

# 皮神经卡压综合征的治疗

## Treatment of cutaneous nerve entrapment syndrome

董福慧

DONG Fuhui

【关键词】 卡压综合征； 治疗学 【Key words】 Entrapment syndrome； Therapeutics

皮神经卡压综合征治疗的关键在于减张减压。减张减压的机理有生物物理的也有生物化学的。追溯到古老的民间传统治疗疼痛的方法如刮痧和拔罐,其之所以解决问题,物理减压也是一个重要的因素。由于造成皮神经卡压的病因是复杂的,局部的病理改变也不是单一的。对它的治疗也绝非一方一法就能奏效的,所以审证求因,辨证施治是对皮神经卡压综合征治疗的基本原则。在方法的选择上,我们主张能用物理疗法的则不用药物疗法,能用非侵入疗法的则不用侵入疗法,能用有限侵入疗法的则不用手术切开疗法。

关于皮神经卡压综合征的治疗,目前临床上大致可以分为保守疗法,手术疗法和保守手术疗法三大类。

### 1 保守疗法

保守疗法的特点是非侵入,使用安全,但疗程相对较长,只要患者的条件允许,乐于接受,不失为皮神经卡压综合征的首选疗法。

#### 1.1 神经阻滞疗法

直接在末梢的神经干、神经丛、脑脊神经根、交感神经节等神经组织内或附近注入药物或给予物理刺激而阻断神经功能传导称为神经阻滞。神经阻滞包括化学性和物理性阻滞两种。化学性神经阻滞主要采用局部麻醉药物阻断神经功能传导,多用于术中镇痛及疼痛的治疗,俗称封闭疗法。使用常规的局部麻醉药物进行的神经阻滞是可逆性的,随着药物作用的消失,局部已被阻断的神经传导功能又逐渐恢复。但为了一定的治疗目的而使用高浓度的局部麻醉药物或神经破坏药物进行的神经阻滞,可较

长时间甚至永久性地(不可逆性的)阻断神经功能传导。另外临床使用加热、加压、冷却等物理手段阻断神经功能传导,称为物理性神经阻滞。神经阻滞疗法可以阻断痛觉的神经传导通路,阻止疼痛的恶性循环,交感神经纤维及交感神经节阻滞可有效地改善因末梢血液循环不良引起的疼痛。同时也有一定的抗炎作用。神经阻滞疗法具有镇痛效果可靠,治疗范围及时效可选择性强,副作用小,疗效和操作技巧关系密切的特点。对皮神经卡压综合征的诊断及治疗有重要价值。在神经阻滞疗法的实施过程中,医生必须熟悉神经阻滞区域的有关局部解剖关系和体表标志,准确掌握操作技术,严格操作规程。皮神经卡压综合征的患者病变部位相对较浅,操作也比较简便,安全。另外,与神经阻滞疗法相似的枝川注射疗法也比较适用于皮神经卡压综合征的治疗。枝川注射疗法由枝川直义(日)创建,通过对患者的望诊、问诊及指压诊法检查患者体表的肌硬结,然后用低浓度的皮质类固醇类药物生理盐水溶液注射到患者体表的肌硬结及相应的穴位上,解除或减轻患者的各种症状。他认为人体的体壁肌肉组织和运动内脏的平滑肌都来自中胚层,脏器与肌肉完全是兄弟关系,在其邻近的外胚层产生神经组织,它分支后跟随肌组织延伸,神经和肌肉的这种关系终生不变。临床常见的肌硬结实质是一种肌肉内脏的应激反应,经枝川注射治疗后可以缩小或消失。一般应用的枝川注射液用 10 ml 的生理盐水中加入 0.3 mg 地塞米松。注射前常规消毒皮肤,注射进针时针头要和肌纤维平行,与皮肤表面小于 45°角斜行刺入,要注意勿损伤血管,神经,胸膜。注射时应注意不要只向一个方向注射,要求将药液充分浸润到肌硬结周围。即在同一进针部位向三个方向注射约 1 ml 溶液。如有两处进针其距离应间隔 1~2 cm。注射后

穿刺部位用无菌纱布覆盖 24 h,每周注射 1~2 次。

**1.2 经皮神经(穴位)电刺激疗法** (Transcutaneous electrical nerve stimulation, TENS) 对神经系统的各个水平进行电刺激,能通过对内源性神经调控系统的相互作用机制,最后产生镇痛效果。这种经皮神经刺激技术的理论和实践根据是 Melzack 的脊髓闸门控制学说和我国针刺麻醉的数百万临床病例的实践。尤其对皮神经卡压综合症的疼痛,有较好的疗效。这种方法即能减少患者对镇痛类药物的依赖性,又能避免损伤性手术的后遗症。根据病变部位的不同,可以选择不同的刺激方法和参数。常用的治疗方法有以下三种:

**1.2.1 经皮神经电刺激疗法** 经皮神经电刺激疗法是采用电脉冲波刺激仪,通过置于身体相应部位皮肤上的双电极,使低压电流透过皮肤对机体粗神经末梢进行温和的刺激,以达到提高痛阈,缓解疼痛的一种方法。它的基本结构包括直交流电脉冲发生器,各种参数,波幅,频率,电流,电压调节转换钮及开关等。使用时把两个电极平行贴在皮肤表面,使电脉冲波通过电极刺激外周神经纤维达到治疗效果。电极放置的基本原则是依据神经走行,选择支配疼痛区域的神经末梢(神经干,神经丛)或痛点附近为刺激部位。刺激时间一般为 20~30 min。

**1.2.2 经皮穴位电刺激疗法** (Silver spike point electro therapy, SSP) 经皮穴位电刺激疗法(SSP)是通过锥形金属电极将特定的电脉冲波透过皮肤刺激皮下相应的穴位,以提高机体痛阈,缓解疼痛。其结构与经皮神经电刺激仪基本相同。但其金属电极较前者有很大改进。它避免了其它电极容易出现的接触不良的缺陷,当启动 SSP 机后,电极可产生热量使所刺激的穴位局部皮肤温度升高,促进局部毛细血管的血流量增加,皮肤电阻降低,电流量增大,从而提高疼痛阈值。SSP 仪的操作方法与 TENS 基本相同,但有两点区别: 刺激部位的选择: SSP 疗法是经皮刺激位于皮下的穴位,选择穴位的依据有两种,一种是根据中医的经络和脏腑学说,循经辨证取穴。第二种选择刺激部位的依据是“以痛为俞”,即选用阿是穴(痛点)。 刺激参数的选择: SSP 疗法与 TENS 疗法的区别点,主要在刺激参数的不同。TENS 疗法主要采用高频, SSP 疗法则主要采用低频(1~30 Hz)刺激, TENS 只刺激痛点, SSP 则强调刺激穴位。刺激时间 10~30 min。

**1.2.3 韩氏经皮穴位神经刺激疗法** (Han's acupoint

and Nerve stimulator HANS) 韩济生教授在研究针刺止痛的机理时发现,针刺能够激活机体自身的镇痛系统而产生明显的镇痛效应。在各项因素中,刺激频率是最重要的。应用低频率电脉冲刺激可使中枢神经系统中  $\beta$ -内啡肽(End)和脑啡肽(Enk)的含量增高,释放增多。而高频率刺激时则使脊髓中强啡肽(Dyn)的含量增高,释放增多。根据这一基础理论,韩氏设计研制了一种高性能的刺激仪,称为韩氏经皮穴位神经刺激仪。其结构与临床应用均不同于 TENS 和 SSP。对颈肩痛,腰背痛及软组织疼痛尤其适用。

**1.3 物理疗法** 可分为自然物理因素和人工物理因素两大类。物理疗法目前被认为也确实治疗慢性软组织损伤的重要方法。特别是物理治疗学家强调地多种物理因子的综合治疗,有其特别的重要性。如他们认为:“创伤治疗的经验证明,要圆满完成创伤救治与功能恢复的任务,绝非单一的手术或药物治疗所能达到的,还必须综合应用物理治疗和功能恢复疗法。例如,创伤后疤痕增生,疤痕粘连,疤痕挛缩等所致的功能障碍。目前尚无满意的手术与药物治疗方法,而合理的应用热疗法、音频电疗法和红外光疗法,就能缓解。”通过各种疗法的镇痛效应、热效应、磁效应以及机械效应可以达到改善局部的血液循环与营养,解除肌肉痉挛,促进炎症与水肿的吸收,有利于神经组织结构恢复与加速神经再生过程的治疗效果。

**1.3.1 自然物理疗法** 利用大自然的物理能源,如日光疗法,大气疗法,气候疗法,海水疗法和温泉疗法等。

**1.3.2 人工物理疗法** 包括电疗法,磁疗法,光线疗法,超声波疗法,水疗法,温热疗法,放射线疗法及运动疗法。

**1.4 激光疗法** 激光治疗皮神经卡压综合症的疼痛效果较好,常用的治疗方式有散光照射和穴位光针治疗两种。 散光照射:用激光器的原光束或散焦后的光束多次照射病变部位,常用的激光器是氦-氖及小功率的二氧化氮激光器。其优点是不损害皮肤,无痛苦,有消炎、消肿、止痛、止痒、抑制渗出,调节神经状态,恢复血管机能,抑制变态反应,刺激结缔组织生长等作用。 穴位光针治疗:用激光器的原光束或散焦后的光束在经络穴位上照射,多用氦-氖、氦-镉激光器。其优点是不损害皮肤,无痛苦,无感染,方法简单,效果良好,比较安全。

**1.5 推拿按摩疗法** 实际上也是物理疗法的一种,中国传统的推拿按摩术有几千年的历史,这种物理疗法具有独特的优点,它凭千变万化的手法,对各种不同疾病施以各不相同的手法,辨证施治,针对性强。手法对慢性软组织损伤的治疗确有非常满意的疗效,有时明显优于目前常用的其它疗法,它没有副作用,对于恢复人体的动态平衡,解除肌肉痉挛,松懈软组织粘连,调解能量代谢,改善体内的信息传递通道等具有很大的功效。不足的是它不能直接作用于内在的病变部位,只能间接的作用于内在病变部位,所以需要经过一个较长时间的治疗,才能收到疗效。当然这种疗效是较为巩固的,没有后遗症,是比较理想的。如果推拿按摩的同时再配合中药的熏洗外用等疗法,其疗效将更大提高。

**1.6 针灸疗法** 针灸疗法是非常适用于皮神经卡压综合征的治疗的。针法是利用金属制成的毫针,皮肤针或圆利针刺入相应的穴位进行治疗。灸法是用艾绒做成艾柱,艾条或装入温灸器中点燃,借助温、热、熏,灼体表的腧穴。虽然两者使用的器材和操作方法不同,但同属于外治法,都是通过腧穴,作用于经络脏腑。起到疏通经络,行气活血,补虚泻实,扶正祛邪,调和脏腑,平衡阴阳以治疗和预防病痛。单从针刺治疗慢性软组织损伤来说,它具有缓急止痛,疏通气血的作用,对于肌肉紧张痉挛造成的皮神经卡压引起的疼痛有很好的疗效,但对于治疗慢性软组织损伤这一大类顽症特别是由于筋膜肥厚导致的皮神经卡压是比较困难的。

针灸治疗皮神经卡压综合征所选取的腧穴是以脏腑经络理论为基础,仔细分析所患疼痛病证属于哪脏哪腑。再以循经取穴为主,配伍配穴组成配方。一般分局部取穴,循经取穴和随证取穴三种方式。

**局部取穴:**所取腧穴能治疗局部和邻近部位的病痛。以病痛处为腧穴的“阿是穴”及脏腑在胸腹和背腰部相应的“募”穴“腧”穴均属局部取穴。**循经取穴:**疼痛疾病通过辨证,能够确定是哪一脏腑经络的病证,即取该经脉腧穴治疗。如:“肚腹三里留,腰背委中求,头项寻列缺,面口合谷收,胸胁内关谋”。**随证取穴:**又称对证取穴,是根据有些腧穴具有主治一些特殊的或全身的病证。如全身疼痛,肢体活动不灵,酸楚拘急,取筋之会阳陵泉治之。

**1.7 中药疗法** 中药的外用和内服对慢性软组织损伤的疾病的的治疗也有较好疗效,舒筋活血、镇痉止痛、温经散寒,不但从局部着手,而且整体考虑,特别

是对那些临床症状比较复杂,有的伴有心理情绪改变者,发挥着中药的独特治疗效果。尤其近年来中药剂型的改进,使其临床应用范围越来越广泛。我们体会到,皮神经卡压综合征的中药治疗还要从八纲辨证,气血辨证,六经辨证出发,才能收到良好疗效。虽然中药在局部与整体治疗方面都有重要作用,但是它无法将内部的筋结解开、粘连分离。这些都只有求助于一些侵入性方法的帮助。

## 2 手术疗法

手术疗法是周围神经卡压综合征的重要治疗手段,在皮神经卡压综合征的治疗方面也有着重要位置,某种意义上说手术疗法是周围神经卡压综合征的最后的最后的选择方法。目前常用的术式包括神经干周围松解术、神经外膜松解术、神经束膜松解术、以及神经松解移置术(如尺神经前置)。哪种方法较好,目前还有争论。Babcock 在 1970 年首先提出神经内松解术,Rydviik 通过大白兔胫神经卡压松解实验发现神经内松解可以造成神经髓鞘损伤和轴突的破坏。结果表明神经束膜松解术可能诱发神经各层次的纤维化和一些神经纤维的损伤。其原因主要是手术本身导致微血管的损伤出血而形成新的瘢痕,因此,他认为应有条件的采用神经内松解术。Gentili 的实验却证实神经内松解术不会对神经组织的形态学和生理学产生很大影响。Yamanaka 经过实验研究认为神经外松解和神经外膜切除是较好的松解术式,两者之间在效果方面没有差异,而神经束膜松解术不是一种好的松解方式。Shu 通过对慢性神经卡压的实验研究发现神经外松解术最好,单纯松解术次之,神经内松解术不好。纪青通过实验研究发现神经内松解的电生理指标,神经纤维的直径,数目,髓鞘的厚度与纤维结缔组织减少的程度均优于同期的单纯减压组,而加用地塞米松组无进一步促进作用。他认为神经内松解术能有效的改善神经的组织学图像和电生理参数。

以往,周围神经卡压征一旦确诊,原则上是采取手术疗法。但必须考虑到以下因素对手术疗效的影响:需要维持长时间和充分麻醉;创口大,对机体也是一种损伤;手术中有出血和皮肤、筋膜、神经被膜等组织的损伤,术后的术间创伤反应、水肿、组织液的渗出,将导致结缔组织增生并可形成疤痕,导致再粘连,引起神经再次卡压;在神经松解术中,对神经外膜、束膜的松解可以损伤神经的微血管网,影响其血供,不利于神经的修复;需要较高的

设备条件,对实行手术治疗的医生需要一定的专业训练。不易在基层医疗单位普及。由于存在感染,神经损伤等风险,对术者的技术要求较高。

因此我们认为,在神经卡压症状严重,并且肌电图和张肌力测定证实神经功能大部分或全部丧失,神经内结缔组织增生明显或形成神经质地坚硬的神经瘤,以及经保守疗法治疗 3 个月内无明显疗效的,宜行手术切开治疗,且术后应适当配合一些理疗和化学药物疗法。

### 3 保守手术疗法

这是一类介于手术和非手术之间的半侵入疗法,说它是侵入的手术疗法却没有切口,说它是非侵入的保守疗法却要用一枚带刃的针经皮进行皮神经周围的软组织松解。严格说来,它还应算是一种侵入疗法。我们常用的是铍针疗法。

**3.1 铍针疗法的原理** 皮神经广泛分布于人体周身的皮肤及筋膜中。铍针疗法是基于这样一种软组织张力学说而设计的:分布于周身的感觉神经由浅部进入深部必须穿过筋膜。如果炎性渗出等导致筋膜腔压力增高时,筋膜的表面张力必然随之增高,通过其间的感觉神经末梢也要承受相应的张力。当肌肉紧张或痉挛时,不但要牵动筋膜,而且和筋膜间还要发生相对位移,另外筋膜和皮下组织之间也要发生相对的位移。如果筋膜和肌肉、筋膜和皮下组织之间因损伤或炎症而存在着粘连和瘢痕化,或筋膜本身和感觉神经粘连,则这种相对的位移就可以刺激或压迫感觉神经,从而引起疼痛。除了臀上皮神经、股外侧皮神经等较大一些的皮神经发生卡压时可以手术切开进行神经松解术外,大量细小的皮神经是难以进行手术暴露松解的。因此一般只能采取局部封闭或者在压痛最明显处行“盲目”切除或切断术,或进行广泛的软组织切开松解。而且封闭疗法往往不能充分松解粘连、解除压迫,且容易复发,手术切除所造成的创伤又相对较大。铍针是根据皮神经卡压综合征的这些特点设计研制而成的。如其说它是松解还不如说是减压减张。它具有创口小、痛苦小、无需麻醉、定位准确、松解较为充分的优点。另外由于术中对神经周围组织的损伤较小,因此术后神经周围形成的瘢痕少,不易再次形成卡压,从而使临床症状得到明显的改善。铍针疗法相当于一种创伤较小的神经外松解术,本课题在后面的实验研究中已经证实单纯的神经外松解术可使受压皮神经的组织学和电生理学得到较好的改善,从而为

铍针治疗皮神经卡压综合征提供了实验依据。同时通过临床研究显示铍针对臀上皮神经卡压症有很好的治疗效果,总有效率达 94.4%,而且经铍针治疗后患部的软组织张力指数明显降低。以上研究结果表明铍针能够充分松解粘连,解除压迫,是一种安全简便、疗效肯定、易于推广的新疗法,它的提出为临床常见的疼痛性疾病增添了新的疗法。

**3.2 铍针器具** 铍针的规格:直径 0.5~0.75 mm,全长 5~8 cm,针头长 1 cm,针体长 4~7 cm,末端扁平带刃,刀口为斜口,刀口线为 0.5~0.75 mm。针柄有两种结构,一种是用钢丝缠绕的普通针柄,长约 3~5 cm。另一种是将铍针装在一个长 10 cm,直径 0.75 cm 的手柄上。治疗时要使刀口线和手柄的平面标记在同一平面上,以辨别刀口线在体内的方向。

### 3.3 铍针治疗的常用手法:

**3.3.1 疾刺法** 主要用于针刺躯干、腰背、四肢的皮神经卡压点。医者左手拇指按压在诊断明确的皮神经卡压点的旁边,右手用腕力将铍针按预定好的尺度直接垂直刺入卡压点,不捻转,不留针,疾刺速拔的一种方法。进针深度要视病人的胖瘦及病变部位,以及轻、中、重的不同压痛点,因人因病而异,灵活应用,一般进针深度约为 3~5 cm。

**3.3.2 点刺法** 主要用于卡压处肌肉组织较薄的头部及四肢末梢。医者左手拇指按压在诊断明确的皮神经卡压点旁,右手持铍针垂直在卡压点上将针尖点刺,不留针,轻点后即迅速出针的一种方法。一般进针较浅(不超过 0.5 cm)。

**3.3.3 刺割法** 主要适用于卡压后有条索形成的皮神经卡压综合征。医者持针刺入预先选定的部位(部位一定要准确)达一定深度后,用针头的刀刃来回划割一下,通常划动度在 1 cm 左右,以划破条索为目的,动作要轻巧灵活,不可粗暴。

**3.3.4 复式手法** 主要适用于卡压后有条索形成且卡压部位较深的情况。这种进针方法分为三步。第一步是采用疾刺法,右手迅速将针刺入诊断明确的卡压部位并一次到位。第二步是采用手法辅助,即用左手拇指在按压疾刺后,继而更换捏拿收放弹拨等手法,使局部组织放松,以减少阻力,并且初步让铍针与卡压的条索接触,确保铍针刺入的准确性。第三步即在前两步的基础上采用刺割法,同上。

松解皮神经卡压时,将铍针在压迫点做局部松解或减压使得症状明显改善,用铍针做松解时要注意保护神经和神经束的血管,有助于神经功能的康

复。因此与其它疗法相比具有不需麻醉、创口小、无痛感、术中神经周围组织的损伤少、术后神经周围形成的疤痕小、症状改善明显等优势。且铍针是用钛合金所制成,与其它金属材料相比,它具有硬度高、中温性能良好、耐腐蚀、经久耐用四个显著的优点。铍针在皮神经卡压综合征的应用,综合了其它疗法的优点,尤其是小针刀疗法,取其长而去其短,它不但适合国内基层医疗单位的推广应用,而且作为一种针灸疗法,在海外的应用也减少了许多不必要的麻烦。

**3.4 铍针疗法的临床应用** 铍针疗法的临床应用包括以下程序:定位,消毒,进针,松解,出针。

**定位:**触诊找到体表压痛点后,用指端垂直向下做十字压痕,注意十字压痕的交叉点对准压痛点的中心。

**消毒:**用碘伏或酒精-碘酒-酒精常规消毒皮肤,其范围略大于治疗的操作范围 2 倍。

**进针:**有点刺法和弹刺法两种;**点刺法:**术者一手拇指捏住针柄,另手拇指用无菌棉球或无菌纱布块捏住针体,针尖对准皮肤十字压痕的中心,双手骤然向下,使铍针快速穿过皮肤,当铍针穿过皮下时,针尖的阻力较小,进针的手下有种空虚感,当针尖刺到深筋膜时,会遇到较大的阻力,持针的手下会有种抵抗感。根据不同的病情,进行松解针法。

**弹刺法:**术者一手捏住套有塑料套管针的针体,针尖对准十字压痕的中点,垂直下压套管,另手的拇中指端相对,中指指甲对准针尾,用力弹击露在套管外的针尾,使其瞬间穿过皮肤,然后取下套管,再逐层进针。

**松解:**松解是整个治疗的关键步骤。松解的目的是减低皮神经通过的周围筋膜张力和筋膜间室内压力。所以针刺的深度以铍针穿透筋膜即可,不必深达肌层,这样可以避免出血及减少术后反应。根据治疗需要,对筋膜层的松解可以采用以下几种方式:**一点式松解:**适用于痛点局限,定位准确的病例。铍针的尖端穿过深筋膜即可,患者的局部疼痛常随之消失。**多点式松解:**适用于痛点局限但定位较模糊的病例,当铍针的尖端穿过深筋膜后,轻轻上提,将针退出筋膜至皮下,稍微改变进针角度,再穿过筋膜层,可如此重复 3~5 次。**线式松解:**适用于疼痛范围较大,病程较长,筋膜肥厚且肌肉张力较高的病例。线式松解其实就是沿一个方向的反复连续点刺,形成一条 0.5~0.7 cm 的筋膜裂隙。

**出针:**完成松解以后,用持针的棉球或纱布块压住进针点,迅速将针拔出,持续按压进针点 1~2 min,同时讯问患者的局部感觉,一般患者原有的疼痛都减轻或消失。无菌敷料敷盖进针点,24 h 内保持敷料干燥清洁即可。

**3.5 铍针疗法的适应症** 经 1~2 个疗程的保守疗法治疗无效的病例; 经手术疗法治疗后再次形成粘连卡压的病例; 皮神经卡压综合征首诊明确的病例。

**3.6 铍针疗法的禁忌症** 局部软组织存在炎症反应者; 有出血倾向者; 有严重患心脑血管疾病或脏器衰竭不能耐受刺激者; 糖尿病患者有肢体缺血或软组织感染倾向者; 意识不清不能配合治疗者。

(收稿:2002-10-16 编辑:李为农)

## 2003 黄山国际骨折内固定新进展学术研讨会征文通知

为了促进骨折治疗的学术交流与发展,探讨骨折内固定最新发展动态,临床骨科杂志社与 AO 中国校友会定于 2003 年 9 月 3 日~9 月 9 日在黄山市联合举办“2003 黄山国际骨折内固定新进展学术研讨会”,届时有国内外知名专家做专题学术报告。欢迎国内骨科医生参会研讨。现将会议征文等事宜通知如下:

**征文内容:**骨折愈合的基础与临床研究; 骨折内固定的基础研究; 四肢骨折内固定的临床研究; 脊柱骨折内固定的临床研究。

**征文要求及注意事项:**未公开发表的相关内容论文,全文不超过 5 000 字,附中英文摘要及 X 线照片图。请写明作者的姓名、单位、E-mail 地址、通讯地址、邮编及详细的联系电话号码。论文请寄:安徽省合肥市梅山路安徽医科大学校内《临床骨科杂志》编辑部收,并注明“参会论文”字样。联系人:叶东升;联系电话:0551-2923133,0511-3664966(兼传真);E-mail: gukezazh@mailh.hf.ah.cn。截稿日期为 2003 年 6 月 30 日。请自留底稿,稿件一律不退。

论文经审稿后参加大会交流和研讨,《临床骨科杂志》优先刊用。参会者发 2003 黄山国际骨折内固定新进展学术研讨会证书及医学教育学分证书。

有意参会和投稿者请尽快与《临床骨科杂志》编辑部联系,参会事宜另行通知。