

## บทที่ 4

### รายงานผลการวิจัย

#### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

##### ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยทั้งหมด (ตารางที่ 4.1)

จากผลการศึกษา พบว่าตั้งแต่พ.ศ.2547-2550 มีผู้ป่วยโรคลมชักที่ดื้อยากันชักและมีความจำเป็นต้องได้รับการสืบค้นเพิ่มเติมโดยวิธีการกระตุ้นไฟฟ้าผ่านขั้วไฟฟ้าบนผิวสมองระหว่างประเมินก่อนการผ่าตัด (Invasive EEG monitoring and cortical stimulation mapping) ที่มารับการรักษาที่โครงการรักษาผู้ป่วยโรคลมชักครบวงจร ในพระอุปถัมภ์ของสมเด็จพระเจ้าลูกเธอเจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นจำนวน 10 คน แต่มีผู้ป่วยจำนวน 9 คนที่เข้า inclusion criteria โดยสมองข้างที่ใส่ Subdural grid และทำ Cortical stimulation mapping เป็นสมองซีกที่เด่นในเรื่องภาษา ส่วนผู้ป่วย 1 รายไม่เข้า inclusion criteria ดังกล่าวเนื่องจากสมองข้างที่ใส่ Subdural grid เป็นสมองข้างขวาและไม่พบบริเวณสมองส่วนที่ควบคุมภาษาจากการทำ Cortical stimulation mapping

ผู้ป่วยทั้ง 9 รายแบ่งเป็นเพศชาย 5 คน (55.6%) เพศหญิง 4 คน (44.4%) และ ผู้ป่วยทั้งหมดมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 27.44 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงอายุระหว่าง 19-40 ปี

ผู้ป่วยทั้ง 9 ราย ถนัดมือข้างขวา(Rt handed) ทั้งหมดโดยคิดเป็น 100% โดย 6 ใน 9 ราย (66.7%) ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือมีหน้าที่การงานซึ่งมีความสำคัญ(non high functioning person) และ 3 ใน 9 ราย(33.3%) ประกอบอาชีพหรือมีหน้าที่การงานซึ่งมีความสำคัญ(high functioning person)

อายุเฉลี่ยที่ผู้ป่วยมีอาการชักครั้งแรก เท่ากับ 11 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงอายุระหว่าง 2-25 ปี ในผู้ป่วยทั้งหมด 9 รายส่วนใหญ่ 88.9% (8 ใน 9 ราย) ไม่มีประวัติชักจากไข้สูงในวัยเด็ก และทั้ง 9 ราย (100%) ไม่มีใครมีประวัติโรคลมชักในครอบครัว

##### ลักษณะอาการชักและผลการตรวจเบื้องต้น (ตารางที่ 4.2)

ในผู้ป่วยทั้ง 9 ราย มีอยู่ถึง 44.4%(4 ใน 9 ราย) ที่มีอาการเดือนมากกว่า 1 ชนิดซึ่งส่วนใหญ่มักมีเพิ่มขึ้นมาภายหลัง และส่วนใหญ่ในผู้ป่วยในการศึกษานี้มีอาการชักมากกว่า 1 ชนิด และผลจากการตรวจคลื่นไฟฟ้าสมองในขั้นต้น(routing EEG) ไม่พบความผิดปกติได้ถึง 33.3% (3 ใน 9 ราย)

ส่วนผลการตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าสมอง(Brain MRI epilepsy protocol) ไม่พบพยาธิสภาพ(non lesional)ได้ถึง 44.4%(4 ใน 9 ราย) ผลที่ได้จาก video-EEG monitoring พบว่าข้อมูล

สอดคล้องกัน(concordant data) ถึง 77.8%(7 ใน 9 ราย) โดยสามารถบอกได้ตำแหน่งของบริเวณกำเนิดชัก(localization) ได้ถึง 55.6% (5 ใน 9 ราย) อีก 33.3%(3 ใน 9 ราย) บอกข้างของจุดกำเนิดชัก(lateralization) ได้แต่ไม่สามารถบอกตำแหน่งได้ และมีเพียงแค่ 11.1%(1 ใน 9 ราย) ไม่สามารถบอกข้างของบริเวณกำเนิดชัก(non lateralization)

#### ผลจากการตรวจโดย invasive EEG monitoring

ในผู้ป่วยทั้ง 9 ราย สามารถบอกตำแหน่งของบริเวณกำเนิดชักได้อย่างละเอียด(focal) ได้ถึง 44.4%(4 ใน 9 ราย) โดย 22.2% (2 ใน 9 ราย) สามารถบอกตำแหน่งของบริเวณกำเนิดชักได้เพียงคร่าวๆ(regional) และ อีก 33.3% มีบริเวณกำเนิดชักค่อนข้างกระจาย(diffuse) โดยตำแหน่งของบริเวณกำเนิดชักในผู้ป่วยทั้ง 9 ราย พบอยู่ mesial temporal area ถึง 44.4%(4 ใน 9 ราย) และ extramesial temporal area ถึง 55.6%(5 ใน 9 ราย) ถ้าแบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ temporal lobe epilepsy(TLE) และ extratemporal lobe epilepsy(ETE) ผู้ป่วยในกลุ่มนี้สามารถได้รับการวินิจฉัยเป็น temporal lobe epilepsy(TLE) ได้ถึง 44.4%(4 ใน 9 ราย) และ extratemporal lobe epilepsy(ETE) ได้ถึง 55.6%(5 ใน 9 ราย)

#### ผลการตรวจตำแหน่งบริเวณสมองส่วนที่ทำหน้าที่ควบคุมภาษา (ตารางที่ 4.3)

ผลการตรวจสมองซีกที่เด่นทางด้านภาษาด้วยวิธี wada test ซึ่งได้ทำทั้งหมด 4 ใน 9 ราย (44.4%) พบว่า สมองซีกที่เด่นทางด้านภาษาจากการตรวจด้วยวิธี wada test สามารถบอกข้างได้ถูกต้องตรงกับผลของ cortical stimulation mapping ถึง 100% (4ใน 4 ราย) ซึ่งทั้ง 4 รายดังกล่าวพบสมองซีกที่เด่นทางด้านภาษาอยู่ทางซีกซ้าย

ส่วนผลการตรวจบริเวณสมองส่วนที่ทำหน้าที่ควบคุมภาษาโดยวิธี cortical stimulation mapping

1. บริเวณสมองส่วนควบคุมการพูด(motor speech area) สามารถพบ 6 ใน 9 ราย(66.7%) โดยในผู้ป่วย 6 รายดังกล่าวพบตำแหน่งตามกายวิภาค(typical location) ซึ่งอยู่บริเวณ left inferior frontal area 2 ใน 6 ราย(33.3%) ส่วนอีกจำนวน 4 ใน 6 ราย(66.7%) พบตำแหน่งที่ไม่ตรงกับตำแหน่งตามกายวิภาค(Atypical location) โดยพบอยู่บริเวณ Lt superior temporal area 2 ราย , Lt superior temporal area 1 ราย และ left mesial frontal area 1 ราย และใช้ปริมาณกระแสไฟฟ้าเฉลี่ยเท่ากับ 8 mA โดยอยู่ในช่วงระหว่าง 6-10 mA ในการกระตุ้นแล้วทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถพูดต่อจากเดิมในช่วงก่อนกระตุ้นได้(motor speech arrest)

2. บริเวณสมองส่วนควบคุมความเข้าใจทางภาษา(sensory speech area) ซึ่งสามารถตรวจพบเพียงรายเดียว(11.1%) โดย พบตำแหน่งที่ไม่ตรงกับตำแหน่งตามกายวิภาค(Atypical location) โดยพบอยู่บริเวณ dorsolateral part of Lt precentral area (ซึ่ง ตำแหน่งตามกายวิภาค(typical location) อยู่

บริเวณ left superior temporal area) โดยใช้ปริมาณกระแสไฟฟ้าเท่ากับ 7 mA ในการกระตุ้นแล้วทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าใจคำสั่ง แต่ยังคงสามารถพูดต่อไปได้

3. บริเวณสมองส่วนใช้นึกชื่อสิ่งของ (naming area) สามารถพบ 5 ใน 9 ราย(55.5%) โดยพบพบตำแหน่งตามกายวิภาค(typical location) ซึ่งอยู่บริเวณ Lt basal temporal area, Lt temporo-occipital area, Lt middle temporal area, Lt lateral posterior temporal area, Lt lateral posterior temporal 4 ใน 5 ราย(80%) และพบตำแหน่งที่ไม่ตรงกับตำแหน่งตามกายวิภาค(Atypical location) 1 ใน 5 ราย(20%) ที่ Lt lateral occipital area และใช้ปริมาณกระแสไฟฟ้าเฉลี่ยเท่ากับ 9 mA โดยอยู่ในช่วงระหว่าง 6-10 mA ในการกระตุ้นแล้วทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถนึกชื่อสิ่งของที่ใช้ทำการตรวจ (nominal aphasia) แต่ยังคงพูดและทำตามคำสั่งได้

4. บริเวณสมองส่วนใช้นึกคำพูด (word recognition) สามารถพบ 3 ใน 9 ราย(33.3%) โดยพบตำแหน่งตามกายวิภาค(typical location) ซึ่งอยู่บริเวณ Lt temporo-parietal area 2 ใน 3 ราย(66.7%) และพบตำแหน่งที่ไม่ตรงกับตำแหน่งตามกายวิภาค(Atypical location) 1 ใน 3 ราย(33.3%) ที่ left inferior frontal area และใช้ปริมาณกระแสไฟฟ้าเฉลี่ยเท่ากับ 9 mA โดยอยู่ในช่วงระหว่าง 7-10 mA ในการกระตุ้นแล้วทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถนึกคำพูด (word finding difficulty) แต่ยังคงพูด ทำตามคำสั่งและเรียกชื่อสิ่งของได้

#### ข้อมูลและผลการผ่าตัดโรคลมชักในผู้ป่วยกลุ่มนี้ (ตารางที่ 4.4)

ในผู้ป่วยทั้ง 9 ราย ได้รับการผ่าตัดแบบ curative resective surgery เป็นจำนวน 6 ใน 9 ราย (66.7%) ซึ่งใช้วิธี anterior temporal lobectomy with or without lesionectomy และ resection ตามผลที่ได้จากการทำ invasive monitoring, การผ่าตัดแบบ palliative surgery เพียงรายเดียว(11.1%) ซึ่งใช้วิธี multiple subpial transaction(MST) เนื่องจากบริเวณกำเนิดชักที่ทราบจาก invasive EEG monitoring อยู่ซ้อนทับบริเวณสมองส่วนควบคุมการพูด(motor speech area) ส่วนอีก 2 ราย(22.2%) ไม่ได้รับการผ่าตัดเนื่องจากจุดกำเนิดชักอยู่ลึกหรือกระจาย

ผู้ป่วย 4 ใน 9 ราย(44.4%) ได้รับการรักษาด้วยวิธีการกระตุ้นเส้นประสาทเวกัส(Vagus nerve stimulation) เพื่อลดจำนวนและความรุนแรงของอาการชัก เนื่องจากไม่เหมาะสมในการได้รับการผ่าตัด(non surgical candidate) โดยมี 1 รายได้รับการรักษาด้วยวิธีการกระตุ้นเส้นประสาทเวกัส (Vagus nerve stimulation) ก่อนหน้าที่จะมาทำ invasive monitoring

ผลการรักษาด้วยการผ่าตัดโดยใช้ข้อมูลที่ได้จาก ทำ invasive EEG monitoring และ cortical stimulation mapping ซึ่งมีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดอยู่ 7 ใน 9 ราย(77.8%) พบว่า ไม่มีอาการชักเลยหลังการผ่าตัด(Engel classification I) 3 ใน 7 ราย(42.9%) จำนวนของอาการชักลดลงมากกว่า 50% (Engel classification III)อยู่ 1 ราย(14.3%) และจำนวนของอาการชักลดลงน้อยกว่า 50% (Engel classification IV)อยู่ 3 ราย(42.9%)

ส่วนผลกระทบกระเทือนเรื่องภาษาหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยทั้ง 7 ราย

(curative resective surgery 6 ราย และ palliative surgery 1 ราย) พบผลกระทบกระเทือนเรื่องภาษาหลังการผ่าตัดเพียงเล็กน้อย(mild neurological deficit) โดยมีการลดลงของความสามารถทางการใช้ภาษาเพียงเล็กน้อย 1 ใน 7 ราย(14%) และผลกระทบกระเทือนเรื่องภาษาหลังการผ่าตัดเพียงปานกลาง (moderate neurological deficit) ได้แก่ การลดลงของความสามารถทางการใช้ภาษาระดับปานกลาง 1 ใน 7 ราย(14%) ซึ่งทั้ง 2 รายมีความสามารถในการใช้ภาษากลับมาเกือบปกติหลังได้รับการฟื้นฟูทางภาษา

ตารางที่ 4.1 แสดงข้อมูลพื้นฐานและการวินิจฉัยโรคลมชักของผู้ป่วยโรคลมชักคือยาที่ได้รับการประเมินก่อนการผ่าตัดด้วยวิธี invasive monitoring and cortical stimulation mapping จำนวน 9 คนที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปี 2547-2550

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน(ร้อยละ)
เพศ(จำนวนคน)	
ชาย	5 (55.6%)
หญิง	4 (44.4%)
อายุเฉลี่ย (ปี)	27.44 (19-40)
มือข้างที่ถนัด(จำนวนคน)	
ขวา	9(100%)
ซ้าย	0(0%)
อาชีพ(จำนวนคน)	
อาชีพที่มีความสำคัญ	3 (33.3%)
อาชีพที่ไม่มีความสำคัญ	6 (66.7%)
อายุเฉลี่ยที่ผู้ป่วยมีอาการชักครั้งแรก(ปี)	11(2-25)
อายุที่ชักครั้งแรก(ช่วงอายุ) (จำนวนคน)	
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 ปี	3(33.3%)
ช่วงระหว่าง 6 ถึง 20 ปี	5(55.6%)
มากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี	1(11.1%)
ประวัติชักจากไข้สูงในช่วงเด็ก(จำนวนคน)	1(11.1%)
ประวัติการคลอดยาค(จำนวนคน)	3(33.3%)
ประวัติการติดเชื้ในสมอง(จำนวนคน)	1(11.1%)
ประวัติอุบัติเหตุบริเวณศีรษะ(จำนวนคน)	2(22.2%)
ประวัติการชักในครอบครัว(จำนวนคน)	0(0%)
การวินิจฉัยโรคลมชัก(จำนวนคน)	
Temporal lobe epilepsy	4(44.4%)
Extratemporal lobe epilepsy	5(55.6%)

ตารางที่ 4.2 แสดงข้อมูลเกี่ยวกับการชักและการสืบค้นเพิ่มเติมของผู้ป่วยโรคลมชักคือยาที่ได้รับการประเมินก่อนการผ่าตัดด้วยวิธี invasive monitoring and cortical stimulation mapping จำนวน 9 คนที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ปี 2547-2550

ข้อมูล	จำนวน(ร้อยละ)
อาการเตือน(จำนวนคน)	
1 ชนิด	5 (55.6%)
มากกว่า 1 ชนิด	4 (44.4%)
อาการชัก (จำนวนคน)	
1 ชนิด	1(11.1%)(GTC)
2 ชนิด	7(77.8%)
มากกว่า 2 ชนิด	1(11.1%)
ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าสมองในขั้นต้น (จำนวนคน)	
ผลปกติ	3 (33.3%)
Unilateral IED	3 (33.3%)
Bilateral IED	2(22.2%)
อื่นๆ	1(11.1%)
ผลการตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าสมอง (จำนวนคน)	
มีพยาธิสภาพชนิดเดียว	4(44.4%)
มีพยาธิสภาพ 2 ชนิด	1(11.1%)
ไม่พบพยาธิสภาพ	4(44.4%)
บริเวณกำเนิดชักที่ทราบจาก VEM (จำนวนคน)	
Localization	5(55.6%)
Lateralization	3(33.3%)
Non lateralization	1(11.1%)

ตารางที่ 4.3 แสดงข้อมูลเกี่ยวกับข้อบ่งชี้ในการทำ invasive monitoring และบริเวณกำเนิดชักที่ทราบ จาก invasive monitoring ของผู้ป่วยโรคลมชักค้ำยยาที่ได้รับการประเมินก่อนการผ่าตัดด้วยวิธี invasive monitoring and cortical stimulation mapping จำนวน 9 คนที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปี 2547-2550

ข้อบ่งชี้ในการทำ invasive monitoring	
1. จุดกำเนิดชักอยู่ในสมองซีกที่เด่นภาษา	-
2. หาจุดกำเนิด	1(11.1%)
3. ทั้ง 2 อย่าง	8(88.9%)
บริเวณกำเนิดชักที่ทราบจาก invasive monitoring (จำนวนคน)	
Focal	4(44.4%)
Regional	2(22.2%)
Diffuse	3(33.3%)
ตำแหน่งบริเวณกำเนิดชัก(จำนวนคน)	
Mesial temporal region	4(44.4%)
Extramesial temporal region	5(55.6%)

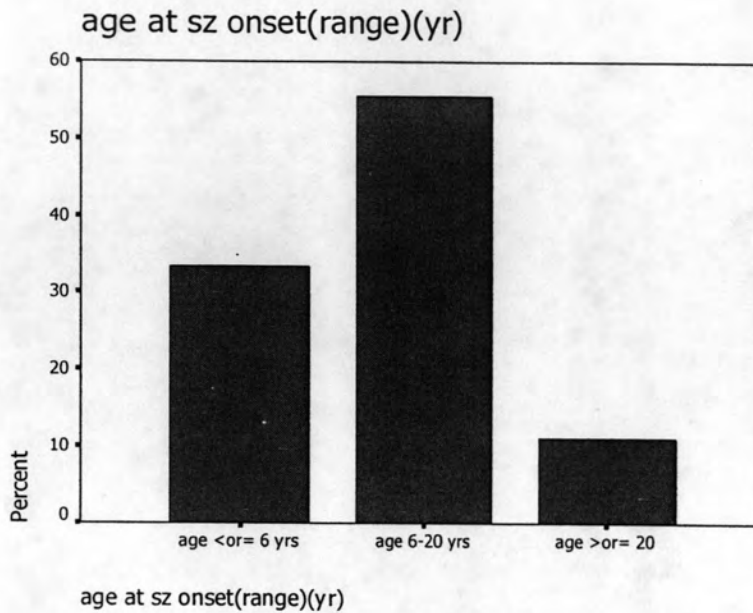
ตารางที่ 4.4 แสดงข้อมูลเกี่ยวกับตำแหน่งบริเวณสมองส่วนควบคุมภาษาของผู้ป่วยโรคลมชักค้ำยที่  
ได้รับการประเมินก่อนการผ่าตัดด้วยวิธี *invasive monitoring and cortical stimulation mapping*  
จำนวน 9 คนที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปี 2547-2550

ข้อมูล	จำนวน(ร้อยละ)
Wada test(จำนวนคน)	4 ใน 9 ราย(44.4%)
Lt language dominant hemisphere	4 ใน 4 ราย(100%)
Rt language dominant hemisphere	-
Bilateral language dominant hemisphere	-
Not done	5 ใน 9 ราย(55.6%)
บริเวณสมองส่วนควบคุมการพูด(จำนวนคน)	6(66.7%)
Typical location	2 ใน 6 ราย(33.3%)
Atypical location	4 ใน 6 ราย(66.7%)
ค่าไฟฟ้าเฉลี่ยที่ใช้จนเกิดอาการ	8 mA(6-10)
บริเวณสมองส่วนควบคุมความเข้าใจภาษา(จำนวนคน)	1(11.1%)
Typical location	-
Atypical location	1(100%)
ค่าไฟฟ้าเฉลี่ยที่ใช้จนเกิดอาการ	7 mA
บริเวณสมองส่วนใช้นึกชื่อสิ่งของ(จำนวนคน)	5(55.6%)
Typical location	4 ใน 5 ราย(80%)
Atypical location	1 ใน 5 ราย(20%)
ค่าไฟฟ้าเฉลี่ยที่ใช้จนเกิดอาการ	9 mA(6-10)
บริเวณสมองส่วนใช้นึกคำพูด(จำนวนคน)	3(33.3%)
Typical location	2 ใน 3 ราย(66.7%)
Atypical location	1 ใน 3 ราย(33.3%)
ค่าไฟฟ้าเฉลี่ยที่ใช้จนเกิดอาการ	9 mA(7-10)

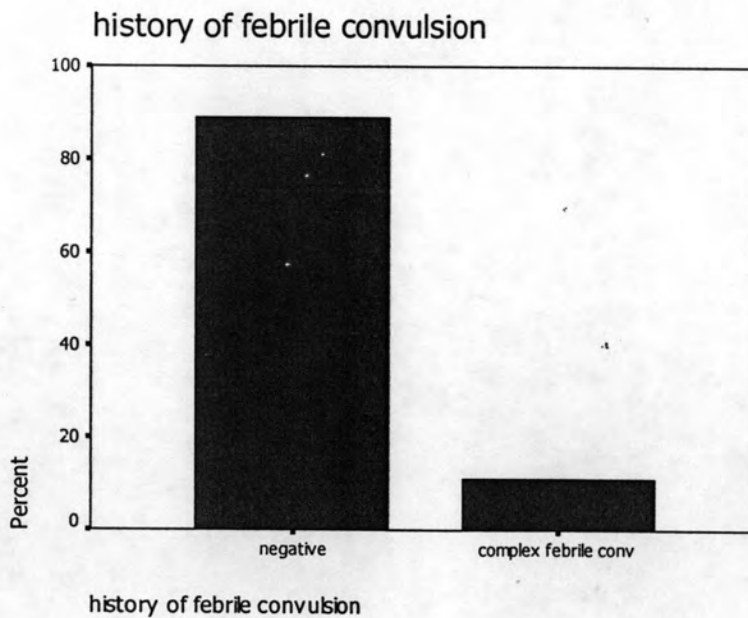


ตารางที่ 4.5 แสดงข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดผลการผ่าตัดและอาการแทรกซ้อนทางภาษาหลังผ่าตัดของผู้ป่วยหลังได้รับการประเมินก่อนการผ่าตัดด้วยวิธี invasive monitoring and cortical stimulation mapping จำนวน 9 คนที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปี 2547-2550

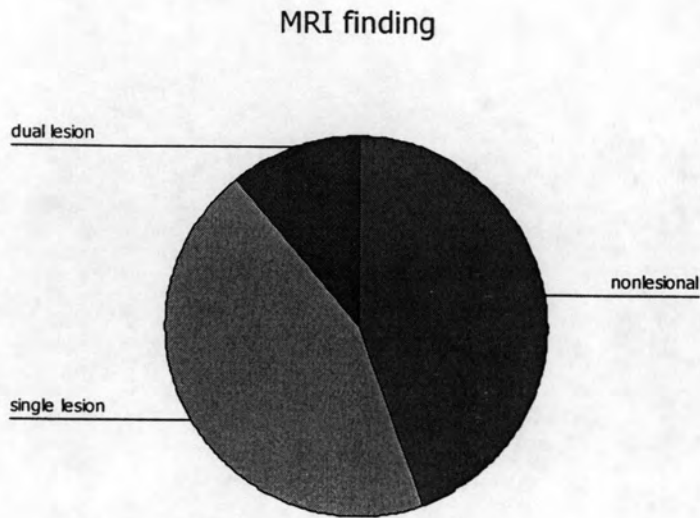
ข้อมูล	จำนวน(ร้อยละ)
ชนิดของการผ่าตัด(จำนวนคน)	
1. Resective surgery	
anterior temporal lobectomy	2 (22.2%)
anterior temporal lobectomy+lesionectomy	2 (22.2%)
lesionectomy following VEM result	1(11.1%)
resection following IEM	1(11.1%)
2. Palliative surgery	
multiple subpial transection	1(11.1%)
3. not done	2 (22.2%)
สาเหตุของโรคลมชัก(จำนวนคน)	
postgamma knife	1(11.1%)
postencephalitis	1(11.1%)
cortical dysplasia	2 (22.2%)
posttraumatic	1(11.1%)
others	4(44.4%)
ผลของอาการชักหลังการผ่าตัด(จำนวนคน)	7(77.8%)
Engel classification I	3 ใน 7(42.9%)
Engel classification II	-
Engel classification III	1 ใน 7 (14.3%)
Engel classification IV	3 ใน 7 (42.9%)
อาการแทรกซ้อนทางภาษาหลังผ่าตัด	
None	-
Mild	1 ใน 7 (14.3%)
Moderate	1 ใน 7(14.3%)
Severe	-



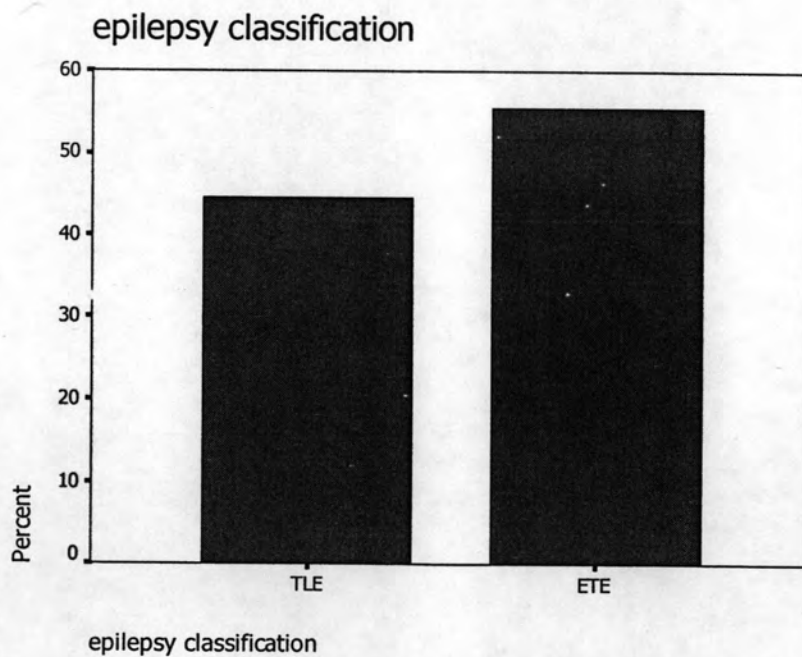
แผนภูมิที่ 4.1 แสดงช่วงอายุของอายุที่ชักครั้งแรกของผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินก่อนการผ่าตัดด้วยวิธี invasive monitoring and cortical stimulation mapping จำนวน 9 คนที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปี 2547-2550



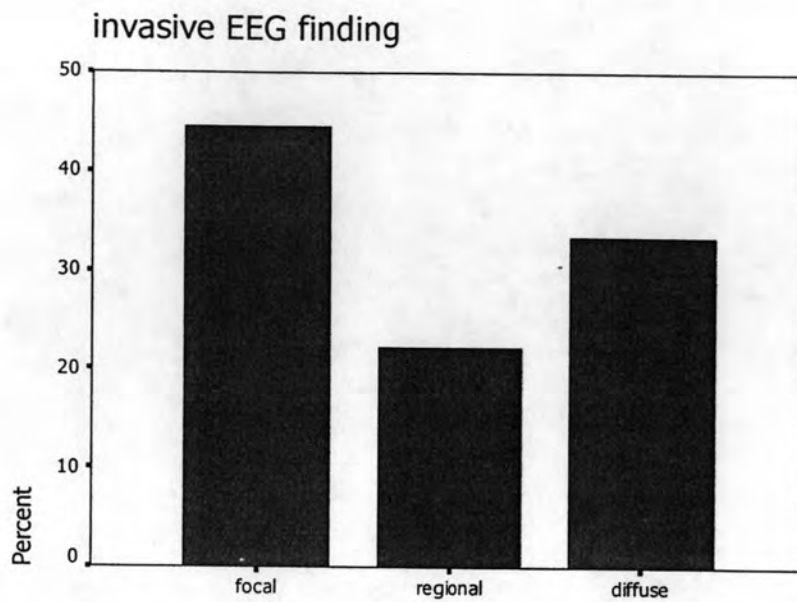
แผนภูมิที่ 4.2 แสดงประวัติชักจากไข้สูงในวัยเด็กของผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินก่อนการผ่าตัดด้วยวิธี invasive monitoring and cortical stimulation mapping จำนวน 9 คนที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปี 2547-2550



แผนภูมิที่ 4.3 แสดงผลการตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าสมองของผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินก่อนการผ่าตัดด้วยวิธี invasive monitoring and cortical stimulation mapping จำนวน 9 คนที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปี 2547-2550

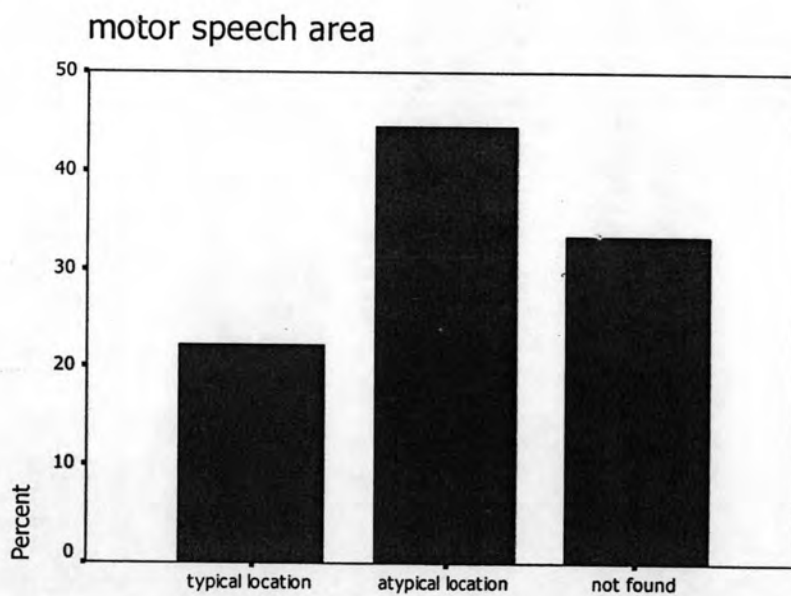


แผนภูมิที่ 4.4 แสดงการวินิจฉัยโรคลมชักของผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินก่อนการผ่าตัดด้วยวิธี invasive monitoring and cortical stimulation mapping จำนวน 9 คนที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปี 2547-2550



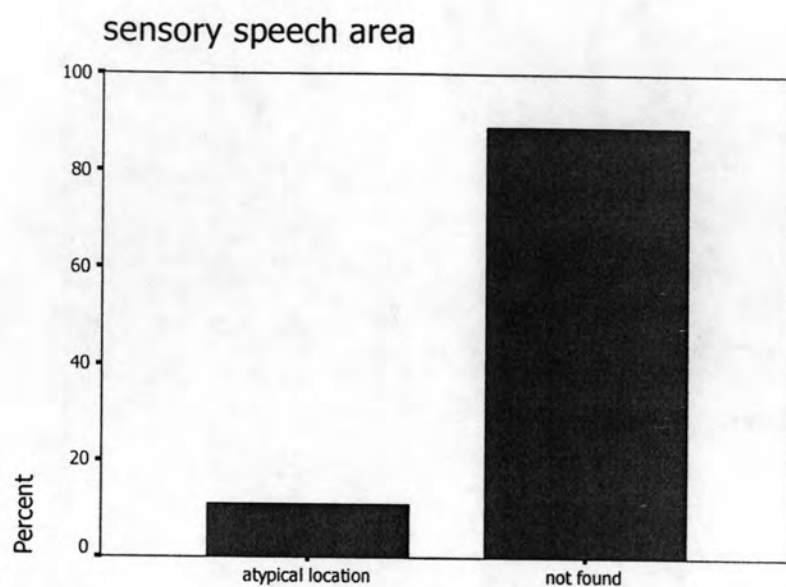
invasive EEG finding

แผนภูมิที่ 4.5 แสดงบริเวณกำเนิดชักที่ทราบจาก invasive monitoring ของผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินก่อนการผ่าตัดด้วยวิธี invasive monitoring and cortical stimulation mapping จำนวน 9 คนที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปี 2547-2550



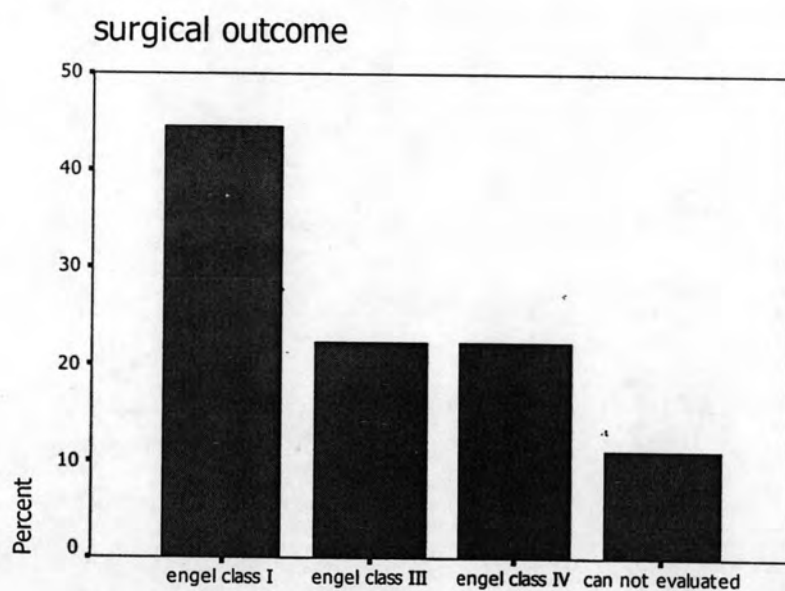
motor speech area

แผนภูมิที่ 4.6 แสดงบริเวณสมองส่วนควบคุมการพูดของผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินก่อนการผ่าตัดด้วยวิธี invasive monitoring and cortical stimulation mapping จำนวน 9 คนที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปี 2547-2550



sensory speech area

แผนภูมิที่ 4.7 แสดงบริเวณสมองส่วนควบคุมความเข้าใจทางภาษาของผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินก่อนการผ่าตัดด้วยวิธี invasive monitoring and cortical stimulation mapping จำนวน 9 คนที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปี 2547-2550



surgical outcome

แผนภูมิที่ 4.8 แสดงผลของอาการชักหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินก่อนการผ่าตัดด้วยวิธี invasive monitoring and cortical stimulation mapping จำนวน 9 คนที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปี 2547-2550