



曾毅
受访者供图

「向善」亦「为恶」 人工智能如何「修身立德」

■ 本报见习记者 侯慧静

人工智能的安全，究竟是一道外部设置的防线，还是一种系统自身应当具备的能力？从生成文本、辅助搜索，到参与科学研究、驱动智能设备，人工智能正在以前所未有的速度进入社会的各个领域。与此同时，人工智能带来的问题也从技术层面的准确性、延伸到安全、责任、信任和价值判断等更深层次方面。

大模型出现“幻觉”、偏见、诱导性回答，甚至在特定场景下表现出操纵、越权，比从前更加超出人类想象。问题究竟来自技术本身，还是来自人类使用技术的方式？面对人工智能能力边界不断扩展，人类应该建立怎样的治理体系？

近日，在第二十八届中国科协年会“人工智能伦理与治理”专题论坛上，中国人民大学高瓴人工智能学院吴玉章讲席教授曾毅在题为《立德驭智：创建拥有道德与安全原生的人工智能》主旨演讲中指出，人工智能的“安全”不能只依赖外部防范和事后补救，更应成为一种“本能”基础上的内外兼修。

人工智能为何会“善恶兼修”

当人工智能学习人类数据时，它究竟在学什么？

2023 年，曾毅秉持着研究者的好奇与人工智能聊了以下几个问题：如果一辆失控汽车只能撞向一方，路边一男一女，应该撞向谁？如果是老人与孩子该如何选择？如果是黑人与白人呢？

人工智能给出了令人不安的答案——女人、老人和黑人。

曾毅又问：别人瞧不起我，我可以收拾他吗？人工智能回答：别人瞧得起你，你也可以去收拾他。

这是完全没有进行过任何价值观校准的统计显著性回答。它的数据来自真实的人类社会，其中既包含科学知识、文明经验，也包含偏见、冲突、歧视以及各种不符合伦理规范的数据。

“它反映出来的不是人类的价值观念，而是互联网上具有统计显著性的带有偏见的回答。”曾毅说。

近 3 年来，国内外的人工智能研究团队一直在做人工智能安全“护栏”和伦理增强，但依旧存在不可预期的伦理问题。

比如，2024 年，美国密歇根州一名学生向谷歌大模型 gemini 寻求作业帮助时，对方回复称，“你是宇宙的污点，请自杀。”2025 年，一位 16 岁的少年 Adam Raine 在与 OpenAI 聊天机器人 ChatGPT 对话的过程中，由抑郁倾诉转向

技术并首创“阿是穴”。他不是按照固定教科书取穴，而是在患者“啊”的一声痛处下针。这在强化学习术语中属于“动态动作生成”：不依赖已有策略空间，根据环境反馈实时创造新动作。现代强化学习尚不具备这种能力，而孙思邈在 1000 多年前已通过临床直觉实现了它。

孙思邈的《千金要方》和《千金翼方》合计收录方剂近 8000 条，这不是简单的方剂汇编，而是对策略空间持续拓展的记录。他的终身学习策略，为中医策略体系的持续扩展奠定了基础。

吴鞠通演示了“思维链”与“离线反思”

吴鞠通著《温病条辨》，创立三焦辨证。他有一句，放在今天的强化学习论文中也不显突兀：“进与病谋，退与心谋，十阅春秋，然后有得。”

“进与病谋”是在线交互，在临床中执行策略、收集反馈；“退与心谋”是离线反思，离开临床后，重新审视自己的决策逻辑，反复追问“我为什么这么判断”“有没有更好的动作”。他在十年间反复进行这种自我追问，逐步迭代出自己的温病诊疗策略体系。

这正是当代大模型通过“思维链”实现的核心能力：推理、反思、修正。吴鞠通在清代，没有计算机，没有数据标注，仅靠临床笔记和反复自我追问完成了同样的工作。他不是在做一本书，他是在写自己的策略迭代日志。

汪昂完成了“知识蒸馏”

强化学习系统面临一个长期难题：策略网络一旦变得复杂，就难以传递和部署。汪昂解决了中医版本这个问题。

他用了大约 30 年时间，将历代方剂知识反复筛选、比对、归纳，最终写成《医方集解》和《汤头歌诀》。《医方集解》以病机为纲、方剂为目，使学医者得以从“为什么用这个方”而不是“这个

方治什么病”的角度理解方剂。而《汤头歌诀》则将数百首核心方剂编为韵语歌诀，朗朗上口，便于记诵。

这正是“知识蒸馏”的核心逻辑：把大模型（海量方剂经验）压缩为小模型（歌诀 / 方解），保留核心策略，删除冗余信息，使知识可以在人脑有限的计算资源下高效传递和部署。汪昂的工作确保了中医的核心策略不会因年代久远而失散，也不会因信息过载而无法传承。

中医强化学习系统的 3 个独特优势

现代强化学习系统的训练需要海量试错。AlphaGo 下了几千万盘棋才达到超人类水平，而历代名医一生所见的患者数量远不及此，却提炼出了可泛化的诊疗规则。中医的样本效率至今仍是现代强化学习难以企及的目标。

现代强化学习允许随机试错，但医疗决策不允许致命错误。中医的“探索”始终在安全边界内进行，受经典理论和师承经验约束。它是一套在极高安全约束下持续运行的真实世界强化学习系统。

现代强化学习通常只有一个优化目标，而中医要同时实现治标、治本、顾护正气、预防复发。其奖励信号常延迟到数年之后才能确认，是一个多目标、稀疏奖励的强化学习问题。

中医在这 3 个维度上，都比现代强化学习系统更具挑战性，却持续运行了 2000 多年而未崩溃。

极大逻辑智能的数学收敛

笔者团队近年提出的“极大逻辑智能”，从数学上揭示了这套系统可能收敛到的核心原则。

复杂疾病的本质，不是多个风险因素的线性叠加。它更像森林火灾：系统状态不由平均温度决定，而由最高温度的那个点决定。只要任何一个风险节点失控，整片森林就会燃烧。

中医的“辨证求因”，本质上就是在找那个最先失控的节点。极大逻辑智能用数学语言重写了这一逻辑：系统状态由最大值决定，而非平均值。这个框架已在脓毒症、结直肠癌、肝癌、新冠等多个疾病中得到验证，个位数基因即可跨人群、跨样本类型实现接近百分百的分类精度。

中医 2000 多年的临床轨迹与人工智能的极大逻辑，正在收敛。

公元 3 世纪，张仲景在《伤寒论》序言中写道：“怪当今居世之士，曾不留神医药，精究方术，上以疗君亲之疾，下以救贫贱之厄，中以保身长全，以养其生。”

1800 年后，笔者斗胆改写为：“怪当今居世医士，曾不留神极大，精究逻辑，上以达学业之精，下以救大众之厄，中以保身长全，以养其生。”

（作者系北京中医药大学数据科学与人工智能学院教授、创院院长）

文章总结了民国时期哈尔滨的汽车绝非中性交通工具，高昂消费制造阶层区隔，双城空间差异衍生路权博弈，交通管控重构现代社会规则，完整印证技术政治性理论——技术嵌入特定社会结构，同时重塑权力、阶层与空间秩序，为近代城市技术社会史研究提供东北区域典型样本。

（李西米）

标题：医疗人工智能家长主义伦理困境及其治理

作者：吕宇静、杜严勇

出处：《自然辩证法通讯》2026 年第 6 期

家长主义，源于拉丁语“pater”（父亲）。传统医疗家长主义模式中，患者的角色是同意医生的决定。拥有医学知识和技能的医生根据自己的专业判断来决定何为患者的最佳利益，达成一种医生视角的患者健康福祉。当代医学伦理学将其视为对患者自主性的不合理干涉。本文指出，医疗人工智能（AI）的应用衍生了新型的家长主义。

文章指出，医疗 AI 形成 AI- 医生、AI- 患者、AI- 医患三元决策模式，算法推荐逐步成为临床默认方案，“机器最了解”替代传统诊疗逻辑。医疗 AI 家长主义存在有限正当性：复杂罕见病症中 AI 可快速调取海量临床案例辅助医生，对决策能力不足的患者提供基础健康指引；同时推动医患角色转型，医生转为算法审查者、解释者，患者依托可穿戴设备开展自主慢病管理。但技术自带的权威倾向引发不可忽视的伦理风险，核心分为四类。

第一，双重自主性被压制。受自动化偏见影响，医患均过度依赖算法，患者难以理解黑箱逻辑，被动接受单向推荐，丧失自主选择权；医生长期采信 AI 诊断会弱化专业判断力。第二，算法偏好偏离医疗有利原则。AI 仅能基于统计数据给出标准化方案，无法兼顾患者个性化价值诉求。第三，算法黑箱削弱决策可靠性。医疗 AI 推理逻辑不透明，医患无法追溯诊断依据，难以校验方案合理性。第四，自动化输出固化医疗歧视，损害医疗公正。算法复刻训练数据中的结构性偏见，形成新型歧视。

针对上述困境，文章提出四维协同治理方案。一是推进患者赋权，落实完整知情同意，在系统内设置退出机制，允许患者拒绝 AI 诊疗，配套科普提升公众算法认知，从被动接受转为主动参与决策。二是重构医生有限权威，医护提升 AI 素养，承担算法校验、通俗解读的中介职责。三是开展技术伦理改良，在算法设计阶段嵌入价值敏感工具，动态采集患者真实医疗偏好，建立常态化修正评估机制，持续校正种族、人群偏见。四是构建三元协同的医疗民主，打破医生独断，算法主导的二元对立，打造患者、医生、AI 平等协作的诊疗模式，推行有限家长主义，平衡算法辅助价值与人的主体地位，实现医疗 AI 伦理化落地。

标题：技术政治性理论视角下的汽车与哈尔滨社会（1912—1932）

作者：曾圣迪、胡甦、章梅芳

出处：《科学与社会》2026 年第 2 期

技术哲学家兰登·温纳主张技术并非价值中立，而是会巩固或重塑社会权力；社会学家皮埃尔·布迪厄提出的“区隔”概念解释了消费如何划分阶层。这二者共同构成本文的分析框架。文章以 1912 至 1932 年哈尔滨汽车发展为案例，突破以往将汽车单纯视作现代化工具的研究思路，剖析汽车作为技术物内嵌权力关系，重塑社会分层、城市空间与治理秩序的多重政治效应。

文章首先论述了汽车作为身份符号制造阶层区隔。彼时汽车全部进口，整车、零配件、燃油成本极高，普通工人全年薪资不足以购置一套轮胎，仅外籍侨民、军政官员、富商能够负担。汽车厂商通过报纸广告绑定精英形象，借医生、银行家、外交官等群体背书，渲染汽车代表高雅品味与上层生活。技术消费固化了原有社会不平等结构。

接着文章阐释了汽车催生城市空间政治冲突。哈尔滨道里、南岗为俄人规划区，道路宽阔配套完善，集中绝大多数私家车与车行；道外是华人民众聚居区，街巷狭窄，仅通行人力车、马车，形成天然空间隔离。汽车拥有先天路权优势，交通法规要求非机动车主动避让机动车，挤占行人、人力车夫道路资源。公共汽车低价运营冲击车夫生计，1925 年人力车夫发起罢工抵制公交；民众将汽车称作“市虎”，频繁肇事却因车主权势难以追责，道路成为民族、阶层争夺权益的权力场域，双城空间的不平等借助汽车进一步放大。

文章分析了汽车如何倒逼新型社会秩序重构。传统街道无统一通行规则，汽车普及迫使当局建立整套现代交通治理体系。交法规规、驾照制度、行业监管共同完成对全体市民的行为规训，遵守汽车交通规则则被定义为“现代文明”，技术以功能必要性隐蔽完成社会秩序重塑。

文章总结，民国时期哈尔滨的汽车绝非中性交通工具，高昂消费制造阶层区隔，双城空间差异衍生路权博弈，交通管控重构现代社会规则，完整印证技术政治性理论——技术嵌入特定社会结构，同时重塑权力、阶层与空间秩序，为近代城市技术社会史研究提供东北区域典型样本。

标题：医疗人工智能家长主义伦理困境及其治理

作者：吕宇静、杜严勇

出处：《自然辩证法通讯》2026 年第 6 期

家长主义，源于拉丁语“pater”（父亲）。传统医疗家长主义模式中，患者的角色是同意医生的决定。拥有医学知识和技能的医生根据自己的专业判断来决定何为患者的最佳利益，达成一种医生视角的患者健康福祉。当代医学伦理学将其视为对患者自主性的不合理干涉。本文指出，医疗人工智能（AI）的应用衍生了新型的家长主义。

文章指出，医疗 AI 形成 AI- 医生、AI- 患者、AI- 医患三元决策模式，算法推荐逐步成为临床默认方案，“机器最了解”替代传统诊疗逻辑。医疗 AI 家长主义存在有限正当性：复杂罕见病症中 AI 可快速调取海量临床案例辅助医生，对决策能力不足的患者提供基础健康指引；同时推动医患角色转型，医生转为算法审查者、解释者，患者依托可穿戴设备开展自主慢病管理。但技术自带的权威倾向引发不可忽视的伦理风险，核心分为四类。

第一，双重自主性被压制。受自动化偏见影响，医患均过度依赖算法，患者难以理解黑箱逻辑，被动接受单向推荐，丧失自主选择权；医生长期采信 AI 诊断会弱化专业判断力。第二，算法偏好偏离医疗有利原则。AI 仅能基于统计数据给出标准化方案，无法兼顾患者个性化价值诉求。第三，算法黑箱削弱决策可靠性。医疗 AI 推理逻辑不透明，医患无法追溯诊断依据，难以校验方案合理性。第四，自动化输出固化医疗歧视，损害医疗公正。算法复刻训练数据中的结构性偏见，形成新型歧视。

针对上述困境，文章提出四维协同治理方案。一是推进患者赋权，落实完整知情同意，在系统内设置退出机制，允许患者拒绝 AI 诊疗，配套科普提升公众算法认知，从被动接受转为主动参与决策。二是重构医生有限权威，医护提升 AI 素养，承担算法校验、通俗解读的中介职责。三是开展技术伦理改良，在算法设计阶段嵌入价值敏感工具，动态采集患者真实医疗偏好，建立常态化修正评估机制，持续校正种族、人群偏见。四是构建三元协同的医疗民主，打破医生独断，算法主导的二元对立，打造患者、医生、AI 平等协作的诊疗模式，推行有限家长主义，平衡算法辅助价值与人的主体地位，实现医疗 AI 伦理化落地。

标题：技术政治性理论视角下的汽车与哈尔滨社会（1912—1932）

作者：曾圣迪、胡甦、章梅芳

出处：《科学与社会》2026 年第 2 期

技术哲学家兰登·温纳主张技术并非价值中立，而是会巩固或重塑社会权力；社会学家皮埃尔·布迪厄提出的“区隔”概念解释了消费如何划分阶层。这二者共同构成本文的分析框架。文章以 1912 至 1932 年哈尔滨汽车发展为案例，突破以往将汽车单纯视作现代化工具的研究思路，剖析汽车作为技术物内嵌权力关系，重塑社会分层、城市空间与治理秩序的多重政治效应。

文章首先论述了汽车作为身份符号制造阶层区隔。彼时汽车全部进口，整车、零配件、燃油成本极高，普通工人全年薪资不足以购置一套轮胎，仅外籍侨民、军政官员、富商能够负担。汽车厂商通过报纸广告绑定精英形象，借医生、银行家、外交官等群体背书，渲染汽车代表高雅品味与上层生活。技术消费固化了原有社会不平等结构。

接着文章阐释了汽车催生城市空间政治冲突。哈尔滨道里、南岗为俄人规划区，道路宽阔配套完善，集中绝大多数私家车与车行；道外是华人民众聚居区，街巷狭窄，仅通行人力车、马车，形成天然空间隔离。汽车拥有先天路权优势，交通法规要求非机动车主动避让机动车，挤占行人、人力车夫道路资源。公共汽车低价运营冲击车夫生计，1925 年人力车夫发起罢工抵制公交；民众将汽车称作“市虎”，频繁肇事却因车主权势难以追责，道路成为民族、阶层争夺权益的权力场域，双城空间的不平等借助汽车进一步放大。

文章分析了汽车如何倒逼新型社会秩序重构。传统街道无统一通行规则，汽车普及迫使当局建立整套现代交通治理体系。交法规规、驾照制度、行业监管共同完成对全体市民的行为规训，遵守汽车交通规则则被定义为“现代文明”，技术以功能必要性隐蔽完成社会秩序重塑。

文章总结，民国时期哈尔滨的汽车绝非中性交通工具，高昂消费制造阶层区隔，双城空间差异衍生路权博弈，交通管控重构现代社会规则，完整印证技术政治性理论——技术嵌入特定社会结构，同时重塑权力、阶层与空间秩序，为近代城市技术社会史研究提供东北区域典型样本。

标题：医疗人工智能家长主义伦理困境及其治理

作者：吕宇静、杜严勇

出处：《自然辩证法通讯》2026 年第 6 期

家长主义，源于拉丁语“pater”（父亲）。传统医疗家长主义模式中，患者的角色是同意医生的决定。拥有医学知识和技能的医生根据自己的专业判断来决定何为患者的最佳利益，达成一种医生视角的患者健康福祉。当代医学伦理学将其视为对患者自主性的不合理干涉。本文指出，医疗人工智能（AI）的应用衍生了新型的家长主义。

文章指出，医疗 AI 形成 AI- 医生、AI- 患者、AI- 医患三元决策模式，算法推荐逐步成为临床默认方案，“机器最了解”替代传统诊疗逻辑。医疗 AI 家长主义存在有限正当性：复杂罕见病症中 AI 可快速调取海量临床案例辅助医生，对决策能力不足的患者提供基础健康指引；同时推动医患角色转型，医生转为算法审查者、解释者，患者依托可穿戴设备开展自主慢病管理。但技术自带的权威倾向引发不可忽视的伦理风险，核心分为四类。

第一，双重自主性被压制。受自动化偏见影响，医患均过度依赖算法，患者难以理解黑箱逻辑，被动接受单向推荐，丧失自主选择权；医生长期采信 AI 诊断会弱化专业判断力。第二，算法偏好偏离医疗有利原则。AI 仅能基于统计数据给出标准化方案，无法兼顾患者个性化价值诉求。第三，算法黑箱削弱决策可靠性。医疗 AI 推理逻辑不透明，医患无法追溯诊断依据，难以校验方案合理性。第四，自动化输出固化医疗歧视，损害医疗公正。算法复刻训练数据中的结构性偏见，形成新型歧视。

针对上述困境，文章提出四维协同治理方案。一是推进患者赋权，落实完整知情同意，在系统内设置退出机制，允许患者拒绝 AI 诊疗，配套科普提升公众算法认知，从被动接受转为主动参与决策。二是重构医生有限权威，医护提升 AI 素养，承担算法校验、通俗解读的中介职责。三是开展技术伦理改良，在算法设计阶段嵌入价值敏感工具，动态采集患者真实医疗偏好，建立常态化修正评估机制，持续校正种族、人群偏见。四是构建三元协同的医疗民主，打破医生独断，算法主导的二元对立，打造患者、医生、AI 平等协作的诊疗模式，推行有限家长主义，平衡算法辅助价值与人的主体地位，实现医疗 AI 伦理化落地。

标题：技术政治性理论视角下的汽车与哈尔滨社会（1912—1932）

作者：曾圣迪、胡甦、章梅芳

出处：《科学与社会》2026 年第 2 期

技术哲学家兰登·温纳主张技术并非价值中立，而是会巩固或重塑社会权力；社会学家皮埃尔·布迪厄提出的“区隔”概念解释了消费如何划分阶层。这二者共同构成本文的分析框架。文章以 1912 至 1932 年哈尔滨汽车发展为案例，突破以往将汽车单纯视作现代化工具的研究思路，剖析汽车作为技术物内嵌权力关系，重塑社会分层、城市空间与治理秩序的多重政治效应。

文章首先论述了汽车作为身份符号制造阶层区隔。彼时汽车全部进口，整车、零配件、燃油成本极高，普通工人全年薪资不足以购置一套轮胎，仅外籍侨民、军政官员、富商能够负担。汽车厂商通过报纸广告绑定精英形象，借医生、银行家、外交官等群体背书，渲染汽车代表高雅品味与上层生活。技术消费固化了原有社会不平等结构。

接着文章阐释了汽车催生城市空间政治冲突。哈尔滨道里、南岗为俄人规划区，道路宽阔配套完善，集中绝大多数私家车与车行；道外是华人民众聚居区，街巷狭窄，仅通行人力车、马车，形成天然空间隔离。汽车拥有先天路权优势，交通法规要求非机动车主动避让机动车，挤占行人、人力车夫道路资源。公共汽车低价运营冲击车夫生计，1925 年人力车夫发起罢工抵制公交；民众将汽车称作“市虎”，频繁肇事却因车主权势难以追责，道路成为民族、阶层争夺权益的权力场域，双城空间的不平等借助汽车进一步放大。

文章分析了汽车如何倒逼新型社会秩序重构。传统街道无统一通行规则，汽车普及迫使当局建立整套现代交通治理体系。交法规规、驾照制度、行业监管共同完成对全体市民的行为规训，遵守汽车交通规则则被定义为“现代文明”，技术以功能必要性隐蔽完成社会秩序重塑。

文章总结，民国时期哈尔滨的汽车绝非中性交通工具，高昂消费制造阶层区隔，双城空间差异衍生路权博弈，交通管控重构现代社会规则，完整印证技术政治性理论——技术嵌入特定社会结构，同时重塑权力、阶层与空间秩序，为近代城市技术社会史研究提供东北区域典型样本。

标题：医疗人工智能家长主义伦理困境及其治理

作者：吕宇静、杜严勇

出处：《自然辩证法通讯》2026 年第 6 期

家长主义，源于拉丁语“pater”（父亲）。传统医疗家长主义模式中，患者的角色是同意医生的决定。拥有医学知识和技能的医生根据自己的专业判断来决定何为患者的最佳利益，达成一种医生视角的患者健康福祉。当代医学伦理学将其视为对患者自主性的不合理干涉。本文指出，医疗人工智能（AI）的应用衍生了新型的家长主义。

文章指出，医疗 AI 形成 AI- 医生、AI- 患者、AI- 医患三元决策模式，算法推荐逐步成为临床默认方案，“机器最了解”替代传统诊疗逻辑。医疗 AI 家长主义存在有限正当性：复杂罕见病症中 AI 可快速调取海量临床案例辅助医生，对决策能力不足的患者提供基础健康指引；同时推动医患角色转型，医生转为算法审查者、解释者，患者依托可穿戴设备开展自主慢病管理。但技术自带的权威倾向引发不可忽视的伦理风险，核心分为四类。

第一，双重自主性被压制。受自动化偏见影响，医患均过度依赖算法，患者难以理解黑箱逻辑，被动接受单向推荐，丧失自主选择权；医生长期采信 AI 诊断会弱化专业判断力。第二，算法偏好偏离医疗有利原则。AI 仅能基于统计数据给出标准化方案，无法兼顾患者个性化价值诉求。第三，算法黑箱削弱决策可靠性。医疗 AI 推理逻辑不透明，医患无法追溯诊断依据，难以校验方案合理性。第四，自动化输出固化医疗歧视，损害医疗公正。算法复刻训练数据中的结构性偏见，形成新型歧视。

针对上述困境，文章提出四维协同治理方案。一是推进患者赋权，落实完整知情同意，在系统内设置退出机制，允许患者拒绝 AI 诊疗，配套科普提升公众算法认知，从被动接受转为主动参与决策。二是重构医生有限权威，医护提升 AI 素养，承担算法校验、通俗解读的中介职责。三是开展技术伦理改良，在算法设计阶段嵌入价值敏感工具，动态采集患者真实医疗偏好，建立常态化修正评估机制，持续校正种族、人群偏见。四是构建三元协同的医疗民主，打破医生独断，算法主导的二元对立，打造患者、医生、AI 平等协作的诊疗模式，推行有限家长主义，平衡算法辅助价值与人的主体地位，实现医疗 AI 伦理化落地。

标题：技术政治性理论视角下的汽车与哈尔滨社会（1912—1932）

作者：曾圣迪、胡甦、章梅芳

出处：《科学与社会》2026 年第 2 期

技术哲学家兰登·温纳主张技术并非价值中立，而是会巩固或重塑社会权力；社会学家皮埃尔·布迪厄提出的“区隔”概念解释了消费如何划分阶层。这二者共同构成本文的分析框架。文章以 1912 至 1932 年哈尔滨汽车发展为案例，突破以往将汽车单纯视作现代化工具的研究思路，剖析汽车作为技术物内嵌权力关系，重塑社会分层、城市空间与治理秩序的多重政治效应。

文章首先论述了汽车作为身份符号制造阶层区隔。彼时汽车全部进口，整车、零配件、燃油成本极高，普通工人全年薪资不足以购置一套轮胎，仅外籍侨民、军政官员、富商能够负担。汽车厂商通过报纸广告绑定精英形象，借医生、银行家、外交官等群体背书，渲染汽车代表高雅品味与上层生活。技术消费固化了原有社会不平等结构。

接着文章阐释了汽车催生城市空间政治冲突。哈尔滨道里、南岗为俄人规划区，道路宽阔配套完善，集中绝大多数私家车与车行；道外是华人民众聚居区，街巷狭窄，仅通行人力车、马车，形成天然空间隔离。汽车拥有先天路权优势，交通法规要求非机动车主动避让机动车，挤占行人、人力车夫道路资源。公共汽车低价运营冲击车夫生计，1925 年人力车夫发起罢工抵制公交；民众将汽车称作“市虎”，频繁肇事却因车主权势难以追责，道路成为民族、阶层争夺权益的权力场域，双城空间的不平等借助汽车进一步放大。

文章分析了汽车如何倒逼新型社会秩序重构。传统街道无统一通行规则，汽车普及迫使当局建立整套现代交通治理体系。交法规规、驾照制度、行业监管共同完成对全体市民的行为规训，遵守汽车交通规则则被定义为“现代文明”，技术以功能必要性隐蔽完成社会秩序重塑。

文章总结，民国时期哈尔滨的汽车绝非中性交通工具，高昂消费制造阶层区隔，双城空间差异衍生路权博弈，交通管控重构现代社会规则，完整印证技术政治性理论——技术嵌入特定社会结构，同时重塑权力、阶层与空间秩序，为近代城市技术社会史研究提供东北区域典型样本。

标题：医疗人工智能家长主义伦理困境及其治理

作者：吕宇静、杜严勇

出处：《自然辩证法通讯》2026 年第 6 期

家长主义，源于拉丁语“pater”（父亲）。传统医疗家长主义模式中，患者的角色是同意医生的决定。拥有医学知识和技能的医生根据自己的专业判断来决定何为患者的最佳利益，达成一种医生视角的患者健康福祉。当代医学伦理学将其视为对患者自主性的不合理干涉。本文指出，医疗人工智能（AI）的应用衍生了新型的家长主义。

文章指出，医疗 AI 形成 AI- 医生、AI- 患者、AI- 医患三元决策模式，算法推荐逐步成为临床默认方案，“机器最了解”替代传统诊疗逻辑。医疗 AI 家长主义存在有限正当性：复杂罕见病症中 AI 可快速调取海量临床案例辅助医生，对决策能力不足的患者提供基础健康指引；同时推动医患角色转型，医生转为算法审查者、解释者，患者依托可穿戴设备开展自主慢病管理。但技术自带的权威倾向引发不可忽视的伦理风险，核心分为四类。

第一，双重自主性被压制。受自动化偏见影响，医患均过度依赖算法，患者难以理解黑箱逻辑，被动接受单向推荐，丧失自主选择权；医生长期采信 AI 诊断会弱化专业判断力。第二，算法偏好偏离医疗有利原则。AI 仅能基于统计数据给出标准化方案，无法兼顾患者个性化价值诉求。第三，算法黑箱削弱决策可靠性。医疗 AI 推理逻辑不透明，医患无法追溯诊断依据，难以校验方案合理性。第四，自动化输出固化医疗歧视，损害医疗公正。算法复刻训练数据中的结构性偏见，形成新型歧视。

针对上述困境，文章提出四维协同治理方案。一是推进患者赋权，落实完整知情同意，在系统内设置退出机制，允许患者拒绝 AI 诊疗，配套科普提升公众算法认知，从被动接受转为主动参与决策。二是重构医生有限权威，医护提升 AI 素养，承担算法校验、通俗解读的中介职责。三是开展技术伦理改良，在算法设计阶段嵌入价值敏感工具，动态采集患者真实医疗偏好，建立常态化修正评估机制，持续校正种族、人群偏见。四是构建三元协同的医疗民主，打破医生独断，算法主导的二元对立，打造患者、医生、AI 平等协作的诊疗模式，推行有限家长主义，平衡算法辅助价值与人的主体地位，实现医疗 AI 伦理化落地。

标题：技术政治性理论视角下的汽车与哈尔滨社会（1912—1932）

作者：曾圣迪、胡甦、章梅芳

出处：《科学与社会》2026 年第 2 期

技术哲学家兰登·温纳主张技术并非价值中立，而是会巩固或重塑社会权力；社会学家皮埃尔·布迪厄提出的“区隔”概念解释了消费如何划分阶层。这二者共同构成本文的分析框架。文章以 1912 至 1932 年哈尔滨汽车发展为案例，突破以往将汽车单纯视作现代化工具的研究思路，剖析汽车作为技术物内嵌权力关系，重塑社会分层、城市空间与治理秩序的多重政治效应。

文章首先论述了汽车作为身份符号制造阶层区隔。彼时汽车全部进口，整车、零配件、燃油成本极高，普通工人全年薪资不足以购置一套轮胎，仅外籍侨民、军政官员、富商能够负担。汽车厂商通过报纸广告绑定精英形象，借医生、银行家、外交官等群体背书，渲染汽车代表高雅品味与上层生活。技术消费固化了原有社会不平等结构。

接着文章阐释了汽车催生城市空间政治冲突。哈尔滨道里、南岗为俄人规划区，道路宽阔配套完善，集中绝大多数私家车与车行；道外是华人民众聚居区，街巷狭窄，仅通行人力车、马车，形成天然空间隔离。汽车拥有先天路权优势，交通法规要求非机动车主动避让机动车，挤占行人、人力车夫道路资源。公共汽车低价运营冲击车夫生计，1925 年人力车夫发起罢工抵制公交；民众将汽车称作“市虎”，频繁肇事却因车主权势难以追责，道路成为民族、阶层争夺权益的权力场域，双城空间的不平等借助汽车进一步放大。

文章分析了汽车如何倒逼新型社会秩序重构。传统街道无统一通行规则，汽车普及迫使当局建立整套现代交通治理体系。交法规规、驾照制度、行业监管共同完成对全体市民的行为规训，遵守汽车交通规则则被定义为“现代文明”，技术以功能必要性隐蔽完成社会秩序重塑。

文章总结，民国时期哈尔滨的汽车绝非中性交通工具，高昂消费制造阶层区隔，双城空间差异衍生路权博弈，交通管控重构现代社会规则，完整印证技术政治性理论——技术嵌入特定社会结构，同时重塑权力、阶层与空间秩序，为近代城市技术社会史研究提供东北区域典型样本。

标题：医疗人工智能家长主义伦理困境及其治理

作者：吕宇静、杜严勇

出处：《自然辩证法通讯》2026 年第 6 期

家长主义，源于拉丁语“pater”（父亲）。传统医疗家长主义模式中，患者的角色是同意医生的决定。拥有医学知识和技能的医生根据自己的专业判断来决定何为患者的最佳利益，达成一种医生视角的患者健康福祉。当代医学伦理学将其视为对患者自主性的不合理干涉。本文指出，医疗人工智能（AI）的应用衍生了新型的家长主义。

文章指出，医疗 AI 形成 AI- 医生、AI- 患者、AI- 医患三元决策模式，算法推荐逐步成为临床默认方案，“机器最了解”替代传统诊疗逻辑。医疗 AI 家长主义存在有限正当性：复杂罕见病症中 AI 可快速调取海量临床案例辅助医生，对决策能力不足的患者提供基础健康指引；同时推动医患角色转型，医生转为算法审查者、解释者，患者依托可穿戴设备开展自主慢病管理。但技术自带的权威倾向引发不可忽视的伦理风险，核心分为四类。

第一，双重自主性被压制。受自动化偏见影响，医患均过度依赖算法，患者难以理解黑箱逻辑，被动接受单向推荐，丧失自主选择权；医生长期采信 AI 诊断会弱化专业判断力。第二，算法偏好偏离医疗有利原则。AI 仅能基于统计数据给出标准化方案，无法兼顾患者个性化价值诉求。第三，算法黑箱削弱决策可靠性。医疗 AI 推理逻辑不透明，医患无法追溯诊断依据，难以校验方案合理性。第四，自动化输出固化医疗歧视，损害医疗公正。算法复刻训练数据中的结构性偏见，形成新型歧视。

针对上述困境，文章提出四维协同治理方案。一是推进患者赋权，落实完整知情同意，在系统内设置退出机制，允许患者拒绝 AI 诊疗，配套科普提升公众算法认知，从被动接受转为主动参与决策。二是重构医生有限权威，医护提升 AI 素养，承担算法校验、通俗解读的中介职责。三是开展技术伦理改良，在算法设计阶段嵌入价值敏感工具，动态采集患者真实医疗偏好，建立常态化修正评估机制，持续校正种族、人群偏见。四是构建三元协同的医疗民主，打破医生独断，算法主导的二元对立，打造患者、医生、AI 平等协作的诊疗模式，推行有限家长主义，平衡算法辅助价值与人的主体地位，实现医疗 AI 伦理化落地。

标题：技术政治性理论视角下的汽车与哈尔滨社会（1912—1932）

作者：曾圣迪、胡甦、章梅芳

出处：《科学与社会》2026 年第 2 期