The Asia Foundation

คู่มือ
การปฏิบัติงานนิติเวช
(สำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์)
กระทรวงสาธารณสุข



จัดทำโดย
สำนักบริหารการสาธารณสุข
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

คู่มือ
การปฏิบัติงานนิติเวช

(สำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์)

กระทรวงสาธารณสุข



จัดทำโดย
สำนักบริหารการสาธารณสุข
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

คู่มือการปฏิบัติงานนิติเวช
(สำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์) กระทรวงสาธารณสุข

ISBN : 978-616-11-2083-2
พิมพ์ครั้งที่ 1 พฤษภาคม 2557
จำนวนพิมพ์ 2,500 เล่ม

ที่ปรึกษา

นายแพทย์วชิระ เพ็งจันทร์	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
นายแพทย์ธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์	ผู้อำนวยการสำนักบริหารการสาธารณสุข

คณะผู้จัดทำ

นายแพทย์พรเพชร ปัญจปิยะกุล	รองผู้อำนวยการสำนักบริหารการสาธารณสุข
นายแพทย์นิติกร โปริสวาณิชย์	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
นายแพทย์พีรยุทธ เฟื่องฟุ้ง	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
นายแพทย์วิจารณ์ วชิรวงศากร	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
นายแพทย์ศักดา สถิรเรืองชัย	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
นายแพทย์ภาณุวัฒน์ ชุติวงศ์	คณะแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
นายแพทย์วิศาล วรสุวรรณรักษ์	คณะแพทย์ศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
นายแพทย์วิฐู พฤกษนันท์	คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
นายแพทย์จตุวิทย์ หอวรรณภากร	คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
นายแพทย์ณัฐสิทธิ์ เจริญสันติ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
แพทย์หญิงวรัทพร สิทธิจรูญ	คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
นายแพทย์ทศนัย พิพัฒน์โชติธรรม	โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
แพทย์หญิงปานใจ โวหารดี	สถาบันนิติวิทยาศาสตร์ กระทรวงยุติธรรม
นายแพทย์กันต์ ทองแถม ณ อยุธยา	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย
นายแพทย์ศักดิ์สิทธิ์ บุญลักษณ์	โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี
นายแพทย์เชาวกิจ ศรีเมืองวงศ์	โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก
นายแพทย์ธีรพร เหลืองรังษิยากุล	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา
นายแพทย์ปิยะ ดุรงคเดช	โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน
นายแพทย์ณัฐวุฒิ ชอุ่มเกฤษ	โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี
นายแพทย์อนิรุต วรวาท	โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี
นายแพทย์ภัทรพงษ์ สินประจักษ์ผล	โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา
แพทย์หญิงสุธิดา บูชิตรัตนคุณ	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี
นายแพทย์ธัญญศักดิ์ เอกเวชวิท	โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา
นางกนกนาค หงสกุล	สำนักบริหารสาธารณสุข
นางสาวศิรินภา ยะจา	สำนักบริหารสาธารณสุข

ผู้สนับสนุนงบประมาณ
มูลนิธิเอเชีย ประเทศไทย (The Asia Foundation)

คำนิยม



ภารกิจด้านการแพทย์และการสาธารณสุข ถือเป็นหน้าที่หลักของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งไม่เพียงความรับผิดชอบต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังเป็นการปฏิบัติงานที่อาศัยความรู้ทางวิชาชีพด้านนี้ เพื่ออำนวยประโยชน์ต่อประชาชนและสังคมโดยรวมอีกด้วย งานด้านนิติเวชศาสตร์จึงเป็นภารกิจสำคัญอย่างหนึ่งที่นอกจากจะเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลแล้ว ยังเกี่ยวข้องกับผู้เสียชีวิตและกระบวนการยุติธรรมและกฎหมายที่เรียกร้องให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ ได้ใช้ความรู้ความสามารถในการตอบคำถามที่เกิดขึ้น และค้นหาความจริงซึ่งเป็นหัวใจสำคัญในการบังคับใช้กฎหมายอย่างเป็นธรรม

กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักของประเทศที่มีบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขเป็นจำนวนมากที่สุด และกระจายภารกิจครอบคลุมพื้นที่รับผิดชอบได้ทั่วถึงทั้งประเทศ ตระหนักว่าการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ รวมถึงงานด้านนิติเวชศาสตร์ที่เป็นงานของแพทย์โดยแท้นั้น ถือเป็นหน้าที่หลักอย่างหนึ่ง ที่กระทรวงฯ จะต้องจัดให้มีบริการได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ เพื่อตอบสนองต่อภารกิจของรัฐและเชื่อมโยงหน้าที่ในฐานะกลไกของบ้านเมือง เข้ากับกลไกอื่น ๆ รวมถึงกลไกของกระบวนการยุติธรรม อันจะนำความผาสุกเรียบร้อยแก่ประชาชนและสังคม

คู่มือการปฏิบัติงานนิติเวช (สำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์) กระทรวงสาธารณสุข เล่มนี้ จึงเกิดขึ้นมาโดยดำริของกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับการสนับสนุนจากหน่วยงานอื่น ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน อาทิ สมาคมแพทย์นิติเวชแห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทยในสังกัดแพทยสภา สถาบันการศึกษาต่าง ๆ หน่วยงานในกองทัพ และสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ฯลฯ ที่ได้จัดทำแนวทางปฏิบัติงานให้ง่ายและเป็นระบบต่อการใช้งาน ทั้งต่อแพทย์ เจ้าหน้าที่และบุคลากรทางการแพทย์ ที่ต้องปฏิบัติงานด้านนิติเวชศาสตร์ ทั้งในโรงพยาบาลและหน่วยงานสาธารณสุขสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และยังอาจรวมถึงหน่วยงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขอื่น ๆ และผู้สนใจโดยทั่วไปอีกด้วย

ขอขอบคุณ บรรณาธิการ ผู้จัดทำเนื้อหา และคณะทำงานทุกท่าน ที่ได้เสียสละแรงกาย แรงใจ และกำลังสติปัญญา รวบรวมความรู้และประสบการณ์อันมีค่า จัดทำหนังสือเล่มนี้มอบให้เป็นสมบัติของชาติโดยไม่คิดประโยชน์ส่วนตัวใด ๆ และที่สำคัญยิ่ง คือ ขอขอบคุณมูลนิธิเอเชีย (The Asia Foundation) ผู้ที่ให้การสนับสนุนงบประมาณในการจัดทำคู่มือฯ เล่มนี้

หวังเป็นอย่างยิ่งว่า ประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากหนังสือเล่มนี้จะส่งผลอันสำคัญต่อทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อคุณภาพชีวิตและสังคมของประชาชนผู้เป็นเจ้าของประเทศต่อไป



นายแพทย์ณรงค์ สหเมธาพัฒน์
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

คำนิยม



คู่มือการปฏิบัติงานนิติเวช (สำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์) ที่จัดทำโดยกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งอยู่ในมือของท่านเล่มนี้ จะสามารถตอบโจทย์ที่ท่านสงสัยได้ในทุกคำถาม ไม่เฉพาะแพทย์และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับงานนิติเวชเท่านั้น หากยังครอบคลุมถึงบุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในทุกระดับ ทั้งในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ตลอดจนถึงโรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ รวมถึงหน่วยงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่มีปัญหาทางนิติเวชศาสตร์ และยังใช้งานได้กับผู้ที่สนใจใฝ่รู้ทั่วไปด้วย

ขอขอบคุณแพทย์นิติเวชและคณะทำงานทุกท่านที่รวบรวมข้อมูลองค์ความรู้ได้หลากหลาย ละเอียดถูกต้อง สามารถนำไปปฏิบัติได้โดยง่าย

ขอขอบพระคุณ สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้จัดพิมพ์หนังสือเล่มนี้ เพื่อเผยแพร่ให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ ได้นำไปพัฒนาระบบงานนิติเวช เพิ่มพูนประสิทธิภาพ ประสบความสำเร็จ และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อส่วนรวมต่อไป



ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณ
นายแพทย์สมชาย ผลเอี่ยมเอก
นายกสมาคมแพทย์นิติเวชแห่งประเทศไทย

คำนิยม



เวชปฏิบัติทางนิติเวชศาสตร์ เป็นเวชปฏิบัติที่มีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับแพทย์ โดยเฉพาะในสังคมปัจจุบันที่ผู้รับบริการตั้งความหวังต่อแพทย์ไว้สูง การประกอบเวชปฏิบัติจึงควรให้ความสนใจ ที่จะทำให้ถูกต้องตามกฎหมาย เพื่อไม่ให้ความหวังดีของเราต่อผู้ป่วยเกิดผลในทางลบ

คู่มือการปฏิบัติงานนิติเวชเล่มนี้เขียนโดย แพทย์นิติเวชผู้เชี่ยวชาญหลายท่านจากหลายสถาบัน เป็นการรวบรวมทั้งทฤษฎีและประสบการณ์ ข้อควรปฏิบัติ และข้อควรระวังที่ครอบคลุมเนื้อหาอย่างครบถ้วนในการทำงานด้านนิติพยาธิวิทยา (Forensic Pathology) นิติเวชคลินิก (Clinical Forensic Medicine) นิติวิทยาศาสตร์ (Forensic Science) นิติซีโรโลยี ชีววิทยาและวัตถุพยาน (Forensic Biology and Serology) เคมีวิเคราะห์และนิติพิษวิทยา (Analytical Chemistry and Forensic Toxicology) และ การประยุกต์ใช้หลักกฎหมายและเวชจริยศาสตร์ (Medical Ethics) เป็นคู่มือที่อ่านง่าย เหมาะสมสำหรับนิสิตนักศึกษาแพทย์

แพทย์ทั่วไป และแพทย์สาขาอื่น ๆ รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ เป็นประโยชน์อย่างมากที่จะช่วยให้แพทย์ทั้งหลายและบุคลากรทางการแพทย์ได้ประกอบวิชาชีพได้อย่างถูกต้อง

ขอชื่นชมผู้แต่งทุกท่านที่ได้เสียสละเวลา แรงกายและแรงใจที่ทำให้คู่มือเล่มนี้มีความสมบูรณ์ และใช้อ้างอิงได้ต่อไป



ศาสตราจารย์ นายแพทย์พงษ์ศักดิ์ วรรณไกรโรจน์
ประธานราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย

คำนิยม



การประกอบวิชาชีพแพทย์และการสาธารณสุข เป็นการปฏิบัติงานเพื่อประโยชน์ต่อเพื่อนมนุษย์ โดยทั่วไป ย่อมส่งผลต่อสังคมด้วย ความรู้ความเข้าใจในหลักวิชาการและแนวทางปฏิบัติงานที่ถูกต้องเหมาะสม ถือเป็นเรื่องที่สำคัญอย่างยิ่งต่อผลสัมฤทธิ์ที่พึงปรารถนา และประเด็นปัญหาทางนิติเวชศาสตร์ย่อมแทรกอยู่ในเวชปฏิบัติทั่วไป รวมถึงกระบวนการทางสาธารณสุขอยู่เสมอ ดังนั้น ความรู้ความเข้าใจในศาสตร์ดังกล่าวรวมถึงแนวทางในการปฏิบัติ เพื่อจัดการกับประเด็นทางนิติเวชศาสตร์ที่พบเจอจึงต้องบ่มเพาะให้มีประสิทธิภาพ และมุ่งต่อประโยชน์ทั้งผู้ที่ได้รับผลนั้นเอง รวมไปถึงกระบวนการยุติธรรมที่เป็นผู้ใช้ผลดังกล่าวด้วย

คู่มือการปฏิบัติงานนิติเวชเล่มนี้ ได้รวบรวมองค์ความรู้และประสบการณ์ไว้เป็นพื้นฐาน และยังได้จัดระเบียบแนวความคิดจนถึงวางแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในระดับต้น คือ แพทย์ทั่ว ๆ ไปและบุคลากรทางการแพทย์ ได้นำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อวิชาชีพ นอกจากนี้ ยังจัดวางประเด็นและตรรกะ

ความคิด ที่น่าจะเป็นประโยชน์ทางวิชาการสำหรับนักศึกษาแพทย์และแพทย์ประจำบ้านในสาขานิติเวชศาสตร์ รวมถึงผู้ที่สนใจใฝ่รู้ทั่วไปได้อีกทางหนึ่ง

ขอแสดงความชื่นชมในความสามารถ ประสบการณ์ และความอุตสาหะของผู้แต่งทุกท่าน ที่ได้สละเวลาอันมีค่าเพื่ออุทิศผลงานอันเป็นคุณประโยชน์ต่อวงการแพทย์และสาธารณสุข รวมไปถึงผลที่ได้ต่อประชาชนโดยทั่วไป และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะอำนวยความยุติธรรมต่อประเทศชาติได้เทียบเท่ามาตรฐานของอารยประเทศต่อไป



รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสมบูรณ์ ธรรมเถกิงกิจ
ประธานคณะอนุกรรมการฝึกอบรมและสอบฯ
สาขานิติเวชศาสตร์
ราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย

คำนำ

งานด้านนิติเวชศาสตร์เป็นงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข ที่เอื้อประโยชน์ต่อสมาชิกในสังคมทั้งผู้ป่วยและผู้ตาย โดยตอบสนองต่อปัญหารายบุคคลและต่อระบบการปกครองด้วยกฎหมาย ทำให้งานด้านนี้ดูเหมือนเป็นงานในกระบวนการยุติธรรม แต่แท้ที่จริงแล้วกลับเป็นงานที่ต้องการความรู้ความสามารถทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ ควบคู่ไปกับความเข้าใจต่อความต้องการของระบบสังคมในปัจจุบัน ที่ต้องการให้แพทย์และบุคลากรทางสาธารณสุขได้ตระหนักว่า ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละรายนั้น นอกจากจะต้องการการบริการด้านการรักษาเยียวยาแล้ว ยังต้องการความเห็นทางการแพทย์ ในเรื่องการเจ็บป่วย ซึ่งอาจจะเป็นอันหนึ่งอันเดียวกับปัญหาข้อพิพาทหรือการเรียกร้องสิทธิที่พึงมีพึงได้ตามกฎหมาย หรืออาจจะเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยนั้น ด้วยเหตุนี้ แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์จึงไม่อาจหลีกเลี่ยงหรือปฏิเสธการดำเนินการทางนิติเวชศาสตร์ต่อผู้ป่วยที่มารับบริการได้เลย

ภารกิจดังกล่าวจึงตกอยู่กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข หรือหน่วยงานของรัฐที่เป็นแกนหลักของระบบการให้บริการและรับภาระที่มีปริมาณงานที่มากที่สุดของประเทศ อย่างไรก็ตาม

กลับพบว่ามีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจำนวนมาก ยังขาดแนวทางการจัดการความรู้ที่สามารถนำไปปฏิบัติงานด้านนิติเวชศาสตร์ได้จริง ทำให้ไม่มั่นใจในกระบวนการชันสูตรพลิกศพและการดูแลผู้ป่วยทางนิติเวชคลินิก รวมไปถึงกระบวนการจัดการและความรับผิดชอบเกี่ยวเนื่องอย่างเป็นระบบ ดังนั้น สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จึงได้มีดำริที่จะรวบรวมองค์ความรู้ทางด้านนิติเวชศาสตร์ให้เป็นระบบที่เหมาะสมในการปฏิบัติ

คู่มือการปฏิบัติงานนิติเวช (สำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์) เล่มนี้ มีความมุ่งหมายสำคัญสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ได้ใช้เป็นประโยชน์ เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานจริง ๆ ทั้งงานด้านนิติพยาธิวิทยา เช่น การชันสูตรพลิกศพ ด้านนิติเวชคลินิกสำหรับการตรวจผู้ป่วยคดี ด้านเวชศาสตร์ชันสูตรสำหรับการเก็บและแปลผลสิ่งส่งตรวจที่เป็นวัตถุพยานทางการแพทย์ และการให้ความเห็นทางนิติเวชศาสตร์ ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของงานด้านนี้ รวมไปถึงหลักการจัดการและความรู้สำหรับนำไปใช้ปฏิบัติในเรื่องที่เกี่ยวข้องและพบได้บ่อย แนวคิดหลักของการวางเนื้อหาในหนังสือ จึงมิได้มุ่งหวังจะให้มีรายละเอียดเช่นเดียวกับตำรา ซึ่งสามารถหาอ่านได้มากมายในท้องตลาดทั้งภาษาไทยและภาษาอื่น หากแต่จะสร้างสรรค์ให้ออกมาเพื่อวางกรอบประเด็นทางความคิดและแนวทางในการลงมือปฏิบัติที่สำคัญ ๆ อย่างย่นย่อ กระชับ และครอบคลุมปัญหาที่พบได้บ่อยและสมควร

จัดการได้ด้วยตนเอง รวมถึงเป็นที่ปรึกษาคู่กายติดไม้ติดมือในยามที่ต้องการท่ามกลางสถานการณ์จริง และยังอาจจะมีประโยชน์ต่อการศึกษาในวิชานิติเวชศาสตร์ของนักเรียนแพทย์ รวมถึงผู้สนใจทั่วไปด้วย

บรรณาธิการตระหนักดีว่า ความรู้ความเข้าใจในเนื้อหาวิชาต่าง ๆ ย่อมต้องมีความลึกซึ้งลดหลั่นกันไปตามความถนัดและความเชี่ยวชาญของแต่ละคน ดังนั้น เราจึงได้วางแนวทางของเนื้อหาและกลั่นกรองรายละเอียดของผู้แต่งในแต่ละบท พร้อมทั้งดัดแปลงแก้ไขตกแต่ง จนคิดว่าเข้ากันได้กับแนวคิดที่ได้วาดหวังไว้มากที่สุด ในทำนองที่ว่า **“เด็กอ่านได้ ผู้ใหญ่อ่านดี”** คือ ได้ทั้งความรู้ความเข้าใจเป็นการทั่วไป หรือสามารถนำไปใช้งานได้อย่างเป็นขั้นเป็นตอนจริง ๆ ฉะนั้น จะมีเนื้อหาในบทที่จำเป็น **“ต้องรู้”** ที่เข้มข้น เนื้อหาในบทประกอบที่ **“ควรรู้”** พอสังเขปและกระชับ และเนื้อหาในบทที่ **“น่ารู้”** ทำนอง **“รู้ไว้ใช่ว่า ใส่บ่าแบกหาม”** ตามสมควร ดังที่ปรากฏในคำแนะนำหนังสือในส่วนถัดไป และยังได้บรรจุชื่อบทที่เกี่ยวข้องเชื่อมโยงและสามารถเท้าความถึงกันและกันแทรกไว้ในส่วนต่าง ๆ ด้วยในแนวเดียวกันกับการเปิดดูแผนที่หรือการอ่านหนังสือพิมพ์

อย่างไรก็ดี ความเข้าใจในเนื้อหาวิชาการที่แท้จริงอย่างลึกซึ้งและกว้างขวางนั้น อาจจะมีประโยชน์ต่อการนำไปปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องมั่นใจยิ่งขึ้น ซึ่งเนื้อหาของหนังสือเล่มนี้ไม่อาจตอบสนองต่อเป้าหมายที่ว่านั้นได้ทั้งหมด

เราได้แต่เพียงวางกรอบประเด็น วางตรรกะความคิด และชี้แนะแนวทางจากประสบการณ์จากการปฏิบัติมาอย่างช่ำชองของผู้เขียนแต่ละท่าน ดังนั้น เมื่อท่านได้อ่านหนังสือจนสามารถนำไปใช้งานได้ แต่ยังติดใจหรือใคร่รู้ใฝ่ค้นหาที่จะสืบค้นความรู้ทางวิชาการ หรือไตร่ตรองเนื้อหาอย่างมีวิจารณญาณอันเป็นเป้าหมายและปรัชญาการศึกษาที่น่าชื่นชมยิ่งนั้น เราก็ได้แนะนำเอกสารทางวิชาการ หรือหนังสือตำราที่คิดว่าเหมาะสม ให้เป็นแหล่งค้นคว้าเพิ่มเติมต่อไปได้

หนังสือทั้งเล่มเกิดขึ้นมาได้อย่างสมบูรณ์ตามที่ท่านถืออยู่นี้ เพียงเพราะบรรณาธิการก็หาได้ไม่ หากแต่เกิดจากความอุตสาหะยิ่งของผู้แต่งทุกท่านที่ได้สละเวลาจากงานประจำในหน้าที่ เพื่อมาอุทิศโดยไม่หวังสินจ้างรางวัลให้กับงานที่อยู่นอกเหนือความรับผิดชอบ แต่กลับทำด้วยความเต็มใจ โดยถือว่าเป็นหน้าที่อย่างหนึ่งต่อส่วนรวม อันเป็นสิ่งที่วิชานิติเวชศาสตร์ ได้มีลมหายใจของมันเป็นปกติวิสัยอย่างนี้เสมอมา

นอกจากนี้ยังขอขอบคุณในน้ำใจและความเสียสละ **ของคณะผู้จัดทำทุกท่านจากสำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** ที่ทุ่มเทให้กับการจัดทำรูปเล่มให้น่าใช้สอยในเวลาอันจำกัดยิ่ง ทั้งที่มีรายนามปรากฏอยู่ในภาคผนวกของหนังสือเล่มนี้หรือผู้ที่ปิดทองหลังพระก็ตาม รวมไปถึง**ผู้บังคับบัญชาในสำนักฯ และนายแพทย์พรเพชร ปัญจปิยะกุล** ที่ได้สนับสนุนและอำนวยการจัดทำ แต่อย่างไรก็ตาม บรรณาธิการขอกล่าวนามของผู้ที่มีส่วนเป็นพิเศษ ได้แก่

นายแพทย์ทศนัย พิพัฒน์โชติธรรม แห่งโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ที่ได้จัดการประสานงานและอำนวยการในหลาย ๆ ส่วนจนทำให้งานสำเร็จ, **อาจารย์นายแพทย์มาโนช โชคแจ่มใส** แห่งภาควิชานิติเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และ **แพทย์หญิงวรัทพร สิทธิจรูญ** แห่งภาควิชานิติเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่ได้พิสูจน์อักษร และ**คุณกนกนาค หงสกุล** ที่ได้จัดการเรื่องต่าง ๆ จนเรียบร้อยลุล่วง

เพื่อให้การจัดทำหนังสือทั้งเล่ม เป็นผลงานและสมบัติอันภาคภูมิใจ ภาพประกอบทั้งหลายในหนังสือเล่มนี้ จึงเป็นภาพส่วนตัวของผู้เขียนแต่ละท่านโดยไม่ได้คัดลอกมาจากที่ใดโดยเฉพาะอย่างยิ่งที่ต้องกล่าวถึงไว้ด้วยความขอบคุณและซาบซึ้งในน้ำใจ ก็คือ ภาพวาดลายเส้นกราฟฟิกอันสวยงามสำหรับประกอบความเข้าใจในเนื้อหาการปฏิบัติ ที่ปรากฏอยู่ในหนังสือเล่มนี้ เกิดจากฝีมือของ **คุณมณีรัตน์ สายทอง** นักวิชาการโสตทัศนศึกษาทางการแพทย์ ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ได้จัดทำให้อย่างเต็มใจและกระตือรือร้นอย่างยิ่งในทันทีที่ได้รับการร้องขอ และยังอนุญาตให้ลงตีพิมพ์โดยไม่คิดค่าลิขสิทธิ์หรือค่าตอบแทนใด

คำขอบคุณในท้ายที่สุดนี้ คงขาดไปเสียมิได้ เนื่องด้วยการสนับสนุนทุนทรัพย์จาก**มูลนิธิเอเชีย ประเทศไทย** ทำให้เกิดหนังสือเล่มนี้ในฉบับพิมพ์ครั้งแรกขึ้น ความมุ่งหมายของท่านเป็นไปตามวัตถุประสงค์ขององค์กร ที่ต้องการให้เกิดสังคม

ที่ดี มีหลักนิติธรรม และอำนวยความยุติธรรมต่อสิทธิพื้นฐานของมนุษยชาติโดยทั่วถึงอย่างเท่าเทียม

ถึงกระนั้น การทำงานทุกอย่างย่อมมีข้อผิดพลาดบกพร่องได้ ในนามของสำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ใคร่ขอน้อมรับไว้ทั้งหมด และหวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับคำแนะนำที่มีค่าจากท่าน เพื่อนำมาปรับปรุงต่อไปในอนาคตที่เหมาะสม อย่างไรก็ตาม หากหนังสือเล่มนี้จะมีประโยชน์อันดีงามปรากฏให้เห็นอยู่บ้าง ก็ขออุทิศความดีนั้นแด่ **“ครู”** ทั้งหลายนับตั้งแต่ **“ครูคนแรก”** ซึ่งท่านเหล่านั้น เปรียบเสมือนอิฐที่ถมอยู่ก้นบ่อที่ใครก็มองไม่เห็น แต่เป็นฐานรากให้มีอาคารทางวิชาการนี้พ้นขึ้นมาและตั้งอยู่ได้อย่างสง่า

หวังเป็นอย่างยิ่งว่าทุกท่าน จะได้ใช้สอยเนื้อหาในหนังสือได้อย่างสมประโยชน์ เพื่อให้วิชานิติเวชศาสตร์ได้มีโอกาสอำนวยความผาสุกแก่ผู้คนในสังคมได้อย่างเท่าเทียมเสมอภาค และนำไปสู่การแก้ไขข้อพิพาทอย่างเป็นภาววิสัยตามกรอบกติกาของกฎหมาย ด้วยการพิสูจน์ความจริงเชิงประจักษ์ที่เที่ยงแท้และเป็นนิรันดร์

นิติกร โปริสวาณิชย์
กันต์ ทองแถม ณ อยุธยา
บรรณาธิการ

สารบัญ

คำนิยมปลัดกระทรวงสาธารณสุข	B
คำนิยมนายกสมาคมแพทย์นิติเวชแห่งประเทศไทย	D
คำนิยมประธานราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย	F
คำนิยมประธานคณะอนุกรรมการฝึกอบรมและสอบฯ สาขานิติเวชศาสตร์ ราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย	H
คำนำ	J
สารบัญ	P
สารบัญภาพ	T
สารบัญตาราง	V
คำแนะนำการใช้	X

บทที่ 1	งานด้านนิติเวชศาสตร์ในเวชปฏิบัติทั่วไป	1
บทที่ 2	หลักและวิธีการชันสูตรพลิกศพ	7
บทที่ 3	การตรวจสถานที่เกิดเหตุร่วมกับเจ้าพนักงาน	19
บทที่ 4	การถ่ายภาพทางนิติเวชศาสตร์	35
บทที่ 5	รายงานการชันสูตรพลิกศพ	47
บทที่ 6	หนังสือรับรองการตาย	55
บทที่ 7	หลักการพิสูจน์เอกลักษณ์บุคคล	69

บทที่ 8 การจัดการศพที่ตายเป็นจำนวนมาก และกรณีภัยพิบัติ 75
บทที่ 9 การประมาณเวลาตาย 81
บทที่ 10 การชันสูตรบาดแผลทางนิติเวชศาสตร์ 91
บทที่ 11 Blunt Force Injury 95
บทที่ 12 sharp Force Injury 101
บทที่ 13 Traffic Injury and Fall 109
บทที่ 14 บาดแผลกระสุนปืนและวัตถุระเบิด 117
บทที่ 15 Asphyxia 125
บทที่ 16 Drowning and Submersion Injury 143
บทที่ 17 Physical Agents 149
บทที่ 18 การถูกทอดทิ้งจนเจ็บป่วยหรือเสียชีวิต (Neglect) 165
บทที่ 19 แนวทางการปฏิบัติในการตรวจผู้ป่วย หรือผู้บาดเจ็บจากการถูกซ้อมทรมาน 171
บทที่ 20 Child Abuse and Infanticide 181
บทที่ 21 Rape and Sexual Offense 197
บทที่ 22 Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) และ Sudden Unexpected Death in Infancy (SUDI) 215
บทที่ 23 การตายที่เกี่ยวเนื่องกับการรักษา 221
บทที่ 24 หลักการตรวจและให้ความเห็นทางนิติเวชคลินิก 233



บทที่ 25 การตรวจผู้ป่วยทางนิติเวชคลินิก ที่มีลักษณะเฉพาะบางประการ 243
บทที่ 26 การเขียนรายงานทางนิติเวชคลินิกเกี่ยวกับการบาดเจ็บ 249
บทที่ 27 การเขียนรายงานผู้ป่วยหรือผู้ต้องหาในคดีความผิดทางเพศ 259
บทที่ 28 การเขียนหนังสือรับรองทางการแพทย์ที่สำคัญ 271
บทที่ 29 การเก็บสิ่งส่งตรวจทางนิติเวชศาสตร์ 281
บทที่ 30 หลักการทางนิติพิษวิทยาที่สำคัญ 289
บทที่ 31 เรื่องทางนิติพิษวิทยาที่พบได้บ่อย 299
บทที่ 32 แอลกอฮอล์ 315
บทที่ 33 สิ่งส่งตรวจทางพิษวิทยา 329
บทที่ 34 การเป็นพยานศาลของแพทย์ 339
บทที่ 35 ความปลอดภัยกับการปฏิบัติงานเกี่ยวกับศพ 347
บทที่ 36 การชันสูตรศพมุสลิม 355
บทที่ 37 การเปิดเผยข้อมูลด้านสุขภาพจากประวัติการรักษาหรือเวชระเบียนผู้ป่วย 361

หนังสือที่แนะนำเป็นแหล่งค้นคว้าเพิ่มเติม **369**

ภาคผนวก ก **377**

- (สำเนา) คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 1735/2556 แต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการและคณะทำงาน จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานนิติเวช (สำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์) กระทรวงสาธารณสุข
- (สำเนา) คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 1946/2556 แต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการและคณะทำงาน จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานนิติเวช (สำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์) กระทรวงสาธารณสุข (เพิ่มเติม)

ภาคผนวก ข **389**

รายชื่อหน่วยงานในประเทศไทย ที่มีการดำเนินงานนิติเวช

ภาคผนวก ค **403**

ประมวลภาพสีในเล่ม

สารบัญภาพ

ภาพที่	**4.1**	ตัวอย่างการถ่ายภาพสถานที่เกิดเหตุ	44
ภาพที่	**4.2**	ตัวอย่างการถ่ายภาพศพ	45
ภาพที่	**4.3**	ตัวอย่างการถ่ายภาพบาดแผล	46
ภาพที่	**5.1**	แสดงรายงานของตำรวจ ที่ใช้เป็นบันทึกรายละเอียด	49
ภาพที่	**5.2**	แสดงแบบรายงานของแพทย์ที่ตำรวจมีให้ (อยู่ในหน้าหลังของภาพที่ 5.1)	50
ภาพที่	**6.1**	แสดงหนังสือรับรองการตายแบบ ท.ร. 4/1	58
ภาพที่	**11.1**	แสดง patterned injury	96
ภาพที่	**11.2**	แสดง tramline contusion	97
ภาพที่	**11.3**	แสดง blunt penetrating wound	98
ภาพที่	**12.1**	แสดง tissue bridging	103
ภาพที่	**12.2**	แสดง cut wound	103
ภาพที่	**12.3**	แสดง stab wound	104
ภาพที่	**12.4**	แสดงการวัดบาดแผล	105
ภาพที่	**12.5**	แสดงการวัดบาดแผลเมื่อขอบบาดแผล อยู่ชิดกัน (approximated wound)	106
ภาพที่	**21.1**	แสดงท่าทาง supine frog-leg สำหรับ genital approach ในผู้ป่วยเด็กโต	205
ภาพที่	**21.2**	แสดงท่าทาง Knee-chest สำหรับ genital approach ในผู้ป่วยเด็กเล็ก	206

ภาพที่	**26.1**	แสดงหน้าแรกของแบบใบนำส่งผู้บาดเจ็บให้แพทย์ตรวจของตำรวจ	252
ภาพที่	**26.2**	แสดงหน้าหลังที่เป็นส่วนที่แพทย์ใช้สำหรับเขียนรายงาน	253
ภาพที่	**27.1**	ตัวอย่างใบนำส่งจากพนักงานสอบสวน	265
ภาพที่	**27.2**	ตัวอย่างรายงานชันสูตรบาดแผลผู้ถูกล่วงละเมิดทางเพศ	266
ภาพที่	**28.1**	แสดงรูปแบบการกรอกใบรับรองแพทย์	274
ภาพที่	**29.1**	สรุปแนวทางการเก็บชีววัตถุพยาน	287
ภาพที่	**33.1**	แสดงการเจาะ femoral vein ด้วย open technique	334
ภาพที่	**33.2**	การทำ suprapubic aspiration เพื่อเก็บปัสสาวะ	335
ภาพที่	**33.3**	การเจาะและเก็บ vitreous humor (น้ำลูกตา)	336

สารบัญตาราง

ตาราง	**9.1**	สรุปแนวทางสำหรับแปลผลการตรวจประมาณเวลาตาย จากการเปลี่ยนแปลงภายหลังตายเบื้องต้น	88
ตาราง	**14.1**	การวินิจฉัยบาดแผลกระสุนปืนชนิดต่าง ๆ	120
ตารางที่	**15.1**	เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการแขวนคอกับการถูกรัดคอ	138
ตารางที่	**15.2**	แสดงข้อแตกต่างระหว่าง traumatic และ positional asphyxia	141
ตารางที่	**20.1**	ความแตกต่างของ accidental injuries และ NAI	185
ตารางที่	**31.1**	organophosphate และ carbamate ที่ใช้บ่อยในไทย	303
ตารางที่	**31.2**	detection time ของสารเสพติดและยา ใน urine	313
ตารางที่	**32.1**	ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดกับอาการทางคลินิก	317
ตารางที่	**33.1**	ปริมาณและลักษณะสิ่งส่งตรวจทางพิษวิทยา	337
ตาราง	**35.1**	ระดับความเสี่ยงจากศพในขั้นตอนการเก็บรักษาศพ	353

คำแนะนำการใช้หนังสือ

บทที่ “ต้องรู้”	บทที่ “ควรรู้”	บทที่ “น่ารู้”
บทที่ 1 เป็นภาพรวมของการปฏิบัติงาน **บทที่ 2-6** เป็นเรื่องการชันสูตรพลิกศพ **บทที่ 24, 26, 27, และ 29** เป็นเรื่องผู้ป่วยทางนิติเวชคลินิก **บทที่ 33** เป็นเรื่องการเก็บสิ่งส่งตรวจที่จำเป็น	**บทที่ 7, 9-17 และ 20-22** เป็นหัวข้อทางนิติพยาธิวิทยาและนิติเวชคลินิกในกรณีต่าง ๆ **บทที่ 30-32** เป็นหัวข้อทางนิติพิษวิทยา **บทที่ 34** เป็นเรื่องพยานแพทย์	**บทที่ 8, 18 และ 19** เป็นหัวข้อที่เป็นประเด็นทางสังคมและการจัดการ **บทที่ 23, 25 และ 28** เป็นประเด็นที่พบได้ในเวชปฏิบัติ **บทที่ 35-37** เป็นหัวข้อทางการปฏิบัติหลาย ๆ เรื่องที่อ่อนไหว

หนังสือเล่มนี้ได้จัดแบ่งหมวดหมู่เนื้อหาตามลำดับความสำคัญในการปฏิบัติดังตารางข้างบน ท่านสามารถเลือกอ่านตามความจำเป็นต่อการใช้งาน หรือถ้าหากจะอ่านเอาเรื่องอาจจะอ่านเนื้อหาไล่ไปตามลำดับความสำคัญนี้ จะทำให้เข้าใจพื้นฐานเป็นลำดับขั้นไป คือ เรื่องที่ **“ต้องรู้”** ก่อนเรื่องที่ **“ควรรู้”** และเรื่องที่ **“น่ารู้”** นอกจากนี้ ลักษณะของหนังสือยังมีประเด็น ดังนี้

1. เรื่องที่ “**ต้องรู้**” จะบรรยายเป็นขั้นตอนทางปฏิบัติอย่างละเอียด เป็นเนื้อหาพื้นฐานสำหรับปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานของแพทยสภา

2. เรื่องที่ **“ควรรู้”** เป็นเนื้อหาเสริมความเข้าใจเฉพาะกรณี โดยท่านต้องมีความรู้ความเข้าใจเรื่องที่ **“ต้องรู้”**

เป็นอย่างดีก่อน เช่น หากท่านต้องออกชันสูตรพลิกศพ หรือตรวจผู้ป่วยที่ถูกยิง ท่านต้องรู้และปฏิบัติตามหลักพื้นฐานให้ได้ก่อน แล้วท่านอาจจะอ่านบทที่ 14 เกี่ยวกับบาดแผลกระสุนปืนในบทดังกล่าว เพียงแต่บรรยายเนื้อหาพอสังเขป ไม่มากเพียงพอให้ท่านตรวจวินิจฉัยและลงความเห็นได้อย่างถูกต้องสมบูรณ์แบบ ดังนั้น เราจะชี้ประเด็นในทางปฏิบัติไว้ เพื่อให้เป็นแนวทาง

3. เรื่องที่ “ควรรู้” เป็นเรื่องที่คาบเกี่ยวกันที่อาจจะใช้ได้กับกรณีของศพหรือผู้ป่วย

4. เรื่องที่ “น่ารู้” เป็นบทที่เสริมขึ้นมา โดยพบว่าบางท่านอาจจะพบกับปัญหาเหล่านี้ และอาจจะต้องการคำแนะนำ

5. ในแต่ละบทจะมีวงเล็บดัชนี ที่ชี้ไปยังเนื้อหาในบทอื่นที่เกี่ยวข้องหรือเท้าความถึงกัน ทำให้เนื้อหาที่บรรจุไว้ในหนังสือเล่มนี้สั้นลง ซึ่งท่านสามารถอ่านขยายความได้จากดัชนีชี้บทในวงเล็บ

6. ท้ายเล่มจะมีหนังสือหรือเอกสารที่แนะนำให้เป็นแหล่งค้นคว้าเพิ่มเติม ที่ท่านสามารถศึกษาต่อได้เองในระดับที่ลึกลงไปได้ หรืออาจจะเป็นเนื้อหาที่นำมาอ้างอิงเป็นหลักฐานในหนังสือเล่มนี้ เราได้คัดสรรมาแล้วว่าเอกสารเหล่านี้มีมาตรฐานดีที่สุดและเหมาะสมต่อการศึกษา

บทที่ 1
งานด้านนิติเวชศาสตร์ในเวชปฏิบัติทั่วไป

นิติกร โปริสวาณิชย์

นิติเวชศาสตร์

วิชานิติเวชศาสตร์ (forensic medicine) เป็นวิชาแพทย์ที่อาศัยวิชาพยาธิวิทยาเป็นฐานแต่มุ่งเน้นในส่วนของสาเหตุที่ผิดธรรมชาติ (unnatural cause of illness) เป็นหลัก ได้แก่ **การบาดเจ็บ** (trauma) ที่เรียกว่า **นิติพยาธิวิทยา** (forensic pathology) และการได้รับสารเคมี หรือ ยา ที่เรียกว่า **นิติพิษวิทยา** (forensic toxicology) โดยมีผลต่อร่างกายมนุษย์ แล้วเกี่ยวเนื่องกับสิทธิหน้าที่และความรับผิดทางกฎหมายในกรณีต่าง ๆ

การปฏิบัติงานทางนิติเวชศาสตร์ เป็นเรื่องของการหาข้อมูลทางการแพทย์ แล้ววินิจฉัยลงความเห็น เพื่อหาว่าความจริงทางภาวะวิสัย (objectivity) เป็นอย่างไร ในบางครั้งอาจจะต้องคาบเกี่ยวกับความรู้อื่นของแพทยศาสตร์ เช่น จิตเวชศาสตร์ อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์สาขาต่าง ๆ สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา รังสีวิทยา เป็นต้น นอกจากนี้การพิสูจน์ความจริง อาจจะต้องใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น พันธุศาสตร์ กายวิภาคศาสตร์ ชีวเคมี ชีววิทยา จุลชีววิทยา วิทยาภูมิคุ้มกัน เป็นต้น เพื่อสืบค้นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับร่างกายมนุษย์ซึ่งต้องใช้พิสูจน์ทางกฎหมายที่เราเรียกว่า นิติวิทยาศาสตร์ (forensic science)

งานทางนิติเวชศาสตร์ในภาพรวม

งานทางนิติเวชศาสตร์เป็นการประกอบวิชาชีพเวชกรรม เพราะเป็นการวินิจฉัยและให้ความเห็นต่อพยาธิสภาพของมนุษย์ ซึ่งจะเป็นคนละความหมายกับคำว่านิติวิทยาศาสตร์ที่เน้นการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งแพทย์เพียงแต่นำมาใช้ประโยชน์ร่วมกับงานทางนิติเวชศาสตร์ ตัวอย่างงานทางนิติเวชศาสตร์เหล่านั้น ได้แก่

1. **งานด้านนิติพยาธิวิทยา** เป็นการตรวจชันสูตรศพ (postmortem inquest) ตั้งแต่การชันสูตรพลิกศพในที่ที่พบศพ (postmortem examination in death scene investigation) และการผ่าศพ (forensic autopsy) งานด้านนี้เป็นกระบวนการตามกฎหมาย ทำให้การตรวจศพทางนิติเวชศาสตร์นั้นแตกต่างไปจากการตรวจศพทางพยาธิวิทยา นับตั้งแต่มีอำนาจและกระบวนการทางกฎหมายรองรับ ลักษณะงานที่โดยมากแล้วเกี่ยวข้องกับการตายผิดธรรมชาติ และเป็นการตรวจศพที่ใช้พิสูจน์ความจริงของการกระทำความผิดมากกว่าการตรวจหาพยาธิสภาพของโรค

2. **งานด้านนิติเวชคลินิก** (clinical forensic medicine) เป็นการตรวจชันสูตรบาดแผล การบาดเจ็บ สารพิษ สารเคมีหรือยาที่ผู้ป่วยได้รับ รวมถึงผู้ป่วยด้วยโรคทุกโรคที่ต้องใช้ความเห็นเกี่ยวเนื่องกับอาการเจ็บป่วยไปใช้ทางกฎหมาย และการตรวจทางนิติวิทยาศาสตร์บางเรื่องของผู้ป่วยหรือผู้ที่มีปัญหาต้องพิสูจน์

3. การตรวจทางนิติวิทยาศาสตร์ ที่เกี่ยวข้องกับร่างกายมนุษย์ อาจจะเป็นศพหรือผู้ป่วย และอาจจะรวมถึงสิ่งส่งตรวจจากสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับเหตุที่เกิดต่อมนุษย์โดยตรง เช่น การตรวจพิสูจน์โครงกระดูก เป็นงานทางนิติมานุษยวิทยา (forensic anthropology) การตรวจพิสูจน์คราบเลือด คราบอสุจิหรือสารคัดหลั่งของมนุษย์ เป็นงานทางนิติซีโรโลยี ชีววิทยาและวัตถุพยาน (forensic biology and serology) การตรวจพิสูจน์สารพันธุกรรม เป็นงานทางนิติพันธุศาสตร์ (forensic genetics) หรือ การตรวจพิสูจน์สารเคมีจากร่างกายมนุษย์หรือสารที่มนุษย์น่าจะได้รับ เป็นงานทางเคมีวิเคราะห์และนิติพิษวิทยา (analytical chemistry and forensic toxicology)

4. การประยุกต์ใช้หลักกฎหมายและเวชจริยศาสตร์ (medical ethics) กับเวชปฏิบัติ ทั้งการดูแลผู้ป่วยทั่วไปและกรณีความเสี่ยงทางการแพทย์ ซึ่งในหนังสือเล่มนี้จะไม่กล่าวถึงในรายละเอียด

ลักษณะงานในระดับเวชปฏิบัติทั่วไป

แพทย์เวชปฏิบัติรวมถึงแพทย์ในสาขาอื่น ๆ ที่ไม่ใช่แพทย์นิติเวช หลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะต้องใช้นิติเวชศาสตร์ทั้งปัญหาทางนิติเวชศาสตร์โดยแท้ และปัญหาทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับกฎหมาย อย่างไรก็ตาม ลักษณะงานมีขอบเขตจำกัด แต่เรื่องที่จะพบได้บ่อย คือ

1. การชันสูตรพลิกศพในที่ที่พบศพตามกฎหมาย รวมถึงการออกรายงานและใบรับรองการตาย *(ดูบทที่ 2-7 และบทอื่น ๆ ซึ่งเป็นรายละเอียดเฉพาะเรื่อง)*

2. งานด้านนิติเวชคลินิก มักจะเป็นการตรวจออกรายงานและเอกสารทางการแพทย์ในผู้ป่วยที่บาดเจ็บ ได้รับสารพิษหรือยา และกรณีความผิดทางเพศ *(ดูบทที่ 10-12, 21, 24, 26- 31 และ 32)* นอกจากนี้หากผู้ป่วยที่ดูแลมีปัญหาที่ต้องใช้ความเห็นทางการแพทย์กับเรื่องทางกฎหมาย รวมทั้งเรื่องเวชจริยศาสตร์ และความเสี่ยงบางประการด้วย *(ดูบทที่ 23 และ 35-37)*

3. การเก็บสิ่งส่งตรวจจากผู้ป่วยหรือศพ *(ดูบทที่ 7, 29, 30 และ 33)*

4. การเป็นพยานของแพทย์ *(ดูบทที่ 34)*

บทที่ 2
หลักและวิธีการชันสูตรพลิกศพ

นิติกร โปริสวาณิชย์

การชันสูตรพลิกศพคืออะไร

คือการตรวจศพตามที่กฎหมายบังคับ *(ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา: ป.วิ.อ. มาตรา 148-156)* ต้องจัดการโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐที่มีอำนาจหน้าที่ และเป็นส่วนหนึ่งของการสอบสวนการตายที่มีพนักงานสอบสวนเป็นผู้รับผิดชอบหลัก

วัตถุประสงค์หลักของกฎหมายไทย

ต้องการตรวจสอบว่าการตายนั้นเป็นผลจากการกระทำความผิดทางอาญาหรือไม่ และต้องการค้นหาความจริงอย่างครบถ้วนอย่างเป็นภาวะวิสัย เพื่อคุ้มครองสิทธิของบุคคลนั้นแม้จะเสียชีวิตไปแล้ว และมีกรณีที่ต้องการตรวจสอบการใช้อำนาจรัฐ คือ การตายที่เกิดจากเจ้าหน้าที่รัฐกระทำในปฏิบัติหน้าที่ และการตายในระหว่างความควบคุมของเจ้าพนักงาน

การตายที่ต้องชันสูตรพลิกศพ

ตามกฎหมายนั้นมีสาระอยู่เพียง *"การตายที่ปรากฏแน่ชัดว่าตายโดยผิดธรรมชาติหรือมีเหตุสงสัยว่าจะตายโดยผิดธรรมชาติ"* ได้แก่ การตายจาก trauma และ chemical agent *(แต่กฎหมายจะเรียกพฤติการณ์การตาย 5 ประการ คือ ฆ่าตัวตาย, ถูกผู้อื่นทำให้ตาย, ถูกสัตว์ทำร้าย,*

ตายโดยอุบัติเหตุ และตายโดยยังมิปรากฏเหตุ ว่าเป็นเหตุตาย) เว้นแต่ตายด้วยโรคที่มีการกล่าวหาว่าการรักษาไม่ได้มาตรฐาน และการตายในระหว่างความควบคุมของเจ้าพนักงานทุกกรณี เช่น ถูกกักขังหรือจำคุกอยู่

เหตุที่สงสัยว่าจะตายโดยผิดธรรมชาตินั้น ในกฎหมายได้รวมถึง *"การตายโดยยังมิปรากฏเหตุ"* ซึ่งเป็นกรณีที่ไม่แน่ชัดว่าป่วยด้วยโรคหรืออาจจะเป็นการตายผิดธรรมชาติได้

ตัวอย่างกรณีที่ต้องให้มีการชันสูตรพลิกศพกรณีที่ตายในโรงพยาบาลและท่านเป็นแพทย์เจ้าของไข้

1. **ผู้ป่วยหมดสติที่ไม่มีประวัติใด** ซึ่งมีผู้นำส่งยังห้องฉุกเฉินแล้วต่อมาได้เสียชีวิตลงโดยยังไม่ทราบสาเหตุ อาจจะเป็นการตายผิดธรรมชาติได้

2. **ผู้ป่วย trauma หรือ toxicology** แม้จะได้วินิจฉัยชัดเจนแล้ว แต่ได้เสียชีวิตลงจากการบาดเจ็บนั้นไม่ว่าจะได้รับการรักษาแล้วหรือไม่

3. **ผู้ป่วย trauma หรือ toxicology** ได้รับการวินิจฉัยชัดเจนและได้รับการรักษาแล้ว แต่ได้เสียชีวิตลงจากภาวะแทรกซ้อน เช่น จากการติดเชื้อในปอด

4. **ผู้ป่วย trauma หรือ toxicology** ได้รับการวินิจฉัยชัดเจนและได้รับการรักษาจนสามารถออกจากโรงพยาบาลได้ ต่อมาอีกนานมีภาวะแทรกซ้อนจาก morbidity เช่น นอนไม่รู้สึกตัวและต่อมาเกิดการติดเชื้อแทรกซ้อน เช่น pneumonia

การแจ้งเจ้าหน้าที่ผู้มีหน้าที่ในการชันสูตรพลิกศพ

ให้แจ้งแก่พนักงานสอบสวน *(ตำรวจ)* แห่งท้องที่ที่ศพนั้นอยู่ ตามที่ตั้งของโรงพยาบาล *(กรณีที่ตายในโรงพยาบาล)*

ผู้ที่มีหน้าที่ชันสูตรพลิกศพ

สรุปได้เป็น 2 กรณี คือ

1. **กรณีทั่วไป** ประกอบด้วยเจ้าพนักงาน 2 ฝ่าย คือ พนักงานสอบสวนแห่งท้องที่ที่พบศพกับแพทย์ที่พนักงานสอบสวนแจ้งมาร่วมชันสูตร

2. **กรณีพิเศษ** *(ในบางครั้งอาจจะเรียกว่าเป็นการชันสูตรพลิกศพ "วิสามัญ")* มีด้วยกัน 2 กรณี ได้แก่ การตายที่เกิดขึ้นโดยการปฏิบัติหน้าที่ของเจ้าพนักงาน เช่น วิสามัญฆาตกรรม หรือการตายในระหว่างอยู่ในความควบคุมของเจ้าพนักงาน เช่น นักโทษเสียชีวิตในเรือนจำ, นักโทษป่วยมารักษาในโรงพยาบาลแล้วเสียชีวิต ฯลฯ การชันสูตรพลิกศพจะต้องประกอบด้วยเจ้าพนักงาน 4 ฝ่าย ได้แก่ พนักงานสอบสวน แพทย์ พนักงานอัยการ และพนักงานฝ่ายปกครอง

กรณีที่แพทย์มีเหตุขัดข้องไม่อาจไปชันสูตรพลิกศพในที่ที่พบศพได้

มีกฎหมายว่าด้วยการมอบหมายให้เจ้าหน้าที่(อื่น)ไปร่วมชันสูตรพลิกศพแทน คือ เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ผ่านการอบรมทางนิติเวชศาสตร์แล้วและกระทำได้เฉพาะการตายตาม ป.วิ.อ.มาตรา 148 (3) (4) และ (5) คือ กรณีที่ถูกสัตว์ทำร้าย ตายโดยอุบัติเหตุ หรือตายโดยยังมิปรากฏเหตุเท่านั้น ไม่ใช่เหตุฆ่าตัวตาย หรือ ถูกผู้อื่นทำให้ตาย และผู้ที่ออกไปแทนนั้นทำหน้าที่เพียงตัวแทนแพทย์โดยถือว่าแพทย์ได้กระทำการนั้นเอง หมายความว่า ผู้ที่ออกไปจะทำหน้าที่เพียงแต่เก็บข้อมูล ตรวจศพเบื้องต้น และรายงานแก่แพทย์ที่มอบหมาย เพื่อให้แพทย์รับทราบ ตัดสินใจ และออกเอกสาร

ควรตรวจศพในที่ที่พบศพแต่แรก และไม่ควรเคลื่อนย้าย

เพราะกฎหมายกำหนดไว้เพื่อให้ตรวจลักษณะของศพและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพยานหลักฐานให้ครบถ้วนมากที่สุด ซึ่งจะเป็นประโยชน์แก่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องรวมถึงความรับผิดชอบของแพทย์ด้วย แต่หากมีเหตุจำเป็นที่อาจเคลื่อนย้ายมาตรวจในที่สะดวกได้ คือ

1. กรณีที่มีเหตุจำเป็นต้องกระทำเพื่อป้องกันอันตรายแก่อนามัยของประชาชน หรือเพื่อประโยชน์สาธารณะอย่างอื่น

2. การเคลื่อนย้ายศพนั้น ไม่ทำให้การชันสูตรพลิกศพหรือผลทางคดีเปลี่ยนแปลงไป เช่น ศพที่ถูกรถชนโดยมีผู้เห็นเหตุการณ์จำนวนมาก และกีดขวางการจราจร อาจจะถ่ายภาพไว้ แล้วเคลื่อนย้ายศพมาตรวจในที่ที่สะดวกและปลอดภัย เช่น ริมบาทวิถี, ศพที่สงสัยว่ามีการติดเชื้อร้ายแรงซึ่งสามารถติดต่อสู่ผู้อื่นได้ ควรรีบเคลื่อนย้ายไปในสถานที่ปลอดภัย หรือ ศพที่ตายในเพลิงไหม้อาคารซึ่งอยู่ในสภาพไม่ปลอดภัย ควรย้ายศพมาตรวจในที่ปลอดภัย

วัตถุประสงค์ของการชันสูตรพลิกศพในทางปฏิบัติและความสำคัญ

กฎหมายบัญญัติไว้ 6 ประการ และพอจะสรุปความสำคัญได้ คือ

1. ผู้ตายเป็นใคร มีความสำคัญยิ่ง หากเป็นการฆาตกรรม และกรณีที่ต้องพิสูจน์เอกลักษณ์บุคคล เช่น ตายเป็นจำนวนมาก

2. ตายที่ไหน มีความสำคัญยิ่งหากเป็นการฆาตกรรม

3. ตายเมื่อใด มีความสำคัญยิ่งหากเป็นการฆาตกรรม

4. เหตุตายคืออะไร เป็นเรื่องการวินิจฉัยทางการแพทย์

5. พฤติการณ์ของการตายเป็นอะไร เพื่อให้ความเห็นว่าความตายนั้นเกิดจากกรณีใด ได้แก่ การฆ่าตัวตาย ถูกผู้อื่นทำให้ตาย ตายโดยสัตว์ทำร้าย ตายโดยอุบัติเหตุ ตายโดยโรคธรรมชาติ หรือตายโดยมิทราบพฤติการณ์ โดยให้ความเห็นร่วมกับพนักงานสอบสวน

6. ถ้าตายโดยคนทำร้าย ให้กล่าวว่าใครหรือสงสัยว่าใครเป็นผู้กระทำผิดเท่าที่จะทราบได้ เช่น กรณีฆ่าข่มขืน ควรจะต้องเก็บสารคัดหลั่งจากช่องคลอดนำไปตรวจดีเอ็นเอ เพื่อหาว่าใครเป็นผู้กระทำ

หมายเหตุ วัตถุประสงค์ทั้ง 6 ข้อ ข้างต้น จะอยู่ในสำนวนการชันสูตรพลิกศพ ซึ่งเป็นหน้าที่ของเจ้าพนักงานผู้ชันสูตรพลิกศพทำความเห็นร่วมกัน



ขั้นตอนและหัวข้อในการตรวจศพ

แพทย์ผู้มีหน้าที่ชันสูตรพลิกศพ ณ ที่พบศพ เพียงแต่ตรวจศพภายนอกเท่านั้น โดยตรวจใน 3 หัวข้อ ได้แก่

1. การพิสูจน์เอกลักษณ์บุคคล *(ดูบทที่ 7)*
2. การประมาณเวลาตาย *(ดูบทที่ 9)*
3. หาสาเหตุการตาย

ประเด็นในการตรวจศพเพื่อหาสาเหตุและพฤติการณ์การตาย

สิ่งต่อไปนี้เป็น check list เพื่อให้ผู้ตรวจใช้ความรู้เท่าที่มีตรวจหาสิ่งต่าง ๆ และตั้งประเด็นคำถามเป็นขั้น ๆ เพื่อตรวจสอบว่ายังติดขัดไม่ชัดแจ้งในข้อใดบ้าง และมีความสำคัญต้องทำให้รู้ชัดหรือไม่ *(ดูหัวข้อความสำคัญข้างต้น)*

1. ตรวจหาบาดแผลหรือสิ่งที่เป็นผลมาจากการบาดเจ็บและร่องรอยที่ศพหรือสิ่งที่พบรอบตัวที่บ่งบอกว่ามีการใช้หรือถูกวางยาและสารพิษต่าง ๆ ก่อน ร่วมกับการซักประวัติตามสมควร เพื่อดูว่าเป็นโรคหรือตายผิดธรรมชาติ

2. กรณีที่ปรากฏชัดหรือมีเหตุสงสัยว่าเป็น trauma

2.1 การบาดเจ็บนั้นมีอะไร และพบที่ใดบ้างของร่างกาย

2.2 การบาดเจ็บแต่ละแห่งนั้นเกิดขึ้นก่อนหรือหลังการตาย

2.3 การบาดเจ็บนั้นมีส่วนที่เป็นสาเหตุการตายได้หรือไม่ อย่างไร

2.4 การบาดเจ็บนั้นเกิดจากอะไรบ้าง

2.5 การบาดเจ็บนั้นเข้ากันกับเหตุการณ์หรือสถานที่พบศพหรือไม่

2.6 จากข้อมูลข้างต้น พอจะสรุปได้หรือไม่ว่ามีพฤติการณ์การตายอย่างไร และกรณีที่ถูกผู้อื่นกระทำให้ดูข้อถัดไป

2.7 หากมีการบาดเจ็บหลายอย่าง บอกได้หรือไม่ว่าอย่างไหนเกิดขึ้นก่อน และมีกลไกการบาดเจ็บอย่างไร

2.8 การบาดเจ็บนั้นมีลักษณะพิเศษ หรือจำเพาะที่ต้องตรวจค้นหรือไม่ และตรวจจากอะไรบ้าง

2.9 การบาดเจ็บนั้น แต่ละอย่างก่อให้เกิด pathophysiology อย่างไร หรือผู้ตายสามารถทำอะไรต่อไปได้บ้างหลังจากได้รับบาดเจ็บ และทำได้หรือมีชีวิตอยู่ได้นานเท่าใด

2.10 มีวัตถุพยานที่จะต้องเก็บและส่งตรวจหรือไม่ และจะต้องทำอย่างไรในเรื่องดังกล่าว

3. กรณีที่ปรากฏชัด หรือมีเหตุสงสัยว่าเป็น toxicology

3.1 ผู้ตายน่าจะได้รับสารพิษใด และพบสารพิษเหล่านั้นจากที่ใด หรือสงสัยว่าจะมีอยู่ที่ใดบ้าง ในที่พบศพ

3.2 ปริมาณที่ได้รับ

3.3 สารและปริมาณที่พบ น่าจะเป็นสาเหตุการตายได้หรือไม่

3.4 ได้รับอย่างไร

3.5 พฤติการณ์ที่ได้รับคืออะไร

3.6 จะต้องตรวจยืนยันหรือไม่

เมื่อตรวจศพครบแล้ว แพทย์มีหน้าที่ต้องดำเนินการต่อไปนี้

1. ตัดสินใจร่วมกับเจ้าพนักงานคนอื่นว่าควรส่งศพตรวจเพิ่มเติมหรือไม่

2. แจ้งญาติที่เกี่ยวข้องให้ทราบเสมอ แต่ไม่ต้องขอความยินยอม ในการผ่าศพ เพียงแต่ต้องอธิบายเหตุผลและความจำเป็น

3. ทำเอกสารตามกฎหมายว่าด้วยการชันสูตรพลิกศพ คือ บันทึกรายละเอียดแห่งการชันสูตรพลิกศพ และรายงานของแพทย์ *(ดูบทที่ 5)*

4. กรณีที่ไม่ส่งศพไปตรวจเพิ่มเติม ให้ออกหนังสือรับรองการตาย *(ดูบทที่ 6)*

การส่งศพหรือสิ่งส่งตรวจไปตรวจเพิ่มเติม

ในกฎหมายให้อำนาจเจ้าพนักงานฯ ไว้ ให้ส่งศพ หรือสิ่งส่งตรวจไปตรวจเพิ่มเติม ก็ต่อเมื่อ **“เพื่อพบเหตุของการตาย”** ซึ่งไม่ได้หมายความถึงสาเหตุของการตายแต่อย่างเดียว แต่รวมไปถึงประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวเนื่องกันตาม check list ข้างต้น เท่าที่เห็นว่า **“จำเป็น”** จากวัตถุประสงค์หลักและประเด็นต่าง ๆ สรุปเป็นข้อบ่งชี้เพื่อให้สะดวกต่อการพิจารณาความจำเป็น โดยมีความจำเป็นลดหลั่นกันลงไป คือ

1. พฤติการณ์ที่ตายความคลุมเครือว่าถูกทำให้ตายได้หรือไม่ ต้องส่งศพตรวจโดยไม่มีข้อยกเว้น เช่น กรณีที่สงสัยว่าศพที่ฆ่าตัวตาย อาจจะเป็นการฆาตกรรม ข้อสงสัยนั้นเป็นได้จากทั้งการตรวจศพ การสอบสวนของตำรวจ หรือข้อสงสัยของญาติ

2. การตายที่ปรากฏชัดว่าเป็นการฆาตกรรมหรือถูกผู้อื่นกระทำ เป็นคดีความ ถึงแม้จะพบสาเหตุการตายอย่างชัดเจนตั้งแต่แรก แต่ต้องการข้อมูลและความเห็นตามประเด็น 2.7-2.10 สำหรับค้นหาความจริง ถ้าไม่ส่งศพตรวจ ผู้ชันสูตรพลิกศพต้องตอบคำถามได้ครบถ้วนหรือไม่กระทบต่อรูปคดี

3. ศพที่ตายด้วยโรคที่เป็นกรณี medical malpractice

4. ศพเน่า เว้นแต่แน่ใจว่าไม่ถูกกระทำให้ตาย เช่น จมน้ำตาย

5. ผู้ตายที่มีอายุน้อย และตายกะทันหันโดยไม่ทราบสาเหตุ เว้นแต่แน่ใจว่าไม่ถูกกระทำให้ตาย

6. ศพที่มีประกันชีวิตซึ่งต้องพิสูจน์เหตุตายให้แน่ชัด เช่น มีประกันเฉพาะโรคที่ไม่มีประวัติการรักษา และมีประกันอุบัติเหตุโดยไม่มีหลักฐานแสดงเหตุตายจากการบาดเจ็บ

7. กรณีที่มีข้อบ่งชี้ตามประเด็นอื่นๆ เช่นการพิสูจน์เอกลักษณ์บุคคลกรณีการตายจำนวนมาก การตรวจหาสารเสพติด ตามที่พนักงานสอบสวนร้องขอ เป็นต้น

กระบวนการและความรับผิดชอบในการส่งศพตรวจ

เป็นความรับผิดชอบของพนักงานสอบสวนตามระเบียบตำรวจ แพทย์เพียงแต่ให้ความเห็นว่าควรส่งศพตรวจหรือไม่ หากพนักงานสอบสวนมีความเห็นต่าง แพทย์ก็เพียงเขียนความเห็นของตนเพิ่มลงท้ายรายงานว่าให้ส่งศพตรวจเท่านั้น

การชันสูตรพลิกศพมุสลิม

มีคำสั่งกระทรวงมหาดไทย ที่ 408/2517 กับระเบียบการชันสูตรพลิกศพของกรมตำรวจข้อ 319 วรรคท้าย และหนังสือของสำนักจุฬาราชมนตรีที่ สศ. 223/2541 ที่ขอร้องให้ละเว้นการผ่าหรือทำลายส่วนของศพให้มากที่สุด หากไม่จำเป็นและสมควรรีบตรวจชันสูตรพลิกศพโดยเร็วเพื่ออำนวยความสะดวกแก่การประกอบพิธีทางศาสนา แต่หากว่ามีเหตุจำเป็นดังกล่าวมาแล้ว ก็สามารถสั่งให้ผ่าศพได้ เพราะหลักศาสนาอิสลามนั้นให้ถือความจำเป็นของกฎหมายบ้านเมืองเป็นหลัก เพียงแต่ขอให้ความเคารพและให้เกียรติต่อร่างผู้ตาย *(ดูบทที่ 36)*

บทที่ 3
การตรวจสถานที่เกิดเหตุ ร่วมกับเจ้าพนักงาน

วิจารณ์ วชิรวงศากร
พีรยุทธ เฟื่องฟุ้ง

สถานที่เกิดเหตุ (crime scene) หมายถึง สถานที่ที่มีความเกี่ยวข้องกับเหตุอาชญากรรมทั้งหมด ซึ่งเป็นความหมายที่กว้างมากกว่าสถานที่พบศพ อาจเป็นสถานที่เกิดการฆาตกรรม สถานที่ที่มีการเคลื่อนย้ายศพมาซ่อนไว้ หรือสถานที่พบวัตถุพยานก็ได้ แต่ทางปฏิบัติจะเน้นเฉพาะสถานที่พบศพ เพราะเกี่ยวข้องกับแพทย์ทั่วไปในการชันสูตรพลิกศพโดยตรง

การเข้าไปตรวจสถานที่เกิดเหตุของเจ้าพนักงาน

เจ้าพนักงานที่จะเข้าตรวจสถานที่เกิดเหตุร่วมกับแพทย์ ได้แก่ พนักงานสอบสวนเจ้าของคดี และเจ้าหน้าที่วิทยาการตำรวจ หรือเจ้าหน้าที่พิสูจน์หลักฐาน โดยวัตถุประสงค์ในการตรวจสถานที่เกิดเหตุของพนักงานสอบสวนได้แก่

1. พิสูจน์ว่ามีการกระทำความผิดเกิดขึ้นในที่เกิดเหตุ หรือไม่
2. การกระทำความผิดเกิดขึ้นมีลักษณะอย่างไร
3. ใครเป็นผู้กระทำความผิด

เจ้าหน้าที่วิทยาการตำรวจ หรือเจ้าหน้าที่พิสูจน์หลักฐาน คือ เจ้าพนักงานที่มีความเชี่ยวชาญในการตรวจสถานที่เกิดเหตุและเก็บวัตถุพยานที่พบเพื่อนำไปตรวจพิสูจน์โดยวิธีการทางวิทยาศาสตร์

ขั้นตอนการทำงานหลัก ๆ ของเจ้าหน้าที่วิทยาการตำรวจ ได้แก่ การจัดทำแผนที่จำลองสถานที่เกิดเหตุและบันทึกภาพ การเก็บวัตถุพยานในที่เกิดเหตุ และการตรวจ

พิสูจน์วัตถุพยานโดยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ โดยการทำงานทั้งหมดข้างต้นเป็นไปเพื่อประโยชน์ในเรื่องวัตถุประสงค์ทั้ง 3 ข้อ ของการตรวจสถานที่เกิดเหตุ

โดยปกติก่อนที่แพทย์ และเจ้าหน้าที่วิทยาการตำรวจจะเข้าไปที่สถานที่เกิดเหตุ สถานที่เกิดเหตุจะถูกเก็บรักษาไว้มิให้บุคคลภายนอกเข้ามาเกี่ยวข้องโดยพนักงานสอบสวนตาม ป.วิ.อ. อาญา มาตรา 150 ทวิ เพื่อมิให้ผลทางคดีเปลี่ยนแปลงไปก่อนที่การชันสูตรพลิกศพเสร็จสิ้น *(เว้นแต่ในกรณีจำเป็นต้องทำเพื่อป้องกันอันตรายแก่อนามัย หรือเพื่อประโยชน์สาธารณะอื่น ๆ)* แต่ในทางปฏิบัติอาจมีบุคคลภายนอกเข้ามาเกี่ยวข้องในสถานที่เกิดเหตุได้ เช่น ญาติของผู้ตาย หรือเจ้าหน้าที่มูลนิธิ ซึ่งอาจทำให้สถานที่เกิดเหตุเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมได้ ซึ่งแพทย์ต้องคำนึงถึงด้วย

การเข้าไปตรวจศพในสถานที่เกิดเหตุของแพทย์

สิ่งที่แพทย์ต้องคำนึงถึงก่อน เมื่อไปถึงสถานที่เกิดเหตุคือ

1. คำนึงถึงความปลอดภัยเป็นอันดับแรก เช่น กรณีไฟไหม้ ก๊าซรั่ว สารเคมีอันตราย วัตถุระเบิด การตายจากกระแสไฟฟ้า การตายบนทางจราจร โครงสร้างของอาคารไม่มั่นคง หรือกรณีภัยพิบัติ ให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องตรวจสอบและยืนยันเรื่องความปลอดภัย หรืออาจไม่ต้องเข้าไปเองโดยให้ผู้ที่มีหน้าที่อื่นที่ต้องเข้าไปอยู่แล้วช่วยเก็บข้อมูล

ถ่ายรูปสถานที่เกิดเหตุ และเคลื่อนย้ายศพ ออกมาตรวจในที่ที่ปลอดภัย หรือในกรณีที่จำเป็นต้องเข้าไปเป็นอย่างยิ่งก็ต้องสวมอุปกรณ์ป้องกันตนเองตามแต่กรณี

2. กรณีที่ต้องมีการตรวจสถานที่เกิดเหตุ ให้ถามพนักงานสอบสวนว่า พนักงานสอบสวน และเจ้าหน้าที่วิทยาการตำรวจเข้าตรวจสถานที่เกิดเหตุ และเก็บวัตถุพยานในสถานที่เกิดเหตุเสร็จแล้วหรือไม่ เพราะแพทย์ไม่ควรเข้าไปตรวจสถานที่เกิดเหตุก่อนเจ้าพนักงานเหล่านี้ เนื่องจากอาจเข้าไปทำลายวัตถุพยานต่าง ๆ โดยความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ได้ แพทย์ควรรอให้เจ้าพนักงานได้ทำการเก็บวัตถุพยานทั้งหมดในสถานที่เกิดเหตุก่อนแล้วจึงเข้าไปตรวจศพพร้อมกับเจ้าพนักงานดังกล่าว

3. หากสถานที่เกิดเหตุมีการเปลี่ยนแปลง ให้ถามพนักงานสอบสวนว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมอย่างไร เช่น ตำแหน่งหรือท่าทางของศพเปลี่ยนแปลงจากเดิมอย่างไร, ตำแหน่งของสิ่งของ เช่น อาวุธ หรือคราบเลือด ในที่เกิดเหตุเปลี่ยนแปลงจากเดิมอย่างไร เพราะสิ่งเหล่านี้มีผลต่อการให้ความเห็นในการตรวจศพด้วย

แนวทางทั่วไปในการตรวจสถานที่เกิดเหตุของแพทย์

1. ตรวจหาสิ่งของต่าง ๆ ซึ่งใช้ในการพิสูจน์บุคคล เช่น บัตรประจำตัวประชาชน, ของใช้ส่วนตัวที่พบ (เพื่อระบุว่าผู้ตายคือใคร)

2. การตรวจท่าทางของศพ เช่น นอนคว่ำหรือนอนหงาย, แขวนคอในท่ายืนหรือท่านั่ง เป็นต้น

3. การตรวจคราบเลือดในที่เกิดเหตุ ใช้บอกสาเหตุการตายได้ เช่น พบกองเลือดปริมาณมาก แสดงถึงตายจากการเสียเลือด

4. การตรวจสิ่งของที่สัมพันธ์กับศพ ได้แก่ การตรวจพบอาวุธในที่เกิดเหตุ แพทย์ควรระบุชนิด, ขนาด และตำแหน่งของวัตถุที่พบว่าสัมพันธ์กับศพอย่างไร และแพทย์ควรดูลักษณะบาดแผลของศพเทียบกับอาวุธที่พบในที่เกิดเหตุด้วย

5. การตรวจที่เกิดเหตุเพื่อหาข้อมูลเพิ่มเติม (scene marker) เช่น การโทรศัพท์ครั้งสุดท้าย หรือจำนวนหนังสือพิมพ์ที่พบหน้าบ้าน และข้อมูลเรื่องสิ่งแวดล้อมในที่เกิดเหตุ เช่น อุณหภูมิในห้องที่เกิดเหตุ สิ่งเหล่านี้มีความสำคัญในการให้ความเห็นเรื่องเวลาตายเมื่อพิจารณาร่วมกับการตรวจ postmortem change

ข้อมูลที่พนักงานสอบสวนมักต้องการจากแพทย์ในการตรวจสถานที่เกิดเหตุ คือ ผู้ตายเป็นใคร, ผู้ตายเสียชีวิตมานานเท่าใด และสาเหตุการตายเกิดจากอะไร กรณีที่สาเหตุการตายเกิดจากการบาดเจ็บ สิ่งที่ต้องพิจารณาคือ บาดแผลของผู้ตายเกิดจากอาวุธชนิดใด สัมพันธ์กับอาวุธที่พบในที่เกิดเหตุหรือที่พบภายหลังหรือไม่ เพื่อนำไปประกอบการสืบสวนสอบสวนต่อไป

ขณะเดียวกัน แพทย์ควรสอบถามรายละเอียดของเหตุการณ์ที่น่าจะเกิดขึ้น หรือประวัติเหตุการณ์เท่าที่ทราบเบื้องต้นว่าเกิดอะไรขึ้นก่อนผู้ตายจะเสียชีวิต เพื่อบันทึกไว้เป็นข้อมูลสำหรับการนำมาวิเคราะห์ในภายหลัง

สถานที่เกิดเหตุรูปแบบเฉพาะที่พบได้ในเวชปฏิบัติทั่วไป

1. **bloody scene สิ่งที่แพทย์ต้องตรวจในที่เกิดเหตุ** ได้แก่

1.1 **source of bleeding** คือ คราบเลือดในที่เกิดเหตุมาจากที่ใด เช่น มาจากบาดแผลตามร่างกาย, มาจาก body orifice เช่น มาจากช่องปากกรณีไอหรืออาเจียนเป็นเลือด

1.2 **ปริมาณของเลือดที่ออกในที่เกิดเหตุ** อาจเทียบปริมาณเลือดกับปริมาณพื้นที่ที่มีคราบเลือดอยู่ เช่น เป็นตารางเมตร

1.3 **ความสัมพันธ์ระหว่าง source of bleeding กับปริมาณเลือดที่ออก** ใช้บอกถึงสภาพของผู้ป่วยขณะก่อนตาย และอาจบอกว่าผู้ตายไม่ได้เสียชีวิตในที่เกิดเหตุ แต่ถูกเคลื่อนย้ายมา เช่น พบบาดแผลที่ลำคอตัดโดน carotid artery ขาด แต่ที่เกิดเหตุไม่มีคราบเลือด หรือมีปริมาณน้อย แสดงว่าศพขณะมีแผลที่ลำคออาจมีภาวะ hypotension จนเลือดออกน้อย หรือศพถูกเคลื่อนย้ายมาจากที่อื่นก็ได้

1.4 **สาเหตุของบาดแผลที่ทำให้เกิดเลือดออก** เช่น ตรวจหาอาวุธในที่เกิดเหตุ โดยแพทย์ควรตรวจว่า อาวุธที่พบคืออะไร, ขนาดเท่าไร, ทำให้เกิดบาดแผลที่พบได้หรือไม่, อาวุธอยู่ที่ใดในที่เกิดเหตุ (หากกรณีฆ่าตัวตาย อาวุธควรอยู่ใกล้กับศพ)

2. **ที่เกิดเหตุที่สภาพศพเปลี่ยนไปจาก postmortem change**

2.1 **ศพเน่า (decomposed bodies)** สิ่งที่แพทย์ควรตรวจ คือ

- identification ได้แก่ ศพมีเสื้อผ้าหรือข้าวของติดตัวที่ระบุบุคคลหรือไม่, ศพมีรอยแผลเป็นหรือแผลผ่าตัดหรือไม่ (ดูบทที่ 7)
- postmortem change *(ดูบทที่ 9)*

• การพบหนอนแมลงวัน ควรดูว่าหนอนแมลงในที่เกิดเหตุมีระยะใดบ้าง เช่น ไข่, ตัวหนอน, ดักแด้ หรือตัวเต็มวัย หากเป็นตัวหนอน มีขนาดแตกต่างกันหรือไม่ หรือขนาดใกล้เคียงกัน

2.2 **โครงกระดูก (skeletal remains)** สิ่งที่แพทย์ควรตั้งคำถาม คือ

• โครงกระดูก มีทั้งหมดกี่โครง (มีทั้งหมดกี่ศพนั่นเอง)

• โครงกระดูก ยังมีเสื้อผ้า หรือข้าวของติดตัวที่พอจะระบุบุคคลอยู่บ้างหรือไม่

• โครงกระดูกเป็นเพศใด

• โครงกระดูกยังมีกล้ามเนื้อหรือเส้นเอ็นติดอยู่หรือไม่ หรือกลายเป็นโครงกระดูกทั้งหมดแล้ว (บอก postmortem change)

• โครงกระดูกมีร่องรอยของ bone trauma หรือไม่

• หากเป็นศพที่ถูกฝัง หรือถูกขุดขึ้นมา (exhumation) ควรดูว่าถูกฝังอยู่ลึกเท่าใด และถูกฝังอยู่ในสิ่งแวดล้อมแบบใด และต้องแนะนำให้จัดการขุดศพขึ้นมาตรวจตามแบบนักโบราณคดี กล่าวคือ ทำตารางพิกัดเหนือตำแหน่งที่จะขุดพร้อมทำแผนผัง ก่อนลงมือขุดดินออกเป็นชั้น ๆ โดยบันทึกสิ่งที่พบทุกอย่างในแต่ละชั้นความลึก หากเป็นไปได้ควรขอความร่วมมือจากนักโบราณคดีของกรมศิลปากรมาช่วยให้คำแนะนำด้วย

ดังนั้น การตรวจโครงกระดูกจึงสมควรแยกแยะเป็นส่วน ๆ เท่าที่ได้ แล้วส่งไปตรวจต่อ เนื่องจากมีความละเอียดซับซ้อนรวมถึงต้องอาศัยความรู้เฉพาะทางมานุษยวิทยา

3. **ที่เกิดเหตุที่ศพเปลี่ยนไปจากการบาดเจ็บ** ได้แก่ charred bodies (ศพไหม้เกรียม), blast injuries (ศพถูกระเบิด), fragment remains หรือ dismemberment (ศพที่ถูกแยกกลายเป็นชิ้นส่วน) มีประเด็นปัญหา คือ

3.1 ศพ หรือ ชิ้นส่วน มีจำนวนเท่าไร นับได้หรือไม่ว่ามีกี่ศพ

3.2 ศพ หรือ ชิ้นส่วน อยู่ในตำแหน่งใดของที่เกิดเหตุ แต่ละชิ้นอยู่รวมกันที่ใกล้เคียงกัน หรือแยกกันอยู่ห่างกัน

3.3 ศพ หรือชิ้นส่วน ยังมีสิ่งที่พอจะระบุบุคคลได้หรือไม่

3.4 ตรวจพบสาเหตุการบาดเจ็บในที่เกิดเหตุหรือไม่ เช่น บ้านไฟไหม้ (มีศพไหม้เกรียมอยู่ในบ้าน), โรงงานหรือแก๊สระเบิด (ศพถูกระเบิดอยู่ภายใน), มีดที่ใช้หั่นศพ (กรณีศพถูกแยกชิ้นส่วน)

การตรวจสภาพแวดล้อมอื่น ๆ ในสถานที่เกิดเหตุ

สภาพแวดล้อมในที่เกิดเหตุที่แพทย์ควรสนใจมักเกี่ยวกับ postmortem change และสาเหตุการตาย ได้แก่

1. **ซักประวัติกับพนักงานสอบสวน** หรือญาติของผู้ตาย ว่าพบมีชีวิตครั้งสุดท้ายเมื่อใด หรือตรวจหา scene marker ที่พอจะบอกว่าผู้ตายมีชีวิตครั้งสุดท้ายเมื่อใด เช่น โทรศัพท์ครั้งสุดท้าย

2. **สภาพแวดล้อมที่มีผลต่อ postmortem change** ได้แก่ อุณหภูมิในห้องที่ผู้ตายอยู่, การระบายอากาศ (สถานที่เกิดเหตุเป็นที่เปิดโล่ง หรือเปิดหน้าต่าง หรือเป็นที่ปิดและอับ)

3. **สภาพแวดล้อมที่มีผลต่อ postmortem artifact** ได้แก่ ศพลอยน้ำอาจพบบาดแผลหลังตายที่เกิดจากใบพัดเรือ, ศพถูกพบในป่าอาจมีบาดแผลหลังตายจากสัตว์ หรืออาจทำให้กลายเป็นโครงกระดูกเร็วกว่าที่ควรจะเป็นเนื่องจากถูกสัตว์กินเนื้อกินไป

4. **สภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุการตาย** ได้แก่ อาวุธ, ขวดบรรจุสารเคมี, จดหมายลาตาย, อุปกรณ์ไฟฟ้า (กรณีถูกไฟดูด)

5. บันทึกภาพให้ครบถ้วน *(ดูบทที่ 4)*

สิ่งที่แพทย์ควรนำไปใช้กรณีไปตรวจสถานที่เกิดเหตุ

1. **บันทึกการตรวจศพและที่เกิดเหตุ** แนะนำให้ใช้เป็น OPD card ทำการบันทึกประวัติ, การตรวจศพ และลักษณะที่เกิดเหตุ

2. **ตลับเมตร** หรืออุปกรณ์สำหรับวัดความยาว สามารถใช้วัดความสูงของศพ, ตำแหน่งของศพห่างจากจุดอ้างอิงเท่าใด, ความสูงของศพจากพื้น (กรณี hanging), ขนาดของอาวุธในที่เกิดเหตุเมื่อเทียบกับขนาดของบาดแผลบนตัวศพ เป็นต้น

3. **ถุงมือ** การหยิบจับวัตถุพยานในที่เกิดเหตุควรใช้ถุงมือ เพื่อเป็นการป้องกันลายพิมพ์นิ้วมือ หรือ DNA ของแพทย์ผู้ตรวจเข้าไปปนเปื้อนกับวัตถุพยาน และหากต้องหยิบจับวัตถุพยานที่มีคราบเลือดหรือที่อาจมีลายพิมพ์นิ้วมือมากกว่า 1 อย่าง ควรเปลี่ยนถุงมือทุกครั้งก่อนหยิบจับวัตถุพยานครั้งต่อไป

4. **กล้องถ่ายภาพ** สำหรับถ่ายภาพสถานที่เกิดเหตุ, สภาพศพ, วัตถุพยานบางชนิด เช่น อาวุธปืน, กระสุนปืน เป็นต้น แนะนำให้ทำการเก็บภาพถ่ายไว้ที่ส่วนกลาง เช่น ห้องฉุกเฉิน พร้อมทั้งระบุชื่อของศพ, HN และวันที่ทำการตรวจศพไว้ด้วย เพื่อสะดวกในการค้นหาในภายหลัง และนำไปใช้เป็นวัตถุพยานในชั้นศาล *(ดูบทที่ 4)*

5. **ไฟฉาย**

สิ่งที่แพทย์ควรทำการแนะนำได้ในการตรวจสถานที่เกิดเหตุ

1. **การนำศพเข้ามาตรวจเพิ่มในโรงพยาบาล** หากศพมีคราบเลือดที่ทำให้ตรวจบาดแผลได้ไม่ชัดเจน หรือตรวจหาสาเหตุการตายได้ไม่ชัดเจน แพทย์ควรแนะนำให้นำศพเข้ามาที่โรงพยาบาล เพราะทำให้เห็นบาดแผลชัดเจนขึ้น หรือนำศพมา X-ray ที่ทำให้ได้สาเหตุการตายที่ชัดเจนขึ้น หรือเพียงแต่นำเข้ามาเก็บสิ่งส่งตรวจบางอย่าง เช่น เจาะเลือดหรือน้ำลูกตาสำหรับตรวจระดับแอลกอฮอล์ *(ดูบทที่ 32-33)* ซึ่งอาจทำให้สามารถจ่ายศพให้ญาติได้

2. **การส่งศพเพื่อผ่าพิสูจน์เพิ่มเติม** กรณีมีเหตุจำเป็นต้องส่งศพเพื่อผ่าพิสูจน์ *(ดูบทที่ 2)* แพทย์ควรแนะนำพนักงานสอบสวนว่า ควรส่งผ่าพิสูจน์เพิ่มเติม เพื่อให้เกิดความชัดเจนกับพนักงานสอบสวนและญาติ เพราะหากมีสิ่งใดติดขัด เช่น ไม่ต้องการผ่าศพ จะได้พูดคุยอธิบายให้ชัดเจน

3. **การส่งวัตถุพยานเพื่อตรวจต่อ** พนักงานสอบสวนหรือเจ้าหน้าที่วิทยาการตำรวจ มีหน้าที่นี้อยู่แล้ว แพทย์อาจเพียงแนะนำว่า ควรส่งวัตถุพยานใดที่จำเป็นไปตรวจต่อเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สัมพันธ์กับการวินิจฉัยการตาย และวัตถุพยานแต่ละอย่างควรใส่ถุงกระดาษหรือถุงพลาสติกแยกกัน

เพื่อป้องกันการปนเปื้อน แต่ไม่ควรไปยุ่งกับตัววัตถุพยานนั้น โดยตรงไม่ว่ากรณีใดทั้งสิ้น เพราะเป็นการทำลายระบบ chain of custody *(ดูบทที่ 29)*

4. **ศพที่จะต้องส่งผ่าศพ** ควรเก็บรักษาสภาพศพให้ดี ส่งตรวจให้รวดเร็ว และห้ามฉีดยารักษาสภาพศพ

ตัวอย่างการเขียนรายงานในส่วนของสถานที่เกิดเหตุ *(ดูบทที่ 5)*

ตัวอย่างที่จะกล่าวถึงเป็นกรณีที่แพทย์ทั่วไปพบบ่อย จึงยกมาเพื่อให้แพทย์เห็นภาพ และมีความเข้าใจในการตรวจที่เกิดเหตุ

1. ศพเน่า (decomposed bodies)

ตัวอย่าง สภาพศพนอนคว่ำ พบหนอนแมลงวันทั้งระยะไข่ และตัวหนอน โดยตัวหนอนมีขนาดแตกต่างกัน ตั้งแต่ 0.3-0.6 ซม. *(การบรรยายสภาพศพเน่า ดูบทที่ 9)*

2. โครงกระดูก (skeletal remains)

ตัวอย่าง ศพเป็นโครงกระดูกจำนวน 1 โครง โดยยังมีกล้ามเนื้อและเส้นเอ็นที่เน่าแล้วติดอยู่บางส่วนที่แขน, ขา และหลัง พบเสื้อ, กางเกง และนาฬิกาติดอยู่ที่โครงกระดูก (ระบุลักษณะ) สภาพศพอยู่ข้าง ๆ เตียงนอน พบซองยาโรคหัวใจอยู่ที่หัวเตียง

3. ศพแขวนคอตาย (hanging)

ตัวอย่าง ศพแขวนคอเสียชีวิตในท่าคุกเข่าบนพื้น หลังพิงหน้าต่าง เชือกที่ใช้ผูกเป็นเชือกไนลอน ขนาดกว้าง 0.5 ซม. คล้องอยู่รอบคอ ปมเชือกอยู่ด้านซ้ายของลำคอ และเชือกไปแขวนกับตะขอที่อยู่เหนือหน้าต่าง ความสูงจากปมเชือกถึงพื้นเท่ากับ 120 ซม. และความสูงจากตะขอที่เชือกแขวนถึงพื้นเท่ากับ 170 ซม.

4. ศพยิงตัวตาย (suicidal gunshot wound)

ตัวอย่าง ศพนอนหงายบนเตียง พบคราบเลือดจำนวนมากที่หัวเตียงและผนังห้องที่ติดกับเตียง พบอาวุธปืนรีวอลเวอร์ (revolver) อยู่ที่ใกล้กับมือขวาของศพ พบกระสุนปืนตกอยู่บนพื้นด้านซ้ายของเตียงใกล้กับผนังห้องห่างจากตัวศพ 1 เมตร เป็นกระสุนตะกั่วล้วน

5. ศพถูกทำร้าย (blunt and sharp force injuries)

ตัวอย่าง ศพนอนคว่ำบนพื้นปูน มีคราบเลือดจำนวนมากที่ศีรษะ และลำตัวด้านขวา พบไม้มีลักษณะเป็นสันเหลี่ยมยาว 75 ซม. มีคราบเลือดเปื้อนอยู่ใกล้กับศีรษะ พบมีดพร้าตัวมีดยาว 60 ซม. มีคราบเลือดเปื้อนอยู่ใกล้กับปลายเท้าด้านขวาของศพ

6. ศพอุบัติเหตุจราจร (road traffic injuries)

ตัวอย่าง ศพนอนตะแคงทับขวาอยู่ข้างฟุตบาท มีรถจักรยานยนต์ ทะเบียน กก-1111 กรุงเทพฯ อยู่ด้านหลังศพห่างออกไป 100 เมตร สภาพรถจักรยานยนต์เสียหายด้านท้ายรถ และมีรอยครูดอยู่ด้านขวา

บทที่ 4
การถ่ายภาพทางนิติเวชศาสตร์

ทศนัย พิพัฒน์โชติธรรม

“A picture is worth a thousand words” ภาพหนึ่งภาพแทนคำพูดนับพัน ภาพสามารถใช้สื่อสารได้เป็นอย่างดี และยังเป็นพยานวัตถุที่สำคัญอีกประการหนึ่ง

หลักการในการถ่ายภาพทางนิติเวช

1. ถ่ายภาพให้เห็นมุมกว้าง รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างศพกับสภาพแวดล้อม

2. ถ่ายภาพหลาย ๆ มุมมอง

3. ถ่ายภาพรวมก่อนถ่ายเฉพาะจุด

4. ถ่ายภาพให้ตั้งฉากกับพื้นผิวและถ่ายให้โฟกัสชัด

5. ถ่ายภาพให้มีหมายเลข (กรณีมีหลายตำแหน่งอยู่ใกล้กัน) หรือต้องวางแถบวัดขนาด หรือไม้บรรทัด (ถ้าจำเป็น)

6. กล้องถ่ายภาพทั่วไป เช่น กล้อง compact ก็สามารถถ่ายภาพให้ออกมาได้ดีพอสมควรอยู่แล้ว

หลักการถ่ายภาพสถานที่เกิดเหตุ

การถ่ายภาพสถานที่เกิดเหตุ เพื่อให้เห็นสภาพสถานที่ที่พบศพ ว่าศพอยู่ในตำแหน่งใด ท่าทางใด มีวัตถุพยานใดตกอยู่ในที่เกิดเหตุบ้าง เพื่อให้เชื่อมโยงไปสู่การสรุปสาเหตุและพฤติการณ์การตาย โดยมีหลักการดังต่อไปนี้

1. ควรถ่ายภาพจากมุมกว้าง ให้เห็นสภาพที่เกิดเหตุโดยรอบก่อน หากเป็นบ้านมีเลขที่ หรือป้ายชื่อควรถ่ายเก็บไว้เพื่ออ้างอิง

2. ห้ามเคลื่อนย้ายศพ หรือวัตถุพยานก่อนที่จะมีการถ่ายภาพเสมอ และควรจดบันทึกไว้ว่ามีการเคลื่อนย้าย

3. ควรถ่ายภาพกว้าง ๆ โดยรอบศพอย่างน้อย 3 มุมมอง เพื่อให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างศพ กับสภาพแวดล้อม

4. จัดองค์ประกอบของสถานที่เกิดเหตุ กับวัตถุหลัก (subject) คือตัวศพ หรือวัตถุพยานที่ต้องการถ่าย (เช่น มีด, ปืน) ให้เหมาะสม แสดงรายละเอียดและความสัมพันธ์ระหว่างวัตถุหลักกับสถานที่เกิดเหตุได้ถูกต้อง

5. หากเป็นภาพที่ต้องการรายละเอียด ควรถ่ายภาพระยะใกล้ ให้วัตถุที่ต้องการเต็มภาพ ไม่เหลือที่ว่างโดยไม่จำเป็น

6. ควรระวังอย่าให้ภาพมืด หรือสว่างเกินไป การถ่ายภาพในที่ร่มก็ควรใช้ไฟแฟลช หากเกรงว่า ภาพอาจจะสว่างเกินไป อาจจะถ่ายจากระยะไกลไม่เกินระยะไฟแฟลช แล้วซูมเข้าไป

7. โฟกัสภาพให้ถูกตำแหน่งและคมชัด ให้มีระยะชัดลึกมากที่สุดเท่าที่จะทำได้

8. จัดให้วัตถุหลัก ขนานกับแนวตัวรับภาพ หรือตั้งฉากกับแนวเลนส์ เพื่อให้วัตถุหลักไม่ถูกบิดเบี้ยวไปจากมุมที่ถ่ายภาพ

9. จากนั้นค่อยถ่ายเข้ามาใกล้ ๆ ตัวศพ แสดงให้เห็นความสัมพันธ์กับสิ่งที่ตกอยู่รอบตัวศพ

10. ถ่ายภาพศพ *(ขั้นตอนอยู่ในหัวข้อ หลักการถ่ายภาพศพ)*

11. ข้อควรระวังอื่น ๆ

- การถ่ายภาพที่เกิดเหตุ มักจะต้องใช้แฟลชร่วมด้วย จึงควรระวังสิ่งที่จะไปบังไฟแฟลช ทำให้เกิดเงาในภาพได้
- ในสถานที่เกิดเหตุอาจมีกระจก หรือวัสดุที่สะท้อนแสงแฟลชได้

หลักการถ่ายภาพศพและบาดแผล *(ดูบทที่ 2 และ 3)*

วัตถุประสงค์สำคัญในการถ่ายภาพศพ ก็เพื่อบันทึกรายละเอียดของการตรวจศพด้วยภาพ ภาพจึงควรถ่ายทอดถึงวัตถุประสงค์ในการตรวจศพที่สำคัญคือ ผู้ตายเป็นใคร ตายเมื่อไร มีการบาดเจ็บหรือพยาธิสภาพที่สำคัญอะไรบ้าง รวมถึง negative finding ที่สำคัญ

ดังนั้นจึงควรถ่ายภาพขั้นต่ำดังต่อไปนี้

1. ภาพทุกภาพควรมีหมายเลขศพและสเกลในภาพ เพื่อใช้เปรียบเทียบขนาดและอ้างอิง

2. ถ่ายภาพรวมของศพทั้งตัว เพื่อให้เห็นขนาดของศพและรูปร่างโดยรวม

3. ภาพหน้าตรง ถ่ายภาพให้เลยเส้นผมด้านบนเล็กน้อยครอบคลุมมาถึงบริเวณลำคอส่วนต้น

4. เสื้อผ้า เครื่องแต่งกาย แบ่งเป็นท่อนบน (เสื้อ) ท่อนล่าง (กางเกงหรือกระโปรง) ทั้งด้านหน้าและด้านหลัง ในกรณี ศพนิรนาม ควรเก็บรายละเอียดให้หมด ทั้งลวดลายบนเสื้อ, ป้ายบอกขนาดและยี่ห้อ หากมีเครื่องประดับควรถ่ายอย่างน้อย 2 ภาพ คือ

4.1 ถ่ายภาพเครื่องประดับว่าอยู่ส่วนใดของร่างกาย เช่น สร้อยคอ, กำไลที่ข้อมือขวา

4.2 ถ่ายภาพขยายที่เครื่องประดับเพื่อให้เห็นรายละเอียดของเครื่องประดับนั้น และหากเครื่องประดับนั้นมีหลายด้านต้องถ่ายให้ครบทุกด้าน

5. สิ่งของติดตัว เช่น กระเป๋าสตางค์ ควรนำสิ่งของออกมาและกระจายให้เห็นสิ่งของภายในทุกชิ้น ถ่ายบัตรประจำตัวให้เต็มภาพ *(ดูหลักการถ่ายภาพบัตรประจำตัว)*

6. ลำตัวด้านหน้า ครอบคลุมบริเวณลำคอส่วนล่างหน้าอก ถึงท้องน้อย

7. ท้องน้อย บริเวณอวัยวะเพศ และต้นขาด้านหน้า หากมีการบาดเจ็บหรือรอยโรคด้านข้างควรถ่ายภาพ เพื่อเก็บรายละเอียดเพิ่มเติม

8. ปลายขาและเท้าด้านหน้า หากมีการบาดเจ็บหรือรอยโรค ด้านข้างควรถ่ายภาพ เพื่อเก็บรายละเอียดเพิ่มเติม

9. ต้นแขนข้างขวา และปลายแขนข้างขวา โดยเฉพาะด้านนิ้วก้อย เพื่อดูร่องรอยของการต่อสู้ป้องกันตัว

10. ต้นแขนข้างซ้าย และปลายแขนข้างซ้าย โดยเฉพาะด้านนิ้วก้อย เพื่อดูร่องรอยของการต่อสู้ป้องกันตัว

11. หลังจากนั้นให้พลิกตัว ถ่ายภาพแผ่นหลัง ให้ครอบคลุมตั้งแต่ลำคอด้านหลัง แผ่นหลังช่วงบนและช่วงล่าง ใช้นิ้วกดบริเวณที่มี livor mortis เพื่อดูว่ากดแล้วจางหรือไม่

12. ก้นและต้นขาด้านหลัง หากมีการบาดเจ็บหรือรอยโรคด้านข้างควรถ่ายภาพ เพื่อเก็บรายละเอียดเพิ่มเติม

13. ปลายขาด้านหลัง หากมีการบาดเจ็บหรือรอยโรคด้านข้าง ควรถ่ายภาพเพื่อเก็บรายละเอียดเพิ่มเติม

14. ควรระวังบริเวณลำตัวด้านข้างทั้งข้างซ้ายและขวา เพราะเมื่อพลิกตัวแล้วอาจทับอยู่ด้านล่าง ทำให้มองไม่เห็นบาดแผล เมื่อถ่ายด้านหลังแล้วควรพลิกตัวอีกด้าน เพื่อตรวจบริเวณลำตัวที่โดนทับอยู่และถ่ายภาพบันทึกไว้

15. ในกรณีที่มีบาดแผล หรือรอยโรค ควรถ่ายภาพอย่างน้อย 2 ภาพ ดังนี้

15.1 เห็นตำแหน่งบาดแผลหรือรอยโรค เมื่อเทียบกับอวัยวะ เช่น บาดแผลอยู่บริเวณข้อมือซ้าย ควรถ่ายภาพให้เห็นบาดแผลและครอบคลุมถึงมือซ้าย และข้อศอกซ้าย

15.2 ขยายขนาดบาดแผลหรือรอยโรคให้เต็มภาพเพื่อแสดงรายละเอียด

หลักการถ่ายภาพจากฟิล์มเอ็กซเรย์

การตรวจเอ็กซเรย์ หรือเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ ช่วยให้สามารถเห็นการบาดเจ็บหรือรอยโรคภายในได้เป็นอย่างดี ช่วยให้วินิจฉัยสาเหตุและพฤติการณ์การตายได้ ในหลายโรงพยาบาลยังไม่มีการจัดเก็บภาพเอ็กซเรย์เป็นระบบดิจิตอล ทำให้ภาพเอ็กซเรย์สูญหาย หรือสืบค้นได้ยาก จึงควรจัดเก็บไว้เองเพื่อที่จะได้สืบค้นและอ้างอิงได้ง่าย ขั้นตอนการถ่ายภาพจากฟิล์มเอ็กซเรย์มีดังต่อไปนี้

1. ติดฟิล์มเอ็กซเรย์บนบล็อกเอ็กซเรย์

2. หากเป็นไปได้ควรใช้ขาตั้งกล้อง (ถ้ามี) เพื่อการถ่ายภาพคร่อมจะได้อยู่ในตำแหน่งเดียวกัน

3. ปิดแฟลช เพราะจะสะท้อนกับฟิล์ม

4. ควรจัดองค์ประกอบภาพให้เต็มฟิล์ม ให้ระนาบฟิล์มขนานกับระนาบตัวรับภาพ หรือตั้งฉากกับแนวเลนส์

หลักการถ่ายภาพบัตรประจำตัว

บัตรประจำตัวเป็นหลักฐานสำคัญอันหนึ่งในการช่วยระบุบุคคล โดยส่วนใหญ่บัตรประจำตัวมักเป็นพลาสติก หรือเคลือบด้วยพลาสติกที่เป็นผิวมัน จึงควรหลีกเลี่ยงการใช้แฟลช หรือมุมที่มีแสงสะท้อนกับบัตร ขั้นตอนการถ่ายภาพจากบัตรประจำตัวมีดังต่อไปนี้

1. วางบัตรบนพื้นหรือโต๊ะที่ราบ
2. ปิดแฟลช เพราะจะสะท้อนกับบัตรประจำตัว
3. ควรจัดองค์ประกอบภาพให้เต็มฟิล์ม ให้ระนาบฟิล์มขนานกับระนาบตัวรับภาพ หรือตั้งฉากกับแนวเลนส์

หลักการในการจัดเก็บภาพ

เมื่อถ่ายภาพแล้ว การจัดเก็บภาพก็มีความสำคัญอย่างยิ่ง ควรที่จะมีการจัดเก็บภาพเป็นฐานข้อมูลกลางของโรงพยาบาล ต้องคำนึงถึง ความปลอดภัย การเข้าถึง การค้นหาได้ง่าย และการสำรองข้อมูล เป็นสำคัญ โดยมีหลักการทั่วไปดังนี้

1. ควรจัดเก็บไฟล์ภาพในคอมพิวเตอร์ที่สามารถจำกัดการเข้าถึงจากบุคคลภายนอกได้
2. ควรจัดเก็บไฟล์ให้เป็น folder แยกในแต่ละเคส โดยเรียงลำดับตามหมายเลขการตรวจเพื่อให้ค้นหาได้ง่าย

3. ควรทำการสำรองข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ ไว้ 2 ชุด เป็นอย่างน้อย อาจพิจารณาพิมพ์ภาพถ่ายเก็บประกอบไว้ในรายงาน



ข้อควรระวังในการถ่ายภาพผู้ป่วยคดี

ควรคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย *(ดูบทที่ 37)* เช่น

1. ไม่เปิดเผยเนื้อตัวร่างกายในที่ลับมาก จนเกินสมควรในที่สาธารณะ หากจำเป็นก็ควรเคลื่อนมากระทำในที่เฉพาะ

2. ในกรณีที่เป็นผู้ป่วย อาจต้องขอความยินยอมหากต้องเปิดเผยต่อบุคคลที่สามโดยไม่มีอำนาจทางกฎหมาย

3. ภาพถ่ายที่ติดเอกลักษณ์บุคคล เช่น ป้ายชื่อหรือใบหน้า ควรหลีกเลี่ยงให้มากที่สุด เว้นแต่เป็นการพิสูจน์เอกลักษณ์บุคคลนั้น

4. ภาพถ่ายที่ติดสัญลักษณ์ของสถานที่หรือบุคคลอื่น ควรหลีกเลี่ยงเสีย หรือลบทิ้งหรือปิดบัง



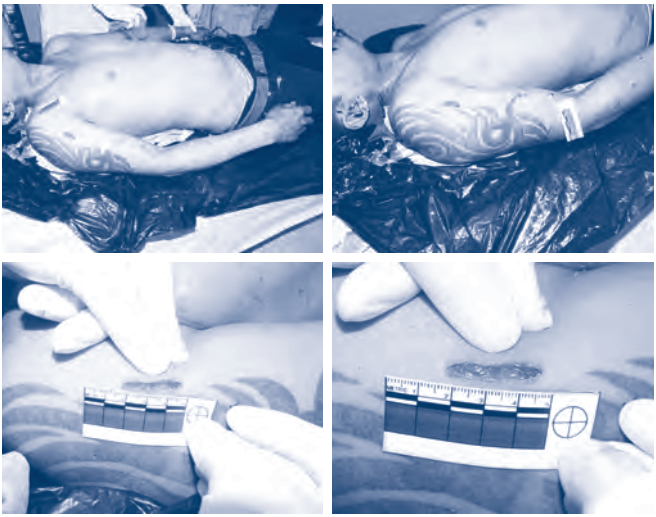
ภาพที่ 4.1 ตัวอย่างการถ่ายภาพสถานที่เกิดเหตุ



ภาพที่ 4.2 ตัวอย่างการถ่ายภาพศพ



ภาพที่ 4.2 ตัวอย่างการถ่ายภาพศพ



ภาพที่ 4.3 ตัวอย่างการถ่ายภาพบาดแผล

บทที่ 5
รายงานการชันสูตรพลิกศพ

นิติกร โปริสวาณิชย์
ทศนัย พิพัฒน์โชติธรรม

กฎหมายว่าด้วยการชันสูตรพลิกศพ กำหนดให้ผู้ไปชันสูตรพลิกศพต้องร่วมทำเอกสาร 2 ฉบับ คือ

1. บันทึกรายละเอียดแห่งการชันสูตรพลิกศพ

- เป็นเอกสารที่**ทำขึ้นร่วมกันระหว่างผู้ชันสูตรพลิกศพทุกคน** ในทางปฏิบัติก็จะมีแบบฟอร์มของพนักงานสอบสวนที่ให้กรอกรายละเอียดในแต่ละประเด็นตามกฎหมาย (ภาพที่ 5.1)

2. รายงานแนบท้ายบันทึกรายละเอียดแห่งการชันสูตรพลิกศพ

- **เป็นรายงานของแพทย์**ซึ่งอาจจะใช้แบบฟอร์มต่อท้ายบันทึกรายละเอียดแห่งการชันสูตรพลิกศพที่เป็นของพนักงานสอบสวน หรือจะเขียนหรือใช้แบบฟอร์มที่ทางหน่วยงานจัดทำขึ้นมาเองก็ได้ *(ภาพที่ 5.2)* โดยกฎหมายกำหนดให้ต้องจัดทำให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาเจ็ดวัน เว้นแต่มีเหตุจำเป็น เช่น มีศพเป็นจำนวนมาก อาจจะขอขยายระยะเวลาไปได้อีกสองครั้ง ครั้งละไม่เกินสามสิบวัน



สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

รายงานการชันสูตรพลิกศพ

ที่ ..... สถานีตำรวจ ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

ชื่อผู้ตาย ..... อายุ ..... ปี เพศ .....

เชื้อชาติ ..... สัญชาติ ..... ศาสนา .....

ชื่อบิดา ..... ชื่อมารดา .....

ที่อยู่ บ้านเลขที่ ..... หมู่ ..... ตำบล ..... อำเภอ .....

จังหวัด ..... วัน เวลาที่ตาย ..... วัน เวลาที่พบศพ .....

ที่ ที่ตาย ..... ตำบล ..... อำเภอ .....

จังหวัด .....

ที่ ที่พบ ..... ตำบล ..... อำเภอ .....

จังหวัด .....

ชื่อผู้ที่ทำให้ตาย ถ้ามี .....

ชื่อผู้พบศพ .....

ชื่อและตำแหน่งพนักงานผู้ทำการชันสูตรพลิกศพ .....

เหตุและพฤติการณ์ที่ตาย .....

ได้จัดการแก่ศพนั้นอย่างไร .....

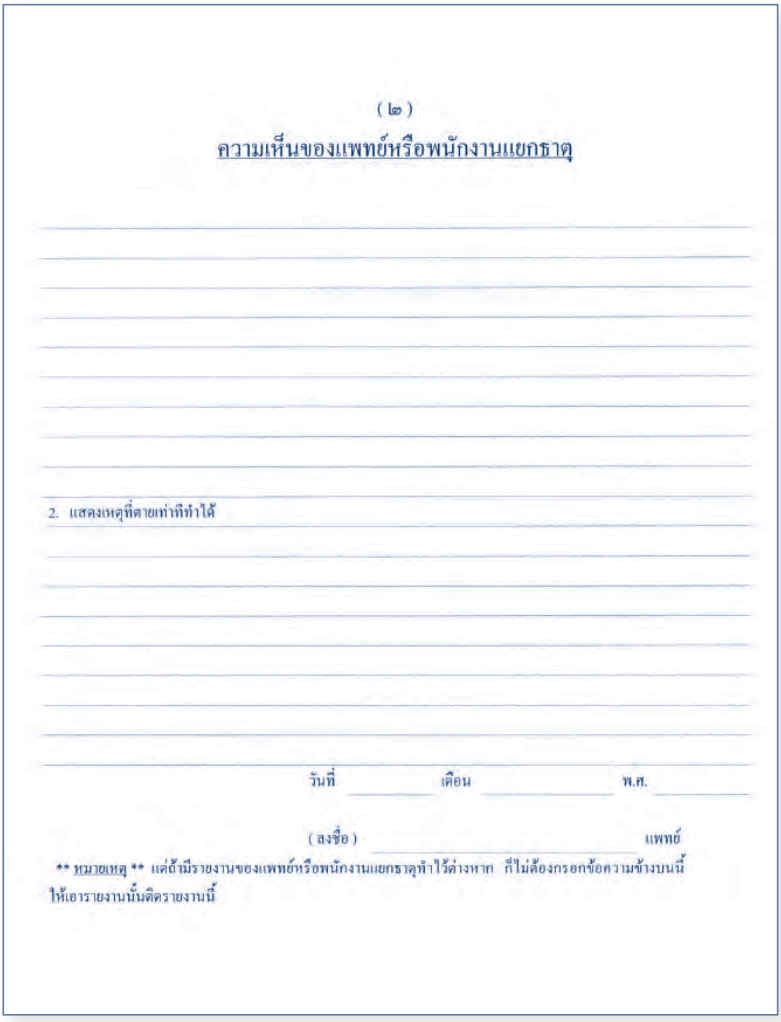
(ลงชื่อ) ..... ผู้ชันสูตรพลิกศพ

(ลงชื่อ) ..... "

(ลงชื่อ) ..... "

(ลงชื่อ) ..... "

ภาพที่ 5.1 แสดงรายงานของตำรวจที่ใช้เป็นบันทึกรายละเอียด



(๒)

ความเห็นของแพทย์หรือพนักงานแยกธาตุ

2. แสดงเหตุที่ตายเท่าที่ทำได้

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

(ลงชื่อ) _____ แพทย์

** หมายเหตุ ** แต่ถ้ามีรายงานของแพทย์หรือพนักงานแยกธาตุทำไว้ต่างหาก ก็ไม่ต้องกรอกข้อความข้างบนนี้ ให้เอารายงานนั้นติดรายงานนี้

ภาพที่ 5.2 แสดงแบบรายงานของแพทย์ที่ตำรวจมีให้
(อยู่ในหน้าหลังของภาพที่ 5.1)

การเขียนรายงานของแพทย์

ในเนื้อหาของรายงาน นอกจากหัวข้อที่ระบุรายละเอียดของศพและสถานที่พบศพหรือเวลาที่ได้ตรวจศพแล้ว มีเนื้อหารายงานหลัก ๆ 2 ส่วน คือ

1. **สิ่งที่ตรวจพบ**

- ให้เขียน 3 หัวข้อที่จำเป็น และอาจมีอีก 1 หัวข้อเพิ่มเติม คือ

1.1 ลักษณะของศพภายนอก – บรรยายเอกลักษณ์บุคคล, ท่าทาง และอาจจะบรรยายสภาพที่เกิดเหตุ ที่เกี่ยวเนื่องกับพยาธิสภาพเท่าที่จำเป็นก็ได้ เช่น ปริมาณเลือดที่พบ สารพิษที่พบนอกร่างกาย เป็นต้น

1.2 การเปลี่ยนแปลงภายหลังตาย

1.3 พยาธิสภาพที่พบ

1.4 หัวข้อเพิ่มเติม

- เป็นข้อยกเว้นกรณีที่ตายด้วยโรคซึ่งต้องนำประวัติของโรคมาวินิจฉัยสาเหตุการตาย โดยปกติแล้วไม่ควรบรรยายประวัติเหตุการณ์อื่น ๆ ลงไป เช่น มีพยานเห็นเหตุการณ์ยิงกันอย่างไร เป็นต้น

2. **สาเหตุการตาย**

- ให้สันนิษฐานสาเหตุการตายอย่างคร่าว ๆ เช่น บาดแผลกระสุนปืนเข้าศีรษะ ศีรษะและลำตัวได้รับบาดเจ็บจาก

อุบัติเหตุจราจร ฯลฯ แต่ไม่ต้องสรุปพฤติการณ์หรือต้นเหตุที่เกิดเรื่อง เช่น ยิงตัวตาย ตกที่สูง เป็นต้น *(เปรียบเทียบกับสาเหตุการตายภาษาไทยในบทที่ 6)*

คำแนะนำในการเขียนรายงาน

1. เขียนเป็นภาษาไทยโดยหลีกเลี่ยงศัพท์เฉพาะหรือการทับศัพท์แพทย์ เพื่อให้ผู้อ่านซึ่งไม่ใช่แพทย์เข้าใจง่าย

2. แยกหัวข้อให้ชัดเจน

3. นำสิ่งที่ตรวจได้มาเขียนเป็นวลีต่อเนื่องกัน อย่างกระชับชัดเจน ให้ครบทุกรายละเอียดที่จำเป็น

4. เขียนเป็นระบบ ไม่กระโดดเนื้อหาไป ๆ มา ๆ เช่น เมื่อกล่าวถึงรอยสักและตำหนิ หรือบาดแผล ก็ไล่จากบนลงล่างหรือซ้ายไปขวา ให้ต่อเนื่องกัน ไม่เอ่ยข้ามไปมา

5. กรณีที่ไม่พบ trauma ให้กล่าวถึง negative finding นี้ด้วย เพราะเป็นเรื่องสำคัญ เช่น เขียนว่า “ตรวจไม่พบบาดแผลตามร่างกาย”

6. กรณีเจ็บป่วย อาจจะเขียนประวัติที่นำให้เกิดความเข้าใจถึงการวินิจฉัยโรคอย่างย่อ ๆ ได้ เช่น

“ประวัติการเจ็บป่วย : ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองแตกมา 5 ปี ลักษณะเป็นอัมพาต ไม่สามารถ พูด เคลื่อนที่หรือช่วยเหลือตนเองได้ ได้รับอาหารทางสายยางและมีการสำลักอาหารจนปอดติดเชื้อบ่อยครั้ง ก่อนเสียชีวิตมีอาการซึมลง รับอาหารได้ลดลง และญาติมาพบว่าเสียชีวิต”

ตัวอย่าง

สิ่งที่แพทย์ได้ตรวจ

1. สภาพภายนอก : ศพชายไทยวัยหนุ่ม รูปร่างสันทัด สวมเสื้อยืดคอปกสีเทา กางเกงขายาว สีเข้ม คาดเข็มขัดหนัง และสวมรองเท้าผ้าใบ พบรอยสักอักขระยันต์สีเขียวบริเวณต้นแขนข้างขวา และกลางหลัง พบรูฉีกขาดบริเวณหน้าอกเสื้อด้านขวา และกลางด้านหลังของเสื้อ เสื้อเปื้อนคราบเลือด โดยศพนอนหงายบนพื้นและพบกองเลือดอยู่โดยรอบศพ

2. การเปลี่ยนแปลงภายหลังตาย : ศพแข็งตัว บริเวณขากรรไกร คอ และข้อมือทั้งสองข้าง ข้อศอกแข็งตัวปานกลางส่วนข้ออื่น ๆ ยังไม่พบว่าแข็งตัว พบการตกของเลือดลงต่ำภายหลังตายลักษณะเป็นหย่อมสีแดงคล้ำบริเวณหลัง เพิ่งเริ่มเกิดขึ้น

3. ตรวจร่างกาย พบบาดแผลฉีกขาดบริเวณหน้าอกด้านขวา โดยมีคราบสีเทาจาง ๆ และจุดเลือดออกเล็ก ๆ รอบบาดแผล และพบบาดแผลฉีกขาดบริเวณกลางหลัง ไม่พบบาดแผลอื่น ๆ

สาเหตุการตาย : บาดแผลกระสุนปืนเข้าร่างกาย

ข้อสังเกต: ผู้ตรวจไม่แน่ใจทิศทางของกระสุนปืน จึงไม่ชี้ชัดว่าเป็นทางเข้าหรือออก เพียงแต่บรรยายสิ่งที่พบคร่าว ๆ เท่านั้น ซึ่งเป็นสิ่งที่สมควรแล้ว และการสันนิษฐานสาเหตุการตาย ก็เพียงกล่าวพอให้เข้าใจได้ก็เพียงพอ

บทที่ 6
หนังสือรับรองการตาย

ณัฐสิทธิ์ เจริญสันติ
นิติกร โปริสวาณิชย์

ความผูกพันทางกฎหมายของแพทย์กับการรับรองการตาย

การแจ้งการตายเป็นหน้าที่ตามกฎหมายว่าด้วยการทะเบียนราษฎร์ ซึ่งเจ้าบ้านหรือผู้พบศพต้องแจ้งต่อนายทะเบียนแห่งท้องที่ที่คนตายภายใน 24 ชั่วโมง นับแต่เวลาตาย หรือเวลาที่พบศพ การแจ้งตายมักต้องการหนังสือรับรองการตาย ซึ่งผู้มีหน้าที่ออกหนังสือรับรองการตาย คือ แพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการตายนั้น ได้แก่

1. **แพทย์ผู้ที่รักษาพยาบาลก่อนตาย** หรือ คณะแพทย์ผู้ที่ทำหน้าที่วินิจฉัย เช่น การตายที่ขอผ่าศพตรวจ หรือตรวจบางส่วนเพิ่มเติมจนได้ข้อสรุป ผู้รับผิดชอบการออกหนังสือรับรอง ก็อาจจะตกลงกันให้แพทย์ในคณะแพทย์เป็นผู้รับรอง

2. **แพทย์ผู้ชันสูตรพลิกศพ** หรือแพทย์ผู้มีหน้าที่ผ่าตรวจศพตามกฎหมาย (ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระเบียบปฏิบัติของนายทะเบียนในแต่ละท้องที่)

เนื่องจากแพทย์ต้องผูกพันตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบวิชาชีพเวชกรรมและกฎหมายว่าด้วยการทะเบียนราษฎร

หนังสือรับรองการตาย

ในประเทศไทยมีแบบที่กระทรวงมหาดไทยออกมาให้ใช้ตามกฎหมาย (แบบ ท.ร. ชนิดต่าง ๆ)

ส่วนที่สำคัญสำหรับแพทย์ คือ ส่วนแสดงสาเหตุการตาย แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

- ส่วนที่ 1 เป็นไปตามแบบสากลขององค์การอนามัยโลก
- ส่วนที่ 2 มีเฉพาะของประเทศไทยที่ให้เขียนชื่อโรคเป็นภาษาไทย สำหรับพิมพ์ลงในใบมรณบัตรและข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์กรณีที่ผู้เสียชีวิตเป็นสตรี หรือข้อมูลการสิ้นสุดการตั้งครรภ์ (หลังแท้งหรือหลังคลอด) ในเวลาไม่เกิน 6 สัปดาห์

ส่วนแรกประกอบด้วย 2 หัวข้อต่อไปนี้

1.โรคที่เป็นสาเหตุการตาย มี 4 บรรทัด คือ บรรทัด a, b, c และ d

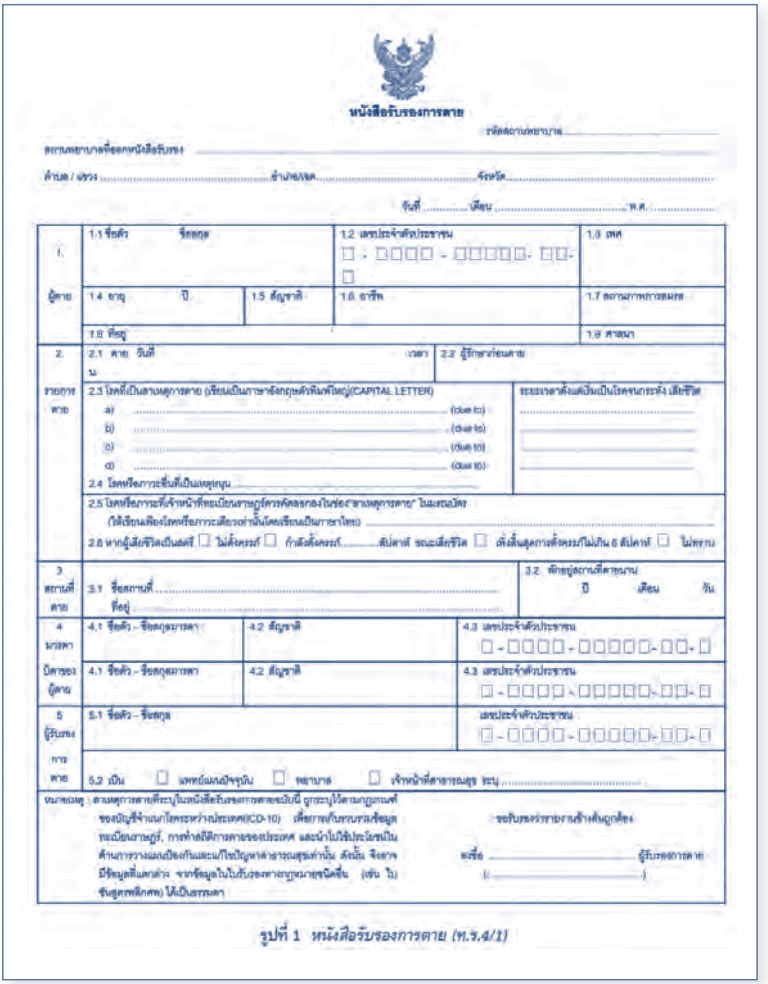
(a) _____(due to)

(b) _____(due to)

(c) _____(due to)

(d) _____

2.โรคหรือภาวะอื่นที่เป็นเหตุหนุน _____



หนังสือรับรองการตาย

รูปที่ 1 *หนังสือรับรองการตาย (ท.ร.4/1)*

ภาพที่ 6.1 แสดงหนังสือรับรองการตายแบบ ท.ร. 4/1

หัวข้อแรกมีความสำคัญที่สุด แบ่งเป็น 2 คอลัมน์ โดยคอลัมน์แรก ให้บันทึกชื่อโรคที่คิดว่าเป็นสาเหตุการตาย ส่วนคอลัมน์ที่สองให้กรอกระยะเวลาที่เป็นโรคนั้น ๆ

สาเหตุการตายที่ระบุในหัวข้อแรกนี้ เป็นไปตามหลักการของบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10) เพื่อใช้เก็บรวบรวมข้อมูลสถิติการตาย และนำไปใช้ประโยชน์ในด้านการวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุข

หลักการกรอกสาเหตุการตายตาม ICD-10

1. **ให้ระบุสาเหตุการตายมีเหตุการณ์ที่ดำเนินต่อเนื่องเป็นเหตุเป็นผลซึ่งกันและกัน (logical sequence)** โดยเรียงลำดับย้อนจากปลายทางหรือปัจจุบันไปหาต้นเหตุหรืออดีตที่สุด เรียงลำดับจากบรรทัดบนสุด คือ (a) จนถึงสาเหตุต้นตอที่แท้จริงในบรรทัดล่างสุดแล้วแต่ว่ามีลำดับมากน้อยเพียงใด

2. **กรณีที่มีหลายสาเหตุการตายที่อาจจะไม่เกี่ยวข้องกันโดยตรง** แต่ไม่อยากตัดทิ้ง หรืออาจจะเกี่ยวข้องกันอยู่บ้าง ให้บันทึกโรคที่คิดว่ามีโอกาสเป็นสาเหตุการตายมากที่สุดตามข้อที่ 1 และบันทึกโรคอื่น ๆ ในหัวข้อถัดมาที่ระบุว่า *“โรค หรือ ภาวะอื่น ที่เป็นเหตุหนุน”*

3. **ไม่บันทึกรูปแบบการตายในบรรทัดสุดท้ายของสาเหตุการตาย** หรือไม่ควรระบุในบรรทัดใด ๆ เลย แต่ให้ระบุโรคที่เป็นสาเหตุการตายเท่านั้น

รูปแบบการตาย (mode of death) คือกระบวนการที่ตายหรือ pathophysiology ของร่างกาย เช่น heart failure, cardiac arrest, respiratory failure, cardiorespiratory failure, shock, brain dysfunction เป็นต้น เกิดได้จากหลายสาเหตุ ส่วนสาเหตุการตาย (cause of death) ต้องเป็นโรคถึงแม้ว่าจะกำกวม คลุมเครือ หรือยังไม่สามารถวินิจฉัยเด็ดขาดได้ เช่น sudden cardiac death (I46.1) เป็นโรคหัวใจที่ยังระบุไม่ได้ เป็นต้น

4. **การตายตามธรรมชาติ ที่ไม่มีความจำเป็นต้องค้นหาเหตุตายอีก** หรือค้นหาแล้วแต่ไม่ได้เหตุตาย ให้สันนิษฐานตามความน่าจะเป็นที่คิดว่าใกล้เคียงที่สุด เช่น ป่วยด้วย hypertension มานาน จนทราบว่ามี cardiomegaly แต่ตรวจ ไม่พบหลักฐานของ coronary disease ก่อนเสียชีวิตมีอาการเหนื่อยมากจึงนอนพักและหมดสติไป อาจจะสันนิษฐานว่าเป็น hypertensive heart disease with (congestive) heart failure (I11.0)

5. **ไม่ลง etiology เช่น โรคติดเชื้อหรือปรสิตบางชนิด** เป็นสาเหตุของโรคมะเร็งบางอย่าง เช่น พยาธิใบไม้ตับเป็นสาเหตุของมะเร็งท่อน้ำดี ให้ลงสาเหตุตายเป็นโรคมะเร็ง ยกเว้นบางกรณีที่แยกรหัสไว้เฉพาะ เช่น HIV

ที่ทำให้เกิด Kaposi sarcoma ให้สาเหตุการตายเป็น HIV disease resulting in Kaposi sarcoma (B21.0)

6. **ถ้าไม่สามารถสันนิษฐานได้** หรือกลัวว่าอาจจะทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนที่กระทบต่อสถิติชีพ ให้เลือกจากกลุ่ม ill-defined and unknown causes of mortality (R95-R99) ได้แก่

- **R95** Sudden infant death syndrome คือ การใหลตายในทารก
- **R96** Other sudden death, cause unknown

(1) R96.0 Instantaneous death หรือ Sudden unexplained death in adult คือ ภาวะใหลตายในผู้ใหญ่

(2) R96.1 Death occurring less than 24 hours from onset of symptoms, not otherwise explained เป็นการตายที่มีอาการแต่เกิดขึ้นในเวลาอันสั้นและไม่ชัดเจนว่าเกิดขึ้นกับระบบใดเป็นหลัก ไม่ได้ข้อมูลของอาการแสดง เพียงแต่มีประวัติอาการ

- **R98** Unattended death คือการตายที่ควรพบโรคแต่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีข้อมูลพอ เช่น ชายอายุ 60 ปี รูปร่างอ้วน แต่ไม่เคยตรวจสุขภาพ นอนหลับแล้วเสียชีวิต ถ้าได้ผ่าศพตรวจก็น่าจะพบโรค แต่ไม่ได้ทำ
- **R99 Other ill-defined and unspecified causes of mortality** เป็นกรณีที่จัดเข้าพวกไม่ได้ อาจจะเป็นโรคที่เกิดใหม่ หรือโรคระบาดร้ายแรงที่เกิดรวดเร็ว

7. **กรณีที่สาเหตุการตายดำเนินต่อกันหลายขั้นตอน** หรือมีหลายสาเหตุร่วมกัน ในหลาย ๆ ภาวะโรค มีรหัสของ *"sequelae of ...."* ให้เลือกใช้ เช่น *ผู้ป่วย* hemorrhagic stroke ที่ basal ganglia นอนป่วยมา 10 ปีแล้ว ก่อนเสียชีวิตพบทั้ง pressure ulcer, pneumonia และ urinary tract infection จนอาจจะมี sepsis แล้วเสียชีวิตลง อาจจะระบุเพียง sequelae of intracerebral haemorrhage (I69.1) > (due to) intracerebral haemorrhage in hemisphere, subcortical (I61.0)

8. **กรณีที่อยากจะระบุหลาย ๆ สาเหตุ** ที่มีน้ำหนักเท่า ๆ กัน สามารถเขียนลงในบรรทัดเดียวกันโดยใช้จุลภาค "," คั่น

9. **มีรหัสโรคที่สามารถเลือกกว้าง ๆ** หรือแคบลงมาก็ได้ ไม่จำเป็นต้องเลือกแคบ ๆ เสมอไปถ้าไม่แน่ใจ เช่น ไม่ทราบว่าเป็น intracerebral hemorrhage ตำแหน่งใดก็มีรหัส *"intracerebral haemorrhage, unspecified (I61.9)"* ให้เลือกใช้ แต่หากยิ่งระบุได้แคบลงเท่าไร ก็ยิ่งมีประโยชน์มากขึ้นเท่านั้น

10. **กรณีไม่อยากเขียนการวินิจฉัยที่ยาว ๆ** หรือเป็นการวินิจฉัยที่ทำให้ผู้เกี่ยวข้องไม่สบายใจ ที่อ่านพบ หรือไม่อยากเปิดเผยข้อมูลอย่างโจ่งแจ้ง สามารถลงเฉพาะรหัสได้ เช่น AIDS อาจลงเป็น B24

11. **เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อการใช้ข้อมูลทางสถิติของประเทศชาติมากที่สุด** สาเหตุแต่ละลำดับขั้น ควรจะระบุระยะเวลาในคอลัมน์ขวามือให้สอดคล้องกัน เพราะจะมีความหมายแตกต่างกันมาก เช่น การเป็น intracerebral hemorrhage แล้วเสียชีวิตใน 3 วัน กับอยู่ได้มา 10 ปี จึงค่อยเกิด sequelae แล้วเสียชีวิตใน 1 สัปดาห์

12. **กรณีการตายผิดธรรมชาติ** ได้แก่ injury หรือ toxicology รหัสโรคจะถูกเขียนตามพยาธิสภาพได้ตามกลุ่ม injury, poisoning and certain other consequences of external causes (S00-T98)

13. **ถ้าการบาดเจ็บส่งผลต่อเนื่องจนเกิดภาวะแทรกซ้อน** และเสียชีวิต เช่น เกิด septicemia หรือ tetanus ให้ลงสาเหตุการตายในกลุ่ม sequelae of injuries, of poisoning and of other consequences of external causes (T90-T98) หรือกรณีที่ได้รับผลจากกระบวนการรักษา เช่น แพ้ยา ให้เลือกลงกลุ่ม complications of medical and surgical care (Y40-Y84) ไม่ควรลงเป็น septicemia หรือ tetanus หรือการแพ้ยาเพียงอย่างเดียว หรือไม่ระบุพยาธิสภาพหลักที่บาดเจ็บเป็นสาเหตุในบรรทัดถัดมา เพราะจะเกิดผลร้ายแรงต่อสิทธิต่าง ๆ ที่เกี่ยวพันทางกฎหมาย และอาจจะทำให้แพทย์ที่ระบุไปเช่นนั้นต้องประสบความยุ่งยากได้

14. **อีกกรณี คือ โรคที่อาจกระตุ้นให้เกิดอุบัติเหตุ** เช่น epilepsy ทำให้เกิดอุบัติเหตุจราจรและเสียชีวิตจากการบาดเจ็บ ให้ลงเป็นเรื่องการบาดเจ็บ เว้นแต่ไม่พบพยาธิสภาพของการบาดเจ็บที่เป็นสาเหตุการตาย อาจจะลงโรคที่เป็นอยู่ก็ได้ แต่ต้องทำด้วยความระมัดระวังยิ่ง โดยเฉพาะกรณีที่ไม่แน่ใจว่าโรคนั้นได้กำเริบขึ้นมาจริง ๆ หรือไม่ ยกเว้นมีหลักฐาน เช่น ขับรถยนต์ชนกำแพงโดยมีการบาดเจ็บเล็กน้อยแต่หมดสติ แล้วตรวจพบต่อมาว่ามี myocardial infarction ชัดเจน จนเสียชีวิต อาจจะลงเป็น โรคดังกล่าวได้ อย่างไรก็ตาม ต้องพึงสังวรไว้ว่า การบาดเจ็บแม้เพียงเล็กน้อย ก็อาจจะกระตุ้นให้โรคกำเริบได้ เท่าๆ กับที่โรคกระตุ้นให้เกิดอุบัติเหตุได้เช่นกัน ดังนั้น ถ้าจะลงโรคเป็นหลัก ก็ให้ลงอุบัติเหตุที่บาดเจ็บในหัวข้อ *"โรคหรือภาวะอื่นที่เป็นเหตุหนุน"* ด้วย

15. **ข้อสำคัญคือ กติกาของ ICD-10** ต้องการให้ลงสาเหตุของพยาธิสภาพนั้นในกลุ่ม external causes of morbidity and mortality (V01-Y98) เป็นบรรทัดต้นเหตุ (ล่างลงมา) เพราะจะทำให้เกิดประโยชน์ต่อการใช้ข้อมูลยิ่งกว่า

16. **กลุ่ม external causes of morbidity and mortality (V01-Y98)** เทียบเท่ากับ **"พฤติการณ์การตาย"** ซึ่งอาจมีผลทางกฎหมาย ถึงแม้ว่าจะมีหมายเหตุกำกับไว้ในหนังสือรับรองการตายก็ตาม ดังนั้น เราสามารถทำตาม ICD-10 โดยไม่กระทบต่อข้อเท็จจริงทางกฎหมายได้ ตามคำแนะนำในข้อดังต่อไปนี้

17. **ให้ลง external causes of morbidity and mortality** ตามความเป็นจริงที่ปรากฏชัดและสอดคล้องกับสำนวนการชันสูตรพลิกศพของพนักงานสอบสวนหรืออัยการแล้วแต่กรณี ที่ได้สรุปยืนยันแล้ว

18. **กรณีที่ไม่ชัดเจน ให้ลงกว้าง ๆ** เช่น พบศพคนเดินถนนถูกรถไม่ทราบชนิดชน โดยแน่ใจว่าถูกรถชนแน่นอน ไม่ได้ถูกทำร้ายหรือถูกกระทำอย่างอื่น ให้ลง pedestrian injured in nontraffic accident involving other and unspecified motor vehicles (V09.1) แต่ถ้าไม่แน่ใจเลยว่าศพบนถนน จะตกจากสะพานลอยหรือโดนรถชนหรือไม่ ให้เลือก unspecified event, undetermined intent (Y34) เป็นต้น

19. **กรณีที่อาจจะเป็นการฆ่าตัวตายหรืออุบัติเหตุ** เช่น กระโดดน้ำตายหรือตกน้ำตายเอง ซึ่งเป็นที่แน่ชัดว่าไม่ใช่คดีฆาตกรรมแล้ว เราอาจลงในหัวข้อ event of undetermined intent (Y10-Y34) ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ถ้าการตายนั้นมีผลประโยชน์ทางกฎหมายด้วย เช่น การทำประกันชีวิต หากฆ่าตัวตายจะไม่ได้รับประโยชน์ชดเชย จึงไม่ควรลงในหัวข้อที่เสี่ยงต่อความขัดแย้งกับญาติโดยไม่จำเป็น

20. **การเลือกที่จะไม่ลง external causes of morbidity and mortality** ก็อาจจะทำได้ แต่จะกระทบต่อข้อมูลของชาติ และการไม่ระบุเท่าที่จะทำได้เลยนั้น มีความหมายเทียบเท่ากับการลง event of undetermined intent (Y10-Y34)

21. **สามารถค้นหารหัสโรคได้ง่าย ๆ** จาก http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en

หลักการเขียนชื่อโรคเป็นภาษาไทยในหนังสือรับรองการตายสำหรับพิมพ์ลงในใบมรณบัตร

1. ไม่เกี่ยวข้องโดยตรงกับรหัสโรคตาม ICD-10

2. มีความสำคัญในฐานะที่จะถูกบันทึกในเอกสารทางกฎหมายมหาชน และเป็นหลักฐานที่จะถูกใช้อ้างอิงก่อนแพทย์ย่อมต้องรับผิดชอบในทุกกรณี

3. ลงสาเหตุการตายตามที่ควรจะเป็น ยกเว้นโรคที่อาจจะทำให้ญาติผู้ตายเสียหายหรือลำบากใจ แพทย์สามารถเลี่ยงใช้คำกลาง ๆ ได้ เช่น เป็นโรคติดเชื้อเรื้อรัง (กรณี HIV) ขาดอากาศ (กรณีแขวนคอที่ญาติไม่อยากเปิดเผย) เป็นต้น

4. กรณีที่เสียชีวิตจากโรคธรรมชาติ และลงสาเหตุเป็นกลุ่ม ill-defined and unknown causes of mortality ไม่ควรเขียนภาษาไทยว่า *"ไม่ทราบสาเหตุ"* เพราะอาจจะเกิดปัญหายุ่งยากต่อญาติผู้ตาย เช่น งานทะเบียนราษฎร์ปฏิเสธการออกใบมรณบัตร ทางวัดไม่กล้าฌาปนกิจศพ เพราะกลัวว่าเป็นการตายอย่างมีเงื่อนงำ หรือญาติบางคนอาจจะเกิดข้อสงสัย ต่าง ๆ นานา ดังนั้นอาจลงเป็นอาการหรือรูปแบบการตายได้ เช่น *"หัวใจล้มเหลว โดยมิปรากฏเหตุ" "ป่วยตายตามธรรมชาติ" "ป่วยไม่ทราบโรค" "เสียชีวิตจากโรค*

ธรรมชาติ" "หัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน โดยไม่ทราบสาเหตุ" เพราะไม่เกี่ยวข้องกันกับ ICD-10

5. ลงสาเหตุหลักเพียงอย่างเดียวก็ได้ เช่น *"มะเร็งตับ"* อาจจะไม่ต้องขยายความว่า *"ของเสียคั่งจากตับวายจากโรคมะเร็งตับ"*

6. ถ้าเป็นสาเหตุหรือโรคที่เกี่ยวเนื่องกัน ให้เขียนให้กระชับเป็นวลีที่เข้าใจง่ายเพียงสั้น ๆ เช่น *"สมองฟกช้ำจากอุบัติเหตุจราจร"*

บทที่ 7
หลักการพิสูจน์เอกลักษณ์บุคคล

วิจารณ์ วชิรวงศากร
ณัฐวุฒิ ชอุ่มกฤษ

หลักการและวัตถุประสงค์

เอกลักษณ์บุคคล (personal Identity) คือ ลักษณะตำหนิซึ่งสามารถแสดงถึงความเฉพาะตัวของบุคคลคนนั้น ทำให้แยกบุคคลนั้นออกจากบุคคลอื่นได้

การพิสูจน์เอกลักษณ์บุคคล (personal Identification) คือกระบวนการตรวจและเก็บเอกลักษณ์บุคคลของบุคคลนิรนามหรือศพที่ต้องสงสัย แล้วนำมาเปรียบเทียบกับข้อมูลของบุคคลที่ถูกกล่าวอ้างว่าเป็นคนเดียวกัน สำหรับใช้ยืนยันว่าเป็นคน ๆ นั้นหรือไม่

การพิสูจน์เอกลักษณ์บุคคลมีความสำคัญมากในทางนิติเวชศาสตร์และการสืบสวนสอบสวน เพราะการสืบสวนสอบสวนจะเกิดขึ้นได้ยากถ้าไม่มีข้อมูลที่จะบ่งชี้ถึงตัวบุคคลที่เสียหายหรือศพ ทั้งนี้ ยังมีความจำเป็นในกรณีที่มีการตายพร้อมกันเป็นจำนวนมากและกรณีภัยพิบัติด้วย

หลักการในการตรวจพิสูจน์เอกลักษณ์บุคคล

เป็นการเก็บข้อมูลให้เป็นระบบ ข้อมูลที่มีประโยชน์สามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม ตามน้ำหนักความน่าเชื่อถือ ได้แก่

1. **ข้อมูลที่แสดงว่าน่าจะเป็นบุคคลที่สงสัย (presumptive identification)** สามารถใช้ในการพิจารณาเบื้องต้นได้ แต่ไม่สามารถใช้ในการตัดสินแน่ชัดได้ว่าเป็น

บุคคลดังกล่าวจริงหรือไม่ เพราะมีความไม่จำเพาะเจาะจงสูง ข้อมูลดังกล่าวเป็นสิ่งที่ตรวจเก็บได้จากการชันสูตรพลิกศพแต่ภายนอก และมีระดับเรียงจากน้อยไปมาก ได้แก่

1.1 **ข้อมูลพื้นฐาน** (biophysical profile) คือ เพศ อายุ เชื้อชาติ และความสูง

1.2 **ทรัพย์สินที่ติดตัวศพ** (personal effect) เช่น เสื้อผ้า เครื่องประดับ ทรัพย์สิน-ลักษณะทางกายภาพของร่างกาย (physical effect) เช่น การดูใบหน้า รอยสัก รอยแผลเป็น ความพิการ

1.3 **ลักษณะทางมานุษยวิทยา** (anthropology) พิจารณาในกรณีตรวจศพที่เป็นกระดูก โดยอาศัยผู้เชี่ยวชาญ

1.4 **ลักษณะทางวิทยาศาสตร์** (scientific information) เช่น congenital anomaly, deformity, iatrogenic scar หรือข้อมูลทางรังสีวิทยา (radiology) โดยใช้การตรวจโดยเอ็กซเรย์เปรียบเทียบกับข้อมูลที่มี เช่น orthopedic instrument

2. **ข้อมูลที่สามารถยืนยันว่าเป็นบุคคลที่สงสัย (positive identification)** เป็นข้อมูลที่มีความแม่นยำสูงมาก สามารถใช้ในการตัดสินว่าเป็นบุคคลดังกล่าวจริงหรือไม่ ได้แก่ การตรวจลายพิมพ์นิ้วมือ (fingerprints), การตรวจทางทันตกรรม (dental profiles) และการตรวจหลักฐานทางพันธุกรรม (genetic evidence) ข้อมูลเหล่านี้ได้จากการตรวจโดยผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น และใช้เมื่อมีความจำเป็น

การดำเนินการทางเวชปฏิบัติ

ในทางปฏิบัตินั้น การพิสูจน์เอกลักษณ์บุคคลจะต้องดูสภาพของศพเป็นหลัก

1. **ศพที่ยังไม่เน่า** (fresh body) ใช้วิธี presumptive identification เป็นหลัก เช่น การให้ญาติดูใบหน้า และแจ้งรูปพรรณที่แพทย์ซักถามตามหัวข้อ ร่วมกับการเก็บลายพิมพ์นิ้วมือ

2. **ศพที่เน่าแล้ว** (decomposed body) ใช้ทั้งสองวิธีร่วมกันโดยพิจารณาจากระยะของการเน่า ทั้งนี้ ไม่แนะนำให้ใช้วิธีจำใบหน้า รูปร่างในการตัดสินเพราะมีความไม่แน่นอนมาก

3. **ศพที่เป็นโครงกระดูก** (skeletal remain) ต้องใช้วิธีการตรวจทางมานุษยวิทยาร่วมด้วย เพื่อระบุข้อมูลพื้นฐาน เช่น เพศ อายุ ร่วมกับการตรวจยืนยันด้วยการตรวจทางทันตกรรมและการตรวจหลักฐานทางพันธุกรรม

ประเด็นปัญหา

1. **ในกรณีที่ไม่มีข้อมูลเปรียบเทียบกับข้อมูลจากศพ** จะทำให้ไม่สามารถยืนยันบุคคลได้ ในกรณีดังกล่าว ให้ลงรายละเอียดชื่อได้เพียงบุคคลไม่ทราบชื่อเท่านั้น

2. **การใช้เพียงข้อมูลที่แสดงว่าน่าจะเป็นบุคคลที่สงสัย** (presumptive identification) นั้นไม่สามารถนำมายืนยันบุคคลได้ 100% ถ้าเป็นกรณีที่ไม่มีประเด็นในการพิสูจน์ เช่น ศพที่เสียชีวิตในบ้านและได้รับการยืนยันโดยญาติ อาจไม่มีความจำเป็นต้องใช้การตรวจ positive identification แต่ในกรณีที่จำเป็นต้องพิสูจน์ให้แน่ชัด เช่น ศพเน่าที่พบและสงสัยว่าถูกฆาตกรรม ควรต้องส่งศพตรวจชันสูตรพลิกศพ *(ดูบทที่ 2)*

3. **ในผู้ป่วย ควรเก็บเอกลักษณ์บุคคลไว้เบื้องต้น** เช่น ถ่ายภาพ หรือเก็บลายพิมพ์นิ้วมือไว้ โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ออกหนังสือ “แนวทางปฏิบัติงานนิติเวชสำหรับชาวต่างชาติและพัฒนาระบบฐานข้อมูลบุคคลสูญหาย/พิสูจน์เอกลักษณ์บุคคลระหว่างประเทศ” โดยสามารถดูได้ที่ http://www.phdp.moph.go.th แล้ว download > คู่มือ/แนวทาง > แนวทางปฏิบัติงานนิติเวชสำหรับชาวต่างชาติ

บทที่ 8
การจัดการศพที่ตายเป็นจำนวนมาก และกรณีภัยพิบัติ

วิจารณ์ วชิรวงศากร
นิติกร โปริสวาณิชย์

หลักการและวัตถุประสงค์

เมื่อเกิดเหตุภัยพิบัติที่ทำให้มีผู้เสียชีวิตจำนวนมาก เช่น เครื่องบินตก แผ่นดินไหว ถือว่าเป็นการเสียชีวิตโดยผิดธรรมชาติ ซึ่งต้องมีการชันสูตรพลิกศพตามกฎหมาย เป้าหมายหลักในกระบวนการดังกล่าว คือ การตรวจพิสูจน์เพื่อให้ทราบว่าผู้ตายคือใคร ซึ่งบางครั้งสภาพศพที่พบอาจมีการเปลี่ยนแปลงหลังตายอย่างมาก หรือถูกทำลายจนไม่สามารถใช้วิธีจดจำลักษณะรูปร่างได้ นอกจากนี้ยังอาจจะมีความจำเป็นต้องตรวจศพเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สำคัญ หรือเก็บสิ่งส่งตรวจบางประการ เช่น กรณีวางระเบิดก่อวินาศกรรม หรือเครื่องบินโดยสารตก เป็นต้น

ขั้นตอนการจัดการโดยสังเขป

แพทย์ทั่วไปอาจมีส่วนช่วยจัดการเบื้องต้น หรือช่วยประสานงานในภาพรวมได้ โดยควรมีความเข้าใจหลักการสำหรับการจัดการ ซึ่งจำเป็นต้องมีการแบ่งหน้าที่และการรับผิดชอบเป็นทีม การทำงานตามหลักสากลต้องมีการจัดตั้งทีม การประชุมวางแผน และการประสานงาน

1. กรณีที่มีศพจำนวนมาก เป็นหน้าที่ของสาธารณสุขจังหวัดที่ต้องเข้ามามีบทบาทนำในการจัดการศพเบื้องต้น ซึ่งกฎหมายชันสูตรพลิกศพเปิดทางไว้ นอกจากนี้ยังต้องประสานกับสำนักงานตำรวจแห่งชาติ และสถาบันนิติเวชวิทยา โรงพยาบาลตำรวจ เพื่อให้เข้ามาอำนวยการตามระเบียบตำรวจ

2. การจัดการสถานที่เกิดเหตุภัยพิบัติ ใช้หลักการเดียวกับการตรวจสถานที่เกิดเหตุในกรณีตายผิดธรรมชาติทั่วไป โดยเน้นการรวบรวมพยานหลักฐานที่ใช้ในการพิสูจน์เอกลักษณ์บุคคล และการดำเนินการต้องทำก่อนการเคลื่อนย้ายพยานหลักฐานต่าง ๆ เช่น ศพ ทรัพย์สิน อาจแบ่งพื้นที่ออกเป็นบริเวณย่อย ๆ (grid area) เพื่อทำการระบุตำแหน่งและให้หมายเลขกำกับให้เป็นรหัสที่มีความหมาย เมื่อพบพยานหลักฐานหรือศพ ทำให้สามารถนำข้อมูลที่พบมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพในภายหลัง จากนั้นจึงทำการเคลื่อนย้ายพยานหลักฐานออกมาจากสถานที่เกิดเหตุ

3. การติดต่อและติดตามข้อมูล ของผู้ประสบเหตุจากญาติ เพื่อทำเป็นข้อมูลก่อนเสียชีวิต (antemortem form)

4. ขั้นตอนการตรวจพิสูจน์เอกลักษณ์บุคคล โดยการเปรียบเทียบระหว่างข้อมูลที่ได้จากพยานหลักฐานต่าง ๆ (postmortem form) ไปทำการเปรียบเทียบกับข้อมูลก่อนเสียชีวิต (antemortem form)

บทบาทหน้าที่ของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในพื้นที่ประสบภัย

1. **หน้าที่ที่สำคัญที่สุดของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป คือการช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บในพื้นที่** โดยทำการรักษาในส่วนที่สามารถทำได้ในภาวะนั้น ๆ ร่วมกับการประสานงานไปยังโรงพยาบาลใกล้เคียงเพื่อให้สามารถช่วยเหลือผู้บาดเจ็บโดยเร็วที่สุด แต่ต้องคำนึงว่าผู้บาดเจ็บส่วนหนึ่งที่ยังไม่ทราบชื่ออาจจะเสียชีวิตในภายหลังเป็นศพนิรนามได้

2. **ก่อนเข้าช่วยเหลือในพื้นที่** ควรประสานกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการจัดการศพจำนวนมากเสียก่อน เพื่อวางแผนและให้รหัสได้ครบถ้วนถูกต้อง

3. **ประเด็นในเรื่องการจัดการกับศพหรือชิ้นส่วนของศพผู้เสียชีวิตนั้น** แพทย์ผู้อยู่ในพื้นที่อาจมีส่วนร่วมในการตรวจเบื้องต้นในที่เกิดเหตุว่าผู้ตายเสียชีวิตจริงหรือไม่ หรือช่วยในการเก็บข้อมูลศพก่อนเคลื่อนย้ายออกจากพื้นที่ และทำการประสานงานไปยังทีมที่ทำการตรวจสถานที่เกิดเหตุ

เพื่อเข้ามาเก็บรายละเอียดในที่เกิดเหตุต่อไป ทั้งนี้ ก่อนที่ทีมจะเข้ามายังสถานที่เกิดเหตุ แพทย์ควรแนะนำเจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้องมิให้เข้ารบกวนหรือเคลื่อนย้ายพยานหลักฐานในที่เกิดเหตุ เพราะอาจมีผลทำให้เกิดความยากลำบากในการพิสูจน์บุคคลในภายหลังได้

บทที่ 9
การประมาณเวลาตาย

ศักดา สถิรเรืองชัย
กันต์ ทองแถม ณ อยุธยา

ลักษณะของปัญหา

การประมาณเวลาตายเป็นข้อมูลสำคัญที่พนักงานสอบสวนผู้ทำการชันสูตรพลิกศพต้องการจากแพทย์ที่ร่วมทำการชันสูตรพลิกศพ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการสอบสวนหาข้อเท็จจริงที่เกี่ยวข้องกับการกระทำความผิดอาญา ที่ทำให้เกิดการตายผิดธรรมชาติ เช่น การหาตัวผู้ต้องสงสัย หรือการหาพยานบุคคลที่อยู่ในช่วงเวลานั้น ๆ นอกจากนี้ข้อมูลเวลาตาย ยังอาจถูกนำไปใช้ในการสรุปสำนวนชันสูตรพลิกศพในกรณีความตายมิได้เป็นผลจากการกระทำความผิดอาญาอีกด้วย โดยทั่วไปแพทย์สามารถทำการประเมินเวลาตายได้โดยการตรวจการเปลี่ยนแปลงภายหลังตาย (postmortem changes) ที่เกิดกับศพเป็นหลัก ร่วมกับการตรวจสถานที่เกิดเหตุ เพื่อเป็นการสนับสนุนผลการตรวจศพ

หลักทั่วไปในการประมาณเวลาตาย

การตรวจการเปลี่ยนแปลงภายหลังตาย

1. **rigor mortis** หรือการแข็งตัวของกล้ามเนื้อภายหลังตาย ซึ่งจะเริ่มตรวจพบการแข็งตัวที่กล้ามเนื้อมัดเล็กก่อน rigor mortis จะเริ่มเกิดที่เวลา 2 ชั่วโมงหลังตาย และเกิดเต็มที่ที่เวลา 6 – 12 ชั่วโมงหลังตาย เมื่อศพเริ่มเน่าโปรตีนในกล้ามเนื้อจะเสื่อมสลาย ทำให้ตรวจ rigor mortis ไม่พบในศพเน่า

2. **livor mortis** หรือการตกสู่เบื้องต่ำของเลือดหลังตาย เนื่องจากระบบไหลเวียนโลหิตของร่างกายหยุดทำงาน ทำให้เม็ดเลือดตกสู่เบื้องต่ำตามแรงโน้มถ่วง จะพบ livor mortis ได้ที่บริเวณของร่างกายที่อยู่ต่ำกว่าส่วนอื่น ขึ้นอยู่กับท่าทางของศพ สีของ livor mortis โดยทั่วไปมีสีม่วงแดง อาจพบสีของ livor mortis ที่ผิดปกติในการตายจากสารพิษบางประเภท เช่น สี cherry pink ในการตายจาก carbon monoxide หรือ cyanide poisoning ระยะเวลาที่เกิด livor mortis จะเริ่มเกิดที่เวลา 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมงหลังตาย และจะเกิดเต็มที่และกดไม่จางที่เวลา 6 – 12 ชั่วโมงหลังตาย

3. **decomposition** หรือการเน่า ประกอบด้วยสองกระบวนการ คือ autolysis ซึ่งเป็นการย่อยสลายตัวเองของเนื้อเยื่อ และ putrefaction เป็นการย่อยสลายโดยจุลชีพ ศพจะเริ่มเข้าสู่การเน่าเมื่อตายมาแล้วประมาณ 24 ชั่วโมง โดยเริ่มจากผิวหนังบริเวณหน้าท้องเปลี่ยนสี และผิวหนังบริเวณอื่นเปลี่ยนสีตามมา อาจพบการเน่าของหลอดเลือดคล้ายลายหินอ่อน (skin marbling) หรือ ผิวหนังหลุดลอก (skin slippage) เมื่อเวลาผ่านไปมากกว่า 24 ชั่วโมงหลังตาย ศพจะเน่าให้เห็นชัดเจน และเริ่มพบการบวมของศพ โดยศพจะบวมเต็มที่ที่ระยะเวลา 48 – 72 ชั่วโมงหลังตาย หลังจากนั้นศพจะเริ่มยุบตัว

4. **mummification** เป็นการเน่ากรณีที่ศพอยู่ในสภาพแวดล้อมที่แห้ง ทำให้น้ำระเหยออกจากศพอย่างรวดเร็ว ศพจะมีลักษณะแห้ง ผิวหนังศพคล้ายหนังสัตว์ เมื่อศพอยู่ในสภาพ mummification ศพจะคงอยู่ในสภาพเดิมอีกหลายปี

5. **adipocere** เป็นการเน่าที่พบได้น้อย และศพต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ชื้นและมีอากาศเย็น ไขมันของศพจะกลายเป็นสารประกอบกลุ่ม ester ลักษณะคล้ายสบู่หรือไข (adipocere = waxy fat) เมื่อศพเกิดภาวะ adipocere ศพจะคงอยู่ในสภาพเดิม อีกหลายปี เช่นเดียวกับ mummified body

การตรวจสถานที่เกิดเหตุ

1. ประเมินสภาพแวดล้อม ที่อาจมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงภายหลังตาย เช่น อุณหภูมิสิ่งแวดล้อมที่สูง จะทำให้ศพเน่าเร็วขึ้น หนอนแมลงวันจะทำให้ศพกลายเป็นโครงกระดูกเร็วขึ้น

2. ถ้าพบศพภายในที่พักอาศัย ควรตรวจ scene marker ที่ใช้อ้างอิงระยะเวลาได้ เช่น ซองจดหมายในตู้ไปรษณีย์ ซองยาที่ระบุวันจ่ายยา ประวัติการโทรในโทรศัพท์ของผู้ตาย หนังสือพิมพ์ ปฏิทิน ฯลฯ

3. สอบถามญาติ เพื่อนบ้าน หรือผู้พบเห็นเหตุการณ์ว่าพบเห็นผู้ตายครั้งสุดท้ายเมื่อใด

ขั้นตอนการตรวจและการบันทึกการตรวจ

1. **บันทึกท่าทางของศพขณะที่ตรวจ** สอบถามผู้พบเห็นศพคนแรกว่า ศพอยู่ในสภาพใดตอนที่ไปพบ

2. **ตรวจ rigor mortis** โดยการขยับข้อต่อต่าง ๆ ของร่างกาย ตั้งแต่ขากรรไกร ลำคอ ข้อมือ ข้อศอก หัวไหล่ ข้อเท้า หัวเข่า และสะโพก โดยเปรียบเทียบกันทั้งซ้ายและขวา แล้วให้บันทึกว่า

2.1 rigor mortis พบการแข็งตัวของศพที่ข้อต่อใดบ้าง

2.2 ข้อที่ยังแข็งตัวไม่เต็มที่นั้น แข็งไปเพียงใด เช่น เริ่มแข็งตัว แข็งตัวปานกลาง (ยังขยับได้ครึ่งหนึ่ง) หรือแข็งตัวเกือบเต็มที่ (ขยับได้เล็กน้อย)

2.3 ศพอยู่ในท่าทางใด

3. **ตรวจ livor mortis** โดยการสังเกตหาผิวหนังบริเวณที่มีสีเปลี่ยนแปลง และใช้นิ้วหัวแม่มือกดโดยแรงนานพอประมาณที่บริเวณดังกล่าว ว่าสามารถกดจางหรือไม่ แล้วบันทึก livor morits โดย

3.1 ระบุตำแหน่งของร่างกายที่พบ livor mortis เช่น หลัง หน้าอก หรือ ใบหน้า

3.2 สีของ livor mortis ซึ่งสีปกติของ livor mortis ควรเป็นสีแดงคล้ำ

3.3 ระดับของการเกิด livor mortis ว่ากดจางหรือกดไม่จาง หากกดแล้วไม่จางให้กดแรงและนานขึ้นจนถึง 1 นาที แล้วสังเกตดู หากยังจางอยู่บ้างปนกับส่วนที่ไม่จาง หมายถึงว่าเกิดขึ้นเกือบเต็มที่ แต่ถ้าไม่มีรอยจางเลย แสดงว่าเกิดขึ้นอย่างเต็มที่แล้ว

3.4 นอกเหนือจากนี้ อาจบันทึกรูปร่างของวัตถุที่กดทับบนตัวศพจนทำให้เกิดรอยประทับ (imprint) ที่ livor mortis เช่น ลายเสื้อผ้า, ลายเสื่อที่ศพนอนทับ

4. **ในกรณีของศพเน่า** การตรวจศพควรเน้นที่การบันทึกลักษณะของการเน่า ได้แก่

4.1 การเปลี่ยนสีของผิวหนังเป็นสีเขียวหรือดำ (skin discoloration) การหลุดลอกของผิวหนัง (skin slippage) เส้นเลือดดำที่เกิดการเน่า (marbling) ว่าพบที่บริเวณไหนของร่างกายบ้าง

4.2 การบวมพองจากการเน่า โดยทั่วไปศพมักเริ่มบวมที่บริเวณหน้าท้องก่อน แล้วจึงตามมาด้วยเนื้อเยื่ออ่อนที่ไม่หนาแน่น เช่น ผิวหนังบริเวณอัณฑะ ใบหน้า ถ้าศพเน่าเต็มที่จะพบลักษณะของ eye bulging และ tongue protrusion รวมทั้งแขนขากางเหยียดออก

4.3 ถ้าศพเสียชีวิตนานเกิน 3-5 วัน ศพจะเริ่มยุบตัว และการประมาณเวลาตายจะเริ่มทำได้ยาก แพทย์ควรบันทึกลักษณะของศพเท่าที่ได้ และหลีกเลี่ยงการให้ความเห็นที่เป็นเวลาแน่นอน การบันทึกควรบันทึกเนื้อเยื่ออ่อนที่ยัง

ติดอยู่กับร่างกาย ถ้าเริ่มพบกระดูกควรบันทึกตำแหน่งที่กลายเป็นกระดูกหรือเนื้อเยื่ออ่อนสลายไปหมดแล้ว

อย่างไรก็ตาม การประมาณเวลาตายนั้น ถึงแม้ว่าจะมีข้อมูลในตำราอยู่มาก โดยเฉพาะในตำราต่างประเทศและเป็นที่เชื่อถือได้ แต่ปัจจัยด้านภูมิอากาศในประเทศไทย ทำให้ระยะเวลาดังกล่าวคลาดเคลื่อนจนใช้ไม่ได้ และขณะนี้ก็ยังไม่มีการรวบรวมข้อมูลตีพิมพ์ออกมาอย่างชัดเจน ดังนั้น จึงอาศัยข้อมูลและประสบการณ์ส่วนตัว รวมถึงข้อมูลที่มีการรวบรวมแต่ยังไม่ได้มีการตีพิมพ์เผยแพร่ นำมาสรุปเป็นตารางแสดงแนวทางการแปลผลเบื้องต้น

ตาราง 9.1 สรุปแนวทางสำหรับแปลผลการตรวจประมาณเวลาตายจากการเปลี่ยนแปลงภายหลังตายเบื้องต้น

การตรวจ	ผลการตรวจ	การแปลผล	หมายเหตุ
ภาวะเลือดตกสู่ที่ต่ำ (livor mortis)	เริ่มมองเห็นได้	ศพอยู่ในท่าทางดังกล่าว ประมาณ > 1/2 ชั่วโมง	
	กระจายทั่วบริเวณและยังกดจาง	ศพอยู่ในท่าทางดังกล่าว ประมาณ 4-6 ชั่วโมง	
	กดจางได้ยาก	ศพอยู่ในท่าทางดังกล่าว ประมาณ 6-12 ชั่วโมง	
	กดไม่จาง	ศพอยู่ในท่าดังกล่าว ประมาณ > 12 ชั่วโมง	
ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็ง (rigor mortis)	กล้ามเนื้อมัดเล็ก เช่น ขากรรไกร และคอเริ่มแข็ง	เสียชีวิตมาประมาณ > 1 ชั่วโมง	การจัดท่าทางของศพใหม่ การขยับร่างกายของศพ การดึงกล้ามเนื้อให้ยืดออกหรือฉีกขาด หรือกรณีกระดูกแขนขาหัก หรือกรณีที่มีข้อยึดติดอยู่เดิม หรือมีปัจจัยอื่น ๆ เช่น อุณหภูมิ การออกกำลัง อาจทำให้การประมาณดังกล่าวคลาดเคลื่อนได้
	ขากรรไกร คอ และข้อมือ แข็ง	เสียชีวิตมาประมาณ 2-4 ชั่วโมง	
	แข็งทั้งแขน และเริ่มแข็งที่ข้อเท้า หรือหัวเข่า	เสียชีวิตมาประมาณ 4-6 ชั่วโมง	
	กล้ามเนื้อข้อสะโพกยังแข็งไม่เต็มที่	เสียชีวิตมาประมาณ 6-8 ชั่วโมง	
	ศพแข็งตัวเต็มที่ และยังไม่อ่อนตัว	เสียชีวิตมาประมาณ 8-12 ชั่วโมง	

การตรวจ	ผลการตรวจ	การแปลผล	หมายเหตุ
การเน่า	ศพอ่อนตัว	เสียชีวิตมาประมาณ > 14-16 ชั่วโมง	ระยะเวลาในการเน่าของศพอาจเปลี่ยนแปลงไปขึ้นอยู่กับอุณหภูมิและสิ่งแวดล้อม แต่ในประเทศไทยไม่พบว่าศพจมน้ำและศพที่ฝังอยู่ในดิน จะมีอัตราการเน่าช้ากว่าศพที่อยู่บนดินเหมือนในต่างประเทศ
	หน้าท้องเริ่มมีสีเขียว	เสียชีวิตมาประมาณ 16-18 ชั่วโมง	
	ลายสีเขียวที่เกิดจากการเน่าของเลือดในหลอดเลือดดำผิวหนัง (marbling)	เสียชีวิตมาประมาณ > 18 ชั่วโมง	
	ผิวหนังเริ่มมีสีคล้ำ มักจะเริ่มที่หน้าท้อง และใบหน้าก่อน	เสียชีวิตมาประมาณ > 24 ชั่วโมง	
	ศพเน่าเต็มที่ ตัวบวมอืด ตาถลน ลิ้นจุกปาก สีผิวเปลี่ยนทั้งตัว มีตุ่มพองที่ผิวหนังและผิวหนังหลุดลอก	เสียชีวิตมาประมาณ 3-5 วัน	
	ศพเน่ายุบบวม ผิวหนังบริเวณมือและเท้าลอกออก	เสียชีวิตมาประมาณ 5-7 วัน	
	ผิวหนังและกล้ามเนื้อบางตำแหน่ง เช่น ใบหน้า มือ และเท้าหลุดออกจนเห็นกะโหลกหรือกระดูกมือและเท้า	เสียชีวิตมาประมาณ 1-2 สัปดาห์	
	ผิวหนังและกล้ามเนื้อบริเวณหน้าอกและลำตัวเริ่มหลุดออก เห็นเป็นโครงกระดูกมีเส้นเอ็นกล้ามเนื้อติดอยู่	เสียชีวิตมาประมาณ 2-3 สัปดาห์	
	โครงกระดูก มีเอ็นยึดกระดูกติดบางส่วน	เสียชีวิตมาประมาณ 1-2 เดือน	
	เหลือแต่โครงกระดูกเปล่า	เสียชีวิตมาประมาณ 2-3 เดือน	

บทที่ 10
การชันสูตรบาดแผลทางนิติเวชศาสตร์

วิจารณ์ วชิรวงศากร
ศักดิ์สิทธิ์ บุญลักษณ์

ความสำคัญและประเด็นที่นำไปใช้

1. ตามหลักกฎหมายไทย การพิจารณาความผิดและโทษจากการทำร้ายร่างกาย ขึ้นกับความรุนแรงที่เป็นผลจากการทำร้าย ว่ามากน้อยเพียงใด เป็นสำคัญ แพทย์ทั่วไปสามารถให้ความเห็นในประเด็นดังกล่าวได้

2. นอกจากนี้การตรวจชันสูตรยังมีประเด็นทางนิติเวชศาสตร์โดยแท้ คือ ใช้ค้นหาความจริง เพื่อให้ความเห็นว่าการบาดเจ็บหรือบาดแผลที่ตรวจพบนั้นเกิดจากแรงหรือวัตถุชนิดใดมากระทำ และเกิดได้อย่างไร สิ่งเหล่านี้คือ กลไกของการบาดเจ็บ ในข้อนี้แพทย์ทั่วไปจะมีข้อจำกัดในการให้ความเห็น ดังนั้นจึงมีหลักการบันทึกข้อมูล เพื่อส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญอื่นให้ความเห็นเป็นการเฉพาะได้

ประเด็นที่สำคัญในการบันทึกข้อมูลบาดแผล

1. **ชนิดของบาดแผล** เราสามารถบอกได้ถึงกลไกการบาดเจ็บจากวัตถุที่มากระทำได้ โดยสามารถแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม คือ

1.1 บาดแผลถูกกระแทกด้วยของแข็งไม่มีคม (blunt force injuries) ได้แก่ บาดแผลถลอก (abrasion) บาดแผลฟกช้ำหรือรอยช้ำ (contusion) บาดแผลฉีกขาดขอบไม่เรียบ (laceration)

1.2 บาดแผลถูกกระแทกด้วยของแข็งมีคมหรือปลายแหลม (sharp force injuries) ได้แก่ บาดแผลฉีกขาดขอบเรียบ (cut wound) บาดแผลถูกแทง (stab wound) บาดแผลถูกสับ (chop wound)

1.3 บาดแผลกระสุนปืนและระเบิด (กระสุนลูกโดด-gunshot wound, กระสุนลูกซองและลูกปราย-shotgun wound และวัตถุระเบิด-blast injury)

1.4 miscellaneous injury เกิดจาก physical และ chemical agent

ข้อผิดพลาดที่พบบ่อยที่สุดในเวชปฏิบัติคือ การระบุชนิดของบาดแผลผิดพลาด มีผลทำให้เกิดปัญหาในการให้ความเห็นอย่างมาก

2. **ขนาดของบาดแผล** ควรทำการบันทึกในหน่วยวัดมาตรฐาน เช่น เซนติเมตร

3. **ลักษณะรูปร่างของบาดแผล** (shape) ให้บรรยายเป็นลักษณะกว้าง ๆ เช่น เป็นแนวยาว เป็นรูปสามเหลี่ยม เป็นต้น

4. **ลักษณะพิเศษ** (specific characteristics) มี 2 แบบ ได้แก่ รอยประทับ (imprint) รอยรัด (ligature mark) หรือองค์ประกอบที่เกิดจากอาวุธ เช่น อาวุธปืนทำให้บาดแผลมีรูปร่างเฉพาะ มีเขม่าดินปืน (soot) หรือรอยสักดินปืน (gun powder tattooing)ได้ ควรบันทึกและถ่ายภาพร่วมด้วย *(ดูบทที่ 4)*

5. **ตำแหน่งของบาดแผล** ใช้ในการบอกพฤติการณ์ที่ทำให้เกิดบาดแผลบางเรื่อง เช่น defense wound, hesitation mark และยังบอกทิศทางของบาดแผล (wound trajectory) บางชนิด เช่น gunshot wound การระบุตำแหน่งในกรณีทิศทางนี้ จะต้องวัดโดยมีตำแหน่งอ้างอิงเป็นพิกัด เช่น บาดแผลทางเข้าของกระสุนปืนที่หน้าอกด้านขวาอยู่ต่ำกว่าระดับไหล่ 10 ซม. และห่างจากแนวกลางลำตัวไปทางขวา 8 ซม. โดยถ้ามีทางออกคู่กันก็วัดในทำนองเดียวกัน

6. **อายุของบาดแผล** โดยบันทึกลักษณะการหายของบาดแผลลงไปด้วย (ถ้ามี)

7. **สิ่งแปลกปลอมที่พบภายในบาดแผล** ให้บรรยายตำแหน่งที่พบและลักษณะของสิ่งนั้นคร่าว ๆ

การบันทึกข้อมูล

นอกจากบันทึกข้อมูลบาดแผลลงในเวชระเบียนแล้ว ยังควรบันทึกภาพถ่ายไว้ด้วย *(ดูบทที่ 4 และ 11)* เนื่องจากบาดแผลหลายกรณี มีรูปแบบและลักษณะพิเศษที่ซับซ้อน เช่น บาดแผลที่มีรอยประทับ บาดแผลถูกแทง หรือบาดแผลถูกยิง เป็นต้น รวมถึงบางบาดแผลอาจเปลี่ยนแปลงไปภายหลังการรักษา

บทที่ 11

Blunt Force Injury

ธัญญศักดิ์ เอกเวชวิท
ทศนัย พิพัฒน์โชติธรรม

ลักษณะของปัญหาที่พบ

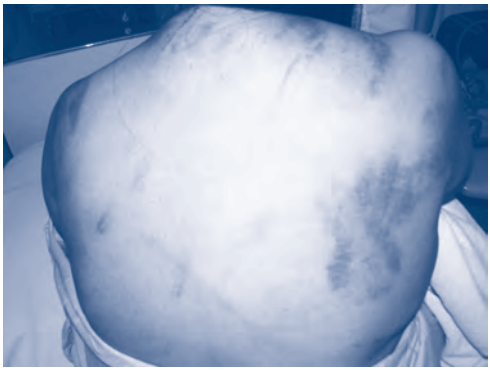
ชนิดบาดแผลที่เกิดจากของไม่มีคมมีดังต่อไปนี้

1. **บาดแผลถลอก** (abrasion) คือการบาดเจ็บที่จำกัดอยู่แค่ชั้นผิวหนัง เช่น บาดแผลถลอกครูด (brush abrasion) จากผิวหนังลากผ่านพื้นผิววัตถุ หรือบาดแผลถลอกจากการกระแทก (impact abrasion) จากถูกแรงกระทำในแนวเกือบตั้งฉากกับผิวหนังบริเวณที่มีกระดูกรองรับ เช่น หน้าผาก ซึ่งบางครั้งเกิดเป็นบาดแผลรอยประทับ (patterned abrasion หรือ contusion) ตามรูปร่างของวัตถุที่มากระทบ เช่น รอยดอกยาง รอยพื้นรองเท้า ดังภาพที่ 11.1



ภาพที่ 11.1 แสดง patterned injury

2. **รอยฟกช้ำ** (contusion) คือ บริเวณที่มีเลือดออกใต้ชั้นผิวหนังจากการกระแทกทำให้หลอดเลือดบริเวณใต้ผิวหนังฉีกขาด บางครั้งอาจเกิดเป็นบาดแผลรอยประทับ (patterned contusion) ได้เช่นกัน เช่น tramline contusion จากการถูกวัตถุที่คล้ายกระบองตี ดังภาพที่ 11. 2



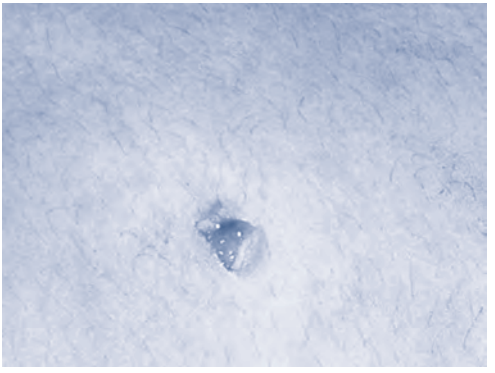
ภาพที่ 11.2 แสดง tramline contusion

3. **บาดแผลฉีกขาดขอบไม่เรียบ** (laceration) คือ การที่ผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังฉีกขาดจากการถูกกระแทก มักพบบริเวณผิวหนังที่มีกระดูกรองรับ ลักษณะสำคัญคือ จะพบรอยถลอกและฟกช้ำบริเวณผิวหนังรอบแผล และพบเนื้อเยื่อที่ไม่ขาดออกจากกัน (bridging tissue)ในบาดแผล เช่น เส้นประสาทและหลอดเลือดจากการที่ทนต่อแรงฉีกขาด

ได้มากกว่าเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง ซึ่งจะไม่พบลักษณะนี้ในบาดแผลฉีกขาดขอบเรียบจากวัตถุของแข็งมีคม

4. **บาดแผลฉีกขาดหนังถลก** (avulsion wound) คือ บาดแผลฉีกขาดจากผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังถูกแรงกระทำในแนวเฉียงหรือเกือบขนานกับผิวหนังจนผิวหนังและเนื้อเยื่อถลกออก เช่น ถูกล้อรถบดทับ

5. **บาดแผลทิ่มทะลุที่เกิดจากวัตถุปลายแหลมแต่ไม่มีส่วนมีคม** (blunt penetrating wound) เช่น ไขควง แท่งเหล็กแหลม ลักษณะบาดแผลคล้าย laceration คือ มี abrasion และ contusion ที่รอบขอบบาดแผลได้ ดังภาพที่ 11.3



ภาพที่ 11.3 แสดง blunt penetrating wound

การเตรียมตัวเพิ่มเติมก่อนลงมือตรวจและเก็บข้อมูล

1. **จำนวนและตำแหน่งบาดแผล** ควรอ้างอิงตาม anatomical landmark เช่น หัวนม แนวกลางไหปลาร้า ช่องระหว่างซี่โครงซี่ที่ ตำแหน่งของบาดแผลอาจบ่งบอกถึงพฤติการณ์ขณะเกิดบาดแผลได้ เช่น บาดแผลจากการป้องกันตัว (defense wound) บริเวณหลังแขน หรือบาดแผลเล็บข่วนจากการต่อสู้ขัดขืน

2. **ขนาดบาดแผล** ควรบันทึกทั้งความกว้าง ยาว และลึก ควรบันทึกภาพบาดแผล โดยมีสเกลวัดขนาดถูกต้องและใช้หน่วยระบบเมตริก เช่น เซนติเมตร และควรถ่ายภาพอย่างน้อย 2 รูป *(ดูบทที่ 4)* คือ

2.1 ภาพมุมกว้างของบาดแผลเพื่อให้เห็นว่าบาดแผลอยู่ในตำแหน่งใดของร่างกาย หากมีบาดแผลจำนวนมากก็อาจจะติดหมายเลขลงไปด้วย

2.2 ถ่ายภาพระยะใกล้เพื่อให้เห็นรายละเอียดของบาดแผลชัดเจน

3. **บันทึกการบาดเจ็บร่วมของบาดแผล** เช่น บาดแผลฉีกขาดบริเวณหน้าผากร่วมกับกะโหลกศีรษะแตก

ประเด็นสำคัญในกรณีพบบาดแผลประเภทนี้ในศพ

คือ บาดแผลเกิดขึ้นก่อนตายหรือหลังตาย

1. **บาดแผลถลอกก่อนตาย (antemortem abrasion)** มีสีแดงน้ำตาลและมีการอักเสบรอบปากแผล ในขณะที่บาดแผลถลอกหลังตาย (postmortem abrasion) มีสีเหลืองใสจาก serum และลักษณะแข็งคล้ายหนังสัตว์

2. **บาดแผลฟกช้ำก่อนตาย (antemortem contusion)** มีสีได้ตั้งแต่ม่วง เขียว เหลืองน้ำตาล ขึ้นอยู่กับระยะเวลา โดยสีเหลืองน้ำตาล แสดงว่าบาดแผลเกิดนานแล้วกว่า 12-18 ชั่วโมง ในขณะที่บาดแผลฟกช้ำหลังตาย (postmortem contusion) มักจะมีเลือดออกน้อยกว่า โดยเลือดออกมักอยู่ตื้นใต้ชั้นผิวหนังบริเวณที่มีกระดูกรองรับ

บทที่ 12

Sharp Force Injury

สุธิดา บูชิตรัตนคุณ
ศักดา สถิรเรืองชัย

ลักษณะของปัญหาที่พบ

ชนิดของบาดแผล เนื่องจากบาดแผลในประเภทนี้มี 2 ชนิด คือ

1. **บาดแผลฉีกขาดจากของมีคม (cut wound)** คือ บาดแผลที่มีความยาวปากแผลมากกว่าความลึก เกิดจากวัตถุมีคม ไม่สามารถบอกรายละเอียดอื่นใดของวัตถุได้ นอกจากจะพบชิ้นส่วนของวัตถุที่ทำให้เกิดบาดแผลติดอยู่ภายใน

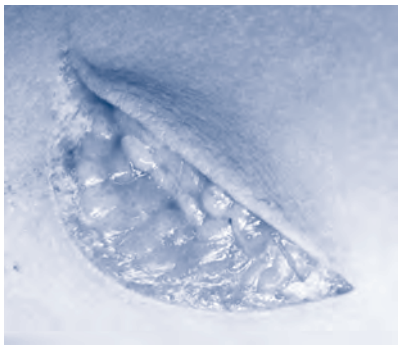
cut wound แยกจาก laceration โดย

1.1 โดยทั่วไปขอบของ cut wound จะเรียบ แต่อาจจะพบขอบไม่เรียบได้ ในกรณีที่ผิวหนังย่นขณะถูกวัตถุมากระทำ หรือวัตถุที่มากระทำมีความที่อหรือบิ่น ดังนั้นให้สังเกตว่าที่ขอบบาดแผลมีรอยฟกช้ำหรือรอยถลอกหรือไม่ ถ้ามีแสดงว่าเป็น laceration มากกว่า

1.2 cut wound เนื้อเยื่อต่าง ๆ ใต้ต่อแผลจะถูกตัดขาดไป ไม่พบ tissue bridging และไม่พบโพรงในบาดแผลที่เรียกว่า tissue undermining ดูภาพที่ 12.1 และ 12.2



ภาพที่ 12.1 แสดง tissue bridging

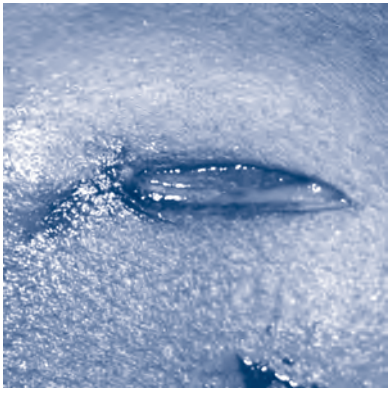


ภาพที่ 12.2 แสดง cut wound

2. **บาดแผลแทง (stab wound)** คือ บาดแผลเกิดจากวัตถุปลายแหลมที่มักจะมีความคมทิ่มเข้าหาร่างกาย โดยมากจะมีความลึกมากกว่าความยาว ดูภาพที่ 12.3

- บาดแผลมีมุมหนึ่งมุมใดมีรอยฟกช้ำ หรือถลอก หรือมีลักษณะป้าน แสดงว่าวัตถุที่มากระทำนั้นมีคมด้านเดียว

• บาดแผลมีมุมแหลมทั้งสองมุม และไม่มีบาดแผลฟกช้ำหรือบาดแผลถลอกเลย แสดงว่าวัตถุที่มากระทำนั้นอาจมีสองคมหรือคมเดียวก็ได้



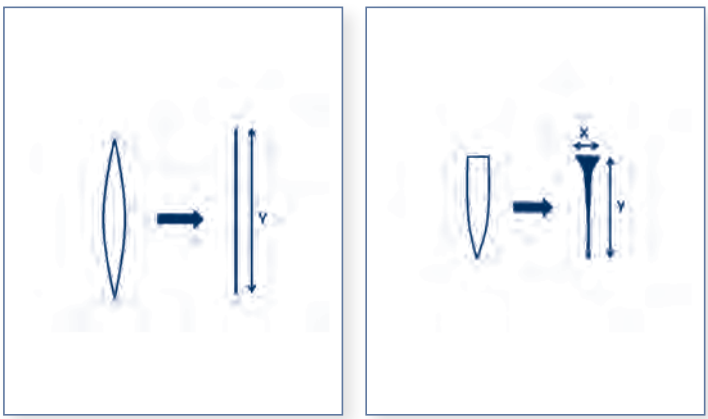
ภาพที่ 12.3 แสดง stab wound

3. **บาดแผลถูกสับ (chop wound)** คือ บาดแผลที่เกิดจากวัตถุที่มีความคมและมีน้ำหนักมาก เช่น ขวาน มีดอีโต้ ลักษณะบาดแผลขอบเรียบ แต่อาจจะมี fine abrasion และ bone fracture ข้างใต้บาดแผลได้

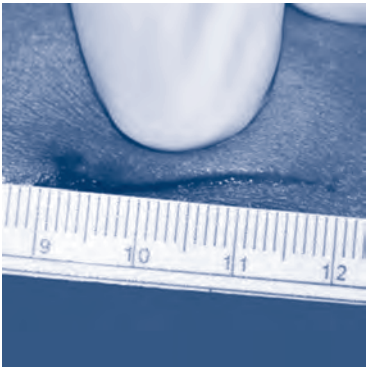
การเตรียมตัวเพิ่มเติมก่อนลงมือตรวจและเก็บข้อมูล

1. **การบันทึกบาดแผล**

1.1 **การวัดขนาดบาดแผล** sharp force injury จะต้องนำขอบแผลมาชิดกัน ก่อนดูรายละเอียดของบาดแผล และวัดความยาวของบาดแผล ส่วนความลึกของบาดแผล ในกรณีเป็น penetrating injury จะวัดจากการผ่าศพ เพื่อดูว่าอวัยวะอะไรบ้างที่ได้รับบาดเจ็บและลึกเท่าไหร่ เพื่อสามารถประเมินว่าอาวุธนั้นมีรูปร่างอย่างไร เข้ากับบาดแผลที่พบหรือไม่ ดังภาพที่ 12.4 และ 12.5



ภาพที่ 12.4 แสดงการวัดบาดแผล



ภาพที่ 12.5 แสดงการวัดบาดแผลเมื่อขอบบาดแผลอยู่ชิดกัน (approximated wound)

1.2 **การถ่ายภาพ** ควรถ่ายภาพบาดแผลในสภาพเบื้องต้น และถ่ายอีกครั้งหลังจากนำขอบแผลมาชิดกันแล้ว โดยเทียบกับไม้บรรทัดทุกครั้ง และควรถ่ายภาพอย่างน้อย 2 รูป *(ดูบทที่ 4)*

ประเด็นสำคัญในกรณีนี้

1. **ผู้ตรวจบาดแผลคนแรก** จะเป็นคนที่บอกได้ดีที่สุดว่าเป็นบาดแผลชนิดใด เพราะหลังจากที่ผ่านการรักษามาแล้ว รายละเอียดของบาดแผลอาจมีการเปลี่ยนแปลงไป

2. **บาดแผลฉีกขาดหนังเปิด (flap wound)** สามารถเป็นได้ทั้ง laceration และ cut wound ดังนั้นผู้ตรวจบาดแผลคนแรกควรระบุว่าเป็นบาดแผลชนิดใด

3. **การตรวจ penetrating wound** ในศพ ไม่ควรเอาวัตถุใด ๆ ใส่หรือแยงเข้าไปในบาดแผลทั้งสิ้น ไม่ว่าจะเพื่อดูทิศทาง หรือความลึก เพราะนอกจากจะไม่สามารถบอกสิ่งที่ต้องการทราบได้แล้ว ยังทำให้เกิดความเสียหายต่อบาดแผลหรือเกิดแนวแผลใหม่ทำให้ยากต่อการชันสูตรในภายหลัง

ประเด็นที่ควรส่งตรวจเพิ่มเติม

1. **ควรตรวจภาพถ่ายทางรังสี** เพื่อดูว่ามีสิ่งตกค้างอยู่ในบาดแผลหรือไม่ เพราะบางครั้งวัตถุที่ทำให้เกิดบาดแผลอาจหักและตกค้างในบาดแผลได้ โดยควรถ่าย 2 ด้าน ทั้งหน้าตรง และด้านข้าง (AP, lateral view)

2. **ในการต่อสู้ที่ประชิดตัว** มีโอกาสที่จะตรวจพบวัตถุพยานต่าง ๆ ได้ ดังนี้

2.1 เลือดในที่เกิดเหตุของ sharp force injury มักมีเลือดอยู่เสมอ ดังนั้น ก่อนจะตรวจศพ จะต้องตรวจ bloodstain pattern รอยประทับต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นรอยเท้า รอยอาวุธ หรืออื่น ๆ ที่อาจจะปรากฏในบริเวณที่เปื้อนเลือดได้

2.2 ผู้ทำร้ายจะทิ้งหลักฐานเอาไว้ในที่เกิดเหตุหรือบนร่างกายของผู้เสียหายหรือศพ ไม่ว่าจะเป็นผม เส้นใยต่าง ๆ หรือบางครั้งผู้ทำร้ายอาจได้รับบาดเจ็บและมีเลือดออกได้

2.3 เนื้อเยื่อใต้เล็บของผู้ได้รับบาดเจ็บหรือศพ ในกรณีศพควรห่อมือด้วยถุงกระดาษก่อนเคลื่อนย้ายศพ

2.4 รอยฉีกขาดบนเสื้อผ้าอาจจะสามารถบอกร่องรอยของอาวุธได้

บทที่ 13

Traffic Injury and Fall

วรัทพร สิทธิจรูญ
ภาณุวัฒน์ ชุติวงศ์

ลักษณะของปัญหาที่พบ

การเสียชีวิตจากการจราจร ปัญหาในการชันสูตรพลิกศพคือ แพทย์ผู้ตรวจไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ของลักษณะการบาดเจ็บที่ตรวจพบกับกลไกการเกิดอุบัติเหตุจราจรแต่ละประเภทได้ และการบาดเจ็บที่ตรวจพบนั้นเป็นสาเหตุการเสียชีวิตจริงหรือไม่ หรือเสียชีวิตจากการถูกฆาตกรรมอื่นมาก่อนแล้วอำพรางคดีนำศพมาไว้ที่ที่พบศพ โดยเฉพาะกรณีการเสียชีวิตในรถยนต์ที่ลุกไหม้ การตรวจชันสูตรพลิกศพมักถูกจำกัดด้วยเวลาที่ต้องเร่งกระบวนการชันสูตรพลิกศพให้เสร็จอย่างรวดเร็ว เพื่อไม่ให้กีดขวางทางจราจร

การตกจากที่สูง มีความยากในการประเมินระยะเวลาการเสียชีวิต โดยเฉพาะศพที่มีการหักของร่างกายหลายท่อน เนื่องจากจะไม่สามารถประเมินการแข็งตัวของกล้ามเนื้อหลังตายได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งต้องพิจารณาว่า สภาพการบาดเจ็บใดที่เป็นเหตุให้เสียชีวิต

ประเด็นสำคัญในกรณีนี้

1. ต้องตระหนักไว้เสมอว่า ผู้ตายเสียชีวิตขณะเกิดเหตุหรือถูกฆาตกรรมแล้วนำมาอำพราง

2. การตรวจหาความสัมพันธ์ของลักษณะการบาดเจ็บกับกลไกการเกิดการบาดเจ็บของอุบัติเหตุจราจรแต่ละประเภท

3. หากตรวจหาระยะเวลาการตาย หรือลักษณะการบาดเจ็บที่ไม่เข้ากันกับประวัติที่ได้ หรือพบสภาพที่แปลกออกไป ควรคิดถึงสาเหตุการตายอื่นด้วยเสมอ

4. กรณีอุบัติเหตุแล้วเกิดไฟไหม้ในรถ ต้องระบุบุคคล และตรวจหาลักษณะของการสำลักควันไฟในหลอดลมของผู้ตาย *(ดูบทที่ 17)*

5. ผลการตรวจปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือด อาจมีผลต่อรูปคดี

6. ในหลาย ๆ กรณี อาจจะเกิดโรคตามธรรมชาติที่ทำให้ตายร่วมในอุบัติเหตุจราจร เช่น โรคหัวใจกำเริบขณะขับรถ ทำให้หมดสติและเกิดอุบัติเหตุ หรืออาจจะเกิดอุบัติเหตุไม่รุนแรงแต่เป็นตัวกระตุ้นให้โรคหัวใจกำเริบขึ้นมาจนเสียชีวิต ในประเด็นนี้ ถือเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องพิสูจน์หากว่ามีการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

การบาดเจ็บจากการจราจร (traffic injury)

แบ่งเป็น 3 ประเภทตามลักษณะของผู้บาดเจ็บ ได้แก่

1. การบาดเจ็บที่เกิดกับผู้ขับขี่และผู้โดยสารรถยนต์ (driver and passenger injuries)

1.1 ศีรษะกระแทกกับกระจกหน้ารถหรือหลังคารถ (windshield injury) เกิดบาดแผลถลอก บาดแผลฉีกขาด กะโหลกศีรษะแตก จนถึงการบาดเจ็บของสมอง

1.2 ศีรษะกระแทกกับกระจกด้านข้าง (tempered-glass injury) เกิดบาดแผลเช่นเดียวกับข้อ 1.1

1.3 การบาดเจ็บบริเวณลำคอ ซึ่งเป็นอันตรายต่อกระดูกและไขสันหลังส่วนคอ (whiplash injury) ซึ่งอาจจะไม่พบบาดแผลภายนอก

1.4 การบาดเจ็บบริเวณทรวงอกและท้องกระแทกกับพวงมาลัย (steering wheel injury) กระดูกอก กระดูกซี่โครงหัก มีการบาดเจ็บของอวัยวะภายในช่องอกและช่องท้อง ซึ่งบางรายอาจตรวจไม่พบบาดแผลภายนอกหรือมีเพียงเล็กน้อย แต่มีการบาดเจ็บภายในอย่างรุนแรงการตรวจโดยการดูลักษณะผิดรูป และกดบริเวณดังกล่าวอาจมีการยุบตัว

1.5 การบาดเจ็บของขา โดยเฉพาะหัวเข่ากระแทกกับแผงหน้าปัดรถยนต์ (dashboard injury) กระดูกต้นขา เข่า หรือกระดูกข้อเท้าหักข้อสะโพกหลุด

1.6 การบาดเจ็บจากเข็มขัดนิรภัย (seatbelt injury) บาดแผลฟกช้ำบริเวณบ่า หรือทรวงอก หากตรวจพบอาจช่วยบอกตำแหน่งในขณะที่อยู่ในรถยนต์ได้

2. **การบาดเจ็บที่เกิดกับคนเดินถนน (pedestrian injury)**

2.1 primary injury เกิดจากส่วนของกันชนรถกระแทกกับขาท่อนล่างของผู้ถูกชนโดยตรง (primary impact) เกิดการกระเด็นไปข้างหน้าตามทิศทางของแรงหรือลอยขึ้นบน

มักพบบาดแผลฉีกขาดหรือกระดูกขาหักร่วมด้วย (bumper injury) วัดความสูงจากส้นเท้าถึงบาดแผล ซึ่งมีความสำคัญในการระบุรถที่ชน

2.2 secondary injury เกิดจากร่างกายที่ลอยขึ้นแล้วตกลงมากระแทกกับส่วนของรถ เช่น กระโปรง กระจกหลังคารถ ทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะ กระดูกซี่โครงหัก กระดูกแขนขาหัก

2.3 tertiary injury เกิดจากร่างกายกระทบกระแทกกับพื้นถนน หรือถูกรถทับซ้ำ โดยรถคันที่ชนหรือรถที่ตามมา ตรวจพบบาดแผลฉีกขาด บาดแผลฟกช้ำ บาดแผลถลอกครูด และหากถูกทับอาจมีรอยดอกยางรถยนต์ ผิวหนังปริเป็นลายจากผิวหนังถูกยืดออก

3. **การบาดเจ็บที่เกิดกับผู้ขับขี่และซ้อนรถจักรยานยนต์ (motorcycle rider injury) การบาดเจ็บที่พบขึ้นกับการสวมใส่เสื้อผ้า หรือเครื่องป้องกัน ขนาดของรถ และโดยเฉพาะความเร็วในการขับขี่**

3.1 ส่วนใหญ่มักพบการบาดเจ็บที่ศีรษะ บริเวณที่พบได้บ่อยคือ tempero-parietal area เป็นบาดแผลฉีกขาด ฟกช้ำ หรือถลอก, กะโหลกศีรษะหรือฐานกะโหลกศีรษะแตก, subdural hemorrhage, สมองฟกช้ำหรือฉีกขาด โดยมักจะพบ coup-contrecoup lesion หรือ diffused traumatic brain injury, กระดูกคอหัก

3.2 การบาดเจ็บของอวัยวะภายในช่องอกช่องท้องและอวัยวะเพศ ตรวจพบบาดแผลฉีกขาด บาดแผลถลอก ครูด การฉีกขาดของอวัยวะภายใน บาดแผลบริเวณอัณฑะ การบาดเจ็บ ของกระเพาะปัสสาวะ กระดูกเชิงกรานและกระดูกขาหัก

3.3 ในกรณีที่รถจักรยานยนต์ชนท้ายรถบรรทุกขนาดใหญ่ ศีรษะของผู้ขับขี่อาจจะหลุดออกจากตัวกระเด็นออกไป

การตกจากที่สูง (Fall from height)

การบาดเจ็บจากการตกจากที่สูง ขึ้นกับส่วนของร่างกายที่สัมผัสกับพื้น และลักษณะของพื้นที่สัมผัส การตกสู่พื้นที่แข็ง เช่น พื้นปูน ย่อมเกิดการบาดเจ็บและอันตรายได้มากกว่าพื้นหญ้า หรือพุ่มไม้

ลักษณะที่อาจจะตรวจพบหรือต้องสังเกตในกรณีนี้

1. ในผู้ใหญ่ มักเกิดการบาดเจ็บอย่างรุนแรงต่อศีรษะ อวัยวะภายใน และการหักของกระดูกรยางค์ ดังนี้

1.1 การบาดเจ็บของศีรษะ อาจพบเลือดออกจากหูและจมูก เกิดจากฐานกะโหลกแตก เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง สมองฉีกขาด ไหลมาตามรอยแตก เลือดจากฐานสมองไหลลงสู่ทางเดินหายใจ

1.2 การบาดเจ็บบริเวณลำตัวและแขนขา อาจเกิดจากสิ่งกีดขวางที่มีอยู่ ในขณะที่ร่างกายตกลงมาจากที่สูงจนถึงพื้น

1.3 การบาดเจ็บบริเวณอวัยวะเพศ เช่น อัณฑะฉีกขาด ท่อปัสสาวะฉีกขาด

1.4 การหักของกระดูกหลายส่วน เช่น ช่วงต่อของกะโหลกศีรษะกับกระดูกสันหลังส่วนคอ กระดูกสันหลังส่วนอกส่วนเอว กระดูกเชิงกราน กระดูกแขนท่อนปลาย กระดูกส้นเท้า และกระดูกฝ่าเท้า

2. ในทารกอาจไม่พบการหักของกระดูกในระยะที่ความสูงไม่เกิน 10 ฟุต ส่วนในเด็กเล็กอาจมีการฉีกขาดของปอด ทำให้เกิดเลือดลมคั่งในช่องอกโดยไม่พบการหักของกระดูกซี่โครง รวมทั้งอาจมีการบาดเจ็บของสมองโดยที่ไม่มีการแตกของกะโหลกศีรษะ และอาจมีการบาดเจ็บของอวัยวะภายในที่เป็นจุดแขวน เช่น ปอด ตับ ม้าม ไตและเยื่อยึดลำไส้ฉีกขาด

ประเด็นที่ควรส่งตรวจเพิ่มเติม

1. ตรวจภาพถ่ายรังสีเพื่อประเมินการบาดเจ็บ วัตถุแปลกปลอมในร่างกาย

2. ตรวจหาสารพิษ สารเสพติด จากเลือด ปัสสาวะ

3. ตรวจหาเขม่าในหลอดลม หรือคาร์บอกซี่ฮีโมโกลบินในเลือด (CoHb) กรณีพบศพในรถที่ไหม้ไฟ

4. ในกรณีที่วินิจฉัยสาเหตุการตายไม่ได้แน่ชัด เช่น อาจเกิดจากโรคตามธรรมชาติที่ทำให้ตายหรือเป็นสาเหตุร่วมในอุบัติเหตุจราจร

บทที่ 14

บาดแผลกระสุนปืนและวัตถุระเบิด

ภาณุวัฒน์ ชุติวงศ์

การบาดเจ็บหรือการตายที่มีสาเหตุจากกระสุนปืนหรือวัตถุระเบิด ในปัจจุบันพบได้บ่อยขึ้น จากปัญหาอาชญากรรมที่มีจำนวนเพิ่มขึ้น ทำให้มีความสำคัญกับแพทย์ผู้ตรวจในทางตรงและทางอ้อม เนื่องจากคดีต่าง ๆ ที่มีอาวุธเหล่านี้เข้ามาเกี่ยวข้อง มักจะเป็นเรื่องร้ายแรงในทางกฎหมาย และแพทย์มีแนวโน้มสูงที่ต้องไปเป็นพยานมากกว่าในคดีอื่น ๆ

ประเด็นทางนิติเวชศาสตร์ที่ต้องพิจารณา กรณีที่สงสัยการบาดเจ็บจากบาดแผลกระสุนปืน

1. บาดแผลนั้นเป็นบาดแผลที่เกิดจากกระสุนปืนหรือไม่
2. กรณีบาดแผลกระสุนปืน บาดแผลนั้นเป็นทางเข้าหรือทางออก
3. ชนิดของปืนและขนาดของกระสุนปืน
4. ระยะยิง (ระยะจากปากกระบอกปืนถึงบาดแผล) เป็น ระยะประชิด ระยะใกล้ หรือระยะไกล
5. ทิศทางของกระสุนปืนที่เข้าสู่ร่างกาย
6. สาเหตุและพฤติการณ์การตาย

ชนิดของปืน ในทางนิติเวชศาสตร์

แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. **ปืนที่มีเกลียวภายในลำกล้อง** ซึ่งเป็นกลุ่มปืนที่เราพบว่ามีการใช้ในการประกอบอาชญากรรมเป็นส่วนมาก หรือแม้แต่ใช้เป็นอาวุธในการฆ่าตัวตาย กระสุนปืนชนิดนี้จะเป็นลูกเดี่ยว ๆ มักทำจากตะกั่ว จึงมักถูกเรียกว่า ลูกโดด กระสุนปืนอาจมีเปลือกทองแดงหุ้มเพื่อเสริมความแข็งแรง สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ ได้แก่

- ปืนพกหรือปืนสั้นมาตรฐานหรือปืนลูกโดด เช่น ปืนลูกโม่ หรือปืนพกกึ่งอัตโนมัติ เป็นกลุ่มที่พบได้มากที่สุด
- ปืนความเร็วสูงหรือปืนที่ใช้ในสงคราม เช่น ปืนเอ็ม - 16 (M16) ปืนอาก้า (AK-47) เป็นต้น ชนิดนี้มีรายละเอียดเฉพาะตัวซึ่งเกินกว่าระดับการวินิจฉัยและให้ความเห็นของแพทย์ทั่วไป

2. **ปืนที่ไม่มีเกลียวในลำกล้อง** ในทางคดีจะพบน้อยกว่ากลุ่มปืนชนิดแรก กระสุนปืนชนิดนี้ ปลอกกระสุนมักทำจากพลาสติกและภายในบรรจุเม็ดลูกปรายไว้เป็นจำนวนมาก ปืนประเภทนี้ ได้แก่ ปืนลูกซองซึ่งมีทั้งชนิดยาวและสั้น หรือปืนชนิดพิเศษอื่น ๆ เช่น ไทยประดิษฐ์ ปืนปากกา หรือปืนแก็ป

การวินิจฉัยบาดแผลกระสุนปืนชนิดต่าง ๆ

แบ่งตามระยะยิงและพฤติการณ์ที่เป็นไปได้ตามตาราง

ตาราง 14.1 วินิจฉัยบาดแผลกระสุนปืนชนิดต่าง ๆ

ปืนลูกโดด (gunshot Wound : GSW)			
ระยะยิง	สิ่งตรวจพบ		พฤติการณ์ที่เป็นไปได้
	บาดแผลทางเข้า	บาดแผลทางออก	
ระยะประชิด (contact GSW) : เป็นระยะที่ปากกระบอกปืนติดผิวหนังบริเวณบาดแผลทางเข้า แต่หากปากกระบอกปืนไม่ติดผิวหนังจะเรียกว่าระยะเกือบประชิด (near-contact)	• รูปร่างกลมหรือรี หรือ ผิวหนังอาจฉีกขาดออกเป็นรูปแฉกหรือรูปดาว กรณียิงในตำแหน่งที่มีแผ่นกระดูกรองรับ เช่น ศีรษะ หรือ กลางหน้าอก • พบรอยถลอกรอบบาดแผล (marginal abrasion) • พบคราบเขม่าดำหรือเขม่าดินปืน ติดอยู่ที่ขอบแผลเล็กน้อย และภายในโพรงบาดแผลเป็นจำนวนมาก เว้นแต่ในระยะเกือบประชิดจะพบเขม่าอยู่รอบบาดแผลมากโดยแทบจะไม่พบในโพรงบาดแผล • พบรอยปากกระบอกปืนประทับที่แผล	• ไม่มีลักษณะเฉพาะคล้ายบาดแผลฉีกขาดทั่วไปได้	• ฆ่าตัวตาย (พบบ่อยที่สุด) ตำแหน่งมักพบที่ขมับ ภายในปาก กลางหน้าผาก ใต้คาง หรือหน้าอกซ้าย • ฆาตกรรม
ระยะใกล้ (closed-range) เป็นระยะยิงที่ปากกระบอกห่างออกมาจากบาดแผลทางเข้าโดยส่วนมากอยู่ในระยะไม่เกิน 30-60 ซม.	• รูปร่างกลมหรือรี • พบรอยถลอกรอบบาดแผล (marginal abrasion) • พบคราบเขม่าปืน (soot) จาง ๆ ได้ หรือพบรอยสักดินปืน (gunpowder stippling) ลักษณะเป็นจุดแดง ๆ ฝังอยู่รอบ ๆ บาดแผล	• ไม่มีลักษณะเฉพาะ ดูคล้ายบาดแผลฉีกขาดทั่ว ๆ ไป	• เป็นไปได้ทั้งฆ่าตัวตาย ฆาตกรรม หรืออุบัติเหตุ (พบน้อยที่สุด)
ระยะไกล (distant-range) เป็นระยะที่ปากกระบอกปืนยิงห่างเกินกว่าที่ส่วนประกอบจากการยิงปืนจะไปถึง	• รูปร่างกลมหรือรี • พบรอยถลอกรอบบาดแผล (marginal abrasion)	• ไม่มีลักษณะเฉพาะคล้ายบาดแผลฉีกขาด	• ฆาตกรรม (พบบ่อยที่สุด) • อุบัติเหตุ • ฆ่าตัวตาย (พบน้อยที่สุด)

ปืนลูกซอง (Shotgun Wound : SGW)			
ระยะยิง	สิ่งตรวจพบ		พฤติการณ์ที่เป็นไปได้
	บาดแผลทางเข้า	บาดแผลทางออก	
ระยะประชิด (contact GSW) : เป็นระยะที่ปากกระบอกปืนติดผิวหนังบริเวณบาดแผลทางเข้า	• รูปร่างกลมหรือค่อนข้างกลมและใหญ่ใกล้เคียงกับขนาดกระสุนปืน • ผิวหนังอาจฉีกขาดอย่างมากหรือกะโหลกศีรษะแตกอย่างรุนแรงหากทางเข้าที่ศีรษะ • พบคราบเขม่าดำหรือเขม่าดินปืน ติดอยู่ที่ขอบแผล และภายในโพรงบาดแผล	• กระสุนลูกปรายมักฝังอยู่ภายในร่างกาย • มักพบหมอนรองกระสุนค้างอยู่ภายในบาดแผล • อาจพบบาดแผลทางออกได้บางครั้ง	• ฆ่าตัวตาย กรณียิงลูกซองสั้นตำแหน่งมักพบที่ขมับ ภายในปากกลางหน้าผากใต้คาง หรือหน้าอกซ้าย หากเป็นปืนยาว ตำแหน่งที่พบมักเกิดเฉพาะภายในปากหรือใต้คาง • ฆาตกรรม
ระยะใกล้ (closed-range) เป็นระยะยิงที่ปากกระบอกห่างออกมาจากบาดแผลทางเข้า	• พบบาดแผลทางเข้าขนาดใหญ่ 1 รูใกล้เคียงกับขนาดกระสุนปืน • พบรูทางเข้าของเม็ดลูกปรายเริ่มกระจายรอบ ๆ บาดแผลทางเข้าใหญ่ (satellite lesion) • พบคราบเขม่าดินปืน (gunpowder stippling) ลักษณะเป็นจุดแดง ๆ ติดอยู่รอบ ๆ บาดแผล • อาจพบรอยถลอกจากหมอนรองกระสุน กระแทกผิวหนัง	• กระสุนลูกปรายมักฝังอยู่ภายในร่างกาย • ส่วนมากไม่พบบาดแผลทางออก	• ฆาตกรรม (พบบ่อยที่สุด) • อุบัติเหตุ
ระยะไกล (distant-range) เป็นระยะที่ปากกระบอกปืนยิงห่างเกินกว่าที่ส่วนประกอบจากการยิงปืนจะไปถึง	• พบเป็นรูทางเข้าของเม็ดลูกปรายจำนวนมาก กระจายอยู่ตามผิวหนัง • ไม่พบรูบาดแผลทางเข้าขนาดใหญ่ • ไม่พบรอยถลอกจากหมอนรองกระสุนปืน	• กระสุนลูกปรายฝังอยู่ภายในร่างกาย • ไม่พบบาดแผลทางออก	• ฆาตกรรม • อุบัติเหตุ

ความพิเศษของบาดแผลกระสุนปืนที่ต้องระมัดระวัง

1. มีบาดแผลที่เป็น variation ของบาดแผลทั่วไป ที่อาจจะเรียกว่า atypical GSW ทำให้มีความยุ่งยากซับซ้อนในการให้ความเห็น

2. บาดแผลที่เป็น typical GSW อาจจะมีคราบเลือดหรือสิ่งต่าง ๆ บดบัง ทำให้วินิจฉัยได้ลำบาก หรืออาจเกิดความผิดพลาดได้ง่าย

3. การขาดประสบการณ์และความชำนาญของแพทย์ผู้ตรวจ

บาดแผลจากวัตถุระเบิด

1. หากได้รับบาดเจ็บในตำแหน่งใกล้กับวัตถุระเบิด บาดแผลจะมีลักษณะฉีกขาดขนาดใหญ่ มีลักษณะของการไหม้บริเวณรอบบาดแผล

2. หากได้รับในตำแหน่งที่ห่างออกมาจากวัตถุระเบิด มักพบบาดแผลฉีกขาดเป็นจุด ๆ เล็ก ๆ กระจายอยู่ทั่วไป (peppering) จากสะเก็ดระเบิด หรือสิ่งรอบข้างวัตถุระเบิด อาจพบบาดแผลถลอกฟกช้ำรอบ ๆ ตำแหน่งที่ถูกสะเก็ดระเบิดร่วมด้วย

3. สาเหตุการตายจากวัตถุระเบิด อาจเกิดจากแรงระเบิดเอง จากสะเก็ดระเบิดหรือสิ่งรอบข้าง ความร้อนจาก

การระเบิด และการได้รับบาดเจ็บเกี่ยวเนื่องมาจากเหตุระเบิด เช่น ตกจากที่สูง



ทำอย่างไรเมื่อพบบาดแผลกระสุนปืนหรือวัตถุระเบิด

1. ประเมินชนิดของอาวุธปืนที่ใช้ จำนวน ทางเข้า-ทางออก ระยะยิง ทิศทางกระสุน และสาเหตุการตาย (สาเหตุการตายส่วนมาก ได้แก่ การบาดเจ็บของอวัยวะสำคัญ เช่น สมอง หัวใจ ปอด หรือเกิดจากการเสียเลือดปริมาณมาก)

2. ควรส่งศพเพื่อตรวจชันสูตรพลิกศพ ตามพื้นที่เขตรับผิดชอบในทุกกรณี หากเป็นผู้ป่วยควรปรึกษาแพทย์นิติเวชเสมอ ในกรณีที่ทำไม่ได้ ก็ต้องถ่ายภาพไว้ให้ละเอียด *(ดูบทที่ 4)*

3. หากมีการเคลื่อนย้ายศพมาที่โรงพยาบาล ควรถ่ายภาพเอ็กซเรย์ไว้

4. กรณีมีความจำเป็นที่จะต้องเอากระสุนปืนออกจากบาดแผลหรือศพ ห้ามใช้ forceps หรืออุปกรณ์คีบที่เป็นโลหะในการจับ เนื่องจากจะทำให้ร่องรอยบนกระสุนปืนเปลี่ยนแปลง มีผลต่อการนำไปพิสูจน์ทางนิติวิทยาศาสตร์ต่อ ส่วนเศษโลหะหรือหัวกระสุนปืนที่นำออกมา ควรทำความสะอาดและเช็ดให้แห้งก่อนบรรจุหีบห่อ เพื่อส่งให้พนักงานสอบสวนต่อไป

ข้อควรระวังเกี่ยวกับการวินิจฉัยหรือให้ความเห็นในเรื่องบาดแผลกระสุนปืนและวัตถุระเบิด

1. ขนาดของรูบาดแผล หรือเศษของอวัยวะที่จุกอยู่ที่บาดแผล จะไม่นำมาใช้ในการวินิจฉัยทางเข้าหรือทางออกของบาดแผลกระสุนปืน

2. กรณีไม่มั่นใจทางเข้าออกของบาดแผลกระสุนปืน อาจระบุไว้เพียงบาดแผลกระสุนปืนยังไม่สามารถสรุปทางเข้าหรือทางออกได้

3. แพทย์ไม่มีหน้าที่บอกขนาดของอาวุธปืน กระสุนปืน หรือชนิดของวัตถุระเบิด ควรให้ผู้เชี่ยวชาญด้านอาวุธปืนเป็นผู้ให้ความเห็นในเรื่องดังกล่าว

บทที่ 15

Asphyxia

จตุวิทย์ หอวรรณภากร
เชาวกิจ ศรีเมืองวงศ์

การตายจากการขาดอากาศ (asphyxia) มีกลไกของการบาดเจ็บ คือ เกิดจากเซลล์สมองหรือเซลล์ของร่างกายขาดออกซิเจน ซึ่งอาจจะเกิดจากการที่อากาศหรือออกซิเจนไม่สามารถไหลเข้าสู่ปอดได้ หรืออากาศเข้าไปได้ แต่ไม่สามารถเกิดการแลกเปลี่ยนระหว่างออกซิเจนกับคาร์บอนไดออกไซด์บริเวณถุงลมปอดได้ หรืออาจจะเกิดความบกพร่องในการหายใจระดับเซลล์

ชนิดของ asphyxia

แบ่งตามกลไกได้ดังนี้

1. การขัดขวางอากาศที่เข้าสู่ทางเดินหายใจ (obstruction of the airway) ได้แก่

1.1 ศีรษะอยู่ในที่อับอากาศ (suffocation) เช่น ถุงครอบศีรษะ อยู่ในตู้ทึบ

1.2 การอุดกั้นทางเข้าออกของลมหายใจนอกร่างกาย (smothering) เช่น การอุดปาก-อุดจมูก

1.3 การสำลักสิ่งแปลกปลอมอุดกั้นทางเดินหายใจ (choking or gagging) เช่น สิ่งแปลกปลอมอุดหลอดลม

1.4 ทางเดินหายใจบวม (swelling of respiratory tract) เช่น หายใจเอาอากาศร้อน จนทางเดินหายใจได้รับบาดเจ็บ หรือจากการแพ้ยา-แพ้อาหารอย่างรุนแรง

2. การกดรัดบริเวณลำคอ (compression of the neck) ได้แก่

2.1 การแขวนคอ (hanging) เป็นกลไกที่ใช้น้ำหนักตัวเองถ่วงวัตถุที่วางหรือพาดผูกที่คอ ให้กดรัดอวัยวะในลำคอ

2.2 การรัดคอ (ligature strangulation) เป็นกลไกที่ใช้แรงอื่นที่ไม่ใช้น้ำหนักของตัวเอง ดึงรั้งวัตถุให้กดรัดคอ

2.3 ลักษณะของการกดรัดคอจากแรงจูงใจทางเพศ ที่เรียกว่า autoerotic asphyxia (sexual hanging, asphyxophilia, hypoxyphilia)

2.4 การถูกบีบคอ (manual strangulation) เป็นกลไก ที่ถูกผู้อื่นใช้ส่วนของร่างกายบีบรัดคอ

3. การบาดเจ็บหรือการกดทับช่องอกทำให้ไม่สามารถขยายได้ (impaired chest movement or mechanical asphyxia) ได้แก่

3.1 อวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวของทรวงอก หรืออวัยวะในทรวงอกถูกกดทับ หรือเกิดการบาดเจ็บ (traumatic asphyxia) เช่น flail chest, massive subcutaneous emphysema, massive pneumothorax หรือ การเหยียบเบียดเสียดกันของฝูงชนขณะเกิดเหตุโกลาหล การถูกรถทับบริเวณช่องอก หรือถูกของแข็งทับบริเวณหน้าอก

3.2 ท่าทางหรือการกดทับส่วนอื่นของร่างกายที่ทำให้ทรวงอก กะบังลม และหน้าท้อง เคลื่อนไหวลำบากจนรบกวนการหายใจ (positional asphyxia or postural asphyxia) เช่น การนอนในท่าผิดธรรมชาติและมีการกดทับบริเวณช่องอกและหรือช่องท้อง ทำให้ช่องอกไม่สามารถขยายได้เต็มที่ การกดทับเกิดจากน้ำหนักตัวของผู้เสียชีวิตเอง ส่วนใหญ่มักพบกับคนที่หมดสติ เมามาก หรือมีโรคประจำตัวเป็นลมชัก เมื่อหมดสติแล้วนอนในท่าดังกล่าว หรือการล้มแล้วหน้าท้องไปพาดกดบนราวจนหายใจไม่ได้ หรือการถูกจับมัดในท่าทางบางท่า ทำให้ร่างกายขยับได้ยากและรบกวนการหายใจ เช่น มัดมือไพล่หลังติดขา (hog-tied) หรือ ห้อยศีรษะลง เป็นต้น

4. สิ่งแวดล้อมมีออกซิเจนน้อย หรือมีก๊าซพิษที่แย่งจับกับออกซิเจนในเลือด (decreased oxygen in the air or poisonous air) เช่น การเผาไหม้จนเกิดก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ หรือคาร์บอนมอนอกไซด์ หรือคลอรีน หรือกรณีที่มีการหมักหรือเน่าของชีววัตถุจนเกิดก๊าซพิษพวกซัลเฟอร์ สิ่งเหล่านี้จะรบกวนกระบวนการหายใจระดับเซลล์ (cellular asphyxia)

5. การจมน้ำ (drowning or submersion injury) *(ดูบทที่ 16)*

อาการแสดงของ asphyxia (classical signs)

ที่อาจพบได้ชัดเจนในบางรายได้แก่

1. **อาการเขียวคล้ำ (cyanosis)** สามารถตรวจและเห็นได้ชัดเจนบริเวณใบหน้า ริมฝีปาก และเนื้อเยื่อใต้เล็บมือเล็บเท้า

2. **อาการคั่งเลือดและบวม (congestion and edema)** การคั่งเลือดเกิดจากการที่เลือดไหลกลับสู่หัวใจได้ยากขึ้น มักพบบริเวณใบหน้า และลำคอ สำหรับการบวมเป็นสิ่งที่เกิดต่อจากอาการคั่งเลือด ทำให้สารน้ำไหลออกจากหลอดเลือดฝอย และคั่งอยู่ด้านนอกของหลอดเลือดหรือเนื้อเยื่อทำให้เกิดการบวมขึ้น

3. **จุดเลือดออก (petechial hemorrhage)** มักจะเป็นจุดเลือดออกขนาดเล็ก ที่เกิดการคั่งเลือดมาก ๆ และหลอดเลือดขยายตัว ทำให้มีเลือดไหลซึมออกมา เกิดเป็นจุดเลือดออกบนผิวหนังบาง ๆ เช่น เปลือกตา ใบหน้า เยื่อบุตาขาว เป็นต้น สำหรับอวัยวะภายในมักพบได้บริเวณผิวนอกของหัวใจ (epicardium) ส่วนในเด็กมักจะพบที่บริเวณต่อมไธมัส

4. **เลือดไม่แข็งตัว (fluidity of blood)** เกิดจากกลไกการแข็งตัวของเลือดบกพร่อง ร่วมกับการแตกของเม็ดเลือดแดงจากการขาดออกซิเจน

5. **หัวใจห้องขวาขยายตัว (dilatation of the right-side heart)** เกิดจากภาวะหัวใจห้องขวาล้มเหลว

อาการดังกล่าวข้างต้นอาจปรากฏหรือไม่ปรากฏให้เห็นขึ้นกับหลายปัจจัย เช่น การเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว หรือการเสียเลือดมาก หรือมีภาวะซีดอาจทำให้ไม่พบลักษณะดังกล่าวได้ จึงต้องอาศัยความรอบคอบในการชันสูตร โดยเฉพาะการตรวจดูลักษณะบาดแผลและข้อมูลอื่น ๆ เพื่อให้วินิจฉัยสาเหตุการเสียชีวิตได้ถูกต้อง



สิ่งที่ควรตรวจหาใน asphyxia กรณีต่าง ๆ

1. **การขัดขวางอากาศที่เข้าสู่ทางเดินหายใจ (obstruction of the airway)**

1.1 ศีรษะอยู่ในที่อับอากาศ (suffocation) ควรตรวจหาร่องรอยการต่อสู้ ยาหรือสารที่ทำให้เคลิ้มหรือหมดสติ รวมถึงบาดแผลและร่องรอยบนร่างกาย ร่วมกับประวัติและลักษณะสิ่งแวดล้อมที่พบ เช่น เด็กเล็กเข้าไปเล่นซ่อนแอบในตู้เย็นที่ไม่ได้ใช้งานแล้วออกไม่ได้ อาจจะพบว่ามีร่องรอยของการมีชีวิตและดิ้นรนจนหมดสติภายในตู้ มีประวัติจากเพื่อนที่เล่นด้วยกัน และตรวจไม่พบบาดแผลหรือร่องรอยอื่น หรือการครอบถุงที่ศีรษะ ควรมีประวัติของเหตุการณ์หรือเหตุจูงใจ หรือร่องรอยบาดแผลในกรณีที่ถูกคนอื่นทำ ร่วมกับการตรวจพบร่องรอยของการมีชีวิตและดิ้นรนจนหมดสติในที่เกิดเหตุ

1.2 การอุดกั้นทางเข้าออกของลมหายใจนอกร่างกาย (smothering) ควรตรวจดูการบาดเจ็บบริเวณ

จมูกและบริเวณรอบนอกรวมถึงภายในช่องปาก โดยเฉพาะบริเวณ frenulum มักจะพบการฉีกขาดที่เกิดจากการดิ้นรนขัดขืน ยกเว้นในทารกหรือเด็กเล็กมากอาจตรวจไม่เจอ

1.3 การสำลักสิ่งแปลกปลอมอุดกั้นทางเดินหายใจ (choking or gagging) มักพบในเด็ก คนชรา ผู้ป่วยอัมพาต คนเมา หรือคนที่ใช้ยาที่กดการทำงานของสมองที่ทำให้ gag reflex ไม่ทำงาน การตรวจจะพบเศษอาหาร หรือวัตถุแปลกปลอมอุดภายในหลอดลมหรือบริเวณกล่องเสียง หรือมีประวัติที่พบสิ่งแปลกปลอมเหล่านี้ตอนใส่ endotracheal tube และควรซักประวัติของเหตุการณ์รวมถึงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ด้วย

1.4 ทางเดินหายใจบวม (swelling of respiratory tract) จะตรวจพบอาการแสดงหรือรอยโรคอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ในกรณีที่อยู่ในที่ที่เกิดไฟไหม้หรือมีควันหรืออากาศร้อน จะพบบาดแผลถูกความร้อนที่ร่างกายหรือใบหน้า หรือ ในกรณีที่เกิดการแพ้ ก็จะพบอาการบวมของผิวหนังหรือใบหน้าร่วมด้วย และต้องได้ประวัติที่ใช้ช่วยวินิจฉัยตั้งแต่เหตุการณ์ที่เกิด อาการที่เริ่มเป็น หรือประวัติการแพ้

2. **การกดรัดบริเวณลำคอ (compression of the neck)**

2.1 **การแขวนคอ (hanging)** แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ

- **complete hanging** คือ การแขวนคอที่ไม่มีส่วนใดของร่างกายสัมผัสกับพื้น แรงกดจากวัตถุ

ที่คล้องคอจะมีมากจากน้ำหนักตัวเกือบทั้งหมด จนสามารถกดหลอดเลือดแดงบริเวณลำคอได้ มักจะพบว่าใบหน้ามีลักษณะซีดกว่าและไม่ค่อยพบ petechial hemorrhage บาดแผลที่พบจะมีลักษณะเป็นรอยถลอกไหม้จากการกดรัดและครูดของวัตถุชัดเจน (rope-burned abrasion) ถ้าหากแขวนในที่สูงและกระโดดลงมาอาจทำให้เกิดกระดูกส่วนคอหักจนหรือคอขาดได้ (decapitating hanging) กรณีที่ไม่เสียชีวิต อาจจะเกิดภาวะ thrombo-embolism และ cerebral infarction หรือ bradycardia จาก carotid injury ได้

- **incomplete hanging** คือ การแขวนคอที่มีร่างกายส่วนใดส่วนหนึ่งสัมผัสกับพื้น เช่น ยืนเท้าแตะพื้น งอเข่า คุกเข่า นั่ง หรือนอน แรงกดจากวัตถุที่คล้องคออาจจะไม่มาก เนื่องจากน้ำหนักถูกรองรับบางส่วน ทำให้กดเฉพาะหลอดเลือดดำบริเวณลำคอเป็นส่วนใหญ่ มักจะพบว่าใบหน้ามีลักษณะคล้ำกว่าและอาจจะพบ petechial hemorrhage ส่วนบาดแผลที่พบ อาจจะมีลักษณะเป็นรอยถลอกไม่ชัดเจนได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การใช้วัตถุที่มีหน้าสัมผัสกว้างและนุ่ม เช่น ผ้าปูที่นอน

การตรวจชันสูตรในรายของการแขวนคอ ต้องบันทึก

- ลักษณะของรอยรัด ทิศทาง ปม และรอยประทับ เปรียบเทียบกับขนาดและลักษณะผิวของวัตถุ นอกจากนี้ในกรณีที่เป็นศพ ยังต้องพิจารณาว่าเป็นบาดแผลที่เกิดขึ้นก่อนหรือหลังตายด้วย *(ดูบทที่ 11)*

- บาดแผลต่าง ๆ ที่พบบนร่างกาย ว่ามีอย่างไร และอธิบายว่าเกิดขึ้นจากอะไร โดยมีข้อพิรุธสงสัยหรือไม่
- กรณีชันสูตรศพในที่เกิดเหตุ ต้องวัดความยาวของวัตถุที่แขวน โดยวัดความยาวและขนาดทั้งหมด วัดจากจุดที่ผูกจนถึงคอ วัดความสูงของร่างกาย วัดความยาวของร่างกายจากจุดที่ลำคอถูกคล้องแขวนจนถึงจุดที่สัมผัสพื้น (กรณี incomplete hanging) หรือวัดจากปลายเท้าที่ลอยพ้นพื้นจนถึงพื้น (กรณี complete hanging)
- ตรวจดูสารที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทในที่เกิดเหตุ หรือเก็บสิ่งส่งตรวจจากร่างกายของผู้ป่วยเสมอ เพราะอาจเป็นการอำพรางคดี โดยวางยานอนหลับแล้วจับแขวนคอ
- การตรวจศพต้องดูการเปลี่ยนแปลงหลังตายว่าเป็นไปตามลักษณะท่าทางของศพหรือไม่ เช่น แขวนคอท่ายืนควรจะพบ livor mortis บริเวณขาทั้งสองข้างและปลายมือ หรือแขวนท่านอนคว่ำก็ควรจะพบบริเวณหน้าอกเป็นต้น สำหรับเชือกหรือวัตถุที่ใช้แขวนคอ ก็ไม่ควรแก้ปมออก แต่ควรตัดบริเวณอื่นที่ไม่ใช่ปม เพื่อให้นำไปตรวจสอบลักษณะของวัตถุเมื่อส่งศพไปตรวจได้ต่อไป กรณีเป็นผู้ป่วยก็ควรเก็บไว้เป็นวัตถุพยานเช่นเดียวกันจนกว่าจะทราบแน่ชัดว่า ผู้ป่วยทำร้ายตนเอง

2.2 **การรัดคอ (ligature strangulation)** ใช้วัตถุต่าง ๆ มากดที่หน้าลำคอแล้วดึงไปด้านหลัง ส่วนใหญ่ใช้เชือกหรือของยาว ๆ คล้ายเชือก ลักษณะของศพภายนอกจะพบการคั่งเลือดที่ใบหน้าอย่างชัดเจนมากกว่ากรณี incomplete hanging คือ

- พบว่ามี plethora, overt petechial hemorrhage, subconjunctival hemorrhage หรือ facial edema เป็นต้น
- รอยรัดมักจะอยู่ในแนวขนาน ซึ่งต่างจากการแขวนคอที่มักจะเฉียงขึ้น ยกเว้นการแขวนคอท่านอนอาจพบรอยในแนวขนานได้
- ถ้าไม่เสียชีวิตอาจจะมีภาวะ brain anoxia หรือ brain edema หรือจะพบว่าเจ็บที่ลำคอมากและเกิดยาวนานจาก muscular hemorrhage
- ส่วนใหญ่เกิดจากการทำร้ายหรือฆาตกรรม แต่ส่วนน้อยอาจจะทำตัวเองได้ ทั้งนี้ต้องได้ข้อมูลจากลักษณะที่พบในที่เกิดเหตุและพยาธิสภาพโดยละเอียดเป็นสำคัญ ดังนั้น ในกรณีที่เป็นศพ จึงควรส่งผ่าชันสูตรศพเพื่อดูพยาธิสภาพภายในของศพเพื่อหาสาเหตุและพฤติการณ์การตายที่แท้จริงต่อไป

2.3 **ทั้งการแขวนคอและรัดคอ** อาจจะมีลักษณะอย่างหนึ่งที่เรียกว่า autoerotic asphyxia (sexual hanging, asphyxophilia, hypoxyphilia) คือ การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อเพิ่มความพึงพอใจทางเพศจากการทำให้ร่างกายขาดออกซิเจนโดยการรัดคอหรือแขวนคอ แต่เกิดอุบัติเหตุผิดพลาดจนช่วยเหลือตนเองไม่ได้หมดสติและเสียชีวิต พบว่ามักจะมีลักษณะที่พบบ่อยอยู่ 6 ประการ คือ

- ตรวจพบวิธีการที่ทำให้เกิดการขาดออกซิเจน เช่น การรัดคอ ผูกคอ โดยที่ยังคงมีกลไกในการช่วยเหลือด้วยตนเองได้ (self-rescue mechanism) เช่น คล้องคอหลวม ๆ ในท่าทางที่ยืนได้ง่าย เงื่อนเป็นเงื่อนกระตุก ขันชะเนาะที่คลายเกลียวได้ง่าย หรือมีการใช้ผ้าพันก่อนรัดด้วยเชือกเพื่อป้องกันรอยกดทับจากเชือกบริเวณคอ
- อยู่ในห้องส่วนตัว หรือที่ที่ปิดมิดชิด หรือเวลาที่ไม่มีคนในครอบครัวอยู่ในบ้าน
- ทำกิจกรรมดังกล่าวเพียงคนเดียว (solo sexual activity)
- มีหลักฐานของการจินตนาการทางเพศ หรือพบสิ่งที่ใช้กระตุ้นอารมณ์ทางเพศ (sexual fantasy aids) หรือพบในท่าทางเปลือยกายอยู่

• มีหลักฐานว่าเคยมีประวัติการปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ เพื่อเพิ่มความพึงพอใจด้านเพศ จนทำให้ร่างกายได้รับอันตรายมาก่อนหน้านี้ (prior dangerous autoerotic practice)

• ไม่พบลักษณะหรือสิ่งบ่งชี้ถึงการเจตนาฆ่าตัวตาย (no apparent suicidal intent)

2.4 **การถูกบีบคอ (manual strangulation)** อาจเป็น บีบมือเดียวหรือสองมือ และยังรวมไปถึงการรัดคอด้วยแขน หรือใช้วัตถุกดไปด้านหน้าของลำคอ มีสิ่งที่ตรวจพบคล้ายกันกับ ligature strangulation แต่ลักษณะร่องรอยภายนอก อาจตรวจพบ

• บาดแผลถลอก ฟกช้ำ หรือฉีกขาดขนาดเล็กจากปลายนิ้วหรือเล็บของผู้ทำร้ายในขณะที่มีการขัดขืน การตรวจร่างกาย ต้องทำด้วยความละเอียดรอบคอบและควรเงยคอหรือยืดคอ ให้ชัดเพื่อตรวจรอยบาดแผลเล็ก ๆ ที่อาจซ่อนอยู่ในรอยพับของลำคอได้ง่าย

• ถ้าไม่เสียชีวิตอาจจะมีภาวะ brain anoxia หรือ brain edema หรือจะพบว่าเจ็บที่ลำคอมากและเกิดยาวนานจาก muscular hemorrhage หรือ จะพบ fracture ของ hyoid bone, larynx หรือ trachea ได้

• เกือบทุกรายเกิดจากการทำร้ายหรือฆาตกรรม ทั้งนี้ต้องได้ข้อมูลจากลักษณะที่พบในที่เกิดเหตุและพยาธิสภาพโดยละเอียดเป็นสำคัญ ดังนั้น ในกรณีที่เป็นศพ จึงควรส่งผ่าชันสูตรศพ เพื่อดูพยาธิสภาพภายในของศพเพื่อหาสาเหตุและพฤติการณ์การตายที่แท้จริงต่อไป

ตารางที่ 15.1 เปรียบเทียบความแตกต่าง
ระหว่างการแขวนคอกับการถูกรัดคอ

การแขวนคอ	การถูกรัดคอ
รอยรัดมักเฉียงขึ้นหาปม หรือเฉียงขึ้นบรรจบกัน	รอยรัดมักอยู่ในแนวขนานกับพื้น
รอยรัดมักอยู่ระหว่าง larynx กับ hyoid bone หรือใต้คาง	รอยรัดอาจอยู่บริเวณ hyoid bone หรือกลางลำคอก็ได้
อาจพบ greater cornu ของ hyoid bone หักได้	อาจจะพบ hyoid bone หรือ thyroid หรือ cricoid cartilage หักได้
ไม่ค่อยพบว่ามี muscular hemorrhage	มักจะมี muscular hemorrhage
ไม่พบบาดแผลต่อสู้หรือป้องกันตัวเอง	พบบาดแผลต่อสู้หรือป้องกันตัวเอง ยกเว้นกรณีรัดคอตัวเอง

3. **การบาดเจ็บหรือการกดทับช่องอกทำให้ไม่สามารถขยายได้** (impaired chest movement or mechanical asphyxia) กรณีนี้มักจะพบว่าเสียชีวิตแล้ว โดยมี 2 กรณี ซึ่งทั้งสองกรณีนี้มักจะมี facial congestion ได้ จาก impaired venous return นอกจากนี้ การตรวจศพ ณ ที่ที่พบศพ จะสามารถช่วยแยกชนิดและวินิจฉัยการเสียชีวิตแบบนี้ได้มาก

3.1 อวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวของทรวงอกหรืออวัยวะในทรวงอกเกิดการบาดเจ็บ (traumatic asphyxia) อาจพบรอยฟกช้ำหรือเป็นรอยประทับลักษณะคล้ายของที่มากดทับ หรือจะพบพยาธิสภาพของการบาดเจ็บที่ผนังทรวงอกตามที่ได้กล่าวไว้แล้วในตอนต้น พฤติการณ์การเสียชีวิตในกรณีของ traumatic asphyxia มักเกิดจากอุบัติเหตุ แต่อย่างไรก็ตามอาจเป็นไปได้ทั้งถูกฆ่าและฆ่าตัวตาย และในกรณีนี้ การเข้าไปตรวจศพอาจจะพบว่ามีของหรือวัตถุหนักขนาดใหญ่หรือโครงสร้างที่อาจจะพังลงมา ในสภาพที่ไม่ปลอดภัย ควรให้เจ้าหน้าที่กู้ภัยที่ชำนาญเข้าไปทำให้สถานการณ์ปลอดภัย หรือให้รีบถ่ายรูปโดยรอบให้เร็วที่สุดแล้วให้นำศพออกมาตรวจในสถานที่ที่ปลอดภัย

3.2 ท่าทางหรือการกดทับส่วนอื่นของร่างกายที่ทำให้ทรวงอก กะบังลม และหน้าท้อง เคลื่อนไหวลำบากจนรบกวนการหายใจ (positional asphyxia or postural asphyxia) กรณีนี้ อาจจะไม่พบร่องรอยตามร่างกาย ดังนั้น การตรวจสถานที่เกิดเหตุในขณะที่ศพยังอยู่และไม่ถูกเคลื่อนย้าย หรืออาจจะส่งศพเพื่อตรวจหาสารซึ่งอาจจะกดระบบประสาท รวมถึงการซักประวัติถึงโรคประจำตัวและปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ จะช่วยในการวินิจฉัยได้ดีที่สุด สำหรับพฤติการณ์การเสียชีวิตในกรณีของ positional asphyxia มักจะเกิดจากอุบัติเหตุ

ตารางที่ 15.2 แสดงข้อแตกต่างระหว่าง traumatic และ positional asphyxia

Traumatic asphyxia	Positional asphyxia
• ทรวงอกได้รับบาดเจ็บ	• ทรวงอกไม่ได้รับบาดเจ็บ
• ไม่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับสารหรือยา ที่เกี่ยวข้องกับจิตประสาท	• มีความสัมพันธ์โดยตรงกับสารหรือยาที่เกี่ยวข้องกับจิตประสาท เช่น มึนเมา
• ร่างกายอยู่ในท่าทางใด ๆ ก็ได้	• ร่างกายอยู่ในบางท่าทาง เช่น ห้อยศีรษะลง หรือลำตัวพับงอคุดคู้มาก (jack-knife position)
• เกิดจากแรงภายนอกกดที่ทรวงอกโดยตรง	• เกิดจากน้ำหนักตัวเอง

4. **สิ่งแวดล้อมมีออกซิเจนน้อย** หรือมีก๊าซพิษที่แย่งจับกับออกซิเจนในเลือด (decreased oxygen in the air or poisonous air) ตัวอย่างที่พบได้บ่อยได้แก่

4.1 คาร์บอนมอนนอกไซด์ (CO) เป็นก๊าซที่ไม่มีสี ไม่มีกลิ่น ส่วนใหญ่เกิดจากการเผาไหม้ไม่สมบูรณ์ มีความสามารถในการจับกับออกซิเจนในเลือดสูง จึงทำให้เมื่อได้รับเข้าไปแล้วไปแย่งจับกับออกซิเจนทำให้เนื้อเยื่อและเซลล์ขาดออกซิเจน การชันสูตรศพจะพบ ผิวหนังมีสีชมพูสด (cherry pink) โดยเฉพาะเมื่อตรวจดู livor mortis นอกจากนี้ เมื่อตรวจศพจะพบว่าอยู่ในสถานที่เกิดเหตุที่อับอากาศ หรือมีช่องทางที่จะสร้างก๊าซดังกล่าวขึ้นมา เช่น จุดเตาถ่านในห้องหรือเต็นท์ที่ปิดทึบไม่มีรูระบายอากาศได้ หรือการต่อสายยางจากท่อไอเสียรถยนต์เข้าไปในห้องโดยสาร และปิดช่องหน้าต่างแล้วติดเครื่องยนต์ไว้ เป็นต้น การตรวจยืนยันทำได้โดยการเก็บเลือดใส่หลอด NaF (จุกสีเทา) และเก็บไว้ที่อุณหภูมิ 4 องศาเซลเซียส

4.2 ไซยาไนด์ อยู่ในรูปของแข็ง (KCN) และก๊าซ (HCN) มีกลิ่นที่เรียกว่า bitter almond เกิดจากการเผาไหม้ของไม้ พลาสติก หรือเฟอร์นิเจอร์ต่าง ๆ ภายในที่อยู่อาศัย ดังนั้นผู้ที่เสียชีวิตในกองเพลิงควรตรวจหาระดับของไซยาไนด์ด้วย ออกฤทธิ์คล้ายกับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ทำให้เซลล์ไม่สามารถใช้ออกซิเจนได้ และทำให้ผิวหนังเป็นสีชมพูเช่นเดียวกับพิษของคาร์บอนมอนอกไซด์ นอกจากนี้ ยังได้รับเข้าทางปากได้ ซึ่งพบทั้งจากการฆาตกรรมและอุบัติเหตุ

บทที่ 16

Drowning and Submersion Injury

วรัทพร สิทธิจรูญ
ภาณุวัฒน์ ชุติวงศ์

ลักษณะของปัญหาที่พบ

การพบศพในน้ำ มักจะมีปัญหาในการชันสูตรพลิกศพ คือ ส่วนใหญ่มักเป็นศพที่เน่าแล้ว การตรวจพิสูจน์บุคคล และการประเมินระยะเวลาการตายมักทำได้ยาก รวมทั้งการตรวจสภาพศพและบาดแผลไม่ชัดเจน หรือบางรายไม่ปรากฏบาดแผลภายนอก ทำให้แพทย์ไม่สามารถสันนิษฐานหาสาเหตุการตายทำได้ การวินิจฉัยว่าจมน้ำตาย ทำโดยการตัดเอาสาเหตุอื่น ๆ ที่เป็นไปได้ออก (exclusional diagnosis)

ประเด็นสำคัญในกรณีนี้

1. การตรวจพิสูจน์บุคคล เนื่องจากศพเน่าเป็นส่วนใหญ่และมีการเปลี่ยนสภาพไปมาก

2. การหาสาเหตุการตาย การพบศพในน้ำการตายอาจเป็นกรณีใดกรณีหนึ่ง ดังต่อไปนี้

2.1 ตายจากเหตุผิดธรรมชาติอื่น เช่น ถูกยิง ถูกตีที่ศีรษะ ถูกแทง บีบคอ แล้วจับโยนลงน้ำ

2.2 ตายโดยธรรมชาติก่อนแล้วตกลงน้ำ เช่น กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดในสมองแล้วตกเรือ หรือสะพาน

2.3 ตายโดยธรรมชาติขณะอยู่ในน้ำ เช่น กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ลมชัก ตะคริว

2.4 ตายจากสัมผัสน้ำเย็นหรืออุณหภูมิต่ำ (hypothermia) มักพบในภูมิภาคที่มีอากาศที่หนาวเย็นมาก ๆ ใกล้จุดเยือกแข็ง ซึ่งในประเทศไทยจะพบได้น้อย

2.5 ได้รับบาดเจ็บหลังจากตกน้ำ หรือตกเรือ เช่น ศีรษะกระแทกเรือ หิน พื้นสระน้ำ ตอสะพานหรือ ใบพัดเรือ

2.6 จมน้ำตาย

3. การประเมินระยะเวลาที่เสียชีวิต

4. ในหลาย ๆ กรณี อาจจะมีประเด็นที่ต้องพิสูจน์ว่าเสียชีวิตก่อนจมน้ำหรือจากการจมน้ำ เช่น กรณีที่มีประกันชีวิต หรือ กรณีที่พบบาดแผลอื่นซึ่งอาจจะเป็นสาเหตุการตาย

5. การบาดเจ็บหรือลักษณะบาดแผลที่พบจากศพเกิดขึ้นก่อนตายหรือหลังตาย

ลักษณะที่อาจจะตรวจพบหรือต้องสังเกตในกรณีนี้

สิ่งตรวจพบภายนอก

1. ผมและลำตัวเปียกและเย็น

2. อาจไม่พบการตกลงสู่เบื้องต่ำของเลือดภายหลังตาย เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงท่าทางของศพไปมาขณะที่อยู่ในน้ำ หรืออาจพบว่าเป็นสีชมพู (pink livor mortis) หากจมน้ำที่เย็นจัด ซึ่งจะแยกได้ยากว่ามาจากสารพิษหรือไม่

3. อาจพบลักษณะทั่วไปของการขาดอากาศ (classical asphyxial signs)

4. อาจจะพบฟองอากาศปนน้ำที่มีเลือดปน บริเวณปาก จมูก และหลอดลม (fine pink frothy fluid) เป็นลักษณะของ pulmonary edema เมื่อใช้มือกดลิ้นปี่จะเห็นฟองอากาศปนน้ำไหลออกมาจากรูจมูกและปากชัดขึ้น

5. อาจจะพบดินโคลน พืชน้ำ หรือสัตว์เล็ก ๆ ในช่องปากและจมูก

6. ผิวหนังบริเวณฝ่ามือฝ่าเท้าเหี่ยวย่น ซีดขาว หรือลอกออก (washer woman's skin) ซึ่งพบในทุกกรณีที่ศพแช่ในน้ำ

7. ผิวหนังคล้ายขนลุก หรือคล้ายหนังห่าน (goose flesh or cutis anserina)

8. อาจจะพบว่ามือของศพกำแน่น (clenched hand) และพบเศษดินโคลนและพืช อยู่ในกำมือ ซึ่งเป็นลักษณะของ cadaveric spasm ที่เกิดจากการดิ้นรนก่อนตาย และมี rigor mortis เกิดขึ้นทันที

ประเด็นที่ควรส่งศพตรวจเพิ่มเติม

1. ควรพิจารณาส่งผ่าชันสูตรศพในกรณีที่สงสัยในสาเหตุหรือพฤติการณ์การตาย หรือพบบาดแผลที่ไม่แน่ชัดว่าถูกทำร้ายหรือไม่

2. ตรวจหาปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือด หรือตรวจน้ำในลูกตาจากศพ *(ดูบทที่ 32 และ 33)* แต่ต้องพึงระวังว่าอาจจะมีความคลาดเคลื่อนจากกระบวนการเน่าได้

3. ตรวจหาสารพิษหรือสารเสพติดอื่นจากเลือดและปัสสาวะ *(ดูบทที่ 33)*

4. มีประเด็นอื่น ๆ เช่น ต้องการพิสูจน์เอกลักษณ์บุคคล หรือ ต้องการพิสูจน์สาเหตุการตายเพื่อใช้กับประกันชีวิต เป็นต้น *(ดูบทที่ 7)*

บทที่ 17

Physical Agent

วรัทพร สิทธิจรูญ
ภาณุวัฒน์ ชุติวงศ์

พลังงานทางกายภาพ (physical agent) คือ รูปแบบของพลังงานทางฟิสิกส์ที่ไม่ใช่พลังงานทางกลศาสตร์ ในที่นี้จะนำเสนอเฉพาะเรื่องที่พบได้บ่อยในทางปฏิบัติ กล่าวคือ ความร้อน (thermal injury), กระแสไฟฟ้า (electrocution) และฟ้าผ่า (lightning)

Thermal injury

มีรูปแบบที่พบได้บ่อย 2 ประการ

1. **Burn**

เกิดได้จากเปลวไฟ (flame) การสัมผัสของร้อนโดยตรง (direct contact) หรือ จากรังสีความร้อน (radiation) การเสียชีวิตขึ้นกับปัจจัย 3 อย่างคือ ความรุนแรงของบาดแผล พื้นที่ผิวของร่างกายที่ได้รับอันตราย (รายงานผล เป็น % เทียบกับพื้นที่ผิวของร่างกายทั้งหมด) และอายุของผู้ที่ได้รับอันตราย

2. **Scald (Scalding burn)**

ร่างกายสัมผัสกับของเหลวที่มีความร้อน เช่น น้ำร้อน น้ำมัน ความรุนแรงของการบาดเจ็บจะขึ้นกับอุณหภูมิของของเหลวและเวลาที่สัมผัส แบ่งเป็นการตกลงไปในของเหลว (immersion burn) การกระเด็นหรือหกราด (splash or spill burn) และการสัมผัสกับไอของเหลวที่ร้อนมาก ๆ (steam burn)

ลักษณะของปัญหาที่พบ

ศพที่พบในกองเพลิง มักจะมีปัญหาในการชันสูตรพลิกศพคือ

1. ส่วนใหญ่ศพมักไหม้ไฟและถูกทำลายด้วยความร้อน ทำให้การตรวจพิสูจน์บุคคล การตรวจสภาพศพ และลักษณะบาดแผลต่าง ๆ ไม่ชัดเจน ทำให้แพทย์ไม่สามารถสันนิษฐานหาสาเหตุการตายได้

2. ปัญหาที่สำคัญคือ อาจจะมีกรณีเป็นการเผาเพื่ออำพรางคดีฆาตกรรม ซึ่งช่วยกลบเกลื่อนร่องรอยการบาดเจ็บที่เกิดจากการกระทำความผิดได้

3. รูปแบบของบาดแผล เช่น ถูกของร้อนราด ถูกราดเชื้อเพลิงแล้วเผา หรือร่องรอยจี้หรือนาบด้วยความร้อน ถือเป็นสิ่งสำคัญในการระบุพฤติการณ์ของการกระทำ อาจจะพบได้จากการทารุณกรรมในกรณีต่าง ๆ *(ดูบทที่ 19 และ 20)*

การเตรียมตัวก่อนเข้าสถานที่พบศพเพื่อลงมือตรวจและเก็บข้อมูล

1. สอบถามสภาพของสถานที่พบศพในเรื่องความสะดวกและความปลอดภัยในการเข้าถึง ให้รอให้สถานที่นั้นได้รับการระงับเพลิงเสร็จโดยสมบูรณ์ และตรวจสอบแล้วว่าไม่มีวัตถุใด ๆ ประทุหรือระเบิดขณะที่ตรวจศพ

2. สวมหมวกแข็ง เพื่อป้องกันวัตถุตกลงมาบนศีรษะ

3. อาจจะสวมหน้ากากป้องกันฝุ่นหรือควัน ถ้ามีความจำเป็น

ประเด็นสำคัญที่ต้องคำนึงถึงสำหรับการตรวจศพในกรณีนี้

1. การตรวจพิสูจน์บุคคล

2. ผู้ตายเสียชีวิตขณะไฟไหม้ หรือเสียชีวิตก่อนไฟไหม้แล้วถูกนำมาเผาอำพราง

3. สาเหตุการตาย

4. การบาดเจ็บหรือลักษณะบาดแผลที่พบจากศพเกิดขึ้นก่อนตายหรือหลังตาย

ลักษณะที่อาจจะตรวจพบหรือต้องสังเกตในกรณีนี้

สิ่งตรวจพบภายนอก

1. สีของ livor mortis อาจเป็นสีแดงสด (cherry-pink livor mortis) จาก CO หรือ CN inhalation

2. บาดแผลผิวหนังถูกความร้อน แบ่งความรุนแรงเป็น 3 ระดับ คือ

2.1 **ระดับที่ 1 (first-degree burn)** ความร้อนทำลายหนังกำพร้า หรืออาจลึกถึงชั้นรอยต่อระหว่างชั้นหนังกำพร้าและหนังแท้ ผิวหนังมีสีแดงเข้ม

2.2 **ระดับที่ 2 (second-degree burn)** ความร้อนทำลายชั้นผิวหนังแท้ทั้งหมด ตรวจพบถุงน้ำพุพอง ซึ่งขอบและพื้นของถุงน้ำมีสีแดง หนังกำพร้าหลุดลอก จนถึงผิวหนังไหม้เป็นสีน้ำตาลดำ

2.3 **ระดับที่ 3 (third-degree burn)** ความร้อนทำลายลึกถึงชั้นใต้ผิวหนัง หรือชั้นกล้ามเนื้อ เนื้อเยื่อและเส้นประสาทถูกทำลายกระดูกและอวัยวะภายใน ลักษณะผิวหนังไหม้เกรียมหายไปหมด

3. การคำนวณพื้นที่ผิวของร่างกาย ใช้หลัก **Rule of Nine** โดยคำนวณจากบาดแผลถูกความร้อนระดับที่ 2 ขึ้นไป โดยแบ่งพื้นที่ผิวของร่างกายเป็นส่วนละ 9% ทั้งหมด 11 ส่วน รวมกับบริเวณอวัยวะเพศอีก 1 ส่วน (1%) รวมเป็น 100% หากได้รับอันตรายกับพื้นที่ผิวร่างกายมาก ส่วนใหญ่อาจถึงแก่ความตายได้ แต่ในคนชรา อาจจะทำให้ตายได้แม้มีพื้นที่น้อย ส่วนในเด็ก ถึงแม้จะได้รับอันตรายที่ส่วนของร่างกายตรงกันกับของผู้ใหญ่ แต่ขนาดสัดส่วนพื้นที่ผิวจะมีมากกว่า

4. บาดแผลผิวหนังพุพองจากการถูกของเหลวร้อนลวก แบ่งตามรูปแบบกลไกของการเกิด คือ

4.1 หากพลัดตกลงไปในน้ำร้อนมักจะมีบาดแผลกระจายทั้งตัว แต่หากจับเด็กหย่อนไปในน้ำร้อน เด็กจะงอแขนขา ทำให้บริเวณข้อพับไม่เกิดบาดแผล

4.2 หากเกิดจากการกระเด็นหรือหกราด บาดแผลมักเกิดนอกส่วนที่สวมเสื้อผ้า เช่น ใบหน้า คอ ทรวงอกส่วนบน และแขน หรือเฉพาะส่วนที่เสื้อผ้าปกปิดอยู่ ซึ่งเกิดจากการซึมไปตามเนื้อผ้า

4.3 หากเกิดจากการสัมผัสไอของเหลวที่ร้อนมาก อาจจะพบอันตรายของทางเดินหายใจจนถึงขั้นรุนแรงได้ เช่น การไหม้ของกล่องเสียง หลอดลม และทางเดินหายใจ *(ดูบทที่ 15)*

ข้อสังเกตและข้อควรระวังในกรณี postmortem artifacts in thermal death

1. ร่างกายถูกเผาไหม้เกิดการหดตัวและแข็งตัวของกล้ามเนื้อ flexor มากกว่า extensor ทำให้เกิดลักษณะแขนและขางอ หลังแอ่น จากการหดตัวของกล้ามเนื้อหลัง ลักษณะคล้ายท่านักมวยตั้งท่าชก เรียก pugilistic attitude ไม่ได้เกิดจากการจับมัด หรือแสดงว่ามีการดิ้นรนมีชีวิตในกองเพลิง

2. ผิวหนังปริแยกหรือขาด ตำแหน่งที่ปริมักเป็นข้อต่อหรือด้านเหยียด (extensor surface) ของร่างกาย ต้องระมัดระวังว่าเป็นบาดแผลที่เกิดขึ้นก่อนหรือหลังตาย

3. การแตกหักของกระดูกในศพที่ตายในกองเพลิง เช่น กระดูกที่หักจากความร้อน จะเป็น curve fracture ชิ้นเล็ก ๆ ถ้าร้อนไปเรื่อย ๆ จะเป็นสีขาวหรือเทา เปราะ และเป็นผงในที่สุด ส่วนกะโหลกศีรษะที่แตกจากความร้อน (heat skull fracture) มักจะพบจากบริเวณขมับก่อน มักจะมีรอยแตกหลายรอยกระจายออกจากจุดศูนย์กลางคล้ายใยแมงมุม และอาจพบเนื้อสมองดันแทรกออกมาระหว่างรอยแตก ซึ่งอาจทำให้เกิดความสับสนว่าเป็นการแตกของกระดูกก่อนหรือหลังตายได้

4. ก้อนเลือดเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอกที่เกิดหลังตาย (heat hematoma) พบในรายที่ถูกไฟไหม้บริเวณศีรษะอย่างมาก ก้อนเลือดจะมีสีน้ำตาลเหมือนช็อคโกแลต เป็นรูพรุนเหมือนรังผึ้ง ขนาดใหญ่และหนา หากมีข้อสงสัยว่าเกิดขึ้นก่อนตายหรือไม่ ควรส่งศพตรวจเพิ่มเติม

5. ความดันในช่องท้องดันลำไส้ใหญ่ยื่นออกมาเห็น dilated anus หรือ protruded rectum อาจจะสับสนกับสิ่งที่เกิดขึ้นก่อนตายได้ง่าย

ประเด็นที่ควรส่งศพตรวจ

1. มีบาดแผลหรือลักษณะที่สงสัยว่า อาจได้รับบาดเจ็บก่อนตาย ซึ่งอาจจะเกิดจากการถูกทำร้าย

2. เป็นการเผาหรือมีข้อสงสัยว่าเผาเพื่ออำพรางคดีฆาตกรรม ไม่ว่าจะพบบาดแผลหรือร่องรอยการบาดเจ็บหรือไม่

3. ศพเปลี่ยนแปลงจนต้องพิสูจน์เอกลักษณ์บุคคล เช่น เกิดเหตุเพลิงไหม้โรงแรมที่มีคนตายหลายคนและแยกแยะไม่ได้

Electrocution

เป็นผลมาจากกระแสไฟฟ้าไหลผ่านร่างกายและมักจะทำให้ตายหากเส้นทางเดินนั้นผ่านอวัยวะสำคัญที่มี electrophysiology ความรุนแรงของบาดแผลและการบาดเจ็บขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย คือ ปริมาณกระแสไฟฟ้า ความต้านทานไฟฟ้า ความต่างศักย์หรือแรงเคลื่อนไฟฟ้า ชนิดของกระแสไฟฟ้า (กระแสตรง และกระแสสลับ) ตำแหน่งของร่างกายที่กระแสไฟฟ้าไหลผ่าน ระยะเวลาที่กระแสไฟฟ้าไหลผ่าน และพื้นที่สัมผัส

ประเด็นที่ต้องคำนึงถึงในการชันสูตรพลิกศพ

1. การเสียชีวิตมักเกิดจากกระแสสลับ

2. การเข้าไปตรวจศพ ต้องมั่นใจว่ามีการตัดกระแสไฟฟ้าเรียบร้อยแล้ว โดยเฉพาะที่ที่พบศพนั้นมีน้ำท่วมขัง

3. การระบุสาเหตุการตายจากกระแสไฟฟ้า อาจจะมีทั้งตายจากการถูกกระแสไฟฟ้าโดยตรงหรือตายจากผลอื่นโดยอ้อม เช่น ถูกเปลวหรือประกายไฟไหม้ การบาดเจ็บที่เกิดจากการพลัดตกจากที่สูง หรืออุบัติเหตุจากเครื่องจักรที่กำลังทำงานอยู่

4. อาจจะตรวจไม่พบบาดแผลได้ ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลาย ๆ อย่าง เช่น กรณีผู้ตายอยู่ในน้ำ เป็นต้น ให้ดูข้อมูลและสิ่งที่พบแวดล้อมศพนั้น เป็นสำคัญ

5. กรณีที่ไม่พบบาดแผล อาจจะเป็นการตายจากสาเหตุอื่นก็ได้ เช่น โรค หรือสารพิษ ต้องหาข้อมูลโดยละเอียดและรอบด้านก่อน

การเตรียมตัวเพิ่มเติมก่อนลงมือตรวจและเก็บข้อมูล

1. ถามสภาพของสถานที่พบศพ การเข้าถึงและความปลอดภัยในการเข้าถึง รอให้สถานที่นั้นได้รับการตัดกระแสไฟฟ้าโดยสมบูรณ์ และตรวจสอบแล้วว่าไม่มีกระแสไฟฟ้ารั่วไหล

2. หากศพขังอยู่ในน้ำให้ยืนบนบกในที่ที่ปลอดภัย แล้วถ่ายรูป และให้เคลื่อนย้ายศพมาตรวจโดยละเอียดยังที่แห้ง

ลักษณะที่อาจจะตรวจพบหรือต้องสังเกตในกรณีนี้

สิ่งตรวจพบภายนอก

1. บาดแผลจากกระแสไฟฟ้า อาจพบจุดที่กระแสไฟฟ้าเข้า และจุดที่กระแสไฟฟ้าออก โดยเฉพาะที่ฝ่ามือหรือฝ่าเท้าที่มีความต้านทานสูง จะทำให้เกิดรอยไหม้ แต่หากร่างกายมีความต้านทานที่ผิวหนังต่ำและพื้นที่สัมผัสกับกระแสไฟฟ้ามาก อาจตรวจไม่พบบาดแผลภายนอก หรือบาดแผลทางออกได้

1.1 ลักษณะบาดแผลทางเข้าของกระแสไฟฟ้า เห็นลักษณะเป็นวงคล้ายเป้ายิง (target lesion) ลักษณะเป็นชั้น 3 วง

1.1.1 วงใน (inner zone) ส่วนที่ผิวหนังสัมผัสกับตัวนำไฟฟ้า ถ้าไม่ตายอาจจะเป็นเพียงมีตุ่มน้ำพุพอง เมื่อยุบหรือตายแล้วมักจะเป็นเนื้อตายแห้งหรือไหม้ (coagulative necrosis) และบุ๋ม (umbilicated lesion) หรืออาจเห็นเศษวัตถุตัวนำละลายติดอยู่

1.1.2 วงกลาง (middle zone) เห็นเป็นสีขาวซีด ขอบยกนูน (pale elevated border)

1.1.3 วงนอก (outer zone) เห็นเป็นสีแดงจากการคั่งเลือดและการอักเสบ

1.2 บางกรณีอาจเห็นเฉพาะเป็นจุดขาวตุ่มน้ำเล็ก ๆ หรือผิวหนังหลอมเป็นก้อนแข็ง ๆ สีน้ำตาลนูน (spark lesion)

1.3 อาจมีร่องรอยของโลหะในบาดแผลจากกระแสไฟฟ้า ซึ่งมักมองไม่เห็นด้วยตาเปล่า

2. การหักของกระดูก อาจจะเกิดจากการหดตัวอย่างรุนแรงของกล้ามเนื้อ หรือการได้รับบาดเจ็บจากผลทางอ้อม ไม่ใช่เกิดจากการทำร้ายก็ได้

3. การได้รับบาดเจ็บตามร่างกาย ต้องดูที่เกิดเหตุประกอบว่าเกิดได้จากผลทางอ้อมหรือ เกิดจากการถูกกระทำโดยตรง เช่น กระแสไฟฟ้าไหลผ่านแผ่นสังกะสี เมื่อถูกดูดและเสียหลักถูกแผ่นสังกะสีบาด อาจจะพบว่าบาดแผลถูกบาดมีรอยไหม้ด้วย

4. rigor mortis อาจจะเกิดล้ำการเปลี่ยนแปลงภายหลังตายอื่น ๆ หรือเกิดเร็วกว่าเวลาตายจริงได้มาก (advance rigor mortis)

ประเด็นที่ควรส่งศพตรวจ หรือตรวจหาข้อมูลอื่นเพิ่มเติม

1. ควรพิจารณาส่งผ่าชันสูตรศพในกรณีที่สงสัยในสาเหตุหรือพฤติการณ์การตาย เช่น ไม่พบบาดแผลภายนอก ซึ่งอาจจะเป็นเรื่องการตายโดยยังมิปรากฏเหตุ การตายที่สงสัยว่าได้รับสารพิษ หรือโรคทางธรรมชาติได้ โดยเฉพาะหากมีการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

2. แจ้งพนักงานสอบสวน ให้ตรวจพิสูจน์หลักฐานบริเวณที่มีกระแสไฟฟ้ารั่ว หรือส่งอุปกรณ์ไฟฟ้าที่ชำรุดนั้นไปตรวจสภาพหรือจุดรั่ว

Lightning

ประเด็นที่ต้องคำนึงถึงในการชันสูตรพลิกศพ

1. ฟ้าผ่า เป็นกระแสไฟฟ้าแรงสูง

2. การเข้าไปตรวจศพ ต้องมั่นใจว่าจะไม่มีฟ้าผ่าซ้ำหรือไม่มีอันตรายจากสิ่งแวดล้อมที่โดนผ่า เช่น ต้นไม้หักโค่น

3. ในบางครั้งการตายจากฟ้าผ่า อาจเกิดจากแรงระเบิดจากการขยายตัวของอากาศ ทำให้เสื้อผ้าขาด หรืออวัยวะฉีกขาด อาจสับสนว่าเกิดจากการถูกทำร้ายร่างกายได้

การเตรียมตัวเพิ่มเติมก่อนลงมือตรวจและเก็บข้อมูล

1. ถามสภาพของสถานที่พบศพ การเข้าถึง และตรวจสอบความเสียหาย เช่น ต้นไม้หักโค่น บ้านพัง ให้แน่ใจในความปลอดภัยก่อน

2. ควรสวมเสื้อผ้าหรือเครื่องประดับที่ไม่เป็นสื่อนำไฟฟ้า

3. รอให้สภาพอากาศปลอดจากความเสี่ยงที่ฟ้าจะผ่าซ้ำอีก หรือให้นำศพมาตรวจในที่ที่ปลอดภัย แล้วค่อยไปดูสถานที่เกิดเหตุในภายหลัง

ประเด็นสำคัญในกรณีนี้

ผู้เสียชีวิตอาจได้รับอันตรายจากฟ้าผ่า ดังนี้

1. ฟ้าผ่าถูกร่างกายโดยตรง

2. ฟ้าผ่าวัตถุที่อยู่ใกล้ และกระแสไฟฟ้ากระโดดมายังผู้เสียชีวิต

3. กระแสไฟฟ้าจากฟ้าผ่าผ่านมาตามสายไฟของเครื่องใช้ไฟฟ้าที่ใช้อยู่ ขณะเกิดฟ้าผ่า

4. กระแสไฟฟ้าจากฟ้าผ่าผ่านมาตามพื้นดิน

5. ได้รับอันตรายจากแรงอัดระเบิดของอากาศ

6. การได้รับบาดเจ็บจากวัตถุอื่นขณะเกิดฟ้าผ่า เช่น จากวัตถุหล่นหรือกระเด็นมากระแทก หรือการพลัดตกหกล้ม

ลักษณะที่อาจจะตรวจพบหรือต้องสังเกตในกรณีนี้

สิ่งตรวจพบภายนอก

1. มีรอยไหม้ตามร่างกาย หรือไหม้จนเกรียมเป็นบริเวณกว้าง

2. ผมหงิกงอ หรือเสื้อผ้าขาด

3. มีบาดแผลหรือร่องรอยเฉพาะที่ผิวหนังไหม้จากฟ้าผ่า คือ พบรอยแดงเป็นแนวที่มีกิ่งก้านเป็นแฉกออกคล้ายใบเฟิร์น (fern-like pattern or aborescent pattern) ซึ่งอาจจะเห็นได้ทันทีหลังถูกฟ้าผ่า แต่จะจางหายไปในระยะเวลาอันรวดเร็ว

4. มีรอยไหม้ผิวหนังบริเวณที่สัมผัสกับโลหะที่ถูกทำให้ร้อนและหลอมละลาย เช่น ต่างหู หัวเข็มขัด พวงกุญแจที่ห้อยไว้บริเวณร่างกาย

5. อาจจะพบการบาดเจ็บของร่างกายเมื่อกระเด็นไปกระแทกของแข็ง หรือถูกของอื่นกระเด็นมากระทบ

6. การอัดของอากาศ อาจทำให้เกิดบาดแผลฉีกขาดที่ผิวหนัง เยื่อแก้วหูฉีกขาด กระดูกหัก หรือกะโหลกศีรษะแตก

ประเด็นที่ควรส่งตรวจเพิ่มเติม

ควรพิจารณาส่งผ่าชันสูตรศพในกรณีที่สงสัยในสาเหตุหรือพฤติการณ์การตาย เช่น พบร่องรอยหรือบาดแผลไม่ชัดเจน หรือสงสัยในเวลาตายจากการตรวจศพที่ไม่สัมพันธ์กับช่วงที่มีฟ้าผ่า

บทที่ 18
การถูกทอดทิ้งจนเจ็บป่วย หรือเสียชีวิต (Neglect)

ศักดา สถิรเรืองชัย
ธีรพร เหลืองรังษิยากุล

ลักษณะของปัญหาที่พบ

การทอดทิ้งเด็ก คนป่วยเจ็บ หรือคนชราเป็นความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 306 – 308 ดังนั้น เมื่อมีการตายผิดธรรมชาติ หรือตายโดยยังมิปรากฏเหตุในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ไม่ว่าจะเป็นเด็กหรือผู้สูงอายุ พนักงานสอบสวนผู้ชันสูตรพลิกศพอาจต้องการข้อมูลจากแพทย์ผู้ร่วมทำการชันสูตรพลิกศพว่าการตายนั้น เป็นผลของการกระทำความผิดอาญาฐานทอดทิ้งเด็ก คนป่วยเจ็บ หรือคนชราหรือไม่ หากมีประเด็นหรือข้อสงสัยว่าจะมีการกระทำความผิด ควรพิจารณาส่งศพเพื่อตรวจเพิ่มเติม

ประเด็นสำคัญที่ต้องพิจารณา

1. ผู้ตายมีความเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น dementia, mental retardation หรือ congenital anomaly หรือไม่

2. โรคหรือภาวะที่สงสัยว่าเกี่ยวข้องกับสาเหตุการตายมีทางป้องกันโดยการดูแลที่เหมาะสมหรือไม่ เช่น พาไปพบแพทย์ตามนัด, รับประทานยาต่อเนื่อง

3. นอกจากการถูกทอดทิ้ง ผู้ตายยังถูกทารุณกรรมหรือ abuse รูปแบบอื่นด้วยหรือไม่ เช่น sexual abuse หรือ physical abuse

4. การตรวจพบ pressure sore (bed sore หรือ decubitus ulcer) ไม่ได้หมายความว่าผู้ดูแลให้การดูแลไม่เหมาะสม เพราะการเกิด pressure sore นั้นมีหลายสาเหตุ อาจจะไม่ได้เกิดจากการถูกทอดทิ้งเพียงอย่างเดียว



การซักประวัติจากญาติหรือผู้ดูแล

1. ลักษณะของการใช้ชีวิตของผู้ตาย เช่น กิจวัตรประจำวันที่สามารถทำได้ ทั้ง Activities of Daily Living (ADL) และ Instrumental Activities of Daily Living (IADL) ถ้าผู้ตายเป็นเด็ก ควรซักประวัติพัฒนาการทั้งกล้ามเนื้อใหญ่ กล้ามเนื้อเล็ก การสื่อสาร เพื่อนำมาใช้ประเมินเหตุการณ์ที่ญาติหรือผู้ดูแลแจ้ง เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะ bed ridden หรือเด็กที่ยังเดินไม่ได้ ไม่ควรมีบาดแผลที่เกิดจากการหกล้ม

2. ช่วงเวลาที่เกิดเหตุการณ์ตาย หรือเหตุการณ์ที่ทำให้พบศพ อาการความเจ็บป่วยของผู้ตายก่อนหน้า

3. โรคประจำตัวของผู้ตาย การดำเนินโรคตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย การรักษาพยาบาลที่กำลังได้รับ หน้าที่ของผู้ดูแลในแต่ละวัน

4. ถ้าตรวจร่างกายพบบาดแผล ตรวจถามถึงสาเหตุของบาดแผล ระยะเวลาที่เกิดบาดแผล การรักษาบาดแผล

เบื้องต้น ในทำนองเดียวกับการชันสูตรบาดแผล ประเด็นสำคัญที่ควรพิจารณาคือลักษณะของบาดแผลเข้ากันได้กับประวัติที่ญาติหรือผู้ดูแลแจ้งหรือไม่

การตรวจศพที่สงสัยว่าความตายเป็นผลจากการถูกทอดทิ้ง และการดำเนินการในกรณีผู้ป่วย

1. ตรวจสภาพศพทั่วไปหาภาวะ malnutrition/starvation เช่น sunken eye balls, sunken fontanels, muscle wasting, redundant and wrinkled skin และร่องรอยของ immobilization เช่น pressure sore, muscle atrophy รวมทั้งผลของการรักษาพยาบาล เช่น แผลเป็นจากการผ่าตัด, การใส่ tracheostomy tube, nasogastric tube

2. ประเมินสุขอนามัยของผู้ตาย เช่น ช่องปาก, ผม, ผิวหนัง, เครื่องแต่งกาย ว่าได้รับการดูแลที่เหมาะสม หรือสกปรกไม่ได้รับการทำความสะอาด

3. ในกรณีเด็ก ควรทำการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงเปรียบเทียบกับอายุ เพื่อประเมินการเจริญเติบโตว่าสมวัยหรือไม่

4. ตรวจร่างกายหาบาดแผล โดยเฉพาะประเมินระยะเวลาการเกิดบาดแผล ว่ามีลักษณะของ multistage หรือไม่

5. กรณีที่มีคดีความที่เกี่ยวเนื่องกัน หรือสงสัยว่าจะมีการกระทำผิดกฎหมายเกิดขึ้น

6. กรณีของผู้ป่วยที่ถูกทอดทิ้งหรือเด็กที่ต้องได้รับความคุ้มครอง ควรแจ้งต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมาย *(ดูบทที่ 20)*

บทที่ 19

แนวทางการปฏิบัติในการตรวจผู้ป่วย หรือผู้บาดเจ็บ จากการถูกซ้อมทรมาน

ปานใจ โวหารดี

ความสำคัญในเชิงกฎหมายระหว่างประเทศ ตามอนุสัญญาต่อต้านการทรมาน และการปฏิบัติหรือการลงโทษอื่น ที่โหดร้ายไร้มนุษยธรรม หรือที่ย่ำยีศักดิ์ศรี ค.ศ. 1984 ของสหประชาชาติ

1. ประเทศไทยเข้าเป็นภาคีและอนุสัญญาดังกล่าว และมีผลบังคับใช้กับรัฐบาลไทย แต่ยังไม่ได้มีการออกกฎหมายเฉพาะ มีเพียงกฎหมายรัฐธรรมนูญ กฎหมายอาญา และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการเยียวยาผู้เสียหาย

2. การกระทำที่เป็นการทรมานเป็นความผิดตามกฎหมายอาญาของประเทศไทย รวมทั้งก่อให้เกิดความรับผิดทางแพ่งและทางกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง

3. กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม มีหน้าที่หลักในการดำเนินการทั้งการรับเรื่องราวร้องเรียน และดูแลรับผิดชอบผู้ที่ได้รับผลเสียหาย

ข้อควรคำนึงของแพทย์และผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข

1. ต้องปฏิบัติตามมาตรฐานขั้นต่ำว่าด้วยการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังซึ่งกำหนดว่า ผู้ต้องขังทุกคนมีสิทธิได้รับบริการ

ทางการแพทย์ รวมถึงการรักษาด้านจิตเวชโดยไม่เลือกปฏิบัติและผู้ต้องขังที่ป่วย หรือที่ร้องขอรับการรักษาจะต้องได้รับการดูแลทุกวัน

2. ต้องไม่มีส่วนร่วมในการทรมาน รวมถึงการประเมินความสามารถในการทนต่อการทรมานของบุคคล ร่วมอยู่ในเหตุการณ์ สั่งการหรือลงมือกระทำทารุณ ช่วยให้บุคคล ฟื้นคืนสติเพื่อวัตถุประสงค์ที่จะกระทำทารุณต่อไป หรือการให้ความรู้ทางวิชาชีพหรือข้อมูลสุขภาพของผู้ที่จะถูกทรมานแก่ผู้ทรมาน และการตั้งใจปกปิดหลักฐานและการทำรายงานเท็จ เช่น รายงานชันสูตรศพและใบมรณบัตร

3. ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขมีหน้าที่สองประการคือ หน้าที่หลักต่อผู้ป่วยในการส่งเสริมประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย และมีหน้าที่ทั่วไปต่อสังคมในการสร้างหลักประกันความยุติธรรมและป้องกันไม่ให้มีการละเมิดสิทธิมนุษยชน

4. ผู้ป่วยมีสิทธิปฏิเสธที่จะให้ความยินยอมในการตรวจร่างกาย เพื่อรายงานหรือเปิดเผยข้อมูลการตรวจแก่ผู้อื่น

5. ก่อนเริ่มการตรวจใด ๆ แพทย์จะต้องอธิบายบทบาทของตนต่อผู้ป่วยอย่างชัดเจนว่า แพทย์มีหน้าที่รักษาความลับเท่าที่ทำได้ หากมีคำบังคับทางกฎหมาย

แพทย์ก็ควรเสนอหลักฐานอย่างเป็นกลาง แต่ผู้ป่วยมีสิทธิเลือกว่าจะเปิดเผยสาเหตุของการบาดเจ็บหรือไม่

6. แพทย์ที่ตรวจผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการคุมขัง อาจพบหลักฐานการกระทำรุนแรง และผู้ถูกคุมขังเองก็ไม่อยู่ในสถานะที่จะบอกกล่าวใครได้ ในสถานการณ์เช่นนี้ แพทย์ต้องคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย หากผู้ถูกคุมขังยินยอมให้เปิดเผยข้อมูล ก็ควรดำเนินการตามสมควรเพื่อคุ้มครองอันตราย แต่ถ้าผู้ถูกคุมขังปฏิเสธการเปิดเผยข้อมูล แพทย์ต้องชั่งน้ำหนักระหว่างความเสี่ยงและอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยนั้น และประโยชน์ต่อผู้ถูกคุมขังทั้งหมดรวมถึงประโยชน์ต่อสังคมในการป้องกันไม่ให้มีการทรมานต่อ ๆ ไป

7. แพทย์มีหน้าที่ต้องรายงานเรื่องการปฏิบัติที่โหดร้ายต่าง ๆ ต่อหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยพิจารณาอย่างรอบคอบ เพื่อมิให้เกิดความเสี่ยงอันตรายต่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและผู้ป่วย ในกรณีที่จำเป็น แพทย์ควรรายงานในลักษณะที่ไม่เปิดเผยตัวตนของผู้ป่วย และหากแพทย์เลือกใช้วิธีนี้ก็จะต้องประเมินเรื่องแรงกดดันที่จะเกิดกับตนเอง

8. แพทย์มีสิทธิที่จะปฏิเสธการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและความเป็นไปได้กรณีข้อมูลเวชระเบียนอาจถูกยึดไป

9. ต้องคำนึงถึงการดูแลรักษาให้ครอบคลุมทุกด้าน เช่น ผลต่อสภาพจิตใจ เป็นต้น

ข้อควรพิจารณาทั่วไปในการสัมภาษณ์ผู้ป่วย

1. วัตถุประสงค์ของการตรวจผู้ป่วยที่ถูกซ้อมทรมานนอกเหนือจากการบำบัดรักษา คือการค้นหาความจริงเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่มีการกล่าวหา

2. ผลการประเมินทางการแพทย์อาจเป็นพยานหลักฐานที่มีประโยชน์ในทางกฎหมาย ดังนี้

2.1 เพื่อระบุตัวและนำตัวผู้กระทำความผิดในการทรมานเข้าสู่กระบวนการยุติธรรม

2.2 เพื่อสนับสนุนคำร้องขอลี้ภัยทางการเมือง

2.3 เพื่อแสดงให้เห็นสถานการณ์ซึ่งเจ้าหน้าที่รัฐอาจได้รับคำสารภาพอันเป็นเท็จ

2.4 เพื่อแสดงให้เห็นวิธีการทรมานที่เหมือนกันในภูมิภาคหรือพื้นที่

2.5 เพื่อระบุความจำเป็นที่ผู้รอดชีวิตต้องได้รับการบำบัดรักษา

2.6 เพื่อใช้เป็นคำให้การสืบสวนสอบสวน เรื่องสิทธิมนุษยชน

วิธีการทรมานที่พบได้

วิธีการทรมานที่พบได้นั้นมีมากมาย และได้ถูกยกเป็นตัวอย่างไว้ในพิธีสารอิสตันบูล (Istanbul Protocol 1999) เช่น

1. การบาดเจ็บจากการถูกกระแทก เช่น ต่อย เตะ ตบ ฟาด ตี ด้วยลวดหรือกระบองหรือผลักให้ล้ม

2. การทรมานโดยการบังคับให้อยู่ในท่าทางต่าง ๆ (positional torture) โดยการแขวน การถ่างแขนและขาออกจากกัน การจำกัดการเคลื่อนไหวเป็นเวลานาน การบังคับให้อยู่ในท่าต่าง ๆ

3. การไหม้จากการถูกจี้ด้วยบุหรี่ เครื่องมือที่มีความร้อน การลวกด้วยของเหลวร้อนหรือการไหม้จากสารเคมี

4. การใช้กระแสไฟฟ้า

5. การทำให้ขาดอากาศไม่ว่าจะเป็นวิธีเปียกหรือแห้ง การทำให้จมน้ำ ปิดกั้นช่องจมูกและปาก การทำให้สำลักหรือการใช้สารเคมีอื่น ๆ

6. การบาดเจ็บจากการถูกบีบรัด เช่น การทุบตีนิ้วมือ การใช้เครื่องบดที่มีน้ำหนักมากกดทับต้นขาหรือหลัง

7. การบาดเจ็บจากการทิ่มแทง เช่น แผลจากการถูกแทงหรือจากกระสุนปืน การแทงลวดไปใต้เล็บ

8. การใช้สารเคมี เช่น เกลือ พริกไทย น้ำมันเชื้อเพลิง เป็นต้น ใส่ลงไปในแผลหรือช่องเปิดของร่างกาย

9. การทรมานทางเพศต่ออวัยวะสืบพันธุ์ และการคุกคามทางเพศ มีทั้งการใช้เครื่องมือ จนถึงการข่มขืน

10. การบาดเจ็บจากการบดหรือการกระชากให้นิ้วหรือแขนขาฉีกขาด

11. การตัดนิ้วมือหรือแขนขาออกโดยวิธีทางการแพทย์ การผ่าตัดเอาอวัยวะออก

12. การทรมานทางเภสัชวิทยาโดยใช้ยากดประสาท ยาระงับประสาท ยาที่ทำให้เป็นอัมพาต เป็นต้น

13. ใช้สภาพของการควบคุมตัว ตัวอย่างเช่น ห้องขังมีขนาดเล็กหรือแออัดเกินไป การขังเดี่ยว สภาพแวดล้อมที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ไม่มีห้องน้ำห้องส้วมให้ใช้ การได้รับอาหารหรือน้ำไม่สม่ำเสมอหรือปนเปื้อน การอยู่ในอุณหภูมิสูงหรือต่ำสุดขีด การไม่ให้ความเป็นส่วนตัวและการบังคับให้อยู่ในสภาพเปลือย

14. การถูกกีดกันจากภาวะรับรู้ปกติ หรือปิดกั้นประสาทสัมผัส เช่น เสียง แสง การรับรู้เวลา การขังเดี่ยว การให้ความสว่างน้อยเกินไปหรือมากเกินไปในห้องขัง การข่มเหงความต้องการทางร่างกาย การจำกัดเวลานอน อาหาร

น้ำ ห้องน้ำห้องส้วม กิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหว สวัสดิการทางการแพทย์ การติดต่อกับบุคคลอื่น ความเป็นส่วนตัวในเรือนจำ การสูญเสียการสื่อสารกับโลกภายนอก เพื่อป้องกันการสานสัมพันธ์และการระบุตัวซึ่งกันและกัน รวมทั้งเพื่อทำให้หวาดกลัวผู้ทรมาน

15. การทำให้อับอายขายหน้า เช่น การข่มเหงด้วยคำพูด การแสดงท่าทางดูถูกเหยียดหยาม

16. การขู่ว่าจะฆ่า จะทำร้ายสมาชิกในครอบครัว จะถูกทรมานเพิ่มขึ้น จะถูกจำคุก หรือแสดงการจำลองสถานการณ์การถูกประหารชีวิต

17. การขู่ว่าจะใช้สัตว์ทำร้าย เช่น สุนัข แมว หนู หรือแมงป่อง

18. การใช้กลไกทางจิตวิทยาในการทำลายบุคคล ทั้งนี้รวมถึงการบังคับให้ทรยศ การเน้นย้ำถึงสภาวะที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ การเผชิญสถานการณ์ที่คลุมเครือหรือข่าวที่ขัดแย้งกัน

19. การบังคับให้ละเมิดข้อห้ามทางสังคม และการบีบบังคับพฤติกรรม เช่น การบังคับให้กระทำในเรื่องที่ขัดต่อหลักศาสนา เช่น การบังคับให้ชาวมุสลิมกินเนื้อหมู บังคับให้ทำร้ายผู้อื่นโดยการทรมานหรือการกระทำที่โหดร้ายอื่น ๆ บังคับให้ทำลายทรัพย์สิน บังคับให้ทรยศผู้อื่นเพื่อให้บุคคลนั้นตกอยู่ในความเสี่ยงที่จะเกิดอันตราย

20. บังคับให้ผู้เสียหายเป็นประจักษ์พยานต่อการทรมานหรือการกระทำที่โหดร้ายต่อผู้อื่น



พยานหลักฐานทางร่างกายจากการทรมาน

1. การไม่พบพยานหลักฐานการทรมานทางร่างกายไม่ควรถูกตีความว่าไม่มีการทรมานเกิดขึ้น เนื่องจากอาจจะมีการกระทำรุนแรงต่อบุคคลที่ไม่ทิ้งร่องรอยหรือบาดแผลใด ๆ หรือบาดแผลอาจหายไปก่อนที่จะถูกตรวจร่างกาย

2. แพทย์ต้องซักประวัติอย่างละเอียด ควรหลีกเลี่ยงการถามนำ ให้ตั้งคำถามเพื่อดึงเรื่องราวลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างการควบคุมตัว



การตรวจร่างกาย

1. ผู้ป่วยควรมีสิทธิเลือกเพศของแพทย์และล่าม

2. ผู้ป่วยจะต้องทราบว่าผู้ป่วยเป็นผู้กำหนดและมีสิทธิที่จะจำกัดการตรวจหรือสั่งให้หยุดตรวจได้ตลอดเวลา

3. ควรตรวจร่างกายตามระบบทุกระบบโดยละเอียด ตั้งแต่ผิวหนัง ใบหน้า รวมถึงตา หู (มักพบการฉีกขาดของเยื่อแก้วหูจากการทรมาน) ขากรรไกร ช่องปากและฟัน ทรวงอกและช่องท้อง ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ ระบบประสาทส่วนกลางและ

ส่วนปลาย ถ้ามีอุปกรณ์พร้อมอาจจะสั่งตรวจด้วย ultrasound, CT หรือ MRI เนื่องจากสามารถตรวจหาอาการบาดเจ็บที่เนื้อเยื่อภายในได้ดีกว่า

พยานหลักฐานทางจิตใจจากการทรมาน

การทรมานในรูปแบบที่รุนแรงอาจจะทำให้เกิดผลกระทบทางจิตใจและอารมณ์ตามมาได้ ไม่ว่าบุคคลนั้นมีสภาวะจิตใจก่อนถูกทรมานเป็นอย่างไร

ผลกระทบทางจิตใจที่เกิดจากการทรมาน

ผู้ป่วยอาจมีความรู้สึกเหมือนอยู่ในเหตุการณ์ร้ายแรงนั้นอีก, มีการหลีกเลี่ยงและการไร้อารมณ์ความรู้สึก, อาการซึมเศร้า, สูญเสียความคิดเกี่ยวกับตนเองและมองอนาคตสั้นลง, ภาวะแยกออกจากตนเอง, อาการทางกายจากปัญหาทางจิตใจ, ความบกพร่องทางเพศ, โรคจิต, ภาวะหลงผิด, อาการหวาดระแวงและหลงผิดว่ามีคนปองร้าย, การใช้สารเสพติด, ความบกพร่องทางจิตกรณีต่าง ๆ (neuropsychological impairment) เช่น PTSD (post-traumatic stress disorder)

บทที่ 20

Child Abuse and Infanticide

พีรยุทธ เฟื่องฟุ้ง
ภาณุวัฒน์ ชุติวงศ์

การทารุณกรรมเด็ก (child abuse) หมายถึง การกระทำในทางมิชอบต่อเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี โดยกฎหมายแบ่งการกระทำดังกล่าวเป็น 2 กรณี คือ การทารุณกรรม และการเลี้ยงดูโดยมิชอบ

1. **การทารุณกรรม** ได้แก่ การกระทำ 4 กรณีต่อไปนี้

1.1 การกระทำต่อเด็กให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย (physical abuse) หรือจิตใจ (emotional abuse) ของเด็ก

1.2 การกระทำผิดทางเพศต่อเด็ก (sexual abuse)

1.3 การกระทำต่อเด็กให้เด็กเสื่อมเสียเสรีภาพ

1.4 การใช้ให้เด็กไปกระทำการในลักษณะที่น่าจะเป็นอันตรายต่อร่างกายหรือจิตใจของเด็ก

2. **การเลี้ยงดูโดยมิชอบ** ได้แก่ การไม่ให้การอุปการะเลี้ยงดูจนน่าจะเกิดอันตรายต่อร่างกายหรือจิตใจของเด็ก (neglect)

สำหรับการกระทำที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติที่แพทย์ควรทราบคือ กรณี physical abuse และ sexual abuse ที่แพทย์ต้องให้การวินิจฉัย ให้การดูแลได้ รวมถึงชันสูตรพลิกศพได้

infanticide หมายถึง การกระทำต่อเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี และทำให้เด็กเสียชีวิต จะเห็นว่ากรณี infanticide เป็นกรณีเฉพาะของ child abuse ซึ่งหลักการตรวจกรณี child abuse สามารถนำไปใช้ได้กับกรณี infanticide ด้วย

ยกเว้นกรณีทารกแรกเกิดเสียชีวิต (neonaticide) ซึ่งกรณีนี้มีหลักการเฉพาะต้องพิจารณาที่จะได้กล่าวต่อไป



ประเด็นสำคัญในกรณี child abuse

กรณีที่แพทย์พบเด็กที่เจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจากกรณี child abuse สิ่งที่แพทย์จะต้องพิจารณาเป็นประเด็นสำคัญคือ

1. การบาดเจ็บที่พบเกิดจาก accidental injuries หรือ non-accidental injuries (NAI)

2. การบาดเจ็บที่เป็น NAI นั้นเกิดขึ้นเมื่อใด

3. การบาดเจ็บที่เป็น NAI นั้นเกิดจากใครเป็นผู้กระทำ

4. หากเป็นกรณีของ NAI แล้ว จำเป็นต้องใช้มาตรการในการคุ้มครองเด็ก เช่น แยกเด็กจากผู้ปกครอง หรือไม่

ในที่นี่จะขอกล่าวถึงเฉพาะประเด็นในข้อ 1 เพราะเป็นประเด็นทางนิติเวชศาสตร์ที่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปควรทราบและควรให้การวินิจฉัยได้



สิ่งที่แพทย์ควรตรวจประเมิน กรณี child abuse และ infanticide

1. **การซักประวัติ (history taking)** ประวัติที่สำคัญได้แก่

1.1 ประวัติการบาดเจ็บ ที่ควรคิดถึง child abuse ได้แก่

• การบาดเจ็บที่ไม่เข้ากับประวัติ ไม่มีคำอธิบายชัดเจน หรือไม่สอดคล้องกับพัฒนาการของเด็ก

• ประวัติการบาดเจ็บหรือได้รับอุบัติเหตุซ้ำ ๆ ติดต่อกัน

• การบาดเจ็บที่สงสัย sexual abuse เช่น บาดเจ็บที่อวัยวะเพศหรือทวารหนัก หรือมี abnormal vaginal discharge

1.2 ประวัติโรคประจำตัว และการรักษาก่อนมาพบแพทย์

1.3 ประวัติการเจริญเติบโตและพัฒนาการ

1.4 ประวัติการคลอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณี neonaticide

1.5 ประวัติการได้รับวัคซีน

1.6 ประเมินความเสี่ยงของการถูกกระทำซ้ำได้ในอนาคต

2. **การตรวจร่างกาย (physical examination)**

2.1 growth and development ได้แก่ น้ำหนัก, ส่วนสูง (บันทึกเทียบกับ growth chart เพื่อดูว่าอยู่ที่ percentile ที่เท่าใด), secondary sex characteristics ได้แก่ Tanner's stage ของ breast และ pubic hair ทั้งหมดเพื่อประเมิน

ว่ามีการเจริญเติบโตทางกายและทางเพศเหมาะสมกับอายุและต่ำกว่าเกณฑ์ที่ควรเป็นหรือไม่

2.2 การตรวจหาการบาดเจ็บ ลักษณะการบาดเจ็บที่แพทย์ควรตรวจหากรณีสงสัย child abuse ได้แก่

2.3 การบาดเจ็บด้วยแรงกล สิ่งที่แพทย์ต้องทราบคือ ความแตกต่างของ accidental injuries และ NAI ดังแสดงใน ตารางที่ 20.1

ตารางที่ 20.1 ความแตกต่างของ accidental injuries และ NAI

features	accidental injuries	NAI
1. sites of injuries	bony prominences เช่น ข้อศอก,หัวเข่า	ใบหน้า,ช่องปากและร่างกายส่วนปกปิด
2. patterns	non-specific pattern	specific pattern
3. dating	similar-staged	multi-staged
4. number	small number	multiple (≥ 10 sites)

3. **รูปแบบบาดแผล (pattern)** จัดว่าเป็นประเด็นสำคัญกรณี child abuse ที่แพทย์ต้องตระหนักรู้ สำหรับ specific pattern ที่แพทย์ควรรู้จักและวินิจฉัยได้ ได้แก่

3.1 fingertip contusion (รอยฟกช้ำจากการยึดจับ) = discoid contusion 0.5-1 cm. (บาดแผลฟกช้ำรูปวงกลม ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 0.5-1 ซม.)

3.2 static fingernail abrasion (รอยถลอกจากเล็บจิก) = short linear/curvilinear abrasion 0.5-1 cm. (บาดแผลถลอกรูปเส้นตรงหรือเส้นโค้งสั้น ๆ ขนาดยาว 0.5-1 ซม.)

3.3 dynamic fingernail abrasion (รอยถลอกจากเล็บข่วน) = long linear abrasion with surrounding wheal (บาดแผลถลอกรูปเส้นตรงร่วมกับมีรอยบวมแดงล้อมรอบ)

3.4 kissing lesion หรือ love bite (รอยดูด)= elliptical contusion with petechial hemorrhage on top (บาดแผลฟกช้ำรูปวงรีที่มีจุดเลือดออกขนาดเล็ก ๆ ร่วมด้วย)

3.5 bite mark (รอยกัด) = 2 broad U-shaped abrasion-contusions with separate blunt indentations (บาดแผลถลอกฟกช้ำรูปตัว U 2 บาดแผลประกบกันในแนวบนล่าง โดยแต่ละบาดแผลมีร่องขนาดเล็กคั่นกลาง)

3.6 pinch mark (รอยหยิก) = 2 semi-circular contusions with central voiding zone (บาดแผลฟกช้ำรูปครึ่งวงกลม 2 บาดแผลประกบกันโดยมีผิวหนังปกติคั่นกลาง)

3.7 การบาดเจ็บจากความร้อน *(ดูบทที่ 17)* ได้แก่ บาดแผลไฟไหม้ เช่น แผลถูกบุหรี่จี้ (แผลไฟไหม้รูปร่างวงกลม ขอบเขตชัดเจน ขนาด 5-8 mm) และบาดแผลน้ำร้อนลวก (อาจเป็น gloves and stockings pattern หรือ มีแผลน้ำร้อนลวกที่ท้องน้อย, ก้น, ขาสองข้าง โดยไม่โดนขาหนีบและข้อพับเข่าด้านหลัง)

3.8 การบาดเจ็บที่ศีรษะ เป็นสาเหตุการตายที่พบบ่อย การบาดเจ็บที่พบ ได้แก่ subdural hemorrhage (SDH), subarachnoid hemorrhage (SAH) และ diffuse brain injury แพทย์พึงทราบว่า skull fracture และ intracranial injuries ดังกล่าว พบได้ในอุบัติเหตุจราจร หรือตกที่สูงที่สูงกว่า 3-5 ฟุต (1 m) ขึ้นไป และการตกที่สูงในเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี พบได้น้อย ดังนั้นหากเด็กมาด้วยภาวะ head injuries ดังข้างต้น หากไม่มีประวัติอุบัติเหตุจราจร หรือตกที่สูง ให้แพทย์คิดถึงภาวะ child abuse ไว้ร่วมด้วย

3.9 shaken-impact หรือ shaken baby syndrome (SBS) ประกอบด้วย SDH หรือ SAH, diffuse brain injury และ retinal hemorrhage พบได้ในเด็กอายุ 6-12 เดือน ดังนั้นเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ที่มาด้วย head injuries แพทย์จึงควรส่งตรวจตาเพื่อหา retinal hemorrhage ด้วย

3.10 การบาดเจ็บที่ช่องท้อง เป็นสาเหตุที่พบบ่อยรองจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ ผู้ป่วยมักอายุต่ำกว่า 3-5 ปี มาด้วยปวดท้อง, อาเจียน, ท้องอืด, ร้องกวน ตรวจร่างกาย

พบ peritonitis หรือ sign of intestinal obstruction การบาดเจ็บที่พบบ่อย ได้แก่ liver injuries และ pancreatic and duodenal injuries ซึ่งการบาดเจ็บเหล่านี้พบในอุบัติเหตุจราจร และตกที่สูง ดังนั้นหากพบการบาดเจ็บเหล่านี้โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กที่ยังเดินไม่ได้ ให้คิดถึง child abuse ด้วย

3.11 การบาดเจ็บของกระดูก สำหรับผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 3-5 ปีที่มาด้วยกระดูกหัก แพทย์ควรระวังภาวะ child abuse ไว้ด้วย ลักษณะกระดูกหักที่พบได้ใน child abuse ได้แก่ metaphyseal-epiphyseal fractures (เกิดจาก การบิดและกระชาก), spiral fractures, กระดูกซ้ำ ๆ ในหลายตำแหน่ง (X-ray มี callus formation หลายตำแหน่ง)

4. **การตรวจบริเวณอวัยวะเพศและทวารหนัก** จะเน้นการตรวจอวัยวะเพศหญิงเป็นสำคัญ เพราะ sexual abuse เป็นภาวะที่พบบ่อย การตรวจในเด็กเล็กต่ำกว่า 8 ปี ให้จัดท่าเป็น supine frog-leg position หรือ prone knee-chest position *(ดูบทที่ 21)* ส่วนเด็กที่อายุ 10 ปี ขึ้นไปหรือวัยรุ่นสามารถจัดท่าเป็น lithotomy ได้ สิ่งที่ควรตรวจ ได้แก่

4.1 รอยแผลใหม่ ได้แก่ รอยช้ำ, รอยถลอก หรือรอยฉีกขาดใหม่บริเวณ posterior fourchette, hymen & labia minora (โดยเฉพาะที่อยู่ระหว่าง 4-8 นาฬิกา), labia majora, perianal area

4.2 รอยโรคเก่า ได้แก่ รอยฉีกขาดเก่าที่ hymen (ซึ่งมีความลึกมากกว่า 50% ของความกว้าง hymen) รอยแผลเป็นที่ posterior fourchette, perianal scar, loss of anal sphincter tone, loss of anal wrinkle

4.3 รอยโรคที่สัมพันธ์กับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ sexually transmitted disease (STD) ได้แก่ abnormal discharge, genital ulcer, ano- genital wart

4.4 การตั้งครรภ์ ในกรณีที่สงสัยว่าเด็กมีการตั้งครรภ์ ให้ทำ urine pregnancy test (UPT) และ ultrasound เพื่อวินิจฉัยการตั้งครรภ์และอายุครรภ์ เนื่องจากมีความสำคัญต่อประเด็นทางคดี

4.5 การเก็บวัตถุพยานสำหรับตรวจตัวอสุจิ ในเด็กเล็ก ให้ทำการเก็บที่รอบนอกอวัยวะเพศหญิงเป็นสำคัญ ส่วนการเก็บภายในช่องคลอดอาจทำได้โดยการทำ blind swab ส่วนเด็กโตและวัยรุ่น ให้ทำเหมือนกับการตรวจ sexual assault

4.6 การเก็บวัตถุพยานที่ทวารหนัก ให้เก็บที่รอบนอกทวารหนักเป็นสำคัญ ส่วนการเก็บภายในทวารหนักทำได้โดยการทำ blind swab เข้าไปภายในทวารหนักประมาณ 2-3 ซม.

4.7 นอกจากนี้กรณี sexual abuse เด็กมักจะมาด้วยอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ดังนั้นการเก็บสิ่งส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีความสำคัญ

5. **การตรวจสภาพจิต และระดับสติปัญญา** แพทย์ควรส่งเด็กให้จิตแพทย์ประเมินสภาพจิตของเด็ก (mental status examination) รวมถึงระดับสติปัญญา (IQ test) ด้วย เพื่อดูว่าเด็กได้รับความกระทบกระเทือนทางจิตใจจากการทารุณกรรมหรือไม่

6. **การตรวจหาสารพิษ** กรณีที่สงสัยว่าเด็กได้รับสารพิษ หรือ alcohol ให้ทำการซักประวัติ, ตรวจร่างกาย และเก็บสิ่งส่งตรวจเช่นเดียวกับกรณีได้รับสารพิษ *(ดูบทที่ 30-33)*

สรุปแนวทางการตรวจกรณี child abuse

1. ซักประวัติในประเด็นสำคัญ
2. ตรวจร่างกายตามระบบต่าง ๆ ได้แก่
   - 2.1 growth and development
   - 2.2 ตรวจหาการบาดเจ็บตามตำแหน่งต่าง ๆ ดังข้างต้น
   - 2.3 ตรวจอวัยวะเพศและทวารหนัก กรณี sexual abuse
   - 2.4 ส่งตรวจเพิ่มเติมเรื่องสภาพจิต และระดับสติปัญญา
   - 2.5 ตรวจหาสารพิษ กรณีที่สงสัยว่าได้รับสารพิษ

3. การตรวจเพิ่มเติม

3.1 X-ray หรือ CT scan ตำแหน่งอวัยวะที่สงสัย

3.2 skeletal survey (bone survey) กรณีมีกระดูกหัก

3.3 ตรวจตาหา retinal hemorrhage กรณี SBS

3.4 กรณี sexual abuse ให้ทำการตรวจเพิ่มเติมดังนี้

- ส่งตรวจหาตัวอสุจิ และสารประกอบน้ำอสุจิ
- ส่งตรวจหา STI ได้แก่ GC, chlamydia, trichomoniasis
- ส่งตรวจ blood serology ได้แก่ VDRL, HBs Ag, Anti-HBs Ab, Anti-HIV เพื่อวินิจฉัย STI
- ส่งตรวจหาการตั้งครรภ์

3.5 เก็บสิ่งส่งตรวจเพื่อตรวจหาสารพิษ กรณีที่สงสัย

การให้ความเห็นกรณี sexual abuse *(ดูบทที่ 21)*

การให้ความเห็นกรณี sexual abuse เป็นกรณีที่พบบ่อย มีแนวทางเช่นเดียวกันกับกรณีทั่ว ๆ ไป เพียงแต่ในเด็กเล็กนั้น อาจจะมีลักษณะบางประการในการลงความเห็นแตกต่างกับในผู้ใหญ่ คือ

1. การไม่พบรอยฉีกขาดที่ hymen ควรให้ความเห็นว่า "ไม่พบหลักฐานการร่วมประเวณี" เพราะ หากมีการร่วมเพศหรือใช้วัตถุขนาดใหญ่แหย่ผ่านเข้าไปในช่องคลอดได้มักจะทำให้เกิดการฉีกขาดของเยื่อพรหมจารี โดยเฉพาะในเด็กเล็ก

2. ปกติแล้วจะพบว่า sexual abuse ในเด็กมักจะเป็นการจับสัมผัสที่อวัยวะเพศภายนอก หรืออย่างมากก็เป็นการใช้นิ้วหรือวัตถุไม่ใหญ่นัก แหย่เข้าไปในช่องคลอด ซึ่งอาจจะพบบาดแผลถลอก ฟกช้ำ หรือรอยแดงที่อวัยวะเพศและเยื่อพรหมจารี ดังนั้นควรให้ความเห็นว่า *"พบหลักฐานของการสัมผัสและการบาดเจ็บที่อวัยวะเพศภายนอก"*

3. ต้องระวังการแปลผล old tear ของเยื่อพรหมจารีที่ต้องแยกจาก hymenal cleft ที่มักจะพบบ่อยทางด้านบนที่ตำแหน่งระหว่าง 9 ถึง 3 นาฬิกา

infanticide

นอกจากหลักการตรวจต่าง ๆ ทำเช่นเดียวกับกรณี child abuse แล้ว ในที่นี้จะกล่าวเฉพาะ neonaticide หรือทารกแรกเกิดเสียชีวิต ซึ่งการตรวจจะมีประเด็นที่แตกต่างจาก child abuse ดังนี้

1. **การซักประวัติ** ได้แก่ ประวัติการตั้งครรภ์, การฝากครรภ์, การตั้งครรภ์ครั้งก่อน, clinical setting ก่อนจนถึงหลังคลอด

2. **ทารกมีอายุครรภ์เท่าใด (gestational age: GA)** ประเมินโดยวัดความยาวทารก (crown-heel length), วัดเส้นรอบศีรษะ (head circumference), ดูการเจริญของลายมือและลายเท้า, ดูการเจริญของอวัยวะเพศ เทียบกับ ultrasound parameters และ Ballard score แต่มี Rule of Thumb ในการประเมินอายุครรภ์ตัวอ่อนอย่างง่าย ให้วัดความยาวทารกจากยอดศีรษะถึงส้นเท้า หากความยาวน้อยกว่าหรือเท่ากับ 25 ซม. ให้นำไปถอดรากที่ 2 จะได้อายุครรภ์เป็นเดือน เช่น ความยาว 16 ซม. จะมีอายุครรภ์ประมาณ 4 เดือน หากความยาวมากกว่า 25 ซม. ให้หารด้วย 5 จะได้อายุครรภ์เป็นเดือน เช่น ความยาว 30 ซม. จะมีอายุครรภ์ประมาณ 6 เดือน เป็นต้น

3. **ทารกเกิดมามีชีพหรือไม่ (live born or non-live born)** หากเป็นกรณีคลอดในโรงพยาบาล ให้ประเมินตาม APGAR score โดยให้ประเมินเรื่อง heart rate และการหายใจเป็นสำคัญ หากเป็นกรณีการชันสูตรพลิกศพ (เช่น พบเด็กทารกถูกทิ้งในถังขยะ) ให้ประเมิน GA เป็นสำคัญ เพราะ GA สะท้อนความสามารถในการเกิดมีชีพ เพราะหาก GA < 28 weeks โอกาสเกิดมีชีพน้อย แต่ GA > 28 weeks โอกาสเกิดมีชีพจะเป็นไปได้มากขึ้น ประเด็นเรื่องการเกิดมีชีพมีความสำคัญ เพราะเกี่ยวกับฐานความผิดทางกฎหมายว่าเป็นการทำแท้ง หรือการฆ่าเด็กตาย

4. **ทารกเสียชีวิตด้วยสาเหตุใด (cause of death)** ให้ทำการตรวจหาบาดแผล หรือการบาดเจ็บที่อาจทำให้เสียชีวิตตามร่างกาย และตรวจหาลักษณะผิดปกติแต่กำเนิดบางประการ (congenital anomalies) ที่อาจเกี่ยวข้องกับสาเหตุการตาย

5. **การตรวจเพิ่มเติม** ได้แก่ chest X-ray หรือ skeletal survey เพื่อตรวจหา bone trauma หรือ congenital anomalies

การชันสูตรพลิกศพกรณี child abuse และ infanticide

ประเด็นสำคัญ คือ

1. กรณี child abuse คือ การกลไกของบาดเจ็บ (mechanism of injuries) เป็น NAI หรือไม่

2. กรณี infanticide คือ การเกิดมีชีพหรือไม่ (live born)

3. การตรวจศพภายนอกตามข้างต้น ตั้งแต่การตรวจร่างกาย และการตรวจเพิ่มเติม เช่น X-ray อาจมีข้อจำกัดในการวินิจฉัย

4. กรณี child abuse และ infanticide แนะนำว่าหากไม่มีข้อจำกัด ควรส่งศพผ่าพิสูจน์หาสาเหตุการตาย, กลไกการบาดเจ็บ และการเกิดมีชีพเสมอ



การดำเนินการให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ทั้งของรัฐและเอกชน

ให้ปฏิบัติตามคู่มือ “แนวทางปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือเด็ก สตรี และบุคคลในครอบครัวที่ถูกกระทำรุนแรง” ของกระทรวงสาธารณสุข หรือติดต่อประสานงานกับศูนย์พึ่งได้ (One-Stop Crisis Center: OSCC) ในโรงพยาบาลที่มีการจัดตั้งแล้ว หรือโทร.1669 หรือติดต่อหน่วยงานของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พ.ม.) ในนามของศูนย์ประชาบดี โทร.1300

บทที่ 21

Rape and Sexual Offense

นิติกร โปริสวาณิชย์
อนิรุต วรวาท

หลักกฎหมาย

ตามกฎหมายไทย จำแนกความผิดทางเพศไว้ตั้งแต่การอนาจาร การกระทำชำเราที่ยินยอมกันแต่กฎหมายถือเป็นความผิด (กับเด็ก) และการข่มขืนกระทำชำเรา มีประเด็นที่ต้องเข้าใจ คือ

1. การอนาจาร คือการกระทำทางเพศเพื่อสนองความใคร่ หรือกระทำการลามก โดยไม่ได้ลงมือมีเพศสัมพันธ์

2. การกระทำชำเรา เท่ากับการมีเพศสัมพันธ์ (sexual intercourse) หมายถึงการร่วมเพศระหว่างเพศตรงข้ามที่เป็นกระบวนการสืบพันธุ์

3. แต่การกระทำชำเราตามกฎหมายที่แก้ไขและใช้ในปัจจุบัน รวมเอาเพศสัมพันธ์ในรูปแบบอื่น ที่ไม่เป็นกระบวนการสืบพันธุ์เข้าไปด้วย เช่น การใช้อวัยวะเพศผ่านเข้าทางทวารหนัก หรือช่องปาก หรือแม้แต่ใช้วัตถุต่าง ๆ กระทำต่ออวัยวะเพศ และผ่านเข้าทวารหนักเพื่อสนองความใคร่ก็ตาม ส่วนใหญ่ที่แพทย์ต้องพบมักจะเป็นการกระทำชำเราระหว่างชายกับหญิงทางอวัยวะเพศ เป็นหลัก

4. การข่มขืน หมายถึงการบังคับ ซึ่งทำได้หลายวิธี เช่น ใช้กำลัง ใช้ยา ข่มขู่ หรือแม้แต่การหลอกลวง ฯลฯ

โดยทั่วไป เราจะพบรูปแบบของการกระทำที่มาตรวจบ่อย ๆ เรียงตามลำดับคือ การกระทำชำเราเด็กที่ยินยอมกัน การข่มขืนกระทำชำเราระหว่างชายกระทำกับหญิง การข่มขืนกระทำชำเราเด็กชายโดยชาย และการอนาจาร

ในที่นี้ จะเน้นเฉพาะการ approach กรณีที่พบบ่อยจนเกือบจะเป็นกรณีเดียว คือ การกระทำชำเรา ซึ่งพบทั้งข่มขืนหรือยินยอมมีเพศสัมพันธ์

ขอบเขตปัญหาในการ approach ผู้ป่วย

ผู้ป่วยทุกราย ไม่ว่าจะมีประวัติอย่างไร ต้อง approach ให้ครอบคลุมทุกด้าน เพื่อเก็บข้อมูลที่สำคัญ วินิจฉัย ให้ความเห็น ป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างครบวงจร ปัญหาเหล่านั้นได้แก่

1. ปัญหาทางด้านนิติเวชศาสตร์ เป็นการนำผลการตรวจร่างกาย จิตใจ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมาแปลผลว่า ผู้เสียหายนั้นผ่านการกระทำชำเราหรือการร่วมประเวณีมาแล้วหรือไม่ เป็นเรื่องหลัก และอาจจะมีเรื่องอื่น ๆ อีก เช่น การพิสูจน์อายุ การพิสูจน์บุตร เป็นต้น

2. ปัญหาทางสุขภาพ เกิดจากการบังคับ หรือกิจกรรมทางเพศ ได้แก่ การบาดเจ็บ และการได้รับสาร ควรตรวจประเมินผู้ป่วยในปัญหา trauma และ toxicology อย่างละเอียด ให้แน่ใจว่าผู้ป่วยไม่อยู่ใน critical condition (trauma and emergency approach) ก่อนเป็นลำดับแรก สำหรับร่องรอย

ที่พบ อาจจะไม่ใช่ผลของการถูกทำร้าย แต่เป็นผลของกิจกรรมทางเพศก็ได้ เช่น รอยจูบหรือดูด ซึ่งก็มีความสำคัญต่อการพิสูจน์ความจริงทั้งสิ้น การตรวจชันสูตรจึงมีหลักการเดียวกันกับการชันสูตรบาดแผลทั่ว ๆ ไป คือ ตรวจเพื่อให้ความเห็นเกี่ยวกับความรุนแรง หรือกลไกที่เกิดได้

3. ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิต ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทางกฎหมายมีอยู่ 2 เรื่อง ได้แก่

3.1 ผลกระทบทางจิตใจจากการถูกกระทำทางเพศ มักพบว่าอยู่ในกลุ่ม post-traumatic psychic syndrome/disorder นอกจากจะเป็นเรื่องของการดูแลรักษาแล้ว ยังเป็นประเด็นของความผิดต่อร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้กระทำต้องรับโทษสูงขึ้น

3.2 ความยินยอมที่สมบูรณ์ที่ไม่ทำให้เป็นความผิด ในผู้เสียหายอายุกว่า 15 ปี แต่มีกรณีอาจจะไม่มีความยินยอมที่สมบูรณ์ได้ เช่นผู้เสียหายมีความบกพร่องทางสติปัญญา, ความคิด หรือการตัดสินใจ เป็นต้น ส่วนโรคทางจิตเวชที่พบร่วม, บุคลิกภาพและพฤติกรรมผิดปกติ ยังเป็นประเด็นในแง่ของการดูแลรักษาและป้องกันความเสี่ยงของผู้เสียหายนั้น ที่อาจจะถูกล่วงละเมิดทางเพศได้อีกต่อไปในอนาคต

4. ปัญหาทางสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา มี 3 ประเด็น ได้แก่

4.1 การบาดเจ็บของอวัยวะสืบพันธุ์ ประเด็นสำคัญในทางกฎหมายหากว่ามีความรุนแรงมาก เช่น ทำให้ความสามารถในการสืบพันธุ์เสียไป ขณะเดียวกันก็เป็นเรื่องที่ต้องดูแลรักษา

4.2 โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งใช้เป็นหลักฐานเพื่อพิสูจน์ว่ามีเพศสัมพันธ์หรือไม่ จึงต้องวินิจฉัยเพื่อหาเชื้อก่อโรคที่แน่นอน เช่น การส่ง culture หรือบางครั้งอาจจะต้องตรวจพิเศษเพิ่มขึ้น เช่น molecular diagnosis เป็นต้น เพื่อพิสูจน์ว่าเป็นการติดต่อมาจากการร่วมเพศหรืออาจจะมาจากทางอื่นได้

4.3 การตั้งครรภ์และการคุมกำเนิด สำหรับการตั้งครรภ์ จะต้องตรวจประเมินอย่างครบถ้วนเพื่อเชื่อมโยงกับระยะเวลาที่เกิดเหตุ โดยการตรวจ ultrasound เสมอ ถ้าสงสัยว่ามีการตั้งครรภ์ เพื่อประเมินอายุครรภ์ที่แน่นอนและวางแผนดูแลรักษาต่อในอนาคต เช่น การทำแท้ง หรือการฝากครรภ์ รวมถึงการคุมกำเนิด ในบางครั้งถ้ามีการทำแท้งก็อาจจะต้องการการพิสูจน์บุตร เพื่อใช้เป็นหลักฐานสำหรับคดี

จะเห็นได้ว่าทุก ๆ เรื่อง ล้วนมีประเด็นที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทางนิติเวชศาสตร์ ทั้งเรื่ององค์ประกอบของความผิด การพิสูจน์ข้อเท็จจริง และผลของการกระทำที่อาจจะทำให้ได้รับโทษเพิ่ม

วัตถุประสงค์ของการตรวจพิสูจน์ทางนิติเวชศาสตร์

เพื่อวินิจฉัยว่ามีหลักฐานการร่วมประเวณี (sexual intercourse - ในที่นี้หมายถึงเฉพาะชายกับหญิง) หรือไม่ ซึ่งก็คือ การล่วงล้ำขององคชาติเข้าทางช่องคลอด (penetration of the penis through the vagina)

การวินิจฉัยจะต้องพบหลักฐานอย่างใดอย่างหนึ่งใน 2 ประการ คือ

1. บาดแผลที่เกิดจาก penetration
2. foreign material ที่ penetrate เข้าไป

ในการตรวจและให้ความเห็นเริ่มจากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย เก็บสิ่งส่งตรวจ ให้คำแนะนำ ป้องกันภาวะไม่พึงประสงค์ และดูแลและรักษา การแปลผล และการทำรายงานให้ความเห็น ซึ่งจะกล่าวต่อไป

การซักประวัติผู้ป่วย

ผู้เสียหายอาจจะมาด้วยภาวะทางจิตที่ไม่ปกติ การพูดคุยจึงต้องอาศัยหลักทางจิตวิทยาพอสมควร และต้องกระทำ

ในที่ที่มีความเป็นส่วนตัว โดยมีผู้ช่วยแพทย์ ที่มีเพศเดียวกันกับผู้ป่วยร่วมอยู่ด้วย กลุ่มคำถามควรเริ่มเป็นลำดับตามคำแนะนำนี้ ได้แก่

1. คำถามทั่วไป นอกจากเป็นตัวนำเข้าสู่การซักประวัติสร้างความคุ้นเคยและไว้ใจแล้ว ยังเป็นข้อมูลเกี่ยวกับภูมิหลังของครอบครัวและสังคมของผู้เสียหาย ซึ่งมีประโยชน์ต่อการวางแผนดูแลรักษาแบบองค์รวม ตัวอย่างคำถามเหล่านี้ เช่น ชื่อ ระดับการศึกษา อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส สถานภาพครอบครัว ที่อยู่อาศัย เป็นต้น

2. คำถามเกี่ยวกับการถูกกระทำทางเพศ ได้แก่ วันเวลาที่เกิดเหตุ, ลักษณะของการร่วมเพศ (มีการสอดใส่อวัยวะเพศหรือไม่, มีอาการเจ็บปวดหรือมีเลือดออกภายหลังหรือไม่, มีการหลั่งน้ำอสุจิหรือไม่ อย่างไร มีการป้องกัน เช่น สวมถุงยางอนามัยหรือไม่, ภายหลังการร่วมเพศแล้วมีการทำความสะอาดร่างกายอย่างไร), ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด (ทั้งสมัครใจและไม่สมัครใจ)

3. คำถามเกี่ยวกับตัวผู้กระทำ เช่น จำนวนผู้กระทำ รูปร่าง อายุ ความรู้จักคุ้นเคยกัน ลักษณะภายนอก ที่อาจจะเกี่ยวข้องกับสิ่งที่ตรวจพบ เช่น ไว้เล็บยาวหรือไม่ หากตรวจพบว่ามีรอยเล็บ หรือรอยขีดข่วนตามร่างกาย เป็นต้น และความเสี่ยงที่อาจจะติดโรคทางเพศสัมพันธ์

4. คำถามเกี่ยวกับการทำร้าย การต่อสู้ป้องกันตัวเอง หรืออาการมึนเมาไม่มีสติ

5. คำถามในปัญหาอื่น ๆ ที่เหลือ เพื่อการวางแผนการดูแลรักษาป้องกันและการแปลผลการตรวจ ได้แก่ ประวัติประจำเดือน ประวัติการตั้งครรภ์และการแท้ง อาการหรือความผิดปกติบริเวณอวัยวะเพศ เช่น ตกขาวผิดปกติ ปัสสาวะแสบขัดหรือมีหนอง เป็นต้น รวมไปถึงอาการทางจิต โรคประจำตัว และยา ฯลฯ



การตรวจร่างกายในผู้ป่วยหญิง

1. ตรวจลักษณะภายนอก กรณีที่เป็นเด็ก ต้องวัดส่วนสูง ชั่งน้ำหนัก และถ้าจำเป็นก็อาจจะต้องตรวจดูการเปลี่ยนแปลงทางเพศ เพื่อประเมินการเจริญเติบโตของร่างกาย

2. ตรวจเสื้อผ้าเครื่องแต่งกายในขณะเกิดเหตุ เพื่อหาร่องรอยหรือวัตถุพยานในการช่วยพิสูจน์การกระทำความผิด

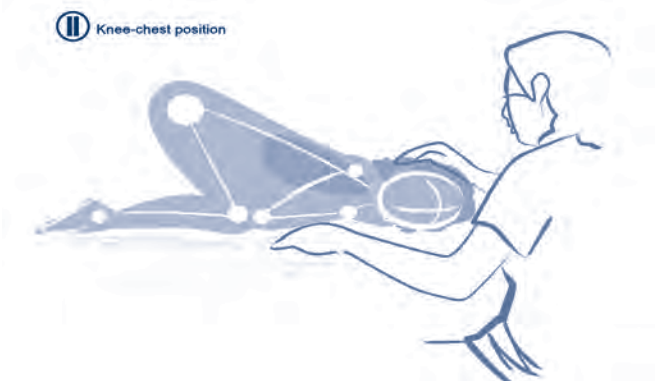
3. กรณีสงสัยว่ามีปัญหาทางจิตเวช ควรตรวจประเมินสภาพจิตโดยคร่าว ๆ หากพบปัญหาก็ต้องส่งตรวจกับจิตแพทย์

4. ตรวจหาร่องรอยบาดแผลตามร่างกาย

5. การจัดท่าทางในการตรวจ สำหรับเด็กเล็กมาก ๆ ควรให้อยู่ในท่า knee-chest ส่วนเด็กโตพอรู้เรื่อง อาจให้นั่งบนตัก ผู้ปกครองในท่า supine frog-leg ดังภาพที่ 21.1 และ 21.2



ภาพที่ 21.1 แสดงท่าทาง supine frog-leg สำหรับ genital approach ในผู้ป่วยเด็กโต



ภาพที่ 21.2 แสดงท่าทาง knee-chest
สำหรับ genital approach ในผู้ป่วยเด็กเล็ก

6. ตรวจอวัยวะเพศภายนอก เพื่อเก็บวัตถุพยานก่อนหาร่องรอยบาดแผล โดยควรสังเกตบาดแผลบริเวณต้นขาด้านใน, groin, mons pubis, labia majora, labia minora โดยเฉพาะ posterior comissure และสุดท้ายคือการตรวจบาดแผลของ hymen

7. การตรวจภายใน ดูบาดแผล, สิ่งแปลกปลอม, การติดเชื้อโรค, ประจำเดือน, ลักษณะการตั้งครรภ์ว่ามีหรือไม่ ถ้าพบหรือสงสัยจึงค่อยทำ manual palpation เพื่อให้ได้ข้อมูลเพิ่มเติม แต่หากไม่สงสัย เพียงแต่ใช้ speculum ใส่เพื่อดูและเก็บสิ่งส่งตรวจก็เพียงพอ

8. การใส่ speculum ต้อง lubricate ด้วย NSS เสมอ ไม่ใส่อย่างแห้ง ๆ เพราะทำให้ผู้ป่วยเจ็บ และการ lubricate นั้นไม่ส่งผลต่อการเก็บสิ่งส่งตรวจแต่อย่างใด

9. ถ้ามีประวัติของโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ก็ต้องตรวจและเก็บสิ่งส่งตรวจโดยเฉพาะ swab สำหรับ smear & stain และส่ง culture ด้วย

10. ข้อควรระวังในการตรวจภายใน ก็คือ ไม่ควรใช้น้ำยาหรือสารเคมีใด ๆ เพื่อทำความสะอาดก่อนการตรวจ เพราะนอกจากจะเป็นการทำลายวัตถุพยานแล้วก็ยังอาจจะทำให้เกิดผลลวงได้



การเก็บสิ่งส่งตรวจ

1. การเก็บวัตถุพยาน เพื่อตรวจหา semen ป้าย swab เก็บจาก 3 ตำแหน่ง คือ

1.1 introitus: vestibule และ fossa navicularis

1.2 posterior fornix

1.3 endocervix

โดยไม่จำเป็นต้องป้ายบน slide หรือกระดาษกรอง

2. การ swab และ culture กรณีที่พบอาการหรือต้องสงสัย โดยส่วนใหญ่มักคิดถึงเชื้อ STD ที่พบมาก คือ GC, chlamydia, trichomoniasis รวมถึงส่งตรวจ blood serology ได้แก่ VDRL, HBs Ag, Anti-HBs Ab, Anti-HIV *(ดูบทที่ 20)*

3. การตรวจปัสสาวะกรณีสงสัยว่าตั้งครรภ์

4. การเจาะเลือด และเก็บปัสสาวะกรณีส่งตรวจทางพิษวิทยา *(ดูบทที่ 33)*

การแปลผลของบาดแผล

1. บาดแผลจะแสดงถึงการสอดใส่อวัยวะเพศชาย หรือมีการสอดใส่สิ่งอื่น โดยได้จากประวัติและเหตุผลที่ควรจะเป็น

2. บาดแผลที่พบมักจะเกิดขึ้นที่ introitus คือ

2.1 posterior commissure หรือ posterior fourchette: จะพบ abrasion หรือ minute laceration

2.2 hymen: redness, swelling, contusion, abrasion, laceration (new tear) และ scar (old tear)

3. การมีเพศสัมพันธ์ ไม่ได้ทำให้เกิดบาดแผลเสมอไป

4. บาดแผลเหล่านี้เกิดจากการสอดใส่วัตถุหรือร่วมเพศเท่านั้น ไม่สามารถเกิดขึ้นเองจากกิจกรรมอื่นโดยไม่มีวัตถุสอดคาอยู่ได้ เช่น ไม่สามารถเกิดขึ้นจากการวิ่ง เล่นโยคะ ยิมนาสติก หรือขี่ม้า เป็นต้น

5. บาดแผลภายใน มีโอกาสพบได้ยาก เช่น postcoital tear ที่ posterior fornix หรือ erosion ที่ cervix เป็นต้น ในกรณีที่พบ จะมีน้ำหนักของการแปลผลเท่ากันกับบาดแผลภายนอก



การแปลผล semen analysis

1. การตรวจวิเคราะห์ประกอบด้วย 3 ส่วนหลักเสมอ ได้แก่ cell, protein และ non-protein component

2. ในประเทศไทย ปัจจุบันมีสิ่งที่ตรวจเป็นปกติ คือ sperm, acid phosphatase protein และ non-protein อื่น ๆ เช่น zinc, choline หรือ choline เป็นต้น โดยให้สังเกตว่าจะเป็นชื่ออื่นนอกไปจาก 2 ชนิดแรก

3. เท่าที่ตรวจในประเทศไทยปัจจุบัน เฉพาะการตรวจพบ sperm เท่านั้น ที่ใช้ยืนยัน ส่วนการตรวจอื่นใช้เป็น presumptive ทั้งสิ้น

4. การพบ presumptive ต้องพบมากกว่า 1 ชนิดขึ้นไป จึงจะมีโอกาสเป็น semen แต่การตรวจพบ sperm นั้นสามารถใช้ยืนยันได้โดยลำพัง

5. สำหรับ acid phosphatase test ต้องตรวจพบผลบวกภายในระยะเวลา 20 วินาที หรือมีค่าความเข้มข้นมากกว่า 300 IU/l เท่านั้น จึงจะมีน้ำหนักพอ และต้องพบ presumptive test ชนิดอื่นอีกอย่างน้อย 1 ชนิดด้วยเสมอ

6. ระยะเวลาในการตรวจพบสารแต่ละอย่าง ไม่มีนัยสำคัญทั้งสิ้น เพราะมี false positive ได้ ยกเว้นการพบ sperm ที่ส่วนมากจะพบภายในเวลา 5-7 วัน แต่ก็เคยมีบางกรณีที่พบถึง 14-16 วันได้

การให้ความเห็นเรื่องการร่วมประเวณี

มี 2 กรณี คือ

1. หลักฐานการร่วมประเวณีครั้งใหม่ มี ได้ 3 แบบ

1.1 **"พบหลักฐานการร่วมประเวณี"** คือ พบ sperm จากภายในช่องคลอด และ/หรือ พบร่องรอยบาดแผล แสดง penetration ใหม่

1.2 **"พบหลักฐานว่าน่าจะ/อาจจะผ่านการร่วมประเวณี"** คือ พบ presumptive evidence ของ semen เท่านั้น และไม่พบร่องรอย penetration ใหม่

1.3 **"ไม่พบหลักฐานการร่วมประเวณี"** คือ ไม่พบ evidence ของ semen และ ไม่พบร่องรอย penetration ใหม่

2. หลักฐานการร่วมประเวณีครั้งเดิม **"พบหลักฐานว่าเคยผ่านการร่วมประเวณี"** คือ ไม่พบ evidence ของ semen และ ไม่พบร่องรอย penetration ใหม่ แต่พบร่องรอย penetration เดิม ได้แก่ old tear ของ hymen ซึ่งมีลักษณะเป็น mature scar คือ มีลักษณะขาวซีดและทึบกว่า hymen ที่ยังไม่ขาด รวมถึงไม่มีสีแดง ที่แสดงให้เห็นว่าเพิ่งมีการหาย

ของบาดแผล เนื่องจากการฉีกขาดของ hymen จะหายได้ตั้งแต่ 2-3 วันแรก แต่ยังเป็นรอยแดงจาก granulation tissue อยู่

เราจะให้ความเห็นกรณีแรกเป็นหลัก เว้นแต่มีประเด็นที่ต้องให้ความเห็นว่าเคยผ่านการร่วมประเวณีมาแล้วหรือไม่ เช่น หญิงโสดไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ แต่ถูกข่มขืนตั้งแต่ 2 สัปดาห์ก่อน และถ้ามีความจำเป็นก็ต้องให้ความเห็นพร้อมกันทั้งของเก่าและของใหม่ เช่น เด็กอายุ 14 ปี แอบมีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนชายติดต่อกันมาแล้ว 2 เดือน เพิ่งถูกผู้ปกครองจับได้ เมื่อตรวจพบทั้งของเก่าและของใหม่ ก็ต้องเขียนความเห็นไปว่า *"ตรวจพบหลักฐานว่าเคยผ่านการร่วมประเวณีและเพิ่งมีการร่วมประเวณีครั้งใหม่"* เนื่องจากมีประเด็นทางกฎหมายที่สำคัญในกรณี ที่มีการกระทำความผิดหลายครั้งเป็นการกระทำความผิดต่างกรรมต่างวาระ กฎหมายจะนับความผิดและโทษเป็นแต่ละคราวมารวมกัน

ฉะนั้น หากมีปัญหาในการพิจารณาลักษณะและอายุของบาดแผล สมควรถ่ายภาพไว้ เพื่อขอความเห็นจากแพทย์นิติเวชก่อนจะเขียนรายงานแก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง



การเขียนรายงาน

วิธีการเขียนรายงานให้ดู *บทที่ 27*

การดูแลรักษา

1. ให้การดูแลรักษาภาวะการเจ็บป่วยทางร่างกาย ได้แก่ การบาดเจ็บทางกาย หรือกรณีได้รับสารพิษ

2. การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ควรพิจารณาว่าสมควรได้รับยาป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือไม่ เนื่องจากหลาย ๆ กรณีมีโอกาสสูงที่จะติดเชื้อและมีภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ การให้ยาควรคำนึงถึงเชื้อที่พบบ่อย คือ gonorrhea, chlamydia, trichomonas, และ bacterial vaginosis ได้แก่ ceftriaxone 125 มก. ฉีดเข้ากล้ามครั้งเดียว หรือ cefixim 400 มก. กินครั้งเดียว ร่วมกับ azithromycin 1 ก. (20 มก./กก. - สูงสุด 1 ก.) กินครั้งเดียว และ metronidazole 2 ก.กินครั้งเดียวในเด็กที่น้ำหนักมากกว่า 45 กก. (หรือ 15 มก./กก/วัน กินติดต่อกัน 7 วัน)

3. ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่เคยได้รับวัคซีนมีภูมิคุ้มกันต่อไวรัสตับอักเสบบีครบ 3 ครั้ง และตรวจพบว่าไม่มีภูมิคุ้มกัน ควรให้วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีด้วย

4. ควรมีการพิจารณาการให้ยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีถ้ามีเพศสัมพันธ์มาไม่เกิน 72 ชั่วโมง และมีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ เช่น มีผู้กระทำหลายคน หรือผู้กระทำเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรืออยู่ในกลุ่มเสี่ยง การให้ยาหลังการได้รับเชื้อเกิน 72 ชั่วโมงจะไม่ได้ผล ทั้งนี้ก่อนให้ยาควรมีการให้การปรึกษาและได้รับความยินยอมก่อน และควรเป็นไปตาม

แนวทางการใช้ยาของแต่ละโรงพยาบาลหรือปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ โดยทั่วไปควรใช้ยาอย่างน้อย 2 ตัว และควรมีการเจาะเลือดเพื่อตรวจ anti HIV ในเบื้องต้น และหลังให้ยา 6 สัปดาห์ 3 เดือน และ 6 เดือน

5. การป้องกันการตั้งครรภ์ในหญิงที่มีประจำเดือนแล้ว ควรพิจารณาป้องกันการตั้งครรภ์ด้วยการให้ยาคุมกำเนิดแบบฉุกเฉินโดยต้องให้ครั้งแรกภายใน 72 ชั่วโมง หลังมีเพศสัมพันธ์ จึงจะได้ผล เช่น lovonorgestrel 0.75 mg (Postinor) กินครั้งละ 1 เม็ด 2 ครั้งห่างกัน 12 ชั่วโมง หรือกินครั้งละ 2 เม็ดครั้งเดียว หรือในกรณีที่ไม่สามารถหายา progesterone-only ได้ อาจจะใช้ combined pill ตาม modified Yutzpe regimen คือ และหากไม่สามารถให้ยาป้องกันได้ภายใน 72 ชั่วโมงควรปรึกษาสูติ-นรีแพทย์ เพื่อพิจารณาใส่ห่วงป้องกัน

6. กรณีเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ ควรพิจารณารับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล ทั้งกรณีที่มีภาวะซึ่งต้องการการรักษาตัวในโรงพยาบาล ต้องการการสังเกตอาการหรือตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม หรือมีแนวโน้มว่าเด็กอาจไม่ได้รับความปลอดภัย หากกลับไปอยู่กับครอบครัวหรือผู้ปกครองไม่สามารถคุ้มครองเด็กไม่ให้ถูกกระทำซ้ำ เช่น ในกรณีที่ผู้กระทำเป็นคนในครอบครัว ผู้กระทำมีการข่มขู่หรือเป็นผู้ที่มีอิทธิพลในชุมชนที่เด็กอยู่และควรมีการบันทึกประวัติและผลการตรวจ พร้อมทั้งรายงานพนักงานเจ้าหน้าที่

หรือผู้ที่มีหน้าที่คุ้มครองสวัสดิภาพเด็กตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 เช่นเดียวกับการช่วยเหลือเด็กที่ถูกทารุณกรรมทางร่างกาย *(ดูบทที่ 20)*

7. ประเมินและให้การดูแลผลกระทบทางจิตใจ รวมถึงด้านครอบครัวและสังคม เพื่อวางแผนการช่วยเหลือในระยะยาว ทั้งนี้อาจจะต้องมีทีมสหวิชาชีพที่ประกอบด้วย แพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ เจ้าหน้าที่ บุคลากรทางด้านกฎหมาย และบุคลากรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

บทที่ 22

Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) และ Sudden Unexpected Death in Infancy (SUDI)

ศักดา สถิรเรืองชัย
อนิรุต วรวาท

ลักษณะของปัญหา

การเสียชีวิตอย่างฉับพลันในเด็กเป็นเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบหลายด้าน เนื่องจากเด็กเป็นทรัพยากรที่สำคัญของสังคม ผลกระทบอาจเกิดกับทั้งครอบครัวของเด็กและสังคมโดยรอบ ผลกระทบอาจเป็นด้านอารมณ์ความรู้สึก การกระตุ้นให้รัฐดำเนินนโยบาย หรือการออกมาตรการหรือแนวทางปฏิบัติโดยองค์กรของรัฐหรือองค์วิชาชีพ

การเสียชีวิตอย่างฉับพลันมักเป็นกรณีการตายที่ยังมิปรากฏเหตุ เป็นเหตุให้พนักงานสอบสวนและแพทย์ต้องทำการชันสูตรพลิกศพ เพื่อพิสูจน์ว่าการตายนั้นเกิดจากการกระทำความอาญาหรือไม่ ประโยชน์รองลงมาได้แก่ การป้องกันมิให้เกิดการตายซ้ำในกรณีที่พบว่าการตายนั้นสามารถป้องกันได้ หรือสามารถรักษาได้

ประเด็นสำคัญที่ต้องพิจารณา

1. การตายของเด็กที่สุขภาพแข็งแรงดีมาตลอดหรือมีอาการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย ควรได้รับการผ่าศพตรวจ เพราะต้องคิดถึงเรื่อง child abuse ไว้ก่อน

2. สภาพแวดล้อมภายในที่อยู่อาศัยเป็นปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดการเสียชีวิต เช่นจาก traumatic asphyxia, จากอุณหภูมิที่สูง หรือมีความเสี่ยงของการสัมผัสและได้รับสารพิษ ได้หรือไม่

3. ภายในครอบครัวมีเด็กคนอื่นที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตอีกหรือไม่ ถ้ามี ควรพิจารณาการดำเนินการคุ้มครองเด็กตามพ.ร.บ.คุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546



การชันสูตรพลิกศพ

การซักประวัติจากผู้ดูแล/ผู้พบศพ

1. ท่าทางของศพขณะที่มีผู้พบศพ
2. พฤติกรรมของผู้ตายก่อนเสียชีวิต เช่น ผู้ตายเสียชีวิตขณะนอนหลับ วิ่งเล่น รับประทานอาหาร หรือเล่นของเล่นชิ้นเล็ก
3. ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันการรักษาเบื้องต้นที่ได้รับ
4. ประวัติระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอด การดูแลหลังคลอด
5. ประวัติการเจริญเติบโตและพัฒนาการ การได้รับวัคซีนการรับประทานอาหาร
6. ประวัติครอบครัว ได้แก่ การเสียชีวิตอย่างฉับพลันของคนในครอบครัว โรคพันธุกรรมในครอบครัว



การตรวจสถานที่เกิดเหตุ

1. ตรวจสภาพเตียงนอน รวมทั้งหมอน ผ้าห่มขนาดใหญ่
2. ตรวจสภาพแวดล้อมในบ้านที่อาจทำให้เด็กเสียชีวิตได้โดยที่ตรวจร่างกายไม่พบบาดแผล เช่น drowning (อ่างน้ำ, บ่อน้ำ), electrocution (แหล่งกำเนิดไฟฟ้า, สายไฟเปลือย), poisoning (สารเคมี, ยาฆ่าแมลง)

การตรวจศพ

1. ตรวจสภาพทั่วไป หา sign ของ child abuse หรือ neglect เช่น บาดแผลที่มีลักษณะจำเพาะ หรือ ลักษณะของ malnutrition/starvation

2. ตรวจหาตำแหน่งของ livor mortis ว่าอยู่ด้านหน้าหรือด้านหลังของร่างกาย

3. ตรวจหา asphyxial signs ได้แก่ subconjunctival hemorrhage, sign of neck compression, petechial hemorrhage บริเวณใบหน้า

4. ตรวจช่องปากและจมูกหาสิ่งแปลกปลอม รวมทั้งบาดแผลที่อาจพบที่ frenulum หรือบันทึกการตรวจพบ pink frothy sputum

สาเหตุของ SUDI ที่พบได้บ่อย

1. Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) คือ การตายอย่างฉับพลันในเด็กอายุน้อยกว่า 1 ปี โดยการตายเกิดขึ้นระหว่างนอนหลับ และไม่สามารถให้การวินิจฉัยโรคที่เป็นสาเหตุการตายได้ ถึงแม้จะได้ทำการ investigate อย่างครบถ้วน ไม่ว่าจะเป็นการผ่าศพตรวจ การตรวจสถานที่เกิดเหตุ และการทบทวนประวัติการเจ็บป่วย

2. metabolic disorder โรคที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตอย่างเฉียบพลันโดยไม่มีอาการนำ มักเป็นความผิดปกติ

ของกระบวนการ oxidation ของ fatty acid ได้แก่ medium-chain acyl-CoA dehydrogenase (MCAD) deficiency ส่วนน้อยเกิดจากโรคพันธุกรรมเมทาบอลิกอื่น เช่น organic acidaemias, amino acid defects และความผิดปกติของ respiratory chain disorders

3. infectious disease ซึ่งอาจเป็นได้ทั้งแบคทีเรียหรือไวรัส โดยมากแล้ว การตายอย่างฉับพลันมักเกิดจากการติดเชื้อที่อวัยวะสำคัญ เช่น meningitis, myocarditis, epiglottitis

4. cardiac cause ส่วนใหญ่มักวินิจฉัยได้จากการผ่าศพตรวจ เช่น congenital heart disease, myocarditis, cardiomyopathy ส่วนน้อยเป็นความผิดปกติของการนำกระแสไฟฟ้า (channelopathy) เช่น long QT syndrome หรือ ความผิดปกติของ conduction system

5. respiratory cause อาจเป็นได้ทั้งโรคธรรมชาติ เช่น asthma, epiglottitis, influenza, pneumonia หรือการตายผิดธรรมชาติ เช่น การสำลักสิ่งแปลกปลอม

6. hypothermia และ hyperthermia การอยู่ในอุณหภูมิที่มากเกินไปหรือน้อยเกินไป สามารถทำให้ทารกตายอย่างเฉียบพลันได้ เช่น การถูกทิ้งไว้ในรถที่จอดไว้กลางแดด เนื่องจากการตรวจศพจะพบการเปลี่ยนแปลงที่ไม่จำเพาะ การตรวจสถานที่พบศพจึงมีความสำคัญ

7. asphyxia *(ดูบทที่ 15)*

8. non-accidental injury เช่น blunt head trauma, blunt abdominal trauma *(ดูบทที่ 20)*

บทที่ 23
การตายที่เกี่ยวเนื่องกับการรักษา

ปิยะ ดุรงคเดช
ศักดา สถิรเรืองชัย

ความสำคัญ

เรื่องนี้เป็นหัวข้อที่มีความยุ่งยาก ซับซ้อนและอ่อนไหวมาก เรื่องหนึ่งในทางนิติเวชศาสตร์ เพราะเกี่ยวกับผลของกระบวนการรักษาพยาบาลผู้ป่วย มีความครอบคลุมไปตั้งแต่ผลการรักษา หรือการผ่าตัดที่ผิดพลาด การให้ยาสลบ ผลไม่พึงประสงค์ของยาที่ใช้รักษาโรค ไปจนถึงความล้มเหลวของวิธีการรักษา แม้ว่าวิธีการเช่นนั้นจะดีที่สุดในขณะนั้นแล้วก็ตาม

ข้อพึงระลึก

หากท่านต้องรับมือกับผู้ป่วยได้รับผลเสียหายหรือถึงขั้นเสียชีวิต ซึ่งอาจมีผลเกี่ยวข้องกับกระบวนการรักษาพยาบาลทางการแพทย์ พึงระลึกไว้ดังนี้ว่า

1. ความเสียหายหรือการตายที่เกิดขึ้น อาจมีสาเหตุการตายอย่างอื่น ซึ่งไม่เกี่ยวข้องใด ๆ กับการรักษาพยาบาลเลยก็เป็นได้

2. บางครั้งความเสียหายหรือการตายที่เกิดขึ้น แม้จะมีผลเกี่ยวข้องกับกระบวนการรักษาพยาบาล แต่นั่นอาจเป็นผลข้างเคียงที่มิอาจหลีกเลี่ยงได้ แม้ได้ระมัดระวังหรือป้องกันเป็นอย่างดีแล้วก็ตาม

3. ความเสียหายที่เกิดขึ้น มักจะเกิดจากความผิดพลาดในขั้นตอนการตัดสินใจในการรักษา (error of clinical judgment) ซึ่งอาจไม่ใช่ความประมาทเลินเล่อแต่อย่างใด

4. แต่ถึงอย่างไร ความเสียหายต่อชีวิตและสุขภาพอนามัยบางส่วน ก็เกิดจากความประมาทเลินเล่อในกระบวนการรักษาพยาบาลจริง

5. ผลร้ายดังกล่าวที่เกิดขึ้นนั้น ย่อมทำให้ผู้ป่วยในฐานะผู้เสียหาย หรือญาติ ตลอดจนนักกฎหมาย ทนายความเข้ามาจัดการกับผลที่เกิดขึ้นจนถึงขั้นฟ้องร้องและเป็นคดีความ ซึ่งเรื่องดังกล่าวถือว่าเป็นปกติ อย่างไรก็ตามผลของการฟ้องร้องจะรุนแรงขึ้นเมื่อผลร้ายที่เกิดนั้น ดูเหมือนจะเกิดจากผลของความประมาทเลินเล่อของบุคลากรทางการแพทย์จริง



ขั้นตอนสำหรับการรับมือปัญหา

1. ผู้บริหารโรงพยาบาลควรเป็นหลัก

2. ต้องจัดให้มีทีมความเสี่ยงหรือทีมไกล่เกลี่ยที่พร้อมจะทำงานตลอด 24 ชั่วโมง

3. มีการรายงานต่อผู้บังคับบัญชาได้ทันท่วงทีและมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน

ในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะการจัดการกับศพในมุมมองของนิติเวชศาสตร์พอสังเขป

การดำเนินการทางนิติเวชศาสตร์

1. หน้าที่ของแพทย์ผู้ชันสูตรพลิกศพ คือให้ความยุติธรรมต่อทั้งสองฝ่าย คือ ทั้งฝ่ายผู้เสียหายและฝ่ายของบุคลากรทางการแพทย์ที่ถูกกล่าวหา

2. ต้องระมัดระวังอย่างยิ่งที่จะไม่กระทำตัวเป็นผู้ตัดสินเสียเอง ในการกล่าวหาว่าผลร้ายที่เกิดขึ้น เกิดจากความประมาทหรือความผิดของฝ่ายหนึ่งฝ่ายใด เพราะการตัดสินว่าผู้ใดประมาทหรือไม่ มิได้ใช้เพียงข้อมูลทางการแพทย์การชันสูตรพลิกศพเท่านั้น ต้องอาศัยประเด็นทางกฎหมายอื่น ๆ ร่วมด้วย

3. หน้าที่ของผู้ชันสูตรพลิกศพ คงมีหน้าที่เพียงให้ข้อมูลถึงสิ่งที่ตรวจพบและสาเหตุการตายเท่าที่บอกได้ โดยไม่วินิจฉัยไปถึงพฤติการณ์การตาย

4. กระบวนการค้นหาความจริงเกี่ยวกับความเสียหายหรือโดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีที่ถึงขั้นเสียชีวิต ในเวชปฏิบัติทั่วไปอาจไม่สามารถทำได้หรือมีข้อจำกัด

5. ในบางครั้งแม้กระทั่งการผ่าชันสูตรศพทางนิติเวชก็มิได้รับคำตอบใดที่ชัดเจนนัก จำต้องอาศัยข้อมูลการรักษาพยาบาลหรือความเห็นของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในสาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อประมวลข้อมูลถึงสาเหตุการตายที่แท้จริง

6. หากท่านเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป หน้าที่ของท่านคือการชันสูตรพลิกศพตามที่กฎหมายกำหนด เท่าที่ท่านทำได้และจัดให้มีการส่งศพพร้อมข้อมูลการรักษาพยาบาลที่ครบถ้วน ไปยังสถานที่หรือหน่วยงานที่สามารถตรวจชันสูตรศพได้อย่างละเอียดต่อไป



ข้อแนะนำสำหรับกระบวนการชันสูตรพลิกศพ

1. การตายที่สงสัยว่าเกิดจากการรักษาพยาบาลนั้นจัดเป็นการตายโดยผิดธรรมชาติชนิดหนึ่ง ทั้งนี้เนื่องจากพฤติการณ์การตายที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เป็นอุบัติเหตุ ซึ่งมิอาจป้องกันได้ หรืออาจจะเกิดขึ้นจากความประมาทเลินเล่อดังที่ได้กล่าวไปแล้วนั้น จำเป็นต้องมีการแจ้งการตายที่เกิดขึ้นแก่พนักงานสอบสวน เพื่อเริ่มกระบวนการชันสูตรพลิกศพเสมอ

2. ข้อควรระวังคือ อย่าชันสูตรหรือลงความเห็นใด ๆ โดยไม่ผ่านกระบวนการชันสูตรพลิกศพตามกฎหมาย เพราะหลายครั้งที่เกี่ยวข้องกับชื่อเสียงหรือความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้ต้องสงสัย ทำให้มีการพยายามไม่ให้เกิดคดีความ

3. บุคคลที่จะมาชันสูตรพลิกศพ ควรเป็นบุคคลที่ไม่ได้มีความเกี่ยวข้องใด ๆ กับกระบวนการรักษาพยาบาลผู้ตายและหากจะให้เหมาะสม การส่งต่อ หรือ ขอความช่วยเหลือจากโรงพยาบาล หรือหน่วยงานอื่น ๆ จะให้ผลในแง่ความโปร่งใสและความน่าเชื่อถือได้ดีกว่าบุคคลากรในหน่วยงานเดียวกัน

4. นอกจากรวบรวมข้อมูลจากกระบวนการรักษาพยาบาลก่อนตายแล้วนั้น บางครั้งการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ในสาขาที่เกี่ยวข้องกับการตายเป็นสิ่งที่พึงกระทำ แต่ต้องระมัดระวังในการเปิดเผยข้อมูลของผู้ตายและบุคลากรที่ถูกกล่าวหาด้วย

5. ในการวินิจฉัยสาเหตุการตาย ต้องพึงกระทำด้วยข้อมูลที่มีอยู่ ทั้งจากประวัติการรักษาและการตรวจสภาพศพ โดยไม่ลงความเห็นส่วนตัวหรือเข้าข้างฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง พึงระลึกเสมอว่ามีหน้าที่ในการค้นหาและรายงานข้อเท็จจริงที่ตรวจพบเท่านั้น

6. ข้อมูลที่ใช้ประกอบการลงสาเหตุการตาย รวมถึงใช้เพื่อส่งต่อไปยังหน่วยงานหรือโรงพยาบาล ที่สามารถตรวจชันสูตรได้นั้น ควรมีเป็นเวชระเบียนที่สมบูรณ์และผลการตรวจเพิ่มเติมอื่น ๆ แนบไปด้วย จึงทำให้การชันสูตรศพสมบูรณ์ขึ้น

7. บางครั้งกรณีการเสียชีวิตในลักษณะนี้ มีความซับซ้อนทั้งในแง่ของสาเหตุและกลไกการตาย ตลอดจนถึงประเด็นทางสังคมและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง จึงควรได้รับการจัดการโดยแพทย์ผู้ที่มีประสบการณ์หรือแพทย์ผู้ที่อาวุโสในหน่วยงานมากกว่าจะปล่อยให้แพทย์จบใหม่เป็นผู้รับมือ

8. ควรส่งศพต่อเพื่อชันสูตร เพื่อให้ได้คำตอบที่ชัดเจนในการตายที่เกิดขึ้น ทั้งยังอำนวยความยุติธรรมให้กับผู้เสียหายและผู้ถูกกล่าวหาด้วย



รูปแบบการตายที่เกิดขึ้นเนื่องจากการรักษาพยาบาลที่พบบ่อย

1. **การตายอันเนื่องมาจากกระบวนการทำให้ผู้ป่วยสลบ (anesthetic death)**

1.1 มีความยากในการวินิจฉัยแม้ได้รับการผ่าศพตรวจอย่างสมบูรณ์แล้วก็ตาม มีผู้ป่วยจำนวนน้อยมากที่จะตายจากผลของกระบวนการทำให้ผู้ป่วยสลบแต่เพียงอย่างเดียว แต่หลาย ๆ กรณีอาจเกิดจากสาเหตุอื่น

1.2 เกิดจากสารเคมีที่ใช้หรือขั้นตอนกระบวนการทำให้ผู้ป่วยสลบ

1.3 เกิดจากผลข้างเคียงหรือความผิดพลาดของการผ่าตัดรักษา

1.4 เกิดจากการผ่าตัดรักษาบางชนิดที่มีภาวะของผู้ป่วยที่ไม่ดีก่อนอยู่แล้ว เช่น มีการบาดเจ็บที่รุนแรง

1.5 เกิดจากโรคทางธรรมชาติของผู้ป่วยเอง อาทิ เช่น เกิดจากโรคที่ต้องทำการผ่าตัดในครั้งนี้, เกิดโรคอื่น ๆ ที่ตรวจพบก่อนการผ่าตัดแต่จำเป็นต้องดำเนินการผ่าตัดรักษาในครั้งนี้ (risk/benefit) หรือเกิดจากโรคทางธรรมชาติอื่น ๆ ที่มิได้ตรวจพบก่อนผ่าตัด

1.6 กรณีที่เกิดขึ้นจากกระบวนการทำให้ผู้ป่วยสลบเป็นสาเหตุการตายหลักนั้น อาจเกิดขึ้นได้หลายสาเหตุ เช่น การได้รับสารเคมีที่ทำให้ผู้ป่วยสลบเกินขนาด การขาดอากาศหายใจเนื่องจากอุปกรณ์ที่ใช้บกพร่องหรือแหล่งจ่ายก๊าซเสียหาย ภาวะอุณหภูมิต่ำอย่างรุนแรงจากการได้รับสารเคมีบางชนิด (malignant hypothermia associated with halothane and curare-liked drug) ตลอดจนความผิดพลาดในกระบวนการทำให้ผู้ป่วยสลบ

1.7 การปรึกษากับวิสัญญีแพทย์ ผู้ที่สามารถอธิบายขั้นตอนกระบวนการและกลไกการออกฤทธิ์ของสารเคมีที่ใช้ ตลอดจนสภาวะของผู้ป่วยขณะทำการเหนี่ยวนำการสลบเป็นข้อมูลที่สำคัญมากในการหาสาเหตุการตาย โดยเฉพาะข้อมูลที่ได้จากวิสัญญีแพทย์ที่มิได้เกี่ยวข้องกับกระบวนการรักษาผู้ป่วย

1.8 ควรเก็บตัวอย่างเลือดหรือสิ่งคัดหลั่งของผู้ป่วยช่วงก่อนตายและหลังตาย สำหรับการส่งต่อไว้ด้วย แม้ว่ากรณีการตายที่เกิดจากสารเคมีชนิดที่เป็นก๊าซ อาจไม่สามารถตรวจพบได้หลังตายก็ตาม แต่ยังมีสารเคมีบางอย่างที่อาจตรวจพบจากร่างกายผู้ป่วยหลังตายได้เช่นกัน

1.9 สำหรับการตายที่เกิดจากกระบวนการทำให้ผู้ป่วยสลบเป็นหลักนั้น แม้จะดำเนินการผ่าศพตรวจโดยสมบูรณ์แล้วอาจไม่พบคำตอบถึงสาเหตุการตาย ดังนั้นข้อมูลประวัติการรักษาพยาบาลจึงมีความสำคัญมากในการวินิจฉัยการตาย

2. **การตายที่เกี่ยวข้องกับหัตถการในหลอดเลือด (death associated with intra-vascular procedures)**

2.1 เกิดการบาดเจ็บจากหัตถการต่อหลอดเลือดหรือห้องหัวใจ รวมไปถึงการเกิดการอุดตันของหลอดเลือดเนื่องจากชิ้นส่วนของอุปกรณ์จากการใส่สายสวนชนิดต่าง ๆ ได้

2.2 ได้รับเลือดผิดหมู่ ส่วนใหญ่แล้วเกิดจากความผิดพลาดของบุคลากรในขณะให้เลือด เช่น การให้เลือดผิดคน หรือผิดหมู่ หากพบกรณีดังกล่าว ควรเก็บเลือดผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังให้เลือด รวมทั้งเลือดที่เหลือจากการให้เลือดถุงนั้น ๆ ด้วย

3. **การตายจากการผ่าตัดรักษา (fatal surgical mishaps)**

3.1 อาจเกิดขึ้นจากความประมาท เช่น ผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง หรือผิดอวัยวะ การหลงลืมชิ้นส่วนของเครื่องมือหรือผ้าซับเลือดไว้ในร่างกายผู้ป่วย และอาจไม่รุนแรงจนทำให้ถึงแก่ความตาย

3.2 ในบางกรณี เช่น การผูกท่อหรือหลอดเลือด รวมถึงการหลุดของการตัดต่อท่อหรือหลอดเลือดของอวัยวะที่สำคัญ ๆ อาจนำไปสู่สาเหตุการตายได้ ซึ่งต้องพิสูจน์ว่าเกิดจากความผิดพลาดหรือเป็นเหตุสุดวิสัย

4. **การตายจากการได้รับยารักษาโรค (pharmacological mishaps)**

4.1 อาจเกิดจากการแพ้ยาที่สามารถตรวจพบลักษณะทางพยาธิสภาพได้

4.2 อาจจะไม่มีลักษณะสำคัญใด ๆ ที่ตรวจพบในการชันสูตรพลิกศพ

4.3 การตรวจหายารักษาโรคจากเลือดของผู้ป่วยหลังตาย อาจไม่ได้สะท้อนระดับของยาที่แท้จริง ในกระแสเลือดก่อนตาย

4.4 สำหรับสาเหตุการตายอาจเกิดจากการให้ยาผิดชนิด ผิดขนาดแม้ให้ถูกชนิด รวมถึงการให้ยาผิดช่องทาง การแพ้ยา หรือการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาชนิดอื่น ๆ ที่ได้รับด้วยกัน เป็นต้น

4.5 ต้องระวังว่า โรคทางธรรมชาติบางชนิดอาจมีอาการคล้ายการได้รับยาเกินขนาด เช่น โรคลมชักหรือหอบหืด เป็นต้น

5. **การตายของมารดา (maternal death)**

5.1 การตั้งครรภ์เป็นภาวะที่ร่างกายของสตรีมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา ส่งผลให้มีโอกาสที่สตรีมีครรภ์และหลังคลอดบุตรจะเสี่ยงต่อโรคหรือกลุ่มอาการบางชนิดที่อาจทำให้ถึงแก่ความตายได้

5.2 ภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์และคลอดบุตรที่พบบ่อยและนำไปสู่การสูญเสียชีวิตอย่างเฉียบพลัน คือ pulmonary artery thrombo-emboli และ amniotic fluid emboli

5.3 นอกจากนี้แล้วยังมีโรคและกลุ่มอาการอื่น ๆ ที่สามารถเป็นสาเหตุของความสูญเสียแก่สตรีตั้งครรภ์และมารดา เช่น peripatum cardiomyopathy, venous air emboli, coronary artery dissection and aortic dissection, non-traumatic uterine rupture เป็นต้น

5.4 การตั้งครรภ์และคลอดบุตร เป็นกลไกปกติที่เกิดขึ้น มิใช่โรคหรือการบาดเจ็บใด ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติมีความคาดหวังสูง เมื่อความเสียหายต่อชีวิตและอนามัยที่เกิดขึ้น จึงมีความละเอียดอ่อนและซับซ้อนกว่ากรณีทั่วไป

5.5 ความเสียหายต่อชีวิตและอนามัยเกือบทั้งหมดจะเกิดจากโรคหรือภาวะทางธรรมชาติ ซึ่งแม้ได้รับการป้องกันหรือเฝ้าระวังอย่างเต็มที่แล้วก็ตาม จึงก่อให้เกิดความไม่พอใจขึ้นได้เสมอ

5.6 หากต้องเผชิญกับสถานการณ์ดังกล่าว การพูดคุยทำความเข้าใจ การอธิบายโดยคำนึงถึงความสูญเสียที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วยและครอบครัวย่อมเป็นทางออกที่พึงกระทำ รวมไปถึงกระบวนการชันสูตรพลิกศพและการส่งศพเพื่อชันสูตรโดยละเอียดเพื่อหาสาเหตุการตายที่แท้จริงต่อไป

ข้อสรุป

1. จำเป็นต้องรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ให้ได้มากที่สุด

2. ต้องวิเคราะห์ถึงสาเหตุอื่นที่เป็นไปได้ เช่น โรคทางธรรมชาติหรือการบาดเจ็บที่มีก่อนตาย

3. ต้องเก็บรวบรวมข้อมูลการรักษาพยาบาลก่อนตายให้ครบถ้วน

4. อย่าลงความเห็นเรื่องพฤติการณ์ในรายงานชันสูตร เนื่องจากประเด็นดังกล่าวต้องการข้อมูลอื่น ๆ ร่วมด้วย มากกว่าขั้นตอนการชันสูตรพลิกศพ

บทที่ 24
หลักการตรวจและให้ความเห็นทางนิติเวชคลินิก

ปิยะ ดุรงคเดช
นิติกร โปริสวาณิชย์

ความสำคัญ

ภารกิจของแพทย์นอกจากการตรวจและรักษาโรคตามปกติแล้ว ส่วนหนึ่งยังต้องทำหน้าที่จัดการด้านนิติเวช ซึ่งเป็นปัญหาของผู้ป่วยที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บ ผลของการจัดการทางนิติเวชของแพทย์ทั้งต่อผู้เสียหายและผู้ต้องหา ก็เพื่อให้กระบวนการยุติธรรมทางอาญาสามารถดำเนินไปได้ และก่อให้เกิดความยุติธรรมต่อทุกฝ่าย ความเห็นประกอบการตรวจรักษา เป็นกระบวนการแสวงหาพยานหลักฐานทางการแพทย์ในการค้นหาความจริงและประกอบการตัดสินผลทางกฎหมาย

วัตถุประสงค์ของการตรวจและให้ความเห็น *(ดูบทที่10)*

1. เพื่อบอกความรุนแรงของการบาดเจ็บ เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่มีประเด็นทางนิติเวชศาสตร์นั้น มักเป็นผู้เสียหายในคดีอาญา โดยหลักแล้ว การตัดสินความผิดและโทษต้องอาศัยความเห็นของแพทย์ว่า การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นนั้นรุนแรงมากน้อยเท่าใด

1.1 กฎหมายอาญาจัดฐานความผิดแบ่งตามผลที่เกิดว่าบาดเจ็บหนักหรือเบา

1.2 การบาดเจ็บที่หนักที่สุดที่กฎหมายจัดไว้คือ *“อันตรายสาหัส”*

1.3 การวินิจฉัยระดับของการบาดเจ็บตามกฎหมาย เป็นหน้าที่ของผู้บังคับใช้กฎหมาย แพทย์เป็นผู้ให้ความเห็นเพื่อให้ผู้ที่มีหน้าที่นำไปปรับใช้เท่านั้น เช่น เราจะไม่ลงความเห็นว่าผู้ป่วยของเราเป็นอันตรายสาหัส หรือมีสภาพตามที่กฎหมายบัญญัติว่าเป็นอันตรายสาหัสหรือไม่ แต่เราต้องรู้ว่าอันตรายสาหัสมีอะไร และเราสมควรทำอะไร แค่ไหน และเพียงใด

1.4 ความเห็นของแพทย์ต้องมีรูปลักษณะที่สามารถใช้งานได้ และสอดคล้องกับดุลยพินิจทางกฎหมาย แต่ต้องจำกัดขอบเขตไม่ให้เลยเถิดเข้าไปในหน้าที่ของผู้บังคับใช้กฎหมาย ดังนั้น การลงความเห็นจึงควรทำตามคำแนะนำที่จะให้ต่อไปในบทนี้

2. เพื่อให้ข้อมูลที่ใช้ในการอธิบายกลไกของการบาดเจ็บเพื่อใช้ค้นหาความจริง

พยานหลักฐานทางการแพทย์ที่ควรจะรวบรวม

1. ข้อมูลจากการซักประวัติให้ได้ประเด็นที่สำคัญมากที่สุด ได้แก่

1.1 ลักษณะการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงเพียงใด

- วันเวลาที่เกิดเหตุ เพื่อใช้ประเมินความสัมพันธ์กับลักษณะของบาดแผลที่ตรวจพบ

- รายละเอียดของบาดแผลหรือการบาดเจ็บ *(ดูบทที่ 10)*
- อวัยวะที่ได้รับผลกระทบหรือการสูญเสีย เช่น แท้งลูก เกิดแผลเป็น
- เวลาที่มีอาการและภาวะที่เกิดขึ้น
- ความสามารถในการใช้งานระหว่างที่ยังไม่หาย
- ผลกระทบต่อมีการใช้ชีวิตประจำวันและการทำงาน

1.2 พฤติการณ์ที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บ

- วิธีที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บ
- ลักษณะอาวุธที่ใช้
- จำนวนผู้กระทำ
- จำนวนครั้งที่ถูกกระทำ
- สภาพเหตุการณ์โดยสังเขป เช่น ขับรถยนต์แล้วถูกชนท้าย ไม่ได้คาดเข็มขัดนิรภัย หน้าอกจึงกระแทกกับพวงมาลัย เป็นต้น

2. ตรวจร่างกายอย่างละเอียด ต้องตรวจทุกส่วนของร่างกายแม้ผู้บาดเจ็บจะมิได้ให้ประวัติ

3. ตรวจชันสูตรบาดแผลให้ครบถ้วน *(ดูบทที่ 10)*

4. กรณีที่อาจเป็น “อันตรายสาหัส” ตามกฎหมายนั้น ได้แก่

4.1 ตาบอด หูหนวก ลิ้นขาด หรือเสียฆานประสาท

- ในกรณีนี้ ไม่ใช่การประเมินตามกฎหมายว่าด้วยคนพิการ แพทย์จึงต้องตรวจประเมินเมื่อการรักษาโดยแพทย์เฉพาะทางสิ้นสุดลง และตรวจตามสภาพที่หลงเหลืออยู่ของอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บนั้น ๆ ต่างจากการวินิจฉัยความพิการที่ต้องประเมินข้างที่ดีที่สุด นอกจากนี้ เกณฑ์ที่ศาลจะใช้ตัดสิน ก็ไม่ชัดเจนอย่างกฎหมายคนพิการ ที่ได้นำเกณฑ์ต่าง ๆ ของ WHO มาใช้ ดังนั้น แพทย์ต้องตรวจตามเกณฑ์ที่ใช้อยู่ร่วมกับการตรวจประเมินความสามารถใช้งานทั่ว ๆ ไป เช่น หากระดับการมองเห็น (visual acuity) เหลือ 2/6 ก็ต้องมีข้อมูลว่าผู้ป่วยยังมองเห็นเท่าใด อ่านหนังสือได้หรือไม่และอย่างไร เดินตามลำพังได้หรือไม่ อย่างไร เป็นต้น เพื่อใช้ประกอบการอธิบายความในการสืบพยาน

4.2 เสียอวัยวะสืบพันธุ์ หรือความสามารถสืบพันธุ์

- จากการตรวจประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ

4.3 เสีย แขน ขา มือ เท้า นิ้ว หรืออวัยวะอื่นใด

- ให้ดูข้อ 6.

4.4 หน้าเสียโฉมอย่างติดตัว

- ในกฎหมายไม่มีเกณฑ์วัดอย่างชัดแจ้ง มีเพียงข้อเท็จจริงที่ศาลเคยตัดสินไว้ว่าลักษณะใดศาลเห็นว่า *"หน้าเสียโฉม"* ดังนั้น แพทย์ต้องประเมินว่า ผลของการบาดเจ็บ เช่น ถูกน้ำกรดสาดที่ใบหน้า เมื่อหายแล้วจะเกิดแผลเป็นหรือไม่ มีขนาดเท่าใด มีวิธีการรักษาหรือไม่ และถ้ารักษาไม่ได้อีกต่อไป แล้วสภาพจะเป็นอย่างไร ถึงแม้ว่าศาลอาจจะเคยพิจารณาถึงแผลเป็นที่มีขนาดใหญ่พอที่จะมองเห็นได้ชัดเจนในระยะไกลเท่าใด เราก็ไม่ต้องตรวจตามนั้น เนื่องจากศาลใช้ดุลยพินิจได้เอง

4.5 แท้งลูก

- หากเกิดกรณีดังกล่าว สมควรมีการส่งตรวจชิ้นเนื้อที่แท้งออกมาทั้งหมด รวมถึงตรวจดูสภาพในโพรงมดลูกว่าเกิดอะไรขึ้น เช่น มีภาวะรกรอกตัวหรือไม่ เพื่อใช้ประกอบความเห็นแสดงความสัมพันธ์อย่างเป็นเหตุเป็นผล

4.6 จิตพิการอย่างติดตัว

- หมายรวมถึงอาการทางสมองและทางสุขภาพจิต โดยต้องได้พยาธิสภาพที่เห็นชัดเจน รวมถึงอธิบายสาเหตุได้ว่าเกิดมาจากอะไร

4.7 ทุพพลภาพ หรือป่วยเจ็บเรื้อรัง ซึ่งอาจถึงตลอดชีวิต

- ต้องได้การวินิจฉัยที่แน่นอน แล้วต้องประเมินลักษณะของ activity of daily life รวมถึง การพยากรณ์โรค

4.8 ทุพพลภาพ หรือป่วยเจ็บด้วยอาการทุกขเวทนาเกินกว่ายี่สิบวัน หรือจนประกอบกรณียกิจตามปกติไม่ได้เกินกว่ายี่สิบวันเป็นกรณีที่พบบ่อยที่สุด แพทย์ต้องตรวจว่ามีอาการ หรืออาการแสดง อย่างไร มีการดำเนินของโรคอย่างไร แล้วมีความสามารถในการใช้งานในส่วนที่บาดเจ็บได้เพียงใด ซึ่งศาลต้องการข้อมูลดังกล่าวร่วมกับระยะเวลาการหายด้วย

5. กรณีกระดูกหัก ให้ระบุข้าง ชิ้น และตำแหน่งทุกที่ที่หักให้ครบถ้วน

6. กรณีมีการฉีกขาดหลุดหายของนิ้ว ให้ระบุส่วนที่ขาดให้ชัดเจนว่าอยู่ที่ข้อใด หรือห่างจากข้อเท่าใด

7. บาดแผลหรือการบาดเจ็บ ที่จะก่อให้เกิดผลสืบเนื่องสำคัญ เช่น เกิดแผลเป็นหดรั้ง ควรนัดประเมินซ้ำตามระยะเวลาที่สมควร

8. การบาดเจ็บที่ถูกส่งต่อไปรักษากับแพทย์เฉพาะทาง รวมถึงการบาดเจ็บของฟัน ให้ติดตามการรักษาและผลที่เกิดขึ้นเป็นระยะ ๆ เสมอ ถ้าเป็นไปได้ควรได้ทบทวนรายงานการรักษาหรือจดหมายตอบการส่งต่อด้วย

9. กรณีบาดแผลที่มีหรืออาจจะมีสิ่งแปลกปลอมที่สำคัญอย่างยิ่งคือ ชิ้นส่วนของอาวุธคาอยู่ เช่น บาดแผลถูกแทงหรือถูกยิง ควรสำรวจก้นแผล และถ่ายภาพรังสี เพื่อค้นหาสิ่งแปลกปลอมหรือชิ้นส่วนของอาวุธในแผล หรือเป็นไปได้ควรนำออกมาเพื่อส่งให้พนักงานสอบสวนไว้เป็นพยานหลักฐาน

10. ควรเก็บรวบรวมเสื้อผ้าของผู้บาดเจ็บ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีถูกยิง เพื่อส่งมอบให้พนักงานสอบสวน และขณะทำการรักษาหากต้องตัดเสื้อผ้าควรเลี่ยงการตัดผ่านรอยฉีกขาดหรือร่องรอยที่อาจจะใช้เป็นพยานหลักฐานเท่าที่จะทำได้

11. กรณีผู้บาดเจ็บจากอาวุธปืน ควรเลี่ยงการทำความสะอาดมือเท่าที่จะทำได้ เพื่อจะได้ให้ผู้มีหน้าที่เก็บสิ่งส่งตรวจสำหรับตรวจหาเขม่าแก๊ปปืนเสียก่อน

12. ตัวบาดแผลนั้น นอกจากจะต้องบันทึกรายละเอียดลงในเวชระเบียนแล้ว ยังสมควรถ่ายภาพเก็บไว้ด้วย *(ดูบทที่ 4)*

13. กรณีผู้บาดเจ็บหมดสติหรือสงสัยว่าถูกมอมยาให้รีบเก็บ เลือด และปัสสาวะไม่ต่ำกว่า 50 มล. หรืออาจเก็บน้ำล้างกระเพาะครั้งแรกหากทำได้ เพื่อตรวจหาสารเคมีในร่างกาย และควรติดตามอาการในโรงพยาบาลเพื่อบันทึกลักษณะอาการ อาการแสดง และเก็บ สิ่งส่งตรวจซ้ำเป็นระยะ ๆ อย่างน้อย 2-3 ครั้ง ห่างกันตามเวลาครึ่งชีวิตของสารนั้น ๆ หรือตามการเปลี่ยนแปลงที่พบ *(ดูบทที่ 33)*

14. ในการตรวจและบันทึกข้อมูลจากผู้ต้องหา ควรให้มีเจ้าหน้าที่ตำรวจอยู่ด้วยเสมอ และไม่ควรถอดกุญแจมือ โดยแพทย์ควรอยู่ในสถานที่ที่สามารถเคลื่อนตัวออกจากบริเวณนั้นได้ง่าย

เอกสารที่แพทย์ต้องเขียน

ได้แก่ รายงานชันสูตรบาดแผล *(ดูบทที่ 26)* ใบรับรองแพทย์เพื่อใช้ลาหรือเบิกค่าทดแทนต่าง ๆ และใบเรียกร้องค่าทดแทนประกันภัย *(ดูบทที่ 28)*

บทที่ 25
การตรวจผู้ป่วยทางนิติเวชคลินิก ที่มีลักษณะเฉพาะบางประการ

กันต์ ทองแถม ณ อยุธยา
วิศาล วรสุวรรณรักษ์

การตรวจผู้ต้องหา ผู้เสียหาย หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง

1. การตรวจผู้ต้องหานั้น แพทย์สามารถทำการตรวจร่างกาย หรือเก็บตัวอย่างจากภายนอก เช่น เส้นผม เส้นขน น้ำลาย ปัสสาวะ อุจจาระ สารคัดหลั่งภายนอก ได้เลยตามคำสั่งของพนักงานสอบสวน โดยไม่ต้องได้รับการยินยอมจากเจ้าตัว ซึ่งแตกต่างกับการตรวจร่างกายของผู้เสียหายที่แพทย์ต้องได้รับการยินยอมในการตรวจร่างกายก่อนเสมอ ทั้งนี้หากผู้เสียหายหรือผู้ต้องหาเป็นผู้หญิง ให้จัดให้เจ้าพนักงานหญิงเข้าร่วมตรวจ หรือจะขอนำบุคคลใดมาอยู่ร่วมในการตรวจนั้นด้วยก็ได้ตามสมควร

2. หากพนักงานสอบสวนขอให้แพทย์ทำการเจาะเลือด หรือตัดเก็บเนื้อเยื่อ ผิวหนัง หรือส่วนประกอบของร่างกาย ซึ่งการกระทำดังกล่าวอาจเป็นอันตรายแก่ร่างกาย จึงต้องได้รับความยินยอมจากผู้รับการตรวจก่อนเสมอ แม้ว่าจะเป็นผู้ต้องหาก็ตาม หากไม่ได้รับความยินยอม แพทย์อาจจะดำเนินการได้ต่อเมื่อ ผู้ต้องหาไม่ได้ขัดขืนและการกระทำของแพทย์ไม่มีอันตรายเกินสมควร หรือเป็นไปเพื่อวินิจฉัยและรักษา

3. กรณีที่ผู้รับการตรวจไม่ให้ความยินยอม หรือขัดขืนโดยไม่มีเหตุอันควร การเก็บสิ่งส่งตรวจ หรือการตรวจร่างกาย อาจจะก่อให้เกิดการรุกล้ำทางร่างกาย หรืออาจทำให้ได้รับบาดเจ็บ แพทย์ควรอธิบายเพื่อให้ผู้รับการตรวจเข้าใจถึง

ผลเสียที่ปฏิเสธการตรวจ หรือให้เจ้าพนักงานร่วมอธิบายด้วย หากยังไม่เปลี่ยนท่าทีและยังคงไม่ยินยอมอยู่ ให้บันทึกลงในเวชระเบียนไว้



การรับรองการทำพินัยกรรมและรับรองความสามารถของบุคคลในการทำนิติกรรม

1. การรับรองความสามารถ ของผู้ทำพินัยกรรมและการเป็นพยานในการทำพินัยกรรม มีหลักกฎหมายว่าผู้จะทำนิติกรรมต้องบรรลุนิติภาวะ หรือมีอายุเข้าตามนิติกรรมที่กฎหมายกำหนดไว้เฉพาะ และต้องมีสติสัมปชัญญะเพียงพอจะแสดงเจตนาได้ ในหลาย ๆ กรณีจึงต้องการการรับรองจากแพทย์

2. แพทย์จะต้องตรวจพิสูจน์ว่า ผู้ทำนิติกรรมจะต้องไม่เป็นบุคคลวิกลจริต หรือ มีอาการวิกลจริต ดังนั้นจึงใช้การตรวจสภาพจิตเบื้องต้นด้วยวิธีสัมภาษณ์ทางจิตเวช (psychiatric interview) และตรวจสภาพจิต (mental status examination) โดยผู้เป็นแพทย์อาจใช้แบบฟอร์ม Thai Mental Status Examination (MMSE หรือ TMSE) ร่วมกับการทำ projective test, objective test หรือ IQ test โดยนักจิตวิทยา ก็ได้

3. ในกรณีที่นิติกรรมนั้นมีความเสี่ยง ต่อข้อพิพาทหรือมีความสลับซับซ้อนทั้งจากตัวนิติกรรมเองและจากสภาพของผู้มาตรวจ ควรปรึกษาแพทย์นิติเวช จิตแพทย์ นักจิตวิทยา

และแพทย์ทางระบบประสาทที่รักษาผู้ป่วย รวมถึงอาจมีนักกฎหมายมาร่วมด้วยเสมอ ในบางกรณี ควรส่งไปปรึกษาในสถาบันที่มีทีมสหวิชาชีพดังกล่าวพร้อม

การพิสูจน์ความเป็นบิดา มารดา และบุตร

1. ในหลายกรณีที่มีข้อพิพาททางกฎหมาย โดยเฉพาะคดีทางแพ่งที่เกี่ยวข้องกับลักษณะครอบครัวและมรดก แพทย์ถูกปรึกษาเรื่องการขอตรวจพิสูจน์ความเป็นบิดา-มารดากับบุตร หรืออาจจะต้องตรวจความสัมพันธ์ทางเครือญาติ

2. แพทย์ควรแนะนำความรู้เบื้องต้น และแนะนำให้ไปติดต่อเพื่อตรวจพิสูจน์ยังสถาบันทางนิติเวชศาสตร์ *(ดูภาคผนวก)*

3. โดยทั่วไปแล้ว คำแนะนำเบื้องต้นคือ

3.1 การตรวจพิสูจน์ ต้องอาศัยการเก็บตัวอย่างจากเครือญาติใกล้ชิดที่สุด และควรเกี่ยวข้องในคดีที่พิพาทหรือเป็นข้อเท็จจริงที่กล่าวอ้าง

3.2 การตรวจทางพันธุศาสตร์ สามารถเก็บตัวอย่างร่างกายได้จากหลาย ๆ ส่วน เช่น จากเลือด จากเยื่อบุกระพุ้งแก้ม เส้นผม เป็นต้น ซึ่งอาจจะเลือกใช้ให้เหมาะกับสภาพร่างกายของผู้ตรวจแต่ละคนได้

3.3 ควรติดต่อสถานที่ที่จะไปตรวจ เพื่อให้ทราบถึงข้อปฏิบัติ การเตรียมตัวหรือเอกสารที่ต้องมี การทำหนังสือจากหน่วยงานที่ต้องการผล นัดหมายเพื่อตรวจ ผู้ที่ต้องไปตรวจกระบวนการตรวจจนถึงการออกผล การรับผล และค่าใช้จ่าย



การประเมินอายุผู้ป่วย

1. ในทางกฎหมายแล้ว อายุของผู้ต้องหา หรือผู้เสียหายในคดีอาญา มีความสำคัญในแต่ละคดีแตกต่างกัน เช่น การรับโทษ หรือเขตอำนาจของศาล หรือกระบวนวิธีพิจารณา ตัวอย่างเช่น ในกรณีคดีความผิดทางเพศ อายุของผู้เสียหายมีผลต่อการพิจารณาความผิดและความยินยอม หรืออายุของผู้ต้องหาที่ทำให้มีวิธีพิจารณาความแบบเด็ก ขึ้นศาลเด็กและเยาวชน รวมถึงข้อจำกัดโทษตามอายุ

2. ในคดีใด ๆ หากไม่ทราบอายุของผู้ต้องหาหรือผู้เสียหายที่แท้จริง อาจเพราะไม่มีประวัติทางทะเบียนราษฎร์มาก่อน พนักงานสอบสวนหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการยุติธรรมอาจส่งตัวผู้ต้องหาหรือผู้เสียหายมาให้บุคลากรทางการแพทย์มาประเมินอายุได้

3. หลักทั่วไปที่แพทย์ควรทราบในการประเมินอายุหรือควรส่งผู้มารับการตรวจไปตรวจได้ถูกต้อง คือ อายุสามารถประเมินได้จาก

3.1 การขึ้นของฟัน ภาพถ่ายรังสีของรากฟัน เพื่อดูการเจริญของฟัน และลักษณะการบดเคี้ยวสึกหรอของฟัน ในกรณีนี้ควรปรึกษาทันตแพทย์ในการตรวจและให้ความเห็น และความแม่นยำมีข้อจำกัดในช่วงอายุไม่เกิน 21-25 ปี

3.2 อายุกระดูก ได้จากการถ่ายภาพรังสีของกระดูกในส่วนต่าง ๆ ที่นิยมใช้ในเด็กวัยรุ่น คือ ภาพถ่ายรังสีของมือ ในกรณีนี้ควรปรึกษารังสีแพทย์ในการตรวจและให้ความเห็น และความแม่นยำมีข้อจำกัดจนถึงช่วงอายุผู้ใหญ่ตอนต้น

3.3 การใช้ Tanner Stage ซึ่งแพทย์ทุกคนสามารถตรวจร่างกายได้เอง เพียงแต่การประมาณอายุต้องอาศัยการตรวจอื่น ๆ ประกอบกันเสมอ เนื่องจากวิธีนี้มีความคลาดเคลื่อนสูง เพียงใช้ประกอบกันเท่านั้น และที่สำคัญคือ ต้องไม่มีโรคหรือภาวะที่ส่งผลต่อระบบต่อมไร้ท่อด้วย

บทที่ 26

การเขียนรายงานทางนิติเวชคลินิก เกี่ยวกับการบาดเจ็บ

นิติกร โปริสวาณิชย์
อนิรุต วรวาท

รายงานทางนิติเวชคลินิก เป็น รายงานของแพทย์ที่จะต้องให้ความเห็น เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องสามารถนำไปปรับใช้กับปัญหาในทางนิติศาสตร์ สำหรับรายงานที่แพทย์พบบ่อย ได้แก่ รายงานการตรวจผู้ป่วยคดีอาญา *(หรือผู้เกี่ยวข้องในคดีอาญา)* ที่นิยมเรียกว่า **"ใบชันสูตรผู้ป่วยคดี"** หรือ "**ใบชันสูตรบาดแผล"**

วัตถุประสงค์ของรายงาน

1. เพื่อให้ความเห็นเกี่ยวกับความรุนแรงของการบาดเจ็บอันเป็นผลจากการกระทำ

2. เพื่อบรรยายรายละเอียดของการบาดเจ็บ อันจะนำไปสู่ความเห็นเชิงวิเคราะห์เกี่ยวกับกลไกหรือรูปแบบของการกระทำ สำหรับพิสูจน์ความจริงที่เป็นองค์ประกอบทางกฎหมาย

ส่วนประกอบของรูปแบบรายงาน

รายงานของแพทย์สามารถเขียนลงในแบบฟอร์มของตำรวจที่นำส่งผู้บาดเจ็บหรือผู้ต้องหามาให้ตรวจ หรือเขียนแยกก็ได้ แต่โดยทั่วไปแล้วนิยมเขียนในแบบของตำรวจมากกว่า รูปแบบทั่วไป ได้แก่

1. **ส่วนต้น** เป็นรายละเอียดของผู้บาดเจ็บและข้อมูลในการตรวจ ประกอบด้วยสถานที่ตรวจชื่อและข้อมูลของผู้มาตรวจ วันและเวลาที่ตรวจครั้งแรกในสถานพยาบาลและผู้นำส่งมาให้ตรวจ ส่วนนี้เป็นตัวเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของผู้ที่เกี่ยวข้องในคดี

2. **สิ่งที่แพทย์ตรวจ** ประกอบด้วยรายละเอียดของการบาดเจ็บแต่ละอย่าง หรือรายละเอียดที่เป็นองค์ประกอบในการบรรยายบาดแผล

3. **ความเห็นของแพทย์** เป็นการให้ความเห็นตามวัตถุประสงค์ข้างต้น สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปให้ความเห็นเฉพาะความรุนแรงของการบาดเจ็บก็เพียงพอ



ใบนำส่งผู้บาดเจ็บหรือศพให้แพทย์ตรวจชันสูตร

คดีที่ _____ สถานีตำรวจ _____

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

ส่งที่ _____

ชื่อผู้บาดเจ็บหรือศพ _____

วันเวลาที่เกิดเหตุ _____

วันเวลาส่งผู้บาดเจ็บหรือศพ _____

ชื่อผู้นำส่ง _____

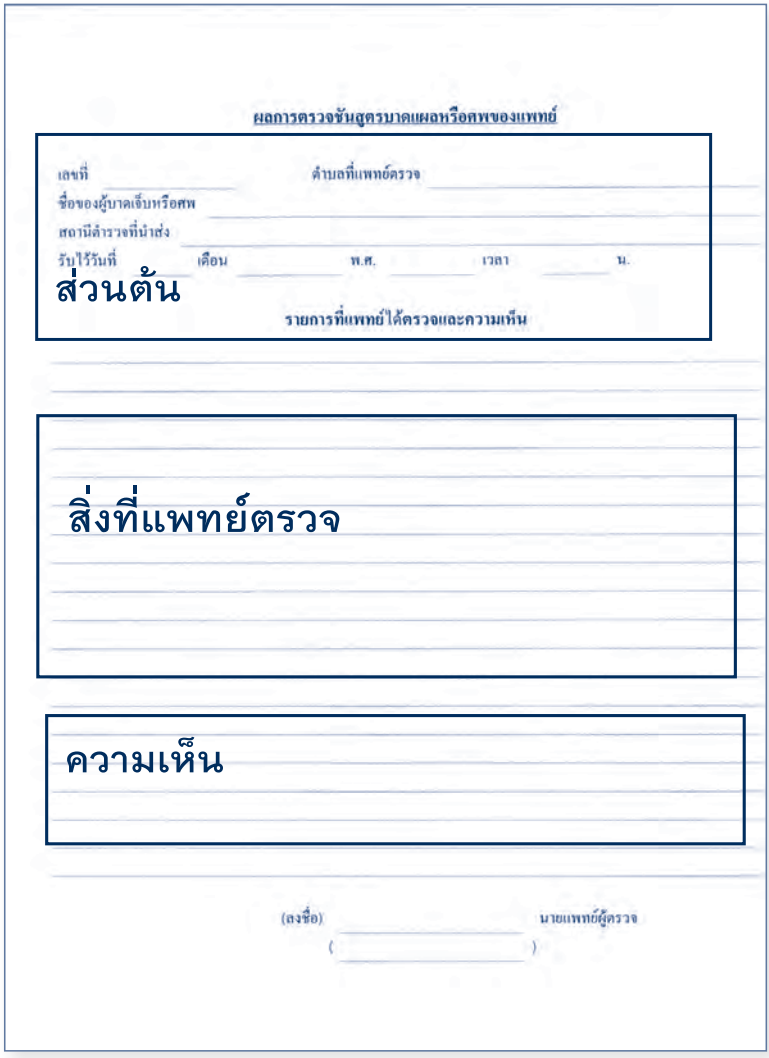
เหตุที่ต้องบาดเจ็บหรือตายด้วยประการใดโดยย่อ _____

(ลงชื่อ) _____

(_____)

(ตำแหน่ง) _____

ภาพที่ 26.1 แสดงหน้าแรกของแบบใบนำส่ง
ผู้บาดเจ็บให้แพทย์ตรวจของตำรวจ



ภาพที่ 26.2 แสดงหน้าหลังที่เป็นส่วนที่แพทย์ใช้
สำหรับเขียนรายงาน

สิ่งที่แพทย์ตรวจพบ

1. **ให้บรรยายรายละเอียด** เป็นวลีที่เป็นองค์ประกอบของบาดแผล *(ดูบทที่ 10)* อาจจะมีผลการสืบค้นเพิ่มเติมตามสมควร และการวินิจฉัย เช่น cut wound 0.1 x 5 cm. at ulnar side of the left wrist with complete tear of muscles and cortical breakage of distal ulnar bone s/p repairmen of muscle and apply short arm slab ให้เขียนว่า "บาดแผลฉีกขาดจากของมีคมบริเวณข้อมือข้างซ้ายด้านนิ้วก้อย ลักษณะเป็นแนว ขนาดกว้าง 0.1 ซม. ยาว 3 ซม. ตัดกล้ามเนื้อฉีกขาดและลึกจนถึงกระดูก โดยถูกกระดูกบิ่น ได้รับการเย็บกล้ามเนื้อ เย็บบาดแผล และเข้าเฝือก"

2. **ใช้ศัพท์ภาษาไทย** ให้สอดคล้องสละสลวยและกระชับ

3. **เขียนเรียงลำดับให้เป็นระบบ** นิยมเขียนไล่เรียงจากศีรษะจรดเท้า และจากข้างขวาไปข้างซ้าย

4. **กรณีที่เป็นบาดแผล** เกี่ยวเนื่องมีทิศทางของบาดแผล (wound trajectory) เช่น บาดแผลกระสุนปืน ให้เขียนตั้งแต่บาดแผลทางเข้าต่อเนื่องกัน โดยแสดงแนวทางวิ่งที่ผ่านเข้าไปในส่วนของร่างกายจนกระทั่งถึงทางออกของกระสุนปืน เช่น *"บาดแผลทางเข้าของกระสุนปืนบริเวณหน้าอกด้านขวา ในระดับต่ำจากไหปลาร้า 5 ซม. และห่างแนวกลางลำตัว 5 ซม. บาดแผลมีลักษณะกลมขนาดเส้นผ่าน*

ศูนย์กลางประมาณ 0.7 ซม. โดยไม่พบเขม่าหรือรอยสักดินปืนรอบบาดแผล กระสุนปืนวิ่งทะลุเข้าช่องซี่โครงที่ 2 เข้าช่องอก ถูกปอดข้างขวา กลีบบน ทะลุออกบริเวณสะบักด้านขวา ในระดับต่ำจากไหปลาร้า 6 ซม. และห่างแนวกลางลำตัว 3 ซม. พบเลือดออกในช่องอกข้างขวา 800 มล. ขณะมาถึงรพ. มีความดันโลหิตต่ำและหมดสติ ได้รับการผ่าตัดรักษา และใส่สายระบายเลือดและลมออก"

5. **กรณีที่พบบาดแผลเล็กน้อย** และแต่ละบาดแผลไม่มีความสำคัญในการแปลผล สามารถเขียนรวบโดยที่ไม่ต้องลงในรายละเอียดในแต่ละบาดแผล เช่น บาดแผลที่เกิดจากการจราจร ผู้ป่วยมีการกลิ้งไถลไปตามพื้นถนนเกิดบาดแผลถลอกเล็กน้อยๆ ได้หลายแห่ง เช่นนี้ก็อาจจะเขียนรวมไปว่า *"บาดแผลถลอกครูดขนาดเล็กแต่ละบาดแผล มีความกว้างประมาณ 0.5 ซม กระจายตามใบหน้า แขนและขาทั้งสองข้าง"*

ความเห็นของแพทย์

แพทย์เวชปฏิบัติอาจจะมีระดับความรู้ในการแปลผลกลไกการเกิดบาดเจ็บอย่างจำกัด ดังนั้นสิ่งที่จะลงในรายงานมีเพียงระยะเวลาการรักษา ที่แสดงความรุนแรงของการบาดเจ็บ

1. ระยะเวลาการรักษา ได้มาจากการวินิจฉัยที่แน่นอนแล้ว

2. ขณะที่แพทย์ออกใบชันสูตรบาดแผล ยังเป็นเวลาที่เร็วเกินกว่าที่จะคาดเห็นภาวะแทรกซ้อนได้ เราก็จะประเมินเวลาการรักษาจากอาการ (clinical healing) และการใช้งาน (function recovery) ว่าควรจะกลับมาเป็นปกติในเวลาเท่าไร เช่น กระดูกหักมีระยะเวลาที่กระดูกติดจนไม่ต้อง immobilize กับระยะเวลาในการ rehabilitation โดยให้ประเมินจากสภาพของตัวผู้ป่วยแต่ละคนกับระยะเวลาทั่ว ๆ ไปตามข้อมูลที่อ้างอิงได้ ว่าโดยรวมแล้วน่าจะใช้ระยะเวลาเท่าใด

3. หากผู้ป่วยรักษาจนหายดีแล้ว ก็ให้ใช้ระยะเวลาที่เกิดขึ้นจริง ถ้ามีภาวะแทรกซ้อน หรือปัญหาที่ทำให้การรักษาใช้เวลาเนิ่นนานออกไป ก็จะต้องยึดตามที่เกิดขึ้น

4. ความเห็นที่ประเมินให้ใช้เขียนว่า **"ใช้ระยะเวลาการรักษาประมาณ.....(ตัวอักษร).....วัน/สัปดาห์/เดือน/ปี ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อน"** หรือกรณีที่รักษายาวนานจนไม่สามารถประเมินได้ชัด อาจจะประมาณการคร่าว ๆ ว่า **"ใช้ระยะเวลาการรักษาไม่น้อยกว่า.....(ตัวอักษร).....วัน/สัปดาห์/เดือน/ปี"**

5. ขณะที่ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษานั้น ผู้ป่วยอยู่ในภาวะ life threatening condition สามารถจะเขียนเพิ่มเติม หรือลงความเห็นว่า "หากไม่ได้รับการรักษาทันท่วงทีอาจจะถึงแก่ชีวิต" ซึ่งอาจจะเป็นประโยชน์แก่รูปคดีที่มีการฟ้องร้องในข้อหาพยายามฆ่า แต่ถ้าไม่ได้ระบุลงไปก็ไม่ถือว่าบกพร่องแต่อย่างใด เพราะว่าแพทย์อาจถูกถามเมื่อไปคำให้การ

6. ไม่ลงความเห็นว่าเกิดอันตรายสาหัส แต่ให้เขียนผลการตรวจประเมินให้สอดคล้องกับลักษณะที่เข้าข่ายเป็นอันตรายสาหัสในส่วนที่แพทย์ตรวจเท่านั้น

6.1 กรณีที่ผู้ป่วยถูกส่งไปรับการรักษาต่อกับแพทย์ท่านอื่นหรือที่โรงพยาบาลอื่น สามารถให้ความเห็นได้ 2 แนวทาง คือ

6.2 สามารถรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการรักษาและการดำเนินโรคได้ ก็สามารถประมาณเวลารักษาไปได้เอง

6.3 ไม่สามารถหาข้อมูลได้ครบถ้วน ควรเขียนความเห็นเปิดว่า “ผู้ป่วยมารับการรักษาเบื้องต้นก่อนถูกส่งตัวไปรับการรักษาต่อที่...” หรือ “การรักษาทางทันตกรรมได้รับการรักษาที่....” เพื่อให้สามารถเชื่อมโยงไปยังความเห็นที่ผู้รับรักษาต่อจะสรุปให้

7. หากมีข้อเท็จจริงเปลี่ยนแปลงภายหลังการออกรายงานไปแล้ว แพทย์อาจให้การเพิ่มเติมด้วยวาจาทั้งต่อพนักงานสอบสวนหรือศาล

ตัวอย่าง

เลขที่ 007/2557 ตำบลที่แพทย์ตรวจ ร.พ.ด่านช้าง จ.สุพรรณบุรี
ชื่อผู้บาดเจ็บ นาย วันชัย ภัยคุกคาม **อายุ** 57 ปี
สถานีตำรวจที่นำส่ง สถานีตำรวจภูธรด่านช้าง จ.สุพรรณบุรี
รับไว้วันที่ 31 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2557 เวลา 22.00 น.

รายการที่แพทย์ได้ตรวจ

1. บาดแผลทางเข้าของกระสุนปืนบริเวณหน้าอกด้านขวา ในระดับต่ำจากไหปลาร้า 5 ซม. และห่างแนวกลางลำตัว 5 ซม. บาดแผลมีลักษณะกลมขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ 0.7 ซม. โดยไม่พบเขม่าหรือ รอยสักดินปืนรอบบาดแผล กระสุนปืนวิ่งทะลุเข้าช่องซี่โครงที่ 2 เข้าช่องอก ถูกปอดข้างขวากลีบบน ทะลุออกบริเวณสะบักด้านขวา ในระดับต่ำจากไหปลาร้า 6 ซม. และห่างแนวกลางลำตัว 3 ซม. พบเลือดออกในช่องอกข้างขวา 800 มล. ขณะมาถึงรพ.มีความดันโลหิตต่ำและหมดสติ ได้รับการผ่าตัดรักษา และใส่สายระบายเลือดและลมออก

2.บาดแผลถลอกครูดขนาดเล็กแต่ละบาดแผลมีความกว้างประมาณ 0.5 ซม กระจายตามใบหน้า แขนและขาทั้งสองข้าง

ความเห็น
ใช้ระยะเวลารักษาประมาณ หนึ่งเดือน ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อน โดยหากไม่ได้รับการรักษาทันท่วงทีอาจจะถึงแก่ชีวิต

ลงชื่อ จิ๋ว จงเจริญ
(นพ.จิ๋ว จงเจริญ)
แพทย์ผู้ตรวจ

บทที่ 27

การเขียนรายงานผู้ป่วย หรือผู้ต้องหาในคดีความผิดทางเพศ

วรัทพร สิทธิจรูญ
นิติกร โปริสวาณิชย์

การเขียนรายงานผู้ป่วยในคดีความผิดทางเพศ

ผู้ป่วยในคดีความผิดทางเพศ ที่มาตรวจที่โรงพยาบาล จะถูกนำส่งโดยพนักงานสอบสวน ซึ่งจะมีเอกสารคือ "ใบนำส่งผู้บาดเจ็บหรือศพให้แพทย์ตรวจชันสูตร" *(ด้านตราครุฑ)* ตามภาพที่ 27.1 เหมือนกันกับผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ *(ดูบทที่ 26)* เมื่อแพทย์ลงทะเบียนรับไว้แล้วก็จะต้องทำรายงานการตรวจชันสูตร ซึ่งอาจจะเขียนรายงานไว้ในด้านหลังของแบบฟอร์มเอกสารฉบับนี้ที่เขียนว่า **"ผลการตรวจชันสูตรบาดแผลหรือศพของแพทย์"** ตามภาพที่ 27.2 หรือในบางแห่งจะมีแบบรายงานแยกต่างหากก็ได้ อย่างไรก็ตาม ความสำคัญของการทำรายงานอยู่ที่รูปแบบข้อมูลและความเห็นที่ต้องเขียนลงไปโดยก่อนที่แพทย์จะออกรายงาน ต้องตรวจสอบชื่อผู้ป่วย ชื่อสถานีตำรวจ วันที่เกิดเหตุที่ตำรวจระบุมาด้านหน้า ว่าตรงกันหรือไม่ และตำรวจมีคำถามใดที่ต้องการให้เราตอบโดยเฉพาะเจาะจงด้วยหรือไม่ เช่น ถูกกระทำชำเราหรือผ่านการร่วมเพศมาแล้วหรือไม่ มีร่องรอยบาดแผล

การเขียนใบชันสูตรบาดแผล กรณีการตรวจผู้ป่วยในคดีความผิดทางเพศ เป็นการรายงานข้อเท็จจริงที่ได้จากประวัติ การตรวจร่างกายและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมทั้งการให้ความเห็นของแพทย์แก่พนักงานสอบสวนและใช้จนถึงชั้นศาล เพื่อเป็นพยานหลักฐานของผู้เชี่ยวชาญประกอบการพิจารณาคดี ประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก คือ การระบุบุคคล ข้อเท็จจริง และความเห็น ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 การระบุบุคคลและข้อมูลทั่วไป

1. ตำบลที่แพทย์ตรวจ ต้องเขียนชื่อโรงพยาบาล (อาจระบุตำบลที่โรงพยาบาลตั้งอยู่ด้วยได้)
2. ชื่อผู้ป่วย
3. สถานีตำรวจที่ส่งดูจากด้านหน้าที่ระบุมา (หน้าครุฑ)
4. วันที่และเวลาในการมาตรวจครั้งแรก (เวลาที่พบแพทย์ครั้งแรก)
5. อายุ

ส่วนที่ 2 ข้อเท็จจริงหรือรายละเอียดที่แพทย์ได้ตรวจ

แบ่งออกเป็น 5 หัวข้อ ดังนี้

1. **สภาพโดยทั่วไปเกี่ยวกับเจริญเติบโต** ให้ระบุน้ำหนัก และส่วนสูง ซึ่งมีความสำคัญโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเป็นเด็กและอาจจะบรรยายลักษณะภายนอกทั่วไปหากมีความจำเป็น เช่น สภาพเสื้อผ้าที่เปรอะเปื้อน หรือมีคราบที่เป็นพยานหลักฐาน

2. **สภาพจิตใจของผู้ป่วย** เช่น มีความเครียด วิตกกังวล หรือมีอาการทางจิตที่ตรวจพบแล้วมีนัยสำคัญตามที่กล่าวไว้แล้ว ซึ่งความผิดปกติเหล่านี้ เมื่อได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยจิตแพทย์แล้ว ให้ระบุการวินิจฉัยนั้นลงไปด้วย เช่น *“พบว่ามีอาการซึมเศร้า เบื่ออาหาร นอนไม่หลับต่อเนื่องกัน และประสิทธิภาพของการทำงานรวมถึงกิจวัตรประจำวัน*

แย่ลงไป จิตแพทย์ตรวจวินิจฉัยว่าเป็น ภาวะซึมเศร้าจากการกระทบกระเทือนทางจิตใจ" หากตรวจไม่พบความผิดปกติ ก็ควรระบุลงไปด้วยว่า *"ไม่พบความผิดปกติทางจิต"*

3. **การตรวจร่างกายภายนอก** เขียนบรรยายบาดแผลที่พบตามหลักการเขียนทั่วไป *(ดูบทที่ 26)* นอกจากนี้ หากมี อาการหรือมีประวัติที่ถูกมอมยาหรือได้รับสารต่าง ๆ มาให้บรรยายอาการและอาการแสดงที่ตรวจพบในระบบต่าง ๆ ลงไปด้วย ในกรณีที่ไม่พบบาดแผลหรือความผิดปกติอื่นใด ก็สมควรเขียน negative finding คือ *"ตรวจไม่พบบาดแผลการบาดเจ็บ หรือความผิดปกติทางสติสัมปชัญญะ"*

4. **การตรวจบริเวณอวัยวะเพศ** เขียนบรรยายลักษณะบาดแผล หรือลักษณะที่พบจากการตรวจบริเวณอวัยวะเพศโดยรอบ เช่น บาดแผลฟกช้ำ บาดแผลถลอก บาดแผลฉีกขาด บริเวณแคมใหญ่ แคมเล็ก ปากช่องคลอด ผนังช่องคลอด เยื่อพรหมจารีซึ่งอาจจะระบุว่ามีรอยฉีกขาด เก่าหรือใหม่ ที่ตำแหน่งใด การตรวจภายในอื่น ๆ เช่น ช่องคลอดมดลูก ปีกมดลูก ช่องเชิงกราน และทวารหนัก หากมีประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้อง

5. **การตรวจทางห้องปฏิบัติการ** ให้เขียนรายงานและแปลผลการตรวจชีววัตถุพยาน ที่เก็บจากปากช่องคลอด ภายในช่องคลอด ปากมดลูก หรืออาจจะมีกรณีที่ตรวจจากภายในช่องปาก รูทวารหนัก และการตรวจอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น เลือด ปัสสาวะ ได้แก่

- ตรวจพบ/ไม่พบตัวอสุจิ จากที่ใดบ้าง
- ตรวจพบ/ไม่พบส่วนประกอบของน้ำอสุจิ จากที่ใดบ้าง
- การตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่น ๆ เช่น การตรวจปัสสาวะเพื่อทดสอบการตั้งครรภ์ การตรวจครรภ์โดยคลื่นความถี่สูงหรืออัลตราซาวน์ และการตรวจเลือดเพื่อหาสารต่าง ๆ เป็นต้น

ส่วนที่ 3 ความเห็น (ดูบทที่ 21)

1. ความเห็นเกี่ยวกับการกระทำชำเรา หรือเขียนว่าร่วมประเวณี หรือมีเพศสัมพันธ์ได้แก่

1.1 พบหลักฐานว่าผ่านการกระทำชำเรา (หรือร่วมประเวณี)

1.2 พบหลักฐานว่าอาจจะ (หรือน่าจะ) ผ่านการกระทำชำเรา (หรือร่วมประเวณี)

1.3 ตรวจไม่พบหลักฐานการกระทำชำเรา (หรือร่วมประเวณี)

1.4 ในกรณีที่มีประเด็นของการร่วมประเวณีมาแล้วและต้องให้ความเห็น หากพบร่องรอยฉีกขาดเก่าของเยื่อพรหมจารี ก็อาจจะลงความเห็นว่า *“ตรวจพบหลักฐานว่าเคยผ่านการกระทำชำเรา (หรือร่วมประเวณี)”*

2. ไม่เขียนว่า *“ถูกข่มขืน”* เพราะมิใช่หน้าที่ของแพทย์ในการตัดสิน

3. ความเห็นเกี่ยวกับระยะเวลาการรักษาบาดแผลหรือการบาดเจ็บ

4. ความเห็นอื่น เช่น การตั้งครรภ์ หรือการมีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

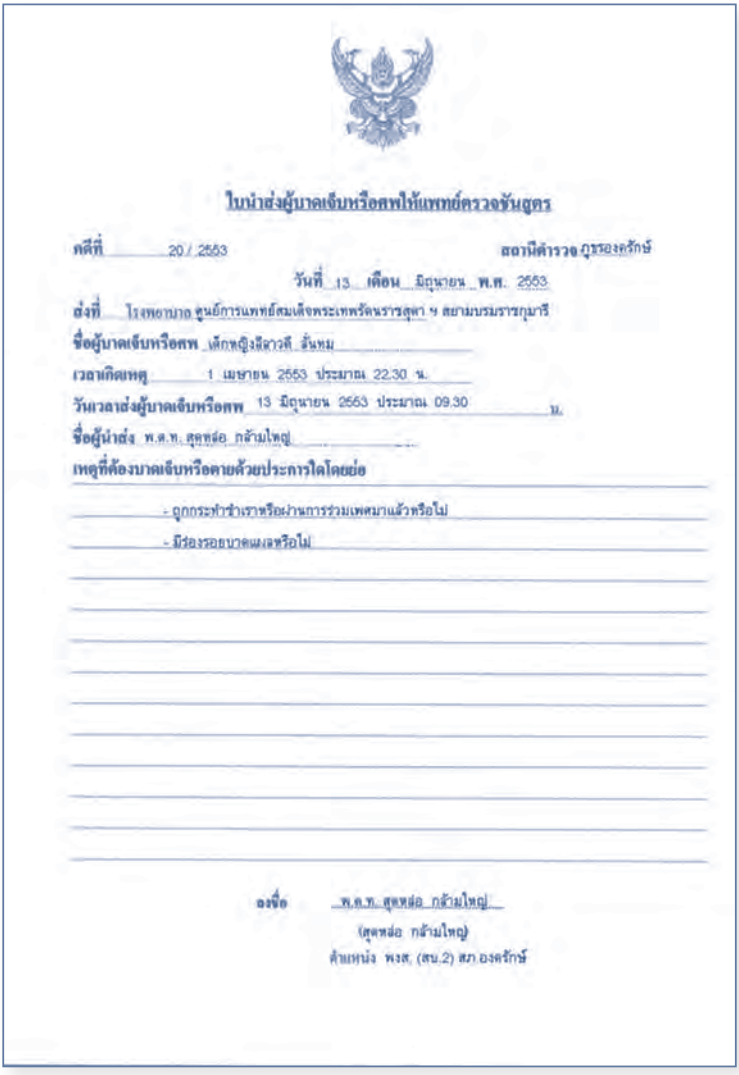


การลงชื่อตอนท้าย

1. ถ้าเป็นลายเซ็น ต้องระบุชื่อ นามสกุล ให้อ่านง่าย

2. อาจบอกหน้าที่ที่เกี่ยวกับการรักษา หรือความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา

3. วันที่ออกรายงาน



ใบนำส่งผู้บาดเจ็บหรือสพให้แพทย์ตรวจชันสูตร

คดีที่ 20 / 2553 สถานีตำรวจ ภูธรองครักษ์

วันที่ 13 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2553

ส่งที่ โรงพยาบาล ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา ฯ สยามบรมราชกุมารี

ชื่อผู้บาดเจ็บหรือสพ เด็กหญิงสีดาวดี อันทม

เวลาเกิดเหตุ 1 เมษายน 2553 ประมาณ 22.30 น.

วันเวลาส่งผู้บาดเจ็บหรือสพ 13 มิถุนายน 2553 ประมาณ 09.30 น.

ชื่อผู้นำส่ง พ.ต.ท. สุดหล่อ กล้าแกร่ง

เหตุที่ต้องบาดเจ็บหรือตายด้วยประการใดโดยย่อ

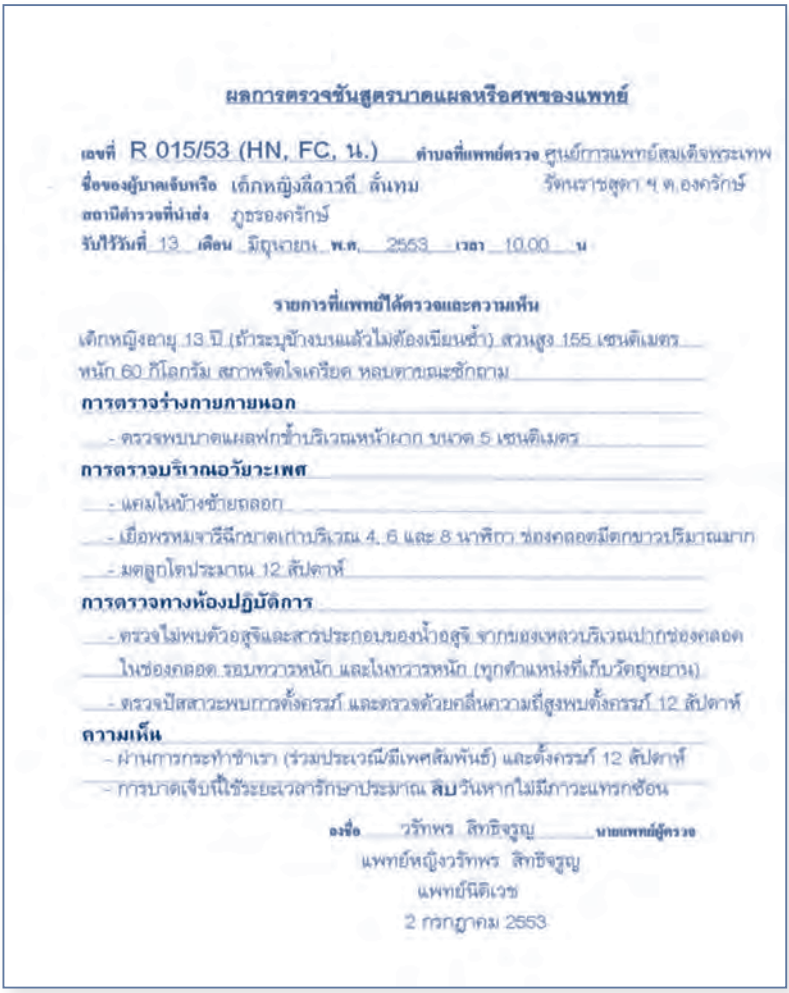
- ถูกกระทำชำเราหรือผ่านการร่วมเพศมาแล้วหรือไม่
- มีร่องรอยบาดแผลหรือไม่

ลงชื่อ พ.ต.ท. สุดหล่อ กล้าแกร่ง

(สุดหล่อ กล้าแกร่ง)

ตำแหน่ง พงส. (สน.2) สภ.องครักษ์

ภาพที่ 27.1 ตัวอย่างใบนำส่งจากพนักงานสอบสวน



ผลการตรวจชันสูตรบาดแผลหรือศพของแพทย์

เอกสารที่ R 015/53 (HN, FC, น.) ตำบลที่แพทย์ตรวจ ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพ
ชื่อของผู้บาดเจ็บหรือ เด็กหญิงลีลาวดี ลั่นทม รัตนราชสุดา ฯ ต.องครักษ์
สถานีตำรวจที่นำส่ง ภูธรองครักษ์
รับไว้วันที่ 13 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2553 เวลา 10.00 น

รายการที่แพทย์ได้ตรวจและความเห็น

เด็กหญิงอายุ 13 ปี (ถ้าระบุข้างบนแล้วไม่ต้องเขียนซ้ำ) สวนสูง 155 เซนติเมตร
หนัก 60 กิโลกรัม สภาพจิตใจเครียด หลบตาขณะซักถาม

การตรวจร่างกายภายนอก

- ตรวจพบบาดแผลฟกช้ำบริเวณหน้าผาก ขนาด 5 เซนติเมตร

การตรวจบริเวณอวัยวะเพศ

- แคมใหญ่ข้างซ้ายถลอก
- เยื่อพรหมจารีฉีกขาดเก่าบริเวณ 4, 6 และ 8 นาฬิกา ช่องคลอดมีตกขาวปริมาณมาก
- มดลูกโตประมาณ 12 สัปดาห์

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- ตรวจไม่พบตัวอสุจิและสารประกอบของน้ำอสุจิ จากบริเวณปากช่องคลอด ในช่องคลอด รอบขวารหนัก และในขวารหนัก (ทุกตำแหน่งที่เก็บวัตถุพยาน)
- ตรวจปัสสาวะพบการตั้งครรภ์ และตรวจด้วยคลื่นความถี่สูงพบตั้งครรภ์ 12 สัปดาห์

ความเห็น

- ผ่านการกระทำชำเรา (ร่วมประเวณี/มีเพศสัมพันธ์) และตั้งครรภ์ 12 สัปดาห์
- การบาดเจ็บนี้ใช้ระยะเวลารักษาประมาณ **สิบ** วันหากไม่มีภาวะแทรกซ้อน

ลงชื่อ วรัทพร สิทธิจรูญ นายแพทย์ผู้ตรวจ
แพทย์หญิงวรัทพร สิทธิจรูญ
แพทย์นิติเวช
2 กรกฎาคม 2553

ภาพที่ 27.2 ตัวอย่างรายงานชันสูตรบาดแผล
ผู้ถูกล่วงละเมิดทางเพศ

ตัวอย่าง

เลขที่ 007/2557 ตำบลที่แพทย์ตรวจ ร.พ.ด่านซ้าย จ.เลย
ชื่อผู้บาดเจ็บ นางสาว พรายภูต ยิ่งศักดิ์ลง **อายุ** 27 ปี
สถานีตำรวจที่นำส่ง สถานีตำรวจภูธรด่านซ้าย จ.เลย
รับไว้วันที่ 31 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2557 เวลา 20.00 น.
รายการที่แพทย์ได้ตรวจ

1. หญิงไทยวัยสาว รูปร่างผอมสูง น้ำหนัก 49 กก. ส่วนสูง 170 ซ.ม. เสื้อผ้ามีลักษณะยับย่น เปื้อนโคลนและฝุ่น และพบคราบเลือดที่เสื้อและกางเกงชั้นใน

2. การตรวจสภาพจิต พบว่า มีอาการหวาดกลัว ซึมเศร้า วิตกกังวล มีความคิดฆ่าตัวตายและมีความเสี่ยงปานกลาง จิตแพทย์ตรวจประเมินและวินิจฉัยว่าเป็นภาวะเครียดกังวลจากการกระทบทางจิตใจ

3. ตรวจร่างกายพบบาดแผลดังนี้

3.1 บาดแผลฟกช้ำกระจายทั่วใบหน้า เปลือกตาทั้งสองข้างมีลักษณะบวมมาก และพบเลือดออกใต้เยื่อบุตาทั้งสองข้าง

3.2 กระดูกสันจมูกหัก พบเลือดกำเดาไหลออกจากจมูก

3.3 บาดแผลฟกช้ำขนาดกว้างประมาณ 3-5 ซ.ม. กระจายที่บริเวณปลายแขน ข้อมือ และหลังมือทั้งสองข้าง

4. ตรวจบริเวณอวัยวะเพศพบรอยฉีกขาดใหม่ที่เยื่อพรหมจารี ในตำแหน่ง 4 - 7 นาฬิกา หลายรอย โดยมีเลือดไหลซึม พบลิ่มเลือดปนมูกในช่องคลอด

5. ตรวจทางห้องปฏิบัติการพบตัวอสุจิและส่วนของน้ำอสุจิจากปากช่องคลอด ภายในช่องคลอด และปากมดลูก

ความเห็น

1. พบหลักฐานการร่วมประเวณี
2. การบาดเจ็บทางร่างกายใช้ระยะเวลารักษาประมาณหนึ่งเดือน ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อน
3. การเจ็บป่วยทางจิตต้องได้รับการประเมินทางจิตเวช

ลงชื่อ ลำยอง จริงจัง
(พญ.ลำยอง จริงจัง)
แพทย์ผู้ตรวจ

การเขียนรายงานผู้ต้องหาในคดีความผิดทางเพศ

เขียนรายงานผู้ป่วยในคดีความผิดทางเพศ เป็นการรายงานข้อเท็จจริงที่ได้จากตรวจร่างกายและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมทั้งการให้ความเห็นของแพทย์ แก่พนักงานสอบสวน เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการประกอบการพิจารณาคดี ประกอบด้วย 3 ส่วน เช่นเดียวกับการเขียนรายงานการตรวจร่างกายผู้ป่วยในคดีความผิดทางเพศ

1. **การเขียนรายงานการตรวจผู้ต้องหาในคดีความผิดทางเพศที่เป็นชาย ข้อเท็จจริงในส่วนที่ 2 แบ่งได้ 3 ส่วน คือ**

1.1 การตรวจร่างกายภายนอก เป็นการเขียนบรรยายบาดแผลที่พบตามหลักการเขียนทั่วไป

1.2 การตรวจบริเวณอวัยวะเพศ เป็นการเขียนบรรยายลักษณะบาดแผลที่พบจากการตรวจอวัยวะเพศชายและอัณฑะ เช่น บาดแผลฉีกขาดบริเวณหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศ บาดแผลช้ำถลอก หรือรอยฟันกัด

1.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นการรายงานและแปลผล สิ่งส่งตรวจ เช่น การตรวจหาเซลล์เยื่อบุช่องคลอดที่ปลายอวัยวะเพศชาย หรือการตรวจ DNA จากคราบเลือดหรือรอยกัด หรือการตรวจหาสารเสพติด เป็นต้น

1.4 ความเห็น – พบ / ไม่พบ หลักฐาน ว่ามีการร่วมประเวณี

2. **การเขียนรายงานการตรวจผู้ต้องหาในคดีความผิดทางเพศที่เป็นหญิง**

- ใช้หลักการเขียนรายงานเช่นเดียวกับผู้เสียหายในคดีความผิดทางเพศ

บทที่ 28
การเขียนหนังสือรับรองทางการแพทย์ที่สำคัญ

กันต์ ทองแถม ณ อยุธยา
อนิรุต วรวาท

ความสำคัญ

1. การเขียนหนังสือรับรองแพทย์ เป็นส่วนหนึ่งของเกณฑ์ของมาตรฐานการประกอบวิชาชีพเวชกรรม และเป็นหน้าที่ที่แพทย์จะต้องออกให้แก่ผู้ป่วยในทำนองเดียวกันกับการให้ประวัติการตรวจรักษา

2. หนังสือรับรองของแพทย์ถูกนำไปใช้ในวัตถุประสงค์หลายประเภท เช่น หนังสือรับรองสุขภาพเพื่อสมัครงานหรือสมัครเรียน หนังสือรับรองความพิการ หนังสือรับรองแพทย์เพื่อใช้เบิกจ่ายในกองทุนทดแทนจากการประกอบอาชีพ หนังสือรับรองแพทย์เพื่อแสดงว่าได้มาตรวจจริงเพื่อใช้ประกอบการเบิกค่ารักษา หนังสือรับรองแพทย์เพื่อใช้ลา หนังสือรับรองสติสัมปชัญญะ รายงานประกอบคดี หนังสือรับรองการเกิด-ตาย หนังสือรับรองความเป็นบุตร รวมถึงหนังสือรับรองเพื่อใช้ในการเบิกประกันภัย เป็นต้น

3. หนังสือรับรองแพทย์เกือบทุกแบบ แพทย์สามารถให้ข้อมูลและความเห็นได้ตามที่ได้ตรวจ ตามสภาพของโรคและตามที่ผู้ป่วยต้องการ

ในบทนี้จะกล่าวถึงเฉพาะหนังสือรับรองแพทย์ที่ใช้สำหรับการลาและการเบิกค่ารักษา

หนังสือรับรองแพทย์สำหรับการลาป่วย

1. **การกรอกข้อมูลพื้นฐานนั้นประกอบด้วย** วันที่ออกหนังสือ วันที่ตรวจ สถานที่ตรวจหรือโรงพยาบาลที่ตรวจ ชื่อแพทย์ เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ชื่อคนไข้ การวินิจฉัย และอาการของผู้ป่วย ซึ่งมักเป็นข้อเท็จจริง

2. **กรณีที่ผู้ป่วยมาขอใบรับรองแพทย์ย้อนหลัง** แพทย์กรอกในวันออกใบรับรองแพทย์เป็นวันที่ได้เขียนจริง ตามภาพที่ 28.1 เพียงแต่

2.1 กรณีที่ผู้ป่วยได้มาตรวจที่โรงพยาบาลเดียวกัน แต่กับแพทย์ท่านอื่น ให้ออกใบรับรองแพทย์ได้นับแต่วันที่ได้มาตรวจ ตามที่มีบันทึกไว้ในเวชระเบียน

2.2 กรณีที่ผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ที่บ้านและเพิ่งมาตรวจ ให้ออกใบรับรองแพทย์ได้ นับแต่วันที่ได้มาตรวจตามที่มีบันทึกไว้ในเวชระเบียน เช่นเดียวกัน



ภาพที่ 28.1 แสดงรูปแบบการกรอกใบรับรองแพทย์

3. **การกำหนดวันลาป่วย** อาจใช้ระยะเวลาการหายของบาดแผลภายนอก ร่วมกับระยะเวลาที่ผู้ป่วยสามารถกลับไปประกอบกรณียกิจในชีวิตประจำวันหรือสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ ในบางครั้งอาจจะพิจารณาตามกิจกรรมหรืออาชีพของผู้ป่วยเป็นองค์ประกอบร่วมด้วยซึ่งเรียกว่า “Statement of Fitness for Work” อย่างไรก็ตาม หลักการดังกล่าวเป็นเพียงข้อจำกัดของการลา ไม่ใช่สิ่งที่แพทย์จะต้องระบุลงไปตามนั้น ขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ป่วยด้วย เช่น กระดูกแขนหัก อาจจะให้ลาหยุดได้ไม่เกิน 6- 8 สัปดาห์ก่อนในช่วงแรก หากผู้ป่วยขอหยุดเพียงแค่ 2 สัปดาห์ ย่อมไม่มีปัญหา แต่ถ้าขอหยุด 3 เดือน อาจต้องต่อรองว่าให้ได้ไม่เกิน 2 เดือน หากยังไม่ดีขึ้นค่อยกลับมาประเมินซ้ำแล้วค่อยออกใบรับรองแพทย์ต่อให้

4. **ระยะเวลาในการหายของโรคหรือการบาดเจ็บนั้น** มีปัจจัยหลายอย่าง ได้แก่

4.1 กรณีเป็นโรคขึ้นกับ ชนิดของโรค ความรุนแรง การดำเนินระยะเวลาของโรค และสุขภาพของตัวผู้ป่วยเอง

4.2 กรณีเป็นการบาดเจ็บ ขึ้นกับชนิดของบาดแผล ขนาดของบาดแผล ตำแหน่งของบาดแผลที่ส่งผลต่อการหายและการใช้งานได้ วิธีการรักษาที่ให้แก่ผู้ป่วย อาชีพและกิจกรรมของผู้ป่วยซึ่งอาจทำให้เกิดผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและผลข้างเคียงจากการรักษาหรือยา

5. แพทย์สามารถให้ความเห็นเกี่ยวกับจำนวนวันลา โดยนับเอาวันที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติงาน หรือประกอบอาชีพได้โดยสิ้นเชิงรวมกับระยะเวลาพักรักษาตัวต่อ โดยให้มีผลต่อการรักษาของผู้ป่วยสูงสุด

หลักการพื้นฐานของการเขียนใบรับรองแพทย์

1. ใบรับรองแพทย์ถือเป็นเป็นเอกสารที่ให้ตัวผู้ป่วยนำไปใช้ทำเรื่องในการลาแก่นายจ้างหรือหน่วยงาน ดังนั้นเอกสารดังกล่าวควรมีข้อมูลพื้นฐานถูกต้องครบถ้วน อ่านง่าย และไม่ควรใช้ศัพท์ทางการแพทย์

2. ต้องมีการร้องขอหรือยินยอม จากตัวผู้ป่วยก่อนเสมอ เพื่อป้องกันข้อมูลจากการวินิจฉัยโรคที่อาจส่งผลเสียต่อตัวผู้ป่วย

3. มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ตัวผู้ป่วยควรเป็นผู้มารับหนังสือด้วยตัวเอง และควรให้ผู้ป่วยตรวจสอบความถูกต้องก่อนรับเอกสาร และหากมีผู้อื่นหรือนายจ้างมาขอประวัติ หรือใบรับรองแพทย์ ต้องได้รับความยินยอมจากตัวผู้ป่วยก่อนเสมอ

4. ส่วนของข้อมูลตัวเลขวันลาควรเขียนเป็นช่วงเวลาตามวันที่ในปฏิทิน เช่น ควรพักรักษาตั้งแต่วันที่ 10 ม.ค.-12 ก.พ. 57 ไม่ควรเขียนเป็นช่วงเวลาที่ไม่มีกำหนด เช่น พักรักษานาน 1 เดือน เพราะจะกำหนดวันเริ่มต้นและสิ้นสุดได้ยาก

5. ในกรณีที่แพทย์พบผู้ป่วยมาขอใบรับรองแพทย์เพื่อลาป่วยโดยที่ไม่ได้ป่วยจริง แพทย์ควรออกใบรับรองแพทย์ที่แสดงถึงอาการของผู้ป่วยที่แจ้งแพทย์ โดยไม่ระบุถึงการตรวจวินิจฉัย เช่นระบุว่า คนไข้บอกมีอาการปวดศีรษะ ได้มาตรวจกับแพทย์จริง เท่านั้นพอ

6. กรณีผู้ป่วยมีบาดเจ็บจากการจราจร และต้องนำไปใช้เบิกค่ารักษาดังกล่าว อาจเขียนลงในการวินิจฉัยสั้น ๆ ว่า *"ผู้ป่วยให้ประวัติว่าได้รับอุบัติเหตุจราจร"*

7. กรณีอื่น ๆ เช่น การถูกทำร้ายร่างกาย แพทย์ควรเลี่ยงที่จะเขียนประวัติลงไป

8. บันทึกวันเวลาและเหตุผล ที่ผู้ป่วยมาขอใบรับรองแพทย์ในเวชระเบียน ทำสำเนาใบรับรองแพทย์เก็บไว้ทุกครั้งเพื่อป้องกันการแก้ไข

9. ควรมีคำแนะนำ ว่าหากหมดระยะเวลาในการลาป่วยแล้ว อาการยังไม่ดีขึ้นควรมาตรวจประเมินซ้ำ

10. หากเขียนผิด ให้ทำการขีดฆ่าทับข้อความที่เขียนผิด แล้วเขียนคำที่แก้ไข พร้อมลงลายมือชื่อ **ห้ามใช้ยางลบหรือน้ำยาลบคำผิด**

กฎหมายและข้อบังคับที่เกี่ยวกับการลางานของข้าราชการและลูกจ้างที่แพทย์ควรทราบ

1. **กรณีเป็นการลาป่วยของข้าราชการ** ให้อ้างอิงระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการลาของข้าราชการ พ.ศ. 2555 ส่วนที่ 1 ข้อ 18 ซึ่งมีหลักอยู่ว่า หากลาป่วยนานกว่า 30 วัน จำเป็นต้องมีใบรับรองแพทย์เสมอ แต่หากลาน้อยกว่า 30 วัน ผู้บังคับบัญชาอาจเรียกดูใบรับรองแพทย์หรือไม่ก็ได้

2. **กรณีลูกจ้างลาป่วย** ให้อ้างอิง พ.ร.บ.คุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541 *(แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ.2551)* มาตรา 32 ซึ่งมีหลักอยู่ว่า หากลาป่วยน้อยกว่า 3 วัน อาจไม่จำเป็นต้องใช้ใบรับรองแพทย์ แต่หากลาป่วยมากกว่า 3 วันขึ้นไป นายจ้างมีสิทธิเรียกดูใบรับรองแพทย์ก็ได้

ความผิดทางกฎหมายเมื่อออกหนังสือรับรองอันเป็นเท็จ

หากแพทย์ทำใบรับรองแพทย์อันเป็นเท็จแล้ว แพทย์ต้องถูกดำเนินคดีตาม ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 269 ว่าด้วยการทำเอกสารอันเป็นเท็จที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น และอาจต้องรับผิดในความเสียหายที่เกิดขึ้นประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 420 รวมถึงผิดต่อข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2548 หมวด 4 ข้อ 25

การเรียกเก็บค่าธรรมเนียมใบรับรองแพทย์

หนังสือรับรองแพทย์เพื่อใช้ในการสมัครงาน สมัครเรียน หนังสือรับรองสุขภาพว่าสุขภาพดี การขอสำเนาประวัติการรักษาพยาบาลเพื่อใช้ร่วมกับการเบิกจ่าย รวมถึงกรณีหนังสือรับรองแพทย์เพื่อเบิกเงินประกัน ซึ่งเป็นเอกสารเฉพาะเพื่อใช้ประกอบสัญญาระหว่างผู้ป่วยกับบริษัทประกัน ไม่ถือว่าเป็น *"บริการทางสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพ"* จึงไม่สามารถใช้งบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ ดังนั้นทางโรงพยาบาลอาจเรียกเก็บค่าธรรมเนียมได้

บทที่ 29
การเก็บสิ่งส่งตรวจทางนิติเวชศาสตร์

ธีรพร เหลืองรังสิยากุล
นิติกร โปริสวาณิชย์

หลักการสำคัญ

1. วัตถุพยานทางนิติเวชคืออะไร แล้วแพทย์เข้าไปเกี่ยวข้องอย่างไร

2. ทำไมห่วงโซ่วัตถุพยาน (chain of custody procedure) จึงมีความสำคัญ

3. การเก็บ รักษา และส่งต่อวัตถุพยานอย่างเหมาะสม

ความรับผิดชอบของแพทย์

เนื่องจากแพทย์นอกจากทำหน้าที่รักษาผู้บาดเจ็บในโรงพยาบาลแล้ว คงไม่สามารถหลีกเลี่ยงที่ต้องเกี่ยวข้องกับคดีความต่าง ๆ ทั้งจากผู้บาดเจ็บ หรือผู้เสียชีวิต ในขณะที่ตนได้ปฏิบัติหน้าที่ในห้องฉุกเฉิน หรือเป็นแพทย์ผู้ทำหน้าที่ชันสูตรพลิกศพ อาจพบวัตถุพยานบางอย่าง ซึ่งปรากฏอยู่ตามร่างกายของผู้บาดเจ็บหรือผู้เสียชีวิต โดยหลักฐานดังกล่าวอาจเป็นวัตถุพยานเพียงชิ้นเดียวที่จะอธิบายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อไขข้อสงสัยให้กับสังคมได้

ลักษณะของสิ่งส่งตรวจที่เป็นวัตถุพยาน

วัตถุพยานทางนิติเวช ส่วนใหญ่มักจะเป็นส่วนประกอบของสิ่งมีชีวิต (biological evidence) ซึ่งเน่าสลายได้ และบางครั้งมีจำนวนน้อยมาก หากเก็บรักษา และส่งตรวจวิเคราะห์อย่างไม่เหมาะสม อาจส่งผลกระทบต่อระบบทั้งหมด

ได้แก่ การตรวจวิเคราะห์ และการแปลผล ซึ่งอาจส่งผลเสียต่อรูปคดีก็เป็นได้



กระบวนการตรวจพิสูจน์วัตถุพยาน

ประกอบด้วยขั้นตอนหลัก คือ

1. ขั้นตอนก่อนการตรวจวิเคราะห์
2. ขั้นตอนการตรวจวิเคราะห์
3. ขั้นตอนการแปลผล และการรายงาน

แพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ อาจต้องเข้าไปเกี่ยวข้องในส่วนของขั้นตอนก่อนการตรวจวิเคราะห์อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้



หลักการสำคัญของห่วงโซ่วัตถุพยาน

มีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือในผลที่ตรวจได้ มีหลักสำคัญที่สรุปได้คือ identification, integrity และ security จะต้องประกอบด้วยปัจจัยดังต่อไปนี้

1. **identification** ต้องสามารถแหล่งที่มา และอัตลักษณ์ของวัตถุพยานนั้นได้

1.1 วัตถุพยานนั้นคืออะไร และมีลักษณะที่สำคัญที่พอสังเกตได้อย่างไรบ้าง *(what)*

1.2 เก็บมาจากไหน *(when)*

1.3 บุคคลที่เกี่ยวข้อง ใครเป็นคนเก็บ *(who)*

1.4 เก็บจากสถานที่ หรือบริเวณใด *(where)*

1.5 ลำดับของการขั้นตอนปฏิบัติงาน *(how)*

2. **package for integrity and security** ต้องหีบห่อกันปนเปื้อนหรือปลอมแปลงได้

3. **transportation for good preservation** ต้องขนส่งอย่างระมัดระวังไม่ให้เน่าเสีย

4. **evidence of transfer** ต้องมีเอกสารการส่งมอบไว้เป็นหลักฐาน โดยเอกสารต้องมีข้อมูลของปัจจัยในข้อ 1. และรายละเอียดเพื่อบอกถึงว่าวัตถุพยานชิ้นนั้นมีการส่งมอบให้ใคร, เวลาไหน, วัตถุพยานนั้นถูกดำเนินการอย่างไรบ้าง และเมื่อตรวจวิเคราะห์เสร็จแล้วถูกทำลายเมื่อไหร่ และทำลายอย่างไร

ดังนั้น ที่ภาชนะที่บรรจุควรมีฉลากที่มีข้อมูลดังกล่าวถูกเขียนด้วยปากกาที่ลบไม่ได้ หากมีการแก้ไขข้อความต้องมีการเซ็นชื่อกำกับ ควรมีสมุดลงชื่อกำกับในการรับส่งวัตถุพยาน ภาชนะที่บรรจุต้องมีการปิดผนึก และเซ็นชื่อกำกับที่ฉลากปิดภาชนะเพื่อป้องกันการปลอมปนในตัวอย่าง หากฉลากปิดภาชนะชำรุด ห้องปฏิบัติการควรปฏิเสธที่จะทำการตรวจตัวอย่างดังกล่าว

วัตถุพยานในที่เกิดเหตุ

สามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ

1. **กลุ่มชีววัตถุพยาน** เช่น คราบเลือด, คราบอสุจิ, เส้นผม เป็นต้น

2. **กลุ่มอชีววัตถุพยาน** เช่น หัวกระสุนปืน, เสื้อผ้า เป็นต้น

ส่วนใหญ่แล้วบุคลากรทางการแพทย์จะเกี่ยวข้องกับชีววัตถุเป็นหลัก

หลักการเก็บรักษาชีววัตถุพยาน

1. ปฏิบัติตามหลักการของห่วงโซ่วัตถุพยานอย่างเคร่งครัด

2. ป้องกันไม่ให้ชีววัตถุมีการเน่าสลาย ได้แก่

2.1 หากต้องการเก็บสิ่งตกที่พื้น และคราบดังกล่าวแห้งแล้ว ประกอบกับมีปริมาณเล็กน้อย ให้ใช้ไม้พันสำลีชุบ 0.9 % NSS เช็ดคราบดังกล่าว แล้วผึ่งให้แห้งถ้าทำได้ และห่อด้วยกระดาษกรอง จัดเก็บใส่ซองกระดาษ

2.2 หากปนเปื้อนตามวัตถุที่เคลื่อนย้ายได้ เช่น เสื้อผ้า ให้นำส่งทั้งชิ้นวัตถุดังกล่าว โดยผึ่งลมให้แห้ง (ห้ามนำไปตากแดด) ก่อนนำใส่ในถุงหรือห่อกระดาษ ไม่ควรบรรจุในถุงพลาสติก เนื่องจากอาจเกิดการเน่าสลายขณะนำส่งตรวจวิเคราะห์

2.3 หากต้องจัดเก็บจากศพ เช่น เลือด ควรเจาะดูดด้วยเข็มขนาดใหญ่ เช่น เบอร์ 18 และจัดเก็บใส่หลอดที่มีสาร EDTA, NaF หรือ clot blood แล้วแต่กรณี และแช่เย็นไว้ เพื่อเตรียมนำส่งให้ห้องปฏิบัติการ

2.4 หากเป็นชิ้นส่วนของมนุษย์ เช่น รก หรืออวัยวะต่าง ๆ หากเป็นไปได้ ก็ควรแช่เย็นที่อุณหภูมิต่ำกว่า -20 องศาเซล เซียส เพื่อป้องกันการเน่า

2.5 หากตัวอย่างมีขนาดเล็กมาก เช่น เล็บมือ ควรใช้ไม้จิ้มฟัน หรือกรรไกรตัดเล็บที่ไม่เคยใช้มาก่อน หรือผ่านการแช่น้ำยาทำความสะอาดมาแล้ว ตัดและเก็บให้แห้งในซองกระดาษ

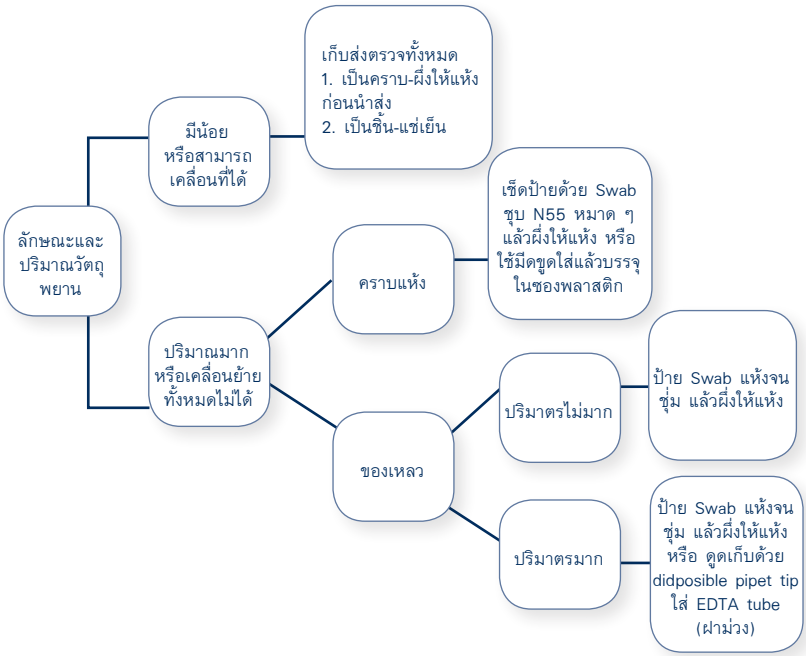
หลักการเก็บหลักฐานอชีววัตถุพยานอื่นที่สำคัญ

1. **หัวกระสุน** ไม่ควรใช้อุปกรณ์ที่มีความคม หรือมีฟัน คีบหรือหนีบ ซึ่งจะทำให้เกิดร่องรอยบนหัวกระสุนปืน

2. **เขม่าแก๊ปปืน** ควรจัดเก็บโดยผู้เชี่ยวชาญที่ผ่านการฝึกอบรม และมีน้ำยาที่จัดเตรียมไว้อย่างเหมาะสม

3. **ลายพิมพ์นิ้วมือ** มักเป็นหน้าที่ของตำรวจพิสูจน์หลักฐานจังหวัด ซึ่งเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ควรสวมถุงมือขณะปฏิบัติงานทุกครั้ง และสอบถามตำรวจวิทยาการก่อนจับต้องสิ่งของในที่เกิดเหตุ

สรุปแนวทางการเก็บชีววัตถุ



ภาพที่ 29.1 สรุปแนวทางการเก็บชีววัตถุพยาน

บทที่ 30
หลักการทางนิติพิษวิทยาที่สำคัญ

พีรยุทธ เฟื่องฟุ้ง
ณัฐวุฒิ ชอุ่มกฤษ

กรณีการบาดเจ็บจากการได้รับสารพิษในเวชปฏิบัติทั่วไปอาจเกิดจากการทำร้ายตนเอง, ถูกผู้อื่นทำร้าย หรืออุบัติเหตุก็ได้ โดยสามารถแบ่งได้เป็น 2 กรณี คือ

1. กรณีผู้ป่วยคดี
2. กรณีการชันสูตรพลิกศพ

บทบาทของแพทย์ทั่วไปในการจัดการกรณีการได้รับสารพิษ

1. เข้าใจประเด็นสำคัญที่ต้องวินิจฉัยกรณีได้รับสารพิษ
2. สามารถตรวจผู้ป่วย และชันสูตรพลิกศพกรณีที่สงสัยว่าจะได้รับสารพิษได้
3. สามารถเก็บสิ่งส่งตรวจเพื่อส่งตรวจต่อได้ *(ดูบทที่ 33)*
4. เข้าใจประเด็นกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการให้ความเห็น

ประเด็นสำคัญที่ต้องวินิจฉัยกรณีการได้รับสารพิษ

1. ผู้ป่วยหรือศพ ได้รับสารพิษหรือไม่ และได้รับเมื่อใด
2. ผู้ป่วยหรือศพ ได้รับสารพิษกี่ชนิด และชนิดใดบ้าง
3. ผู้ป่วยหรือศพ ได้รับสารพิษเข้าไปทางใด
4. ผู้ป่วยหรือศพ ได้รับสารพิษเข้าไปปริมาณเท่าใด
5. สารพิษที่ได้รับอยู่ในระดับที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการทางคลินิก หรือเป็นสาเหตุการตายของศพหรือไม่

เพื่อให้แพทย์สามารถวินิจฉัยประเด็นสำคัญดังกล่าวได้ แพทย์จึงจำเป็นต้องมีแนวทางในการตรวจผู้ป่วยดังนี้

การซักประวัติ (history taking)

ควรครอบคลุมถึงประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1. **ข้อมูลพื้นฐาน (fundamental profile)** ได้แก่ เพศ, อายุ, น้ำหนัก, อาชีพหรือสถานที่ทำงาน, โรคประจำตัว และยาที่ใช้อยู่

2. **ข้อมูลเกี่ยวกับสารพิษที่ได้รับ** ได้แก่

2.1 ชนิดและปริมาณที่ได้รับ (type and amount)

2.2 ช่องทางที่ได้รับ (route of administration)

2.3 ประวัติเรื่องช่วงเวลา (time interval) แบ่งเป็น 2 กรณี

- กรณีผู้ป่วยคดี ได้แก่ เวลาที่คาดว่าจะได้รับสารพิษ, ช่วงเวลาที่มีอาการ *(ตั้งแต่เวลาที่เริ่มมีอาการผิดปกติจนถึงเวลาที่ผู้ป่วยฟื้นตัวจากอาการผิดปกติ)* และเวลาที่มาพบแพทย์ *(ห่างจากเวลาที่คาดว่าได้รับสารพิษนานเท่าใด)*
- กรณีการชันสูตรพลิกศพ ได้แก่ เวลาที่พบผู้ป่วยมีชีวิตครั้งสุดท้าย, เวลาที่มาพบศพ และเวลาที่ทำการชันสูตรพลิกศพ

ประวัติเรื่องช่วงเวลามีความสำคัญมาก กรณีการตรวจสารพิษ เนื่องจากมีผลต่อการเลือกสิ่งส่งตรวจ และโอกาสที่จะตรวจพบหรือไม่พบสารพิษในร่างกาย

3. **อาการหลังได้รับสารพิษ (clinical symptoms)** ได้แก่

3.1 non-specific symptoms เช่น ปวดศีรษะ, เวียนศีรษะ, คลื่นไส้อาเจียน, อ่อนเพลีย เป็นต้น

3.2 specific symptoms ได้แก่ อาการตามระบบต่าง ๆ เช่น ง่วงซึม (CNS), ใจสั่น (cardiovascular system), หายใจลำบาก (respiratory system), น้ำลายไหลมากหรือเหงื่อแตก (ANS)

ประวัติของอาการผิดปกติเหล่านี้ มีผลต่อการวินิจฉัยแยกโรคของชนิดของสารพิษที่ผู้ป่วยได้รับ

การตรวจร่างกาย (physical examination)

สามารถแยกได้เป็น 2 กรณี คือ

1. **ผู้ป่วยคดี** เน้นการตรวจหา clinical toxidrome ได้แก่

1.1 **cholinergic toxidrome** ได้แก่ sweating, miosis, increased bowel sound และ increased secretion สารพิษกลุ่มนี้ ได้แก่ ยาฆ่าแมลงกลุ่ม organophosphate and carbamate

1.2 **anticholinergic toxidrome** ได้แก่ hypertension, tachycardia, mydriasis, dry skin (no sweating), decreased bowel sound และ delirium สารพิษกลุ่มนี้ ได้แก่

antidepressant (TCA), antipsychotic drugs (typical), antihistamine (1st generation)

1.3 **sympathomimetic toxidrome** ได้แก่ hypertension, tachycardia, mydriasis และ sweating สารพิษกลุ่มนี้ ได้แก่ cocaine, methamphetamine, MDMA, ephedrine-pseudoephedrine

เราสามารถแยก anticholinergic toxidrome ออกจาก sympathomimetic toxidrome ได้ โดย anticholinergic toxidrome จะมี decreased bowel sound และ dry skin (no sweating) ส่วน sympathomimetic toxidrome ไม่มีอาการของ bowel sound และมี diaphoresis (sweating)

1.4 **opioid triad** ได้แก่ miosis, respiratory depression และ coma สารพิษกลุ่มนี้ ได้แก่ opioid groups

2. **การตรวจศพ** แบ่งเป็น 2 กรณีคือ

2.1 ศพที่มาเสียชีวิตที่โรงพยาบาล มักจะยังมี clinical signs ให้ตรวจได้ก่อนเสียชีวิต ให้ตรวจหา clinical toxidrome ดังข้างต้น

2.2 การชันสูตรพลิกศพ ณ ที่ที่พบศพ สิ่งที่แพทย์ต้องระลึกไว้ คือ clinical toxidrome ไม่สามารถนำมาใช้กับการตรวจศพได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งศพที่เริ่มตรวจพบ rigor mortis แล้ว เพราะ postmortem change จะทำให้ ante-mortem findings เปลี่ยนไป

3. สิ่งที่แพทย์จะตรวจพบในศพที่เสียชีวิตจากสารพิษ มี 2 ประการคือ

- การตรวจพบที่สัมพันธ์กับการได้รับสารพิษ ได้แก่ คราบสารผิดปกติที่ติดอยู่ตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ช่องปาก หรือพบรอยเข็มฉีดยา (needle mark) ที่แขนในกลุ่มที่ฉีดยาเสพติด เข้าหลอดเลือดดำ ซึ่งอาจพบได้ทั้งรอยใหม่ และรอยเก่า
- การตรวจพบการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลโดยตรงจากสารพิษ ได้แก่ abnormal livor mortis เช่น cherry pink livor mortis ใน CO หรือ cyanide poisoning หรือ chocolate brown livor mortis ใน methemoglobinemia และผลของสารพิษที่มีต่อเนื้อเยื่อหรืออวัยวะ เช่น เยื่อบุช่องปากมีแผลจากสารพิษกัดกร่อนและยาฆ่าหญ้าบางชนิด, ภาวะ jaundice จาก hepatic failure กรณี paracetamol poisoning หรือ amanita phalloides poisoning

การตรวจสถานที่ที่พบศพ และวัตถุพยาน

กรณีแพทย์ไปชันสูตรพลิกศพ ณ ที่ที่พบศพ หรือกรณีที่มีญาติผู้ป่วยมาพร้อมกับผู้ป่วย แพทย์ควรตรวจหา หรือสอบถามเกี่ยวกับภาชนะหรือบรรจุภัณฑ์หรืออุปกรณ์ที่เกี่ยวกับสารพิษ ซึ่งวัตถุเหล่านี้มีความสำคัญดังนี้

1. **ภาชนะหรือบรรจุภัณฑ์ที่บรรจุสารพิษ หรือเคมีภัณฑ์ หรือซองยา** ซึ่งรายละเอียดบนภาชนะ, บรรจุภัณฑ์ หรือซองยาดังกล่าว สามารถทำให้แพทย์ทราบได้ว่าเป็นสารชนิดใด และมีปริมาณเท่าใด และผู้ป่วยหรือศพอาจได้รับไปในปริมาณเท่าใด

2. **ภาชนะบรรจุของเหลวหรือสารที่ต้องสงสัย** เช่น ขวดน้ำที่มีของเหลวสีผิดปกติบรรจุอยู่, แก้วน้ำที่มีของเหลวปนกับเม็ดยาไม่ทราบชนิดจำนวนมาก การพบสิ่งเหล่านี้บ่งชี้ว่าผู้ป่วยน่าจะเสียชีวิตจากสารพิษ และแพทย์ควรแนะนำให้พนักงานสอบสวนส่งสิ่งส่งตรวจดังกล่าวไปตรวจเพิ่มเติมด้วย

3. **อุปกรณ์เสพยา (drug paraphernalia)** เช่น เข็มฉีดยา, ผงสีขาวบนกระดาษฟอยล์ หรืออุปกรณ์เสพยาโดยการสูดดม การพบอุปกรณ์เหล่านี้ในที่เกิดเหตุ จะทำให้แพทย์สามารถวินิจฉัยแยกโรคถึงชนิดของสารพิษที่เกี่ยวข้องได้

ประเด็นกฎหมายที่เกี่ยวข้อง และการให้ความเห็น

ผู้ป่วยคดี มีประเด็นสำคัญ ดังนี้

1. **การขับขี่ยานพาหนะ** กฎหมายไทยห้ามมิให้ขับขี่ยานพาหนะในขณะเมาสุรา (ระดับ blood alcohol เกินกว่า 50 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ (mg/dl)) หรือเมาของอย่างอื่น เช่น ยาเสพติด ดังนั้นแพทย์จะต้องมีความรู้ในการขอความยินยอมการส่งตรวจและสามารถแปลผลการตรวจร่วมกับอาการทางคลินิกได้

2. **การเสพสารเสพติด** กฎหมายไทยกำหนดระดับสารเสพติด ใน urine ไว้ เช่น กลุ่มยาบ้า ไม่เกิน 1,000 ng/ml, กลุ่มอนุพันธ์ของฝิ่น ไม่เกิน 300 ng/ml ดังนั้นการส่งตรวจ urine เพื่อหาสารเสพติดควรสังเกตระดับของสารเสพติดใน urine ร่วมด้วย

3. **drug-facilitated crime (DFC)** คือ การใช้ยาทำร้ายเพื่อช่วยในการกระทำผิด มักใช้ยาทำให้หญิงมึนเมาแล้วพาไปข่มขืนกระทำชำเรา หรือใช้ยาทำให้ผู้อื่นมึนเมาแล้วชิงทรัพย์ เช่น กลุ่ม benzodiazepine, GHB แพทย์จะต้องส่งตรวจหาสารพิษในเลือดและปัสสาวะ และแปลผลระดับสารพิษในร่างกายคู่กับอาการทางคลินิกว่าสารพิษดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมึนเมา, ง่วงซึม, หมดสติ หรือ

ควบคุมตนเองไม่ได้หรือไม่ อีกประการหนึ่ง การตรวจพบสารพิษในร่างกายกรณี DFC จะมีโอกาสตรวจพบได้มากหากผู้ป่วยมาตรวจภายใน 72 ชั่วโมงหลังเกิดเหตุ

4. **การกระทำความผิด** เนื่องจากตกอยู่ภายใต้ฤทธิ์ยา กรณีนี้แพทย์ต้องวินิจฉัยว่า สารพิษในร่างกายทำให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ไม่รู้ผิดชอบ หรือบังคับตนเองไม่ได้หรือไม่

การชันสูตรพลิกศพ ประเด็นสำคัญคือ

1. สาเหตุการตาย เกิดจากการได้รับสารพิษหรือไม่

2. การตรวจศพส่วนใหญ่บอกได้แต่เพียง route of administration และวัตถุพยานต้องสงสัยในที่เกิดเหตุ มักไม่อาจบอกถึงผลของสารพิษต่อร่างกาย

3. กรณีที่สงสัยว่าเสียชีวิตจากสารพิษจึงแนะนำว่าหากไม่มีข้อจำกัดควรส่งศพผ่าพิสูจน์ เพื่อหาสาเหตุการตายเสมอ

บทที่ 31
เรื่องทางนิติพิษวิทยาที่พบได้บ่อย

พีรยุทธ เฟื่องฟุ้ง
เชาวกิจ ศรีเมืองวงศ์

ปัญหาที่พบบ่อยทางนิติพิษวิทยา

สารพิษที่พบบ่อยทางนิติพิษวิทยา ได้แก่ แอลกอฮอล์ *(ดูบทที่ 32)*, ยาปราบศัตรูพืช (pesticide), สารเสพติด (drug of abuse), ยา (medication) และสารพิษจากพืชและสัตว์ (plant and animal toxin) ในที่นี่จะกล่าวถึงเฉพาะยาปราบศัตรูพืช, สารเสพติด และยาบางชนิดเท่านั้น

ยาปราบศัตรูพืช (pesticide)

ยาปราบศัตรูพืช (pesticide) ที่พบได้บ่อยในเวชปฏิบัติทั่วไป มี 2 ชนิด ได้แก่ ยาฆ่าแมลง (insecticide) และยาฆ่าหญ้า (herbicide) โดยจะกล่าวเฉพาะสารที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติเท่านั้น

1. **ยาฆ่าแมลง (insecticide)** ที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติทั่วไป ได้แก่ กลุ่ม organophosphate and carbamate และ pyrethroid

1.1 **organophosphate and carbamate** เป็นกลุ่มที่พบได้บ่อยที่สุด สารพิษกลุ่มนี้ทำให้เกิด cholinergic toxidrome ได้แก่ DUMBELS (diarrhea-diaphoresis (sweating), urination, miosis, bradycardia-bronchorrhea-bronchospasm, emesis, lacrimation และ salivation) และ musculoskeletal signs ได้แก่ seizure, muscle fasciculation, muscle

paralysis ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่เสียชีวิตจากภาวะ respiratory muscle paralysis

1.2 **pyrethroid** สารพิษกลุ่มนี้ทำให้เกิดอาการ ได้แก่ ปวดศีรษะ, เวียนศีรษะ, คลื่นไส้อาเจียน, ใจสั่น, เจ็บหน้าอก, ชาที่ใบหน้า, increased secretion (คล้ายกลุ่ม organophosphate and carbamate), seizure และ loss of consciousness (อาการทั้งสองนี้ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้)

2. **ยาฆ่าหญ้า (herbicide)** ที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติทั่วไป ได้แก่ paraquat และ glyphosate

2.1 **Paraquat** ทำให้เกิดพยาธิสภาพขึ้นที่อวัยวะหลายตำแหน่ง โดยขึ้นอยู่กับระยะเวลาหลังจากได้รับสารพิษ ดังนี้

- caustic injury to GI tract ทำให้เกิดแผลที่ช่องปาก, หลอดอาหาร และกระเพาะอาหาร พบได้ตั้งแต่วันแรกที่ได้รับ เป็นต้นไป
- hepatocellular necrosis and hepatic failure ทำให้เกิด jaundice และ increased liver enzyme พบในวันที่ 2-3 ขึ้นไป
- acute kidney injury and acute renal failure ทำให้เกิดภาวะ oliguria และ metabolic acidosis พบในวันที่ 2-3 ขึ้นไป

• pulmonary fibrosis ทำให้เกิดภาวะ ARDS และ respiratory failure พบได้ตั้งแต่วันที่ 5-7 เป็นต้นไป และผู้ป่วยมักเสียชีวิตในสัปดาห์ที่ 2-3 จากภาวะ pulmonary fibrosis

2.2 **glyphosate** ทำให้เกิดพยาธิสภาพ ดังนี้

• caustic injury to GI tract ทำให้เกิดแผลที่ช่องปาก, หลอดอาหาร และกระเพาะอาหาร

• cardiogenic shock and hypotension เป็นผลจากสารพิษทำให้เกิด myocardial depression

• acute renal failure ทำให้เกิด electrolyte imbalance และ metabolic acidosis ตามมา และทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต

ประเด็นที่แพทย์ควรซักประวัติ และตรวจร่างกาย มีดังนี้

การซักประวัติ

1. **ชนิดและปริมาณของสารพิษ** ได้จากการซักประวัติผู้ป่วยหรือญาติ หรือการพบบรรจุภัณฑ์ของสารเคมีในที่เกิดเหตุ ดังนั้นแพทย์ควรทราบชื่อของสารเคมีเพื่อระบุชนิดของสารพิษได้

1.1 ชื่อสารเคมีกลุ่ม organophosphate and carbamate ที่พบบ่อยในไทย แสดงในตารางที่ 31.1

ตารางที่ 31.1 organophosphate และ carbamate ที่ใช้บ่อยในไทย

organophosphate	carbamate
1. กลุ่ม –thion ได้แก่ parathion, malathion 2. กลุ่ม –os ได้แก่ dichlorvos (ยากันยุง), chlorpyrifos 3. กลุ่มอื่น ได้แก่ dimethoate, diazinon	1. กลุ่ม -carb ได้แก่ aldicarb, methiocarb 2. กลุ่ม –yl ได้แก่ methomyl, carbaryl 3. กลุ่ม -an ได้แก่ carbofuran, carbosulfan 4. กลุ่มอื่น ๆ ได้แก่ propoxur (ยากันยุงยี่ห้อไบกอน)

1.2 ชื่อสารเคมีกลุ่ม pyrethroid ที่พบบ่อยในไทย ได้แก่ permethrin, deltamethrin และ cypermethrin ซึ่งใช้ในยากันยุง

1.3 ชื่อยาฆ่าหญ้าที่พบบ่อยในไทย ได้แก่ paraquat คือยี่ห้อ Gramoxone® และ glyphosate คือยี่ห้อ Round-Up®

2. **ช่องทางที่ได้รับ** ส่วนใหญ่ได้รับทางการกิน (ingestion) ส่วนทางอื่นที่พบได้ ได้แก่ ทางการหายใจ และทางผิวหนัง

3. **ช่วงเวลา** ได้แก่ เวลาที่สันนิษฐานว่าได้รับ (ถ้าทราบ), เวลาที่พบว่ามีอาการผิดปกติ และเวลาที่มาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล สำหรับกรณีการชันสูตรพลิกศพ ประวัติที่ได้อาจมีเพียงเวลาที่พบผู้ตายครั้งสุดท้าย, เวลาที่มาพบศพ และเวลาที่ทำการตรวจศพ

ข้อสังเกต

กรณีตรวจศพที่เสียชีวิตไม่ทราบสาเหตุหรือไม่แน่ใจ ในสาเหตุการเสียชีวิต หากซักประวัติหรือตรวจพบสิ่งเหล่านี้ควรสงสัยการได้รับสารพิษ

1. เสียชีวิตกะทันหันมาก
2. เสียชีวิตหรือมีอาการพร้อมกันมากกว่า 1 คน
3. พบจดหมายลาตาย (suicidal note) โดยไม่พบสาเหตุการตายที่ประจักษ์ชัด

การตรวจร่างกาย แยกเป็น 2 กรณีคือ

1. **ผู้ป่วยคดี**

1.1 กรณี organophosphate and carbamate ตรวจหาอาการเฉพาะของ cholinergic toxidrome และ musculoskeletal signs โดย key features ของ organphosphate and carbamate คือ diaphoresis (sweating), miosis, increased secretion (bronchorrhea and salivation) และ muscle fasciculation

1.2 กรณี pyrethroid ผู้ป่วยมีอาการแสดงไม่จำเพาะ ควรระวังผู้ป่วยมีอาการ increased secretion ซึ่งคล้ายกับกลุ่มของ organophosphate and carbamate ได้

1.3 กรณี paraquat ให้ตรวจหาแผลบริเวณรอบช่องปาก และอาการแสดงเฉพาะที่อวัยวะต่าง ๆ ดังข้างต้น โดยให้ดูว่าผู้ป่วยรักษามาเป็นระยะเวลาเท่าใดประกอบด้วย

1.4 กรณี glyphosate ให้ตรวจหาแผลบริเวณรอบช่องปาก และอาการแสดงของ cardiovascular and KUB system

2. **การตรวจศพ**

2.1 กรณีที่ผู้ป่วยมารักษาและได้เสียชีวิตที่โรงพยาบาลให้ตรวจหาอาการเช่นเดียวกับกรณีผู้ป่วยคดี เนื่องจากยังสามารถพบ clinical toxidrome ดังข้างต้นได้

2.2 กรณีเป็นการชันสูตรพลิกศพ ณ ที่เกิดเหตุ ไม่สามารถตรวจหา clinical toxidrome ได้ เนื่องจาก postmortem change จะทำให้ ante-mortem findings เปลี่ยนแปลงไป สิ่งที่ตรวจพบได้ จะมีเพียงคราบสารเคมีผิดปกติรอบช่องปาก และบรรจุภัณฑ์สารเคมีที่อยู่ในที่เกิดเหตุเท่านั้น ดังนั้น การพบบรรจุภัณฑ์สารเคมี ในที่เกิดเหตุ จึงมีความสำคัญมากส่วนลักษณะเฉพาะที่อาจพบได้ ได้แก่การพบคราบน้ำลายจำนวนมากรอบช่องปากใน organophosphate and carbamate นั้นพบได้น้อยเพียงร้อยละ 15-20 ของการตรวจศพ ส่วนกรณี paraquat และ glyphosate จะพบแผลรอบช่องปาก ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากกลุ่ม insecticide

การตรวจเพิ่มเติม

1. ส่งเลือดตรวจหาระดับ cholinesterase activities (กรณี organophosphate and carbamate) และ ชนิดและระดับของยาปราบศัตรูพืชในเลือด

2. gastric content ส่งตรวจหาชนิดของยาปราบศัตรูพืชที่สำคัญ ในกรณีมีข้อจำกัดในการส่งตรวจ การดูลักษณะของ gastric lavage ในผู้ป่วย และผู้ที่มาเสียชีวิตที่โรงพยาบาลจะพอช่วยบอกชนิดของยาปราบศัตรูพืชได้ เพราะน้ำล้างกระเพาะอาหาร กรณี organophosphate and carbamate จะมีลักษณะพิเศษคือ มีกลิ่นฉุน และมีสีเฉพาะในบางสาร

เช่น parathion มีสีเหลืองปนน้ำตาล, methomyl มีสีฟ้าปนเขียว และ carbofuran มีสีม่วง เป็นต้น ส่วนน้ำล้างกระเพาะอาหาร กรณี paraquat จะมีสีเขียวปนน้ำเงินเข้ม และน้ำล้างกระเพาะ กรณี glyphosate จะมีสีไข่ไก่ ดังนั้นการทำ gastric lavage จึงมีประโยชน์ในการช่วยวินิจฉัยอย่างมาก

3. urine ส่งตรวจหา urine paraquat

สารเสพติด (drug of abuse) และยาบางชนิด (medication)

สารเสพติดที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติทั่วไป ได้แก่

1. **methamphetamine (ยาบ้า) and derivatives**

1.1 route of administration สามารถเสพได้ทั้งการกิน และหายใจ (inhalation) (โดยการเผาให้เป็นไอ ซึ่งอาจใช้กระดาษฟอยล์ หรืออุปกรณ์สูดดม เรียกว่า water pipe หรือ baraku)

1.2 อาการแสดง ประกอบด้วย อาการแสดงทาง ANS คือ sympathomimetic toxidromeเช่น hypertension, tachycardia, mydriasis, sweating และอาการแสดงทาง CNS ได้แก่ euphoria, psychiatric symptoms เช่น delusion, hallucination และ seizure

2. **MDMA and derivatives (Ecstasy หรือยาอี)**

2.1 route of administration ส่วนใหญ่เสพทางการกิน

2.2 อาการแสดง อาการแสดงส่วนใหญ่เหมือนยาบ้า แต่จะมี psychiatric symptoms เด่นชัดกว่า และพบภาวะ hyperthermia จาก serotonin syndrome ได้บ่อยกว่ายาบ้า

3. **opioid groups (ฝิ่น และอนุพันธ์) สารที่พบบ่อยได้แก่** morphine, heroin, codeine (ยาแก้ไอ) และ methadone

3.1 route of administration

- morphine ส่วนใหญ่เสพทางการฉีด ไม่ว่าจะเป็น IV, IM หรือ SC แต่ในโรงพยาบาลมีรูปแบบกินใช้สำหรับแก้ปวด
- heroin ส่วนใหญ่เสพทางการฉีด ไม่ว่าจะเป็น IV, IM หรือ SC แต่เสพทางการสูด (snorting) หรือหายใจ (inhalation)ได้
- codeine และ methadone ส่วนใหญ่เสพทางการกิน

3.2 อาการแสดง ได้แก่ euphoria, sedation, analgesia และ respiratory depression หากเสพเกินขนาดจะเกิดอาการแสดง opioid triad คือ miosis, respiratory depression และ coma

4. **Ketamine (ยาเค)**

4.1 route of administration สามารถเสพได้ทั้งการกิน, การสูด (snorting), หายใจ (inhalation) และการฉีด

4.2 อาการแสดง มีผลต่อ cardiovascular system ทำให้มี hypertension, tachycardia และมีผลต่อ CNS ทำให้มี sedation, analgesia, amnesia และ psychiatric symptoms เช่น delirium และ hallucination



ยาที่พบบ่อยในทางพิษวิทยา

มักจะเกี่ยวข้องกับ drug-facilitated crime (DFC) และมักบริหารยาทางการกิน ได้แก่

1. benzodiazepine (BZD) แบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่ม

1.1 short $T_{1/2}$ BZD ได้แก่ midazolam

1.2 intermediate $T_{1/2}$ BZD ได้แก่ lorazepam, alprazolam

1.3 long $T_{1/2}$ BZD ได้แก่ diazepam, clonazepam

1.4 อาการแสดงสำคัญ คือ sedation, CNS depression และ amnesia แต่ผู้ป่วยจะมี normal vital sign (coma with normal V/S)

2. tricyclic antidepressant (TCA) ได้แก่ amitriptyline, nortriptyline และ imipramine อาการแสดงสำคัญ มี 3 ระบบ คือ

2.1 CNS symptoms ได้แก่ sedation

2.2 anticholinergic toxidrome ได้แก่ hypertension, tachycardia, urinary retention, decreased bowel sound, mydriasis, delirium and dry skin (no sweating)

2.3 cardiovascular symptoms ได้แก่ cardiac arrhythmia

3. 1st generation antihistamine ได้แก่ chlorpheniramine (CPM), diphenhydramine (Benadryl®), dimenhydrinate, hydroxyzine (Atarax®) และ promethazine (Procodyl®) มีอาการแสดงที่สำคัญ คือ sedation, CNS depression, blurred vision, movement incoordination และ psychiatric symptoms ได้แก่ euphoria และ hallucination

กรณีที่แพทย์พบผู้ป่วยหรือศพที่สงสัยว่าได้รับสารพิษกลุ่มนี้ ประเด็นที่แพทย์ควรซักประวัติ และตรวจร่างกาย มีดังนี้

1. **ชนิดและปริมาณของสารพิษ**

1.1 **ผู้ป่วยคดี** กรณีผู้ป่วยทำร้ายตนเอง หรืออุบัติเหตุ มักจะได้ประวัติชัดเจน แต่กรณี DFC ผู้ป่วยมักจะไม่ทราบ

ว่าได้รับสารชนิดใด และมักจะมีประวัติได้รับสารอื่นร่วม เช่น alcohol

1.2 **การตรวจศพ** ให้ซักประวัติญาติ และดูสารเสพติดหรือยาที่อยู่ในที่เกิดเหตุ ทั้งที่อยู่ในภาชนะที่ใช้และอยู่ในหีบห่อ, อุปกรณ์เสพยา หรือซองยา

2. **ช่องทางที่ได้รับ** ว่าเป็นการกิน, หายใจ หรือการฉีด

3. **ช่วงเวลา** ได้แก่ เวลาที่ได้รับสาร, ช่วงเวลาที่มีอาการ (เช่น เวลาที่หมดสติไป จนถึงเวลาที่ฟื้นขึ้นมา), และเวลาที่มาโรงพยาบาล สำหรับกรณีการชันสูตรพลิกศพ ได้แก่ เวลาที่พบผู้ตายครั้งสุดท้าย, เวลาที่มาพบศพ และเวลาที่ทำการตรวจศพ

4. **ประวัติการใช้สารเสพติดก่อนหน้านี้** เช่น ชนิดที่ใช้, ความถี่และปริมาณที่เสพ, ประวัติการเลิกยา-บำบัด-กลับมาใช้ใหม่

5. **การตรวจร่างกาย** แยกเป็น 2 กรณีคือ

5.1 **ผู้ป่วยคดี** ตรวจหาอาการแสดงเฉพาะตามระบบตามชนิดของสารที่ได้รับดังที่ได้กล่าวข้างต้น

5.2 **การตรวจศพ**

- กรณีผู้ป่วยมารักษา และเสียชีวิตที่โรงพยาบาล ให้ตรวจหาอาการแสดงเช่นเดียวกับผู้ป่วยคดี เพราะยังตรวจพบได้

• กรณีการชันสูตรพลิกศพ ณ ที่เกิดเหตุ ให้ตรวจหาตามลักษณะการเสพ เช่น พบคราบผิดปกติรอบช่องปากหากเป็นการกิน หรือพบ needle mark ที่ข้อพับแขนหากเป็นการฉีด และตรวจหาอุปกรณ์เสพยา หรือภาชนะที่ใช้กิน หรือซองยา

6. **การตรวจเพิ่มเติม**

6.1 **ส่งเลือดตรวจหาชนิดและระดับของสารเสพติด หรือยา** โดย detection time ที่ตรวจพบได้อยู่ที่ 3-5 เท่าของ $T_{1/2}$ ของยา

6.2 **urine** โดย detection time ใน urine แสดงในตารางที่ 31.2

ตารางที่ 31.2 detection time ของสารเสพติด และยา ใน urine

drugs	timing
methamphetamine and MDMA	2-3 days
opioid groups	2-3 days
methadone	7-10 days
ketamine	2-3 days
benzodiazepine	
- short T1/2 BZD	12-24 hours
- intermediate T1/2 BZD	2-4 days
- long T1/2 BZD	7 days

6.3 gastric content ส่งตรวจหาชนิดสารเสพติดหรือยา โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากได้รับมาทางการกิน

บทที่ 32
แอลกอฮอล์

พีรยุทธ เฟื่องฟุ้ง
วิศาล วรสุวรรณรักษ์

แอลกอฮอล์ (ในที่นี้จะหมายถึง ethanol) เป็นสารเสพติดและสารพิษที่พบบ่อยที่สุด ในทางนิติพิษวิทยา แอลกอฮอล์เป็นสารที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บ และการตายทั้งทางตรงและทางอ้อม ในเวชปฏิบัติ แอลกอฮอล์มักจะเข้าไปเกี่ยวข้องกับกรณีต่อไปนี้

1. อุบัติเหตุจราจร (road traffic injuries)

2. drug-facilitated crime (DFC) คือ การใช้แอลกอฮอล์เป็นเครื่องมือในการกระทำความผิด เช่น ใช้ทำให้หญิงหมดสติแล้วพาไปข่มขืน (drug-facilitated sexual assault : DFSA) หรือใช้ทำให้ผู้ป่วยหมดสติแล้วปลดทรัพย์

3. การบาดเจ็บ ได้แก่ การถูกทำร้าย, การทำร้ายตนเอง

4. โรคที่เกิดจากการดื่มสุรา

ดังนั้นแพทย์ทั่วไป จึงควรมีความรู้เรื่องแอลกอฮอล์, การตรวจหาแอลกอฮอล์ และการให้ความเห็นในทางคดีด้วย

ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดกับอาการทางคลินิก

ระดับของแอลกอฮอล์ในเลือด จะมีความสัมพันธ์กับอาการทางคลินิก ดังแสดงใน ตารางที่ 32.1

ตารางที่ 32.1 ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดกับอาการทางคลินิก

blood alcohol level	clinical features
< 50 mg/dl	ไม่แสดงอาการ
50-100 mg/dl	รื่นเริง (euphoria), คุยมาก (talkative), เฮฮาเข้าสังคม (increased sociability), เริ่มโซเซ เปะปะ (beginning of motor impairment and incoordination), การตอบสนองต่อสิ่งเร้าช้าลง (slowed reaction time)
100-150 mg/dl	ขาดความยับยั้งชั่งใจ (disinhibition), อารมณ์แปรปรวน (emotional instability), ความคิดตื้นเขิน (loss of critical judgment), การรับรู้และความจำวิปริต (perception and memory impairment), โซเซหนัก (impaired balance)
150-200 mg/dl	เมา (drunkenness), คลื่นไส้อาเจียน (nausea and vomiting), เดินไม่ตรง (gait ataxia), พูดอ้อแอ้ (slurred speech), ตาลาย (blurred vision)
200-300 mg/dl	หมดสติและอาจจะหยุดหายใจ (CNS and respiratory depression)
300-400 mg/dl	ตรีฑูตหรือภาวะใกล้ตาย (coma), หยุดหายใจ (impending respiratory arrest)
> 400 mg/dl	ตาย (death)

สิ่งที่แพทย์ต้องพึงระลึกไว้เสมอคือ ความสัมพันธ์ของระดับแอลกอฮอล์กับอาการทางคลินิกใน ตารางที่ 32.1 ใช้กับผู้ป่วยที่ไม่ได้ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ คือ ไม่มี tolerance

การตรวจแอลกอฮอล์สำหรับกรณีทางนิติเวชศาสตร์

การตรวจหาแอลกอฮอล์จากสิ่งส่งตรวจที่เป็นชีววัตถุในเวชปฏิบัติทั่วไป พบได้ในกรณีต่อไปนี้

1. การตรวจแอลกอฮอล์ในลมหายใจ (breath)
2. การตรวจแอลกอฮอล์ในเลือด (blood)
3. การตรวจแอลกอฮอล์ในปัสสาวะ (urine)
4. การตรวจแอลกอฮอล์ในน้ำลูกตา (vitreous humor)

ในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะข้อ 2 และ 3 เพราะพบบ่อย

การตรวจแอลกอฮอล์ในเลือด

การตรวจแอลกอฮอล์ในเลือดเป็นกรณีที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติทั่วไป ดังนั้นแพทย์ทั่วไปจึงควรทราบถึงการตรวจดังกล่าว

เมื่อใดจึงควรตรวจแอลกอฮอล์ในเลือด

1. กรณี DFC เช่น DFSA หรือผู้ป่วยถูกมอมยาปลดทรัพย์

2. กรณีพนักงานสอบสวนส่งตัวมาให้ตรวจเลือดเพื่อหาระดับแอลกอฮอล์ (ต้องมีใบส่งตัวจากพนักงานสอบสวนด้วย) เช่น อุบัติเหตุจราจร, กรณีการทำร้ายร่างกาย

3. ประวัติ หรือตรวจร่างกาย สงสัย alcoholic intoxication เช่น kussmaul breathing, wide gap metabolic acidosis, หมดสติ (ที่ไม่มี localizing signs), hypoglycemia เป็นต้น



ความยินยอมในการตรวจแอลกอฮอล์ในเลือด

1. **กรณีผู้ป่วยคดี**

จากบันทึกของสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา คณะที่ 10 ได้พิจารณาว่า การตรวจแอลกอฮอล์ในเลือด จำเป็นต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย เนื่องจากเป็นการกระทำต่อร่างกายของผู้ป่วยที่กระทบต่อสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย

ดังนั้นในหลักปฏิบัติทั่วไป แพทย์ควรดำเนินการดังนี้

1.1 **ขอความยินยอมจากผู้ป่วย** เมื่อจะขอเจาะเลือดตรวจหาแอลกอฮอล์เสมอ ถึงแม้ว่าจะมีใบส่งตัวจากพนักงานสอบสวนมา ก็ต้องขอความยินยอมด้วย ไม่อาจเจาะโดยผู้ป่วยไม่ยินยอมได้ เว้นแต่ผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถยินยอมและไม่ขัดขืนจนน่าจะเกิดอันตราย แพทย์อาจจะพิจารณา

เจาะเลือด ตามหนังสือที่พนักงานสอบสวนร้องขอมา หรือกรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวและเจาะเพื่อประโยชน์ในการช่วยชีวิตของผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน

1.2 **ความยินยอมดังกล่าว ควรเป็นลายลักษณ์อักษร** โดยให้ผู้ป่วยลงลายมือชื่อไว้ใน consent form แต่ถ้าผู้ป่วยไม่ยินยอมก็ให้ผู้ป่วยลงลายมือชื่อปฏิเสธการตรวจ หรืออาจจะบันทึกไว้ในเวชระเบียน

2. **กรณีการชันสูตรพลิกศพ**

กรณีการเจาะเลือดเพื่อตรวจหาแอลกอฮอล์จากศพให้เป็นดุลยพินิจของแพทย์ผู้ตรวจศพ กรณีที่ผ่านการรักษาก่อนตาย ควรคำนึงถึงระยะเวลาและกระบวนการรักษาพยาบาลประกอบการพิจารณาส่งตรวจและแปลผล

การเจาะเลือดตรวจหาแอลกอฮอล์

1. **ผู้ป่วยคดี**

1.1 ให้ทำการเจาะเลือดเช่นเดียวกับกรณีผู้ป่วยทั่วไป คือ เจาะที่ ante-cubital vein โดยสิ่งที่แตกต่างจากกรณีทั่วไป คือ ต้อง **ไม่ใช้ antiseptics ที่มี** alcohol **เป็นส่วนประกอบมาเช็ดทำความสะอาด ให้ใช้ betadine หรือ antiseptics อื่นที่ไม่มี alcohol** เป็นส่วนประกอบในการเช็ดทำความสะอาดแทน

1.2 หลังจากเจาะเลือดแล้ว ให้ใส่เลือดลงใน NaF tube (tube ฝาจุกสีเทา) ปริมาณตามที่ tube กำหนด (เช่น 2.5 ml)

1.3 เก็บ tube เลือดไว้ในอุณหภูมิ 4 ℃ ตลอดเวลาทั้งก่อนและระหว่างที่ส่งไปตรวจ

2. **การเจาะเลือดจากศพ**

ให้ทำการเจาะเลือดจาก femoral vein ด้วย open technique *(ดูบทที่ 33)* หลังจากเจาะเลือดแล้ว ให้ใส่เลือดลงใน NaF tube (tube ฝาจุกสีเทา) และเก็บ tube เลือดไว้ในอุณหภูมิ 4°C ทั้งก่อนและระหว่างส่งตรวจ เช่นเดียวกับกรณีผู้ป่วยคดี

สิ่งที่แพทย์ต้องคำนึงถึงอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณี DFC คือ โอกาสที่จะตรวจพบแอลกอฮอล์ในเลือดนั้นอยู่ในระหว่าง 12-24 ชั่วโมงหลังจากดื่มแอลกอฮอล์ไป ดังนั้นหากผู้ป่วยมาพบแพทย์หลังจากนี้ อาจตรวจไม่พบแอลกอฮอล์ในเลือดได้

การตรวจแอลกอฮอล์ในปัสสาวะ

การตรวจแอลกอฮอล์ในปัสสาวะไม่เป็นที่นิยมนัก แม้กฎหมายจะให้ตรวจและแปลผลได้ในกรณีอุบัติเหตุจราจร เพราะการแปลผลกลับไปเป็นค่าที่เทียบเท่ากับในเลือดมีความแปรปรวนได้สูง ดังนั้นในเวชปฏิบัติทั่วไป การตรวจแอลกอฮอล์ในปัสสาวะจึงพบได้บ่อยในกรณีเดียว คือ กรณี DFC โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มาพบแพทย์หลังจาก 24 ชั่วโมง หลังเกิดเหตุ เพราะปัสสาวะมี detection time สำหรับแอลกอฮอล์ที่ยาวกว่าในเลือด

การเก็บปัสสาวะเพื่อตรวจหาแอลกอฮอล์

1. **ผู้ป่วยคดี**

1.1 ทำการเก็บปัสสาวะ 20-30 ml (หรือทั้งหมด) จากผู้ป่วย โดยต้องอยู่ในความดูแลของเจ้าหน้าที่ เพื่อป้องกันการสับเปลี่ยน หรือปนเปื้อนของสิ่งส่งตรวจ

1.2 เก็บปัสสาวะลงในภาชนะพลาสติกเช่นเดียวกับผู้ป่วยทั่วไป โดยไม่ต้องใส่ preservatives

1.3 เก็บปัสสาวะไว้ในอุณหภูมิ 4 °C ตลอดเวลาทั้งก่อนและระหว่างที่ส่งไปตรวจ

2. **การเก็บปัสสาวะจากศพ**

ให้เก็บปัสสาวะจากศพด้วยวิธี suprapubic aspiration *(ดูบทที่ 33)* หลังจากเก็บปัสสาวะได้แล้ว ให้ใส่ปัสสาวะปริมาณ 20-30 ml (หรือทั้งหมด) ลงในภาชนะพลาสติก โดยไม่ต้องใส่ preservatives และเก็บปัสสาวะไว้ในอุณหภูมิ 4 °C ตลอดเวลาทั้งก่อนและระหว่างที่ส่งไปตรวจ เช่นเดียวกับกรณีผู้ป่วยคดี

สิ่งที่แพทย์ต้องคำนึงถึงอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณี DFC คือ โอกาสที่จะตรวจพบแอลกอฮอล์ในปัสสาวะอยู่ในระหว่าง 24-48 ชั่วโมงหลังจากดื่มแอลกอฮอล์ไป ดังนั้นถึงแม้จะมี detection time ที่ยาวกว่าในเลือด หากผู้ป่วยมาพบแพทย์หลังจากนี้ อาจตรวจไม่พบแอลกอฮอล์ในปัสสาวะได้



ประเด็นทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์

1. **กรณีอุบัติเหตุจราจร**

กฎหมายไทยห้ามมิให้ผู้ขับขี่ขับรถขณะเมาสุรา หรือเมาของเมาอย่างอื่น ซึ่งกฎกระทรวงได้กำหนดว่าการทดสอบว่าผู้ขับขี่เมาสุราหรือไม่ ให้ตรวจวัดปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ขับขี่ โดยหากตรวจพบแอลกอฮอล์ในเลือดมีค่ามากกว่า 50 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ (mg/dl) ให้ถือว่าผู้ขับขี่เมาสุรา *(ให้ถือเอาเวลา ณ ขณะที่ตรวจเป็นสำคัญ)* ดังนั้น การตรวจหาแอลกอฮอล์ในเลือดจึงมีความสำคัญในกรณีนี้

2. **กรณี DFC**

2.1 **กรณี DFSA** สำหรับผู้ป่วยถูกข่มขืน กระทำชำเราพบว่า 40-80% ของผู้ป่วยเหล่านี้ ตรวจพบว่ามีแอลกอฮอล์ในเลือด *(เมื่อทำการตรวจภายใน 12 ชั่วโมง หลังเกิดเหตุ)* ดังนั้นการตรวจระดับแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ป่วย จึงมีประโยชน์ในการทางคดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากตรวจภายใน 12-24 ชั่วโมง หลังเกิดเหตุ

2.2 **กรณี DFC กรณีอื่น** เช่น การมอมยาแล้วปลดทรัพย์ ซึ่งกรณีนี้ จะเข้าข่ายการใช้กำลังประทุษร้ายตามกฎหมาย ซึ่งกำหนดว่า ให้หมายรวมถึง การกระทำที่ทำให้บุคคลอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถขัดขืนได้ ไม่ว่าจะโดยการใช้ยาทำให้มึนเมา หรืออย่างอื่น ดังนั้น การวินิจฉัยระดับแอลกอฮอล์ในเลือดร่วมกับผลในทางคลินิกถึงความมึนเมา จึงมีความสำคัญในการวินิจฉัยในกรณีนี้

การออกรายงานชันสูตรและการให้ความเห็น

เนื่องจากยังไม่ได้มีแนวทางที่เป็น consensus ในการออกรายงาน และให้ความเห็นในเรื่องนี้ ดังนั้นแนวทางที่กล่าวถึงจึงเป็นความเห็นของผู้นิพนธ์ตามประสบการณ์ที่ได้ออกรายงานและให้ความเห็นทั้งในชั้นพนักงานสอบสวนและในชั้นศาล

1. **ระดับแอลกอฮอล์ในเลือด**

แนะนำให้แพทย์ออกรายงานในลักษณะ "ตรวจพบระดับแอลกอฮอล์*ในเลือดเท่ากับ .... มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์" (ได้ทำการตรวจผู้ป่วยในวันที่.....เวลา.....)"* โดยไม่แนะนำให้แพทย์ให้ความเห็นเพิ่มเติมอย่างอื่น หากพนักงานสอบสวนมีคำถามเพิ่มเติม ให้ทำคำถามมาถามเพิ่มเติมอีกทีหนึ่ง หรือหากศาลต้องการให้แพทย์ให้ความเห็นเพิ่มเติมเรื่องผลในทางคลินิกของระดับแอลกอฮอล์ในเลือดดังกล่าว ก็ให้เรียกแพทย์ไปเป็นพยานในชั้นศาลอีกทีหนึ่ง

คำถามที่แพทย์มักโดนถามเกี่ยวกับระดับแอลกอฮอล์ในเลือด มักจะเกี่ยวข้องกับกรณี DFC เนื่องจากศาลมักต้องการให้แพทย์ให้ความเห็นว่า ระดับแอลกอฮอล์ในเลือด ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถขับขี่ได้หรือไม่ สิ่งที่แพทย์ต้องคำนึงถึงในการแปลผลคือ

1.1 **ระยะเวลาที่ตรวจเลือดห่างจากเวลาที่เกิดเหตุมากน้อยเพียงใด** เนื่องจากแอลกอฮอล์ในเลือดอาจจะลดลงด้วยอัตราประมาณ 15-20 mg/dl ต่อชั่วโมง (ซึ่งขึ้นกับหลายปัจจัย) หากผู้ป่วยมาตรวจหลังเกิดเหตุมาแล้วมากกว่า 12 ชั่วโมง อาจทำให้พบระดับแอลกอฮอล์ในเลือดในระดับที่ต่ำได้ ซึ่งแพทย์อาจต้องให้ความเห็นว่า ในช่วงเวลาเกิดเหตุ ผู้ป่วยน่าจะมีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดที่สูงกว่านี้ ซึ่งอาจทำให้มีอาการทางคลินิกบางอย่างได้

1.2 **อาการทางคลินิกขึ้นอยู่กับระดับ tolerance ของผู้ป่วย** ดังที่ได้กล่าวข้างต้นว่า อาการทางคลินิกในตารางที่ 32.1 นั้นอยู่บนพื้นฐานของผู้ป่วยที่ไม่มี tolerance ดังนั้นเวลาแพทย์ให้ความเห็นว่า ผู้ป่วยอาจมีอาการดัง ตารางที่ 32.1 นั้นจะต้องกล่าวด้วยว่า อาการเหล่านี้ใช้กับผู้ป่วยที่ไม่ได้ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำด้วย

1.3 **ความแตกต่างระหว่างบุคคล** ได้แก่ เพศ, อายุ, เชื้อชาติ และน้ำหนักตัว ซึ่งมีผลต่อระดับแอลกอฮอล์ในเลือด และผลในทางคลินิก ดังนั้นระดับแอลกอฮอล์ในเลือดที่ตัวเลขเดียวกันในผู้ป่วยที่มีลักษณะร่างกายแตกต่างกันย่อมแตกต่างกันไปด้วย

ดังนั้นแนวทางในการให้ความเห็น ควรให้การด้วยวาจาในลักษณะที่ว่า *"ตรวจพบระดับแอลกอฮอล์ในเลือดเท่ากับ .... มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ (mg/dl) ซึ่งระดับแอลกอฮอล์ดังกล่าวอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการตาม ตารางที่ 32.1 แต่เนื่องจากผู้ป่วยมาตรวจหลังเกิดเหตุ ....ชั่วโมง ซึ่งในเวลาเกิดเหตุจริงอาจมีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดที่สูงกว่านี้ และมีอาการมากกว่านี้ได้ อย่างไรก็ตาม อาการทางคลินิกยังขึ้นอยู่กับระดับความบ่อยครั้ง ของการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วย และลักษณะร่างกายของผู้ป่วยด้วย"* เช่นนี้เป็นต้น

2. **ระดับแอลกอฮอล์ในปัสสาวะ**

แนะนำให้แพทย์ออกรายงานในลักษณะเพียงว่า *"ตรวจพบแอลกอฮอล์ในปัสสาวะ ....มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ (ได้ทำการตรวจผู้ป่วยในวันที่.....เวลา.....)"* แต่หากจะนำผลการตรวจแอลกอฮอล์ในปัสสาวะนี้ไปใช้ในทางกฎหมาย กฎหมายได้กำหนดให้ปรับค่าให้เทียบเท่ากับในเลือด โดยนำไปหารด้วย 1.3 เช่น หากตรวจในปัสสาวะได้ปริมาณ 65 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ จะเทียบเท่ากับระดับแอลกอฮอล์ในเลือด 50 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ แต่อย่างไรก็ตามวิธีการตรวจแอลกอฮอล์ในปัสสาวะนี้ไม่เป็นที่นิยม เนื่องจากการเทียบกลับไปเป็นระดับแอลกอฮอล์ในเลือดนั้นมีความแปรปรวนสูง

บทที่ 33
สิ่งส่งตรวจทางพิษวิทยา

พีรยุทธ เฟื่องฟุ้ง
ธีรพร เหลืองรังษิยากุล

เมื่อใดจึงควรส่งตรวจทางพิษวิทยา

1. ผู้ป่วยมีประวัติหรืออาการ ที่สงสัยว่าจะได้รับสารพิษ
2. ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติที่หาคำอธิบายทางคลินิกไม่ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อาการทางหัวใจ, ระบบประสาท และจิตเวช
3. ผู้ป่วยถูกส่งตัวมาเพื่อให้ตรวจหา alcohol และสารพิษ เช่น คดีอุบัติเหตุจราจร, ผู้ป่วยถูกข่มขืนหรือถูกมอมยาปลดทรัพย์

สิ่งส่งตรวจที่เป็น biological specimen

สิ่งส่งตรวจที่แพทย์ทั่วไปควรทราบแนวทางในการส่งตรวจ รวมถึงข้อดีและข้อจำกัดของแต่ละสิ่งส่งตรวจ ได้แก่

1. **blood**

1.1 **ข้อดีในการตรวจเลือด** คือ สามารถตรวจพบ parent drug ได้ และระดับยาในเลือดมักจะมีความสัมพันธ์กับอาการทางคลินิกหรือสาเหตุการตาย ดังนั้นการตรวจเลือดจึงใช้วินิจฉัยสาเหตุการตาย หรือสาเหตุของอาการทางคลินิกได้

1.2 **ข้อจำกัดในการตรวจเลือด** คือ ระยะเวลาในการตรวจพบสารพิษในเลือดอยู่ที่ประมาณ 3-5 เท่า ของ $T_{1/2}$ ของยานั้น ๆ

2. **urine**

2.1 **ข้อดีในการตรวจปัสสาวะ** คือ ระดับยาในปัสสาวะ มีความเข้มข้นสูงและมีโอกาสตรวจพบได้ง่ายกว่า และระยะเวลาในการตรวจพบยาในปัสสาวะมักจะนานกว่าในเลือด

2.2 **ข้อจำกัดในการตรวจปัสสาวะ** คือ ระดับยาในปัสสาวะไม่สะท้อนถึงอาการทางคลินิก หรือสาเหตุการตาย แต่การตรวจระดับยาในปัสสาวะมีความสำคัญในเรื่องสารเสพติด เพราะระดับยาในปัสสาวะมีผลต่อการวินิจฉัยว่าเป็นผู้เสพยาเสพติดหรือไม่

3. **gastric content**

3.1 **ข้อดีในการตรวจ gastric content** คือ ระดับยาใน gastric content มีความเข้มข้นสูงและมีโอกาสตรวจพบได้ง่าย

3.2 **ข้อจำกัดในการตรวจ gastric content** คือ บอกเพียงว่าผู้ป่วยได้รับยาทางการกิน, ระดับยาใน gastric content ไม่สะท้อนถึงอาการทางคลินิก และต้องแปลผลคู่กับการตรวจเลือดเสมอ

4. **vitreous humor (น้ำลูกตา) เฉพาะกรณีการตรวจศพ**

4.1 **ข้อดีในการตรวจน้ำลูกตา** คือ สามารถตรวจพบ parent drug ได้ และระดับยาในน้ำลูกตามีความสัมพันธ์กับระดับยาในเลือดจึงใช้แปลผลเรื่องสาเหตุการตายได้ โดยปัจจุบันน้ำลูกตาใช้เพื่อการตรวจหา alcohol เป็นสำคัญ เพราะสามารถแปลผลเทียบกับระดับ alcohol ในเลือดได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีที่ศพไม่สามารถเจาะเลือดได้ เช่น เสียเลือดมาก หรือบาดเจ็บที่แขนขา

4.2 **ข้อจำกัดในการตรวจน้ำลูกตา** คือมีปริมาณน้อย และการแปลผลเรื่องระดับยาในน้ำลูกตา ยังมีข้อจำกัดในสารหลายชนิด

ความยินยอมในผู้ป่วย

จากบันทึกของสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา คณะที่ 10 ได้พิจารณาว่า การตรวจแอลกอฮอล์ในเลือด จำเป็นต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย เนื่องจากเป็นการกระทำต่อร่างกายของผู้ป่วยที่กระทบต่อสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย ดังนั้นในหลักปฏิบัติทั่วไป แพทย์ควรดำเนินการดังนี้

1. **ขอความยินยอมจากผู้ป่วย** เมื่อจะขอเจาะเลือดตรวจเสมอ ถึงแม้ว่าจะมีใบส่งตัวจากพนักงานสอบสวนมาก็ต้องขอความยินยอมด้วย ไม่อาจเจาะโดยผู้ป่วยไม่ยินยอมได้ เว้นแต่ผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถยินยอมและไม่ขัดขืน

จนน่าจะเกิดอันตราย แพทย์อาจจะพิจารณาเจาะเลือด ตามหนังสือที่พนักงานสอบสวนร้องขอมา หรือกรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว และเจาะเพื่อประโยชน์ในการช่วยชีวิตของผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน

2. **ความยินยอมดังกล่าว** ควรเป็น**ลายลักษณ์อักษร** โดยให้ผู้ป่วยลงลายมือชื่อไว้ใน consent form แต่ถ้าผู้ป่วยไม่ยินยอม ก็ให้ผู้ป่วยลงลายมือชื่อปฏิเสธการตรวจ หรืออาจจะบันทึกไว้ในเวชระเบียน



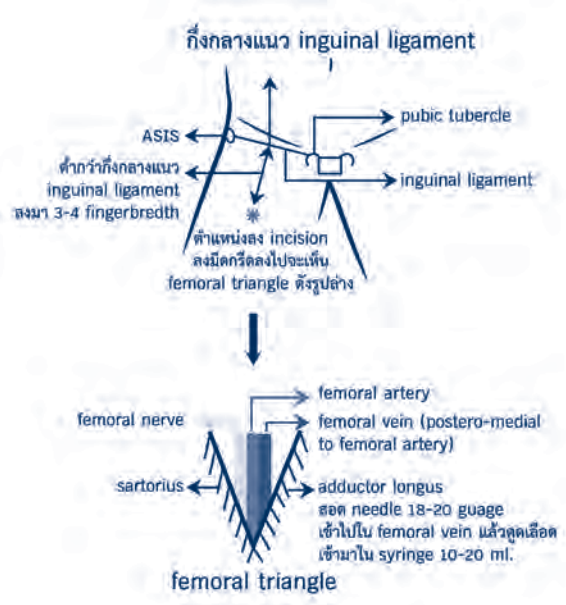
แนวทางการเก็บสิ่งส่งตรวจ

1. **การเจาะเลือด**

1.1 **ผู้ป่วยคดี** ให้ทำเช่นเดียวกับการเจาะเลือดทั่วไป แต่กรณีการเจาะเลือดเพื่อตรวจหา alcohol ห้ามใช้ alcohol หรือ antiseptic ที่มีแอลกอฮอล์ผสมอยู่เช็ดทำความสะอาดผิวหนัง ควรเลือกใช้ antiseptic อื่นที่ไม่มี alcohol เป็นส่วนผสมเช็ดทำความสะอาดแทน

1.2 **การตรวจศพ** การเจาะเลือดจากศพ จะทำในกรณีที่มีข้อจำกัดในการส่งศพผ่าพิสูจน์ แต่มีความจำเป็นต้องตรวจพิสูจน์ทางพิษวิทยา เช่น ตรวจหา alcohol ในอุบัติเหตุจราจร, ตรวจหาสาเหตุการตายในกรณีที่สงสัยว่าเสียชีวิตจากสารพิษ

การเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำจากศพ ทำได้จากหลายตำแหน่ง ได้แก่ subclavian vein, internal jugular vein (ทั้ง 2 ที่นี้ทำเช่นเดียวกับการทำ central venous catheter ในทางคลินิก) แต่ที่ดีที่สุด คือ การเจาะจาก femoral vein เนื่องจากการเจาะด้วย blind technique จำเป็นต้องคลำชีพจรที่ femoral artery ประกอบ ซึ่งไม่อาจทำได้ในศพ ดังนั้นจึงควรทำด้วย open technique ตามภาพที่ 33.1

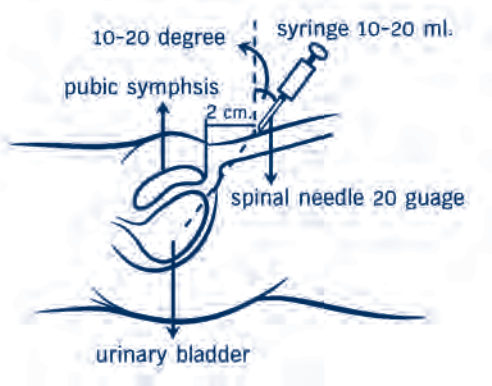


ภาพที่ 33.1 แสดงการเจาะ femoral vein ด้วย open technique

2. **การเก็บปัสสาวะ**

2.1 **ผู้ป่วยคดี** ให้เก็บใส่ภาชนะพลาสติกเช่นเดียวกับผู้ป่วยทั่วไป โดยต้องอยู่ในความดูแลของเจ้าหน้าที่เพื่อป้องกันการสับเปลี่ยน หรือปนเปื้อนของสิ่งส่งตรวจ

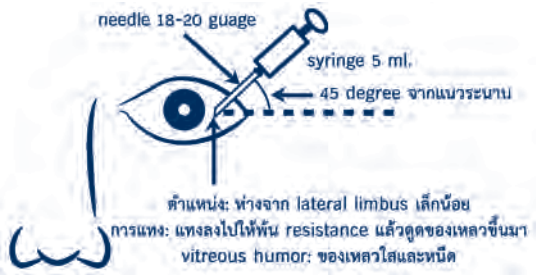
2.2 **การตรวจศพ** การเจาะปัสสาวะจากศพสามารถทำได้โดย suprapubic aspiration ตามภาพที่ 33.2



ภาพที่ 33.2 การทำ suprapubic aspiration เพื่อเก็บปัสสาวะ

3. **การเก็บ gastric content** ทำได้ในกรณีผู้ป่วยคดีและศพที่เพิ่งเสียชีวิตมาไม่เกิน 2-3 ชั่วโมง (ยังไม่มี rigor mortis) โดยให้เก็บตัวอย่างครั้งแรกที่ดูดได้จากกระเพาะอาหาร หากไม่สามารถดูดได้ให้ล้างกระเพาะอาหารด้วยน้ำประมาณ 50-100 ml และเก็บตัวอย่างส่งตรวจประมาณ 30 ml

4. **การเก็บ vitreous humor** การเก็บน้ำลูกตาให้เก็บจากตาทั้งสองข้างรวมกัน การเจาะน้ำลูกตาทำได้ตามภาพที่ 33.3



ภาพที่ 33.3 การเจาะและเก็บ vitreous humor (น้ำลูกตา)

ลักษณะสิ่งส่งตรวจ

สิ่งส่งตรวจทั้ง 4 ชนิดควรมีปริมาณ และลักษณะที่เพียงพอและเก็บในหลอดเก็บเลือดหรือภาชนะเก็บที่เหมาะสม ดังแสดงใน ตารางที่ 33.1

ตารางที่ 33.1 ปริมาณและลักษณะสิ่งส่งตรวจทางพิษวิทยา

สิ่งส่งตรวจ	ปริมาณและลักษณะ
blood	- 10 ml for clotted tube (tube ฝาสีแดง) สำหรับตรวจ drug of abuse, pesticide และ medication ชนิดต่าง ๆ - 2.5 ml for NaF tube (tube ฝาสีเทา) สำหรับตรวจ alcohol, toxic gas (CO, cyanide) และ heavy metal
urine	20-30 ml หรือทั้งหมด ใส่ภาชนะพลาสติก
gastric content	20-30 ml หรือทั้งหมด ใส่ภาชนะพลาสติก
vitreous humor	2.5 ml for NaF tube (tube ฝาสีเทา) สำหรับตรวจ alcohol

การเก็บรักษาสิ่งส่งตรวจ

สิ่งส่งตรวจทางพิษวิทยา แนะนำว่าควรเก็บไว้ในตู้เย็นอุณหภูมิ 4°C ทั้งก่อนและขณะนำส่ง เนื่องจากสารพิษหลายชนิด มีเสถียรภาพในอุณหภูมิต่ำ แต่ไม่มีเสถียรภาพในอุณหภูมิห้อง เพราะสลายตัวได้จากผลของอุณหภูมิ, เอนไซม์ และแบคทีเรีย จึงควรนำส่งห้องปฏิบัติการให้เร็วที่สุด

เท่าที่จะเป็นไปได้ แต่สำหรับเลือด ไม่ควรแช่จนเป็นน้ำแข็ง เพราะจะทำให้เม็ดเลือดแดงแตกและกระทบต่อการวัดและแปลผลได้

สิ่งส่งตรวจที่เป็น non-biological specimen

ในเวชปฏิบัติทั่วไป แพทย์มีโอกาสที่จะพบกับสิ่งส่งตรวจที่ญาติเอามาให้แพทย์ดูกรณีผู้ป่วยคดี หรือแพทย์พบในที่เกิดเหตุกรณีการชันสูตรพลิกศพ เช่น หีบห่อหรือบรรจุภัณฑ์สารเคมี, ซองยา, แก้วน้ำหรือภาชนะที่มีสารเคมีอยู่, อุปกรณ์เสพยาเสพติด ซึ่งแนวทางการเก็บสิ่งส่งตรวจลักษณะนี้เพื่อส่งตรวจต่อ มีดังนี้

1. แยกสิ่งส่งตรวจแต่ละชิ้นออกจากกัน บรรจุซองกระดาษหรือภาชนะพลาสติกเพื่อนำส่งตรวจ เพื่อป้องกันการปนเปื้อนข้ามชิ้น (cross contamination)

2. กรณีมีของเหลวบรรจุอยู่ เช่น แก้วน้ำมีน้ำอยู่ ให้นำของเหลวใส่ลงในภาชนะพลาสติกอื่น แล้วแยกส่งทั้งตัวภาชนะที่บรรจุของเหลวเดิม และของเหลวที่อยู่ในภาชนะพลาสติก

กรณีการชันสูตรพลิกศพ แพทย์ควรแนะนำพนักงานสอบสวนให้ส่งสิ่งส่งตรวจในที่เกิดเหตุเหล่านี้ ไปตรวจพร้อมกับศพกรณีที่มีการส่งศพไปผ่าพิสูจน์ต่อ

บทที่ 34
การเป็นพยานศาลของแพทย์

นิติกร โปริสวาณิชย์
ภัทรพงษ์ สินประจักษ์ผล

หน้าที่การเป็นพยานของแพทย์

เมื่อแพทย์ต้องให้ความเห็นในกระบวนการทางกฎหมายเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยหรือศพ แพทย์จะมีสถานะเป็นพยาน ซึ่งก็แล้วแต่ว่าจะต้องให้ความเห็นนั้นในชั้นใดบ้าง ในคดีอาญา แพทย์จะต้องเข้าไปให้ความเห็นตั้งแต่ชั้นการสอบสวนของพนักงานสอบสวน จนถึงการส่งฟ้อง และไปเป็นพยานในศาล แต่สำหรับคดีแพ่งนั้น ไม่มีการสอบสวน ดังนั้น แพทย์อาจทำความเห็นหรือรายละเอียดตามที่คู่ความขอมา และอาจจะต้องไปให้ถ้อยคำในฐานะพยานต่อศาล

ฐานะของพยานแพทย์

หลักกฎหมายถือว่า

1. เป็น *“พยานผู้เชี่ยวชาญ”* หมายความว่า เป็นผู้ที่ใช้ความรู้ที่อ้างอิงได้และความเห็นที่เป็นเหตุเป็นผลในทางวิชาการแปลผลแล้วอธิบายความต่อผู้รับฟังผลที่เกี่ยวข้องกับคดี เพื่อที่จะได้นำไปใช้ตัดสินประเด็นข้อเท็จหรือจริงต่าง ๆ หรืออาจจะเรียกกันว่าเป็น *“พยานความเห็น”*

2. เป็น *“พยานบุคคล”* คือ ไปให้ถ้อยคำต่อหน้าผู้มีอำนาจหน้าที่ และให้โอกาสคู่ความได้ซักถามจนสิ้นสงสัย เพื่อประโยชน์แห่งความยุติธรรม

วิธีการเป็นพยาน

1. ทำความเห็นเป็นหนังสือ เช่น รายงานชันสูตรต่าง ๆ

2. ไปให้ถ้อยคำต่อเจ้าพนักงานหรือเบิกความต่อศาลในฐานะพยานบุคคล

การไปเบิกความต่อศาล

1. ควรไปในหน้าที่และไปโดยได้รับหมายเรียกพยานจากศาล

2. *"หมายเรียกพยาน"* มีผลบังคับให้แพทย์ต้องไปให้ถ้อยคำตามวันเวลาที่ระบุ และหน่วยงานต้นสังกัดก็จะต้องถูกผูกพันให้อนุญาตโดยขัดหมายไม่ได้ เพราะการขัดหมายถือเป็นโทษทางอาญา แต่แพทย์นั้นมีสิทธิที่จะได้รับค่าเดินทางและค่าตอบแทนพยานตามที่กฎหมายกำหนดด้วย

3. หมายศาลที่จะมีผลบังคับพยานได้ ต้องออกมาโดยชอบตามหลักเกณฑ์ที่กฎหมายบัญญัติไว้ คือ

3.1 ต้องมีรายละเอียดครบถ้วน ได้แก่ ชื่อและที่อยู่ของพยาน ชื่อคู่ความและศาลที่กำลังพิจารณาคดี รวมถึงสถานที่และวันเวลานัด

3.2 ต้องออกมาล่วงหน้าเพื่อให้พยานรับรู้อย่างน้อย 3 วัน

3.3 ต้องมีการรับหมายโดยถูกต้องตามกฎหมาย

4. หากแพทย์ได้รับหมายแล้ว เกิดติดกิจธุระจำเป็นไม่อาจเลี่ยงได้ ก็สามารถทำหนังสือชี้แจงแจ้งเหตุให้ศาลทราบก่อนล่วงหน้าเพื่อให้อนุญาตได้ หากศาลเห็นว่ายังต้องสืบพยานอยู่ก็อาจจะออกหมายเรียกพยานมาในภายหลัง

5. หากว่าแพทย์อยู่ไกลจากศาลที่จะสืบพยานนั้นมาก ก็อาจขอให้ส่งประเด็นมาสืบยังศาลในภูมิลำเนาของตนก็ได้ แต่แพทย์จะต้องส่งหนังสือร้องขอและรอศาลอนุญาตไว้แต่เนิ่น ๆ เช่น เมื่อได้ตรวจและทำความเห็นไปแต่แรกนั้นแพทย์ยังทำงานที่จังหวัดหนึ่ง ต่อมา ย้ายหรือลามาศึกษาต่อทำให้เดินทางไปที่จังหวัดเดิมลำบากหรือไม่สะดวก

6. เมื่อแพทย์มาศาล ควรตรวจสอบกับคู่ความซึ่งอ้างตนมาเป็นพยานก่อน ว่ามีการเปลี่ยนแปลงกำหนดหรือไม่เมื่อต้องมาตามหมายแน่ชัดแล้วก็ให้มาโดยตรงเวลา เพราะโดยทั่วไปนั้น แพทย์จะได้รับความเกรงใจให้นำสืบก่อนอยู่แล้วเพื่อไม่ให้เสียเวลาทำงาน

7. เมื่อมาศาล ให้ตรวจสอบเลขคดีตามหมายว่าอยู่ที่ห้องพิจารณาใด

8. ในห้องพิจารณาคดี เมื่อหันหน้าเข้าหาบัลลังก์พิจารณาคดี ฝ่ายโจทย์จะอยู่ทางซ้ายมือและฝ่ายจำเลยจะอยู่ทางขวามือ แพทย์ควรแจ้งแก่คู่ความที่อ้างตนมาให้ถูกฝ่ายว่าได้มาแล้ว หรือแจ้งแก่เจ้าหน้าที่หน้าบัลลังก์ก็ได้

9. เมื่อขึ้นเบิกความ แพทย์ต้องสาบานหรือปฏิญาณตนโดยไม่มีข้อยกเว้น

10. แพทย์ต้องให้การด้วยวาจา แต่กฎหมายอนุญาตให้อ่านข้อความที่เขียนหรือเตรียมมาก็ได้ทุกเรื่องในฐานะของผู้เชี่ยวชาญ และห้ามให้การเท็จ

11. แพทย์มีหน้าที่ต้องตอบทุกคำถาม แม้แต่ไม่รู้ในเรื่องนั้นจริง ๆ ก็ต้องตอบว่าไม่รู้ ยกเว้นในกรณีที่กฎหมายให้สิทธิที่จะไม่ตอบคำถามได้ เช่น คำถามที่อาจทำให้พยาน คู่ความ หรือบุคคลอื่นต้องรับโทษทางอาญา หรือเป็นการหมิ่นประมาทพยาน เว้นแต่เป็นสาระสำคัญในคดี หรือคำถามที่อาจทำให้พยานถูกฟ้องคดีอาญา หรือการเปิดเผยความลับผู้ป่วยที่ไม่เกี่ยวข้องกับคดี

12. พยานจะถูกถามโดยคู่ความที่อ้างตนขึ้นก่อน เรียกว่า *"การซักถาม"* และกฎหมายห้ามถามนำ ดังนั้นแพทย์ควรตอบคำถามให้ครบถ้วนและรัดกุม

13. ต่อมาจะถูกฝ่ายตรงข้ามถาม เพื่อทำลายน้ำหนักคำพยาน เรียกว่า *"ถามค้าน"* คำถามช่วงนี้ใช้สำหรับจับเท็จพยานหรือทำให้พยานหมดความน่าเชื่อถือ หรือต้อนให้พยานเบิกความเพิ่มน้ำหนักแก่ฝ่ายตน กฎหมายไม่ได้ห้ามใช้คำถามนำ และคู่ความมักจะมีกลยุทธ์หลอกล่อจนพยานสับสนหรือยั่วให้โกรธ ดังนั้นแพทย์จึงต้องตั้งหลักให้ดี ตอบให้ตรงกับหลักการและชัดเจน พร้อมกับขยายความได้หากว่าคำถามประเด็นนั้นทำให้ศาลไขว้เขวจากหลักการที่ถูกต้อง

14. สุดท้ายจะเป็นการ *"ถามติง"* โดยคู่ความฝ่ายแรกเพื่อเรียกเอาส่วนที่เสียหายจากการถามค้านนั้นกลับมา แพทย์ไม่ใช่คู่ความโดยตรง จึงไม่จำต้องกังวลเกินไปนัก หากเห็นว่าตนถูกถามค้านจนทำให้ศาลสับสนในประเด็นและยังไม่มีโอกาสชี้แจงได้ เพราะคู่ความที่อ้างตนมาจะมีโอกาสถามติงซึ่งก็จะต้องอาศัยปฏิภาณในการแก้ไขปัญหาเอง

15. เมื่อแพทย์ให้การเสร็จแล้ว ศาลจะจดบันทึกคำให้การแล้วให้แพทย์ตรวจดู หากมีส่วนใดไม่ตรงก็ควรแจ้งให้ศาลทราบเพื่อแก้ไขก่อนลงชื่อในคำให้การ

16. หากแพทย์มาศาลช้า หรือคู่ความหรือศาลเห็นว่าควรจัดแพทย์ไว้ในลำดับหลังพยานคนอื่น แพทย์จึงต้องรออยู่นอกห้องพิจารณาคดีจนเสร็จสิ้นก่อนถึงลำดับของตน ในขณะที่พยานอื่นให้การอยู่นั้น พยานคนต่อ ๆ มาจะเข้ารับฟังไม่ได้ตามหลักกฎหมายที่ห้ามพยานบุคคลฟังคำให้การของพยานคนก่อนหน้า เว้นแต่ศาลจะอนุญาตเป็นอย่างอื่น

การเตรียมตัวไปเป็นพยาน

1. เตรียมเอกสารที่เกี่ยวข้อง เวชระเบียน และความเห็นที่ตนเองเคยทำและมอบแก่เจ้าพนักงาน

2. ทบทวนรายละเอียดของผู้ป่วยหรือศพที่เคยตรวจไปแล้วอย่างถี่ถ้วน

3. ทบทวนความรู้เพื่อที่จะให้การได้ตามประเด็นที่เป็นหลักวิชาการ

4. อาจจะเตรียมเอกสารที่เป็นข้อมูลบางอย่าง เช่น ภาพถ่าย หรือแผนผัง เพื่อเสนอต่อศาลหรือหากศาลร้องขอเพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจง่ายขึ้น

5. แต่งกายสุภาพรัดกุม และภูมิฐานสมฐานะ รวมถึงปิดโทรศัพท์มือถือหรือเครื่องมือสื่อสาร และไม่นั่งไขว่ห้างหรืออาการที่ไม่เรียบร้อย เพราะศาลมีระเบียบกำหนดไว้ และเพื่อความน่าเชื่อถือในเกียรติภูมิของผู้มีวิชาชีพ

บทที่ 35
ความปลอดภัยกับ การปฏิบัติงานเกี่ยวกับศพ

กันต์ ทองแถม ณ อยุธยา

ในศพที่เสียชีวิตจากการติดเชื้อ เช่น แบคทีเรีย ไวรัส เชื้อรา โปรตัวซัว หรือ หนอนพยาธิ หรือไพรออน ที่ทำให้เกิดโรคกลุ่ม Creutzfeldt-Jakob Disease (CJD) ก็สามารถแพร่เชื้อมายังผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับศพได้ทั้งนั้น ซึ่งเคยมีรายงานว่าสารคัดหลั่งจากศพที่ติดเชื้อ HIV ยังสามารถแพร่เชื้อแม้จะเสียชีวิตไปนานกว่า 2 สัปดาห์ หรือเชื้อโรคในกลุ่มไวรัสและวัณโรคที่สามารถแพร่เชื้อทางอากาศไปยังผู้ปฏิบัติงานที่ทำการผ่าชันสูตร หรือจากการเจาะเลือดจากศพได้เช่นกัน ดังนั้นผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับศพ ควรมีระบบการบริหารความเสี่ยง และมีการสวมชุดป้องกันตัว ให้อยู่ในหลักการของ Universal precautions อยู่เสมอ

การกำหนดระดับความรุนแรงของเชื้อโรค

เราสามารถจำแนกชนิดความรุนแรงของเชื้อโรค biosafety level (BSL) ตามระบบของ centers for Disease Control and Prevention (CDC) ได้ 4 ระดับ ดังต่อไปนี้

Biosafety level 1

ได้แก่ เชื้อโรคในกลุ่มแบคทีเรียหรือไวรัสที่ก่อโรครุนแรงระดับต่ำ (biohazard Level 1) หรือแพร่เชื้อได้ยาก เช่น bacillus subtilis, canine hepatitis, Escherichia coli, varicella (chicken pox) ซึ่งสวมชุดป้องกันโดยใช้หน้ากากและถุงมือยาง รวมถึงมีการทำความสะอาดฆ่าเชื้อวัสดุอุปกรณ์และร่างกายของผู้ปฏิบัติงานก็เพียงพอ

Biosafety level 2

ได้แก่ เชื้อโรคในกลุ่มแบคทีเรียหรือไวรัสที่ก่อโรครุนแรงระดับกลาง (biohazard Level 2) และติดเชื้อได้ยากจากเชื้อที่ลอยอยู่ในอากาศผ่านระบบทางเดินหายใจ เช่น เชื้อ viral hepatitis A B C, influenza A, Lyme disease, scrapie (Prion), salmonella, mumps, measles, Dengue fever, MRSA ซึ่งควรมีการเฝ้าระวังที่เพิ่มขึ้น ผู้ปฏิบัติงานควรมีความรู้และถูกฝึกในด้านการป้องกันการติดเชื้อ มีการระวังการทำงานเกี่ยวกับวัตถุมีคม และผู้ปฏิบัติงานควรได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันที่เหมาะสม

Biosafety level 3

ได้แก่ เชื้อโรคในกลุ่มแบคทีเรียหรือไวรัส ที่ก่อโรคที่รุนแรงระดับสูง (biohazard Level 3) หรือติดเชื้อทางระบบทางเดินหายใจได้ง่าย เช่น เชื้อ SARS, rabies, anthrax, malaria, typhus, CJD prion, Rocky mountain spotted fever, tuberculosis, HIV ซึ่งในระดับนี้ ควรมีระบบระบายอากาศแบบแรงดันลบและแยกออกจากสิ่งแวดล้อม มีระบบกรองอากาศฆ่าเชื้อ

Biosafety level 4

ได้แก่ กลุ่มเชื้อโรครุนแรงที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตได้ง่าย สามารถติดเชื้อทางอากาศได้ง่าย และยังไม่พบวิธีการ

รักษาได้ในปัจจุบัน (biohazard Level 4) เช่น Argentine hemorrhagic fevers, Ebola virus, Hanta viruses, Lassa fever virus, Crimean–Congo hemorrhagic fever, variola virus (smallpox) รวมถึงเชื้อไวรัสที่ทำให้เกิดเลือดออกรุนแรงอื่น ๆ ซึ่งต้องใช้การป้องกันระดับสูง เช่น ใช้ห้องที่มีระบบระบายอากาศแบบแรงดันลบและแยกออกจากสิ่งแวดล้อม มีระบบกรองอากาศฆ่าเชื้อ มีการแยกระบบระบายอากาศของห้องและผู้ปฏิบัติงานออกจากกัน หรือผู้ปฏิบัติงานต้องมีการสวมชุด ที่มีระบบอากาศหรือระบบหายใจภายในชุดแรงดันบวก รวมถึงมีการชะล้างร่างกายก่อนเข้าและออกจากห้อง และมีระบบเตือนการรั่วไหลของอากาศ

ซึ่งในห้องเก็บศพหรือปฏิบัติการชันสูตรหรือห้องเก็บศพโดยทั่วไป ควรมีระบบป้องกันเชื้อโรคในระดับ biosafety level 3 เป็นอย่างน้อย หรือ biosafety level 2 ในกรณีที่ไม่มีการผ่าชันสูตรศพ แต่ต้องมีการเก็บศพในถุงใส่ศพเสมอ

ข้อปฏิบัติในระหว่างการปฏิบัติงาน

1. บุคลากรที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวกับศพ อันได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย พนักงานผ่าและรักษาศพ ควรได้รับการฉีดวัคซีน viral hepatitis B และ/หรือ Influenza virus กับ tuberculosis vaccine

2. หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับสารคัดหลั่งทุกชนิด หากไม่จำเป็น

3. ห้ามสูบบุหรี่ กินอาหารหรือดื่มน้ำ ในระหว่างการปฏิบัติงาน

4. ห้ามใช้มือหรือสิ่งอื่นใด สัมผัสกับตา ปาก หรือจมูกของร่างกายผู้ปฏิบัติงาน

5. สวมใส่ PPE (Personal Protective Equipment) ชนิดใช้แล้วทิ้ง (disposable) อันประกอบด้วย

5.1 ถุงมือยาง

5.2 หน้ากาก (surgical mask) หรือหน้ากาก N95 ในกรณี biosafety level 3 ขึ้นไป หรือปฏิบัติงานกับเชื้อโรคที่ติดต่อทางระบบทางเดินหายใจได้ง่าย

5.3 แว่นตา (goggles) หรือ หน้ากาก (face shield)

6. ในศพที่ถูกส่งจากหอผู้ป่วย ให้ถอดท่อ หรือสายสวน ที่ติดกับร่างกายผู้เสียชีวิตก่อน โดยต้องระมัดระวังส่วนประกอบที่มีคม

7. ภายหลังจากการปฏิบัติงาน ให้ถอด PPE และล้างมือด้วยสบู่ หรือน้ำยาที่มีส่วนประกอบของแอลกอฮอล์

8. ภายหลังการปฏิบัติงาน ควรมีการทำความสะอาดอุปกรณ์ พื้น ผนัง และสิ่งของภายในห้อง มีระบบการกำจัดขยะติดเชื้อ

9. จำแนกศพตาม categorization 1 – 3 เพื่อเก็บศพและจัดการเกี่ยวกับศพให้ถูกวิธี

ระดับความเสี่ยงจากศพในขั้นตอนการเก็บรักษาศพ

สามารถแยกได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้

- **Categorization 1** โรคทั่วไป หรือศพที่ติดเชื้อ Biohazard Level 1 แนะนำให้ใช้ป้ายระบุถุงเก็บศพ สีฟ้าหรือสีน้ำเงิน (BLUE label)
- **Categorization 2** ได้แก่ ศพที่ติดเชื้อ Biohazard Level 2 แนะนำให้ใช้ป้ายระบุถุงเก็บศพสีเหลือง (YELLOW label) และควรเพิ่มความระมัดระวังมากขึ้น เช่นโรค

a. HIV

b. Hepatitis C

c. CJD (Creuzfeldt-Jacob disease) ที่ยังไม่มีการผ่าชันสูตรพลิกศพ

d. Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS)

e. Dengue hemorrhagic fever

f. Avian influenza

- **Categorization 3** ได้แก่ศพที่ติดเชื้อ Biohazard Level 3 และ 4 แนะนำให้ใช้ป้ายระบุถุงเก็บศพสีแดง (RED label) และควรมีการระมัดระวังเป็นพิเศษ เช่นโรค

g. Anthrax

h. Plaque

i. Rabies

j. Viral hemorrhagic fever รุนแรง

k. CJD (Creuzfeldt-Jacob disease) ที่มีการผ่าชันสูตรพลิกศพ

ตาราง 35.1 ระดับความเสี่ยงจากศพในขั้นตอนการเก็บรักษาศพ

ระดับความเสี่ยงในศพ	การเก็บในถุงใส่ศพ	การอาบน้ำศพ	การฉีดน้ำยารักษาศพ	การวางศพไว้ในที่สาธารณะเพื่อประกอบพิธีทางศาสนา	การจัดการกับศพ
Categorization 1	ไม่จำเป็น	ทำได้โดยใส่ PPE หรือแค่ universal precaution	ทำได้	ทำได้	เผาหรือฝัง
Categorization 2	ควรทำ	ทำได้โดยใส่ PPE	ไม่ควรทำ (หากจำเป็นต้องทำให้ระมัดระวังเป็นพิเศษ)	ทำได้	แนะนำให้เผา
Categorization 3	จำเป็น	ห้ามทำ หรือทำโดยอ้อม เช่น รดน้ำต่อหน้ารูปศพ แล้วจึงค่อยให้ตัวแทนซึ่งใส่ PPE ระดับสูงสุดไปรดน้ำศพคนเดียว	ไม่ควรทำ	ห้ามทำ (หากจำเป็นต้องหีบห่อศพในโลงให้ปิดสนิท)	เผาเท่านั้น

ข้อแนะนำการปรับปรุงห้องผ่าศพหรือเก็บศพ

1. จัดให้มีห้องที่ห่างไกลจากบริเวณสาธารณะ หรือจัดให้เป็นห้องมีระบบระบายอากาศปิด

2. ติดป้ายหน้าห้องให้ชัดเจน ปิดล็อคไม่ให้ผู้อื่นนอกเหนือจากผู้ปฏิบัติงานเข้า-ออก

3. ห้องปฏิบัติงานต้องมีแสงสว่างเพียงพอ พื้นห้องต้องไม่ทำให้ลื่นล้มง่าย

4. มีป้ายแสดงถึงระบบการทำงาน ระบบป้องกันความเสี่ยง วิธีการปฏิบัติตัวหลังจากสัมผัสสารคัดหลั่ง วิธีการ ใส่เครื่องป้องกันตัว PPE การล้างมือก่อนออกจากห้อง รวมถึงมีการระบุข้อห้าม เช่น ห้ามสูบบุหรี่ ห้ามรับประทานอาหาร เป็นต้น

5. ควรมีห้องหรือระบบชะล้างทำความสะอาดร่างกายภายหลังจากปฏิบัติงานหรือเมื่อสัมผัสสารคัดหลั่ง

6. จัดให้มีห้องหรือระบบทำความสะอาดและฆ่าเชื้ออุปกรณ์ พื้น ผนัง และสิ่งของภายในห้อง มีระบบการกำจัดขยะติดเชื้อ และกำจัดเข็มหรือวัตถุมีคม

7. หากปฏิบัติงานกับเชื้อโรคใน Biosafety level 3 ขึ้นไปควรมีระบบระบายอากาศแบบแรงดันลบและแยกออกจากสิ่งแวดล้อมภายนอก ร่วมกับมีระบบกรองอากาศฆ่าเชื้อโรค

บทที่ 36
การชันสูตรศพมุสลิม

วิฐู พฤกษนันต์
กันต์ ทองแถม ณ อยุธยา

ในการชันสูตรศพมุสลิม หรือบางศาสนาที่มีความเชื่อและให้ความเคารพต่อศพ ในฐานะที่กลับคืนสู่อ้อมหัตถ์ของพระผู้เป็นเจ้า การผ่าศพหรือทำหัตถการที่มีการล่วงล้ำเข้าไปในร่างกายผู้ป่วย เช่น การเจาะเลือดหรือปัสสาวะ หรือแม้กระทั่งชันสูตรศพภายนอก บางครั้งอาจมีข้อขัดข้องหรือไม่ได้รับความร่วมมือจากญาติ แม้กฎหมายจะมิได้บัญญัติข้อยกเว้นไว้เป็นการเฉพาะ แต่เพื่อให้การชันสูตรพลิกศพเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมิให้เป็นการเสียหายแก่คดี แพทย์และผู้เกี่ยวข้องจึงควรชันสูตรศพด้วยความเข้าใจในความเชื่อและเงื่อนไขทางศาสนา และคำนึงถึงจริยธรรมในเรื่องดังกล่าวด้วย ในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะบริบทของศาสนาอิสลาม

แนวทางการชันสูตรศพมุสลิม

1. โดยหลักแล้วการผ่าชันสูตรหรือแม้กระทั่งการกระทำใด ๆ ที่ล่วงละเมิดต่อศพ เป็นการต้องห้ามตามบทบัญญัติอิสลาม

2. คณะกรรมการฟัตวาระดับชาติ ซึ่งเป็นที่ประชุมในการตัดสินข้อชี้ขาดในประเด็นทางศาสนา เคยมีข้อสรุปให้สามารถทำการผ่าชันสูตรศพมุสลิมได้หากมีความจำเป็น ได้แก่ กรณีที่ทำเพื่อประโยชน์แห่งความยุติธรรม เช่น ศพที่เกี่ยวข้องกับคดีอาญา หรือกรณีที่โจรขโมยของมีค่าแล้วกลืนลงไปในท้อง หากบุคคลดังกล่าวเสียชีวิต ก็สามารถผ่าท้องเพื่อนำของมีค่า

คืนให้เจ้าของได้ นอกจากนั้น กรณีที่มารดาเสียชีวิตแต่ทารกในครรภ์ยังมีชีวิตอยู่ ก็สามารถผ่าท้องมารดาเพื่อช่วยชีวิตบุตรได้เช่นกัน

3. ในที่ประชุมคณะกรรมการฟัตวาระดับชาติดังกล่าวในครั้งต่อ ๆ มายังได้เพิ่มข้อยกเว้นในกรณีฉุกเฉินหรือมีความจำเป็นเร่งด่วน เช่น เพื่อการศึกษาเกี่ยวกับโรคในการหาสาเหตุการตาย รวมถึงการศึกษาวิจัยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในทางการแพทย์ด้วย

4. สำนักจุฬาราชมนตรีได้จัดพิมพ์หนังสือเรื่อง *"แนวทางการตรวจชันสูตรศพตามกระบวนการทางด้านนิติวิทยาศาสตร์ตามหลักศาสนาอิสลาม"* ซึ่งได้อธิบายเรื่องดังกล่าวไว้โดยละเอียดและรับรองให้การผ่าชันสูตรศพมุสลิม รวมถึงการขุดศพมุสลิมขึ้นมาตรวจชันสูตรสามารถกระทำได้หากมีความจำเป็น

แนวทางปฏิบัติ

อย่างไรก็ดี ในบรรดาชาวมุสลิมก็ยังคงมีความเห็นแตกต่างกันในเรื่องนี้ ดังนั้น หากมีความจำเป็นที่จะต้องชันสูตรศพมุสลิม จึงควรปฏิบัติตามแนวทางต่อไปนี้

1. กรณีที่ต้องมีการชันสูตรพลิกศพตามกฎหมาย แพทย์สามารถใช้ดุลพินิจได้ว่าควรทำการชันสูตรพลิกศพมากน้อยเพียงใด เพื่อให้ได้พยานหลักฐานทางคดีภายใต้พื้นฐานความชำนาญทางวิชาชีพ

2. หากญาติผู้ตายมีข้อขัดข้อง อาจทำการชันสูตรเท่าที่จำเป็น เพื่อให้ได้หลักฐานเพียงพอต่อการประกอบสำนวนคดี แต่หากญาติผู้ตายไม่ยินยอม ควรพูดคุยอธิบายญาติในเบื้องต้นถึงความจำเป็นเพื่อประโยชน์แห่งความยุติธรรม และพิจารณาแจ้งให้พนักงานสอบสวนทราบ เพื่อให้พนักงานสอบสวนดำเนินการตามสมควร

3. แต่สำหรับกรณีอื่น ๆ เช่น เพื่อการศึกษาหรือวิจัย แพทย์ต้องได้รับความยินยอมจากญาติก่อน

4. ให้คำมั่นว่ากระบวนการผ่าศพ จะทำด้วยความเคารพและปฏิบัติต่อผู้ตายประหนึ่งยังมีชีวิตอยู่ โดยไม่คำนึงถึงเชื้อชาติหรือศาสนา

5. ผู้ที่เกี่ยวข้องควรรีบส่งผ่าศพโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยคำนึงถึงความจำเป็นทางคดี และหลักวิชาชีพอย่างเคร่งครัด ทั้งนี้ เพื่อเคารพต่อความเชื่อทางศาสนาที่ญาติจะต้องรีบจัดการฝังศพผู้ตายโดยเร็ว

6. การพิจารณาเก็บสิ่งส่งตรวจสามารถทำได้เท่าที่จำเป็น และควรเก็บรักษาเป็นอย่างดี

7. ต้องรักษาส่วนพึงสงวน (เอารัต) ของศพ ไม่เปิดเผยอวัยวะที่ควรปกปิดของผู้ตายโดยไม่จำเป็น กรณีที่ต้องเปิดเผย พึงกระทำในที่ลับตาคนเท่านั้นทั้งต้องไม่นำเรื่องที่เกี่ยวกับศพไปเปิดเผยแก่สาธารณะ เว้นแต่กรณีที่ต้องให้การกับพนักงานสอบสวนหรือเบิกความในศาล

8. พึงระมัดระวังการกระทำที่จะเป็นการดูถูก เยาะเย้ย หรือว่าร้ายศพ

9. แพทย์ผู้ทำการชันสูตรศพ ควรมีเพศเดียวกันกับศพและเป็นผู้นับถือศาสนาอิสลาม แต่หากไม่มีควรเป็นแพทย์ที่มีเพศเดียวกับศพ หากไม่มีแพทย์ที่มีเพศเดียวกับกับศพ ก็ควรเป็นแพทย์ที่นับถือศาสนาอิสลาม กรณีที่ไม่มีแพทย์ดังกล่าวแล้วจึงอนุโลมให้แพทย์ต่างเพศที่นับถือศาสนาอื่นชันสูตรศพได้

10. ในกรณีที่แพทย์กับศพไม่ใช่เพศเดียวกัน แพทย์ควรหลีกเลี่ยงการมองส่วนพึงสงวนของศพ และสัมผัสศพเฉพาะบริเวณที่จำเป็นเท่านั้น

11. แพทย์ไม่ควรทำการชันสูตรศพตามลำพัง โดยควรมีผู้ช่วยหรือพยานอยู่ร่วมในการชันสูตรศพด้วย ทั้งนี้ บุคคลที่สามารถอยู่ร่วมระหว่างการผ่าศพควรได้รับอนุญาตจากญาติหรืออิหม่าม หรือประธานกรรมการอิสลามประจำจังหวัด

12. ควรชำระล้างศพให้สะอาด และตกแต่งสภาพให้เรียบร้อยก่อนส่งมอบศพคืนครอบครัว ทั้งนี้ควรส่งมอบศพทันทีเมื่อการชันสูตรเสร็จสิ้นลง

13. กรณีศพนิรนามหรือศพไม่มีญาติ โรงพยาบาลสามารถดำเนินการฝังศพได้เอง

14. ญาติ หรืออิหม่าม หรือประธานกรรมการอิสลามประจำจังหวัดสามารถทักท้วงการชันสูตรศพที่ไม่เป็นไปตามบทบัญญัติอิสลามได้

จากแนวทางดังกล่าวจะเห็นได้ว่าข้อพึงปฏิบัติในการชันสูตรศพมุสลิม โดยหลักแล้วก็มิได้แตกต่างกับข้อพึงปฏิบัติต่อศพทั่ว ๆ ไป หากแพทย์มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องดังกล่าวก็จะไม่เป็นการทำให้เกิดข้อขัดแย้งและในขณะเดียวกันก็สามารถช่วยอำนวยความยุติธรรมในส่วนที่เป็นหน้าที่ของแพทย์ได้อย่างเต็มที่

บทที่ 37

การเปิดเผยข้อมูลด้านสุขภาพจากประวัติการรักษาหรือเวชระเบียนผู้ป่วย

กันต์ ทองแถม ณ อยุธยา

ความผูกพันของแพทย์ต่อความลับในวิชาชีพ

1. เป็นหลักเวชจริยศาสตร์

2. ตาม คำประกาศสิทธิผู้ป่วย พ.ศ.2541 ข้อ 7 *"ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองจากผู้ประกอบวิชาชีพโดยเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับคำยินยอมจากผู้ป่วยหรือปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย"* และ ประมวลกฎหมายอาญามาตรา 323 กล่าวว่า *"ผู้ใดล่วงรู้หรือได้มาซึ่งความลับของผู้อื่น โดยเหตุที่ประกอบอาชีพ แพทย์ เภสัชกร ผู้พยาบาล ผู้ผดุงครรภ์ นักบวช หมอความ ทนายหรือผู้สอบบัญชี หรือโดยเหตุที่เป็นผู้ช่วยในการประกอบอาชีพนั้น และเปิดเผยความลับนั้นในประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้หนึ่งผู้ใด ต้องระวางโทษ"*

3. ดังนั้นแพทย์และผู้ปฏิบัติงานทางการแพทย์จะต้องรักษาความลับและเวชระเบียนของผู้ป่วยให้เป็นความลับอยู่เสมอ

การขอข้อมูลการรักษา

1. สิทธิในข้อมูลการรักษาเป็นสิทธิส่วนบุคคล

2. การขอข้อมูลนั้นจึงกระทำได้ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วย พ.ศ.2541 ข้อ 9 *"ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตน ที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ ทั้งนี้ต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิ*

ส่วนตัวของบุคคลอื่น" และตามพระราชบัญญัติ ข้อมูลข่าวสารของทางราชการ พ.ศ.2540 มาตรา 25 บัญญัติว่า *"บุคคลย่อมมีสิทธิที่จะได้รู้ถึงข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับตน"*

แต่ในความเป็นจริงจะมีผู้มาขอข้อมูลของผู้ป่วยได้ในหลายกรณี ผู้เขียนจึงยกตัวอย่าง ดังต่อไปนี้

ผู้ที่มาขอประวัติการรักษาพยาบาล	ข้อปฏิบัติ	หลักการและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง	หมายเหตุ
เจ้าของข้อมูล (ตัวผู้ป่วยเอง) หรือผู้แทน	สามารถให้ได้	คำประกาศสิทธิผู้ป่วย พ.ศ.2541 ข้อ 9 พรบ.ข้อมูลข่าวสารของทางราชการ พ.ศ.2540 มาตรา 25	ต้องทำเป็นลายลักษณ์อักษร และสามารถเรียกเก็บค่าธรรมเนียมได้
ผู้อื่นผู้ใดที่เจ้าของไม่ได้มอบหมาย	ต้องได้รับความยินยอมจากเจ้าของข้อมูลก่อน	คำประกาศสิทธิผู้ป่วย พ.ศ.2541 ข้อ 7 พรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 7	นอกจากเจ้าของข้อมูลเสียชีวิต อาจให้อำนาจของทายาทโดยชอบธรรม

ผู้ที่มาขอประวัติ การรักษาพยาบาล	ข้อปฏิบัติ	หลักการและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง	หมายเหตุ
เจ้าหน้าที่ของรัฐในหน่วยงานของตน	สามารถให้ได้ตามอำนาจหน้าที่ของหน่วยงานรัฐแห่งนั้น	พรบ.ข้อมูลข่าวสารของทางราชการ พ.ศ.2540 มาตรา 24	ต้องเป็นไปตามอำนาจหน้าที่ของหน่วยงานรัฐแห่งนั้น
หน่วยงานของรัฐที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการวางแผน สถิติ หรือสำมะโนต่าง ๆ	สามารถให้ได้ในแบบเนื้อหาข้อมูล เพื่อใช้วิเคราะห์ทางสถิติ	พรบ.ข้อมูลข่าวสารของทางราชการ พ.ศ.2540 มาตรา 24 พรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 7	ให้ได้แต่ห้ามเปิดเผยต่อไปยังผู้อื่น
หน่วยงานของรัฐอื่น ๆ ที่ไม่มีหน้าที่โดยตรงในการขอประวัติผู้ป่วยตามกฎหมาย	ให้ไม่ได้	พรบ.ข้อมูลข่าวสารของทางราชการ พ.ศ.2540 มาตรา 24 พรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 7	นอกเสียจากเพื่อการสอบสวนฟ้องคดี วางแผน สถิติตามอำนาจหน้าที่ของหน่วยงานนั้น ๆ

ผู้ที่มาขอประวัติ การรักษาพยาบาล	ข้อปฏิบัติ	หลักการและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง	หมายเหตุ
ศาล	สามารถให้ได้	พรบ.ข้อมูลข่าวสารของทางราชการ พ.ศ.2540 มาตรา 24 พระธรรมนูญศาลยุติธรรม มาตรา 24(2)	สามารถให้ข้อมูลต่อศาลได้
พนักงานสอบสวน	สามารถให้ได้	พรบ.ข้อมูลข่าวสารของทางราชการ พ.ศ.2540 มาตรา 24 พรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 7 ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา	เพื่อการสืบสวนสอบสวนหรือฟ้องคดีตามอำนาจหน้าที่ของพนักงานสอบสวน
แพทย์ในหน่วยงานอื่น	ให้ไม่ได้หากไม่ได้รับความยินยอม	พรบ.ข้อมูลข่าวสารของทางราชการ พ.ศ.2540 มาตรา 24 พรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 7	

ผู้ที่มาขอประวัติ การรักษาพยาบาล	ข้อปฏิบัติ	หลักการและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง	หมายเหตุ
บริษัทประกันภัย	ให้ไม่ได้ หากไม่ได้รับความยินยอม	คำประกาศสิทธิผู้ป่วย พ.ศ.2541 ข้อ 7 และข้อ 9 พรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 7	กรณีเจ้าของข้อมูลมีชีวิตอยู่ต้องได้รับการยินยอม แต่หากเจ้าของข้อมูลเสียชีวิตต้องมีเอกสารยินยอมที่ได้กระทำไว้ก่อนเสียชีวิต หรือผ่านผู้แทน
หน่วยงานหรือผู้อื่น เพื่อการศึกษาวิจัย	สามารถให้ได้ในแบบเนื้อหาข้อมูล เพื่อใช้วิเคราะห์ทางสถิติ โดยต้องไม่ระบุชื่อ หรือ สิ่งที่เกี่ยวข้องว่าเป็นบุคคลใด	พรบ.ข้อมูลข่าวสารของทางราชการ พ.ศ.2540 มาตรา 24	ต้องขออนุญาตผ่านหัวหน้าหน่วยงาน เช่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายแทน

ผู้ที่สามารถให้บุคคลอื่นดำเนินการแทนเจ้าตัว ได้ถูกกำหนดไว้ในกฎกระทรวงฉบับที่ 2 พ.ศ. 2541 ออกตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของทางราชการ พ.ศ.2540 ดังต่อไปนี้

1. **ผู้ปกครอง** กรณีเป็นผู้เยาว์อายุน้อยกว่า 15 ปี
2. **ผู้อนุบาล** กรณีเป็นคนไร้ความสามารถ
3. **ผู้พิทักษ์** กรณีเป็นคนเสมือนไร้ความสามารถ กายพิการ หรือ จิตฟั่นเฟือน
4. **กรณีเสียชีวิต** ให้เรียงลำดับตามนี้
   - 4.1 บุคคลตามพินัยกรรมระบุ (หากมี)
   - 4.2 บุตรโดยชอบด้วยกฎหมาย หรือ บุตรบุญธรรม
   - 4.3 คู่สมรส
   - 4.4 บิดาหรือมารดา
   - 4.5 ผู้สืบสันดาน
   - 4.6 พี่น้องร่วมบิดามารดา
   - 4.7 คณะกรรมการข้อมูลข่าวสารของทางราชการ

ขั้นตอนการให้ข้อมูลแก่บริษัทประกัน

การเขียนรายงานแก่บริษัทประกันนั้น เป็นการให้ข้อมูลการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย หรือผู้ที่เสียชีวิต แก่หน่วยงานอื่นที่ไม่ใช่หน่วยงานทางราชการที่มีหน้าที่โดยตรงในการขอข้อมูลดังกล่าว ดังนั้น ต้องได้รับการอนุญาตจากเจ้าของข้อมูลก่อนเสมอ จึงมีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

ตรวจสอบเอกสารการขอข้อมูล หรือยินยอมให้เปิดเผยข้อมูล ซึ่งเอกสารอาจจะแตกต่างกันไปตามแต่ละหน่วยงาน

↓

1. หากเจ้าของข้อมูลยังมีชีวิตอยู่ ให้ตรวจสอบลายมือชื่อของเจ้าของข้อมูลพร้อมสำเนาบัตรประชาชนหรือหลักฐานอื่น เพื่อยินยอมให้ทางโรงพยาบาลเปิดเผยข้อมูลของตัวผู้ป่วยได้

2. หากเป็นผู้เสียชีวิต ให้ผู้สืบสันดานหรือผู้แทนโดยชอบธรรม เป็นผู้ดำเนินการแทนได้ หรือใช้เอกสารยินยอมให้ทางโรงพยาบาลเปิดเผยข้อมูลที่ผู้ป่วยทำไว้ก่อนเสียชีวิต

↓

หน่วยงานอาจเรียกเก็บค่าธรรมเนียมตามความเหมาะสมของหน่วยบริการ โดยที่ผู้ขอข้อมูลจะเป็นผู้รับผิดชอบ ไม่สามารถเบิกจากสิทธิค่ารักษาพยาบาลใด ๆ ได้

↓

หากเป็นแบบฟอร์มเฉพาะ ให้แพทย์เจ้าของไข้ หรือ แพทย์ผู้ทำการชันสูตรพลิกศพ ลงข้อมูลตามความเป็นจริง

↓

หากเป็นการขอข้อมูลประวัติการรักษาพยาบาล ให้แพทย์เจ้าของไข้ เป็นผู้ให้อำนาจในการคัดสำเนาเอกสารทั้งหมด หรือเฉพาะส่วนที่จำเป็น

โดยที่ผู้ขอคัดสำเนาต้องเสียค่าใช้จ่าย หรือแพทย์อาจเลือกที่จะจัดทำเอกสารสรุปการรักษาพยาบาลขึ้นเป็นฉบับใหม่ก็ได้

หนังสือที่แนะนำ
เป็นแหล่งค้นคว้าเพิ่มเติม

หนังสือที่แนะนำเป็นแหล่งค้นคว้าเพิ่มเติม

บทที่ 2

สมบูรณ์ ธรรมเถกิงกิจ และนิติกร โปริสวาณิชย์. เวชปฏิบัติทางนิติเวชศาสตร์กับเจตจำนงในกฎหมายชันสูตรพลิกศพของไทย. ใน : แสวง บุญเฉลิมวิภาส (บรรณาธิการ). นิติเวชศาสตร์และกฎหมายการแพทย์ หนังสือที่ระลึกในโอกาสวันเกิดปีที่ 80 ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. พิมพ์ครั้งที่ 1. สำนักพิมพ์วิญญูชน, กรุงเทพฯ. 2555.

บทที่ 6

CDC, Physicians' Handbook on Medical Certification of Death. Atlanta, Georgia, USA. 2003. available at:http://www.cdc.gov/nchs/data/misc/hb_cod.pdf

บทที่ 7

สำนักบริหารการสาธารณสุข. แนวทางปฏิบัติงานนิติเวชสำหรับชาวต่างชาติและพัฒนาระบบฐานข้อมูลบุคคลสูญหาย/พิสูจน์เอกลักษณ์บุคคลระหว่างประเทศ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กระทรวงสาธารณสุข. 2556

บทที่ 8

นิติกร โปริสวาณิชย์. บทที่ 2 แนวทางการปฏิบัติทางนิติเวชศาสตร์, ใน : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, สำนักงานตำรวจแห่งชาติ และองค์การอนามัยโลก. แนวทางปฏิบัติทางนิติวิทยาศาสตร์ในการพิสูจน์เอกลักษณ์บุคคล กรณีเหตุภัยพิบัติในประเทศไทย : National guideline of forensic science services for disaster victim identification in Thailand. พิมพ์ครั้งที่ 1. รำไทยเพรส, กรุงเทพฯ. 2549.

บทที่ 9

1. Tsokos M. Postmortem Changes and Artifacts Occurring During the Early Postmortem Interval. In: Tsokos M, editor. Forensic Pathology Reviews, Volume 3. Totowa, New Jersy: Humana Press; 2005. p. 183-238.
2. ศักดา สถิรเรืองชัย. การประเมินระยะเวลาตายในเวชปฏิบัติทั่วไป. คลินิก, 2555; 28(4): 271-279.

บทที่ 10-22

1. Knight B, Saukko P. Knight's Forensic Pathology. 3rd ed. Great Britain : Oxford University Press Inc.; 2004.
2. Spitz WU, Spitz DJ, Clark R, Fisher RS (eds.). Spitz And Fisher's Medicolegal Investigation of Death: Guidelines For The Application Of Pathology To Crime Investigation. 4th ed. USA: Charles C. Thomas Publisher; 2006.
3. Dimaio VJ, Dimaio D. Forensic Pathology. 2nd ed. USA : CRC Press; 2001.
4. Payne-James J, Busuttil A, Smock W (eds). Forensic Medicine: Clinical and Pathological Aspects. 1st ed. London, UK:Greenwich Medical Media ; 2003.
5. Payne-James J, Jones R, Karch SB, Manlove J (eds). Simpson's Forensic Medicine. 13th ed. USA : CRC Press; 2011.
6. บทที่ 18

7. Lachs MS, Pillemer K. Abuse and neglect of elderly persons. N Engl J Med. 1995;332(7):437-43.
8. Levine JM. Elder neglect and abuse. A primer for primary care physicians. Geriatrics. 2003;58(10):37-40, 2-4.
9. Knight LD, Collins KA. A 25-year retrospective review of deaths due to pediatric neglect. Am J Forensic Med Pathol. 2005;26(3):221-8.
10. Welch GL, Bonner BL. Fatal child neglect: characteristics, causation, and strategies for prevention. Child Abuse Negl. 2013;37(10):745-52.

บทที่ 19

1. Office of the United Nations High Commissioner for Human Right. Istanbul Protocol. Geneva. 2004 available at http://www.ohchr.org/Documents/Publications/training8Rev1en.pdf
2. Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment 1984.

บทที่ 20

เบญจพร ปัญญายง และ อชิมา เกิดกล้า (บรรณาธิการ). แนวทางปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือเด็ก สตรี และบุคคลในครอบครัวที่ถูกกระทำรุนแรง. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรมสุขภาพจิต และสำนักบริการการสาธารณสุข. 2556.

บทที่ 21

1. Goodyear-Smith FA, Laidlaw TM. Can tampon use cause hymen changes in girls who have not had sexual intercourse? A review of the literature. Forensic Science International. 1998;94: 147 –153.
2. Emans J, Woods E, Allred E, Grace E, Hymenal findings in adolescent women, impact of tampon use and consensual sexual activity. Pediatrics. 1994;125:153–160.
3. ทศนัย พิพัฒน์โชติธรรม (บรรณาธิการ). คู่มือการตรวจรักษากรณีข่มขืนกระทำชำเรา. พิมพ์ครั้งที่ 3. สำนักบริหารการสาธารณสุข. 2555.

บทที่ 22

1. Krous HF, Beckwith JB, Byard RW, Rognum TO, Bajanowski T, Corey T, et al. Sudden infant death syndrome and unclassified sudden infant deaths: a definitional and diagnostic approach. Pediatrics. 2004;114(1):234-8.
2. Hymel KP. Distinguishing sudden infant death syndrome from child abuse fatalities. Pediatrics. 2006;118(1):421-7.
3. Kinney HC, Thach BT. The sudden infant death syndrome. N Engl J Med. 2009;361(8):795-805.

บทที่ 35

CDC. Biosafety in Microbiological and Biomedical Laboratories (BMBL). 5th ed. Atlanta, Georgia, USA. 2009. available at: http://www.cdc.gov/biosafety/publications/bmbl5/BMBL.pdf

บทที่ 36

1. สำนักจุฬาราชมนตรี และ คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ. แนวทางการตรวจชันสูตรศพตามกระบวนการทางด้านนิติวิทยาศาสตร์ตามหลักศาสนาอิสลาม. พิมพ์ครั้งที่ 1. สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ. 2555.

2. วิฐู พฤกษนันต์, สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ และ คณะ. ชันสูตรศพมุสลิม : ประสบการณ์จากมาเลเซีย-สิงคโปร์. พิมพ์ครั้งที่ 1.ชานเมืองการพิมพ์. สงขลา. 2554

ภาคผนวก ก

(สำเนา) คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 1735/2556
แต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการและคณะทำงานจัดทำคู่มือ
การปฏิบัติงานนิติเวช (สำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์)
กระทรวงสาธารณสุข

(สำเนา) คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 1946/2556
แต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการและคณะทำงาน
จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานนิติเวช
(สำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์)
กระทรวงสาธารณสุข (เพิ่มเติม)

(สำเนา)

คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข

ที่ 1735 / 2556

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการ

และคณะทำงานจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานนิติเวช

(สำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์)

กระทรวงสาธารณสุข

.....

ตามที่กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการดำเนินงานนิติเวช ซึ่งประกอบด้วย งานชันสูตรพลิกศพ งานตรวจผู้ป่วยคดี และงานตรวจทางห้องปฏิบัติการ ที่มีความเกี่ยวข้องทางคดีในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ เพื่อดำเนินการรองรับกฎหมายชันสูตรพลิกศพที่เกี่ยวข้อง และเป็นการคุ้มครองสิทธิเสรีภาพของประชาชน ให้ความยุติธรรมแก่ผู้ถูกทำร้าย ผู้ต้องหา ผู้เสียชีวิตและญาติ รวมถึงสามารถให้ข้อมูลแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน จึงมีความจำเป็นที่ต้องมีคู่มือการปฏิบัติงานนิติเวช เพื่อให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์มีแนวทางปฏิบัติในการดำเนินงานนิติเวชที่ชัดเจนนั้น

เนื่องจากประเทศไทย ประกอบด้วยหน่วยงานที่มีการดำเนินงานนิติเวชหลายหน่วยงาน ซึ่งแต่ละแห่งมีการจัดทำแนวทางปฏิบัติงานนิติเวชของหน่วยงาน จึงเห็นควรมีการประสานหน่วยงานต่าง ๆ ร่วมจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานนิติเวชของกระทรวงสาธารณสุข ให้มีการดำเนินงานเป็นแนวทางเดียวกัน ในประเทศไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ในการนี้ กระทรวงสาธารณสุข ขอแต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการและคณะทำงานจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานนิติเวช (สำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์) กระทรวงสาธารณสุข ดังต่อไปนี้

1. คณะกรรมการอำนวยการ

1.	นายธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์	ผู้อำนวยการสำนักบริหารการสาธารณสุข	ประธาน
2.	นายพรเพชร ปัญจปิยะกุล	รองผู้อำนวยการสำนักบริหารการสาธารณสุข	รองประธาน
3.	ผู้แทนราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย		กรรมการ
4.	ผู้แทนสมาคมแพทย์นิติเวชแห่งประเทศไทย		กรรมการ
5.	ผู้แทนมูลนิธิเอเชีย ประเทศไทย		กรรมการ
6.	ผู้แทนสถาบันนิติเวชวิทยา	สำนักงานตำรวจแห่งชาติ	กรรมการ
7.	ผู้แทนสถาบันนิติวิทยาศาสตร์	กระทรวงยุติธรรม	กรรมการ
8.	ผู้แทนภาควิชานิติเวชศาสตร์	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการ
9.	ผู้แทนภาควิชานิติเวชศาสตร์	คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	กรรมการ
10.	ผู้แทนสาขาวิชานิติเวชศาสตร์	ภาควิชาพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี	กรรมการ
11.	ผู้แทนภาควิชานิติเวชศาสตร์	คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	กรรมการ
12.	ผู้แทนภาควิชานิติเวชศาสตร์	คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น	กรรมการ
13.	ผู้แทนหน่วยนิติเวชศาสตร์และพิษวิทยา	ภาควิชาพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	กรรมการ
14.	ผู้แทนภาควิชานิติเวชศาสตร์	คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวร	กรรมการ

15.	ผู้แทนภาควิชานิติเวชศาสตร์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	กรรมการ
16.	ผู้แทนสาขานิติเวชศาสตร์	โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ เฉลิมพระเกียรติ	กรรมการ
17.	แพทย์นิติเวช	คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช	กรรมการ
18.	แพทย์นิติเวช	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	กรรมการ
19.	แพทย์นิติเวช	โรงพยาบาล ภูมิพลอดุลยเดช	กรรมการ
20.	แพทย์นิติเวช	โรงพยาบาลสมเด็จ พระนางเจ้าสิริกิติ์	กรรมการ
21.	แพทย์นิติเวช	โรงพยาบาลเชียงราย ประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย	กรรมการ
22.	แพทย์นิติเวช	โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่	กรรมการ
23.	แพทย์นิติเวช	โรงพยาบาลลำปาง จังหวัดลำปาง	กรรมการ
24.	แพทย์นิติเวช	โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน	กรรมการ
25.	แพทย์นิติเวช	โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก	กรรมการ
26.	แพทย์นิติเวช	โรงพยาบาลแพร่ จังหวัดแพร่	กรรมการ
27.	แพทย์นิติเวช	โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา	กรรมการ
28.	แพทย์นิติเวช	โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี	กรรมการ
29.	แพทย์นิติเวช	โรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์	กรรมการ

30.	แพทย์นิติเวช	โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด	กรรมการ
31.	แพทย์นิติเวช	โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ	กรรมการ
32.	แพทย์นิติเวช	โรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี	กรรมการ
33.	แพทย์นิติเวช	โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี	กรรมการ
34..	แพทย์นิติเวช	โรงพยาบาลเจ้าพระยา อภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี	กรรมการ
35	แพทย์นิติเวช	โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา	กรรมการ
36.	แพทย์นิติเวช	โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม	กรรมการ
37.	แพทย์นิติเวช	โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี	กรรมการ
38.	แพทย์นิติเวช	โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี	กรรมการ
39.	แพทย์นิติเวช	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธาน	กรรมการ
40.	แพทย์นิติเวช	โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา	กรรมการ
41.	แพทย์นิติเวช	โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา	กรรมการ
42.	นางบุญพลอย ตุลาพันธุ์	สำนักบริหาร การสาธารณสุข	กรรมการ
43.	นายกันต์ ทองแถม ณ อยุธยา	โรงพยาบาลเชียงราย ประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย	กรรมการ และ เลขานุการ

44	นางกนกนาค หงสกุล	สำนักบริหารการสาธารณสุข	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
45	นางสาวศิรินภา ยะจา	สำนักบริหารการสาธารณสุข	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการอำนวยการ มีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

1. พิจารณาคู่มือการปฏิบัติงานนิติเวช (สำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์) กระทรวงสาธารณสุข
2. วางแผนประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาระบบงานนิติเวชของกระทรวงสาธารณสุข
3. แต่งตั้งคณะทำงานได้ตามความเหมาะสม
4. ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

2. คณะทำงานจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานนิติเวช (สำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์) กระทรวงสาธารณสุข

1.	นายพรเพชร ปัญจปิยะกุล	รองผู้อำนวยการสำนักบริหารการสาธารณสุข	ประธานคณะทำงาน
2.	นายนิติกร โปริสวาณิชย์	ผู้แทนสมาคมแพทย์นิติเวชแห่งประเทศไทย ภาควิชานิติเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	คณะทำงาน

3.	นายพีรยุทธ เฟื่องฟุ้ง	ภาควิชานิติเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	คณะทำงาน
4.	นายวิจารณ์ วชิรวงศากร	ภาควิชานิติเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	คณะทำงาน
5.	นายศักดา สถิรเรืองชัย	ภาควิชานิติเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	คณะทำงาน
6.	นายภาณุวัฒน์ ชุติวงศ์	ภาควิชานิติเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	คณะทำงาน
7.	นายวิศาล วรสุวรรณรักษ์	ภาควิชาพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี	คณะทำงาน
8.	นายวิฐู พฤกษนันต์	หน่วยนิติเวชศาสตร์และ พิษวิทยา ภาควิชาพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	คณะทำงาน
9.	นายจตุวิทย์ หอวรรณภากร	ภาควิชานิติเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	คณะทำงาน
10.	นางสาววรัทพร สิทธิจรูญ	ภาควิชานิติเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	คณะทำงาน
11.	นายทศนัย พิพัฒน์โชติธรรม	สาขานิติเวชศาสตร์ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ เฉลิมพระเกียรติ	คณะทำงาน
12.	นายศักดิ์สิทธิ์ บุญลักษณ์	โรงพยาบาล สรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี	คณะทำงาน

13.	นายบุญศักดิ์ หาญเทอดสิทธิ์	โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา	คณะทำงาน
14.	นายเชาวกิจ ศรีเมืองวงศ์	โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก	คณะทำงาน
15.	นายกันต์ ทองแถม ณ อยุธยา	โรงพยาบาลเชียงราย ประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย	คณะทำงาน
16.	นายณัฐสิทธิ์ เจริญสันติ	โรงพยาบาลลำปาง จังหวัดลำปาง	คณะทำงาน
17.	นายปิยะ ดุรงคเดช	โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน	คณะทำงาน
18.	นายณัฐวุฒิ ชอุ่มกฤษ	โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี	คณะทำงาน
19.	นายอนิรุต วรวาท	โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี	คณะทำงาน
20.	นางสาวนันทนา จรูญเนตร	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี	คณะทำงาน
21.	นายภัทรพงษ์ สินประจักษ์ผล	โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา	คณะทำงาน
22.	นางยุพา ภูสาหัส	มูลนิธิเอเชีย ประเทศไทย	คณะทำงาน
23.	นายสันติ นิลแดง	มูลนิธิเอเชีย ประเทศไทย	คณะทำงาน
24.	นางสาวฐิตารีย์ เอื้ออำนวย	ที่ปรึกษามูลนิธิเอเชีย ประเทศไทย	คณะทำงาน
25.	นางบุญพลอย ตุลาพันธุ์	สำนักบริหารการสาธารณสุข	คณะทำงาน
26.	นางกนกนาค หงสกุล	สำนักบริหารการสาธารณสุข	คณะทำงานและเลขานุการ
27.	นางสาวศิรินภา ยะจา	สำนักบริหารการสาธารณสุข	คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะทำงาน มีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

1. จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานนิติเวช (สำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์) กระทรวงสาธารณสุข

2. ประสานความร่วมมือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาระบบงานนิติเวชของกระทรวงสาธารณสุข

3. ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ 11 พฤศจิกายน พ.ศ. 2556

วชิระ เพ็งจันทร์

(นายวชิระ เพ็งจันทร์)

รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติราชการแทน

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

(สำเนา)

คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข

ที่ 1946 / 2556

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการและคณะทำงาน
จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานนิติเวช
(สำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์)
กระทรวงสาธารณสุข (เพิ่มเติม)

.....

อนุสนธิตามคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 1735 / 2556 ลงวันที่ 11 พฤศจิกายน พ.ศ.2556 กระทรวงสาธารณสุข ได้แต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการและคณะทำงานจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานนิติเวช (สำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์) กระทรวงสาธารณสุข โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประสานหน่วยงานที่มีการดำเนินงานนิติเวชในประเทศไทย ร่วมจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานนิติเวชของกระทรวงสาธารณสุข ให้มีการดำเนินงานเป็นแนวทางเดียวกันได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น นั้น

เพื่อให้การดำเนินการดังกล่าวเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ จึงขอแต่งตั้งคณะทำงานจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานนิติเวช (สำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์) กระทรวงสาธารณสุขเพิ่มเติม ดังต่อไปนี้

1.	นายวีระพงษ ประยูรเสถียร	ภาควิชานิติเวชศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	คณะทำงาน
2.	นายณัฐสิทธิ์ เจริญสันติ	ภาควิชานิติเวชศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	คณะทำงาน
3.	นางสาวปานใจ โวหารดี	สถาบันนิติวิทยาศาสตร์ กระทรวงยุติธรรม	คณะทำงาน
4.	นายธีรพร เหลืองรังษิยากุล	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา	คณะทำงาน
5.	นายธัญญศักดิ์ เอกเวชวิท	โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา	คณะทำงาน
6	นางสาวปรีติ สำราญทรัพย์	สำนักบริหารการสาธารณสุข	คณะทำงาน

โดย มีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

1. จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานนิติเวช (สำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์) กระทรวงสาธารณสุข

2. ประสานความร่วมมือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาระบบงานนิติเวชของกระทรวงสาธารณสุข

3. ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ 12 ธันวาคม พ.ศ. 2556

วชิระ เพ็งจันทร์

(นายวชิระ เพ็งจันทร์)

รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ภาคผนวก ข

รายชื่อหน่วยงานในประเทศไทย
ที่มีการดำเนินงานนิติเวช

รายชื่อสถานที่
ตรวจสารพิษในประเทศไทย

รายชื่อสถานที่ตรวจสารพิษในประเทศไทย

ลำดับ	สถานที่	โทรศัพท์	โทรสาร
1	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์เชียงใหม่	0 5311 2188-90	0 5311 2194
2	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์พิษณุโลก	0 5524 7580-2	0 5524 7580-2 ต่อ 121
3	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทยนครสวรรค์	0 5626 7423	0 5626 7423
4	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ขอนแก่น	0 4324 2871-3	0 4324 2871-3
5	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์นครราชสีมา	0 4434 6017	0 4434 6018
6	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ชลบุรี	0 3878 4006-7	0 3878 4006-7
7	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์สงขลา	0 7444 7024-9	0 7444 7024-9
8	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์สมุทรสงคราม	0 3472 0668-71	0 3472 0668-71
9	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์อุดรธานี	0 4220 7364-6	0 4220 7364-6
10	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์อุบลราชธานี	0 4531 2230-3	0 4531 2230-3
11	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ตรัง	0 7521 3104-7	0 7521 3104-7
12	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์สุราษฎร์ธานี	0 7735 5301-6	0 7735 5301-6

ลำดับ	สถานที่	โทรศัพท์	โทรสาร
13	ฝ่ายพิษวิทยา สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	0 2589 9850-8 ต่อ 99716-17	0 2589 8701
14	ภาควิชานิติเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	0 5394 5432-4	-
15	ห้องปฏิบัติการพิษวิทยา ภาควิชาพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี	02-2011338 02-2011083-85	
16	ห้องปฏิบัติการพิษวิทยา สาขาวิชานิติพิษวิทยา ภาควิชานิติเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล	02-4197000 ต่อ 6580	
17	ห้องปฏิบัติการพิษวิทยา ภาควิชานิติเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	043-363559	

รายชื่อและที่อยู่หน่วยงานในประเทศไทย ที่มีการดำเนินงานชันสูตรพลิกศพ

ลำดับ	หน่วยงาน	ที่อยู่	หมายเลขโทรศัพท์	หมายเลขโทรสาร
1	สถาบันนิติเวชวิทยา โรงพยาบาลตำรวจ	สถาบันนิติเวชวิทยา โรงพยาบาลตำรวจ 492/1 ถนนอังรีดูนังต์ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330	02-2076114 02-2076000 ต่อ 6116	02-6524647
2	สถาบันนิติวิทยาศาสตร์ กระทรวงยุติธรรม	สถาบันนิติวิทยาศาสตร์ กระทรวงยุติธรรม ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติฯ อาคารรัฐประศาสนภักดี ชั้น 9 ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10210	02-1423476	02-1439068
3	ภาควิชานิติเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล	ตึกอดุลยเดชวิกรม ชั้น 9 โรงพยาบาลศิริราช เลขที่ 2 ถนนพรานนก บางกอกน้อย กทม. 10700	02-4197000 ต่อ 65478 02-4111427	02-4113426
4	ภาควิชานิติเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	1873 ถ.พระราม 4 แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กทม. 10330	02-2564297 02-2564269	02-2564297

ลำดับ	หน่วยงาน	ที่อยู่	หมายเลขโทรศัพท์	หมายเลขโทรสาร
5	สาขาวิชานิติเวชศาสตร์ ภาควิชาพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี	เลขที่ 270 ถ.พระรามหก แขวงพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพ 10400	02-2011249 02-2011186	02-2011145
6	ภาควิชานิติเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	๑๑๐ ถ.อินทวโรรส ต.ศรีภูมิ อ.เมือง จ.เชียงใหม่	053-945432 ต่อ 118	053-945432 ต่อ 118
7	ภาควิชานิติเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	อำเภอเมือง จ.ขอนแก่น 40002	043-202859 043-363708	043-363708
8	หน่วยนิติเวชศาสตร์และพิษวิทยา ภาควิชาพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	15 ถ.กาญจนวนิช ต.คอหงส์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110	074-451571	074 -212908
9	ภาควิชานิติเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	ต.ท่าโพธิ์ อ.เมืองฯ จ.พิษณุโลก 65000	055-965062	055-965062

ลำดับ	หน่วยงาน	ที่อยู่	หมายเลขโทรศัพท์	หมายเลขโทรสาร
10	ภาควิชานิติเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (องครักษ์) ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี	62 หมู่ 7 ถ.รังสิต-นครนายก ต.องครักษ์ อ.องครักษ์ จ.นครนายก 26120	037-395085-6 ต่อ 10188	037-3395272
11	สาขานิติเวชศาสตร์ ภาควิชาพยาธิวิทยาและนิติเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	95 ม.8 ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง จ. ปทุมธานี 12120	0-2926- 9014	00-2411661 02-6687080
12	คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช	681 ถ.สามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กทม. 10300	02-2443000 ต่อ 3206 02-2443206	02-6687050 02-2414388
13	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ศูนย์อำนวยการแพทย์พระมงกุฎเกล้า	สถาบันพยาธิวิทยา ศูนย์อำนวยการแพทย์พระมงกุฎเกล้า 315 ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กทม. 10400	02-3547600 ต่อ 93400	02-3547708

ลำดับ	หน่วยงาน	ที่อยู่	หมายเลขโทรศัพท์	หมายเลขโทรสาร
14	โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์	163 หมู่ 1 ตำบลพลูตาหลวง อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี 20180	038-245735 ต่อ 4503	038-245771
15	โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช	171 โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ถ.พหลโยธิน แขวงคลองถนน เขตสายไหม กทม. 10220	02-5347406	02-5349395

รายชื่อโรงพยาบาลสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีแพทย์นิติเวชปฏิบัติงาน

ลำดับ	หน่วยงาน / จังหวัด	โทรศัพท์	โทรสาร
1	โรงพยาบาลเชียงราย ประชานุเคราะห์ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย 57000	053-711300-4 ต่อ1259 053-910658	053-713044 053-910658
2	โรงพยาบาลนครพิงค์ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50180	053-999200 ต่อ 2293	053-999200 ต่อ 2293
3	โรงพยาบาลลำปาง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 52000	054-237400 ต่อ 2103	054-237419
4	โรงพยาบาลลำพูน อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน 51000	053-569100 ต่อ 1199	053-569123
5	โรงพยาบาลแพร่ อำเภอเมือง จังหวัดแพร่ 54000	054-533500 ต่อ 2307-8	054-511096
6	โรงพยาบาลพะเยา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา 56000	054-409300 ต่อ 1145 หรือ 1500	054-409330
7	โรงพยาบาลพุทธชินราช อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000	055-270300, 055-270300 ต่อ 24101	055-258813 ต่อ 24103
8	โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 30000	044-235909	044-235916

ลำดับ	หน่วยงาน / จังหวัด	โทรศัพท์	โทรสาร
9	โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 34000	045 319292 045-244145 ต่อ 1133	045-319292
10	โรงพยาบาลสุรินทร์ อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ 32000	044-511757 ในเวลาต่อ 372 นอกเวลาต่อ 470	044-140206
11	โรงพยาบาลร้อยเอ็ด อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด 45000	043-513001	043-513001
12	โรงพยาบาลศรีสะเกษ อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ 33000	045-611503 ต่อ 2824	045-611503ต่อ 2824
13	โรงพยาบาลชลบุรี อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี 20000	038-931536	038-931100
14	โรงพยาบาลพระปกเกล้า อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี 22000	039-324975-4 ต่อ 4033 ,4034	039-301930
15	โรงพยาบาลเจ้าพระยา อภัยภูเบศร อำเภอเมือง จังหวัดปราจีนบุรี 25000	037-211446	037-211243
16	โรงพยาบาลราชบุรี อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี 70000	032-719600 ต่อ 1278	032-321825
17	โรงพยาบาลนครปฐม อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม 73000	034-254150 ต่อ 7115	034-251553
18	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84000	077-272231 ต่อ 2103	077-221774

ลำดับ	หน่วยงาน / จังหวัด	โทรศัพท์	โทรสาร
19	โรงพยาบาลหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110	074-273100 ต่อ 1718	074-246600
20	โรงพยาบาลสงขลา อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา 90000	074-338100 ต่อ 1921 หรือ ต่อ 3078 หรือ 1434	074-330181
21	โรงพยาบาลพระจอมเกล้า อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี 76000	032-709999	032-425205
22	โรงพยาบาล พุทธโสธร อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา 24000	038-814375	038-511633
23	โรงพยาบาลขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000	045-611503	045-615602
24	โรงพยาบาลระนอง อำเภอเมือง จังหวัดระนอง 85000	082-4233344	077-823267

ภาคผนวก ค

ประมวลภาพสีในเล่ม



ภาพที่ 4.1 ตัวอย่างการถ่ายภาพสถานที่เกิดเหตุ



ภาพที่ 4.2 ตัวอย่างการถ่ายภาพศพ



ภาพที่ 4.3 ตัวอย่างการถ่ายภาพบาดแผล



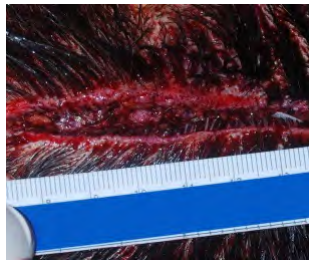
ภาพที่ 11.1
แสดง patterned injury



ภาพที่ 11.2
แสดง tramline contusion



ภาพที่ 11.3
แสดง blunt penetrating wound



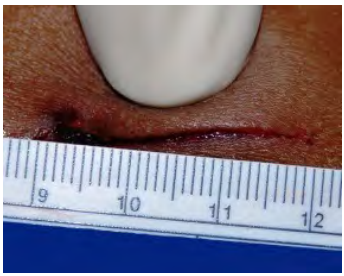
ภาพที่ 12.1
แสดง tissue bridging



ภาพที่ 12.2 แสดง cut wound



ภาพที่ 12.3
แสดง stab wound



ภาพที่ 12.5 แสดงการวัดบาดแผลเมื่อขอบบาดแผลอยู่ชิดกัน (approximated wound)


กระทรวงสาธารณสุข
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

“งานด้านนิติเวชศาสตร์..เป็นภารกิจสำคัญอย่างหนึ่งของแพทย์และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ที่นอกจากจะเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลแล้ว ยังเกี่ยวข้องกับผู้เสียชีวิตและกระบวนการยุติธรรมและกฎหมาย .... คู่มือเล่มนี้ ..เป็นแนวทางปฏิบัติงานให้ง่ายและเป็นระบบต่อการใช้งาน“

- ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

“คู่มือเล่มนี้ จะสามารถตอบโจทย์ที่ท่านสงสัยได้ในทุกคำถาม ไม่เฉพาะแพทย์และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับงานนิติเวชเท่านั้น หากยังครอบคลุมถึงบุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในทุกระดับ.... และยังใช้งานได้กับผู้ที่สนใจใฝ่รู้ทั่วไป”

- นายกสมาคมแพทย์นิติเวชแห่งประเทศไทย

The Asia Foundation