

“五味”理论源流考

史伟, 孙东雪

(辽宁中医药大学附属第三医院, 辽宁 沈阳 110000)

[摘要] 中药“五味”理论是中药药性理论的重要组成部分,其起源于远古至西周时期,春秋至西汉时期产生了“五味”理论及其配属、功效,东汉时期将“五味”理论应用于中医药领域,隋唐时期五味理论得到进一步发展,宋金元时期“五味”理论被系统构建,并有效指导临床应用。

[关键词] 中药五味理论;发生学;理论体系;源流

[中图分类号] R28 **[DOI]** 10.3969/j.issn.2095-7246.2017.05.003

五味在古代文献中有真实滋味和理论之味两种含义^[1],笔者用“五味”来代表理论之味,用五味代表真实滋味。本研究以古代文献为依据,对“五味”理论的萌芽、演变、发展、建立进行梳理,总结各阶段的特点和突出贡献,从医学、哲学等角度分析中药“五味”理论传承及变化原因。

1 味起源于远古至西周

1.1 味的本义为滋味 远古至西周时期,“味”多以“滋味”“口味”的涵义出现在文献中^[2]。如《列子》:“华实皆有滋味,食之皆不老”;《管子》:“是故圣人齐滋味而时动静”。根据文义可以判断“味”乃“滋味”之义,正如《说文解字》载:“味,滋味也”。这是有关“味”认识的最初阶段。

1.2 味通过口尝获得 在远古至西周时期,有很多文献记载“味”是通过口尝而获得,如“必尝异味”(《春秋左氏传》)、“非口不能味也”(《荀子·哀公》)。由此可以判断,春秋之前味是通过口尝获得。

1.3 味的种类 春秋前《山海经》中记载“鼈鱼”有“酸甘”之味^[3],言其味有酸、甘,可以食用。春秋后的文献记载味的种类则更为丰富,《管子》曰:“在味者,酸、辛、咸、苦、甘也。”《荀子》云:“甘、苦、咸、淡、辛、酸,奇味以口异。”

2 “五味”理论奠基于春秋至西汉

春秋战国时期,随着人们对医学及药物知识的不断累积,以及哲学思想(如气、阴阳、五行、天人相应)的不断影响,医学理论逐渐萌芽,中药“五味”的概念也被引入到医学中^[4]。从秦到西汉,医学理论有了全面发展,尤其是《黄帝内经》奠定了中医药理论的基础。这一时期“五味”理论虽然产生,但为饮食之味应用的经验总结,并未应用于本草学,与药物发生关联^[5]。

2.1 “五味”理论的产生 《尚书·洪范》中就有五

行的记载,“水曰润下”“火曰炎上”“木曰曲直”“金曰从革”“土爰稼穡”,而五种属性中“润下作咸”“炎上作苦”“曲直作酸”“从革作辛”“稼穡作甘”。由此可知,水、火、木、金、土,各有不同的特性,即水润下、火炎上、木曲直、金从革、土稼穡。五种物质分别对应五种不同的“味”,即水对应“咸”,火对应“苦”,木对应“酸”,金对应“辛”,土对应“甘”,这是古人首次将五行与五味相联系。《素问·宣明五气》中又将“五味”与五脏联系,即“酸入肝”“辛入肺”“苦入心”“咸入肾”“甘入脾”。可见,此时五味被赋予功能性内涵,与春秋前的滋味含义不同。后世医家以功效反推药味的源头,便在于此。

2.2 “五味”之配属

2.2.1 五味与五行 五行之间存在生克制化的相互联系,并维持协调平衡,同样五味之间也存在相应联系。如《素问·阴阳应象大论》:“木生酸……辛胜酸。火生苦……咸胜苦。土生甘……酸胜甘。金生辛……苦胜辛。水生咸……甘胜咸。”“酸苦甘辛咸”五味对应“木火土金水”五行^[6]。

2.2.2 五味与阴阳 五味中以甘、辛、淡为阳,酸、苦、咸为阴。《素问·至真要大论》:“辛甘发散为阳,酸苦涌泄为阴”。可见,先秦时期就已经用阴阳来概括五味的属性。

2.2.3 五味与五脏 五脏各有不同的生理功能及特性,五味也有不同的归属。《素问·宣明五气》将“五脏”与“五味”的关系概括为“所入”,即“酸入肝,辛入肺,苦入心,咸入肾,甘入脾,是谓五入”。

2.3 五味功效相关理论

2.3.1 苦欲补泻 《素问·脏气法时论》曰:“脾欲缓,急食甘以缓之,用苦泻之,甘补之。”可见,《黄帝内经》以五脏为中心,在五行学说下论述五味对五脏的功效,论及五脏的苦与欲、补与泻。但《黄帝内经》并未对五味功效作出解释,大、小补泻汤等均依照这一理论创建,直至明代,后世医家才对《黄帝内经》中

的“五味”功效从理论上加以解释。

2.3.2 其他五味功效理论 《灵枢》中提到酸味能“收”；咸味“注于脉”，能令血凝。《黄帝内经素问校释·宝命全形论》：“甘者令人中满”，即甘具有滋腻脾胃的特性。《黄帝内经》虽然不是药性理论的专著，但全面论述了“五味”理论，奠定了“五味”理论的基础，指出五味的功能，为后世认识五味的功能奠定基础。

2.4 气味阴阳厚薄理论 《素问·阴阳应象大论》中论及气味阴阳厚薄：“味厚者为阴，薄为阴之阳，气厚者为阳，薄为阳之阴。”其阐述了气味的阴阳关系，即味与气之间，气为阳，味为阴，而气、味单独又可再分阴阳，对于五味来说，“辛甘发散为阳，酸苦涌泄为阴”，这是对气味阴阳厚薄理论的初次记载。

2.5 五味之害 《素问·生气通天论》记载了五味太过对机体造成的伤害，如“味过于酸”而伤脾气，“味过于咸”而抑心气，“味过于甘”而肾气不衡，“味过于苦”而伤胃气，“味过于辛”则筋脉沮弛。

3 五味应用于中医药领域始于东汉，发展于隋唐

东汉时期医学成就巨大，产生了本草学的奠基巨著《神农本草经》及中医经典之一的《伤寒杂病论》^[7]。两晋至隋唐时期存世医著颇丰，有《黄帝内经太素》《重广补注黄帝内经素问》《伤寒论》《备急千金要方》《千金翼方》《肘后备急方》《吴普本草》《本草经集注》《新修本草》《本草拾遗》《小品方》《药性论》及《日华子本草》等。

东汉、三国、两晋、南北朝、隋、唐时期药、味融合，五味作为“药味”被引入本草学著作中，但“五味”理论的发展与药物五味的关系并不密切。

3.1 五味在本草学中的发展

3.1.1 五味作为“药味”被引入本草学著作 “五味”在汉代以前主要用于食疗及养生，并没有真正与药物产生联系^[8]，而到了汉代随着药性理论的逐渐发展，《神农本草经》首次将药味的概念引入本草学中，自此便产生了药物的“五味”理论^[9]，并且将“四气”“毒性”理论也引入中药药性理论体系中。例如，“药有酸、咸、甘、苦、辛五味，又有寒、热、温、凉四气及有毒无毒”。但这一时期并未重视五味所起到的作用。《本草经集注》中指出：“其甘、苦之味可略，有毒、无毒易知，唯冷、热须明。”可见，当时认为五味可被忽略，而寒、热、温、凉之四气必须明确，药物五味与其临床应用并未联系起来。

3.1.2 药味种类的增加 在前人酸、苦、甘、辛、咸(盐)五味的基础上，本草学家又增加了平、滑、涩、碱等滋味^[10]。平味：迷迭香(《海药本草》)；滑味：兰根(味甘滑，《日华子本草》)；涩味：菹子(味酸、涩，《食

疗本草》)；碱味：半夏(味碱辛，《日华子本草》)^[11]。

同时，医家开始注重药物的产地、品种及用药部位对药味的影响，如陶弘景注槟榔：“出交州，形小而味甘”，而广州以南的槟榔则“形大而味涩”，可见槟榔产地不同，药味就有甘、涩之别。再如《名医别录》载：“泽泻，咸，无毒；叶，咸，无毒；实，甘，无毒。”即不同用药部位，味亦不同。

3.2 “五味”理论在医学上的发展 东晋·陈延之在其所撰的《小品方》中指出了“五味”理论的重要作用。其认为医家尊信古代方书之说，而不去探讨方中药物的药性，不了解五味之性，而一概投之，所以药效并不显著，指出医家“不究药性”“不解五味”是疗效不佳的重要原因，这一论述促进了“五味”在医学中的发展。

3.2.1 治疗原则

(1)张仲景提出酸、苦、甘合用补肝虚 张仲景在《金匱要略·脏腑经络先后病脉证第一》中指出，肝生病，可以用酸味药补之，再少佐苦味药，加之甘味药缓和，能增强治疗效果。“补用酸”，即五味中酸入肝，肝虚用酸味以补之；“助用焦苦”，即五味之中苦能入心，而肝病治心，是因其心为肝之子、子能实其母之理；“益用甘味之药调之”，即甘能缓急止痛，甘能调和诸药，缓肝之急。这一理论也成为后世医家临证治疗肝病的重要法则。

(2)孙思邈提出苦、酸合用清里热 孙思邈在《备急千金要方》中指出用苦参、栀子、青葙、艾、乌梅、葶苈之类的苦味、酸味药合用可以治疗热证，如“夫热盛，非苦酢之物不解也”。孙思邈强调清热解毒应常用苦参、苦酒、乌梅等苦、酸之药。

3.2.2 诊断疾病 舌具有感知判断滋味的功能，而过食五味也会造成舌质、舌苔的变化。孙思邈在《备急千金要方》中有言：“舌者心主，小肠之候也。善用机衡能调五味也。”由此可知，通过望舌质、舌苔的变化即可推断五味过食的情况。

3.2.3 用药禁忌

(1)酒客忌甘 张仲景在《伤寒论》中提出“酒客不喜甘”的思想，认为酒乃肥甘厚味，若酒后再食甘味食品，则更加滋腻伤胃。

(2)咳、喘、金疮等忌咸、酸 《肘后备急方·灵苑方》：“治咳嗽上气，喘息……忌腥、咸、面等，并勿过醉饱，将息佳。”《外台秘要·备急》曰：“卒咳嗽方……勿食咸酸。”《千金方》载：“金创忌多食酸、咸。”咸味能“令器津泄”，酸味能收敛邪气，故咳嗽、疮等不用咸、酸，以防止津液外泄，邪气留内。

3.2.4 养生防病 “五味”在四时养生防病方面也

应用广泛,如孙思邈在《备急千金要方》中根据五味配属以及生克制化关系提出:春季应“省酸增甘”,以养脾气;夏季应“省苦增辛”,以养肺气;秋季应“省辛增酸”,以养肝气;冬季应“省咸增苦”,以养心气;每个季节各十八日“省甘增咸,以养肾气”。即春季宜少食酸,多食甘;夏季宜少食苦,多食辛;秋季宜少食辛,多食酸;冬季宜少食咸,多食苦。

4 中药“五味”理论系统构建于宋金元

中药学发展到金元时期,药物种类已经达到千余种,而且宋代历代皇帝都重视本草方书的编纂,再加上金元医药书籍的普及、医学教育的兴盛,有力地推动了中医药学发展^[12]。为精准地掌握药性并将药物应用于临床实践,医家对药性理论进行深入研究,在临证各科的医药理论,以及本草、局方“五味”理论方面均有显著进展。这一时期中药“五味”理论广泛地与药物相结合,用于阐释药物功效,指导药物应用等,标志着中药“五味”理论系统较全面的建立。

4.1 “五味”理论

4.1.1 法象思想下的气味阴阳薄厚理论 《圣济经》中明确地提出“法象”一词,而“法象药理”正是依据药物的外部现象以解释药物作用机制的一种思维方法,即“取类比象”的思维方法^[13]。李杲深受北宋“法象”药理影响,创“药类法象”。其将药物升降浮沉与四时五行春生、夏长、秋收、冬藏的特点联系起来,发挥“药类法象”以说明药物性质。《药类法象》中指出:“辛、甘、淡、酸、苦、咸,五味是也,皆象于地”。另外,将辛、甘、淡列为“地之阳”;将酸、苦、咸列为“地之阴”,五味阴、阳属性的划分与《黄帝内经》相同,而“气皆象于天,而味皆象于地”,“象”字明确体现法象思想的影响。

4.1.2 药物“五味”薄厚升降浮沉理论 李杲将药物分为风升生、热浮长、湿化成、燥降收、寒沉藏五大类,并论述各类功用^[14],药物“味之薄者,为阴中之阳。味薄则通,酸苦咸平是也”,以此法象春季的风升生;药物“气之厚者,为阳中之阳。气厚则发热,辛甘淡温热是也”,以此法象夏季热浮长,另外还有法象长夏的湿化成、秋季的燥降收以及冬季的寒沉藏等方面的阐述。这正是通过由气、味来决定药物的阴阳属性分别与四季阴阳配属,再通过法象四季的气候特点赋予了药物升、降、浮、沉的作用趋势^[15-17]。

4.1.3 “五味”功效理论 甘味:有“甘生新血”(《注解伤寒论》)、“甘固(助)元气”(《用药心法》)、“甘以益脾胃(气)”(《内外伤辨惑论》)等。涩味:《儒门事亲》指出,“凡酸味亦同乎涩者,收敛之意也”,自此,后世医家将涩味归于酸。淡味:因淡味入胃,“胃为

五脏六腑之大主”,故《素问玄机原病式》曰:“淡为五味之本”,而甘入脾,淡入胃,脾胃互为表里,故后世将淡味归属于甘。李杲还提出“甘温除大热”之说,为性味综合运用指导临床用药提供新思路。

4.2 中药“五味”理论系统 宋金元三代致力于构建药性理论体系。成无己运用阴阳、四气、五味、七方、十剂、君臣佐使释方阐药,因此其被认为是金元药性理论体系化的先行者。王好古的《汤液本草》是金元诸家药理学说的集成之作,该书以草、木、果、菜、米谷、玉石、禽、兽、虫八部为体例,一改传统本草的内容及体例,形成金元药理体系的新风格^[18-20]。宋金元积累了丰富的“五味”理论及医学经验,主要形成了五行配属“五味”理论体系、五脏苦欲补泻“五味”理论体系、运气“五味”理论体系、薄厚升降“五味”理论体系等,为阐释药味与药物功效之间的关系、指导药物应用以及鉴别药味奠定了基础。伴随着理论的引入,中药药味也随之而变,产生了诸多药物理论之味,以配合相应的中药“五味”理论。其后本草著作及医书多遵循其法,一套相对完整的中药“五味”理论系统逐渐形成。

5 结语

味起源于远古至西周时期,春秋至西汉时期产生了“五味”理论及其配属、功效,东汉时期“五味”理论应用于中医药领域,并在隋唐时期得到了广泛发展,宋金元时期构建了中药“五味”理论系统。

参考文献:

- [1] 唐仕欢,杨洪军,黄璐琦.论中药药性的概念、形成及其意义[J].中医杂志,2010,51(4):293-296.
- [2] 张卫,张瑞贤.中药“五味”理论溯源:味的起源[J].国际中医中药杂志,2012,34(1):60-62.
- [3] 袁珂.山海经校注[M].上海:上海古籍出版社,1983.
- [4] 王鹏,王振国.中药四性理论形成发展源流述要[J].山东中医药大学学报,2010,34(1):5-7.
- [5] 常富业,王永炎,李辉,等.《内经》毒论论析[J].时珍国医国药,2007,18(11):2684-2685.
- [6] 张卫,张瑞贤.《黄帝内经》中的“五味”理论及其构建[J].国际中医中药杂志,2012,34(2):145-148.
- [7] 王家葵,张瑞贤.神农本草经研究[M].北京:北京科学技术出版社,2001:74.
- [8] 张卫,张瑞贤.东汉至五代中药“五味”理论在本草学中的发展[J].国际中医中药杂志,2012,34(3):244-248.
- [9] 谢观.中国医学源流论[M].余永燕点校,王致谱审订.福州:福建科学技术出版社,2004:61-62.
- [10] 衣之鏢,衣玉品,赵怀舟.辅行诀五藏用药法要研究[M].北京:学苑出版社,2009:44.
- [11] 颜正华.中药学[M].2版.北京:人民卫生出版社,2008:11.

《太平圣惠方》鼻疗法精粹

郭 森,张铸奇,李映薇,张永臣

(山东中医药大学针灸推拿学院,山东 济南 250355)

[摘要]《太平圣惠方》是北宋王怀隐等人所编纂的大型方剂学著作。其中所载有关鼻腔外治法的条文达70余条,详细载录了鼻疗法适应证,如五官疾病中的鼻炎、目赤肿痛、牙疼、耳聋,儿科疾病中的疳积、小儿惊风,急救等。另外,书中对鼻疗法所用的药物、用量、施术工具、制作及使用方法进行汇总,对现代临床有一定的指导意义。

[关键词]太平圣惠方;鼻腔外治法;适应证

[中图分类号]R289.6 **[DOI]**10.3969/j.issn.2095-7246.2017.05.004

鼻腔外治法又称为鼻腔药物疗法,简称“鼻疗”,是将药物通过滴、灌、吹、塞、嗅、涂、熏、探等途径放入鼻腔来治疗相应疾病的方法。鼻腔外治法最早见于《灵枢·杂病》,其中记载了用草刺激鼻腔取嚏治疗胃气上逆所致的呕哕,这是鼻腔外治法治疗内科疾病的雏形。《金匱要略·杂疗方·救猝死方》中还有采用鼻腔外治法进行急救的记载:“薤捣之,灌鼻中”^{[1]389}。另在《金匱要略·痉湿喝病脉证治第二》^{[1]8}中载有“湿家病身疼发热,面黄而喘,头痛鼻塞而烦……病在头中寒湿,故鼻塞,内药鼻中则愈”,即将药物纳入鼻中,治疗寒湿性头痛。《医学启源》云:“药气从鼻孔中直达肺,透彻全身,卒病沉痾,从症用之,以助服药所不及。”^[2]此处解释了鼻疗的作用原理,鼻为肺之窍,药物可从鼻直达肺腑,肺主周身之气,药气随宗气畅达全身,以助疾病康复。

《太平圣惠方》^[3]是北宋官方修订的大型方书,广泛收集了北宋之前的医书文献和民间经验,书中除内治方药内容丰富外,还记载了大量鼻腔外治的方药与理法。书中收录鼻疗法共74条,其中塞鼻法

27条,吹鼻法24条,灌鼻法6条,涂鼻法8条,滴鼻法9条。现就《太平圣惠方》中有关鼻腔外治法的适应病证、施治手段、药物配伍等进行整理总结。

1 五官科疾病

1.1 鼻科疾病

1.1.1 鼻衄 《太平圣惠方·治热病鼻衄诸方》记载:“肺主气,肺开窍于鼻……腑脏有热,热乘血气,血性得热,即流散妄行,脏虚血盛,故衄不止矣。”鼻衄是由于肺中郁热,脏腑之热引动气血妄行。文中指出“用桑木耳,熬令焦,捣罗为末,撮如杏仁大,绵裹塞鼻,数过即止。”即用桑枝炒焦研末,搓如杏仁大小,用纱布包裹好放入鼻腔。本篇中还载有将用釜底墨、刺猬皮烧灰后细研,吹入鼻中以止血的方法。若鼻衄长久不止,则将石膏和牡蛎烧制为粉,调糊滴入鼻中,可治鼻长久出血不止。《太平圣惠方》中多选用炒炭类中药治疗鼻衄,后世医家受此启发,继续沿用焦炭类药物以凉血止血,治疗各类出血性疾病。

1.1.2 鼻炎 书中对于现代医学中鼻炎的治疗的载录亦甚为丰富与详细,《太平圣惠方·治鼻流涕诸方》云:“夫津液涕,得热即干燥,得冷则流溢不能自收,肺气通于鼻,其脏若冷,随气乘于鼻,故使津液流涕,不能自收也。”鼻塞流涕多由于寒袭肺卫,鼻窍受邪所致,可将附子、细辛、川椒、杏仁锉成细末,加醋浸泡后用纱布裹成枣核大小的药袋,纳入鼻中。

基金项目:山东省人文社会科学课题(15-ZZ-WZ-17);山东省中医药科技发展计划项目(201517)

作者简介:郭森(1992-),女,硕士研究生

通信作者:张永臣,zhangyc58@sina.com

[12] 郭殿彬,潘海强,杨涛,等.宋以前儒医发展之历史沿革[J].中医药文化,2010(2):50-53.

[13] 王树人.同归原创之思-象思维视野下的中国智慧[M].南京:江苏人民出版社,2005:55.

[14] 耿花娥.浅谈中药归经与临床应用[J].国医论坛,2009,24(2):36-37.

[15] 苗彦霞.升降浮沉药性理论发微[J].陕西中医,2007,28(5):597-598.

[16] 张铁军,刘昌孝.中药五味药性理论辨识及其化学生物学实质表征路径[J].中草药,2015,46(1):1-6.

[17] 张卫.“五味”理论溯源及明以前中药“五味”理论系统之研究[D].北京:中国中医科学院,2012.

[18] 高亮.基于汤液经法图“五味十法”的《伤寒论》方药运用规律研究[D].北京:北京中医药大学,2013.

[19] 舒秀明.四时五味养生观的文献研究[D].北京:北京中医药大学,2014.

[20] 盛良.中药四气五味和化学成分的关系[J].现代中西医结合杂志,2004,13(21):2804-2806.

(收稿日期:2016-12-21;编辑:张倩)