



蘇明圳齒顎矯正專科診所

Dr. Su's Orthodontic Center

院訊

發行人：蘇明圳 總編：潘世偉 執編：陳秋燕、許月雲 創刊日期：2007年7月1日

106台北市大安區和平東路一段91號3樓 Tel：886-2-2322-4533 Fax：886-2-23515189 E-mail：drsuortho@yahoo.com.tw Website：http://www.drsu.com.tw

2011年9月 第九期

學術活動 1



第38回日本臨床矯正齒科醫會大會（The 38th Annual Meeting of Japanese Association of Orthodontists）於2011年02月09日（水）、10日（木）在北海道召開，今年大會主題是“信賴”，院長蘇明圳醫師與世界矯正學會理事長 Dr. Roberto Justus 應邀擔任今年大會的海外貴賓，發表特別演講。

蘇院長發表專題演講“齒顎矯正治療後長期穩定性的探討”，演講中報告十個經過約20年長期追蹤治療的罕見病例，獲得與會者熱烈迴響、好評。



學術活動 2

第二屆第二次台灣顫顎障礙正學會會員大會於2010年12月19日在台北召開，院長蘇明圳醫師應邀擔任 Invited speaker 並發表演講“下顎髁頭發育及顫顎障礙症與矯正治療的關係”。

學術活動 3

台灣口腔矯正醫學會於2011年6月19日在台北舉辦學術研討會，院長蘇明圳醫師應邀發表演講“Differential Diagnosis and Treatment of Facial Asymmetry”。



學術活動 4

中華牙醫學會第三十四次學術研討會於2011年8月26日~28日在台中召開，院長蘇明圳醫師應邀擔任專題演講特別來賓，並發表演講“Idiopathic Condylar Resorption—iatrogenic or not?”

社會教育活動 1

News 98廣播電台「名醫on call」節目

① 2011年7月5日蘇明圳院長受名醫on call節目邀請，討論齒顎矯正治療與牙周病的關係，並接受聽眾朋友call in詢問相關的牙齒矯正問題。



② 2011年8月8日蘇明圳院長受名醫on call節目邀請，擔任主持人，並接受聽眾call in詢問齒顎矯正問題。

社會教育活動 2

超視「請你跟我這樣過」節目

2011年8月13日應超視電視台邀請談論齒顎矯正治療，此節目並經多次播出。



淺談磨牙

◎ 文 / 陳正毅醫師

陳正毅 醫師

- 國立陽明大學牙醫學士（1988-1994）
- 瑞士蘇黎世大學牙醫學博士（2006）
- 瑞士蘇黎世大學臨床中心
顫顫功能障礙暨活動義齒專科（1998-2005）
- 台北榮民總醫院牙科部特約主治醫師
- 台灣顫顫障礙症學會專科醫師暨理事
- 蘇明圳齒顎矯正專科診所 顫顫關節專科醫師



提到磨牙，大家首先聯想到的是晚上睡覺時牙齒上下磨擦所發出的可怕聲響，事實上，磨牙除了造成枕邊人睡眠的困擾甚至失眠外，牙齒長期地用力緊咬及搓磨，有可能會造成牙齒結構廣泛性的耗損、假牙及瓷貼片的斷裂，對於原先牙周狀態就不很好的牙齒來說，也會增加牙齒搖晃程度甚至進一步惡化牙周病，而長期磨牙嚴重的人，咀嚼肌肉也可能因此感覺疲勞酸痛，或是出現顫顫關節等問題。

一般我們所謂的磨牙，基本上是指夜晚睡覺時，嘴巴雖然空無一物，但是上下牙齒仍有搓磨或是碰觸的動作。而廣義地說，有時在白天清醒時，我們也會不自覺地有牙齒持續緊咬或是一些不良的口腔習慣，例如用舌推擠牙齒、或用牙齒咬唇頰指甲等。由於這些都不是在進行一般的進食、吞嚥或發音等生理功能，可以一併列入“非功能性”的口腔活動來討論。不過日間的非功能性牙齒活動，大都屬於咀嚼肌肉的緊縮以及牙齒的緊咬（clenching），似乎略有不同於睡夢中發生的牙齒搓磨（grinding），所以日間與夜間的非功能性牙齒活動，可能是由不同的原因所造成。若單獨就夜間磨牙來作流行病學的統計，則約有6~20%的人口有此一問題，其中發生在兒童時期的也並不少見，但是年逾半百後，磨牙的情況則會漸漸減少。不過夜晚磨牙的當下我們已經入睡，而白天時的牙齒緊咬，則是下意識發生而自己渾然不知，所以當我們驚覺並注意到自己有此一問題時，在臨床上往往已經出現了一定程度的相關症狀。

若很嚴謹地針對睡眠障礙或是夜間磨牙來作研究的話，明確地診斷患者具有磨牙行為其實並不是想像中的容易。最好的方法當然是讓患者在睡眠實驗室裡就寢過夜，並進行影音的監錄，觀測肌電位的變化（Electromyography）及相關生理記錄（Polysomnography）等。而在一般牙科門診，除了患者枕邊人的回報外，牙醫師可以依患者主訴，觸診臉部以及肩頸部的肌肉是否有異常地僵硬疼痛，以及檢視患者牙齒表面的磨耗（attrition）來作評估，不過對於這些磨耗究竟是正常咀嚼還是非功能性的磨牙（圖1）所造成，則應從磨耗面的位置與型態小心地分辨，而口內假牙的斷裂與破損也應先排除原先設計或製作上的問題。此外，部分患者口內頰壁粘膜常會

因為口內負壓與牙齒擠壓而出現白色條狀皺摺或是舌頭出現牙齒壓痕等（圖2），這些也都是可以作為磨牙評估的一些參考指標。

在歷經一整晚的肌肉緊繃和咬牙切齒後，我們的顫顫關節髁頭可能會向後或側方擠壓而出現關節盤的異位，加上肌肉已經感覺疲憊，這時就可能清晨起床後要開口刷牙時，發現嘴巴打不太開或是關節出現響聲。另外目前愛美的男女常抱怨的“國字臉”，也正是長期鍛鍊這些咬肌使之肥大的結果。從以上磨牙可能衍生的一堆後遺症，讓我們不禁要問，究竟這惱人的夜間磨牙是為何發生的呢？

首先，在我們去探究磨牙的發生原因之前，我們要先釐清：到底磨牙算是一種特定的疾病嗎？或者磨牙只不過是一種口腔生理活動的極端表現而已呢？畢竟門診時我們也常看到很多人的牙齒上確實有著極為明顯的磨牙痕跡，但臨床上這些人卻完全沒有肌肉或是關節的症狀（asymptomatic），又倘若磨牙真的是一種疾病，那它的發生機轉又是什麼呢？

早在六十年代咬合大師Ramfjord曾提出研究報告，認為牙齒上的咬合干擾將會引發下顎的非功能性運動，這個想法在當時也成為相當主流的意見。不過，由於該實驗設計上的一些限制，這個推論在近年來許多較嚴謹的研究中，並未獲得進一步科學實證的支持，而學者們從過去堅信磨牙是單純因為牙齒咬合不正所引發，慢慢地演進到今天，大都同意磨牙其實是個多因性（multifactorial）的問題，而且在不同人身上發生時，其不同成因的比重也似乎有很大的個體差異。在一些觀察發現，來自生活的壓力與誘發磨牙似乎有些關連，而在有磨牙癖的樣本族群中，也常見到那些過度要求完美的人，而所謂A型人格也似乎較易出現夜間磨牙的習性。此外，抽煙，咖啡因或是過量酒精的攝取，也被認為可能與激發夜間磨牙有些關連。

除了精神壓力因素外，部分學者認為磨牙與腦部神經系統的病態生理狀況有關，就好比帕金森症（Parkinsonism）常出現的肢體顫抖有些類似，暗示著或許磨牙與缺乏內生的Dopamine的功能異常有關。不過此類研究在機轉上仍有些問題需要更多的釐清。而既然磨牙常見於夜間睡眠中，那麼是否與睡覺時其他常見的打鼾或睡眠呼吸障礙等口顎活動有關連呢？這也已經成為近年來學者們關注的另一個焦點。

既然目前醫學界仍未能找出患者出現磨牙真正的原因，自然也就無法對症下藥來完全根治磨牙。換言

之，目前處理磨牙，仍是以避免和控制磨牙可能造成的咀嚼結構包括肌肉、關節還有牙齒（包括假牙）等的損傷作為最主要的處理原則。

夜間配戴咬合板是其中最常見的處理方式之一。咬合板可以緩解肌肉疲勞、降低關節內部的壓力，並保護牙齒減少磨耗。臨床上軟式或是硬式咬合板都常使用，不過軟式的咬合板因為較易磨損，大多只短期使用。不過，不同於密西根式硬式咬合板（圖3）的平整表面設計，軟式咬合板在壓製成形後，仍大致保有咬頭及咬溝的起伏變化，這或許會因此讓咬合的不確定因素仍舊存在，畢竟咬合板雖然可以有效地降低肌肉活動的強度，但是配戴咬合板的目的其實並不在於去除磨牙的發生，甚至曾有報告指出，少數患者在配戴咬合板後反而增加了磨牙的發生頻率。

另外，若患者明顯發現在工作緊張或是考試期間會出現較為嚴重的磨牙時，則應試著適度安排休假或是改變個人的生活型態，也可與身心科醫師或是心理諮商師作進一步的討論，再搭配一些生理回饋訓練，學習如何有效放鬆肌肉並紓解壓力。而在夜間時，建議不要有太激烈的運動或是太多情緒起伏，在睡前數小時內避免抽煙或飲用過量的咖啡與酒精類飲料。此外一些肌肉鬆弛劑或是抗焦慮的鎮靜劑也可以降低肌肉活動的強度來對抗肌肉痙攣、或是幫助入睡，只不過此些類藥物大都並不適合一般人長期服用。

至於一般患者自己居家的照料，主要是針對肌肉肌膜的疲勞或發炎，在不同時期可採用冷或熱敷來處理。此外，例如超音波、針灸、低週波、電磁治療、甚至低功率雷射等，皆有被應用於治療肌肉關節疼痛的報導，不過其療效仍大都只侷限於經驗法則，尚無很好的實證醫學證據。而近來流行用注射肉毒桿菌來瘦（國字）臉，則是利用肉毒桿菌來與原本神經末梢傳遞訊息的乙醯膽鹼結合，以減少或阻斷這些讓肌肉收縮的指令。不過肉毒桿菌的作用維持約半年，必要時仍需重覆施打（圖4）。

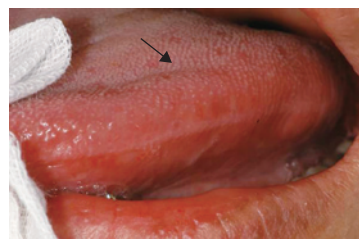
最後需要再強調的是，由於咬合因素（例如：牙齒排列不整齊、咬合干擾）對於磨牙或是顫顫關節障礙症的發生究竟扮演怎樣的角色，至今仍有爭議且大都認為並無直接因果相關，因此貿然修磨過高或所謂不理想的咬合干擾，牙醫師們仍應該盡量避免，針對這一類不能回復且具侵入性的治療，也唯有在具備了明確的因果相關證據，且對未來的治療效果有充分的可預測性時，方可謹慎小心地進行。



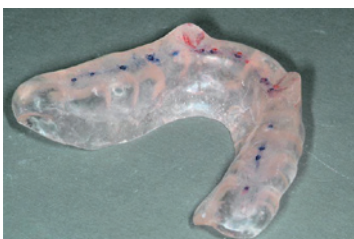
● 圖1



● 圖2



● 圖3



● 圖4



牙齒形態變異多，是否暗藏玄機？

蔡惠美 醫師

- 國立台灣大學牙醫學士
- 日本東京醫科齒科大學牙科矯正學
- 美國芝加哥大學博士
- 前台大牙科矯正副教授
- 臺北醫學大學兼任教授



◎ 文 / 蔡惠美醫師



圖1A、上顎門牙的舌側面觀。正中門齒的形狀很像鏟子、畚箕或飯杓，而有鏟狀門牙之稱。圖1B、上顎門牙正面咬合觀。鏟狀門牙的邊緣堤發育過盛，容易引起咬合干擾。圖1C、X光片中，兩側門牙及右側之側門牙均可看到極為發達的琺瑯質層。

矯正治療門診中，常會見到各種牙齒形態的異常現象。這些牙齒異常有的會干擾患者的咬合狀況，必需加以拔除，有些則可先修改形狀或治療，並經過矯正的程序，使牙齒的功能恢復及改善。

本文所提之特殊牙齒形態，包括：1. 鏟狀門牙 (shovel shaped incisor) 2. 大牙包小牙 (dens evaginatus) 3. 琺瑯質形成不全 (enamel hypoplasia)。常見的門齒擁擠，排列呈現翼狀 (wing) 或反翼狀 (anti-wing)，也一併列入介紹與討論。

一、鏟狀門牙

鏟狀門牙又稱為ridged incisor (有厚堤之門牙)，在牙科解剖學、形態學或病理學的文獻上著墨並不多，卻在牙科人類學受到相當的重視。學者早在二十世紀初期，就已注意到蒙古人種的門牙，舌側面常可見到發育良好、相當厚實的邊緣堤 (marginal ridge，簡稱突起堤)。從舌側看此類門牙，因中央部位顯得較為凹陷平坦，呈現像勺子或鏟子的形狀而命名 (圖1)。

鏟狀門牙的舌側突起堤，如果發育得過分壯觀，就會影響咬合狀態。例如圖2所示，患者的上顎門牙，會因為舌側的突起直接與下顎門牙的切端形成對咬，必然只能排列於較外圍突出的位置，讓原本已經顯得向前凸的上門牙，顯得更暴牙。

矯正治療中，想把四顆門牙移向舌側，以改善暴牙時，鏟狀門牙的舌側堤如果造成咬合干擾，醫師常會在徵求患者同意之後，將咬得到的舌側堤修低。

(圖3)。舌側突起堤因為含有很厚的琺瑯質，不致引起蛀牙的風險，手術也輕鬆無痛。

鏟狀門牙的發生原因，目前為止並沒有定論，只知道是一種形態上的表徵，就像容貌、頭髮的多樣性一般，有其生長環境、生活形態的差異。人類學學者研究歐洲的原人 (尼安德泰人) 以及北京原人 (周口店) 的牙齒，就曾發現鏟狀門牙。現代歐洲人少見有鏟狀門牙的，在現代的蒙古人種、美洲或拉丁美洲的純種印地安人則較多見。文獻中，也有以此佐證印地安人的祖先，即萬年之前由中國大陸、西伯利亞、渡白令海峽，遷徙到北美、南美洲的蒙古人種的說法。

長時間而言，人類遷徙不可謂不頻繁，人種的混合更是難以避免，祖先的可遺傳特徵 (genetic trait) 在後代顯現與否，與遺傳及人類的演化都有關連，卻不容易掌握。

另一種牙齒形狀的變異Carabelli's cusp (卡氏結節)，在蒙古人種較為少見 (圖4)，卻常出現於白種人上顎第一大臼齒的舌側。卡氏結節在治療中有時會造成困擾。必要時將卡氏結節修平，也是無痛、低風險的。卡氏結節有時因為局部的高低落差，較易引起舌側面齲齒。(如圖5)。

只靠鏟狀門牙與卡氏結節來分辨不同人種，尚有困難。目前，學者僅能利用多種牙齒形態變異，以及身體上的其它特徵來推測。

長時間而言，人類遷徙不可謂不頻繁，人種的混合更是難以避免，祖先的可遺傳特徵 (genetic trait) 在後代顯現與否，與遺傳及人類的演化都有關連，卻不容易掌握。

二、大牙包小牙

「大牙包小牙」是牙齒發育時產生障礙，而引起的形狀異常。

因為是病變的一種，大牙包小牙 (dens in dente，或dens evaginatus或dens invaginatus) 較鏟狀門牙發生機率低，約占1%至5%左右，依人種而有不同，好

發於下顎小白齒，其次為門齒。在門牙區出現時，也是在舌側有明顯隆起的結構，可以照X光來做鑑別診斷，以避免與鏟狀門牙相混淆 (圖6)。

取名「大牙包小牙」，是因為在細胞發育期，牙齒與鄰近造牙物質發生粘連或造牙細胞有增生現象，演變成「小牙」，會在前牙的舌側、或小白齒的咬合面上形成中央隆起 (稱為central cusp)。小牙的形狀像結節，而成為多一個咬頭 (cusp)，並擁有窄而細的牙髓腔。

「大牙包小牙」因擁有少量的牙本質，又有牙髓腔，會因為咬合的磨耗導致牙髓腔外露，而常常有根管治療的必要。

如圖6C所示，此患者的門牙及側門牙是「大牙包小牙」，多長出來的結節侷限在牙齒的舌側中央。以X光攝影檢查，可證實這是有別於鏟狀門牙的大牙包小牙！

發生於下顎小白齒的「大牙包小牙」，小牙的咬頭以尖而細者居多，生長在咬合面上更屬不利，因而被咬而折斷的相當常見。門齒發生大牙包小牙病變，舌側的中央隆起如果特別壯碩搶眼，形象有如老鷹之爪，而有Talon cusp (鷹勾爪狀咬頭) 之別稱，也容易干擾咬合 (如圖7)。

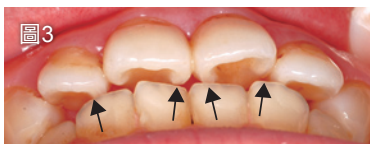
三、琺瑯質發育不良也可以形成牙齒形態異常

上述鏟狀門牙與大牙包小牙，都是琺瑯質局部異常增生的例子。發育過程中，如果琺瑯質層的前身造釉細胞層功能生變，生長量差，就足以造成牙齒表面琺瑯質的缺損。與增生出結節剛好相反，牙齒的表層琺瑯質，不是變薄，就是有缺陷，無法包被下方的象牙層，牙齒的形狀因而呈現異常，牙色也偏黃。

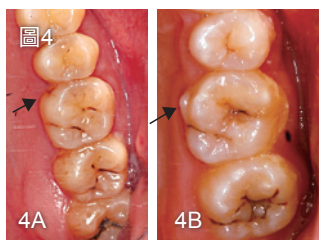
此類牙齒有大部分的琺瑯質無法形成，就像破碎的包裝一樣，使下面的象牙層質暴露在外，牙齒顯得很黃，而且表面甚為不平整。被稱為造釉細胞功能不全 (Amelogenesis imperfecta) (圖8)，還常被誤認為蛀牙。



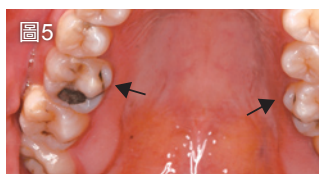
● 此患者的上顎鏟狀門牙，常會引起咬合干擾，也不利於矯正的移動牙齒。



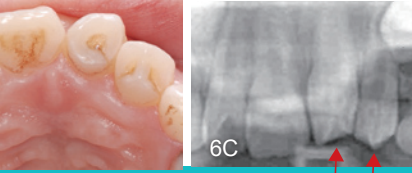
● 矯正治療需將四顆門牙移向後方時，過厚的舌側堤必須先修低。



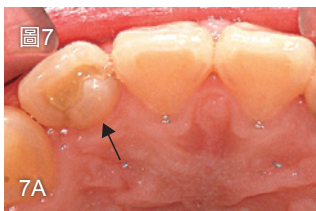
● 圖4A、蒙古人種的第一大白齒舌側，沒有卡氏結節的較多。圖4B、卡氏結節位於上顎第一大臼齒之舌側，如結節不大，可以不必修除。



● 此患者為蒙古人種，但可見到上顎兩側第一大臼齒，均有卡氏結節出現於舌側。舌側面齲齒好發於卡氏結節附近。



● 圖6A、患者之上顎左側門牙與側門牙，均有「大牙包小牙」病變，且造成咬合不良。圖6B、右側門牙及側門牙則屬形狀正常。圖6C，X光檢查是最好的診斷輔助工具，可以確定有小牙的牙髓腔。



● 圖7A、患者上顎右側之側門牙，在舌側面有一個中央結節，就像一個小牙齒附著在大牙齒之舌側。別稱Talon cusp，是大牙包小牙的一種。圖7B、壯碩的中央結節，引起咬合干擾，必要時需做根管治療並修除結節。



● 圖8A、請注意患者下顎右側犬齒，牙齒表面的琺瑯質因有大量殘缺，造成形狀破損而且露出下層象牙質的黃色。圖8B、X光攝影清楚顯示此犬齒的琺瑯質殘缺，在造釉細胞時期即有發育障礙。



● 圖9 A、上顎門齒琺瑯質層完整，但十分單薄，為琺瑯質發育不全之症例。圖9B、X光檢查，可見只有極薄的一層琺瑯質。



● 圖10、上顎門齒較大，排列有擁擠現象，形成對稱性的翼狀排列。此種擁擠的排列，在蒙古人種較常見。



● 上顎左右門齒排成反翼狀，雖然也可以在蒙古人種口內呈現，但較常見於西方人。



● 此患者同時具有卡氏結節，反翼狀前牙排列，又無鑷狀門齒，有可能祖先中有西方血統。



● 另一患者同時有反翼狀前牙排列及卡氏結節，無鑷狀門齒，已知祖先有西歐血統。



● 翼狀門齒排列及鑷狀門齒，兩者都是蒙古人種較常見的牙齒形態變異。

如果牙齒的形狀大致不差，但琺瑯層十分薄弱（見圖9），則依其病理原因稱為琺瑯質生長不足（Enamel hypoplasia）。造釉細胞產生的琺瑯質層完整無缺，維持了牙齒的外觀，卻是力道不夠，只有薄薄一層。這類牙齒發生大牙包小牙或鑷狀門牙的情況極少。

四、翼狀門牙排列與反翼狀門牙排列之不同

門牙排列常因空間不足，易造成擁擠現象。有趣的是，左右對稱性的門牙擁擠有兩種：翼狀排列，顧名思義是左右門牙像一對翅膀（如圖10）遠心端較近心端向前突出；反翼狀排列（如圖11）則呈現倒V形，左右門牙在正中央相接，並向前突出。

門牙翼狀排列在蒙古人種口內出現最為頻繁，反翼狀排列比較多見於西方人種的門牙；統計學顯示有種族的差異性。

圖12是在兩側上顎第一大臼齒均可看到明顯的卡氏結節。此患者沒有鑷狀門牙，其門牙的排列是西方人較常見到的反翼狀。擁有這兩種特徵，可建議患者去追溯祖譜，祖先有西歐人的混血也說不定。另一位患者，則有翼狀前牙排列，無鑷狀門牙及卡氏結節，自承有西歐人祖先血統。（圖13）

與反翼狀門牙排列不同的翼狀門牙排列，是在台灣矯正臨床患者口內常見的前牙擁擠現象。我們的印象是，翼狀門牙排列的病例常伴有較明顯的鑷狀門牙（見圖14）。此類病患的上顎第一大臼齒，幾乎不見卡氏結節出現。

五、結語

本文說明國人口內較常見的鑷狀門牙與翼狀門牙排列情況。並提出前牙部位發生大牙包小牙、造釉細胞功能不全、琺瑯質生長不足、反翼狀門牙排列以及臼齒部位的卡氏結節，以作對照。牙齒形態變異的多種多樣化，有一部分與人類演化及遺傳學還有牽連，一直是受到關注的課題。

最新消息

100年度
員工旅遊
北越下龍灣

又到了大家期待已久的五月一診所員工旅遊的季節了！大家無不滿心期待可以在忙碌的工作之餘，一同出遊好好放鬆心情，紓解工作壓力，聯繫彼此感情。而今年我們選擇了世界文化遺產之一的「北越下龍灣」，展開一段為期六天的文化之旅。

移動的Villa-下龍灣遊船

◎ 文 / 陳秋燕

第一天抵達越南首都河內後，便拉車前往下龍灣，當晚在飯店休息一夜，褪去一身的疲勞後，隔天一早大家又精神奕奕，滿懷期待準備搭船前往下龍灣。我們搭乘的一艘五星級遊船，即所謂的海上移動Villa，也是這趟旅程的一大賣點，而且我們也將在船上度過2天1夜，真是令人興奮又期待！

在遊船行駛到了下龍灣的內海上，我們發現到海上散落著千餘座大大小小，形狀各異的島嶼，無處不成一景，十分特別。據聞是石灰岩侵蝕才形成如同石頭森林般的景觀，不知是經過了幾千萬年水流的侵蝕、沉積與搬運，才能造就此景，這與大陸桂林山水有異曲同工之妙，無怪乎有「海上桂林」的美譽，令人不禁讚嘆起大自然的鬼斧神工！我們的遊船在島嶼間不停穿梭，也許是船長高深熟練的功力，或者是我們雀躍新奇的好心情，遊船平緩地前進，同船的人絲毫沒有預期中暈船的情形。而我們有的人忙著到處拍照，捕捉四周優美的景色；有的人躺在甲板上的涼

椅上休息，享受難得的片刻悠閒；有些人則聚在一塊兒談天說笑，好不愜意！

夕陽漸沉，船也慢慢的趨緩，停了下來。導遊安排兩人一艘的獨木舟，下海遨遊去。心中雖然有些恐懼，但想到身上穿著救生衣，加上當天風浪不大，微風徐徐，抱著姑且一試的心情下去，沒想到還真好玩又刺激，連沒學過划船的我們，馬上就上手了，馬上朝著遠方划去！但在回到船上後，發現到手臂與大腿痠痛無比，可能是新手要付出的代價吧。到了晚上，享受完一頓豐盛的法國大餐，休息片刻，大家開始聚集在船頭準備進行夜釣小管的活動，原以為只是嘗嘗鮮，肯定無所收穫，沒想到不一會兒，同船團員竟真的釣到一隻，導遊馬上請船上的廚師來一盤新鮮的“Sashimi”，當場品嚐起來。有了一個成功的經驗，大家彷彿受到鼓舞，排隊等著小試身手，真是一個有趣的經驗。

當晚睡在船艙裡，雖然沒有五星級飯店般豪華的設施與寬敞的房間，但是佈置雅致，設備盡全，開窗即可欣賞到下龍灣美景，躺在床上偶而會感受到船身輕微的晃動，真是一個奇特的體驗。

隔日上午乘船前往參觀一個巨大的鐘乳石洞穴—驚訝洞，入口處有的僅容納得下一人彎身通行，有的卻十分寬敞，忽窄忽寬，呼高忽低，果真讓人驚嘆連連。最後總算進入到最大的洞穴裡，裡頭搭



配著五顏六色的燈光，處處可見鈣化沉澱的痕跡以及不同奇特造型的石柱與鐘乳石，我們也不停地拍照，希望為此趟旅程留下紀錄。

結束了船上行程，假期也過了大半，接下來幾天，帶著輕鬆的心情遊覽了陸龍灣、寧平碧洞、越南首都河內、胡志明故居、文廟及帶有濃厚法國殖民色彩的聖約瑟大教堂（St. Joseph Cathedral）……還乘著三輪車逛三十六古街！來到越南，不得不品嚐一下道地的食物：米粉湯、越南河粉、春捲、甘蔗蝦等，可惜的是，這次沒有吃到傳說中好吃的法國麵包，希望下次有機會再來時，能夠一嚐美食。除了食物，大家也不忘入境隨俗，戴著特有的錐形斗笠合影留念。你看，是不是越南呢？

徵稿啟事

歡迎院內外朋友們投稿，內容可包括矯正心得、對診所的意見分享、生活點滴…等。

來稿請寄 106台北市大安區和平東路一段91號3樓或 E-mail: drsuortho@yahoo.com.tw

稿件經錄取者會視其內容、字數給予稿費，歡迎踴躍投稿！