独立变量的统计分析，而是来自成千上万次在个体层面被追踪、被检验、被校准的功能轴相变预判-验证循环。

沉默在轨要指出的关键事实是：这套循环一直在运行，一直在生产着一种可被临床者本人和共同体内的师徒、同行反复验证的“个体化预判精确性”，但它从未被制度承认为“证据”——因为它的运行格式不可化约为“一组独立于判断者而存在的可提取终点指标”。预判-验证序列的构造，核心动作不是“把中医的隐性知识转换成显性证据”——那是发现学的口气，预设了一个“等待被提取的隐性知识实体”。真正的发生学动作是：让那套已经在运行的自证循环，被装上一个透明外壳，使之可被一个没有参与这场诊疗关系的人独立复核。

具体构造如下——这里需要的不是原则性描述，而是操作细节。

单元设计。一个预判-验证单元锁定一位患者、一条目标功能轴、一个预判时间窗口。初诊时，医师在一个标准化的预判记录表上写下三样东西：(1)目标轴当前的功能状态描述（例如，“消化-吸收轴：纳呆，餐后腹胀二小时，大便溏薄日二次，舌淡胖苔白腻，脉濡缓右关弱”）；(2)预判的相变方向和幅度（例如，“预计在十日内转向：纳食增加，腹胀减至食后半小时内，大便半成形日一次，舌苔转薄白，脉濡缓减轻右关稍起”）；(3)干预方案（方剂组成、剂量、煎服法、针灸配穴与手法）。这个预判不是事后“补写”的，而是在治疗启动前、由医师本人亲手写下的一个可被时间戳标记的判断承诺。

追踪复核。预设的复诊日在预判时间窗口内。复诊时，由一位受过训练但不知道医师预判内容的独立评估者，使用结构化的功能轴状态评估表，询问患者并记录当前状态。评估表将目标轴的关键维度（例如：纳食量、腹胀持续时间、大便性状与频次、舌象、脉象）转化为分级的客观描述框架——不是打分，而是用行为锚定的语言描述每一个等级（例如，“大便性状”，一级：水样便，二级：糊状不成形，三级：软条成形，四级：香蕉状成形）。这些描述框架的构造过程本身，要求中医师共同体经过共识会议，将中医诊断中那些高度依赖个人判断的“看舌、切脉”的特征，尽可能转换成可以被独立评估者可靠复现的语言。这不是“标准化”——中医师仍然在他自己的术语框架内写预判，但复核用的工具必须是他者和患者都能独立完成、不需要依赖预判者本人解释的。

命中判定。独立复核数据与预判内容比对。如果目标轴在预设方向上发生了可观察到的转归，且转归幅度落在预判的合理区间内，判为“命中”；如果部分向预判方向移动但未达预期幅度，判为“部分命中”；如果方向相反或无变化，判为“未命中”。判定的标准由独立评估者与医师共同签认，并记录在案，可供后续外部审计。这里必须直面操作化中最棘手的问题：相变是连续过程，而“命中”是二元判定，这个二元化是否又重新制造了一种“可提取实体”式的离散化？答案是：二元判定在此刻不扮演“测量结果变量”的角色，而扮演“追认一个方向性判断是否被独立复核者根据行为锚定标准确认了”的角色。它不是把连续相变离散化，而是让一个人类判断者（独立评估者）依据公开的标准，去判断另一个人类判断者（中医师）的预判是否被后续观察到的事件方向所印证。这个“判断-复核”结构本身不可消除地依赖于人的判断，但它通过公开的复核标准、独立的复核人、可追溯的记录，将判断的可争议性暴露在了公共空间里。这正是它与既有单病例实验设计的根本差异：后者试图用随机化去保护因果推断的内部效度，但它仍然要求被追踪的是一个可离散测量的变量；前者放弃了对“因果推断内部效度”的强行保护，转而追求“在不可消除人的判断参与的前提下，让每一次判断都被暴露在可被独立追认或反驳的公共记录里”。

统计与证据等级。统计单位不是“组间均值的差异显著性”，而是预判命中率——在所有完成追踪的预判-验证单元中，被判为“命中”与“部分命中”的比例，与一个合理的随机猜测基线（例如，仅凭基线功能轴状态的回归均值趋势做判断的命中率）进行比较。证据的强度不依赖大样本的一次性统计检验，而依赖独立验证的累积密度：一个中医师，在二十个连续的、在不同患者身上执行的、由独立评估者复核的预判-验证单元中保持了显著高于随机基线的命中率，这本身就是一个信息——不是“这个方剂平均有效”的信息，而是“这个判断者，在公开可复核的条件下，反复展示了他对功能轴相变方向的事前预判能被事后独立确认的能力”。当这个累积密度扩大到五十例、涉及三种以上不同类型的多系统失稳状态，且在不同评估者之间可复现时，它就构成了一个不容忽视的制度性事实：这套知识生产系统，在它自己定义的任务——个体化功能轴相变预判——上，是可被独立复核地有效的。当累积密度达到两百例、在两个独立中心（其中至少一个为非中医综合医院）由不同评估团队复核时，它就不再是一个“值得进一步研究的假设”，而是一项已可被制度决策参考的、关于“某种人类判断能力在特定条件下可以被公开检验”的证据。

至此，预判-验证序列就不再是一套“建议中医采用的新方法”，而是一个已经在发生、只是没有被正式记录为证据的知识生产方式，终于找到了一个制度上可沟通的表达界面。它不需要中医“适应现代科学”，它只需要中医把自己一直在做的事，做到能被独立于自己的人看见、复核、并追踪记录的程度。

五、制度不认，但身体认了：新加坡中医的“沉默在轨”与发生的发生

沉默在轨不是一个理论概念被凭空发明出来然后拿去套在新加坡案例上。恰恰相反，是新加坡案例里那个“发生了却从未被正式命名”的现象，逼出了沉默在轨这个概念。因此，这一节的任务不是“用案例证明概念”，而是让这个概念的经验根系被看到。

新加坡的卫生技术评估制度，对中医的大门是关着的。新加坡卫生部主导的临床实践指南制定、国家药物目录遴选、以及公共医疗体系内的服务包设计，均以经过系统性严格评估的循证证据为前提。中医由于无法提供符合该评估框架内“金标准”等级的证据——它的诊断不能被国际疾病分类编码，它的方剂随人随证而变，它的治疗终点不是离散的可提取指标——因此从未被纳入公立医院的常规服务目录，也不能被整合进国家慢性病管理路径或老年综合评估框架（新加坡卫生部，2008，2014年国民健康调查框架文件）[8]。在制度文本的层面，中医不是被“敌视”——它只是被沉默地排除在外。有关的评估文件不会专门写一句“中医不纳入”，它只是在界定“符合证据质量要求的干预措施”的条款中，默认地将一套中医永远无法满足的格式设为唯一合法格式。

但新加坡的中医没有死。它没有像某些悲观的预测那样，因为缺少制度承认而逐渐萎缩消亡。根据新加坡中医管理委员会（Traditional Chinese Medicine Practitioners Board）的注册数据，截至2020年代初，新加坡仍有超过三千名注册中医执业者，其中绝大多数在私人诊所或慈善医疗机构执业。这些诊所的门诊量缺乏系统统计——这正是“未被制度纳入”的另一面：制度不仅不承认它的证据，甚至不记录它的存在。但来自特定社区健康调查的间接数据表明，在新加坡华裔老年人群中，使用中医作为慢性病辅助管理的比例保持在显著水平，尤其是针对那些“西医检查都正常但人就是不舒服”的功能性症候群——疲劳、纳差、睡眠障碍、反复感冒、关节游走性疼痛——中医几乎是这些患者唯一的求助路径（参见2000年代至2010年代多项新加坡社区健康调查中关于补充与替代医学使用的模块数据）。

这里需要的不是宏观数字，而是一个微观的、能展示“沉默在轨”运行肌理的厚描案例——哪怕它是匿名的。[7]

一位执业二十余年的中医师W，在新加坡东部一个组屋区开了一间私人诊所。W师从一位在1970年代从广东移居新加坡的老中医，属于那种典型的、以一对一跟诊为核心教学方式的传统师承关系。W的诊所不接受保险直付——新加坡的私人综合健保计划不覆盖中医——所以全部诊费药费由患者现金自付。W的患者群体中有相当一部分是公立医院风湿科、消化科、精神科转出来的“棘手病人”：他们的化验报告基本正常，但症状让他们无法正常生活。公立医院的专科医生在排除了器质性疾病之后，往往会告诉患者“可能是压力大，多运动，开一点对症的药”——而当这些对策无效时，患者就会通过亲友介绍来到W的诊所。

W在面对这样一位患者时，诊疗过程大致如下。初诊约四十分钟。他先花很长时间问——不是按标准化的问诊清单逐条提问，而是追踪患者自己讲述时透出的身体节律信息：什么时候最累、什么时候腹胀最重、睡到几点醒、醒来以后能否再睡着吗。然后他切脉、看舌。切脉时他不说话，眼睛看着别处，手上那些微小的按压力度变化和停顿——这是跟了师傅十几年才练出来的手感。然后他坐下，把这四十分钟里所有碎片信息拼成一幅图：中焦气机受困，湿浊内蕴，但下焦有阳虚底子，不能单用苦温燥湿，会伤阴——他脑子里的这个判断是不可拆解的：它不是在五个变量上分别打了分然后用公式算出来的，而是在那些碎片信号之间的互相牵连关系里被“看出”来的。这个“看出”本身，就是他作为中医师的不可替代的核心认知动作。

然后他开方——七帖药，加减从他头脑中那个经典方剂库里自动跳出，但他会针对这个具体患者的体质做微调：减一味、加一味、或者把某一味的剂量调三克。他用三十年的临床试错，反复校准了“这个体质底板上遇到这个状态的这道轴、用这个强度的干预、大概会在五天左右看到相变”这整套判断模型。然后他对患者说一句话——这是整个过程中最关键的一句话，虽然患者可能根本没意识到：“你吃五天，到第五天大便应该从现在的糊状变成软条成形，腹胀会减轻，下午的疲劳感会从四点提前到两点就慢慢消退。如果第五天没看到变化，你打电话给我。”

这句话是一个被钉在时间轴上的预判。它不是“大概会好转”的模糊安慰，而是一个方向明确、时间窗口明确、可被患者自己观测并反馈的验证承诺。五天后，如果患者打电话说“大便还是糊的”——W就必须回去修正自己刚才那整套模型。也许是中焦湿浊比判断的更重，也许是下焦阳虚的程度被低估了，也许是季节因素没有充分纳入。

五天后患者没打电话，复诊时自己来了。一进门就说：“医生，真的第五天开始大便成形了，腹胀也轻了。”W点头，不做声，又切脉——舌苔薄了一层，右关脉已经没那么濡了。他从脉象上证实了自己刚才那个判断模型的这一次个体化版本。然后他坐下来，开第二周的方子——这一次，是上次方剂基础上的微调，把祛湿的药减量，把健脾的药增量，因为第一阶段的核心矛盾已经从“湿浊困脾”转到了“脾虚未复”。

这一整个单元，就是一个不可拆卸的功能轴相变预判-验证循环。它的每一个步骤——切脉、开方、预判、追踪、修正——都依赖W本人与他师傅十五年跟诊期间在他身体里沉积下来的那套判断系统。没有任何一个第三方能独立复制这套动作。但在此刻——如果在诊疗开始前，W在一张标准化的预判记录表上写下了“消化-吸收轴从XX状态将在五至七天内转向YY状态”的预判，并在第五天由一位独立评估者依据行为锚定标准询问患者并做记录，最后在第七天复诊时由独立评估者比对预判与实际状态、判定为“命中”——那么，这个“不可拆卸”的过程，就第一次对公共空间敞开了。它仍然不可拆卸——任何人都无法取代W的切脉和判断——但那个判断的后果，已经被钉在一个可以被第三方独立追认或反驳的记录里。

新加坡中医师承教育中被反复描述却从未被系统命名的那种“沉默的延续”，就是由成千上万个这样的循环构成的。在制度不承认的漫长岁月里，师傅和徒弟都不需要“沉默在轨”这个概念来告诉他们自己在做什么。他们只是在做一件事：师傅看徒弟切脉，看出问题，指出来；徒弟在下一个患者身上试，师傅在后边听着、看着、用手纠正按压的力度；一个被验证准确的判断，比一套被背熟的考试答案更有资格成为“学习发生了”的凭证。这套生产知识的轨道一直在运行——只是从来没有以制度能识别的方式，“被通告”过它的存在。

这就是发生的发生：不是先有一个概念然后去实施，而是那些临床者在不被制度承认的漫长岁月里，用身体、用手指、用一张又一张被写完就收进抽屉的处方，撑开了一条裂缝。沉默在轨这个概念不过是在多年之后回头看去，给那条裂缝取了一个名字。名字不是原创——原创是那条裂缝本身。

六、第二通道不是另一把尺子，是另一条轨道

把预判-验证序列作为“第二通道”嵌入卫生技术评估制度的设想，放在沉默在轨的地基上，其制度含义会完全不同。

此前对第二通道的理解，倾向于把它看作一种“针对特殊类型干预的替代性证据设计”——它在循证医学金字塔的旁边再建一个小金字塔，用来处理随机对照试验量不到的复杂干预。这种理解框架有两个软肋。第一，它仍然默认疗效是一个在各条证据标准之间保持中立的“被测量对象”，只是不同的尺子适合量它的不同侧面。第二，它仍然试图在两条通道之间建立证据等级的换算——“在涉及多轴功能网络相变的临床决策环节，第二通道的预判证据享有与第一通道观察性队列研究同等的证据权重”。这个换算逻辑在制度谈判中务实，在认识论上却脆弱，因为它预设了两条通道量度的是同一个尺度轴，只是精密度不同。

沉默在轨把这个预设也拿掉了。两条通道不是同一尺度轴上的两个精度等级。它们是两种不同的知识生产节律，对应两种不同存在格式的“疗效”——第一通道处理的是以“可提取实体”格式存在的疗效，第二通道处理的是以“不可拆卸过程”格式存在的疗效。前者可以在实验室被纯化、可以在组间被取均值、可以制成独立于临床情境的证据包在全球流通；后者只能在真实的、具体的、不可拆卸的诊疗关系中被追踪、被预判、被反复校准。两者的证据等级，不应该在同一个金字塔上比高低——它们在金字塔的不同面上，各自有不同的等级阶梯。第

一通道的阶梯以“控制混杂、逼近因果关系”为垂直轴，第二通道的阶梯以“预判精确性的独立验证累积密度”为垂直轴。两条垂直轴不能互相换算，因为要换算就需要一个同时适用于两种疗效存在格式的公共单位——而这个公共单位不存在，因为两种疗效的“是其所是”的格式不同。你不能问“这把尺子的一厘米等于那把尺子的多少厘米”，因为尺子本身不在同一个维度上。

在这个新地基上，“第二通道的制度嵌入”就不再是往现行卫生技术评估体系里增加一种备选证据格式，而是在现行制度的上游，重新定义“什么算合法的医学知识”——具体而言，就是在制度文档里，明确地划出一类此前未被单独分类的临床决策类型：“多轴功能网络相变决策”，并承认对这类决策，合法的知识格式与分子靶点决策不同。这不是降低标准，这是承认知识格式的多元性。

一旦这个分类在制度文档里落了户，第二通道的整套证据等级序列就有了制度上合法的出生证。初级证据等级：一个执业中医师提交二十例经独立评估者复核的预判-验证单元，命中率显著高于随机基线，且单元覆盖至少三种不同的功能轴。中级等级：五十例、覆盖三种以上多系统失稳类型，命中率在至少两个独立评估者之间可复现。高级等级：两百例、双中心（其中至少一个为非中医综合医院），独立复核组盲于预判内容，命中率稳定在预设的检验阈值之上。这三个等级对应的制度权重逐步递增——初级可用于中医诊所内部质量审计与同行评议；中级可用于保险公司或社区健康管理机构在特定慢性病功能管理项目中将中医纳入服务包；高级可用于国家层面的卫生技术评估决策咨询中，将某类中医干预在特定决策环节中视为“已具备独立可复核证据支持的评估对象”。

新加坡中医那个自锁闭环的破解点，也就在这个分类的建立上。闭环之所以转得起来，是因为制度把两类本质上知识格式不同的决策混在一起，用同一把尺子量两类格式不同的疗效。一旦分类建立，中医在那部分涉及多轴功能网络相变的临床决策上，就不再被要求在不可拆卸自己的前提下去过随机对照试验的关卡——它被允许在自己的轨道上运行，然后接受独立复核。闭环的第一齿轮——评估标准的定义权垄断——就在这个分类点上被撬开了一条缝。

这需要制度设计者做出一个动作：不是增加一种“中医可以用的新证据格式”，而是在制度上游，承认医学知识生产本身存在格式多元性——有些知识对象可以被提取并制成标准化证据包，另一些知识对象只能在追踪关系中存在，但可以通过独立复核机制被纳入制度决策的信息集。这不是“对中医网开一面”，这是制度自身的认识论升级。

七、结语：不证自明之前，先让自己活着

沉默在轨不是一个辉煌的革命概念。它不承诺中医终有一天会被现代医学“完全承认”，不预言中医的证据体系会在未来某个时刻攀上与随机对照试验同等的制度地位，也不宣告中医已经找到了自我证明的终极方法论。它只命名了一件已经发生、正在发生、并且很可能在可预见的未来继续发生的事：一个临床传统，在一个不承认它的制度轨道上，用自己的节律持续运行。这件事本身，就是中医共同体对那个“你还没证明自己”的永恒追问的最扎实回应——不是用语言证明，是用存在证明。

但这件事如果一直停留在“沉默的延续”里，它就无法成为公共知识。预判-验证序列的意义，就是给这个沉默的存在装上一个能被独立复核的透明外壳，让它能被那些没有在中医诊室里亲身经历过它的有效性的人，也看见它确实在运行。这外壳不改变火车头的运行方式——它只是在火车头的外部加装了一套可以被独立查看的仪表盘。中医师仍然在用自己的手感、身体判断、经验模型做他做了几十年的事；但与此同时，他每一次在治疗前写下的那个预判，已经被钉在了一个公共记录里，等着被一个不在他诊室里的人去独立追认或反驳。这就是从“私藏底气”走向“公共可复核”的那一步。它不要求中医变成另一个人，它只要求中医把自己一直在做的事，做得能被别人看见。

沉默在轨给这件事提供了最诚实的地基：我们承认，在可预见的未来，我们永远无法在不拆卸自己的认知运行的前提下，生产出那类被现行制度承认为“金标准”的证据。我们不寻求豁免，不寻求降标，不寻求在别人的金字塔上挤一个位置。我们寻求的是——我们已经在一条轨道上运行了，运行了几千年，运行了几十代人的身体与手指之间，现在，请允许我们的轨道被承认为一条合法的轨道，并为它配上适合它的信号系统与审计标准。

一个判断只有在可以被推翻的条件下，才是有牙齿的判断。本文两个核心论点的证伪条件相互独立。第一个论点——沉默在轨是中医共同体在现行制度知识格式下的一种不可消除的构成性存在状态——的证伪条件是：如果在某个国家或地区的卫生制度中，中医以“完全不修改自身核心诊断与治疗逻辑”的方式获得了与西医同等的制度承认与资源分配，并且这一承认是建立在将其临床判断过程完全透明化为可独立复核的预判-验证证据之上，而非通过政治协商或文化例外窗口实现的，那么“容差”就不是构成性的，而是阶段性的——本文对该概念存在论地位的判断即被推翻。第二个论点——预判-验证序列是沉默在轨状态下从临床内部逼出的自证结构——的证伪条件是：如果在严格盲法、独立评估的预判-验证实施中，中医师对功能轴相变方向的预判命中率系统性不高于一个仅凭基线回归均值趋势做判断的非医师观察者，且该结果在多个独立团队中可重复，那么本文论证的整套自证逻辑即告失效。

在证伪发生之前，沉默在轨就是中医共同体最诚实的自我描述——不是因为我们甘心容差，而是因为我们终于说清楚了：那个一直被叫做“证据不足”的东西，不是知识的缺席，而是另一种知识格式的另一种轨道。中医需要的不是一个更宽松的标准，而是一个能够容纳不同知

识格式的制度——一个不只是量脚，而是先允许脚站在地上的制度。

注释

- [1] 本文使用的“默知识格式”概念，特指循证医学制度化过程中形成的、将“疗效”预设为可独立提取之实体的知识对象格式。它不等同于福柯的“知识型”或库恩的“范式”，而是一种在具体制度操作（如药品审批、指南制定、保险给付）中静默运转的预设。详见正文第二节。
- [2] 秦莉，“自锁闭环”概念见其工作论文（秦莉, 2024）。本文受此启发，但进一步挖掘闭环的构成性前提，进而提出“沉默在轨”。
- [3] 关于中医临床实践的医学人类学研究，特别是对“在场”、“具身化”及疗效不可拆卸性的经典分析，见Farquhar (1994)。本文部分讨论受此启发，但将重心置于知识格式与制度轨道的张力，而非文化解释。
- [4] 关于中医在十九至二十世纪现代化、制度化及自我科学化的历史，可参见Andrews (1997)与Lei (2014)的经典研究。此处的简要历史重述服务于本文的论证焦点，并非独立的史学论述。
- [5] 实用随机对照试验、整体系统研究及单病例实验设计等方法，在循证医学和行为医学中有大量标准文献（如Barlow, Nock, & Hersen, 2009）。本文仅就其与预判-验证序列的认识论预设差异展开讨论，不拟全面综述。
- [6] 关于de Certeau (1980)的“日常生活实践”与Scott (1985)的“弱者的武器”，本文仅在第三节中作为对照概念使用。其完整理论框架，请参阅原典。
- [7] 材料说明：本案例中的中医师W及其诊疗情境系基于田野素材的复合、匿名化、简化与典型化处理，旨在为“沉默在轨”的运行逻辑提供一个可供理解的例示。案例不代表任何真实个案，亦非经过同行评议的实证数据。
- [8] 原文中对新加坡卫生部文件及国民健康调查框架的指引，系对多项官方文件与调查的综合指认。直接相关的制度文件与调查报告可参见Singapore Ministry of Health (2008)及Ministry of Health, Singapore (2011)；因历年调查框架具有连续性，2014年之指引亦涵括后续评估调整。

参考文献

Andrews, B. (1997). The making of modern Chinese medicine, 1850–1960 [Unpublished doctoral dissertation]. University of Cambridge.

Barlow, D. H., Nock, M. K., & Hersen, M. (2009). Single case experimental designs: Strategies for studying behavior change (3rd ed.). Pearson.

de Certeau, M. (1980). L’ invention du quotidien, 1: Arts de faire. Gallimard. (英文译本: The practice of everyday life. S. Rendall, Trans. University of California Press, 1984)

Farquhar, J. (1994). Knowing practice: The clinical encounter of Chinese medicine. Westview Press.

Lei, S. H. (2014). Neither donkey nor horse: Medicine in the struggle over China’ s modernity. University of Chicago Press.

Ministry of Health, Singapore. (2011). National Health Survey 2010. Epidemiology & Disease Control Division.

Scott, J. C. (1985). Weapons of the weak: Everyday forms of peasant resistance. Yale University Press.

Singapore Ministry of Health. (2008). Guidelines on the regulation of complementary and alternative medicine.

Traditional Chinese Medicine Practitioners Board, Singapore. (2022). Annual Report 2020–2021.

秦莉. (2024). 单病例功能轴相变预判-验证序列：一种在中医临床现场中生长的证据设计 [工作论文].

张仲景. (约200年). 伤寒论.

最近邻加固与核心命题的重写

本篇收入「中医哲思」频道前做了一轮加固：把参照语料主动往外扩，请出最可能吞掉本文核心概念、而原稿未曾对质的那位对手，与它划一条可裁决的分离线（两套理论对同一件事作出相反预测），再把核心命题从肯定判断改写为否定—重命名判断，并补上「本文禁止什么」。

一、原稿没有请出的那位对手：哈金的「推理风格」与达斯顿的「客观性史」

更名说明：原稿概念名为「容差在轨」。本站已有同名概念（见医学频道《癌症的组织场—演化重构》），为免同词两义，本篇改用作者自己在第五节使用的说法——**沉默在轨**。所指未变。

本篇撤销的那个默认（疗效必须是可从诊疗关系中拆卸下来、可跨个体取均值的可提取实体），是一次真正的地板级移轴。但「知识对象的

存在格式是被历史锻造出来的」这句话，科学史里有两位早已立好的主人：哈金的推理风格——何为真的标准随风格而生，风格自带其真值判据；达斯顿与加里森的客观性史——「客观」不是永恒规范，而是十九世纪才成形的一种认识论德性。原稿未与二者对质。

二、分离线

分离线在于**被描述的是格式本身，还是被格式排除者的存在状态**。哈金与达斯顿写的是格式的**历史生成与更替**；本篇写的是一个传统在被某种格式排除之后，**仍在轨道之外持续生产知识**的那种存在状态——它不是又一种推理风格（若是，它就该有自己的公共真值判据），而是一个尚未取得公共界面的生产现场。

相反预测：

推理风格框架：中医若坚持自身判据，终将作为另一种风格取得并列承认（风格之间不可通约但可并存）。

本篇：不会——在现行卫生技术评估格式下，并列承认只以政治协商或文化例外的方式出现，而不以判据并列的方式出现；可查各国中医纳入医保的实际依据文本。

三、核心命题的重写

中医的处境不是另一种推理风格尚未被承认，而是一个把自己的核心动作留在轨道外、只让可计量的残渣上轨的传统——它不是在等一个更公平的尺子，它是在用沉默换取继续运行的许可。

四、本文禁止什么

- 1. **禁止把它读成对循证医学的否定。**本篇说的是格式与对象的错配，不是格式无效。
- 2. **禁止把任何制度边缘处境都算作沉默在轨。**准入要两项：核心认知动作被格式排除，且该动作仍在低调实践中持续运转并有效。
- 3. **禁止用它为疗效不实者辩护。**沉默在轨不豁免安全性与欺诈的检验。

本轮加固所核验的文献

Hacking, I. (1992). "Style" for Historians and Philosophers. *Studies in History and Philosophy of Science*, 23(1), 1–20. （推理风格，本轮所对质的核心对手）

Daston, L., & Galison, P. (2007). *Objectivity*. Zone Books.

Scheid, V. (2002). *Chinese Medicine in Contemporary China: Plurality and Synthesis*. Duke University Press.