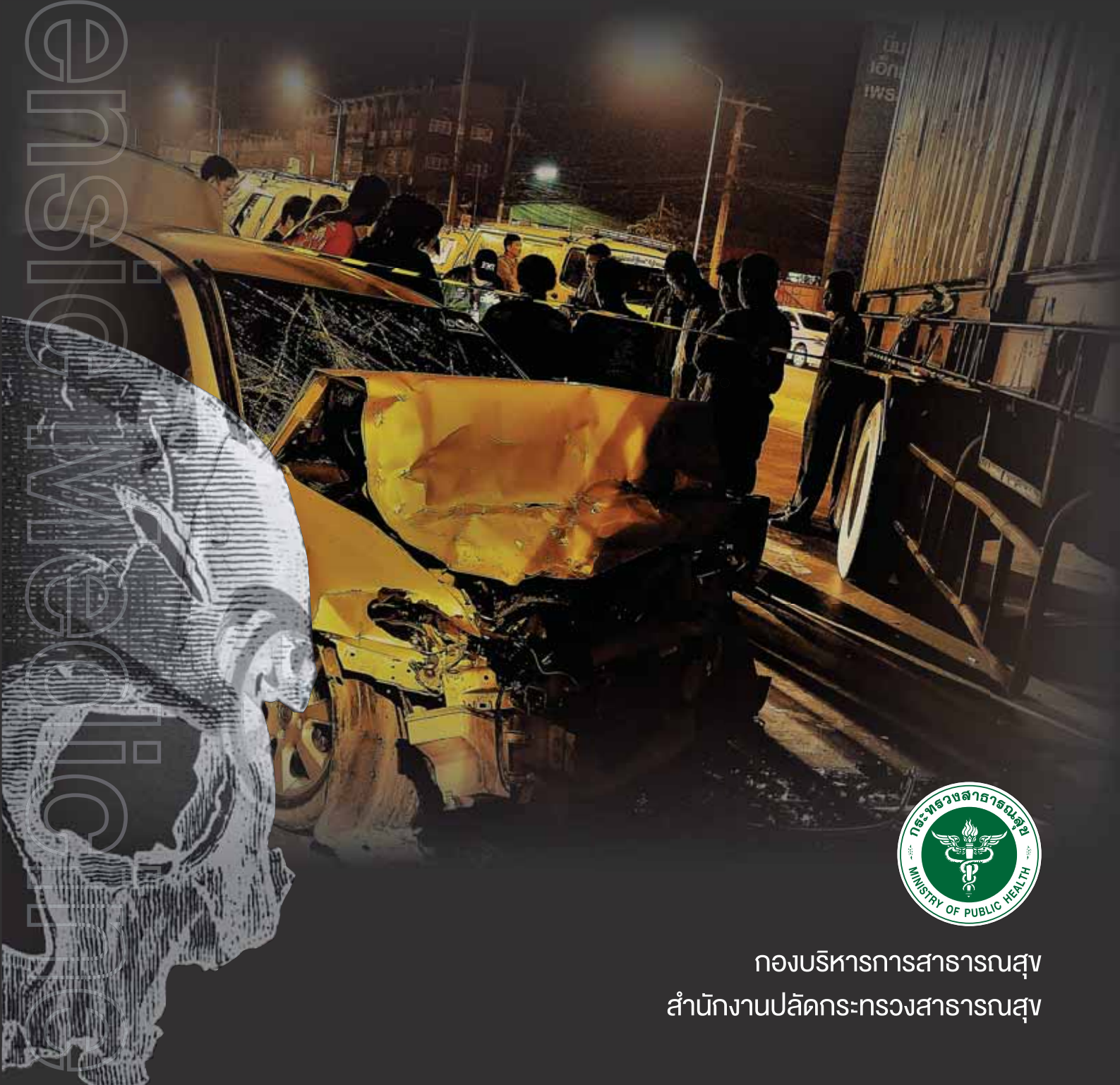


คู่มือการดำเนินงาน

ชั้นสูตรพลิกศพ

(ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2561)



กองบริหารการสาธารณสุข
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

คู่มือการดำเนินงาน ชั้นสูตรพลิกศพ (ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2561)



กองบริหารการสาธารณสุข
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

คู่มือการดำเนินงานชั้นสูตรพลิกศพ (ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2561)

พิมพ์ครั้งที่ 1 เดือน มีนาคม 2561

จำนวนพิมพ์ 1,000 เล่ม

ISBN 978-616-11-3679-6

ที่ปรึกษา

นายแพทย์มรุต จิรเศรษฐสิริ

นายแพทย์ธีรพงศ์ ตุนาค

นายแพทย์พรเพชร ปัญจปิยะกุล

รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข

กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

คณะผู้จัดทำ

คณะทำงานจัดทำคู่มือปฏิบัติงานนิติเวช

คณะทำงานพัฒนางานนิติเวช

กระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข

บรรณาธิการ

นายแพทย์ทศนัย พิพัฒน์โชติธรรม

นายแพทย์ณัฐวุฒิ ชุ่มเกษ

แพทย์หญิงวิรัชญา ลิ้มกิตติสุนทร

นายแพทย์ณัฐพงษ์ ตูลาพันธ์

นางกนกนาถ หงสกุล

โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี

โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์

โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์

กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ขอขอบคุณผู้สนับสนุน

นายแพทย์ทศนัย พิพัฒน์โชติธรรม

นายแพทย์อนันต์ วรวาท

นายแพทย์ธัญญศักดิ์ เอกเวชวิ

นายแพทย์บุญศักดิ์ หาญเทอดสิทธิ์

นายแพทย์ธีรพร เหลืองรังสิยากุล

นายแพทย์สฤตย์ ศรีนุกูล

นายแพทย์ณัฐวุฒิ ชุ่มเกษ

นายแพทย์กฤติน มีวุฒิสม

แพทย์หญิงวรมน บุ่งสุด

แพทย์หญิงอภิสร่า กุลวงษ์ธนโรจน์

นายแพทย์นิติ แดงตาต

นายแพทย์ประณิธาน รัตนสาลี

นายแพทย์ศักดิ์สิทธิ์ บุญลักษณ์

นายแพทย์อนันต์ ปัญญาใหญ่

นายแพทย์ราเชิด เทอดสุวรรณ

นายแพทย์พฤษพงศ์ มกรเสน

นายแพทย์สฤตย์ ลากระจำ

แพทย์หญิงธัญญ์ รอดกนก

แพทย์หญิงนันทนา จรูญเนตร

แพทย์หญิงสุธิดา บุชิตรัตนกุล

นายณัฐศาสตร์ สิทธิชัย

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา

โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา

โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา

โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี

โรงพยาบาลระนอง จังหวัดระนอง

โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

โรงพยาบาลสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร

โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม

โรงพยาบาลลำปาง จังหวัดลำปาง

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

โรงพยาบาลพะเยา จังหวัดพะเยา

โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

โรงพยาบาลชัยนาทนนทบุรี จังหวัดชัยนาท

โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

อัยการจังหวัด สำนักงานอัยการสูงสุด

คำนำ

ตามพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา (ฉบับที่ 21) พ.ศ. 2542 มาตรา 150 กำหนดให้แพทย์ทางนิติเวชศาสตร์ แพทย์ประจำโรงพยาบาลของรัฐ แพทย์ประจำสำนักงานสาธารณสุข จังหวัด และแพทย์ประจำโรงพยาบาลเอกชนหรือแพทย์ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ที่ขึ้นทะเบียนเป็นแพทย์อาสาสมัครตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ทำการชันสูตรพลิกศพในสาเหตุการตายตามมาตรา 148 แห่งประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา ซึ่งระบุว่า การตายที่ต้องให้มีการชันสูตรพลิกศพ คือ ฆ่าตัวตาย ถูกผู้อื่นทำให้ตาย ถูกสัตว์ทำร้ายตาย ตายโดยอุบัติเหตุ และตายโดยยังมีปรากฏเหตุ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทราบถึงเหตุและพฤติการณ์ที่ตาย ซึ่งอาจนำไปสู่การดำเนินคดีอาญา การชันสูตรพลิกศพจึงถือเป็นกระบวนการสำคัญอย่างยิ่งที่จำเป็นต้องมีความถูกต้องแม่นยำในผลของการตรวจพิสูจน์ และเป็นการตรวจสอบถ่วงดุลที่มีประสิทธิภาพในการคุ้มครองสิทธิของผู้เสียชีวิตและญาติ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดทำคู่มือการดำเนินงานชันสูตรพลิกศพ (ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2561) โดยรวบรวมเนื้อหาที่เกี่ยวข้องและจำเป็น และมีการปรับปรุงข้อมูลบางประการให้เป็นปัจจุบัน โดยแบ่งเป็น ภาค 1 แนวทางการดำเนินงานชันสูตรพลิกศพ และ ภาค 2 สาเหตุการตายประเภทต่างๆ เพื่อเป็นแหล่งความรู้ทางหนึ่งแก่แพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้สามารถดำเนินงานชันสูตรพลิกศพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คู่มือการดำเนินงานชันสูตรพลิกศพ (ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2561) ฉบับนี้ สำเร็จลงได้ด้วยความร่วมมือเป็นอย่างดี จากคณะทำงานจัดทำคู่มือปฏิบัติงานนิติเวช และคณะทำงานพัฒนางานนิติเวช กระทรวงสาธารณสุข และผู้เกี่ยวข้องจากหน่วยงานทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ซึ่งคณะผู้จัดทำขอขอบคุณทุกท่านไว้ ณ ที่นี้ หากมีข้อเสนอแนะประการใด โปรดแจ้งคณะผู้จัดทำ เพื่อปรับปรุงต่อไป จะเป็นพระคุณ

คณะผู้จัดทำ

มีนาคม 2561



Forensic Medicine

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
สารบัญภาพ	ค
สารบัญตาราง	จ
ภาค 1 แนวทางการดำเนินงานชันสูตรพลิกศพ	1
บทที่ 1 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการชันสูตรพลิกศพ	3
บทที่ 2 การตรวจศพ ณ สถานที่พบศพ (Postmortem inquest at scene)	11
บทที่ 3 การถ่ายภาพกับการชันสูตรพลิกศพ (Forensic Photography)	21
บทที่ 4 การเก็บสิ่งส่งตรวจทางนิติเวช	37
บทที่ 5 หลักฐานทางการแพทย์และวัตถุพยาน	43
บทที่ 6 การบันทึกหนังสือรับรองการตายตามหลัก ICD-10	47
บทที่ 7 บทบาทของแพทย์ในกระบวนการยุติธรรม การชันสูตรพลิกศพ การจัดการศพ การส่งศพปรึกษาและการชันสูตรพลิกศพซ้ำ	55
บทที่ 8 แพทย์ในฐานะพยานศาล	59
ภาค 2 สาเหตุการตาย	77
บทที่ 9 การประเมินระยะเวลาหลังตายและการเปลี่ยนแปลงภายหลังการตาย	79
บทที่ 10 การพิสูจน์เอกลักษณ์บุคคล (Identification)	83
บทที่ 11 นิติพิษวิทยา	87
บทที่ 12 การกดรัดบริเวณลำคอ (Compression of the neck)	91
บทที่ 13 การชันสูตรพลิกศพที่เสียชีวิตจากการขาดอากาศ (Asphyxia)	97
บทที่ 14 การบาดเจ็บจากของแข็งมีคม/ไม่มีคม	101
บทที่ 15 การเสียชีวิตในน้ำ	107
บทที่ 16 การเสียชีวิตจากกระแสไฟฟ้า (Electrocution)	111
บทที่ 17 Burn and scald	117
บทที่ 18 บาดแผลกระสุนปืนและวัตถุระเบิด	123
บทที่ 19 การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร	129
บทที่ 20 การตายโดยมิปรากฏเหตุ (Sudden Unexpected Natural Death : SUND)	135
บทที่ 21 Maternal & Neonatal death & Abortion	149
ภาคผนวก ก ภาพประกอบเนื้อหา	155
ภาคผนวก ข (ตัวอย่าง) บันทึกรายละเอียดแห่งการชันสูตรพลิกศพ	169
ภาคผนวก ค สำเนาคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานพัฒนางานนิติเวช กระทรวงสาธารณสุข	175

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 2.1 ตัวอย่างการทำแผนผังสถานที่เกิดเหตุด้วยการเขียนแสดงตำแหน่งของคราบเลือด	15
ภาพที่ 2.2 ตัวอย่างการทำแผนผังสถานที่เกิดเหตุด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์	15
ภาพที่ 2.3 ตัวอย่างการทำแผนผังสถานที่เกิดเหตุด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์	16
ภาพที่ 2.4 ตัวอย่างการทำแผนผังสถานที่เกิดเหตุด้วย Google map	16
ภาพที่ 3.1 แสดงการทำงานของกล้องถ่ายภาพดิจิทัล	23
ภาพที่ 3.2 ตัวอย่างการถ่ายภาพระยะใกล้	24
ภาพที่ 3.3 ตัวอย่างการถ่ายภาพระยะกลาง	24
ภาพที่ 3.4 ตัวอย่างการถ่ายภาพระยะใกล้	25
ภาพที่ 3.5 ตัวอย่างการถ่ายภาพระยะใกล้แบบ close-up	25
ภาพที่ 3.6 ตัวอย่างการถ่ายภาพหลายๆมุม	25
ภาพที่ 3.7 ตัวอย่างการถ่ายภาพให้เห็นท่าทางศพ	26
ภาพที่ 3.8 ตัวอย่างการถ่ายภาพปฏิติน	26
ภาพที่ 3.9 การถ่ายภาพศพและบาดแผล	27
ภาพที่ 3.10 ตัวอย่างการถ่ายภาพศพที่นอนอยู่บนเตียงชันสูตร	27
ภาพที่ 3.11 ตัวอย่างการถ่ายภาพรอยสักและสิ่งของติดตัว เพื่อระบุบุคคล	28
ภาพที่ 3.12 ตัวอย่างการถ่ายภาพหยดเลือดที่พื้นระยะใกล้	28
ภาพที่ 3.13 ตัวอย่างการถ่ายภาพบาดแผลถลอกกดกระแทก	29
ภาพที่ 3.14 ตัวอย่างการทำภาพเชิงซ้อน	29
ภาพที่ 3.15 ตัวอย่างการถ่ายภาพบาดแผลและวัตถุพยาน	30
ภาพที่ 3.16 ตัวอย่างการถ่ายภาพแบบมีและไม่มีสเกล	30
ภาพที่ 3.17 ตัวอย่างการถ่ายภาพบาดแผลที่มีแนวยาว	30
ภาพที่ 3.18 ตัวอย่างการถ่ายภาพที่ไม่ถูกต้อง	31
ภาพที่ 3.19 ภาพแสดงลักษณะการตั้งกล้องถ่ายภาพให้ตั้งฉากกับวัตถุพยาน	32
ภาพที่ 3.20 ตัวอย่างการถ่ายภาพวัตถุพยาน ณ ที่พบศพ	32
ภาพที่ 3.21 ตัวอย่างการถ่ายภาพวัตถุพยานเพื่อเปรียบเทียบกับบาดแผล	32
ภาพที่ 3.22 ตัวอย่างการถ่ายภาพวัตถุพยาน เม็ดกระสุนปืนลูกปรายและหมอนรองกระสุน	33
ภาพที่ 3.23 การถ่ายภาพบัตรที่มีนิ้ววามที่มีติดซึ่งมีไฟส่องจากด้านบน	33
ภาพที่ 6.1 แสดงหนังสือรับรองการตาย (ท.ร.4/1)	48
ภาพที่ 8.1 ตัวอย่างเอกสารที่แสดงกระบวนการงานการพิจารณาของศาล	61
ภาพที่ 8.2 ตัวอย่างวิดีโอแสดงขั้นตอนการสืบพยานในศาล	72
ภาพที่ 8.3 ตัวอย่างหมายเรียกพยานบุคคลของศาล	73

สารบัญภาพ (ต่อ)

	หน้า
ภาพที่ 8.4 ตัวอย่างใบรับหมายเรียกพยานบุคคล	74
ภาพที่ 9.1 แสดงหนองแมลงวันบริเวณศพ	157
ภาพที่ 9.2 การเกิด Livor mortis	157
ภาพที่ 9.3 จุดเลือดออกขนาดใหญ่สีม่วงคล้ำซึ่งเรียกว่า Tardieu's spot	157
ภาพที่ 9.4 การเปลี่ยนแปลงสีของผิวหนัง (Skin discoloration)	158
ภาพที่ 9.5 การบวมพองของศพจากก๊าซ (Bloating)	158
ภาพที่ 9.6 การเกิดตุ่มน้ำและการหลุดลอกของผิวหนัง (Skin bleb and slippage)	158
ภาพที่ 9.7 การหลุดร่วงของเส้นผม (Hair loss)	159
ภาพที่ 9.8 การหลุดลอกของเนื้อเยื่อออกจากกระดูก (Skeletonization)	159
ภาพที่ 9.9 การเปลี่ยนแปลงของใบหน้าจากการเน่าเปื่อย	159
ภาพที่ 9.10 ตัวอย่างบาดแผลจากการถูกมดกัดภายหลังตาย	160
ภาพที่ 9.11 แสดงเลือดออกบริเวณเนื้อเยื่อด้านหน้ากระดูกสันหลังระดับคอ	160
ภาพที่ 10.1 แสดงให้เห็นรอยสักในศพจมน้ำที่มีลักษณะเน่า	160
ภาพที่ 10.2 แสดงข้าวของติดตัวศพที่พบในขณะศพเป็นโครงกระดูก	161
ภาพที่ 10.3 เนื้องอกกระดูก button osteoma ในตำแหน่งที่เห็นชัด	161
ภาพที่ 12.1 การแขวนคอในท่าที่ไม่มีส่วนใดของร่างกายสัมผัสกับพื้น	91
ภาพที่ 12.2 การแขวนคอในท่าที่มีส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายสัมผัสกับพื้น	92
ภาพที่ 12.3 การกดรัดบริเวณผิวหนังส่วนคอ	92
ภาพที่ 12.4 รอยกดรัดบริเวณลำคอ	162
ภาพที่ 12.5 บาดแผลบริเวณลำคอซึ่งเกิดจากนิ้วมือและเล็บ	162
ภาพที่ 12.6 Choke hold	94
ภาพที่ 12.7 Carotid sleeper hold	94
ภาพที่ 12.8 Autoerotic asphyxia	95
ภาพที่ 13.1 Plastic bag smothering	162
ภาพที่ 13.2 บาดแผลฟกช้ำถลอกบริเวณด้านในริมฝีปากล่างในกรณี homicidal smothering	163
ภาพที่ 13.3 บาดแผลถลอกบริเวณแก้มลักษณะเป็นรอยเล็บจิกในกรณี Homicidal smothering	99
ภาพที่ 13.4 Complete airway obstruction can occur when the larynx is obstructed by a foreign body such as an aspirated piece of food	99
ภาพที่ 13.5 Facial congestion และ Petechiae จาก Mechanical asphyxia	163
ภาพที่ 13.6 Positional asphyxia	100
ภาพที่ 14.1 แสดงแผลซ้ำใหม่ (สีม่วง)	163

สารบัญภาพ (ต่อ)

	หน้า
ภาพที่ 14.2 แสดงแผลซ้ำเก่า (สีเหลือง)	164
ภาพที่ 14.3 แสดงรอยถูกตีด้วยวัตถุที่เป็นเส้นหรือท่อนยาว เช่น แส้, ท่อนเหล็ก หรือกิ่งไม้	164
ภาพที่ 14.4 แสดงบาดแผลถลอกถูครูดหรือเสียดสี (grazes)	164
ภาพที่ 14.5 แสดงบาดแผลถลอกขีดข่วน (scratches)	165
ภาพที่ 14.6 แสดงรูปร่างของบาดแผลถลอกตรงกับรอยดอกยางบนพื้นรองเท้า (Sole mark)	165
ภาพที่ 14.7 แสดงบาดแผลถลอกจากการกดกระแทก (imprint abrasions)	165
ภาพที่ 14.8 แสดง patterned abrasion จากแท่งเหล็ก	166
ภาพที่ 14.9 แสดงหลอดเลือดและเนื้อเยื่อที่ไม่ฉีกขาด	166
ภาพที่ 14.10 แสดงแผลฉีกขาดเนื้อหลุด (Avulsion)	166
ภาพที่ 14.11 แสดงบาดแผลถูกฟัน/เคียน (cut, slash)	104
ภาพที่ 14.12 แสดงการวัดความยาวของบาดแผลถูกแทง	105
ภาพที่ 14.13 แสดงกรณีที่พบบาดแผลถลอกฟกซ้ำจากสันมีดหรือด้ามมีด (hilt or guard mark)	105
ภาพที่ 14.14 แสดงบาดแผลถูกฟันหรือสับ	106
ภาพที่ 16.1 ภาพบาดแผลถูกกระแสน้ำไฟฟ้าทางเข้าบริเวณโคนนิ้วโป้ง	167
ภาพที่ 16.2 ภาพบาดแผลถูกกระแสน้ำไฟฟ้าทางเข้าบริเวณใกล้กับโคนนิ้วชี้	167
ภาพที่ 19.1 windshield injury	168
ภาพที่ 19.2 Dashboard injury	168
ภาพที่ 19.3 wedge shape fracture ที่ tibia และ fibula	133

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1.1 ประเด็นสำคัญ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง	3
ตารางที่ 4.1 ปริมาณและลักษณะสิ่งส่งตรวจทางพิษวิทยา	40
ตารางที่ 11.1 อาการและอาการสำคัญของสารพิษที่สำคัญ	88
ตารางที่ 13.1 ระดับออกซิเจนในบรรยากาศและผลกระทบต่อร่างกาย	98
ตารางที่ 18.1 แสดงระยะยิง ลักษณะบาดแผลทางเข้าและบาดแผลทางออกจากปืนลูกโตด (Gunshot wound)	124
ตารางที่ 18.2 แสดงระยะยิง ลักษณะบาดแผลทางเข้าและบาดแผลทางออกจากปืนลูกปราย (Shotgun Wound)	124
ตารางที่ 18.3 แสดงพฤติการณ์การตายจากหลักฐานประกอบต่าง ๆ	126

ภาค 1

แนวทางการดำเนินงาน ชั้นสูตรพลิกศพ





Forensic Medicine

บทที่ 1

กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการชันสูตรพลิกศพ

นายแพทย์บุญศักดิ์ หาญเทอดสิทธิ์

ในอดีตกาลก่อนพุทธศักราช 2457 มีธรรมเนียมการปฏิบัติของประเทศสยามและกฎหมายที่ไม่ได้บัญญัติเป็นการเฉพาะเกี่ยวกับการชันสูตรพลิกศพไว้บ้าง คือ ให้มีการตรวจศพในกรณีสงสัยว่าถูกผู้อื่นฆ่าตายเท่านั้น ต่อมา มีการออกพระราชบัญญัติชันสูตรพลิกศพ พ.ศ. 2457 ให้ชันสูตรพลิกศพในสองกรณี ทั้งปรากฏแน่ชัดหรือมีเหตุสงสัยว่ามีการฆ่าตัวตาย หรือถูกฆ่าตาย (กฎหมายฉบับนี้ใช้คำว่า “ฆาฏกรรม”) แต่ไม่ได้บังคับใช้ทั่วประเทศ จะใช้บังคับในเมืองใดต้องประกาศในราชกิจจานุเบกษาอีกเป็นครั้ง ๆ ไป ต่อมาได้มีการจัดทำประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา พ.ศ. 2477 ขึ้น ซึ่งมีเรื่องการชันสูตรพลิกศพอยู่ด้วย โดยลักษณะการตายที่ต้องมีการชันสูตรพลิกศพนั้น ได้ถูกเพิ่มขึ้นมาอีกสามกรณีนอกจากฆ่าตัวตายและถูกผู้อื่นฆ่าตาย และไม่เปลี่ยนแปลงมาจนกระทั่งปัจจุบัน ส่วนเรื่องชันสูตรพลิกศพส่วนอื่นนั้นมีการแก้ไขเรื่อยมาจนกระทั่งใน พ.ศ. 2542 ได้มีการแก้ไขครั้งสำคัญ โดยพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา (ฉบับที่ 21) พ.ศ. 2542 ซึ่งปรับปรุงสาระสำคัญเรื่องบุคคลผู้ชันสูตรพลิกศพ (จากแพทย์ประจำตำบล; ไม่ได้จบแพทยศาสตร์บัณฑิต; พ.บ.) หรือแพทย์อื่นเป็นแพทย์ (จบ พ.บ.) ตามลำดับ ได้แก่ แพทย์นิติเวช แพทย์ประจำโรงพยาบาลของรัฐ แพทย์ประจำสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และแพทย์ประจำโรงพยาบาลเอกชนหรือแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนเป็นอาสาสมัคร และในกรณีการตายจากการกระทำของเจ้าพนักงาน ได้เปลี่ยนจากแพทย์ประจำตำบลร่วมกับผู้พิพากษาศาลชั้นต้นนายหนึ่งเป็นแพทย์ (พ.บ.) ร่วมกับพนักงานอัยการและปลัดอำเภอหรือเทียบเท่า และล่าสุดได้แก้ไขเพิ่มเติมเนื้อหาจากฉบับ พ.ศ. 2542 โดยพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา (ฉบับที่ 27) พ.ศ. 2550 โดยสรุป ในปัจจุบันเมื่อมีการตายโดยผิดธรรมชาติ หรือตายในระหว่างอยู่ในความควบคุมของเจ้าพนักงาน จะต้องมีการชันสูตรพลิกศพตามกฎหมาย โดยกฎหมายที่เกี่ยวข้องมีหลายระดับ ตั้งแต่ประมวลกฎหมาย พระราชบัญญัติ ข้อบังคับ ระเบียบ คำสั่ง และประกาศต่าง ๆ ซึ่งสรุปเนื้อหาได้ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1.1 ประเด็นสำคัญและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ประเด็น	สาระสำคัญ
1. ทำไมต้องมีการชันสูตรพลิกศพ	ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา (ป.วิ.อ.) มาตรา 148 ² บัญญัติว่า ถ้ามีการตายโดยผิดธรรมชาติ หรือตายในระหว่างอยู่ในความควบคุมของเจ้าพนักงาน ต้องมีการชันสูตรพลิกศพ และ มาตรา 129 บัญญัติว่า ถ้าเป็นกรณีกระทำความผิดอาญา ห้ามฟ้องผู้ต้องหาไปยังศาล ถ้าการชันสูตรพลิกศพยังไม่เสร็จสิ้น และตามหลักมนุษยธรรมสากลและรัฐธรรมนูญต้องไม่มีการตายโดยถูกผู้อื่นทำให้ตาย จึงต้องพิสูจน์การตายนั้น

² มาตรา 148 วรรคแรก แก้ไขเพิ่มเติมโดย พ.ร.บ.แก้ไขเพิ่มเติม ป.วิ.อ. (ฉบับที่ 6) พ.ศ.2499

ตารางที่ 1.1 (ต่อ)

ประเด็น	สาระสำคัญ
2. ลักษณะการตายที่ต้อง ทำการชันสูตรพลิกศพ	<p>ป.วิ.อ. มาตรา 148 เมื่อปรากฏแน่ชัดหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าบุคคลใดตายโดยผิดธรรมชาติ หรือตายในระหว่างอยู่ในความควบคุมของเจ้าพนักงาน³ ให้มีการชันสูตรพลิกศพ เว้นแต่ตายโดยการประหารชีวิตตามกฎหมาย การตายโดยผิดธรรมชาติ⁴ คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) ฆ่าตัวตาย (2) ถูกผู้อื่นทำให้ตาย (3) ถูกสัตว์ทำร้ายตาย (4) ตายโดยอุบัติเหตุ (5) ตายโดยยังมีปรากฏเหตุ
3. การจัดการเมื่อพบ การตายผิดธรรมชาติ	<p>ป.วิ.อ. มาตรา 149 ความตายผิดธรรมชาติเกิดขึ้น ณ ที่ใด ให้เป็นหน้าที่ของสามี ภริยา ญาติมิตรสหาย หรือผู้ปกครองของผู้ตายที่รู้เรื่องการตายเช่นนั้นจัดการดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) เก็บศพไว้ ณ ที่ซึ่งพบนั้นเองเพียงเท่าที่จะทำได้ (2) ไปแจ้งความแก่พนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจโดยเร็วที่สุด <p>หน้าที่ดังกล่าวในวรรคแรกนั้นมีตลอดถึงผู้อื่นซึ่งได้พบศพในที่ซึ่งไม่มีสามีภริยา ญาติมิตรสหาย หรือผู้ปกครองของผู้ตายอยู่ในที่นั้นด้วย</p> <p>⁵ผู้ใดละเลยไม่กระทำหน้าที่ดังบัญญัติไว้ในมาตรานี้ ต้องระวางโทษปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท</p>
4. หน้าที่ของพนักงาน สอบสวนเมื่อได้รับแจ้ง การตายโดยผิดธรรมชาติ	<p>ป.วิ.อ. มาตรา 150 วรรคสอง ให้เป็นหน้าที่ของพนักงานสอบสวนแจ้งแก่ผู้มีหน้าที่ไปทำการชันสูตรพลิกศพทราบ และก่อนการชันสูตรพลิกศพให้พนักงานสอบสวนแจ้งให้สามี ภริยา ผู้บุพการี ผู้สืบสันดาน ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้อนุบาล หรือญาติของผู้ตายอย่างน้อยหนึ่งคนทราบเท่าที่จะทำได้</p>
5. ผู้มีหน้าที่ต้องชันสูตร พลิกศพ ณ ที่ ๆ ศพอยู่ กรณีตายผิดธรรมชาติ	<p>ป.วิ.อ. มาตรา 150 วรรคแรก ...พนักงานสอบสวนแห่งท้องที่ที่ศพนั้นอยู่กับแพทย์ทางนิติเวชศาสตร์ซึ่งได้รับวุฒิบัตร หรือได้รับหนังสืออนุมัติจากแพทยสภาทำการชันสูตรพลิกศพ... ถ้าแพทย์ทางนิติเวชศาสตร์ดังกล่าวไม่มีหรือไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ ให้แพทย์ประจำโรงพยาบาลของรัฐปฏิบัติหน้าที่ ถ้าแพทย์ประจำโรงพยาบาลของรัฐไม่มีหรือไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ ให้แพทย์ประจำสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปฏิบัติหน้าที่ ถ้าแพทย์ประจำสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดไม่มีหรือไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ ให้แพทย์ประจำโรงพยาบาลของเอกชนหรือแพทย์ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ขึ้นทะเบียนเป็นแพทย์อาสาสมัครตามระเบียบของกระทรวงสาธารณสุขปฏิบัติหน้าที่</p>

³ ก่อนที่การชันสูตรพลิกศพจะถูกบัญญัติไว้ใน ป.วิ.อ. มีการใช้พระราชบัญญัติชันสูตรพลิกศพ พ.ศ. 2457 ซึ่งมาตรา 7 ข้อ 1 นั้นบัญญัติว่า ฆาตกรรมอันเป็นวิสามัญนั้น คือ ผู้ตาย ๆ ด้วยเจ้าพนักงานฆ่าตาย ในเวลากระทำการตามหน้าที่ (มักเรียกว่า วิสามัญฆาตกรรม) ซึ่งเมื่อมี พ.ร.บ. ให้ใช้ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา พ.ศ. 2477 แล้ว พ.ร.บ. ชันสูตรพลิกศพจึงถูกยกเลิกไป และไม่มีคำว่า วิสามัญฆาตกรรม ปรากฏอยู่ในกฎหมายอีกเลย

⁴ กรณี (3) (4) และ (5) แพทย์สามารถมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ออกชันสูตรที่พบศพแทนได้ ตามพระราชบัญญัติว่าด้วยการมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ไปร่วมชันสูตรพลิกศพตามมาตรา 148 (3) (4) และ (5) แห่งประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา พ.ศ. 2550 และพระราชกฤษฎีกาขยายระยะเวลาการใช้อำนาจมาตรา 7 แห่งพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา (ฉบับที่ 21) พ.ศ. 2542 พ.ศ. 2560 มาตรา 3 กำหนดให้ขยายระยะเวลาออกไปอีกจากเดิม 31 ธันวาคม พ.ศ. 2560 เป็นจนถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2565 และมีแนวโน้มจะต้องขยายระยะเวลาต่อไปอีก

⁵ มาตรา 149 วรรคสาม แก้ไขเพิ่มเติมโดย พ.ร.บ. แก้ไขเพิ่มเติม ป.วิ.อ. (ฉบับที่ 21) พ.ศ. 2542

ตารางที่ 1.1 (ต่อ)

ประเด็น	สาระสำคัญ
6. ผู้มีหน้าที่ต้องชันสูตรพลิกศพ ณ ที่ ๆ ศพอยู่ กรณีตายในระหว่างอยู่ในความควบคุม ⁶ ของเจ้าพนักงานฯ	ป.วิ.อ. มาตรา 150 วรรคสาม ในกรณีที่มีความตายเกิดขึ้นโดยการกระทำของเจ้าพนักงาน ซึ่งอ้างว่าปฏิบัติตามหน้าที่หรือตายในระหว่างอยู่ในความควบคุมของเจ้าพนักงานซึ่งอ้างว่าปฏิบัติตามหน้าที่ ให้พนักงานอัยการและพนักงานฝ่ายปกครองตำแหน่งตั้งแต่ระดับปลัดอำเภอหรือเทียบเท่าขึ้นไปแห่งท้องที่ที่ศพนั้นอยู่เป็นผู้ชันสูตรพลิกศพร่วมกับพนักงานสอบสวนและแพทย์ตามวรรคหนึ่ง
7. บทบาทของแพทย์เอกชนหรือผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ร่วมชันสูตรพลิกศพ	ป.วิ.อ. มาตรา 150 วรรคแรก ให้แพทย์ดังกล่าวเป็นเจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญา และต้องทำเอกสารดังจะกล่าวต่อไปด้วย
8. สถานที่และเวลาที่เกี่ยวข้องกับการชันสูตรพลิกศพ	<p>ป.วิ.อ. 155 วรรคแรก ประกอบ มาตรา 130 ให้นำเรื่องการสอบสวนมาใช้กับการชันสูตรพลิกศพโดยอนุโลม และการสอบสวนจะทำได้ เวลาใด ก็ได้ตามแต่เห็นสมควร แต่ต้องกระทำโดยมิชักช้า</p> <p>ป.วิ.อ. มาตรา 150 วรรคแรก กำหนดว่าต้องมีการชันสูตรพลิกศพโดยเร็ว (ชันสูตร ณ ที่พบศพ) และมาตรา 150 ทวิ กำหนดโดยอ้อม ๆ ว่าต้องมีการชันสูตรพลิกศพ ณ ที่พบศพ คือ ... ผู้ใดกระทำการใด ๆ แก่ศพหรือสภาพแวดล้อม ในบริเวณที่พบศพก่อนการชันสูตรพลิกศพเสร็จสิ้น ...ต้องระวางโทษจำคุก... แต่มีข้อยกเว้น อาจเคลื่อนย้ายศพก่อนการชันสูตรพลิกศพเสร็จสิ้น คือ</p> <p>ป.วิ.อ. มาตรา 150 ทวิ⁷ ผู้ใดกระทำการใด ๆ แก่ศพหรือสภาพแวดล้อม ในบริเวณที่พบศพก่อนการชันสูตรพลิกศพเสร็จสิ้น ในประการที่น่าจะทำการชันสูตรพลิกศพ หรือผลทางคดีเปลี่ยนแปลงไป เว้นแต่ จำเป็นต้องกระทำเพื่อป้องกันอันตราย แก่อนามัยของประชาชน หรือเพื่อประโยชน์สาธารณะอย่างอื่น ต้องระวางโทษจำคุก ตั้งแต่หกเดือน</p> <p>ในกรณีที่ชันสูตร ณ ที่พบศพแล้วยังไม่ทราบเหตุตาย สามารถส่งศพไปผ่าชันสูตรได้ตาม ป.วิ.อ. มาตรา 151</p> <p>ป.วิ.อ. มาตรา 151 ในเมื่อมีการจำเป็นเพื่อพบเหตุของการตาย เจ้าพนักงานผู้ทำการชันสูตรพลิกศพมีอำนาจสั่งให้ผ่าศพแล้วแยกธาตุส่วนใด หรือจะให้ส่งทั้งศพหรือบางส่วนไปยังแพทย์ หรือพนักงานแยกธาตุของรัฐบาลก็ได้</p> <p>แต่มีคำสั่งกระทรวงมหาดไทยที่ 408/2517 ข้อ 319 และประมวลระเบียบการตำรวจเกี่ยวกับคดีลักษณะ 10 การชันสูตรพลิกศพ บทที่ 1 อำนาจและหน้าที่ในการชันสูตรพลิกศพ ข้อ 6 วรรค 5 (5) ระบุว่าให้พยายามหลีกเลี่ยงการผ่าศพ เพื่อมิให้เป็นการผิดต่อลัทธิศาสนาอิสลาม ซึ่งเมื่อมีการตายเกิดขึ้นต้องรีบนำไปทำพิธีทางศาสนาโดยเร็ว ดังนั้น ถ้าจำเป็นต้องผ่าศพจริง ๆ ก็สามารถทำได้และทำให้น้อยที่สุด</p>

⁶ คำว่า “ควบคุม” ในที่นี้หมายความว่า การควบคุมหรือกักขังผู้ถูกจับโดยพนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจในระหว่างการสืบสวนสอบสวนตาม ป.วิ.อ. มาตรา 2 (21) และรวมถึงการกักขังจำเลยหรือผู้ต้องหาโดยศาล ตาม ป.วิ.อ. มาตรา 2 (22) ด้วย ดังนั้น ไม่ว่าจะอยู่ในห้องขัง (โรงพักตำรวจ) เรือนจำ สถานพยาบาล หรือสถานที่อื่น ๆ ก็ตาม ที่มีการควบคุมจากเจ้าหน้าที่ดังกล่าว และแม้ว่าตายจากโรคธรรมชาติ เช่น เส้นโลหิตแตกในสมอง ก็ต้องถือว่าตายอยู่ในระหว่างการควบคุมของเจ้าพนักงานต้องชันสูตรพลิกศพ (คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 106/2501 ประชุมใหญ่) และรวมถึงการควบคุมตามมาตรการบังคับทางกฎหมายด้วย เช่น กรณีตาม ป.วิ.อ. มาตรา 14 วรรคสอง ที่บัญญัติให้มีการส่งตัวผู้ต้องหาหรือจำเลยซึ่งเป็นผู้วิกลจริตและไม่สามารถต่อสู้คดีได้ไปยังโรงพยาบาล ถ้าตายระหว่างอยู่ในโรงพยาบาลก็ต้องมีการชันสูตรพลิกศพเสีย

⁷ มาตรา 150 ทวิ เพิ่มเติมโดยพ.ร.บ.แก้ไขเพิ่มเติม ป.วิ.อ. (ฉบับที่ 21) พ.ศ. 2542

ตารางที่ 1.1 (ต่อ)

ประเด็น	สาระสำคัญ
9. รายงานที่เกี่ยวข้องกับการชันสูตรพลิกศพซึ่งแพทย์ต้องทำและเวลาที่กำหนด	<p>ในกรณีที่ไปตรวจที่เกิดเหตุ แพทย์ต้องทำ⁸</p> <ol style="list-style-type: none"> บันทึกรายละเอียดแห่งการชันสูตรพลิกศพ โดยต้องทำทันที ณ ที่พบศพ⁹ และต้องลงลายมือชื่อร่วมกันสองหรือสี่ฝ่ายแล้วแต่กรณี รายงานแนบท้ายบันทึกรายละเอียดแห่งการชันสูตรพลิกศพ โดยต้องทำภายใน 7 วัน นับแต่วันที่รับแจ้งเรื่อง ถ้ามีความจำเป็นให้ขยายระยะเวลาออกไปได้ไม่เกินสองครั้ง ครั้งละไม่เกินสามสิบวัน แต่ต้องบันทึกเหตุผลและความจำเป็น ในการขยายระยะเวลาทุกครั้งไว้ในสำนวนชันสูตรพลิกศพ¹⁰ (รวม 67 วัน) โดยแพทย์ลงลายมือชื่อแต่เพียงผู้เดียว <p>กรณีเอาศพเข้ามาผ่าเพื่อชันสูตรหาสาเหตุตาย แพทย์ผู้ผ่าศพชันสูตรต้องทำรายงานชันสูตรพลิกศพมีรายละเอียดตาม มาตรา 152 ให้แพทย์ หรือพนักงานแยกธาตุของรัฐบาลปฏิบัติดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) ทำรายงานถึงสภาพของศพ หรือส่วนของศพ ตามที่พบเห็น หรือตามที่ปรากฏจากการตรวจพร้อมทั้งความเห็นในเรื่องนั้น (2) แสดงเหตุที่ตายเท่าที่จะทำได้ (3) ลงวันเดือนปีและลายมือชื่อในรายงาน แล้วจัดการส่งไปยัง เจ้าพนักงานผู้ทำการชันสูตรพลิกศพ <p>รายงานการผ่าศพนี้ไม่มีกฎหมายกำหนดระยะเวลาแล้วเสร็จไว้โดยตรง สำหรับกรณีตายผิดธรรมชาติที่ไม่ได้อยู่ในความควบคุมของเจ้าพนักงานฯ หรือถูกกระทำโดยเจ้าพนักงานฯ พนักงานสอบสวนจะต้องส่งสำนวนไปยังพนักงานอัยการเมื่อชันสูตรพลิกศพเสร็จสิ้นโดยเร็ว (ป.วิ.อ. มาตรา 150 วรรคแรกตอนท้าย) เพื่อให้ดำเนินตาม ป.วิ.อ. มาตรา 156 ต่อไป แต่สำหรับกรณีตายในความควบคุมของเจ้าพนักงานฯ หรือถูกกระทำโดยเจ้าพนักงานฯ พนักงานสอบสวนมีเวลาทำสำนวนชันสูตรพลิกศพให้แล้วเสร็จภายในเก้าสิบวัน ก่อนที่จะต้องส่งให้พนักงานอัยการทำคำร้องต่อศาลเพื่อไต่สวนชันสูตรพลิกศพ ตาม ป.วิ.อ. มาตรา 150 วรรคสี่ ซึ่งสำนวนชันสูตรพลิกศพต้องมีส่วนรายงานแพทย์ที่แสดงเหตุตายไว้ด้วย ดังนั้นจึงเป็นการบังคับโดยปริยายที่แพทย์ต้องทำรายงานการผ่าศพให้เสร็จภายในระยะเวลาเก้าสิบวันด้วย (ควรเสร็จก่อนพอสมควร เพื่อให้พนักงานสอบสวนมีเวลาทำสำนวนจากความเห็นของแพทย์ ซึ่งโดยหลักจะใช้ระยะเวลาตามรายงานแนบท้ายบันทึกรายละเอียดแห่งการชันสูตรพลิกศพ คือ ประมาณสองเดือน)</p>

⁸ กรณีเจ้าหน้าที่ออกชันสูตรแทนแพทย์ ให้ทำเฉพาะบันทึกรายละเอียดแห่งการชันสูตรพลิกศพ ส่วนรายงานแนบท้ายฯ นั้นเป็นหน้าที่แพทย์ทำ

⁹ ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 150 วรรคแรก

¹⁰ ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 150 วรรคแรก

ตารางที่ 1.1 (ต่อ)

ประเด็น	สาระสำคัญ
10. รายงานที่พนักงานสอบสวนต้องทำ	ป.วิ.อ. มาตรา 154 ให้ผู้ชันสูตรพลิกศพทำความเห็นเป็นหนังสือแสดงเหตุและพฤติการณ์ที่ตาย ผู้ตายคือใคร ตายที่ไหน เมื่อใด ถ้าตายโดยคนทำร้าย ให้กล่าวว่าใครหรือสงสัยว่าใครเป็นผู้กระทำผิด เท่าที่จะทราบได้ ¹¹
11. ความผิดและโทษเกี่ยวกับการกระทำการใด ๆ แก่ศพ	<p>ป.วิ.อ. มาตรา 150 ทวิ ผู้ใดกระทำการใด ๆ แก่ศพหรือสภาพแวดล้อม ในบริเวณที่พบศพก่อนการชันสูตรพลิกศพเสร็จสิ้น ในประการที่จำเป็นทำให้การชันสูตรพลิกศพหรือผลทางคดีเปลี่ยนแปลงไป เว้นแต่จำเป็นต้องกระทำเพื่อป้องกันอันตรายแก่อนามัยของประชาชนหรือเพื่อประโยชน์สาธารณะอย่างอื่น¹² ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่หกเดือนถึงสองปี หรือปรับตั้งแต่หนึ่งหมื่นบาทถึงสี่หมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ</p> <p>ถ้าการกระทำความผิดตามวรรคหนึ่งเป็นการกระทำโดยทุจริต หรือเพื่ออำพรางคดี ผู้กระทำความผิดต้องระวางโทษเป็นสองเท่าของโทษ ที่กำหนดไว้สำหรับความผิดนั้น¹³</p> <p>ป.วิ.อ. มาตรา 184 ผู้ใดเพื่อจะช่วยเหลือผู้อื่นมิให้ต้องรับโทษ หรือให้รับโทษน้อยลง ทำให้เสียหาย ทำลาย ซ่อนเร้น เอาไปเสีย หรือทำให้สูญหายหรือไร้ประโยชน์ซึ่งพยานหลักฐานในการกระทำความผิด ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินห้าปี หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ</p> <p>ป.วิ.อ. มาตรา 199 ผู้ใดลอบฝัง ซ่อนเร้น ย้ายหรือทำลายศพหรือส่วนของศพ เพื่อปิดบังการเกิด การตาย หรือเหตุแห่งการตาย ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งปี หรือปรับไม่เกินสองพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ</p> <p>พระราชบัญญัติการทะเบียนราษฎร พ.ศ. 2534 มาตรา 24 ห้ามมิให้ผู้ใดเก็บ ฝัง เผา ทำลาย หรือย้ายศพไปจากสถานที่หรือบ้านที่มีการตาย เว้นแต่ได้รับอนุญาตจากนายทะเบียนผู้รับแจ้ง ในกรณีที่ต้องย้ายศพเพื่อความปลอดภัยหรือสวัสดิภาพของประชาชน ให้พนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจมีอำนาจกระทำได้ และมาตรา 25 ถ้ามีเหตุอันควรสงสัยว่าคนตายด้วยโรคติดต่ออันตรายหรือตายโดยผิดธรรมชาติ ให้นายทะเบียนผู้รับแจ้งรีบแจ้งต่อเจ้าพนักงานผู้มีหน้าที่ตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่ออันตรายหรือพนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจ และให้รอการออกมรณบัตรไว้ก่อน จนกว่าจะได้รับความเห็นชอบจากเจ้าพนักงานดังกล่าว</p>

¹¹ กรณีแพทย์นิติเวชออกไปชันสูตรศพที่พบศพและเอาศพเข้ามาผ่าชันสูตร รายงานแนบท้ายตามมาตรา 150 วรรคแรกและรายงานชันสูตรพลิกศพตามมาตรา 152 ทำรวมเป็นฉบับเดียวกันได้ เพราะกฎหมายมิได้กำหนดให้ทำแยกฉบับ ส่วนหน้าที่ของผู้ชันสูตรพลิกศพซึ่งหมายถึงพนักงานสอบสวน แพทย์เป็นเพียงผู้ช่วยเหลือผู้ชันสูตรพลิกศพ เนื่องจากหนังสือดังกล่าวให้ระบุว่ามีผู้ใดทำให้ตาย (กรณีถูกฆ่าตาย) ซึ่งไม่ใช่หน้าที่แพทย์โดยตรง

¹² ดังนั้น จะเห็นว่าการกระทำที่ไม่เป็นความผิด คือ กระทำใด ๆ โดยที่ไม่มีผลต่อการชันสูตรพลิกศพหรือผลทางคดีเปลี่ยนแปลงไป หรือจำเป็นต้องกระทำเพื่อป้องกันอันตรายแก่อนามัยของประชาชน เช่น ผู้ตายอาจติดโรคระบาดร้ายแรงต้องรีบเก็บศพ หรือเพื่อประโยชน์สาธารณะอย่างอื่น เช่น ผู้ตายนอนตายอยู่กลางถนน ควรย้ายเข้ามาข้างทางเพื่อให้การจราจรสะดวก เป็นต้น นอกจากนี้ การกระทำที่จะเป็นความผิดนั้นต้องอาศัยเจตนาตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 59 ประกอบมาตรา 17 ด้วย ดังนั้น การมีเจตนาช่วยเหลือผู้ป่วยเพราะไม่รู้ข้อเท็จจริงว่าตายแล้วจึงไม่มีความผิด

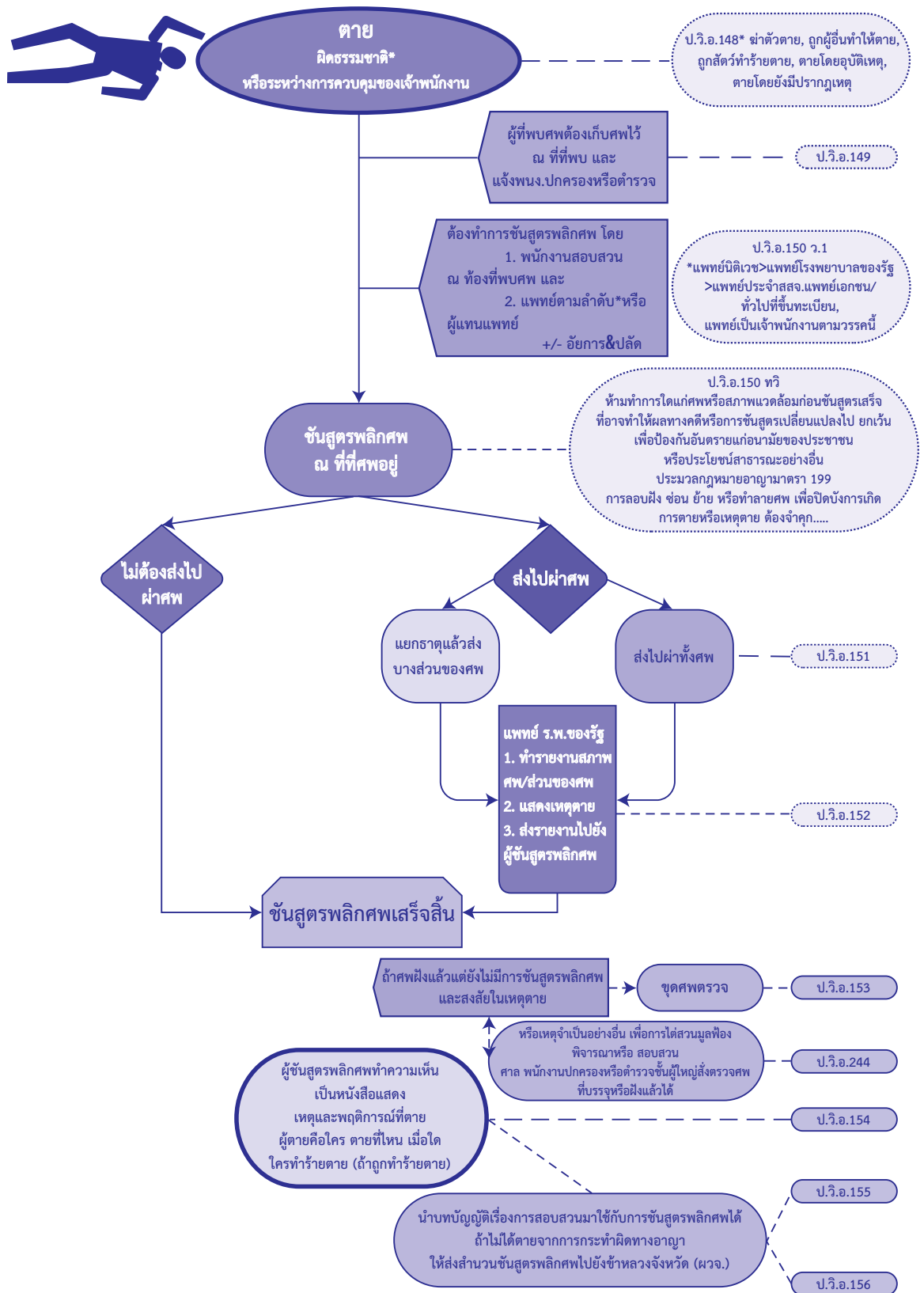
¹³ เคยมีคดีอันโด่งดังในอดีตที่ผู้ว่าราชการจังหวัดหนึ่งถูกฆาตกรรม ซึ่งแพทย์ได้เบิกความถึงการที่ศพถูกเปลี่ยนท่าทางแล้วทำให้ผลของการชันสูตรพลิกศพเปลี่ยนแปลง อันทำให้จำเลยต้องรับผิดตาม ป.วิ.อ. มาตรา 150 ทวิ วรรคสองนี้ (คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 5953/2549)

ตารางที่ 1.1 (ต่อ)

ประเด็น	สาระสำคัญ
12. การชุดศพตรวจกรณียังไม่เคยมีการชันสูตรพลิกศพและศพถูกฝังแล้ว	ป.วิ.อ. มาตรา 153 ถ้าศพฝังไว้แล้ว ให้ผู้ชันสูตรพลิกศพจัดให้ชุดศพขึ้นเพื่อตรวจดู เว้นแต่จะเห็นว่าไม่จำเป็นหรือจะเป็นอันตรายแก่อนามัยของประชาชน
13. การตรวจศพที่ถูกบรรจุหรือฝังแล้วโดยผู้เชี่ยวชาญ	ป.วิ.อ. มาตรา 244 ถ้าศาลหรือพนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจชั้นผู้ใหญ่เห็นจำเป็นเนื่องในการไต่สวนมูลฟ้อง พิจารณา หรือสอบสวน ที่จะต้องตรวจศพ แม้ว่าจะได้บรรจุหรือฝังแล้วก็ตาม ให้มีอำนาจสั่งให้เอาศพนั้นให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจได้ แต่การกระทำตามคำสั่งดังกล่าวจะต้องคำนึงถึงหลักทางศาสนา และไม่ก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรงอย่างอื่น ¹⁴ (ทั้งกรณีที่มีการชันสูตรพลิกศพแล้วหรือยังไม่มีมีการชันสูตรพลิกศพ)
14. การขอตรวจศพโดยผู้เชี่ยวชาญกรณีอื่น	โดยปกติขั้นตอนการตรวจศพถือเป็นส่วนหนึ่งของการสอบสวนตาม ป.วิ.อ. มาตรา 155 วรรคแรก ซึ่งเป็นการรวบรวมพยานหลักฐานของฝ่ายรัฐที่เป็นโจทก์ ไม่ใช่การสืบพยานของฝ่ายผู้ต้องหาหรือจำเลย ดังนั้น ถ้าผู้ต้องหาหรือจำเลยมีข้อระแวงว่าการชันสูตรพลิกศพจะไม่ถูกต้องและเป็นธรรม ผู้ต้องหาหรือจำเลยมีเหตุที่ต้องการจะตรวจพิสูจน์ศพโดยผู้เชี่ยวชาญฝ่ายตนเพื่อเตรียมหักล้างพยานโจทก์ได้ ตาม ป.วิ.อ. มาตรา 237 ทวิ และ 237 ตรี ซึ่งถือเป็นการสืบพยานผู้เชี่ยวชาญในชั้นก่อนฟ้องคดีต่อศาล หรือฟ้องแล้วแต่ยังไม่ถึงวันสืบพยานตามปกติ
15. ค่าตอบแทนผู้ชันสูตรพลิกศพ	ป.วิ.อ. มาตรา 150 วรรค 12 บัญญัติว่า แพทย์ตามวรรคหนึ่ง เจ้าพนักงานผู้ได้ทำการชันสูตรพลิกศพ และผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญที่ศาลขอมาให้ความเห็นตามมาตรานี้ มีสิทธิได้รับค่าตอบแทน หรือค่าป่วยการ ค่าพาหนะเดินทาง และค่าเช่าที่พักตามระเบียบที่กระทรวงยุติธรรมกำหนดโดยความเห็นชอบของกระทรวงการคลัง

¹⁴ มาตรา 244 แก้ไขเพิ่มเติมโดย พ.ร.บ.แก้ไขเพิ่มเติม ป.วิ.อ. (ฉบับที่ 28) พ.ศ. 2551

กระบวนการชันสูตรพลิกศพคดี ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 148-156



เอกสารอ้างอิง

เข็มชัย ชูติวงศ์. (2557). *คำอธิบาย กฎหมายลักษณะพยาน*. (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: สำนักอบรมศึกษากฎหมาย
แห่งเนติบัณฑิตยสภา.

“พระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา (ฉบับที่ 21) พ.ศ. 2542” (2542, 30
ธันวาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 116 ตอนที่ 137 ก. หน้า 17-22.

“พระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา (ฉบับที่ 27) พ.ศ. 2550” (2551, 8 มกราคม).
ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 125 ตอนที่ 3 ก. หน้า 15.

“พระราชบัญญัติชั้นสูตรพลิกศพ พ.ศ. 2457” (2457, 28 เมษายน). ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 31 ตอนที่ 1 ก. หน้า 92.

“พระราชบัญญัติว่าด้วยการมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ไปร่วมชั้นสูตรพลิกศพตามมาตรา 148 (3) (4) และ (5)
แห่งประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา พ.ศ. 2550” (2550, 1 พฤษภาคม). ราชกิจจานุเบกษา
เล่มที่ 124 ตอนที่ 22 ก. หน้า 1-3.

“พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา พ.ศ. 2477” (2478, 10 มิถุนายน). ราชกิจจานุเบกษา
เล่มที่ 52 ตอนที่ 1 ก. หน้า 598.

บทที่ 2

การตรวจศพ ณ สถานที่พบศพ (Postmortem inquest at scene)

นายแพทย์บุญศักดิ์ หาญเทอดสิทธิ์

ความจำเป็นของการตรวจสถานที่เกิดเหตุ^(1,2)

เคยมีผู้กล่าวไว้ว่าส่วนสำคัญที่สุดในการตรวจศพที่ตายอย่างน่าสงสัย คือ การตรวจสถานที่พบศพอย่างละเอียด เพราะสถานที่เกิดเหตุ (สถานที่พบศพถือเป็นสถานที่เกิดเหตุด้วย) เป็นแหล่งรวมของวัตถุพยาน ที่สำคัญต่างๆ ไว้ ถ้าผู้ตรวจสถานที่เกิดเหตุรู้จักหา รู้จักเก็บ และส่งต่อพยานหลักฐานที่ถูกต้อง (chain of evidence) ก็จะได้ประโยชน์จากการตรวจสถานที่เกิดเหตุมาก โดยอาศัยหลักการที่ว่า วัตถุสองสิ่งเมื่อสัมผัสกันจะต้องมีการแลกเปลี่ยนชิ้นส่วนซึ่งกันและกัน (Locard's principle of interchange) ในกรณีที่มีการฆาตกรรมเกิดขึ้น ฆาตกรอาจทิ้งร่องรอยหรือหลักฐานไว้ ณ ที่เกิดเหตุ และอาจทิ้งร่องรอยไว้ที่ตัวผู้ตาย หรือสิ่งที่เป็นของผู้ตายอาจติดไปกับตัวคนร้ายก็ได้ (โดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจ) ซึ่งต่อมาภายหลังเมื่อนำพยานหลักฐานทั้งหมดมาวิเคราะห์ ก็จะได้ความเชื่อมโยงกันระหว่างผู้ต้องสงสัย ผู้ตาย และสถานที่เกิดเหตุได้ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องตรวจสถานที่เกิดเหตุอย่างละเอียดถี่ถ้วนและด้วยความรอบคอบ จึงจะได้ข้อมูลต่างๆ ครบเพื่อให้นำมาประมวลเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้องมากที่สุด ซึ่งกฎหมายในประเทศไทยกำหนดให้แพทย์หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายแทนแพทย์ต้องไปชันสูตรพลิกศพ ณ ที่พบศพด้วย แต่อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า แพทย์ที่ไม่ใช่แพทย์นิติเวชออกไปร่วมชันสูตรพลิกศพ ณ ที่พบศพเพียงร้อยละ 16.2 เท่านั้น

ความหมายของสถานที่เกิดเหตุ⁽¹⁾

ในกรณีฆาตกรรม สถานที่พบศพอาจเป็นสถานที่ทั้งศพ (ตายมาก่อนจากที่อื่น) ที่ตาย หรือที่เกิดการกระทำ (แต่ยังไม่ตาย ไปตายอีกที่หนึ่ง) ซึ่งจากการศึกษาพบว่า สถานที่ที่ถูกฆ่ามักเป็นที่เดียวกับที่ตาย และเป็นที่เดียวกับสถานที่พบศพด้วย มีประมาณร้อยละ 6 เท่านั้นที่มีการนำศพไปทั้งที่อื่น ส่วนกรณีตายผิดธรรมชาติอื่นๆ ศพอาจถูกทำให้เคลื่อนที่ไปจากจุดที่ศพอยู่ครั้งแรก ด้วยปัจจัยหลายอย่าง เช่น ถูกน้ำพัดไป ถูกรถลากไป หรือถูกสัตว์คาบไป เป็นต้น จะเห็นได้ว่าสถานที่เกิดเหตุที่มีความหมายที่กว้าง ได้แก่ สถานที่พบศพ สถานที่ตาย สถานที่มีการกระทำ ความผิดเกิดขึ้น และรวมถึงสถานที่อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดด้วย การตรวจสถานที่เกิดเหตุต้องอาศัยบุคลากรที่สำคัญหลายฝ่ายทำงานร่วมกัน เช่น พนักงานสอบสวน นักนิติวิทยาศาสตร์ (เช่น วิทยาการตำรวจ) นักวิทยาศาสตร์ หรือผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ และแพทย์ เป็นต้น

กรณีใดบ้างที่แพทย์ต้องชันสูตรพลิกศพ ณ ที่พบศพ⁽³⁻⁶⁾

แม้สถานที่เกิดเหตุอาจมีได้หลายที่ดังกล่าวแล้ว แต่กฎหมายในประเทศไทยบัญญัติให้แพทย์ต้องไปชันสูตรพลิกศพ ณ ที่พบศพเท่านั้น (ศพอยู่ที่ไหน แพทย์ไปที่นั่น) และเฉพาะกรณีที่มีการตายผิดธรรมชาติ หรือตายในระหว่าง

อยู่ในความควบคุมของเจ้าพนักงานเท่านั้น ซึ่งการตายโดยผิดธรรมชาตินั้น คือ ฆ่าตัวตาย ถูกผู้อื่นทำให้ตาย ถูกสัตว์ทำร้ายตาย ตายโดยอุบัติเหตุ และตายโดยยังมีปรากฏเหตุ โดยในสามกรณีหลังนั้นแพทย์สามารถมอบหมายให้ผู้ที่ผ่านการอบรมทางนิติเวชศาสตร์ไปชันสูตรพลิกศพ ณ ที่พบศพแทนได้ ถ้ามีเหตุจำเป็น (จะได้ทราบรายละเอียดต่อไปในเรื่อง “กฎหมายชันสูตรพลิกศพ”) ดังนั้น จะเห็นได้ว่า แพทย์และเจ้าหน้าที่ชันสูตรพลิกศพแทนแพทย์ เป็นบุคลากรที่สำคัญในการชันสูตรพลิกศพ ณ ที่พบศพ เพื่อให้กระบวนการยุติธรรมนั้นสมบูรณ์

ต้องเตรียมตัวอย่างไร^(1,7)

สิ่งที่ต้องคำนึงถึงประการแรกในการตรวจสอบสถานที่พบศพ คือ ศพที่ตรวจนั้นอาจถูกฆ่าตาย เพราะจะทำให้ไม่ละเอียดในการตรวจสอบอย่างละเอียดตั้งแต่ต้น เนื่องจากมีบ่อยครั้งที่มิผู้ตรวจศพในที่พบศพเบื้องต้นแล้วสรุปว่าเป็นการตายโดยมีปรากฏเหตุ แต่ต่อมาพบว่าเป็นการฆาตกรรม เนื่องจากการฆาตกรรมนั้น มีหลายรูปแบบ ซึ่งอาจไม่ปรากฏบาดแผลให้เห็นภายนอกได้ หรือผู้ตรวจศพในเบื้องต้นอาจตรวจไม่พบบาดแผลที่อาจซ่อนอยู่ โดยเฉพาะในศพที่อ้วนมากหรือศพเน่า (ซึ่งในเวลาต่อมา ผู้ที่ตรวจพบบาดแผลดังกล่าวนั้น อาจเป็นพนักงานรักษาศพก็ได้) หรือศพทารกซึ่งเพิ่งเกิดใหม่และมีคราบไขหรือเลือดติดทั่วตัว ที่ถูกทิ้งในถังขยะ (ยังไม่ได้ล้าง) จึงคิดว่าเลือดมาจากการคลอด ทำให้ไม่ได้สนใจบาดแผลที่ซ่อนอยู่ (ภายหลังพบว่ามึบาดแผลที่คอจากถูกบีบคอ) และเมื่อไม่ได้ตรวจสอบสถานที่เกิดเหตุให้ละเอียดตั้งแต่ต้น เมื่อกลับไปตรวจสอบสถานที่เกิดเหตุใหม่ แม้ว่าทำได้ แต่ความน่าเชื่อถือของพยานหลักฐานจะลดลง หรือพยานหลักฐานต่างๆ อาจถูกทำลายไปแล้ว ยกเว้นได้มีการรักษาสถานที่เกิดเหตุนั้นไว้อย่างดี (แต่เป็นไปได้น้อยมาก เนื่องจากส่วนหนึ่งมาจากเบื้องต้น คิดว่าเป็นการตายผิดธรรมชาติทั่วไปที่ไม่ได้เกิดจากการฆาตกรรมและพนักงานสอบสวนมักทิ้งสถานที่เกิดเหตุไว้โดยไม่มีการปิดกั้น)

สิ่งที่ต้องคำนึงถึงประการต่อมา คือ เมื่อไปถึงสถานที่เกิดเหตุแล้วมักจะมีบุคคลหลายฝ่ายเข้ามาเกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นพนักงานสอบสวน (ร้อยเวร) ตำรวจฝ่ายสืบสวน อัยการ พนักงานฝ่ายปกครอง ญาติผู้ตาย ชาวบ้าน หรือแม้กระทั่งนักข่าว ซึ่งอาจทำให้แพทย์ทำงานไม่สะดวก และสำหรับผู้ที่ไม่ค่อยได้ตรวจสอบสถานที่เกิดเหตุ (อาจจะปีละ 1-2 ครั้ง) อาจตื่นเต้นหรือประหม่าได้ จึงอาจจะลืมขั้นตอนที่สำคัญๆ ในการตรวจสอบไป ดังนั้น จึงต้องมีการทบทวนความรู้ทางนิติเวชศาสตร์ในประเด็นที่สำคัญๆ ในช่วงสั้นๆ ก่อนออกไปตรวจที่เกิดเหตุ สิ่งที่จะช่วยแพทย์อย่างมากในการชันสูตรพลิกศพให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนคือ แบบบันทึกรายละเอียดแห่งการชันสูตรพลิกศพ ซึ่งกฎหมายบัญญัติไว้แล้วว่าให้ทำรายงานนี้ทันที ณ ที่พบศพนั่นเอง ต่อมาสำนักงานศาลยุติธรรมได้จัดทำคู่มือชันสูตรพลิกศพตามพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา (ฉบับที่ 21) พ.ศ. 2542 ขึ้น โดยมีแบบบันทึกรายละเอียดแห่งการชันสูตรพลิกศพให้ด้วย ซึ่งแพทย์สามารถประยุกต์ใช้แบบบันทึกดังกล่าวได้ ตามความเหมาะสมของแต่ละโรงพยาบาล และในปัจจุบันมีแบบฟอร์มตัวอย่างในคู่มือการชันสูตรพลิกศพ ซึ่งจัดทำโดยกระทรวงสาธารณสุข ตามตัวอย่างในหนังสือเล่มนี้

สำหรับข้อมูลที่มีในบันทึกรายละเอียดแห่งการชันสูตรพลิกศพ คือ ข้อมูลทั่วไปของศพ เพื่อให้ทราบว่าผู้ตายเป็นใคร เช่น ชื่อผู้ตาย เพศ อายุ อาชีพ ที่อยู่ โรคประจำตัว ประวัติอื่นๆ ที่อาจเกี่ยวข้องกับการตาย เป็นต้น ชื่อของพนักงานสอบสวน ชื่อแพทย์และผู้ช่วยชันสูตรพลิกศพ สภาพภูมิอากาศ (เช่น ร้อน เย็น เป็นต้น) การประมาณเวลาตายโดยอาศัยการเปลี่ยนแปลงหลังตาย ข้อมูลที่อาจบอกว่าผู้ตาย ตาย ณ ที่พบศพหรือไม่ ข้อมูลที่ช่วยระบุเหตุตายและพฤติกรรมที่ตาย และถ้าตายโดยถูกทำร้าย อาจต้องมีข้อมูลที่ช่วยระบุบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการตายด้วย

และสุดท้ายต้องมีการลงลายมือชื่อร่วมกับพนักงานสอบสวนด้วย (กรณีที่ย้ายในระหว่างอยู่ในความควบคุมของเจ้าพนักงาน ต้องมีพนักงานอัยการและพนักงานฝ่ายปกครอง ตั้งแต่ปลัดอำเภอขึ้นไปหรือเทียบเท่า ร่วมชั้นสูตรพลิกศพด้วยเสมอ)

อุปกรณ์สำคัญที่ต้องนำไปตรวจศพ ณ ที่พบศพ คือ กล้องถ่ายภาพ ใช้ได้ทั้งกล้องฟิล์มและกล้องดิจิทัล ซึ่งกล้องดิจิทัลจะใช้ได้สะดวกกว่าและสามารถดูรูปได้ทันที ถ้าถ่ายไม่ชัดจะสามารถถ่ายใหม่ได้ทันที มักมีคำถามว่าความน่าเชื่อถือของภาพถ่ายจากกล้องดิจิทัล (เป็นส่วนหนึ่งของพยานหลักฐานที่เรียกว่า digital forensic) เป็นอย่างไร ซึ่งมีกฎหมายที่เกี่ยวข้อง คือ พระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. 2550 มาตรา 25¹⁴ และพระราชบัญญัติว่าด้วยธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 มาตรา 6¹⁵ โดยสรุปแล้วถ้าบุคคลที่ถ่ายภาพนั้นมีความน่าเชื่อถือ (เช่น เป็นบุคคลผู้มีหน้าที่ตามกฎหมายในการชันสูตรพลิกศพ) และมีการรักษาความปลอดภัยของรูปนั้นอย่างดี (เช่น เก็บรูปนั้นไว้ในเครื่องคอมพิวเตอร์หรืออุปกรณ์อื่นๆ ที่มีระบบรักษาความปลอดภัย ไม่ให้เข้าถึงข้อมูลได้โดยง่าย โดยอาจจะมีการหุ้สผ่านและอาจจะต้องเปลี่ยนรหัสผ่าน ตามระยะเวลาที่เหมาะสม ผู้รู้รหัสผ่านมีเฉพาะผู้ที่ชันสูตรพลิกศพเท่านั้น และสามารถเรียกดูข้อมูล โดยผู้ที่เกี่ยวข้องได้อย่างรวดเร็ว) ตลอดจนมีระบบป้องกันการแก้ไขรูปภาพหรือข้อมูล ซึ่งการทำรายงานเป็นเอกสารบรรยายรายละเอียดต่างๆ ก็เป็นทางหนึ่งที่จะช่วยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่มาจากสองแหล่งได้ รวมทั้ง มีการบันทึกรูปภาพหรือข้อมูลไว้ในอุปกรณ์ที่ไม่สามารถลบได้ (เช่น DVD-R, CD-R) เป็นระยะๆ ตามเวลาที่เหมาะสม และรูปที่พิมพ์ออกมาจากเครื่องคอมพิวเตอร์ (print out) สามารถใช้อ้างอิงเป็นพยานหลักฐานได้ จากประสบการณ์ของผู้เขียนพบว่าศาลยุติธรรมในประเทศไทยมักจะยอมรับพยานหลักฐานที่เป็นรูปถ่ายจากกล้องดิจิทัลที่พยานผู้เชี่ยวชาญนำขึ้นสู่ศาล

นอกจากกล้องถ่ายภาพแล้วยังมีอุปกรณ์ที่สำคัญอย่างอื่นอีก เช่น มาตรการวัด (scale) สำหรับถ่ายคู่กับวัตถุพยานและบาดแผล ตลับเมตร ถุงมือยาง ไฟฉาย ถุงกระดาษ สำหรับหุ้มมือผู้ตายกรณีที่เกี่ยวข้องกับบาดแผลกระสุนปืน และไม่สามารถเก็บเขม่าเก็บปืนได้ ณ ที่พบศพ และใช้สำหรับเก็บวัตถุพยานต่างๆ เช่น เส้นผม เลือด เป็นต้น (ถ้าเก็บไว้ในถุงพลาสติกเป็นเวลานาน อาจขึ้นราและหรือเน่า ทำให้ตรวจต่อไปไม่ได้) ชุดเก็บวัตถุพยานต่างๆ จากศพ เช่น เข็มขนาด 16-18 syringe ขนาด 5-10 มล. หลอดแก้วสำหรับใส่เลือด ตรวจแอลกอฮอล์ (ควรเป็นหลอดที่บรรจุสาร sodium fluoride ผสม potassium oxalate ซึ่งรูปแบบมาตรฐานเป็นหลอดสุญญากาศฝาสีเทา) หรือส่งตรวจสารพิษอื่นๆ เช่น ยาหรือสารที่ทำให้หลับ ระดับโคลีนเอสเตอเรสเอ็นไซม์ในเลือด (ควรเป็นหลอดที่บรรจุสาร EDTA ซึ่งรูปแบบมาตรฐานเป็นหลอดฝาสีม่วง และหลอดชนิดนี้สามารถเก็บเลือดไว้ตรวจ DNA ได้ด้วย) ขวดแก้ว

¹⁴ ข้อมูล ข้อมูลคอมพิวเตอร์ หรือข้อมูลจราจรทางคอมพิวเตอร์ที่พนักงานเจ้าหน้าที่ได้มาตามพระราชบัญญัตินี้ ให้อ้างและรับฟังเป็นพยานหลักฐานตามบทบัญญัติแห่งประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาหรือกฎหมายอื่นว่าด้วยการสืบพยานได้ แต่ต้องเป็นชนิดที่มีได้เกิดขึ้นจากการจงใจมีค้ำประกันสัญญา ชูเชิญ หลอกลวง หรือโดยมิชอบประการอื่น

¹⁵ ให้ยกเลิกความในมาตรา 11 แห่งพระราชบัญญัติว่าด้วยธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ พ.ศ. 2544 และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“มาตรา 11 ห้ามมิให้ปฏิเสธการรับฟังข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เป็นพยานหลักฐานในกระบวนการพิจารณาตามกฎหมายทั้งในคดีแพ่ง คดีอาญา หรือคดีอื่นใด เพียงเพราะเหตุว่าเป็นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์

ในการชั่งน้ำหนักพยานหลักฐานว่าข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์จะเชื่อถือได้หรือไม่เพียงใดนั้นให้พิเคราะห์ถึงความน่าเชื่อถือของลักษณะหรือวิธีการที่ใช้สร้าง เก็บรักษา หรือสื่อสารข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ลักษณะหรือวิธีการเก็บรักษา ความครบถ้วน และไม่มีการเปลี่ยนแปลงของข้อความลักษณะ หรือวิธีการที่ใช้ในการระบุหรือแสดงตัวผู้ส่งข้อมูล รวมทั้งพฤติการณ์ที่เกี่ยวข้องทั้งปวง

ให้นำความในวรรคหนึ่งมาใช้บังคับกับสิ่งพิมพ์ออกของข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ด้วย”

ที่มีฝาเกลียวปิดได้สนิทสำหรับใส่สิ่งส่งตรวจจากกระเพาะอาหาร หรือกองอาเจียน ไม้พันสำลี (swab) สำหรับ เช็ดคราบต่างๆ เพื่อส่งตรวจต่อไป นอกจากนั้นยังมีอุปกรณ์อื่นๆ อีก ซึ่งสามารถศึกษาได้จากตำรานิติเวชศาสตร์ ทั่วๆ ไป

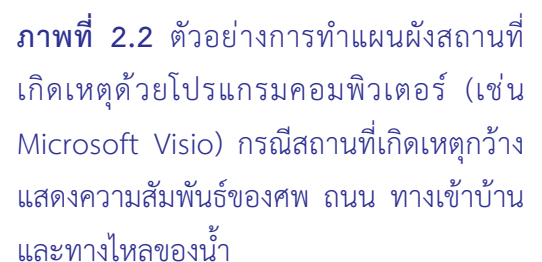
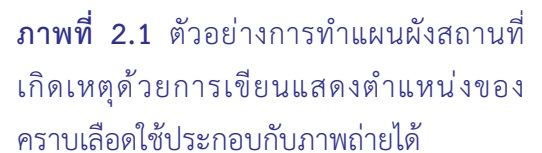
ไปถึงสถานที่เกิดเหตุแล้วต้องทำอะไร (1, 8-10)

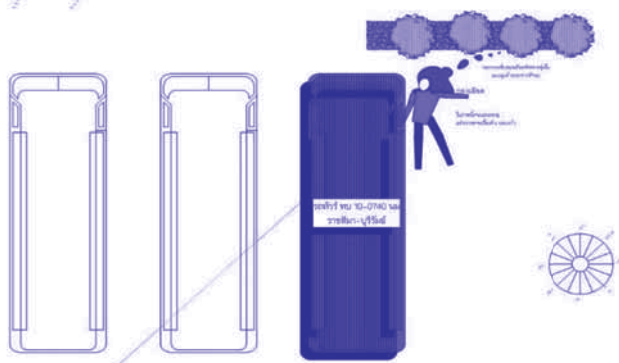
วัตถุประสงค์ของการชันสูตรพลิกศพ คือ ต้องการให้ทราบว่า ผู้ตายเป็นใคร ตายที่ไหน ตายเมื่อไร เหตุตาย และพฤติการณ์ที่ตาย ถ้าตายโดยถูกผู้อื่นทำให้ตาย ต้องทราบว่าใครทำให้ตาย ดังนั้น การไปตรวจสถานที่เกิดเหตุ ต้องนึกไว้เสมอว่าจะต้องตอบคำถามเหล่านี้

ในที่นี้จะกล่าวเฉพาะการตรวจสถานที่พบศพ กรณีที่ไม่ใช่เกิดจากภัยพิบัติซึ่งทำให้มีคนตายจำนวนมาก เพราะในกรณีดังกล่าวนั้นต้องอาศัยกฎหมายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และมีความละเอียดในขั้นตอนการตรวจ ต่างจากการตรวจศพกรณีทั่วไป โดยเฉพาะเรื่องการระบุบุคคล สิ่งแพทย์ต้องจดจำไว้สำหรับการตรวจสถานที่เกิดเหตุก็คือ **อย่าทำลายพยานหลักฐานที่มีอยู่และอย่าเพิ่มพยานหลักฐานให้สถานที่เกิดเหตุ** โดยลำดับแรกที่ควรทำเมื่อไปถึงสถานที่เกิดเหตุ คือสอบถามข้อมูลเบื้องต้นจากพนักงานสอบสวนที่รับผิดชอบคดี ซึ่งในขั้นนี้จะทราบข้อมูลพื้นฐานของผู้ตาย (กรณีทราบว่าเป็นใครแล้ว) และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งหมดก่อนตรวจศพ ในขณะที่สอบถามข้อมูลนั้น ควรสังเกตการกันสถานที่เกิดเหตุด้วยว่ามีหรือไม่ และมีการเข้าไปรบกวนสถานที่เกิดเหตุโดยบุคคลที่ไม่เกี่ยวข้องหรือไม่ และต้องบันทึกไว้เป็นหลักฐานด้วย ต่อมาต้องประเมินสถานที่พบศพว่ามีอันตรายเพียงใด เหมาะแก่การเข้าไปตรวจศพหรือไม่ (scene safety) เช่น กรณีไฟไหม้อาคาร ถ้าศพอยู่ในอาคารและเสี่ยงต่อการพังถล่มของอาคาร ก็ไม่ควรเข้าไป หรือกรณีมีอาวุธปืนหรือวัตถุระเบิดอยู่ที่ตัวผู้ตาย ก็ต้องให้ผู้เชี่ยวชาญนำสิ่งเหล่านั้นออกไปให้พ้นก่อน เมื่อสถานที่เกิดเหตุปลอดภัยแล้วจึงเริ่มตรวจสถานที่เกิดเหตุ โดยปกติสำหรับแพทย์นั้นจะตรวจเฉพาะศพเท่านั้น จะไม่เข้าไปตรวจบริเวณนอกเหนือจากที่ศพอยู่ เพราะเป็นหน้าที่ของวิทยาการตำรวจ แต่ในบางกรณีพนักงานสอบสวนอาจขอร้องให้แพทย์ช่วยเก็บพยานหลักฐานที่เป็นชีววัตถุบริเวณแวดล้อมศพได้ ดังนั้น แพทย์จึงควรมีความรู้ในด้านการเก็บพยานหลักฐานด้านชีววัตถุบ้าง เช่น คราบเลือด คราบอสุจิ เส้นผม เส้นขน ในทีมแพทย์ที่ไปตรวจสถานที่เกิดเหตุควรมีผู้ช่วยที่ถ่ายภาพได้หนึ่งคน และอีกหนึ่งคนคอยช่วยพลิกศพ ส่วนแพทย์นั้นก็ควรทราบว่า ควรถ่ายภาพตรงไหนบ้าง และบันทึกเอกสารตามรายละเอียดในแบบบันทึกฯ

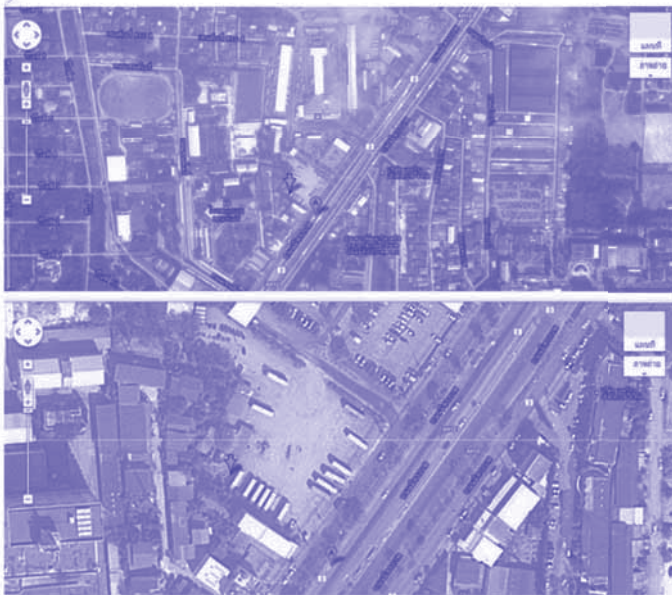
สำหรับหลักการถ่ายภาพ (ศึกษารายละเอียดได้จากบทที่ 3 การถ่ายภาพกับการชันสูตรพลิกศพ) นั้น ควรเริ่มตั้งแต่ไปถึงสถานที่เกิดเหตุทันที ซึ่งจะได้ภาพในมุมกว้างของสถานที่เกิดเหตุและจะแสดงถึงทางเข้า และหรือทางออกของสถานที่เกิดเหตุ (อย่ารีบเดินเข้าไปหาศพทันที เพราะอาจทำลายพยานหลักฐานที่สำคัญ ในระหว่างทางที่เดินเข้าไปได้) เมื่อไปถึงบริเวณที่ศพอยู่แล้ว ควรเริ่มถ่ายภาพในมุมกว้างในระดับสายตา ก่อน เพื่อแสดงความสัมพันธ์ระหว่างศพและสิ่งแวดล้อมใกล้เคียงทั้งหมด ต่อมาถ้าพบว่าบริเวณที่มีโอกาสเปลี่ยนแปลงหรือเสียหายได้ ก็ให้ถ่ายภาพไว้ก่อน เช่น บริเวณที่เป็นถนนจราจรคับคั่ง เสี่ยงต่ออันตราย หรือศพอยู่ริมฝั่งแม่น้ำเสี่ยงต่อการหลุดลอยออกไปตามกระแสน้ำ หรือท้องฟ้ามีดครึ้ม ฝนน่าจะตก ก็ต้องรีบถ่ายภาพพร้อมทั้งเก็บพยานหลักฐานที่สำคัญไว้ก่อนให้เร็วที่สุด เป็นต้น แต่ถ้าไม่มีสถานการณ์ดังกล่าวก็ให้ถ่ายภาพระยะกลางในแนวตามหรือทวนเข็มนาฬิกาตามลำดับไป ทั้งนี้เพื่อแสดงความสัมพันธ์ระหว่างศพกับสิ่งแวดล้อมเป็นต่างๆ ไป และควรพยายามถ่ายภาพไว้ทุกมุม เพื่อให้เห็นภาพเหตุการณ์ได้ทั้งหมด ต่อมาเมื่อเข้าใกล้ศพ (การเดินเข้าใกล้ศพควรกำหนดเส้นทางเดียว

การถ่ายภาพบางครั้งอาจแสดงรายละเอียดความสัมพันธ์ของสิ่งต่างๆ บริเวณสถานที่เกิดเหตุ ได้ไม่หมด จึงอาจต้องทำแผนผังแสดงบริเวณที่เกิดเหตุด้วย ซึ่งโดยปกติพนักงานสอบสวนและวิทยาการตำรวจจะให้เป็นปกติอยู่แล้ว แต่สำหรับบุคลากรทางการแพทย์นั้น อาจต้องอาศัยการฝึกฝนพอสมควร ซึ่งปัจจุบันมีเครื่องมือให้ใช้มากมาย





ภาพที่ 2.3 ตัวอย่างการทำแผนผัง สถานที่เกิดเหตุด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (เช่น Microsoft Visio) แสดงความสัมพันธ์ของศพ รถโดยสาร คราบเลือด และต้นไม้



ภาพที่ 2.4 ตัวอย่างการทำแผนผัง สถานที่เกิดเหตุด้วย Google map กรณีสถานที่เกิดเหตุสามารถระบุตำแหน่งได้ง่ายในแผนที่ทั่วไป (ควรมีภาพแสดงแผนผังที่เคาะลงมาประกอบด้วย)

ดังได้กล่าวแล้วว่าแพทย์ต้องตอบคำถามต่างๆ เมื่อไปถึงสถานที่เกิดเหตุ ดังนี้

1. ผู้ตายเป็นใคร

โดยทั่วไป พนักงานสอบสวนมักได้ชื่อของผู้ตายแล้วเมื่อแพทย์ไปถึงที่เกิดเหตุ แต่อาจมีบางกรณีที่แพทย์ต้องช่วยพนักงานสอบสวนระบุว่าผู้ตายเป็นใคร เช่น เป็นศพโครงกระดูก หรือชิ้นส่วนศพ ศพถูกเผา ซึ่งปัจจุบันวิธีที่ช่วยระบุบุคคลมีหลายวิธี โดยจะแยกเป็นสองขั้นตอนหลักๆ คือ การระบุบุคคลโดยอาศัยลักษณะทั่วไป และการระบุบุคคลเชิงเปรียบเทียบ ในขั้นตอนแรกนั้น เป็นการบอกคร่าวๆ ว่าผู้ตายมีเพศอะไร อายุประมาณเท่าไร เชื้อชาติอะไร ส่วนสูงเท่าไร เป็นต้น และในเชิงเปรียบเทียบนั้น เช่น การตรวจดีเอ็นเอ แต่ขั้นตอนการตรวจอาจยุ่งยากและช้า จึงมีวิธีอื่นที่ทำได้เร็วกว่า เช่น การตรวจลายพิมพ์นิ้วมือ การตรวจฟัน เป็นต้น (ศึกษาเรื่องการพิสูจน์เอกลักษณ์บุคคลประกอบ)

2. ตายที่ไหน

ดังที่กล่าวไว้ตอนต้นแล้วว่า ที่พบศพมักเป็นที่ตายด้วย แต่อย่างไรก็ตาม ต้องมีการยืนยันโดยการตรวจสถานที่เกิดเหตุอย่างละเอียด เช่น การเปลี่ยนแปลงหลังตายเข้ากับท่าทางของศพหรือไม่ (กรณีไม่เข้ากัน

เช่น พบศพนอนคว่ำแต่พบ livor mortis อยู่ที่ยก้นและลำคอ) ถ้ามีบาดแผลขนาดใหญ่ แต่ไม่พบเลือดหรือพบเลือดน้อยมาก ไม่เข้ากับตำแหน่งหรือขนาดบาดแผลหรือไม่ ลักษณะการหยดหรือกระเซ็นของเลือด เกิดจากบาดแผลหรือไม่ เข้ากันได้กับบาดแผลที่ปรากฏหรือไม่ มีร่องรอยการลากถูหรือไม่ (ในศพผู้หญิงต้องดูที่หลังด้วย) ดูการแต่งตัวหรือร่องรอยบนตัวศพหรือเสื้อผ้าศพสะอาดเกินไปหรือไม่ เมื่อเทียบกับสถานที่พบศพ (เหมือนเอาศพมาวางไว้หรือไม่) สิ่งที่พบบนตัวศพปกติไม่พบ ณ ที่พบศพหรือไม่ หรือบางส่วนหายไป เช่น พบศพบนทางเท้า แต่พบว่าศพใส่รองเท้าข้างเดียว เหล่านี้เป็นต้น

3. ตายเมื่อไร

การประมาณเวลาตายโดยการตรวจการเปลี่ยนแปลงหลังตาย เป็นส่วนที่สำคัญมากที่ต้องตรวจ ณ สถานที่พบศพทันที (ศึกษาเรื่องการประมาณเวลาตายประกอบ) นอกจากการตรวจที่ศพแล้วการดูอย่างอื่น อาจช่วยบอกช่วงเวลาที่ยาได้บ้าง เช่น มีคนเห็นผู้ตายมีชีวิตครั้งสุดท้ายเมื่อไร ชุดที่ศพใส่อยู่เป็นชุดนอน หรือชุดทำงาน หน้าต่างหรือมู่ลี่เปิดอยู่หรือไม่ ทั้งที่บริเวณที่ศพอยู่นั้นแดดส่องถึงและร้อนมาก (กรณีพบว่าตายไม่ทราบเหตุ ลักษณะนอนอยู่เหมือนนอนหลับ ไม่ได้ถูกทำร้าย ถ้าหน้าต่างเปิดอยู่แสดงว่า อาจไม่ได้ตาย ณ เวลาที่แดดส่อง) การขีดฆ่าวันที่ในปฏิทิน (น่าจะตายหลังจากเวลาที่ขีดฆ่าครั้งสุดท้าย ซึ่งผู้เขียนเคยพบศพตายในห้องพัก ศพนั้นน่าจะประมาณจากการตรวจศพ น่าจะตายมาแล้วประมาณ 3-5 วัน เมื่อตรวจในห้องผู้ตายเพิ่มเติม พบว่ามีการขีดฆ่าวันที่ในปฏิทินทุกวัน ไม่ขาด จนกระทั่งสามวันก่อนพบศพ) ใบเสร็จรับเงินหรือบันทึกเวลาต่างๆ ที่พบในตัวผู้ตาย (ผู้เขียนเคยพบศพกินยาฆ่าตัวตาย ซึ่งผู้ตายไปซื้อสารกำจัดแมลงแลนเนท แล้วเก็บใบเสร็จไว้ในกระเป๋ากางเกง ซึ่งเมื่อที่ประเมินร่วมกับการเปลี่ยนแปลงหลังตายแล้ว เวลาที่ตายน่าจะเป็นหลังจากเวลาที่ผู้ตายไปซื้อแลนเนท แต่อย่างไรก็ตาม พนักงานสอบสวนอาจนำข้อมูลนี้ ไปสอบถามร้านค้าที่ผู้ตายซื้อแลนเนทมาว่าผู้ตายไปซื้อจริงหรือไม่) ดูอาหารที่รับประทาน (ผู้เขียนเคยร่วมตรวจสถานที่เกิดเหตุรายหนึ่งตอนสายของวันที่พบศพ เป็นศพหญิงชราใส่ชุดนอนนั่งอยู่บนเก้าอี้หน้าเตียงนอน แสดงว่าน่าจะตายช่วงกลางคืนหรือช่วงเช้ามืดก่อนเปลี่ยนชุด บริเวณโต๊ะหน้าผู้ตายมีอาหารที่ทานไปบางส่วนตั้งอยู่ ซึ่งน่าจะเป็นอาหารมื้อเช้าเพราะยังใหม่และไม่บูด จึงสันนิษฐานว่าน่าจะตายในช่วงเช้านั้นเอง ซึ่งเข้าได้กับการเปลี่ยนแปลงหลังตายที่ประเมินได้) นาฬิกาข้อมือที่หยุดเดินในศพที่จมน้ำ (ซึ่งถ้าพิสูจน์ได้ว่าตายจากจมน้ำจริง ก็น่าจะประมาณได้ว่าศพน่าจะตายในช่วงระยะเวลาที่ใกล้เคียงกับเวลาที่นาฬิกาหยุดเดิน หรือกรณีที่ศพถูกฆาตกรรมแล้วเอามาทิ้งน้ำ ก็จะได้เวลาที่ศพถูกโยนทิ้งน้ำ และเมื่อประมาณระยะเวลาที่ตายได้ใกล้เคียงกับเวลาที่ถูกทิ้งน้ำ ก็จะได้ระยะเวลาที่ถูกฆ่าด้วย ดังเช่นกรณีพยาบาลพลวัณถูกสามีจ้วงวานฆ่าอันเป็นข่าวโด่งดังเมื่อในอดีต) ถ้าผู้ตายมีโทรศัพท์เคลื่อนที่ (มือถือ) ก็ควรดูด้วยว่ามีการโทรเข้าโทรออกครั้งสุดท้ายวันและเวลาเท่าไร ถ้ามีจดหมาย e-mail หรือหนังสือพิมพ์ ก็อาจต้องดูด้วยว่าฉบับที่ไม่ได้รับหรือไม่ได้อ่าน ฉบับวันที่แรกสุดนั้นวันเวลาอะไรเหล่านี้ เป็นต้น

4. เหตุตาย

เป็นหน้าที่ของแพทย์โดยตรงที่จะต้องระบุสาเหตุการตาย ซึ่งโดยทั่วไปสามารถแยกเป็นสองกรณี ได้แก่ ตายจากบาดแผลและตายจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่บาดแผล กรณีตายจากบาดแผล เช่น ถูกตี ถูกฟัน ถูกแทง รวมทั้งการบาดเจ็บอื่นๆ ทั้งหมด เช่น บาดเจ็บจากการจราจร ตกจากที่สูง เป็นต้น ซึ่งกลไกที่ทำให้ตาย ในระยะแรกหลังบาดเจ็บจากบาดแผลนั้นมีสามกลไกหลักคือ เสียเลือดมาก อวัยวะสำคัญถูกทำลายและ embolism ส่วนกรณีที่ตายจากเหตุอื่นๆ ได้แก่ จากการขาดอากาศ (จมน้ำ, แหวนคอตาย, ถูกบีบคอ, ถูกอุดปากอุดจมูก, positional asphyxia,

traumatic asphyxia, choking) ถูกพลังงานกายภาพ (ไฟลลอก, น้ำร้อนลวกไฟดูด, ถูกรังสีความร้อน, ถูกสารเคมีกรด-ด่าง เป็นต้น) ถูกสารพิษต่างๆ และขาดสารอาหารตาย การตรวจศพ ณ ที่เกิดเหตุ นั้น หลายๆ กรณีสามารถบอกเหตุตายได้ เช่น กรณีการบาดเจ็บต่างๆ แต่อาจจะมีคำถามประเด็นอื่นๆ ตามมา เช่น ผู้ตายตายทันทีหรือไม่ พุดได้บ้างหรือไม่ (คำพูดก่อนตายในขณะที่ผู้ตายรู้ว่าตนกำลังจะตาย มีความสำคัญมาก เพราะศาลจะเชื่อในฐานะเป็นพยานบอกเล่าที่มีน้ำหนักมาก) และที่สำคัญเกี่ยวข้องกับ การฆาตกรรมหรือไม่ ส่วนกรณีอื่นๆ นั้น ถ้าไม่สามารถระบุเหตุตายได้ ก็ต้องส่งให้แพทย์นิติเวชผ่าศพต่อไป แต่อย่างไรก็ตาม การผ่าศพในบางกรณี อาจไม่ได้ช่วยอะไรเพิ่มเติมมากนัก (แต่ต้องผ่าเพื่อให้แน่ใจว่าไม่ได้ตายจากสาเหตุอื่น) และความสำคัญอาจอยู่ที่การตรวจสถานที่เกิดเหตุมากกว่า เช่น กรณีตายจาก positional asphyxia (มักเกิดในคนเมาสุราเป็นอาชญา เช่น เมาแล้วตกอยู่ในหลุมพื้นที่จำกัด ทำให้หายใจไม่ได้และตายในที่สุด) หรือ traumatic asphyxia (เช่น คนงานก่อสร้างถูกหินทับหน้าอก ทำให้หายใจไม่ได้ หรืออุบัติเหตุจากรถแล้วผู้ขับขี่หรือโดยสารถูกอัดติดในยานพาหนะ) นอกจากนี้ การตายจากการจมน้ำ ถูกไฟฟ้าดูด ไฟผ่า ต้องอาศัยพยานแวดล้อม และการตรวจสถานที่เกิดเหตุประกอบ เพื่อสรุปเหตุตายเสมอ

5. พฤติการณ์ที่ตาย

ปกติการระบุพฤติการณ์ที่ตาย (ฆ่าตัวตาย ถูกฆ่าตาย ตายโดยอุบัติเหตุ หรือตายจากโรคธรรมชาติ) นั้น เป็นหน้าที่หลักของพนักงานสอบสวน ซึ่งต้องทราบสาเหตุการตายเสียก่อน และต้องประเมินร่วมกับพยานหลักฐานอื่น ดังนั้น แพทย์จึงมีส่วนช่วยในการระบุพฤติการณ์ที่ตายได้บ้าง เช่น ในการตรวจศพถูกยิง ด้วยอาวุธปืน การดูเพียงจำนวนและตำแหน่งของบาดแผลกระสุนปืนที่ศพ อาจตัดสินใจไม่ได้ว่าเป็นการฆ่าตัวตาย หรือถูกฆ่าตาย แต่ถ้าดูสถานที่พบศพพร้อมด้วยแล้ว ก็อาจพบว่าข้าวของถูกรื้อค้น การกระเซ็นของเลือดไม่เข้ากันกับลักษณะบาดแผล และทิศทางที่ยิง การหายไปของวัตถุบางอย่าง (ทำให้เป็นพื้นที่ว่างจากคราบเลือด ในบริเวณที่ควรมีคราบเลือดเรียกว่า void area) เป็นต้น

ก่อนออกจากสถานที่เกิดเหตุ

ขั้นตอนสุดท้ายก่อนออกจากสถานที่พบศพ ถ้าแพทย์หรือเจ้าหน้าที่เก็บวัตถุพยานได้ออกมา ควรมีบันทึกการรับ-มอบวัตถุพยานจากที่พบศพด้วย (evidence log) เพื่อเป็นหลักฐานของกระบวนการส่งมอบวัตถุพยาน (chain of evidence)

เอกสารที่แพทย์ต้องทำเมื่อมีการชันสูตรพลิกศพ ณ ที่พบศพ^(4, 7)

ที่สำคัญตามกฎหมาย คือ บันทึกรายละเอียดแห่งการชันสูตรพลิกศพ (ทำทันที ณ ที่พบศพ) และรายงานแนบท้ายบันทึกรายละเอียดแห่งการชันสูตรพลิกศพ¹⁶ (ทำภายในเจ็ดวันนับแต่ได้รับแจ้งเรื่องชันสูตรศพ แต่ขยายเวลาได้ถ้าจำเป็น ครั้งละไม่เกินสามสิบวัน รวมสองครั้งเป็นหกสิบวัน และต้องบันทึกเหตุผลและความจำเป็นในการขยายเวลาไว้ด้วย) ซึ่งในความเป็นจริงพนักงานสอบสวน จะมีแบบบันทึกของตำรวจเอง (แบบ นต. 2 ด้านหน้าและด้านหลัง ซึ่งอาจเรียกว่าใบตำรวจหรือใบชันสูตรพลิกศพ) มาให้แพทย์ลงชื่อและลงความเห็นอีก ดังนั้น ในทางปฏิบัติ

¹⁶ ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 150 วรรคแรก

แพทย์มักเขียนเฉพาะในแบบรายงานที่ส่งมาจากพนักงานสอบสวน (โดยถือว่าเป็นรายงานแนบท้ายบันทึก รายละเอียดแห่งการชันสูตรพลิกศพ) หรือพิมพ์รายงานแนบท้ายรายละเอียดแห่งการชันสูตรพลิกศพขึ้นมาใหม่ แนบกับบันทึกของตำรวจก็ได้

ในกรณีที่เจ้าหน้าที่ออกชันสูตรพลิกศพแทนแพทย์นั้น ต้องทำรายงานบันทึกรายละเอียดแห่งการชันสูตรพลิกศพด้วย (ทำทันที ณ ที่พบศพ) และแพทย์ต้องทำรายงานแนบท้ายบันทึกรายละเอียดแห่งการชันสูตรพลิกศพเพิ่มเติม (ทำภายหลังจากเจ้าหน้าที่กลับมารายงานแล้ว) ซึ่งรายละเอียดจะคล้ายกับรายงานที่เจ้าหน้าที่ไปชันสูตรพลิกศพแทนได้ทำไว้

เอกสารอ้างอิง

- Hanterdsith, B. Three year review of medico-legal fatalities in Lamphun Hospital ศพคดีที่ได้รับ การชันสูตรโดยแพทย์ โรงพยาบาลลำพูน: ทบทวนย้อนหลัง 3 ปี. *Lanna Public Health Journal-วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 3(1), 16-24.
- “พระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา (ฉบับที่ 21) พ.ศ. 2542” (2542, 30 ธันวาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 116 ตอนที่ 137 ก. หน้า 18.
- “พระราชกฤษฎีกายกยอระยะเวลาการใช้บังคับมาตรา 7 แห่งพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา (ฉบับที่ 21) พ.ศ. 2542 พ.ศ. 2550” (2550, 28 ธันวาคม). ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 124 ตอนที่ 100 ก. หน้า 27-29.
- “พระราชบัญญัติว่าด้วยการมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ไปร่วมชันสูตรพลิกศพ ตามมาตรา 148 (3) (4) และ (5) ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา พ.ศ. 2550” (2550, 1 พฤษภาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 124 ตอนที่ 22 ก. หน้า 1-3.
- “พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา พ.ศ. 2477” (2478, 10 มิถุนายน). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 52 หน้า 678.
- สำนักวิชาการศาลยุติธรรม. (2544). คู่มือการชันสูตรพลิกศพตามพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา (ฉบับที่ 21) พ.ศ. 2542. กรุงเทพฯ : เคนโกรว.
- DiMaio, D., & DiMaio, V. J. (2001). *Medicolegal investigative systems. Forensic pathology.* (2nd ed.) Florida: CRC press, 1-3.
- Saukko, P. (2004). *Knight b. Knight's forensic pathology.* 3rd ed. London: Arnold.
- Spitz, W. U. (1993). *Spitz and Fisher's medicolegal investigation of death.* Springfield: Charles C Thomas Publisher, 14-136.
- Byard, R. W. (1996). Suspicious death scene investigation. *Journal of Clinical Forensic Medicine*, 3 (4), 1-63.



Forensic Medicine

บทที่ 3

การถ่ายภาพกับการชันสูตรพลิกศพ

(Forensic Photography)

นายแพทย์บุญศักดิ์ หาญเทอดสิทธิ์

บททั่วไป

การถ่ายภาพมีประโยชน์มาก โดยเฉพาะกรณีเจ้าหน้าที่ออกชันสูตรแทนแพทย์ ถ้าเจ้าหน้าที่รู้จักวิธีการถ่ายรูป ที่ถูกต้องและเหมาะสมเพียงพอ (นอกจากความรู้ในการชันสูตรพลิกศพ) และสื่อสารให้แพทย์ได้ทราบ แพทย์ก็จะสบายใจและไว้วางใจให้เจ้าหน้าที่ออกชันสูตรแทนแพทย์ได้ โดยภาพเพียงหนึ่งภาพสามารถแทนคำบรรยายได้หลายคำ และบางกรณีอาจหาคำบรรยายไม่ได้ต้องดูจากภาพถ่ายเท่านั้น นอกจากนี้ ภาพถ่ายยังมีประโยชน์ในการสื่อสารกับบุคคลอื่นในกระบวนการยุติธรรมอีกมากมายรวมทั้งญาติด้วย และสามารถใช้เป็นพยานหลักฐานในชั้นศาลได้ เจ้าหน้าที่และแพทย์จึงควรฝึกถ่ายภาพให้ชำนาญ ทำความคุ้นเคยกับกล้องถ่ายรูปที่ใช้ในงานชันสูตรพลิกศพให้ดี เพราะเมื่อถึงเวลาต้องไปชันสูตรพลิกศพ ณ ที่พบศพแล้ว ท่านจะไม่มีเวลามาศึกษารายละเอียดของกล้องถ่ายภาพ

การพิจารณาเลือกใช้กล้องถ่ายภาพ^(1, 2)

กล้องฟิล์มขนาด 35 มม. SLR (35-mm single-lens reflex camera)¹⁷ นั้น เป็นกล้องที่ใช้เป็นมาตรฐานในการถ่ายภาพสถานที่เกิดเหตุและวัตถุพยานของตำรวจในต่างประเทศ รวมทั้งประเทศไทย แต่ปัจจุบันมีการใช้กล้องดิจิทัลกันมากแล้ว เพราะมีข้อดีเมื่อเทียบกับกล้องฟิล์มอย่างดี คือ ราคาไม่แพงมาก ใช้งานง่าย มีส่วนให้เลือกได้โดยอัตโนมัติ โดยไม่ต้องมีความรู้เรื่องกล้องถ่ายภาพมากนัก (ขอเพียงเปิดกล้อง และกดปุ่มถ่ายภาพเป็น) ดูภาพได้ทันทีหลังถ่าย ลบภาพได้ง่าย (ไม่ชดถ่ายใหม่) จัดเก็บได้ง่ายเป็นระเบียบ พิมพ์ภาพออกมาได้ง่าย เปลี่ยนเป็นถ่ายวิดีโอได้ง่าย (ส่วนมาก) แต่ข้อเสียที่สำคัญ คือ คุณภาพอาจต่ำกว่ากล้องฟิล์มในระดับเดียวกัน โดยเฉพาะในกรณีที่ต้องการถ่ายภาพพยานวัตถุที่มีความละเอียดมาก

เรื่องสำคัญที่ควรทราบเกี่ยวกับส่วนประกอบของกล้องถ่ายรูปที่ใช้ในงานนิติเวช คือ

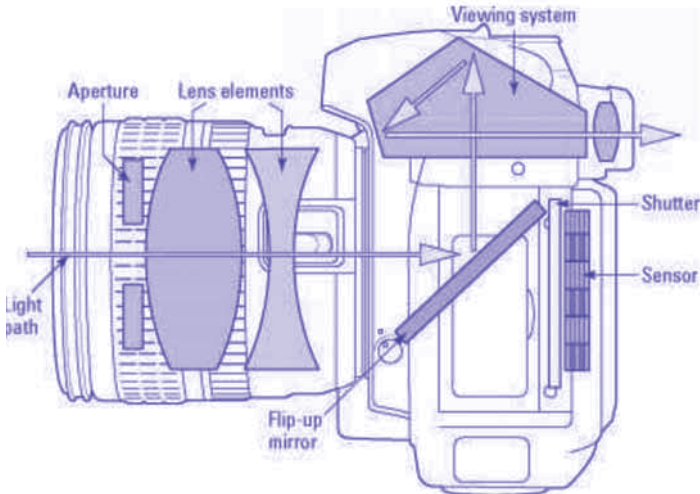
1. เลนส์ (Lens) กล้องโดยทั่วไป (compact) จะมีเพียงเลนส์ที่ติดมากับตัวกล้อง (body) เพียงเลนส์เดียว (หมายถึงมีชุดเดียว แต่ภายในประกอบด้วยเลนส์มากกว่าหนึ่งเลนส์) และไม่สามารถถอดเปลี่ยนหรือเสริมได้ (บางยี่ห้อ-รุ่น) แต่สำหรับกล้อง SLR จะสามารถเปลี่ยนเลนส์ได้ตามต้องการ ซึ่งอาจไม่สะดวกสำหรับใช้ในงานนิติเวชที่ต้องอาศัยความรวดเร็วพอสมควรในการถ่ายภาพ โดยเฉพาะในที่เกิดเหตุ เลนส์เป็นส่วนสำคัญในการให้ความคมชัดและขอบเขตการถ่ายรูป กล่าวคือ ถ้าต้องการถ่ายรูปในมุมกว้างจะต้องใช้เลนส์ที่ความยาวโฟกัสสั้น ในทางตรงข้ามถ้าต้องการมุมแคบ โฟกัสบางจุด และขยาย ก็ต้องใช้ความยาวโฟกัสยาว ซึ่งโดยทั่วไประยะความยาวโฟกัสที่เหมือนตามนุษย์มองเห็น คือ 50 มม. ประการต่อมา คือ ระยะการ zoom ให้ตรวจสอบ optical zoom คือ ถ้า zoom ได้มาก

¹⁷ เป็นกล้องที่ใช้ฟิล์มขนาดเล็ก หรือ 35 มิลลิเมตร และสามารถเปลี่ยนเลนส์ ปรับความยาวโฟกัส รัรับแสง และอื่นๆเพิ่มเติมได้มาก ซึ่งมีราคาสูง

จะมีประโยชน์ในกรณีที่ถ่ายรูปที่เกิดเหตุ ซึ่งไม่สามารถเข้าถึงได้ง่าย เป็นอันตราย หรือไม่สามารถเข้าถึงได้เลย ต้องให้เคลื่อนย้ายศพออกจากที่นั้น เพื่อมาชันสูตรยังที่ปลอดภัยและสะดวกกว่า เช่น อยู่ในที่ลึก ฝังตรงข้ามของแม่น้ำ ซึ่งฝ่ายแพทย์ต้องการถ่ายภาพศพก่อนเคลื่อนย้าย เลนส์ super macro จะมีประโยชน์ในการถ่ายภาพวัตถุขนาดเล็ก วัตถุขนาดเล็กที่อยู่ในบาดแผล คราบเลือด บาดแผล หรือเขม่าดินปืนที่มีขนาดเล็กมาก

2. ตัวรับแสงและส่วนบันทึกภาพ ในกล้องฟิล์ม ตัวรับแสงและบันทึกภาพคือ ฟิล์ม ส่วนกล้องดิจิตอลนั้น ตัวรับแสงเป็นอุปกรณ์ที่เรียกว่า CCD (Charge Couple Device) ส่วนบันทึกภาพ คือ การ์ดความจำ (SD, MMC, CF, Memory stick เป็นต้น) โดยทั่วไป ในกล้องฟิล์มคุณภาพของรูปที่ถ่ายจะขึ้นกับคุณภาพของเลนส์ เป็นหลัก แต่สำหรับกล้องดิจิตอลแล้วยังขึ้นกับ CCD ด้วย ความละเอียดของ CCD จะแสดงเป็น pixel ซึ่งจะมีผลต่อความละเอียดของรูปที่จะแสดงในคอมพิวเตอร์หรือเครื่องพิมพ์ (printer) เมื่อต้องการใช้ภาพเพื่อประกอบเป็นพยานหลักฐาน มักใช้ภาพขนาด 4x6 นิ้ว (postcard) ถึงขนาด A4 (กรณีต้องการความละเอียด และเห็นได้ชัดเจนเมื่อต้องอ้างเป็นพยานศาล) ซึ่งกล้องถ่ายรูปที่ละเอียดขนาด 2-3 ล้านเมกะพิกเซล สามารถให้ความคมชัดได้ดีเมื่อต้องการภาพขนาด 4x6 นิ้ว (ถ่ายภาพโดยใช้ความละเอียด 3 เมกะพิกเซล จะต้องใช้ความจำ ในการเก็บภาพหนึ่งรูปที่เก็บในรูปแบบไฟล์ JPEG ประมาณ 600-650 KB) แต่ถ้าต้องการภาพ ขนาด A4 ควรใช้ความละเอียดอย่างน้อย 5-6 ล้านเมกะพิกเซล แต่อย่างไรก็ตาม ในการพิมพ์ภาพนั้น ต้องคำนึงถึงความละเอียดของเครื่องพิมพ์ด้วย (เรียกว่า dpi: dot per inch) โดยเครื่องพิมพ์ทั่วไปจะมีความละเอียดอย่างน้อย 300 dpi (ตัวเลขยิ่งสูงยิ่งละเอียดมากขึ้น) ซึ่งจะละเอียดกว่าการแสดงผลบนหน้าจอคอมพิวเตอร์ที่มีความละเอียดเพียง 72 dpi

3. ความเร็วชัตเตอร์และการใช้แฟลช ความเร็วชัตเตอร์ (shutter speed) คือ ความเร็วในการเปิดปิดช่องรับแสง ถ้าเร็วมากจะมีเวลาในการรับแสงได้น้อย ถ้าช้าก็จะมีเวลาในการรับแสงได้มาก โดยถูกกำหนดเป็นตัวเศษส่วนของวินาที เช่น 1/1000 วินาที ความเร็วชัตเตอร์นี้จะต้องปรับให้สมดุลกับขนาดรูรับแสง (aperture) ของกล้อง ซึ่งมีหน่วยเป็น F-number (ค่ายิ่งมากรูรับแสงยิ่งเล็ก) ในกรณีที่แสงมาก ความเร็วชัตเตอร์จะไม่มีปัญหา กรณีกล้องปรับให้อัตโนมัติ แต่ในกรณีที่แสงน้อย กล้องจะปรับรูรับแสงให้กว้างขึ้น และความเร็วชัตเตอร์ให้ช้าลงเพื่อเก็บภาพได้ชัดและละเอียดที่สุด ซึ่งเมื่อความเร็วชัตเตอร์ช้านั้น จะทำให้รูปที่ได้อาจไม่ชัดได้ ถ้าผู้ถ่ายภาพถือกล้องไม่นิ่ง จึงอาจต้องใช้ขาตั้งกล้อง แต่ไม่สะดวกในการพกพาไปถ่ายในสถานที่เกิดเหตุ ดังนั้น การใช้แฟลชจึงเป็นการช่วยให้ชัตเตอร์เร็วขึ้นและเห็นวัตถุชัดขึ้นด้วย แต่อย่างไรก็ตาม สำหรับการถ่ายภาพเวลากลางคืน เพื่อให้เห็นตัวศพหรือวัตถุพยานพร้อมกับสถานที่แวดล้อมใกล้เคียงและด้านหลังพร้อมกัน ต้องใช้เทคนิคเปิดแฟลชพร้อมกับปรับความเร็วชัตเตอร์ให้ช้าลง เพื่อเก็บภาพด้านหลังด้วย ซึ่งในโหมดอัตโนมัติ จะเป็น night mode นั้นเอง และเทคนิคนี้จะมีประโยชน์มากในการถ่ายภาพศพหรือวัตถุพยานในสภาพย้อนแสง



ที่มา: <http://www.tanguayphotomag.biz/telephoto-lens/touring-through-a-digital-slr.html>



ที่มา: <https://sites.google.com/site/stepsdslr/chapter1-hen-khaw-pen-khaw-hen-da-pen-da/khwam-samphanth-rahwang-ru-rab-saeng-kab-khwamrew-chattexr>

ภาพที่ 3.1 แสดงการทำงานของกล้องถ่ายภาพดิจิทัล

การถ่ายภาพสถานที่เกิดเหตุ^(1, 3)

สำหรับหลักการถ่ายภาพนั้นควรเริ่มตั้งแต่ไปถึงสถานที่เกิดเหตุทันที เมื่อไปถึงบริเวณที่ศพออยู่แล้ว ควรเริ่มถ่ายภาพในระยะไกลจากบริเวณที่ศพออยู่ในระดับสายตาของผู้ถ่ายก่อน เพื่อแสดงความสัมพันธ์ระหว่างศพและสิ่งแวดล้อมใกล้เคียงทั้งหมด ซึ่งจะได้**ภาพในมุมกว้าง**ของสถานที่เกิดเหตุ และจะแสดงถึง**ทางเข้า** และ**หรือทางออก**ของสถานที่เกิดเหตุ (อย่ารีบเดินเข้าไปหาศพทันที เพราะอาจทำลายพยานหลักฐานที่สำคัญในระหว่างทางที่เดินเข้าไปได้) ต่อมา ถ้าพบว่าบริเวณที่มีโอกาสเปลี่ยนแปลงหรือเสียหายได้ ก็ให้ถ่ายภาพไว้ก่อน เช่น บริเวณที่เป็นถนน จราจรคับคั่ง เสี่ยงต่ออันตราย หรือศพออยู่ริมฝั่งแม่น้ำเสี่ยงต่อการหลุดลอยออกไปตามกระแสน้ำ หรือท้องฟ้ามีดครึ้มฝนน่าจะตก ก็ต้องรีบถ่ายภาพ พร้อมทั้งเก็บพยานหลักฐานที่สำคัญไว้ก่อนให้เร็วที่สุด เป็นต้น แต่ถ้าไม่มีสถานการณ์ดังกล่าว ก็ให้ถ่ายภาพ**ระยะกลาง**ในแนวตาม หรือทวนเข็มนาฬิกาตามลำดับไป ทั้งนี้ เพื่อแสดงความสัมพันธ์ระหว่างศพกับสิ่งแวดล้อมเป็นอย่างไรไป และควรพยายามถ่ายภาพไว้ทุกมุมเพื่อให้เห็นภาพเหตุการณ์ได้ทั้งหมด ต่อมาเมื่อเข้าใกล้ศพ (การเดินเข้าใกล้ศพ ควรกำหนดเส้นทางเดียวที่ไม่ยุ่งเกี่ยวกับพยานหลักฐานที่พบ และเดินตามกัน ไม่ควรเดินเรียงหน้ากระดาน) ควรถ่าย**ภาพระยะใกล้ (close-up)** เพื่อเก็บรายละเอียด โดยเฉพาะในกรณีที่มีวัตถุพยาน

อยู่ที่ตัวศพ หรือศพมีบาดแผล หรือคราบเลือด เป็นต้น ซึ่งการถ่ายภาพระยะใกล้นี้ถ่าย**พร้อมมาตรวัด (scale)**¹⁸ เพื่อบอกขนาดด้วย และควรถือกล้องถ่ายภาพให้แนวการถ่ายตั้งฉากกับสิ่งที่กำลังจะถ่าย เพื่อรูปที่ออกมาจะได้เทียบเคียงกับของจริงได้มากที่สุด ไม่บิดเบี้ยวจากความเป็นจริง ในการถ่ายภาพระยะใกล้นี้ อาจต้องถ่ายมากกว่า 1 ภาพ เนื่องจากการใช้กล้องดิจิทัล ระบบอัตโนมัตินั้น อาจได้รูปที่มีโทนสีต่างกันได้ในกรกดถ่ายภาพแต่ละครั้ง เพราะระบบอาจประมวลผลได้ค่าต่างๆ กันในแต่ละเวลาที่กดปุ่มถ่ายภาพ นอกจากนั้นขณะประมาณเวลาตาย ควรถ่ายภาพเพื่อเป็นหลักฐานด้วย เช่น การเห็น biceps contraction, rigor mortis, livor mortis ต่อมาเมื่อพลิกศพแล้วควรถ่ายภาพบริเวณพื้นใต้ศพซึ่งไม่เห็นในตอนแรกด้วย และเมื่อเคลื่อนย้ายศพแล้วควรถ่ายภาพบริเวณที่ศพอยู่ (โดยไม่มีศพ) อีกครั้งหนึ่ง เพื่อตรวจสอบหลักฐานที่อาจตกหล่นอยู่ และเมื่อเก็บหลักฐานหมดแล้ว ภาพถ่ายนี้จะยืนยันว่าได้เก็บหลักฐานออกจากบริเวณดังกล่าวหมดแล้ว



ภาพที่ 3.2 ตัวอย่างการถ่ายภาพระยะไกล แสดงให้เห็นสถานที่เกิดเหตุสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมอย่างไร รถคันที่เกิดเหตุ (บริเวณที่คนมุงดู) จอดอยู่ริมถนนฝั่งซ้าย



ภาพที่ 3.3 ตัวอย่างการถ่ายภาพระยะกลาง แสดงให้เห็นศพนอนคว่ำอยู่ มีกองเลือด และอยู่ริมถนนใกล้รถจักรยานยนต์

¹⁸ เป็น scale แบบตรง (ชม.) ถ้าไม่สามารถใช้ไม้โปรสซิชาวได้ แต่ต้องระวังเรื่องการสะท้อนแสงเมื่อใช้แฟลช



ภาพที่ 3.4 ตัวอย่างการถ่ายภาพระยะใกล้ เห็นศพ
นอนคว่ำและป็นอยู่ในมือขวาศพ



ภาพที่ 3.5 ตัวอย่างการถ่ายภาพระยะใกล้
แบบ close-up โดยมีมาตรวัดอยู่ด้วย ในระดับ
ระนาบเดียวกับวัตถุที่จะถ่าย ซึ่งในที่นี้ คือ ลักษณะ
การอยู่ของอาวุธปืน นิ้วชี้มือขวาศพอยู่ในโครงโกป็น
และคราบเลือดกระเซ็นข้างเคียง



ภาพที่ 3.6 ตัวอย่างการถ่ายภาพหลายๆมุม
สองภาพบนเป็นการถ่ายภาพที่ไม่เห็น
ความสัมพันธ์ระหว่างมือกับผนัง แต่ภาพล่าง
แสดงให้เห็นมือขวาไม่ติดกับผนัง แสดงให้เห็น
ว่ามีการเคลื่อนย้ายศพก่อนหน้านี้ เพราะ
แขนขวาไม่ครบแข็งตั้ง ลอยอยู่ได้อย่างในภาพ
แต่ควรอิงกับอะไรบางอย่างเป็นระยะเวลานาน
พอสมควร เนื่องจากเกิด Rigor mortis ที่แขน



ภาพที่ 3.7 ตัวอย่างการถ่ายภาพให้เห็นท่าทางศพ (ภาพนี้ได้จากพนักงานสอบสวน) แสดงให้เห็นว่า บริเวณอกและท้องของศพถูกกดอัดไว้ด้วยพวงมาลัยรถ ใบหน้าคั่งเลือดมาก ซึ่งทำให้เสียชีวิตจากขาดอากาศ ได้ (traumatic asphyxia) เมื่อนำศพมาตรวจที่โรงพยาบาล ไม่พบบาดแผลที่ทำให้เสียชีวิตได้เลย ดังนั้น ภาพถ่ายที่พบศพกรณีนี้มีความสำคัญมาก

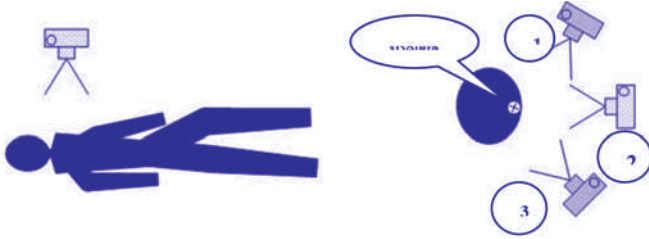
วัตถุประสงค์ในการชันสูตรพลิกศพ จะทำให้ทราบว่าต้องถ่ายอะไรบ้าง คือ ต้องการถ่ายภาพเพื่อให้ทราบว่า ผู้ตายเป็นใคร (ถ่ายใบหน้าศพ เสื้อผ้า รอยสัก ตำหนิ บัตรประจำตัว เป็นต้น) ตายที่ไหน (ถ่ายท่าทางศพ การเปลี่ยนแปลงหลังตาย สภาพแวดล้อม เครื่องแต่งกาย คราบเลือด เป็นต้น) ตายเมื่อไร (ถ่ายภาพแสดงการเปลี่ยนแปลงหลังตาย ปฏิทิน สภาพแวดล้อม ข้าวของเครื่องใช้ เสื้อผ้าที่ผู้ตายสวมใส่ อาหาร ผ้าห่ม ดวงไฟ หนังสือพิมพ์ เป็นต้น) เหตุตาย (ถ่ายบาดแผล คราบเลือด กองเลือด วัตถุพยาน ท่าทางศพ เป็นต้น) และพฤติการณ์ที่ตาย (ถ่ายท่าทางศพ บาดแผล ทางเข้า-ออก สภาพร่องรอยการต่อสู้ ในที่เกิดเหตุ รอยเท้า เป็นต้น)



ภาพที่ 3.8 ตัวอย่างการถ่ายภาพปฏิทิน แสดงการขีดฆ่าวันที่ ซึ่งอาจช่วยบ่งบอกวันที่เสียชีวิตได้ (scene marker)

การถ่ายภาพศพ⁽⁴⁾

การถ่ายภาพศพ ณ สถานที่เกิดเหตุและที่ตรวจศพอื่นๆ เช่น โรงพยาบาล โดยหลักการควรถ่ายภาพเพื่อวัตถุประสงค์ของการชันสูตรพลิกศพดังกล่าวแล้ว (เพื่อระบุบุคคล แสดงเหตุตาย แสดงบาดแผล เป็นต้น) และถ่ายวัตถุในลักษณะตั้งฉากกับระนาบของวัตถุ ดังภาพ



ภาพที่ 3.9 การถ่ายภาพศพและบาดแผล
ในภาพแรกให้ถ่ายภาพตั้งฉากกับแนวระนาบ
ที่ศพนอน ส่วนภาพบาดแผลนั้นให้ถ่ายโดยใช้
กล้องถ่ายภาพในแนวตำแหน่งของกล้อง
หมายเลข 2 เพื่ออ้างอิงขนาดและรูปร่างบาดแผล
ที่ถูกต้อง ส่วนตำแหน่งกล้องหมายเลข 1 และ 3
นั้นอาจใช้ถ่ายภาพประกอบเพื่อดูทิศทางและ
ความลึกของบาดแผล

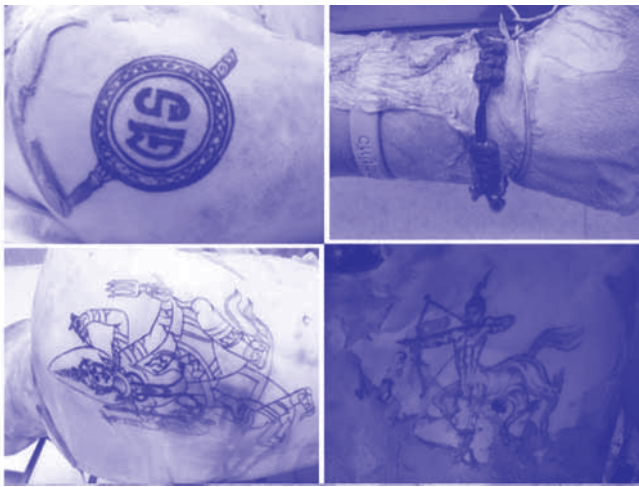


ภาพที่ 3.10 ตัวอย่างการถ่ายภาพศพที่นอนอยู่
บนเตียงชันสูตร ตั้งกล้องถ่ายภาพให้จอภาพ
ขนานกับเตียง โดยสังเกตว่าสเกลต้องวางตาม
แนวของบาดแผล (กรณีมีสเกลใหญ่ให้ใช้
สเกลใหญ่ที่สามารถวัดขนาดบาดแผลได้ทั้งหมด)

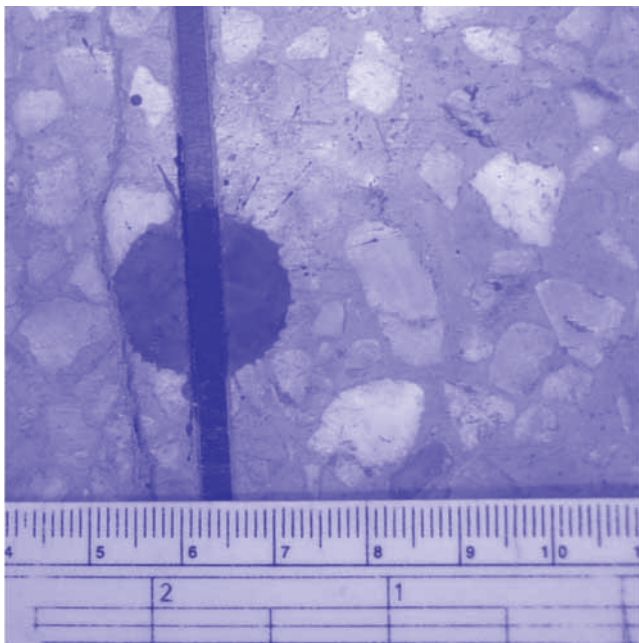
โดยมีลำดับการถ่ายภาพ ดังนี้ (กรณีถ่ายภาพ ณ ที่พบศพ ต้องผ่านขั้นตอนการถ่ายภาพระยะไกล และระยะ
กลางมาก่อน)

1. ถ่ายสภาพศพที่ปรากฏในเบื้องต้นทั้งหมดให้เห็นทั้งตัวศพ ลักษณะท่าทางศพ ในกรณีที่โรงพยาบาล
ต้องถ่ายด้วยว่า ห่อศพมาอย่างไร มัดศพตรงไหน ถุงใส่ศพมาอย่างไร เป็นต้น
2. กรณีที่โรงพยาบาล ถ่ายภาพก่อนถอดเสื้อผ้าเครื่องประดับ ในกรณีไม่ทราบชื่อ ให้ถ่ายอย่างละเอียดมากที่สุด
3. กรณีที่โรงพยาบาล ถ่ายหลังจากถอดเสื้อผ้าออกหมด ด้านหน้า ด้านข้าง ด้านหลัง (การถอดเสื้อผ้าศพ
เพื่อถ่ายภาพในที่เกิดเหตุให้ใช้ดุลยพินิจตามความเหมาะสม) ซึ่งในกรณีศพไม่ทราบชื่อ ต้องถ่ายภาพแสดงเอกลักษณ์
บุคคล เช่น รอยสัก ตำหนิ แผลเป็น ฟัน และอื่นๆ
4. ถ่ายละเอียดที่ใบหน้าและลำคอ เยื่อบุตา (ดูจุดเลือดออก) เยื่ออีตริมฝีปาก (การฉีกขาด) หลังหู ถ้าผมยาว
ต้องถ่ายตอนรวบผมขึ้นด้วยตามแนวไรผม เพื่อดูบาดแผลที่ซ่อนเร้นต่างๆ
5. ถ่ายบริเวณข้อมือ นิ้วมือ เล็บมือ อย่างละเอียด (ในกรณีที่เกิดเหตุนี้ควรถ่ายภาพบริเวณนี้ ก่อนมีการถ่าย
ที่อื่นและก่อนพลิกศพ เพราะวัตถุพยานที่อยู่ที่มีอาจถูกปนเปื้อนหรือหายไป) เพื่อตรวจสอบบาดแผล ร่องรอย
การมัด การหักของเล็บ วัตถุพยานต่างๆ ที่อาจติดอยู่ เป็นต้น
6. ถ่ายบริเวณฝ่าเท้า ซึ่งในกรณีที่เกิดเหตุพบรอยฝ่าเท้าเปื้อนเลือดหรือรอยรองเท้า จะสันนิษฐานได้เบื้องต้น
ว่าเป็นรอยฝ่าเท้าของใคร

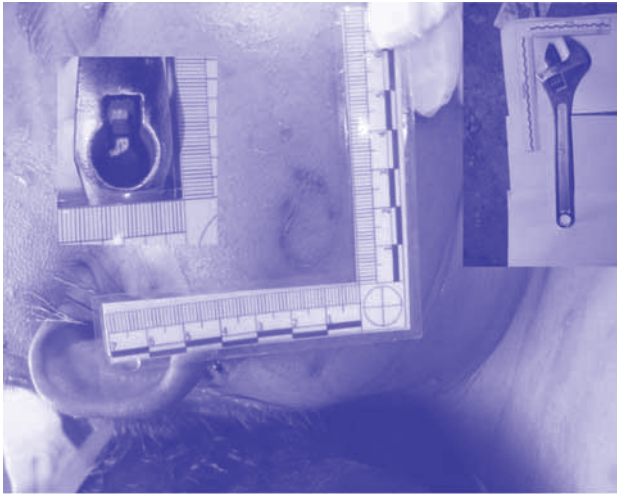
7. ถ่ายยบริเวณที่เป็นชอกหรือในร่มผ้าที่อาจไม่เห็น เช่น ซอกรักแร้ ต้นแขนด้านใน ต้นขาด้านในขาหนีบ เป็นต้น เพื่อดูบาดแผลที่ซ่อนเร้นจากการจับบีบ
8. กรณีที่สงสัยมีการร่วมประเวณีต้องถ่ายยบริเวณอวัยวะเพศเพิ่มเติม
9. กรณีมีบาดแผลให้ถ่ายยบาดแผลโดยไม่มีมาตรวัด (สเกล: scale) และอีกภาพเพิ่มเติมพร้อมมาตรวัด โดยวางมาตรวัดอยู่ในแนวและระดับเดียวกับบาดแผล
10. กรณีผ่าศพ การถ่ายภาพอวัยวะภายในที่นอกตัวศพ (ตัดออกมาถ่าย) ควรวางบนผ้า (ผ้าเขียวของโรงพยาบาล) หรือกระดานรองสีเขียวหรือน้ำเงินด้าน เพื่อลดการสะท้อนแสง



ภาพที่ 3.11 ตัวอย่างการถ่ายภาพรอยสัก และสิ่งของติดตัว เพื่อระบุบุคคล



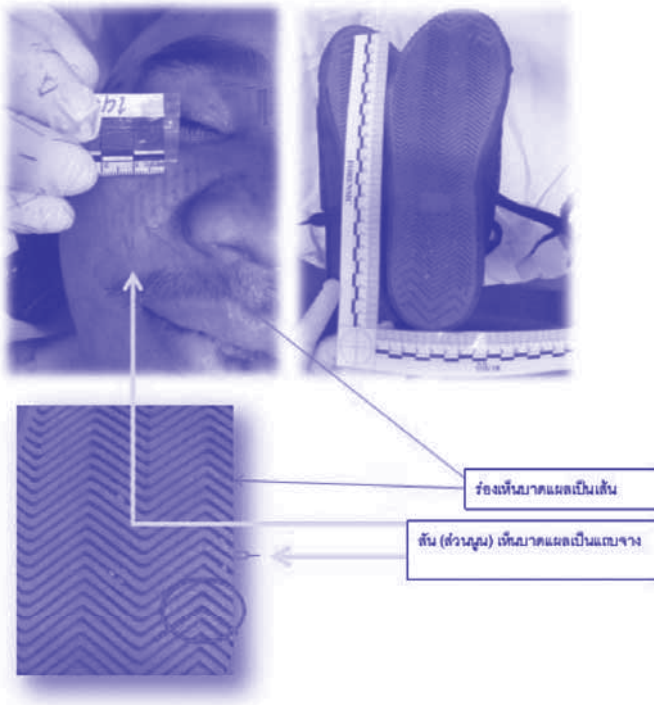
ภาพที่ 3.12 ตัวอย่างการถ่ายภาพหยดเลือดที่พื้นระยະໂລ້ ด้งกล้องถ่ายภาพให้ตั้งฉากกับพื้น ในที่นี้อาจใช้โปรแทรกเตอร์แทนสเกลได้



ภาพที่ 3.13 ตัวอย่างการถ่ายภาพบาดแผลถลอกกดกระแทก (imprinted abrasion) ที่แก้มขวาและวัตถุพยาน การถ่ายภาพบาดแผลนั้น ต้องให้แนวเลนส์เล็งไปในแนวตั้งฉากกับระนาบบาดแผล (ระนาบแก้ม) โดยสเกล ต้องอยู่ใกล้บาดแผลมากที่สุด แต่อย่าให้บังบาดแผล และอยู่ในระดับระนาบเดียวกับบาดแผล (ในกรณีนี้ควรวางสเกล นานกับแก้ม ไม่ควรวางสเกลไว้ใต้คางหรือให้ลอยออกมาด้านหน้า เพราะจะทำให้ระยะจากสเกลผิดเพี้ยนจากขนาด บาดแผลจริงได้) ซึ่งเมื่อจะถ่ายวัตถุพยานก็ต้องถ่ายส่วนที่สงสัยว่าจะทำให้เกิดบาดแผลนี้ในลักษณะเดียวกันด้วย เพื่อนำมาเปรียบเทียบรูปร่างและขนาดได้



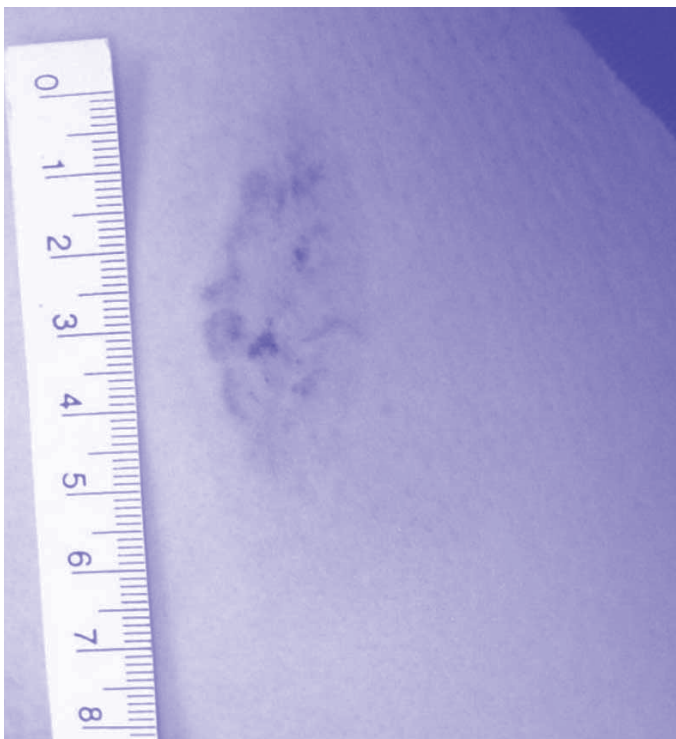
ภาพที่ 3.14 ตัวอย่างการทำภาพเชิงซ้อน เพื่อเปรียบเทียบภาพถ่ายของบาดแผลและภาพถ่ายของวัตถุพยาน



ภาพที่ 3.15 ตัวอย่างการถ่ายภาพบาดแผลและวัตถุพยาน สังเกตการวางสเกลที่รองเท้าให้อยู่ในระนาบเดียวกับพื้นรองเท้า



ภาพที่ 3.16 ตัวอย่างการถ่ายภาพแบบมีและไม่มีสเกล ลักษณะการตั้งกล้องถ่ายภาพเป็นลักษณะผู้ถ่ายกำลังมองบาดแผลผู้ป่วยในแนวระดับสายตา กรณีมีสเกลต้องให้สเกลอยู่ใกล้บาดแผลมากที่สุด ลักษณะบาดแผลมีรูปร่างไม่เป็นเส้น หรือเป็นแนวใดแนวหนึ่ง การใช้สเกลแบบสองแกนจะทำให้ทราบขนาดทั้งสองแกน



ภาพที่ 3.17 ตัวอย่างการถ่ายภาพบาดแผลที่มีแนวยาว ควรวางสเกลให้ปลายข้างหนึ่งเริ่มที่เลขศูนย์ตรงกับขอบบาดแผลด้านหนึ่ง เพื่อที่จะได้ทราบความยาวบาดแผลได้ทันที



ภาพที่ 3.18 ตัวอย่างการถ่ายภาพที่ไม่ถูกต้อง กรณีถ่ายภาพแผลที่คอด้านขวาใต้ใบหู

กรณีที่ 1 วางสเกลที่ด้านหน้าบาดแผล (เป็นลักษณะลอยออกมา ทำให้สเกลอยู่ตื้นกว่าบาดแผล) โกลเกินไป (วัดได้ขนาดเล็กเกินจริง)

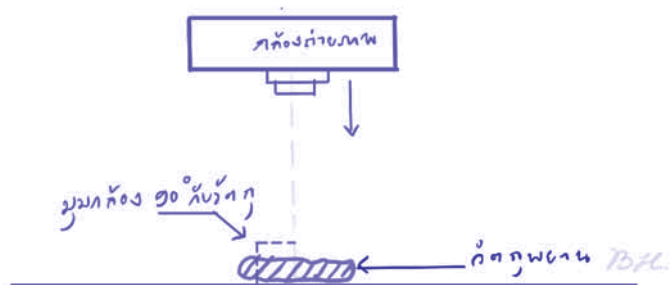
กรณีที่ 2 ใช้สเกลปิดบังบาดแผลบางส่วน (เว้นแต่จะถ่ายเพื่อเทียบขนาดบาดแผลเฉพาะส่วนใดส่วนหนึ่ง)

จำนวนภาพถ่าย ถ่ายให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ซึ่งขึ้นกับรายละเอียดของแต่ละสถานที่เกิดเหตุ แต่ไม่ควรมากเกินไป จนไม่ได้ตรวจศพและสถานที่เกิดเหตุ

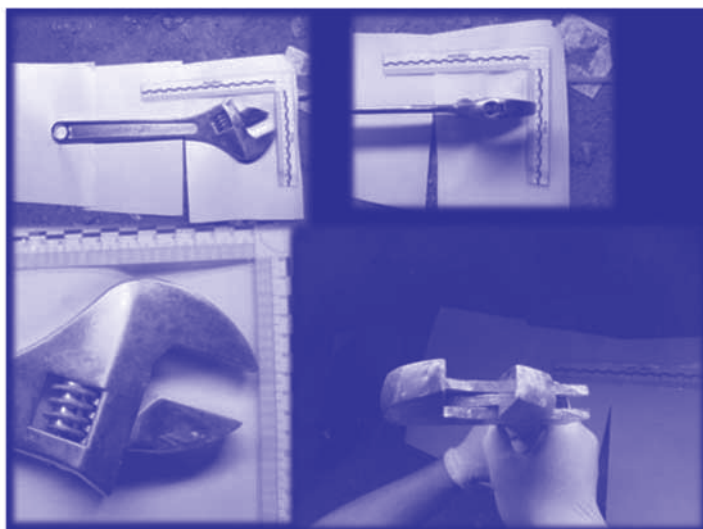
Photo log คือ บัญชีภาพถ่าย เพื่อแสดงว่าภาพแต่ละภาพนั้นแสดงอะไรและรายละเอียดอื่นๆ โดยเฉพาะกรณีมีพยานวัตถุ ซึ่งจะต้องมีการวางหมายเลขหรือสัญลักษณ์กำกับในภาพถ่ายด้วย ส่วนมากใช้ในงานของตำรวจ วิทยาการ สำหรับทางแพทย์ทั่วไปอาจไม่ได้ใช้ เพราะทำให้ยุ่งยากและเสียเวลามาก และแพทย์ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการตรวจวัตถุพยานโดยตรง

การถ่ายภาพวัตถุพยาน

การถ่ายภาพวัตถุพยานในสถานที่เกิดเหตุ นั้น ควรถ่ายสองขั้นตอน คือ ขั้นตอนแรกถ่ายขณะที่วัตถุพยานอยู่ในที่พบเห็นตอนแรก (in place) ซึ่งจะทราบได้เบื้องต้นว่ามีความสัมพันธ์กับศพอย่างไร เช่น ปืนอยู่ ตำแหน่งไหนของศพ มือกำอยู่หรือไม่ ซึ่งโดยทั่วไป ถ้ามีวิทยาการตำรวจร่วมตรวจสอบสถานที่เกิดเหตุด้วย จะมีหมายเลขหรือเครื่องหมายกำกับ แพทย์สามารถถ่ายภาพลักษณะเดียวกับวิทยาการตำรวจได้ เป็นต้น ต่อมาต้องนำวัตถุพยานมาถ่ายภาพต่างหาก โดยมีฐานรองและมาตรวัดกำกับก่อนบรรจุวัตถุพยาน (เป็นหน้าที่ของวิทยาการตำรวจ แต่แพทย์สามารถถ่ายภาพเพิ่มเติมในส่วนนี้ได้เช่นกัน) สำหรับการถ่ายภาพวัตถุพยาน ณ ห้องชันสูตร สามารถทำได้ลักษณะเดียวกัน คือ ถ่ายขณะที่พบวัตถุพยานในร่างกายศพ และนำออกมาถ่ายเพิ่มเติมนอกตัวศพ โดยต้องถ่ายภาพวัตถุพยานให้ครบทุกด้าน เพราะแต่ละส่วนอาจทำให้เกิดบาดแผลต่างๆ กัน ดังภาพ



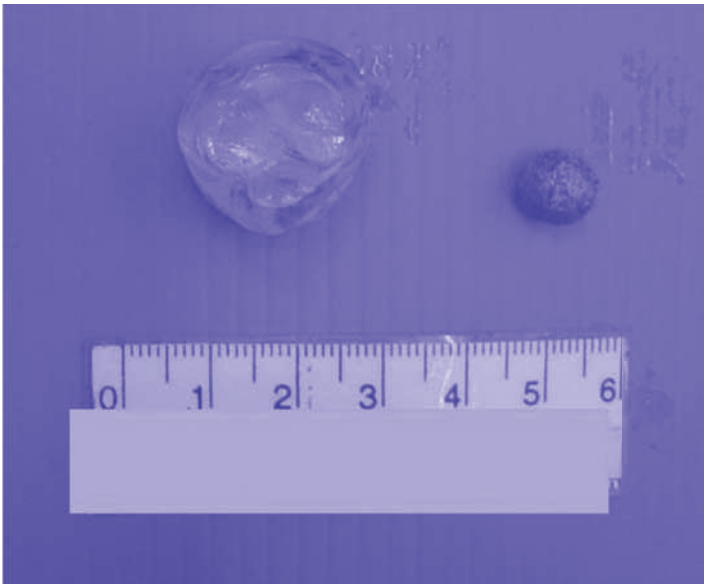
ภาพที่ 3.19 ภาพแสดงลักษณะการตั้งกล้อง
ถ่ายภาพให้ตั้งฉากกับวัตถุพยาน



ภาพที่ 3.20 ตัวอย่างการถ่ายภาพวัตถุพยาน
ที่พบศพ ต้องถ่ายให้ครบทุกด้าน

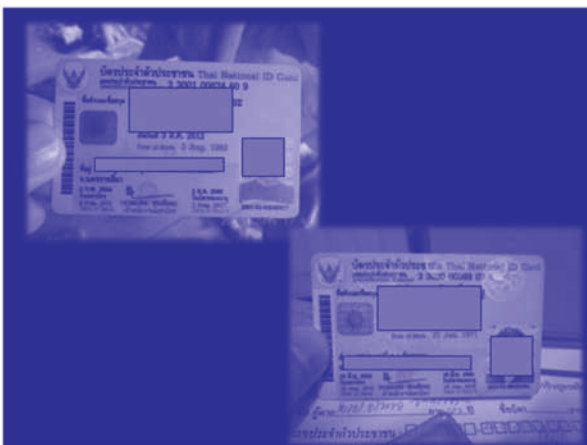


ภาพที่ 3.21 ตัวอย่างการถ่ายภาพวัตถุพยาน
เพื่อเปรียบเทียบกับบาดแผล



ภาพที่ 3.22 ตัวอย่างการถ่ายภาพวัตถุพยาน
เม็ดกระสุนปืนลูกปราย และหมอนรองกระดูก

การถ่ายภาพบัตรประจำตัวศพหรือบัตรที่ระบุตัวตนศพมีความสำคัญมาก และต้องถ่ายไว้เสมอเมื่อไปตรวจสถานที่เกิดเหตุ โดยทั่วไปบัตรต่างๆ มักมีการเคลือบพลาสติกหรือเป็นบัตรแข็งที่มันวาวสะท้อนแสงได้ ดังนั้นควรถ่ายบัตรในที่แสงสว่างเพียงพอและไม่ใช้แฟลช



ภาพที่ 3.23 การถ่ายภาพบัตรที่มันวาวในที่มืด ซึ่งมี
ไฟส่องจากด้านบน ให้ตั้งบัตรขึ้นทำมุมที่ไม่สะท้อนแสง
แล้วถ่ายโดยไม่ใช้แฟลช

การถ่ายภาพฟิล์มเอกซเรย์

ปัจจุบันมีระบบเก็บภาพฟิล์มเอกซเรย์แบบดิจิทัลแล้ว (PACTs) แต่บางโรงพยาบาลอาจใช้วิธีดั้งเดิม ซึ่งจะมีแผ่นฟิล์มเอกซเรย์เก็บไว้ แผ่นฟิล์มปกติจะมีความมันวาวเช่นเดียวกับบัตรต่างๆ ดังนั้น การถ่ายภาพ ต้องใช้บล็อกฟิล์มและปิดแฟลช โดยขั้นตอนแรกต้องตรวจสอบชื่อ สกุล HN ให้ตรงกับศพก่อน เรียงวันที่และฟิล์มให้เป็นระบบเป็นลำดับไป (กรณีมีหลายฟิล์ม) ใช้ปากกาเมจิกเขียนที่ขอบล่างของฟิล์ม ระบุ ชื่อ วันที่ HN เพื่อการทบทวนได้รวดเร็ว วางฟิล์มซ้าย-ขวา บน-ล่างให้ถูกต้อง เมื่อถ่ายภาพจะต้องให้ได้ระดับตั้งฉากกับฟิล์มที่จะถ่าย โดยสังเกตขอบจอแสดงภาพของกล้องให้ขนานกับขอบฟิล์ม (ปัจจุบันอาจมีโปรแกรมถ่ายภาพให้เป็นรูปที่ถ่ายเสมือนตั้งฉาก

กับกล้องได้แม้จะถ่ายเอียง เช่น S-note ใน Samsung galaxy note 4, หรือ office lens เป็นต้น) และถ้าพบพยาธิสภาพที่สำคัญ ควรถ่ายตำแหน่งนั้นเพิ่มเติม (spot)

การเก็บและรักษาภาพถ่าย และการอ้างอิงภาพถ่ายเป็นพยานศาล⁽⁵⁾

ภาพถ่ายที่ได้จากกล้องดิจิทัลจะถูกเก็บในรูปแบบดิจิทัลไฟล์ (JPEG, BMP, RAW, TIFF เป็นต้น) โดยจะถูกเก็บอยู่ในหน่วยความจำตามแต่ชนิดของกล้องถ่ายภาพ หน้าที่ของเจ้าหน้าที่ผู้ถ่ายรูป คือ นำภาพเหล่านั้นลงเครื่องคอมพิวเตอร์และจัดเก็บภาพให้เป็นหมวดหมู่ ค้นหาได้ง่าย โดยหลักทั่วไปควรจัดเก็บแยกเป็นรายศพ ต่อหนึ่งโฟลเดอร์ (folder) และใส่หมายเลขศพเป็นเลขโฟลเดอร์ ซึ่งหมายเลขศพนี้จะเรียงไปตามวันที่ชันสูตรนั่นเอง และแยกเป็นเดือนและปีเพื่อให้หาได้ง่าย

มักมีคำถามว่าความน่าเชื่อถือของภาพถ่ายจากกล้องดิจิทัล (เป็นส่วนหนึ่งของพยานหลักฐาน ที่เรียกว่า digital forensic) เป็นอย่างไร ซึ่งมีกฎหมายที่เกี่ยวข้อง คือ พระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. 2550 มาตรา 25¹⁹ และพระราชบัญญัติว่าด้วยธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 มาตรา 6²⁰ โดยสรุปแล้ว ถ้าบุคคลที่ถ่ายภาพนั้นมีความน่าเชื่อถือ (เช่น เป็นบุคคลผู้มีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายในการชันสูตรพลิกศพ) และมีการรักษาความปลอดภัยของรูปนั้นอย่างดี (เช่น เก็บรูปนั้นไว้ในเครื่องคอมพิวเตอร์หรืออุปกรณ์อื่นๆ ที่มีระบบรักษาความปลอดภัย ไม่ให้เข้าถึงข้อมูลได้โดยง่าย โดยอาจจะมีการหุ้สผ่านและอาจจะต้องเปลี่ยนรหัสผ่านตามระยะเวลาที่เหมาะสม ผู้รู้รหัสผ่านมีเฉพาะผู้ที่ชันสูตรพลิกศพเท่านั้น และสามารถเรียกดูข้อมูลโดยผู้ที่เกี่ยวข้องได้อย่างรวดเร็ว) ตลอดจนมีระบบป้องกันการแก้ไขรูปภาพหรือข้อมูล ซึ่งการทำรายงานเป็นเอกสารบรรยายรายละเอียดต่างๆ ก็เป็นทางหนึ่งที่จะช่วยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่มาจากสองแหล่งได้ รวมทั้งมีการบันทึกรูปภาพหรือข้อมูลไว้ในอุปกรณ์ที่ไม่สามารถลบได้ (เช่น DVD-R, CD-R) เป็นระยะๆตามเวลาที่เหมาะสม และรูปที่พิมพ์ออกมาจากเครื่องคอมพิวเตอร์ (print out) สามารถใช้อ้างอิงเป็นพยานหลักฐานได้ เมื่อนำไปอ้างอิงในชั้นศาล ภาพถ่ายถือเป็นพยานวัตถุชนิดหนึ่ง ซึ่งแม้จะไม่ใช่วัตถุพยานโดยตรง แต่มีลักษณะเป็นการจำลองภาพของวัตถุ ถือเป็น

¹⁹ ข้อมูล ข้อมูลคอมพิวเตอร์ หรือข้อมูลจราจรทางคอมพิวเตอร์ที่พนักงานเจ้าหน้าที่ได้มาตามพระราชบัญญัตินี้ ให้อ้างและรับฟังเป็นพยานหลักฐานตามบทบัญญัติแห่งประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาหรือกฎหมายอื่นอันว่าด้วยการสืบพยานได้ แต่ต้องเป็นชนิดที่มีได้เกิดขึ้นจากการจงใจมีค้ำนัยสำคัญ ชูเชิญ หลอกลวง หรือโดยมิชอบประการอื่น

²⁰ ให้ยกเลิกความในมาตรา 11 แห่งพระราชบัญญัติว่าด้วยธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ พ.ศ. 2544 และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“มาตรา 11 ห้ามมิให้ปฏิเสธการรับฟังข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เป็นพยานหลักฐานในกระบวนการพิจารณาตามกฎหมายทั้งในคดีแพ่ง คดีอาญา หรือคดีอื่นใด เพียงเพราะเหตุว่าเป็นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์

ในการชั่งน้ำหนักพยานหลักฐานว่าข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์จะเชื่อถือได้หรือไม่เพียงใดนั้น ให้พิเคราะห์ถึงความน่าเชื่อถือของลักษณะหรือวิธีการที่ใช้สร้าง เก็บรักษา หรือสื่อสารข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ลักษณะหรือวิธีการเก็บรักษา ความครบถ้วน และไม่มีการเปลี่ยนแปลงของข้อมูลลักษณะ หรือวิธีการที่ใช้ในการระบุหรือแสดงตัวผู้ส่งข้อมูล รวมทั้งพฤติการณ์ที่เกี่ยวข้องทั้งปวง

ให้นำความในวรรคหนึ่งมาใช้บังคับกับสิ่งพิมพ์ออกของข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ด้วย”

พยานวัตถุ คือ สิ่งใดก็ตามที่คู่ความอ้างอิงให้ศาลตรวจดูเพื่อประโยชน์แก่คดีของตน ซึ่งมีความสำคัญมากในคดีอาญา เพราะเป็นพยานหลักฐานที่ดีที่สุดในการพิสูจน์ว่าข้อเท็จจริงบางประเด็นได้เกิดขึ้น เช่น ยาเสพติด ปลอกกระสุนปืน บาดแผล ศพ สถานที่เกิดเหตุ เป็นต้น และโดยหลักการอ้างพยานวัตถุนั้นต้องนำไปส่งศาลหรือศาลต้องไปเดินเผชิญสืบนอกศาล ตาม ป.วิ.อ. มาตรา 241 และ ป.วิ.พ.มาตรา 128 แต่ในทางปฏิบัติเป็นการยุ่งยากที่จะนำพยานวัตถุไปที่ศาล เช่น ถ้าเป็นการอ้างบาดแผลจากการตรวจศพ ก็ต้องนำศพไปที่ศาลให้ศาลตรวจดู (คงไม่มีศาลท่านใดประสงค์จะตรวจศพ ณ ที่ศาล) ดังนั้นจึงมีข้อยกเว้นไม่ต้องนำพยานวัตถุไปศาลได้ ให้ใช้รูปภาพของพยานวัตถุสืบแทนได้โดยถือเป็นอำนาจสืบพยานทั่วไปของศาล ดังนั้น การที่แพทย์ถ่ายภาพบาดแผล แล้วนำไปอ้างอิงต่อศาล ภาพถ่ายถือเป็นภาพจำลองวัตถุ จึงเป็นพยานวัตถุ ไม่ใช่พยานเอกสาร แม้ไม่ได้อ้าง “บาดแผล” โดยตรง

พยานหลักฐานที่รับฟังได้ (admissible evidence) และข้อจำกัดในการอ้างจะน้อยกว่าพยานหลักฐานประเภทอื่นจากประสบการณ์ของผู้เขียนพบว่า ศาลยุติธรรมในประเทศไทยมักจะยอมรับพยานหลักฐานที่เป็นรูปถ่ายจากกล้องดิจิทัลที่พยานนำขึ้นสู่ศาล ขอเพียงแต่มีการนำภาพถ่ายเข้าสู่กระบวนการอ้างพยานหลักฐานที่ถูกต้อง (ศึกษาได้จากประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาและวิธีพิจารณาความแพ่ง) ตัวอย่างฎีกาที่มีการอ้างพยานหลักฐานภาพถ่ายศพหรือสถานที่เกิดเหตุใช้ประกอบการพิจารณาของศาล เช่น ฎีกาที่ 2527/2550, 1722/2548, 384/2548, 1243/2545, 6570/2542, 6505/2541 (ศาลเชื่อข้อเท็จจริงจากภาพถ่ายและรายงานของแพทย์มากกว่าประจักษ์พยาน จึงยกฟ้องจำเลยฐานฆ่าคนตาย), 426/2541 เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

เข็มชัย ชูติวงศ์. (2557). คำอธิบาย กฎหมายลักษณะพยาน. (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: สำนักอบรมศึกษากฎหมาย
แห่งเนติบัณฑิตยสภา.

อรวินท์ เมฆพิรุณ และวศิน เพิ่มทรัพย์.(2548). คู่มือเลือกซื้อและใช้งานกล้องดิจิทัล. กรุงเทพฯ:
บริษัท โปรวิชั่น จำกัด.

Fisher, B. A., & Fisher, D. R. (2004). Techniques of crime scene investigation. crc Press.

Peterson, G. F., & Clark, S. C. (2006). Forensic autopsy performance standards. The American
journal of forensic medicine and pathology, 27(3).

Horswell, J. The Practice of Crime Scene Investigation, 2004. CRC Presss, Boca Raton London New.



Forensic Medicine

บทที่ 4

การเก็บสิ่งส่งตรวจทางนิติเวช

นายแพทย์ธีรพร เหลืองรังษียากุล

หลักการและเหตุผล

1. วัตถุพยานทางนิติเวชคืออะไร แพทย์เข้าไปเกี่ยวข้องอย่างไร
2. ทำไมห่วงโซ่วัตถุพยาน (chain of custody procedure) จึงมีความสำคัญ
3. การเก็บ รักษา และส่งต่อวัตถุพยานอย่างเหมาะสม

เนื่องจากแพทย์นอกจากทำหน้าที่รักษาผู้บาดเจ็บในโรงพยาบาล แล้วคงไม่สามารถหลีกเลี่ยงที่ต้องเกี่ยวข้องกับคดีความต่างๆ ทั้งจากผู้บาดเจ็บหรือผู้เสียชีวิต ในขณะที่ตนได้ปฏิบัติหน้าที่ในห้องฉุกเฉิน หรือเป็นแพทย์ผู้ทำหน้าที่ชันสูตรพลิกศพ อาจพบวัตถุพยานบางอย่างซึ่งปรากฏอยู่ตามร่างกายของผู้บาดเจ็บ หรือผู้เสียชีวิต โดยหลักฐานดังกล่าวอาจเป็นวัตถุพยานเพียงชิ้นเดียวที่จะอธิบายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อไขข้อสงสัยให้กับสังคมได้

ลักษณะของสิ่งส่งตรวจที่เป็นวัตถุพยาน

วัตถุพยานทางนิติเวช ส่วนใหญ่มักจะเป็นส่วนประกอบของสิ่งมีชีวิต (biological evidence) ซึ่งเน่าสลายได้ และบางครั้งมีจำนวนน้อยมาก หากเก็บรักษาและส่งตรวจวิเคราะห์อย่างไม่เหมาะสม อาจส่งผลกระทบต่อระบบทั้งหมด ได้แก่ การตรวจวิเคราะห์ และการแปลผล ซึ่งอาจส่งผลเสียต่อรูปคดีก็เป็นได้

กระบวนการตรวจพิสูจน์วัตถุพยาน

ประกอบด้วยขั้นตอนหลัก คือ

1. ขั้นตอนก่อนการตรวจวิเคราะห์
2. ขั้นตอนการตรวจวิเคราะห์
3. ขั้นตอนการแปลผล และการรายงาน

แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ อาจต้องเข้าไปเกี่ยวข้องในส่วนก่อนขั้นตอนการตรวจวิเคราะห์ อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

หลักการสำคัญของห่วงโซ่วัตถุพยาน

มีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือในผลที่ตรวจได้ มีหลักสำคัญที่สรุปได้คือ identification, integrity และ security จะต้องประกอบด้วยปัจจัยดังต่อไปนี้

1. identification ต้องสามารถแหล่งที่มา และอัตลักษณ์ของวัตถุพยานนั้นได้
 - 1.1 วัตถุพยานนั้นคืออะไร และมีลักษณะที่สำคัญที่พอสั่งเกตได้อย่างไรบ้าง (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, วัตถุพยานนั้น ถูกดำเนินการอย่างไรบ้าง และเมื่อตรวจวิเคราะห์เสร็จแล้วถูกทำลายเมื่อไหร่ และทำลายอย่างไร

ดังนั้นที่ภาชนะที่บรรจุควรมีฉลากที่มีข้อมูลดังกล่าว ถูกเขียนด้วยปากกาที่ลบไม่ได้ หากมีการแก้ไขข้อความ ต้องมีการเซ็นชื่อกำกับ ควรมีสมาคมลงชื่อกำกับในการรับส่งวัตถุพยาน ภาชนะที่บรรจุต้องมีการปิดผนึก และเซ็นชื่อกำกับที่ฉลากปิดภาชนะเพื่อป้องกันการปลอมปนในตัวอย่าง หากฉลากปิดภาชนะชำรุด ห้องปฏิบัติการควรปฏิเสธที่จะทำการตรวจตัวอย่างดังกล่าว

วัตถุพยานในที่เกิดเหตุ

สามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ

1. กลุ่มชีววัตถุพยาน เช่น คราบเลือด, คราบสเปิร์ม, เส้นผม เป็นต้น
 2. กลุ่มชีววัตถุพยาน เช่น หัวกระสุนปืน, เลือดฝาด 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 เลือดฝาด ให้นำส่งทั้งชิ้นวัตถุดังกล่าว โดยผึ่งลมให้แห้ง (ห้ามนำไปตากแดด) ก่อนนำไปใส่ในถุงหรือห่อกระดาษ ไม่ควรบรรจุในถุงพลาสติกเนื่องจากอาจเกิดการเน่าสลายขณะนำส่งตรวจวิเคราะห์

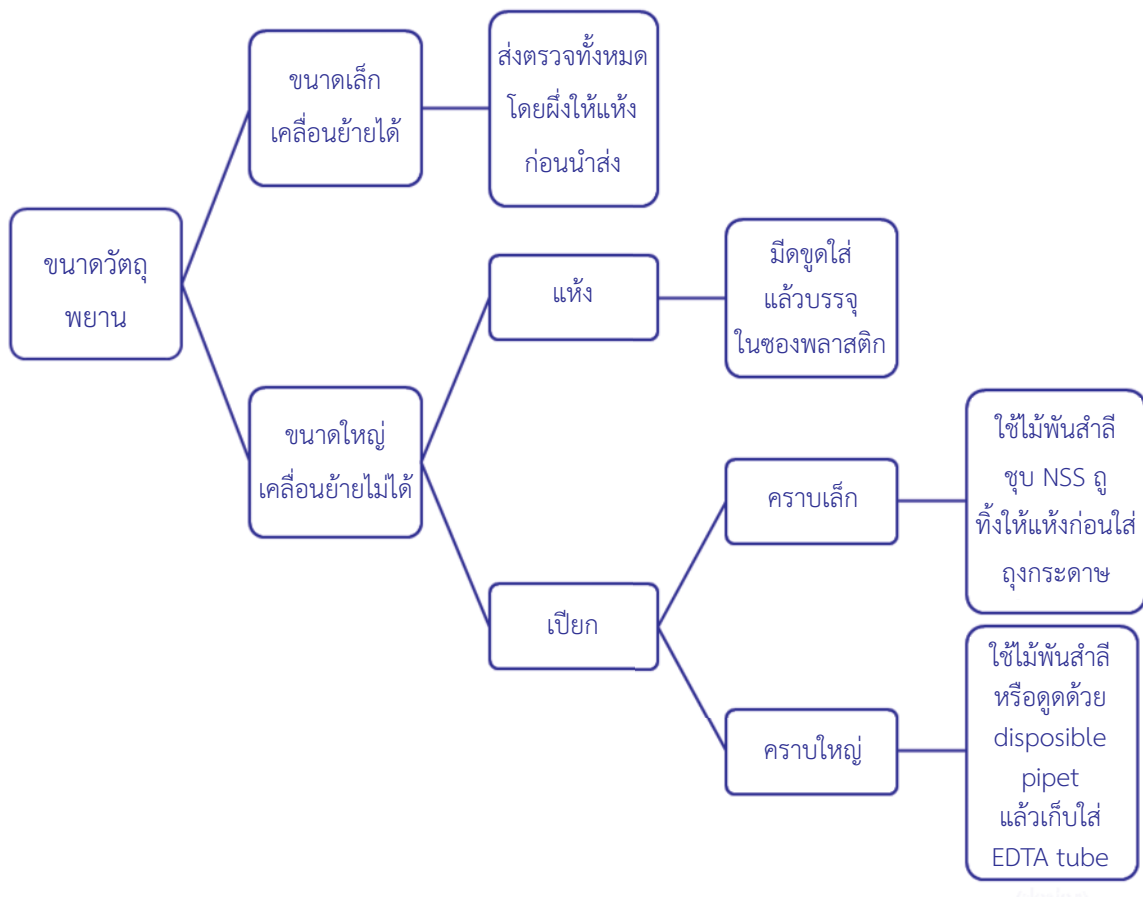
2.3 หากต้องจัดเก็บจากศพ เช่น เลือด ควรเจาะดูดด้วยเข็มขนาดใหญ่ เช่น เบอร์ 18 และจัดเก็บใส่หลอดที่มีสาร EDTA, NaF หรือ clot blood แล้วแช่ถาวร และแช่เย็นไว้เพื่อเตรียมนำส่งให้ห้องปฏิบัติการ

2.4 หากเป็นชิ้นส่วนของมนุษย์ เช่น รก หรือ อวัยวะต่างๆ ควรแช่เย็นที่อุณหภูมิ ต่ำกว่า -20 องศาเซลเซียส เพื่อป้องกันการเน่า

2.5 หากตัวอย่างมีขนาดเล็กมาก เช่น เล็บมือ ควรใช้ไม้จิ้มฟัน หรือกรรไกรตัดเล็บที่ไม่เคยใช้มาก่อน หรือผ่านการแช่น้ำยาทำความสะอาดมาแล้ว ตัดและเก็บให้แห้งในซองกระดาษ

หลักการเก็บหลักฐานชีววัตถุพยานอื่นที่สำคัญ

1. หัวกระสุน ไม่ควรใช้อุปกรณ์ที่มีความคม หรือมีฟัน คีบหรือหนีบ ซึ่งจะทำให้เกิดร่องรอยบนหัวกระสุนปืน
2. เขม่าแก๊ปปืน ควรจัดเก็บโดยผู้เชี่ยวชาญที่ผ่านการฝึกอบรม และมีน้ำยาที่จัดเตรียมไว้อย่างเหมาะสม
3. ลายพิมพ์นิ้วมือ มักเป็นหน้าที่ของตำรวจพิสูจน์หลักฐานจังหวัด ซึ่งเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ ควรสวมถุงมือขณะปฏิบัติงานทุกครั้ง และสอบถามตำรวจวิทยาการก่อนจับต้องสิ่งของในที่เกิดเหตุ



แผนภูมิแนวทางการเก็บชีววัตถุพยานจากที่เกิดเหตุ

การเก็บวัตถุพยานจากผู้บาดเจ็บ หรือศพผู้เสียชีวิต

ในกรณีที่สงสัยว่าบุคคลดังกล่าวจะได้รับสารพิษ หรือยา ที่ทำให้เกิดผลเสียต่อร่างกาย รวมทั้งการจัดเก็บเพื่อใช้ในการตรวจพิสูจน์ทางด้านคดีความต่าง ๆ นั้น ควรยึดหลักการเช่นเดียวกับการจัดเก็บวัตถุพยาน ในที่เกิดเหตุ ทั้งในส่วนห่วงโซ่พยาน (Chain of custody) วิธีการจัดเก็บ รักษา และส่งต่ออย่างถูกต้อง เหมาะสม

แนวทางการเก็บสิ่งส่งตรวจ

1. การเจาะเลือด

1.1 ผู้ป่วยคดี ให้ทำเช่นเดียวกับการเจาะเลือดทั่วไป แต่กรณีการเจาะเลือดเพื่อตรวจหา alcohol ห้ามใช้ alcohol เช็ดทำความสะอาดผิวหนัง ให้ใช้ betadine หรือ antiseptic อื่น ที่ไม่มี alcohol เป็นส่วนผสม เช็ดทำความสะอาดแทน

1.2 การตรวจศพ การเจาะเลือดจากศพ จะทำในกรณีพิสูจน์ทางพิษวิทยา เช่น ตรวจหา alcohol ในอุบัติเหตุจราจร ตรวจหาสาเหตุการตายในกรณีที่สงสัยว่าเสียชีวิตจากสารพิษ หรือใช้พิสูจน์เอกลักษณ์บุคคล เป็นต้น

การเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำจากศพทำได้จากหลายตำแหน่ง ได้แก่ subclavian vein, internal jugular vein หรือแม้แต่การเจาะโดยตรงที่หัวใจ แต่ที่ดีที่สุด คือ การเจาะจาก femoral vessel เนื่องจากป้องกันการเปลี่ยนแปลง หรือปนเปื้อนภายหลังการตาย

2. การเก็บปัสสาวะ

2.1 ผู้ป่วยคดี ให้เก็บใส่ภาชนะพลาสติกเช่นเดียวกับผู้ป่วยทั่วไป โดยต้องอยู่ในความดูแลของเจ้าหน้าที่ เพื่อป้องกันการสับเปลี่ยน หรือปนเปื้อนของสิ่งส่งตรวจ

2.2 การตรวจศพ การเจาะปัสสาวะจากศพ สามารถทำได้โดย suprapubic aspiration

3. การเก็บ gastric content

ทำได้ในกรณีผู้ป่วยคดี และศพ โดยให้เก็บตัวอย่างครั้งแรกที่ดูดได้ จากสารล้างกระเพาะอาหารของผู้ป่วยคดี หากไม่สามารถดูดได้ ให้ล้างกระเพาะอาหารด้วยน้ำประมาณ 50-100 ml และเก็บตัวอย่างส่งตรวจ ประมาณ 30 ml

4. การเก็บ vitreous humor

ใช้ในกรณีของศพเน่าที่ต้องการตรวจหาระดับแอลกอฮอล์ โดยเก็บน้ำลูกตาให้เก็บจากตาทั้งสองข้างรวมกัน โดยเจาะที่บริเวณ lateral canthus และปักปลายเข็มให้อยู่ใน Posterior chamber ของลูกตา จะได้น้ำที่มีลักษณะใส ช้นเหนียว ประมาณ 2 ml

ตารางที่ 4.1 ปริมาณและลักษณะสิ่งส่งตรวจทางพิษวิทยา

สิ่งส่งตรวจ	ปริมาณและลักษณะ
blood	- 10 ml for clotted tube (tube ฝาสีแดง) สำหรับตรวจ drug of abuse, pesticide และ medication ชนิดต่างๆ - 2.5 ml for NaF tube (tube ฝาสีเทา) สำหรับตรวจ alcohol หรือถ้าสงสัยว่า จะได้รับ toxic gas (CO, cyanide) ควรพันด้วยแผ่น paraffin รอบฝาปิดภาชนะด้วย
urine	20-30 ml หรือทั้งหมด ใส่ภาชนะพลาสติก
gastric content	20-30 ml หรือทั้งหมด ใส่ภาชนะพลาสติก
vitreous humor	2 ml for NaF tube (tube ฝาสีเทา) สำหรับตรวจ alcohol

การเก็บรักษาส่งตรวจ

สิ่งส่งตรวจทางพิษวิทยา แนะนำว่าควรเก็บไว้ในตู้เย็นอุณหภูมิ 4 °C ทั้งก่อนและขณะนำส่ง เพื่อป้องกันการสลายตัวได้จากผลของอุณหภูมิ เอนไซม์ และแบคทีเรีย

ส่วนบรรจุภัณฑ์ที่เก็บได้จากที่เกิดเหตุซึ่งสงสัยว่าเป็นภาชนะที่ใส่สารพิษ ควรแยกเก็บในถุงหรือภาชนะต่างหากเพื่อป้องกันการปนเปื้อน และจัดส่งไปพร้อมกับศพ เพื่อตรวจพิสูจน์ร่วมกันเนื่องจากเป็นสิ่งที่สำคัญต่อการคัดกรอง และตรวจวิเคราะห์ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2557). คู่มือการปฏิบัติงานนิติเวช (สำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์) กระทรวงสาธารณสุข. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.



Forensic Medicine

บทที่ 5

หลักฐานทางการแพทย์และวัตถุพยาน

นายแพทย์ศักดิ์สิทธิ์ บุญลักษณะ

ในกระบวนการยุติธรรม พยานหลักฐานเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการพิสูจน์ถึงข้อเท็จจริงของคดีต่างๆ ซึ่งตามหลักทางกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา หากพยานหลักฐานที่ได้ไม่เพียงพอ ไม่น่าเชื่อถือ หรือมีการขัดแย้งกับรูปคดี อาจทำให้ไม่สามารถนำตัวผู้กระทำความผิดมาลงโทษได้ ในขณะเดียวกัน ถึงแม้ว่าจำเลยจะรับสารภาพตามฟ้องแล้วก็ตาม หากศาลมีข้อสงสัยว่าจำเลยไม่ได้กระทำความผิดจริง อาจเรียกพยานหลักฐานมาสืบเองได้ เพื่อป้องกันการนำผู้บริสุทธิ์มาลงโทษ

ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 226

“พยานวัตถุ พยานเอกสาร หรือพยานบุคคลซึ่งน่าจะพิสูจน์ได้ว่าจำเลยมีผิดหรือบริสุทธิ์ ให้อ้างเป็นพยานหลักฐานได้ แต่ต้องเป็นพยานชนิดที่มีได้เกิดขึ้นจากการจงใจ มีคำมั่นสัญญา ชูเชิญ หลอกลวงหรือโดยมิชอบประการอื่น และให้สืบตามบทบัญญัติแห่งประมวลกฎหมายนี้หรือกฎหมายอื่นอันว่าด้วยการสืบพยาน”

จะเห็นได้ว่า **พยานหลักฐาน** ตามกฎหมายแบ่งออกเป็น

- พยานวัตถุ หรือ วัตถุพยาน (physical evidences)
- พยานเอกสาร และ
- พยานบุคคล

และ**วัตถุพยาน** ได้แก่

- วัตถุพยานที่ได้มาจากสิ่งไม่มีชีวิต เช่น มีด ปืน เสื้อผ้า
- วัตถุพยานที่ได้มาจากสิ่งมีชีวิต หรือ ชีววัตถุ (biological evidences) เช่น เลือด น้ำลาย

ในทางการแพทย์ จะมีโอกาสเข้าไปเกี่ยวข้องกับพยานหลักฐานหลายส่วนในกระบวนการยุติธรรม ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์จะต้องมีความรู้พื้นฐานในเรื่องพยานหลักฐาน เพื่อไม่ทำให้เกิดข้อผิดพลาดในการนำพยานหลักฐานนั้นเข้าไปสู่กระบวนการยุติธรรม

ในคดีอาญา วัตถุพยาน จะมีความเกี่ยวข้องกับอายุความของคดี บุคลากรทางการแพทย์จะต้องเก็บวัตถุพยานที่เก็บได้จากผู้บาดเจ็บหรือศพไว้นานเท่าใด โดยหลักแล้วให้เก็บไว้นานที่สุดตามอายุความของการกระทำความผิด คือ 20 ปี และลดหลั่นกันลงไปตามฐานความผิด ดังที่บัญญัติไว้ในประมวลกฎหมายอาญามาตรา 95 ดังนั้น โรงพยาบาลจึงควรจัดตั้งหน่วยงานที่มีหน้าที่ในการเก็บรักษาวัตถุพยานให้ชัดเจนและต่อเนื่อง ด้วยเหตุที่โดยส่วนใหญ่ โรงพยาบาลมุ่งเน้นในเรื่องการรักษาผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บเป็นหลัก จึงมักไม่มีหน่วยงานที่เก็บรักษาวัตถุพยานที่ชัดเจน เมื่อเวลาผ่านไปทำให้วัตถุพยานนั้นสูญหาย หรือเสียคุณค่าในการนำไปพิสูจน์ หรือขาดความน่าเชื่อถือในการนำเข้าสู่กระบวนการยุติธรรม

ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 95

“ในคดีอาญา ถ้ามิได้ฟ้องและได้ตัวผู้กระทำความผิดมายังศาลภายในกำหนดดังต่อไปนี้ นับแต่วันกระทำความผิด เป็นอันขาดอายุความ

- (1) ยี่สิบปี สำหรับความผิดต้องระวางโทษประหารชีวิต จำคุกตลอดชีวิต หรือจำคุกยี่สิบปี
- (2) สิบห้าปี สำหรับความผิดต้องระวางโทษจำคุกกว่าเจ็ดปีแต่ยังไม่ถึงยี่สิบปี
- (3) สิบปี สำหรับความผิดต้องระวางโทษจำคุกกว่าหนึ่งปีถึงเจ็ดปี
- (4) ห้าปี สำหรับความผิดต้องระวางโทษจำคุกกว่าหนึ่งเดือนถึงหนึ่งปี
- (5) หนึ่งปี สำหรับความผิดต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่หนึ่งเดือนลงมาหรือต้องระวางโทษอย่างอื่น

ถ้าได้ฟ้องและได้ตัวผู้กระทำความผิดมาขึ้นศาลแล้ว ผู้กระทำความผิดหลบหนีหรือวิกลจริต และศาลสั่งงดการพิจารณาไว้จนเกินกำหนดดังกล่าวแล้วนับแต่วันที่หลบหนีหรือวันที่ศาลสั่งงดการพิจารณา ก็ให้ถือว่าเป็นอันขาดอายุความเช่นเดียวกัน”

ห่วงโซ่ครอบครองยานหลักฐาน (Chain of custody)

ปัจจุบันการนำสืบวัตถุพยานต่างๆ จะมีการสืบค้นถึงที่มาที่ไปของวัตถุพยานเหล่านั้น ว่าได้เข้าสู่กระบวนการยุติธรรมอย่างไร หากมีการได้มาที่มีข้อสงสัย จะทำให้วัตถุพยานนั้นขาดความน่าเชื่อถือ หรือจนกระทั่งศาลไม่รับฟังเลยทีเดียว ห่วงโซ่ครอบครองยานหลักฐาน จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องมีในการรวบรวมพยานหลักฐานทุกครั้ง เพื่อมิให้เกิดข้อสงสัยในการนำเข้าสู่กระบวนการยุติธรรม

1. Taking

การจัดการกับวัตถุพยานในขั้นตอนแรกโดยผู้มีหน้าที่เก็บวัตถุพยาน อาจมีการทำคำறிไว้ในส่วนที่ไม่ส่งผลเสียในการพิสูจน์หรือวิเคราะห์วัตถุพยาน โดยมีการระบุ เวลา วัน เดือน ปี ที่ทำการเก็บและรายละเอียดของวัตถุพยานนั้นตามสภาพความเป็นจริงในขณะที่เก็บ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับแพทย์มักจะเป็นการเก็บวัตถุพยานจากตัวผู้บาดเจ็บหรือศพ

ในกรณีผู้บาดเจ็บที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล วัตถุพยานที่จะต้องทำการจัดเก็บ โดยพยายามหลีกเลี่ยงการทำให้วัตถุพยานนั้นเสียหายหรือปนเปื้อนมากขึ้น เช่น มีดที่ปักมากับผู้บาดเจ็บ ไม่ต้องล้างขัดทำความสะอาด หัวกระสุนปืนอย่าใช้เครื่องมือที่เป็นโลหะสืบบริเวณด้านข้างของกระสุนปืน ทั้งให้วัตถุพยานแห้งก่อนแล้วนำบรรจุใส่ถุงกระดาษหรือถุงพลาสติกใส ติดสติ๊กเกอร์ระบุถึงวัตถุพยานนั้นคืออะไร จำนวนเท่าใด ได้มาจากใคร ถูกเก็บเมื่อ เวลา วัน เดือน ปี เมื่อไหร่ โดยใครเป็นผู้เก็บ และควรมีการบันทึกภาพไว้เป็นหลักฐาน ภาพขณะที่บรรจุต้องมีการปิดผนึกและมีการเซ็นชื่อกำกับที่ฉลากปิดทับบริเวณที่ผนึก เพื่อป้องกันการเปลี่ยนแปลงปลอมปนวัตถุพยาน จากนั้นจึงมีการส่งต่อวัตถุพยานไปยังที่เก็บในแผนกนั้น

แต่หากผู้บาดเจ็บอยู่ในอาการวิกฤติ แพทย์ต้องให้ความสำคัญกับชีวิตผู้บาดเจ็บก่อน การเก็บวัตถุพยานหากทำได้พร้อมกันจะเป็นการดี หากไม่สามารถทำได้ ต้องรอให้ผู้บาดเจ็บพ้นอันตรายต่อชีวิตเสียก่อน หรือหากเป็นกรณีที่การเก็บวัตถุพยานทำให้ผู้บาดเจ็บต้องรับอันตรายเพิ่มขึ้นโดยไม่จำเป็น แพทย์ก็ไม่ควรฝืนที่จะเก็บวัตถุพยานให้ได้ เช่น หัวกระสุนปืนที่ฝังอยู่ในตำแหน่งที่อันตราย แต่อยู่ลึกเกินกว่าจะเอาออกได้โดยง่าย

ส่วนในกรณีเป็นวัตถุพยานจากศพในสถานที่พบศพนั้น ตามหลักแล้วเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่วิทยาการจังหวัดหรือเจ้าหน้าที่พิสูจน์หลักฐาน ในการเก็บวัตถุพยานจากสภาพแวดล้อมที่เกิดเหตุหรือที่พบศพไปทำการตรวจพิสูจน์ เช่น อาวุธปืน ปลอกกระสุนปืน มีด โดยแพทย์ผู้ชันสูตรควรเข้าไปร่วมสังเกตว่ามีวัตถุพยานใดบ้างที่ถูกเก็บไปและทำบันทึกไว้ในรายงาน เว้นแต่เป็นวัตถุพยานที่ติดอยู่กับตัวศพที่ไม่สามารถเอาออกมาได้หรือไม่สะดวก

ที่จะเอาออกมาในที่พบศพ จะเป็นหน้าที่ของแพทย์ผู้ทำการชันสูตรพลิกศพเป็นผู้เก็บวัตถุพยานนั้นๆ แล้วจึงส่งมอบให้กับพนักงานสอบสวนเจ้าของคดีเพื่อนำไปตรวจพิสูจน์ต่อ อย่าส่งมอบวัตถุพยานให้กับเจ้าหน้าที่วิทยาการจังหวัดหรือเจ้าหน้าที่พิสูจน์หลักฐานเองโดยไม่ผ่านพนักงานสอบสวนเจ้าของคดี

2. Keeping

การเก็บรักษาวัตถุพยาน ต้องแสดงให้เห็นว่ามีการเก็บไว้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการในสถานที่เก็บที่มีดิดชิด แนนหนา ปลอดภัย บุคคลอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องไม่สามารถเข้าถึงได้ และการเข้าถึงวัตถุพยานแต่ละครั้งจะต้องมีการบันทึกรายละเอียดไว้เป็นหลักฐานอย่างชัดเจน

3. Transporting

การเคลื่อนย้ายวัตถุพยานในแต่ละครั้งจะต้องไม่มีการสับสน รายละเอียดของวัตถุพยานแต่ละชิ้นชัดเจน ตรงกัน ไม่ปะปนกับวัตถุพยานชิ้นอื่นๆ หีบห่อที่บรรจุต้องแนนหนา ไม่มีการเสียหาย ตกหล่น

4. Delivering

การส่งมอบวัตถุพยาน ต้องแสดงให้เห็นได้ว่า มีการส่งมอบให้ผู้รับได้อย่างถูกต้อง มีหลักฐานในการส่งและรับวัตถุพยานแสดงถึง ชื่อ ตำแหน่งผู้ส่ง และผู้รับ รวมถึงวันเวลา และรายละเอียดของวัตถุพยาน โดยมีการทำสำเนาข้อมูลการส่ง และรับไว้ทุกครั้ง



Forensic Medicine

บทที่ 6

การบันทึกหนังสือรับรองการตายตามหลัก ICD - 10

นายแพทย์อนณ ปัญญใหญ่

สาเหตุการตายและการรับรองสาเหตุตาย

การรับรองการตายเป็นหน้าที่หนึ่งของแพทย์ ในผู้ป่วยที่เสียชีวิต แพทย์มีหน้าที่บันทึกชื่อโรคที่เป็นสาเหตุตายลงในหนังสือรับรองการตาย จากนั้นญาติผู้ตายจะนำหนังสือรับรองการตายดังกล่าวไปติดต่อแจ้งต่อนายทะเบียนท้องถิ่น ซึ่งจะเก็บหนังสือรับรองการตายไว้ แล้วออกใบมรณบัตรให้แทน เพื่อเป็นหลักฐานการเสียชีวิต ข้อมูลจากหนังสือรับรองการตาย จะถูกบันทึกในฐานข้อมูลการตายของกระทรวงมหาดไทย และกระทรวงสาธารณสุข เพื่อนำไปวิเคราะห์ต่อไป

ข้อมูลสถิติการตายมีประโยชน์ในการวางแผน และกำหนดนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ และรักษาโรคของคนไทย หากแพทย์บันทึกสาเหตุการตายที่ไม่ถูกต้องหรือไม่ถูกต้องหลักการ ก็จะทำให้นโยบายการสาธารณสุขไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง ซึ่งจะทำให้โรคที่เป็นสาเหตุตายบางอย่างที่สามารถป้องกันได้ ยังคงคร่าชีวิตคนไทยต่อไป

ปัจจุบันประเทศไทยใช้แบบฟอร์มหนังสือรับรองการตายที่ดัดแปลงมาจาก Medical certification of Cause of death ขององค์การอนามัยโลก ที่กำหนดไว้ในบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (International Classification of Diseases) ฉบับปรับปรุงแก้ไขใหม่ครั้งที่ 10 หรือ ICD-10 ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้แนะนำให้ประเทศสมาชิกใช้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ซึ่งจะมีกฎเกณฑ์การเลือกสาเหตุตายกำกับไว้ทุกรูปแบบ เพื่อให้สาเหตุการตายที่บันทึกเป็นรูปแบบเดียวกัน

แบบฟอร์มหนังสือรับรองการตายที่ใช้อยู่ในประเทศไทย ปัจจุบันมี 2 แบบ คือ หนังสือรับรองการตายสำหรับรับรองการตายที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล (แบบ ท.ร.4/1) และใบรับแจ้งการตายสำหรับการตายนอกสถานพยาบาล (แบบ ท.ร.4 ตอนหน้า) ซึ่งมีรูปแบบการบันทึกเหมือนกัน นอกจากนี้ยังมีหนังสือบันทึกสาเหตุการตาย เพื่อใช้เป็นข้อมูลภายในของโรงพยาบาล ซึ่งอาจปรากฏอยู่หลังเอกสารสรุปเวชระเบียน



ท.ร. 4/1 ตอนที่ 1

หนังสือรับรองการตาย

รหัสสถานพยาบาล.....

สถานพยาบาลที่ออกหนังสือรับรอง.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

ที่..... /วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1 ผู้ ตาย	1.1 ชื่อตัว - ชื่อสกุล		1.2 เลขประจำตัวประชาชน	1.3 เพศ
	1.4 อายุ ปี	1.5 สัญชาติ	1.6 อาชีพ	1.7 สถานภาพสมรส
	1.8 ที่อยู่			1.9 ศาสนา
2 รายการ ตาย	2.1 ตาย วันที่ เวลา น.		2.2 ผู้รักษาก่อนตาย	
	2.3 โรคที่เป็นสาเหตุการตาย (เขียนเป็นภาษาอังกฤษตัวพิมพ์ใหญ่ (CAPITAL LETTER))			ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเป็นโรคจนกระทั่ง เสียชีวิต
	a) (due to)			
	b) (due to)			
	c) (due to)			
2.4 โรคหรือภาวะอื่นที่เป็นเหตุหนุน.....				
2.5 โรคหรือภาวะที่เจ้าหน้าที่ทะเบียนราษฎรคัดลอกลงในช่อง "สาเหตุการตาย" ในมรณบัตร (ให้เขียนเพียงโรคหรือภาวะเดียวเท่านั้นโดยเขียนเป็นภาษาไทย).....				
2.6 หากผู้เสียชีวิตเป็นสตรี <input type="checkbox"/> ไม่ตั้งครรภ์ <input type="checkbox"/> กำลังตั้งครรภ์.....สัปดาห์ ขณะเสียชีวิต <input type="checkbox"/> เพิ่งสิ้นสุดการตั้งครรภ์ไม่เกิน 6 สัปดาห์ <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ				
3 สถานที่ตาย	3.1 ชื่อสถานที่ ที่อยู่			3.2 พักอยู่สถานที่ตายนาน ปี เดือน วัน
4 มารดา บิดาของ ผู้ตาย	4.1 ชื่อตัว - ชื่อสกุลมารดา		4.2 สัญชาติ	4.3 เลขประจำตัวประชาชน
	4.4 ชื่อตัว - ชื่อสกุลบิดา		4.5 สัญชาติ	4.6 เลขประจำตัวประชาชน
5 ผู้รับรอง การตาย	5.1 ชื่อตัว - ชื่อสกุล		เลขประจำตัวประชาชน	
	5.2 เป็น <input type="checkbox"/> แพทย์แผนปัจจุบัน <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระบุ.....			
<p>หมายเหตุ: สาเหตุการตายที่ระบุในหนังสือรับรองการตายฉบับนี้ ระบุไว้ตามกฎหมายเกณฑ์บัญชี จำแนกโรคระหว่างประเทศ เพื่อรวบรวมข้อมูลทะเบียนราษฎร, ทำสถิติการตายของประเทศ และใช้ในการวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขเท่านั้น ลงชื่อ</p> <p>จึงอาจแตกต่างจากใบรับรองทางกฎหมายชนิดอื่น (เช่น ใบชันสูตรพลิกศพ) ได้</p>				
			<p>ขอรับรองว่ารายงานข้างต้นถูกต้อง</p> <p>ผู้รับรองการตาย</p>	

ภาพที่ 6.1 แสดงหนังสือรับรองการตาย (ท.ร.4/1 ตอนที่ 1)

ส่วนประกอบของหนังสือรับรองการตาย

ส่วนประกอบของหนังสือรับรองการตายที่สำคัญสำหรับแพทย์ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 สำหรับบันทึกโรคที่เป็นสาเหตุตาย มี 4 บรรทัด เป็นไปตามหลักสากล และยังมีคอลัมน์ด้านขวาให้บันทึกระยะเวลาที่เป็นโรคนั้นๆ เพื่อประกอบการพิจารณาเลือกโรคที่เป็นสาเหตุการตาย

ส่วนที่ 2 สำหรับบันทึกโรคหรือภาวะอื่นที่เป็นสาเหตุหนุน (ถ้ามี) กรณีที่แพทย์ต้องการลงโรคที่เป็นเหตุหนุน เช่น โรคประจำตัวเรื้อรัง โดยไม่ใช่สาเหตุที่มีผลซึ่งกันและกันกับสาเหตุการตาย หรือไม่มีหลักฐานรองรับว่าเป็นสาเหตุของโรคที่เป็นสาเหตุตาย

ส่วนที่ 1 โรคที่เป็นสาเหตุตาย	ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเป็นโรคจนกระทั่งเสียชีวิต
a).....(due to)
b).....(due to)
c).....(due to)
d).....(due to)
ส่วนที่ 2
โรคหรือภาวะอื่นที่เป็นสาเหตุหนุน
.....
.....
โรคหรือภาวะที่เจ้าหน้าที่ทะเบียนราษฎรควรคัดลอกลงในช่อง “สาเหตุตาย” ในใบมรณบัตร	

ถัดจากส่วนที่ต้องบันทึกโรคที่เป็นสาเหตุตาย เป็นส่วนที่แพทย์ต้องบันทึกโรคหรือภาวะที่เห็นควรให้เจ้าหน้าที่ทะเบียนราษฎรคัดลอกลงในใบมรณบัตร และยังมีข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครุฑกรณีและผู้เสียชีวิตเป็นสตรี หรือข้อมูลการสิ้นสุดการตั้งครรภ์ (หลังแท้งหรือหลังคลอด) ในเวลาไม่เกิน 6 สัปดาห์

ส่วนท้ายสุดของหนังสือรับรองการตายเป็นข้อความบ่งบอกหลักการและวัตถุประสงค์การรับรองสาเหตุการตายดังกล่าวว่าเป็นไปเพื่อการทำทะเบียนราษฎรและสถิติการตาย เพื่อการวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขเท่านั้น เพื่อจำกัดการใช้ข้อมูลและป้องกันการนำข้อมูลไปใช้ในทางที่ผิดหรือไม่สมควร โดยแบบ ท.ร.4/1 มีข้อความดังนี้

“สาเหตุการตายที่ระบุในหนังสือรับรองการตายฉบับนี้ถูกระบุไว้ตามกฎหมายของบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10) เพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูลทะเบียนราษฎร การทำสถิติการตายของประเทศ และนำไปใช้ประโยชน์ด้านการวางแผนป้องกันและแก้ปัญหาสาธารณสุขเท่านั้น ดังนั้น จึงอาจมีข้อมูลที่แตกต่างจากข้อมูลในใบรับรองทางกฎหมายชนิดอื่น (เช่น ใบชันสูตรพลิกศพ) ได้เป็นธรรมดา”

หลักการบันทึกสาเหตุการตายตามหลัก ICD-10

1. บันทึกสาเหตุการตายที่มีเหตุการณ์ดำเนินต่อเนื่องมีเหตุผลซึ่งกันและกัน

โดยบันทึกเรียงตามลำดับเหตุการณ์จากเหตุปลายทางหรือปัจจุบันย้อนไปหาต้นเหตุหรืออดีต ให้กรอกเหตุปลายทางไว้ที่บรรทัดแรก หรือ a) เรียงลำดับและกรอกต้นเหตุไว้ที่บรรทัดสุดท้าย แล้วแต่ว่ามีลำดับเหตุการณ์มากน้อยเพียงใด

ตัวอย่าง ผู้ตายเป็นโรคมะเร็งเต้านม stage III ได้รับการผ่าตัดเต้านมและเคมีบำบัด 4 ปีก่อน มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดศีรษะมาก 2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ทำ CT-brain พบ metastatic carcinoma bilateral frontal lobes ได้ admit สังเกตอาการเนื่องจากตรวจพบอาการอ่อนแรงอยู่ 1 สัปดาห์ ต่อมาเกิดภาวะแทรกซ้อน Bronchopneumonia เสียชีวิต 7 วันถัดมา จากเหตุการณ์ดังกล่าวบันทึกเรียงลำดับได้ดังนี้

- | | |
|---|---------|
| a) BRONCHOPNEUMONIA | 7 days |
| b) SECONDARY CARCINOMA OF BRAIN (FRONTAL LOBES) | 2 weeks |
| c) CARCINOMA OF BREAST STAGE III | 4 years |

2. ไม่บันทึกรูปแบบการตายเป็นสาเหตุหลักหรือบรรทัดสุดท้าย

รูปแบบการตาย (Mode of death) คือกระบวนการหรือ pathophysiology ของร่างกายที่ตาย บ่งบอกว่าอวัยวะใดของร่างกายที่หยุดทำงานก่อนตาย เช่น Respiratory failure, cardiopulmonary failure, cardiac arrest, shock ซึ่งไม่ควรบันทึกลงในสาเหตุการตาย เพราะไม่บ่งบอกว่าเป็นโรคใดตาย และสามารถเกิดขึ้นในโรคใดก็ได้

การบันทึกสาเหตุการตาย (Cause of death) ควรเป็นโรค แม้ว่าจะกำกวมไม่สามารถวินิจฉัยได้เด็ดขาด ให้แพทย์รวบรวมข้อมูลทั้งโรคประจำตัว อาการแสดง หรืออาการที่นำมาโรงพยาบาล แล้วสันนิษฐานโรคที่เป็นสาเหตุการตายมากที่สุดจากข้อมูลดังกล่าว

3. บันทึกโดยใช้ภาษาอังกฤษ และเป็นโรคหรือภาวะที่มีระบุไว้ ICD-10

เนื่องจาก ICD-10 ใช้เป็นแนวทางสากลเพื่อให้การสื่อสารตรงกัน จึงใช้การบันทึกเป็นภาษาอังกฤษ โดยบัญชีจำแนกโรค ICD-10 ได้แบ่งหมวดหมู่ตามระบบของร่างกายรวมถึงสาเหตุภายนอกที่ทำให้เกิดโรคนั้นตามตัวอักษร A ถึง Z ซึ่งชื่อโรคบางอย่างอาจจะเป็นชื่อเฉพาะไม่ได้ใช้แพร่หลาย หากเป็นไปได้ควรลงชื่อโรคที่ใช้สากลหรือศึกษา ICD-10 ว่าลงชื่อโรคใดถึงจะถูกต้อง เพื่อให้ผู้นำข้อมูลไปใช้ทำสถิติหรือฐานข้อมูลลงข้อมูลได้ถูกต้อง

4. การบันทึกสาเหตุการตายที่ไม่ใช่เหตุการณ์ต่อเนื่อง และไม่เป็นเหตุและผลกัน

โรคหรือภาวะบางอย่างอาจไม่ใช่เหตุการณ์เกี่ยวเนื่องกันโดยตรง หรือไม่เป็นเหตุและผลกันโดยตรง แต่ไม่สามารถตัดทิ้งได้ ทำให้ไม่สามารถเรียงลำดับเหตุการณ์ ให้บันทึกโรคที่เป็นสาเหตุการตายมากที่สุดเพียงอย่างเดียวที่ข้อ a) ส่วนโรคอื่นให้บันทึกไว้ที่ “โรคหรือภาวะอื่นที่เป็นเหตุหนุน” ในส่วนที่ 2

5. โรคหรือภาวะที่อาจไม่ใช่ปัจจัยเดียวที่เป็นสาเหตุของโรคหลักนั้น

โรคเรื้อรังบางอย่างเช่น Hypertension หรือภาวะบางอย่าง เช่น การสูบบุหรี่ อาจจะเป็นเหตุของโรคบางอย่าง เช่น Atherosclerotic coronary artery disease ได้ หรือพยาธิใบไม้ในตับอาจเป็นสาเหตุของโรคมะเร็งท่อน้ำดี แต่อาจจะเป็นเพียงปัจจัยหนึ่งในหลายๆ ปัจจัย ซึ่งไม่มีหลักฐานสนับสนุนแน่ชัด จึงควรลงเป็นเพียงแค่เหตุหนุน หรือไม่ลงเลย หากไม่มีหลักฐานแน่ชัด

6. การลงสาเหตุการตายผิดธรรมชาติด้วยสาเหตุภายนอก

กลุ่มสาเหตุการตายผิดธรรมชาติที่ไม่ใช่การเสียชีวิตโดยไม่ทราบเหตุ ได้แก่ ฆ่าตัวตาย ถูกผู้อื่นทำให้ตาย ถูกสัตว์ทำร้าย หรืออุบัติเหตุ กลุ่มนี้ถือเป็นการบาดเจ็บ injury หรือ toxicities ซึ่งตามหลัก ICD-10 ต้องบันทึกโรคตามรหัส S00-T98 Injury, poisoning and certain other consequences of external causes โดยแบ่งการบาดเจ็บตามอวัยวะของร่างกาย พิษจากยาหรือสารต่างๆ นอกจากนั้นตามกฎหมายของ ICD-10 แล้วยังต้องบันทึกสาเหตุภายนอกที่ทำให้เกิด injury หรือ toxicities ตามรหัส V01-Y98 External causes of morbidity and mortality

การลงสาเหตุภายนอกนี้เทียบเท่ากับการลงพฤติการณ์การตายซึ่งสามารถลงได้ เพราะแพทย์สามารถลงความเห็นพฤติการณ์การตาย และในหนังสือรับรองการตายได้หมายเหตุไว้ว่าอาจจะมีข้อมูลที่แตกต่างจากใบรับรองทางกฎหมายอื่น เช่น รายงานชันสูตรพลิกศพได้ อย่างไรก็ตามแพทย์ควรลงข้อมูลเท่าที่สามารถลงได้ หรือมีข้อมูลที่ปรากฏชัดเจนเท่านั้น เพื่อเลี่ยงความขัดแย้งต่อญาติผู้ตาย กรณีที่ข้อมูลไม่ตรงกับเอกสารทางกฎหมายอื่นซึ่งหากข้อมูลไม่ชัดเจนให้ลงกว้างๆ เช่น ประวัติประสบเหตุรถจักรยานยนต์ล้ม ไม่ทราบเป็นคนขี่หรือซ้อนและไม่ทราบว่าถูกชนหรือไม่ให้ลง V29.9 Motorcycle rider [any] injured in unspecified traffic accident หรือกรณีพบศพข้างถนนไม่ทราบประวัติอะไรเลย อาจลงเป็น Y34 Unspecified event, undetermined intent แต่ถ้าบาดเจ็บที่พบ เข้าได้กับจากการจราจรทางบก อาจลงเป็น V99 Unspecified transport accident แทน เป็นต้น

7. สาเหตุการตายที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อน

การเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน ควรลงเรียงลำดับไปจนถึงต้นเหตุของโรคแทรกซ้อนนั้น เช่น septicemia จากแผลไฟไหม้ระดับ 2 ที่หน้าอก 20% ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลา 3 เดือนซึ่งเกิดจากอุบัติเหตุแก๊สระเบิดขณะทำงานในโรงงาน ก็ควรลงเรียงลำดับ SEPTICEMIA ← BURN OF SECOND DEGREE OF TRUNK ← EXPLOSION OF GAS DURING WORKING FOR INCOME IN FACTORY ไม่ควรลง SEPTICEMIA เฉยๆ เพราะกรณีนี้ผู้ตายอาจจะมีสิทธิทางกฎหมาย เช่น ประกันสังคม เป็นต้น

กรณีที่ตายจากภาวะแทรกซ้อนจากการบาดเจ็บ สารพิษ หรือสาเหตุภายนอกอื่น ต้องแยกเป็นสองกรณีคือ เกิดขึ้นเป็นเหตุการณ์ต่อกันทันทีหรือเป็น late complications กรณีแรกให้บันทึกโรคตามการบาดเจ็บและสาเหตุภายนอกตามตัวอย่างย่อหน้าก่อนหน้า กรณีที่สองคือ late complications เช่น ชี้อวัยวะภายในแตกเอง epidural hematoma ได้รับการผ่าตัด 3 ปีก่อน หลังผ่าตัดอยู่ในสภาพผู้ป่วยนอนติดเตียง ต่อมาเกิดสำลักอาหาร เป็น Bronchopneumonia แล้ว septicemia จนกระทั่งเสียชีวิต นอกจากจะลงสาเหตุการตายด้วยกลุ่มรหัส T90-T98 Sequelae of injuries, of poisoning and of other consequences of external causes ยังต้องลงสาเหตุภายนอกตามรหัส V01-Y98 ด้วย

กรณีที่ตายจากภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาล จะลงสาเหตุการตายด้วยกลุ่มรหัส T80-T88 Complications of surgical and medical care, not elsewhere classified ตามด้วยกลุ่มรหัส Y40-Y84 Complications of medical and surgical care

ฐานข้อมูล ICD-10 online

apps.who.int/classifications/icd10/

ปัญหาที่พบบ่อยในการบันทึกสาเหตุการตาย

• เสียชีวิตไม่ทราบสาเหตุ

กรณีที่เสียชีวิตไม่ทราบสาเหตุที่บ้าน หรือนำส่งโรงพยาบาลแล้วพบว่าเสียชีวิตแล้ว ถือเป็นการตายโดยไม่ทราบสาเหตุ ต้องมีการชันสูตรพลิกศพตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา หากแพทย์ชันสูตรพลิกศพแล้วสันนิษฐานว่าเป็นการตายจากโรคธรรมชาติ แล้วไม่มีเหตุทางกฎหมายอื่นที่ต้องส่งศพเพื่อผ่าพิสูจน์ แพทย์มีหน้าที่บันทึกสาเหตุการตายในรายงานชันสูตรพลิกศพ หรือ ใบ ท.ร.4/1 (กรณีผ่านการกู้ชีพที่โรงพยาบาล)

ปัญหาที่พบบ่อยสุดคือการบันทึกสาเหตุการตายด้วย mode of death เช่น Respiratory failure, cardiopulmonary failure, cardiac arrest เป็นต้น ควรบันทึกสาเหตุการตาย (Cause of death) ด้วยโรคหรือภาวะที่ระบุใน ICD-10 แม้ว่าอาจจะไม่สามารถวินิจฉัยได้เด็ดขาด ให้แพทย์รวบรวมข้อมูลทั้งโรคประจำตัว อาการแสดง หรืออาการที่นำมาโรงพยาบาล แล้วสันนิษฐานโรคที่เป็นสาเหตุการตายมากที่สุดจากข้อมูลดังกล่าว

กรณีที่ตายจากโรคธรรมชาติแล้วไม่ทราบสาเหตุจริงๆ อาจลง ICD-10 ในส่วนที่ 1 ด้วยกลุ่มรหัส R95-99 Ill-defined and unknown causes of mortality แต่ในส่วนสาเหตุการตายภาษาไทยที่ควรคัดลอกลงในใบมรณบัตรไม่ควรลงเป็น “ไม่ทราบสาเหตุ” เพราะอาจจะเกิดปัญหาต่อญาติ เช่น นายทะเบียนปฏิเสธการออกใบมรณบัตรไม่สามารถมาลงศพได้ ซึ่งสาเหตุการตายเป็นภาษาไทยนี้ไม่จำเป็นต้องสอดคล้องกับหลัก ICD-10 ก็ได้ อาจจะลงเป็น “เสียชีวิตจากโรคธรรมชาติ” หรือใช้รูปแบบการตาย (Mode of death) เช่น “หัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันโดยไม่ทราบสาเหตุ” เนื่องจากไม่เกี่ยวข้องกับ ICD-10 นั่นเอง

- R95 Sudden infant death syndrome หมายถึงการเสียชีวิตกะทันหันของทารกแรกเกิด โดยไม่สามารถทำนายได้จากประวัติ และไม่สามารถอธิบายได้ แม้จะ autopsy แล้วก็ตาม

- R96.0 Instantaneous death หมายถึงการเสียชีวิตอย่างกะทันหัน ภายในระยะเวลาสั้นๆ ไม่เกิน 1 ชั่วโมงหลังการบาดเจ็บ หรือเริ่มมีอาการผิดปกติ เช่น ชัก

- R98 Unattended death หมายถึง การเสียชีวิตโดยไม่มีผู้รู้เห็น พบเสียชีวิตแล้ว ไม่ทราบสาเหตุ

- I46.1 Sudden cardiac death ใช้สำหรับผู้ป่วยเสียชีวิตขณะรับการรักษา เสียชีวิตทันทีทันใด คาดว่าเกิดจากหัวใจหยุดเต้นโดยไม่มีสาเหตุอื่น ไม่ใช้รหัสนี้กับกรณีเสียชีวิตไม่ทราบสาเหตุที่บ้าน

• ผู้สูงอายุเสียชีวิต

ไม่ลง senility เป็นสาเหตุการตาย เนื่องจากมีการบันทึกอายุของศพอยู่แล้วในเอกสาร ไม่ช่วยให้ข้อมูลเพิ่มเติม ถือเป็นการตายโดยไม่ทราบสาเหตุ จึงควรใช้หลักการตามที่กล่าวมาแล้ว

• สาเหตุการตายเป็นภาษาไทยที่ได้คัดลอกลงในใบมรณบัตร

ใบ ท.ร.4/1 ของประเทศไทยให้แพทย์บันทึกโรคหรือภาวะ ที่เจ้าหน้าที่ทะเบียนราษฎรควรคัดลอกลงในช่อง “สาเหตุการตาย” ในใบมรณบัตรเป็นภาษาไทย สาเหตุการตายโดยทั่วไปจะสอดคล้องกับหลัก ICD-10 โดยโรคที่ระบุไว้ในบรรทัดสุดท้าย ซึ่งเป็นต้นเหตุของโรคทั้งหมดบันทึกเป็นสาเหตุการตาย แต่บางครั้งไม่สามารถบันทึกตามหลัก ICD-10 ได้ เนื่องจากอาจถูกนำไปอ้างเป็นหลักฐานทางกฎหมาย หรือญาติมีเหตุผลที่ต้องขอปิดบังโรคที่อาจทำให้ญาติเสียหายหรือลำบากใจ เพราะญาติต้องนำใบมรณบัตรไปใช้ในการติดต่อทำธุรกรรมของผู้ตาย แพทย์อาจใช้คำกลางๆ แทนที่ขอปิดบังนั้น เช่น โรคติดเชื้อเรื้อรัง หรือ ภูมิคุ้มกันบกพร่อง (กรณีโรคเอดส์หรือติดเชื้อ HIV) ขาดอากาศหายใจ (กรณีแขวนคอ) เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- กนธีร์ สักวาสี, (บรรณาธิการ). (2557). *ICD-10-TM STANDARD CODING GUIDELINES VOL. 5 Tenth Revision Thai modification*. กรุงเทพมหานคร : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2551). *คู่มือการรับรองสาเหตุการตาย*. กรุงเทพมหานคร.
- สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *คู่มือการปฏิบัติงานนิติเวช (สำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์) กระทรวงสาธารณสุข*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- Center of Disease control and prevention. (2003). *U.S. Certification of death REV. 11/2003*. Retrieved from www.cdc.gov/nchs/data/dvs/DEATH11-03final-acc.pdf
- Randy L Hanzlick. (2016). *Medical Certification of Death*. Retrieved Jan 10, 2016. from <http://emedicine.medscape.com/article/1776211>
- World Health Organization. (2004). *ICD-10: international statistical classification of diseases and related health problems: tenth revision*.



Forensic Medicine

บทที่ 7

บทบาทของแพทย์ในกระบวนการยุติธรรม การชันสูตรพลิกศพ การจัดการศพ การส่งศพปรึกษา และการชันสูตรพลิกศพซ้ำ

นายแพทย์สฤณี ศรีนุกูล
นายแพทย์ณัฐวุฒิ ช่อมุกฤษ

การชันสูตรพลิกศพ แต่เดิมเป็นกระบวนการในการตรวจสอบผู้ที่ตายลง โดยมีเหตุอันควรสงสัยว่าถูกผู้อื่นทำให้ตาย โดยได้เริ่มมีบัญญัติเป็นกฎหมายครั้งแรกในปี พ.ศ. 2457 และได้มีการพัฒนาและแก้ไขตลอดมา

แรกเริ่ม ผู้มีหน้าที่ชันสูตรพลิกศพจะใช้เฉพาะเจ้าหน้าที่กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงยุติธรรม ไม่ได้ใช้เจ้าหน้าที่จากกระทรวงสาธารณสุขหรือใช้แพทย์ร่วมชันสูตรพลิกศพแต่อย่างใด จนกระทั่งมีการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญในปี พ.ศ. 2542 ได้มีกฎหมายแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา โดยได้บัญญัติให้แพทย์มีหน้าที่ร่วมกับเจ้าพนักงานสอบสวนในการชันสูตรพลิกศพ ในกรณีพบผู้เสียชีวิตผิดธรรมชาติ และให้แพทย์มีหน้าที่ร่วมกับเจ้าพนักงานสอบสวน อัยการ และพนักงานฝ่ายปกครอง ในกรณีที่มีความตายเกิดขึ้นโดยการกระทำของเจ้าพนักงานซึ่งอ้างว่าปฏิบัติราชการตามหน้าที่ หรือตายในระหว่างอยู่ในความควบคุมของเจ้าพนักงานซึ่งอ้างว่าปฏิบัติราชการตามหน้าที่

เหตุผลที่ให้เพิ่มแพทย์เข้าร่วมในการชันสูตรพลิกศพด้วย ก็เพื่อให้ระบบการการตรวจสอบพยานหลักฐานทางนิติเวชมีประสิทธิภาพ มีความถูกต้องในการวินิจฉัยถึงสาเหตุและพฤติการณ์ที่ทำให้เกิดการตาย และเป็น การตรวจสอบและถ่วงดุลกันของผู้ร่วมชันสูตรพลิกศพ ซึ่งจากเหตุผลในแก้กฎหมายดังกล่าว ทำให้แพทย์ต้องเข้ามา มีบทบาทหน้าที่เกี่ยวข้องในการชันสูตรพลิกศพ ตามกระบวนการยุติธรรมตามที่กฎหมายบัญญัติ

บทบาทของแพทย์ในงานชันสูตรพลิกศพเป็นผลดีต่อกระบวนการยุติธรรม กล่าวคือ แพทย์ที่ออกไปดูศพ สามารถที่จะรวบรวมพยานหลักฐานแวดล้อมจากศพ สามารถทราบถึงเหตุและพฤติการณ์ที่ทำให้เกิดการถึงแก่ความตาย ซึ่งแต่เดิมพยานหลักฐานจากศพในสถานที่พบศพแพทย์จะไม่ทราบ จึงไม่สามารถที่จะมองประเด็นได้รอบด้าน มุ่งไปที่สาเหตุตายเพียงอย่างเดียว และการที่แพทย์ออกไปร่วมชันสูตรพลิกศพกับพนักงานสอบสวนนั้น ทำให้บทบาท การชี้แนะในการชันสูตรพลิกศพของพนักงานสอบสวนลดน้อยลง เนื่องจากความเห็นของแพทย์ผู้ร่วมชันสูตรสามารถ ที่จะถ่วงดุลกับพนักงานสอบสวนได้ ในกรณีที่มีความขัดแย้งกัน ดังนั้น การชันสูตรพลิกศพโดยมีพนักงานสอบสวน และแพทย์ร่วมกัน ก็จะสามารถทำให้พยานหลักฐานเป็นที่น่าเชื่อถือ

การจัดการศพ การส่งศพปรึกษาและการชันสูตรพลิกศพซ้ำ

การจัดการศพ

ในประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 148-156 เรื่องการชันสูตรพลิกศพ ได้กำหนดไว้ว่า เมื่อปรากฏแน่ชัดหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าบุคคลใดตายโดยผิดธรรมชาติ หรือตายในระหว่างอยู่ในความควบคุมของเจ้าพนักงานให้มีการชันสูตรพลิกศพ เว้นแต่ตายโดยการประหารชีวิตตามกฎหมาย ซึ่งการตายผิดธรรมชาติเกิดมีขึ้น ณ ที่ใด ให้เป็นหน้าที่ของ สามี ภริยา ญาติมิตรสหาย หรือผู้ปกครองของผู้ตายที่รู้เรื่องการตายนั้น ดำเนินการเก็บศพไว้ ณ ที่ซึ่งพบนั้นเองเพียงเท่าที่จะทำได้ และไปแจ้งความแก่พนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจโดยเร็วที่สุด หน้าที่ดังกล่าวนี้รวมถึงผู้อื่น ซึ่งได้พบศพในที่ซึ่ง ไม่มีสามีภริยา ญาติ มิตรสหาย หรือผู้ปกครองของผู้ตายอยู่ในที่นั้นด้วย ซึ่งในทางปฏิบัติ กรณีมีการตายผิดธรรมชาติเกิดขึ้นในบ้านผู้ตายหรือมีญาติผู้ตายอยู่ด้วยในขณะที่ตายหรือพบศพ ก็จะเป็นหน้าที่ของญาติผู้ตายนั้นในการเก็บศพไว้และแจ้งต่อพนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจ แต่หากกรณีการตายผิดธรรมชาตินั้นเกิดขึ้นนอกบ้านหรือญาติผู้ตายไม่ทราบเรื่อง ก็จะเป็นหน้าที่ของผู้พบศพหรือมูลนิธิหรือเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขที่จะต้องเก็บศพไว้และแจ้งต่อพนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจ ซึ่งหากผู้ใดละเลยไม่กระทำหน้าที่ดังกล่าวนี้ในมาตรานี้ ต้องระวางโทษปรับไม่เกินหนึ่งพันบาทตามกฎหมาย

หลังการชันสูตรพลิกศพเสร็จสิ้นแล้ว และพนักงานสอบสวนและแพทย์ได้มอบศพให้ญาติไปดำเนินการตามประเพณี การจัดการศพหลังจากนี้เป็นขั้นตอนของญาติในการติดต่อประสานงาน เพื่อส่งศพไปดำเนินการตามประเพณี ความเชื่อหรือหลักศาสนาต่อไป หากแต่ในทางปฏิบัติบางราย ญาติไม่มีเงินและรถ ในการขนส่งศพ พนักงานสอบสวนอาจขอให้มูลนิธิช่วยสนับสนุนเป็นกรณีไป

การส่งศพปรึกษา

การชันสูตรพลิกศพในที่เกิดเหตุหรือที่พบศพนั้น จะเน้นที่การตรวจศพภายนอกและการตรวจที่เกิดเหตุหรือที่พบศพ ซึ่งอาจมีข้อจำกัดในเรื่องของสถานที่หรือเวลาในการตรวจได้ บางกรณีอาจต้องมีการเคลื่อนย้ายศพไปที่อื่น เพื่อทำการตรวจหรือทำการส่งศพปรึกษา ซึ่งมักจะเป็นการส่งไปเพื่อทำการผ่าตรวจศพ กรณีแพทย์และพนักงานสอบสวนมีความจำเป็นต้องส่งศพเพื่อผ่าตรวจ สามารถส่งผ่าตรวจได้ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีแพทย์นิติเวชตามเขตบริการสาธารณสุขที่ใกล้เคียง มหาวิทยาลัยที่มีภาควิชานิติเวชหรือพยาธิวิทยาที่มีการผ่าตรวจศพคดี สถาบันนิติเวชวิทยาสำนักงานตำรวจแห่งชาติหรือสถาบันนิติวิทยาศาสตร์ กระทรวงยุติธรรม ทั้งนี้ควรคำนึงถึงศักยภาพของสถานที่ตรวจ ความสะดวกและค่าใช้จ่ายที่ญาติต้องรับภาระด้วย ซึ่งแพทย์และพนักงานสอบสวนที่ร่วมชันสูตรพลิกศพ อาจติดต่อประสานงานไปยังสถาบันที่จะส่งตรวจก่อน เพื่อความสะดวกในการรับและส่งศพ

การชันสูตรพลิกศพซ้ำ

การชันสูตรพลิกศพซ้ำอาจแยกได้เป็น 2 กรณี คือ กรณีที่มีการชันสูตรพลิกศพในที่เกิดเหตุหรือที่พบศพเสร็จสิ้นแล้ว แพทย์และพนักงานสอบสวนมีความเห็นว่าทราบสาเหตุการตายและไม่มีประเด็นให้ต้องส่งผ่าตรวจศพเพิ่มเติมอีกและได้มอบศพให้ญาติไปดำเนินการตามประเพณี แล้วต่อมาญาติติดใจในสาเหตุการตายหรือมีเหตุให้ต้องทำการผ่าตรวจศพ เช่น มีวัตถุพยาน เช่น กระสุนปืนอยู่ในศพ จำเป็นต้องผ่าออกเพื่อนำมาตรวจ ญาติสามารถแจ้งพนักงานสอบสวนเจ้าของคดี เพื่อดำเนินการส่งศพตรวจได้ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ที่มีแพทย์นิติเวชตามเขตบริการสาธารณสุขที่ใกล้เคียง มหาวิทยาลัยที่มีภาควิชานิติเวชหรือพยาธิวิทยา ที่มีการผ่าตรวจศพคดี สถาบันนิติเวชวิทยา สำนักงานตำรวจแห่งชาติ หรือสถาบันนิติวิทยาศาสตร์ กระทรวงยุติธรรม

อีกกรณีคือ มีการชันสูตรพลิกศพและผ่าตรวจศพแล้ว ต่อมาญาติติดใจในสาเหตุการตายและต้องการให้ส่งผ่าตรวจศพซ้ำ ญาติสามารถแจ้งพนักงานสอบสวนเจ้าของคดี เพื่อดำเนินการส่งศพตรวจได้ ในมหาวิทยาลัยที่มีภาควิชานิติเวชหรือพยาธิวิทยาที่มีการผ่าตรวจศพคดี สถาบันนิติเวชวิทยา สำนักงานตำรวจแห่งชาติ หรือสถาบันนิติวิทยาศาสตร์ กระทรวงยุติธรรม หรือสามารถส่งเรื่องให้สมาคมแพทย์นิติเวชร่วมพิจารณาเพื่อหาข้อสรุปได้

เอกสารอ้างอิง

“พระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา (ฉบับที่ 21) พ.ศ. 2542” (2542, 30 ธันวาคม) ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 116, ตอนที่ 137 ก.

“พระราชบัญญัติชันสูตรพลิกศพ พ.ศ. 2457” (2457, 28 เมษายน). ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 31 ตอนที่ 1 ก. หน้า 92. วิโรจน์ ไวยวุฒิ. รายงานวิจัยบทบาทและหน้าที่ของแพทย์ในการชันสูตรศพตามพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา (ฉบับที่ 21) พ.ศ. 2542. เข้าถึงได้จาก ห้องสมุดอิเล็กทรอนิกส์ ศาลยุติธรรม.



Forensic Medicine

บทที่ 8

แพทย์ในฐานะพยานศาล

นายแพทย์บุญศักดิ์ หาญเทอดสิทธิ์

นายณัฐศาสตร์ ลิทธิชัย

ทำไมแพทย์ต้องไปเป็นพยานศาล

ในคดีที่พิพาทกันในศาลนั้น ไม่ว่าจะเป็นคดีแพ่งหรืออาญา จะเกี่ยวกับปัญหาที่ต้องวินิจฉัยสองประการ คือ ปัญหาข้อเท็จจริง และปัญหาข้อกฎหมาย โดยปัญหาข้อเท็จจริงนั้นต้องอาศัยพยานหลักฐาน²² ในการพิสูจน์ แพทย์อาจเป็นส่วนหนึ่งในการพิสูจน์พยานหลักฐาน และอาจมีส่วนร่วมในกระบวนการสืบพยานหลักฐานในศาล ซึ่งเป็นกระบวนการที่สำคัญประการหนึ่งในกระบวนการยุติธรรม และถูกบัญญัติไว้ในกฎหมายวิธีสบัญญัติ (ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา: ป.ว.อ. และประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่ง: ป.ว.พ.) ทั้งนี้เนื่องจากการสืบพยานที่เป็นบุคคลหรือพยานผู้เชี่ยวชาญนั้น คู่ความฝ่ายตรงข้าม มีโอกาสซักค้านได้อย่างเต็มที่ ซึ่งประเด็นที่ซักค้านจะเกี่ยวเนื่องกับข้อเท็จจริงที่แพทย์ตรวจพบหรือได้ทำรายงานไว้²³ ดังนั้น เพื่อประกันความยุติธรรมแก่จำเลย แพทย์จึงหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่ต้องไปศาลเหมือนกับพยานบุคคลอื่นๆ แต่ถ้าแพทย์ได้ตรวจรักษาผู้ป่วย และมีการทำรายงานไว้ และมีการนำไปอ้างต่อศาลแล้วนั้น อาจไม่ต้องไปศาลเลยก็ได้ ถ้าเอกสารนั้นมีข้อความที่ชัดเจน เข้าใจง่าย และครอบคลุมในประเด็นที่ต่อสู้กัน ซึ่งทำให้คู่ความในคดีไม่ติดใจซักถาม²⁴ นอกจากเหตุผลที่กล่าวมาแล้ว แพทย์ในฐานะพลเมืองทั่วไปจำต้องกระทำหน้าที่ของพลเมืองที่ดี และเป็นหน้าที่ซึ่งกฎหมายบัญญัติไว้ในการไปเป็นพยานศาล ดังเช่น การเกณฑ์ทหาร การเสียภาษีอากร เป็นต้น

พยานศาลและการไปศาลของแพทย์

หัวข้อนี้เป็นเรื่องทั่วไปของการไปเป็นพยานศาลของแพทย์⁽¹⁻⁴⁾ การที่บุคคลไปเป็นพยานศาลนั้น อาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับคดีความ ในฐานะที่ตนเป็นพยานบุคคลประเภทใดประเภทหนึ่ง หรือหลายประเภทพร้อมกัน ได้แก่ ประจักษ์พยาน (witness) พยานบอกเล่า (hearsay evidence) หรือพยานผู้เชี่ยวชาญ (expert witness) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับงานของแพทย์ ได้แก่ การตรวจผู้ป่วย (การซักประวัติ ตรวจร่างกายและการวินิจฉัยโรค) การชันสูตรพลิกศพ และอื่นๆโดยการซักประวัติ (history taking) นั้น คือการที่ผู้ป่วยบอกเล่าเหตุการณ์ให้แพทย์ฟัง ดังนั้นเมื่อแพทย์ไปเบิกความต่อศาล กรณีนี้แพทย์จึงเป็นพยานบอกเล่า (ผู้ป่วยเล่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนให้แพทย์ฟังอีกที

²² พยานหลักฐานมีวิธีการจำแนกได้หลายรูปแบบ แต่นิยมใช้เกณฑ์ในการนำสืบพยานหลักฐานมาจำแนก มี 6 ประเภท คือ พยานบุคคล พยานผู้เชี่ยวชาญ (ถือเป็นพยานบุคคลประเภทหนึ่งแต่แยกออกมาเนื่องจากวิธีการนำสืบต่างกัน) พยานเอกสาร พยานวัตถุ พยานหลักฐานทางอิเล็กทรอนิกส์ และพยานหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ ส่วนคำว่าพยานแวดล้อม พยานบอกเล่า หรือพยานที่มีชื่ออื่น ๆ นั้นเป็นการจำแนกพยานแบบอื่น

²³ หลักกฎหมายเรื่องพยานหลักฐานของไทยส่วนมากอ้างอิงมาจากกฎหมายอังกฤษ ซึ่งถือว่าพยานบุคคลเป็นพยานชั้นหนึ่ง คู่ความมีโอกาสซักถามและซักค้านได้มาก ต่างกับพยานที่เป็นเอกสารที่ถือว่าเป็นพยานชั้นสอง คู่ความฝ่ายตรงข้ามไม่มีโอกาสได้ซักค้านเลย ศาลจึงต้องเรียกพยานบุคคลไปเบิกความประกอบเอกสารด้วย

²⁴ ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 243 วรรคสอง และประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่ง มาตรา 120/1 วรรคสี่

แพทย์ไม่ได้เห็นเอง) หรือข้อความที่บันทึก (บันทึกส่วนที่เป็นประวัติว่าผู้ป่วยแจ้งแพทย์ว่าอย่างไร) ไว้ในเอกสาร หรือวัตถุอื่นใด (OPD card, medical record หรือเศษกระดาษที่ติดไว้ใน medical record) ซึ่งใช้อ้างเป็นพยานหลักฐานต่อศาล หากนำเสนอเพื่อพิสูจน์ความจริงแห่งข้อความนั้น กฎหมายถือว่าเป็นพยานบอกเล่าเช่นกัน (ไม่ใช่พยานเอกสาร) โดยทั่วไปห้ามศาลรับฟังพยานบอกเล่า (และศาลจะไม่สอบถามจากแพทย์ในเรื่องที่ผู้ป่วยให้ประวัติ) ยกเว้นข้อเท็จจริงนั้นน่าเชื่อถือ จนน่าเชื่อว่าจะพิสูจน์ความจริงได้ หรือมีเหตุจำเป็นไม่สามารถนำพยานผู้ได้เห็นเหตุการณ์มาเบิกความ²⁵ เช่น ผู้ป่วยอาจตายในเวลาต่อมา เป็นต้น การตรวจร่างกาย (physical examination) นั้น แพทย์มีฐานะเป็นประจักษ์พยาน เพราะได้เห็นและสัมผัสด้วยตัวแพทย์เองโดยตรง²⁶ เช่น การตรวจพบบาดแผล เป็นต้น ซึ่งโดยทั่วไป ในบรรดาประเภทของพยานบุคคลนั้น ประจักษ์พยานมีความน่าเชื่อถือมากกว่าพยานบอกเล่า และเนื่องจากการตรวจร่างกายของแพทย์นั้น ยังเป็นการตรวจวัตถุพยานอีกด้วย (บาดแผลถือเป็นวัตถุพยานอย่างหนึ่ง) ดังนั้น การอ้างอิงผลการตรวจจึงเป็นการอ้างอิงวัตถุพยาน ซึ่งยังมีความน่าเชื่อถือเพิ่มขึ้น²⁷ ส่วนการที่แพทย์วินิจฉัยหรือให้ความเห็นทางการแพทย์ (diagnosis, opinion) นั้น ในทางกฎหมายถือว่าแพทย์เป็นพยานผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งความเห็นนั้นมีประโยชน์ในการวินิจฉัยคดี โดยหลักแล้วแพทย์จะถูกอ้างเป็นประจักษ์พยานร่วมกับพยานผู้เชี่ยวชาญ หรืออ้างเป็นพยานผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งนอกจากแพทย์จะเป็นพยานผู้เชี่ยวชาญที่คู่ความอ้างแล้ว แพทย์ยังอาจเป็นผู้เชี่ยวชาญที่ศาลตั้ง (auxiliaries de justice) ได้อีกกรณีหนึ่ง โดยหน้าที่ของพยานผู้เชี่ยวชาญ (ที่คู่ความอ้าง) และผู้เชี่ยวชาญ (ที่ศาลแต่งตั้ง) นั้นคล้ายกัน เนื่องจากมีความรู้ความชำนาญเฉพาะทางที่สามารถให้รายละเอียดและความเห็นต่อศาลได้ แตกต่างกันที่พยานผู้เชี่ยวชาญจะถูกเรียกให้เข้ามาในคดีโดยคู่ความ และเบิกความถึงเรื่องที่ตนรู้เกี่ยวกับข้อเท็จจริงในคดี ขณะที่ผู้เชี่ยวชาญได้รับการแต่งตั้งจากผู้พิพากษา เพื่อให้ความเห็นแก่ผู้พิพากษา (เสมือนเป็นผู้ช่วยของผู้พิพากษาในการให้ความเห็นประเด็นที่เป็นปัญหา)

²⁵ ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่ง มาตรา 95/1 และ ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 226/3

²⁶ ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่ง มาตรา 95 วรรคแรก (2)

²⁷ แต่การที่แพทย์ถ่ายภาพบาดแผลแล้วนำไปอ้างอิงต่อศาล ภาพถ่ายถือเป็นภาพจำลองวัตถุ จึงเป็นพยานวัตถุ ไม่ใช่พยานเอกสาร แม้ไม่ได้อ้าง “บาดแผล” โดยตรง แต่จะอ้างบาดแผลเป็นพยานวัตถุก็ได้ โดยต้องนำตัวผู้เสียหายมาเบิกความเพื่อให้ศาลและคู่ความดูบาดแผลจริงๆ

สำหรับศาลใช้



คดีหมายเลขคำที่..... ๑๗๗ / ๒๕๔๔

คดีหมายเลขแดงที่..... /

ศาล..... จังหวัดนครพนม

วันที่ ๑ เดือน สิงหาคม พุทธศักราช ๒๕๔๔

ความ อาญา.....

ระหว่าง { พนักงานอัยการจังหวัดนครพนม โจทก์
นาง [] จำเลย
ผู้พิพากษาออกนั่งพิจารณาคดีนี้เวลา ๑๑.๒๐ นาฬิกา (คดีพิจารณาคดีขึ้น)

นัดพร้อมเพื่อสอบคำให้การและสืบพยานวันนี้ อัยการโจทก์ จำเลย และทนายจำเลย

จำเลยให้การปฏิเสธของโจทก์ ปราบฏตามคำให้การจำเลยฉบับลงวันที่วันนี้ ซึ่งศาลได้สอบและสั่งไว้แล้ว

อัยการโจทก์แถลงว่า ประสงค์จะสืบพยานโจทก์ทั้งหมด ๑๒ ปาก โดยพยานอันดับที่

๔ คือนาย [] มีภูมิลำเนาอยู่ที่จังหวัดสกลนคร พยานอันดับที่ ๑๐ คือร้อยตำรวจ

[] มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตศาลอาญากรุงเทพใต้ โจทก์จึงขอส่งประเด็นไปสืบพยาน

อันดับที่ ๔ และพยานอันดับที่ ๑๐ ที่ศาลจังหวัดสกลนคร และศาลอาญากรุงเทพใต้ ตามลำดับ

และหากจำเลยยอมรับข้อเท็จจริงว่านายแพทย์ [] พยานอันดับที่ ๓ เป็นนายแพทย์

ผู้ตรวจศพนาย [] ผู้ตายในคดีนี้ และได้ทำรายงานการชันสูตรพลิกศพไว้ ตามเอกสาร

ท้ายคำฟ้องจริง โจทก์ก็ไม่ติดใจสืบพยานปากดังกล่าว คงติดใจสืบพยานเพียง ๑๑ ปาก โดยขอสืบ

พยานที่ศาลนี้ จำนวน ๓ วันนับ + ฝ่ายจำเลยได้ทวงถามจำนวนผลการชันสูตรพลิกศพ แล้วแจ้งตอบ

ว่าเสร็จแล้ว โจทก์จึงเห็นว่าหากนับครบทั้งจำนวนแล้วก็นับไว้ใหม่ ๑.๑

โจทก์กล่าวหาว่า จำเลยแถลงประสงค์จะสืบพยานจำนวน ๑๒ ปาก ขอใช้เวลา ๒ วันนับ และ

ภาพที่ 8.1 ตัวอย่างเอกสารที่แสดงกระบวนการพิจารณาของศาล ซึ่งคดีนี้แพทย์เป็นผู้ชันสูตรพลิกศพ แต่ไม่ต้องไปศาลเพราะโจทก์ (พนักงานอัยการ) ไม่ติดใจสืบข้อเท็จจริง และจำเลยรับข้อเท็จจริงในเอกสารรายงานชันสูตรพลิกศพของแพทย์แล้ว (ดูในกรอบเส้นประ)

พยานผู้เชี่ยวชาญ

ในคดีอาญา²⁸ และคดีแพ่ง²⁹ มีการใช้พยานผู้เชี่ยวชาญในความหมายเดียวกัน คือ เป็นผู้ที่โจทก์ จำเลย หรือคู่ความอื่นอ้าง เพื่อเป็นพยานฝ่ายตนและเบิกความในเรื่องที่พยานมีความรู้ความเชี่ยวชาญในข้อเท็จจริงที่เป็นประเด็นในคดี การที่แพทย์วินิจฉัยหรือให้ความเห็นทางการแพทย์นั้น ในทางกฎหมายถือว่าแพทย์เป็นพยานผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งความเห็นนั้นมีประโยชน์ในการวินิจฉัยคดี³⁰ แม้เป็นแพทย์ทั่วไปก็ตาม (แพทยศาสตรบัณฑิต) นอกจากนี้ พยานผู้เชี่ยวชาญยังหมายความรวมถึง ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งทำเป็นลายลักษณ์อักษรด้วย⁽⁵⁾ (เช่น ความเห็นในรายงานชันสูตรบาดแผล) ถ้าฝ่ายใดประสงค์จะอ้างอิงบุคคลใดเป็นพยานฝ่ายตนนั้น ต้องระบุชื่อ-ที่อยู่ของพยานที่ฝ่ายตนจะอ้างอิงไว้ในบัญชีระบุพยานก่อน³¹ โดยวิธีการนำสืบพยานจำแนกได้เป็นสองประเภท คือ พยานนา³² และพยานหมาย³³ โดยทั่วไปแพทย์ที่ถูกเรียกไปเป็นพยานศาลนั้นจะเป็น “พยานหมาย”

พยานผู้เชี่ยวชาญนี้มีความแตกต่างกับพยานบุคคลอยู่ 4 ประการหลัก คือ 1) ต้องเป็นผู้มีความรู้หรือความเชี่ยวชาญในเรื่องที่จะให้ความเห็นเพื่อประโยชน์ในการวินิจฉัยชี้ขาดคดี แต่ไม่จำเป็นต้องประกอบอาชีพนั้น 2) สามารถอ่านข้อความที่เขียนมาในขณะที่เบิกความได้ 3) โดยหลักต้องไปเบิกความที่ศาลเสมอ แต่ถ้าทำความเห็นเป็นหนังสือส่งให้ศาลแล้ว อาจไม่จำเป็นต้องไปเบิกความประกอบได้ถ้าจำเป็น หรือคู่ความไม่ตั้งใจซักถามผู้เชี่ยวชาญนั้นในคดีอาญา หรือคู่ความตกลงกันให้พยานไม่ต้องมาศาล หรือคู่ความอีกฝ่ายหนึ่งยินยอมหรือไม่ตั้งใจถามค้านในคดีแพ่ง³⁴ 4) พยานผู้เชี่ยวชาญอาจไม่ได้พบเห็นเหตุการณ์หรือข้อเท็จจริงมาด้วยตนเองดังเช่นพยานบุคคลทั่วไป (ไม่ต้องอยู่ร่วมในเหตุการณ์) แต่ให้ความเห็นว่าบาดแผลเกิดจากอะไรได้ หรือไม่เห็นบาดแผลแต่ให้ความเห็นเรื่องระยะเวลาการรักษาได้ เป็นต้น จึงอาจมีชื่อเรียกอีกอย่างหนึ่งสำหรับพยานผู้เชี่ยวชาญว่า “พยานความเห็น” นอกจากนี้ พยานผู้เชี่ยวชาญนี้ ไม่อาจถูกคัดค้านได้จากคู่ความฝ่ายอื่น เพราะกฎหมายไม่ได้ให้อำนาจไว้ ซึ่งต่างกับผู้เชี่ยวชาญที่ศาลแต่งตั้ง

²⁸ ป.วิ.อ. มาตรา 243

²⁹ ป.วิ.พ. มาตรา 98

³⁰ ป.วิ.อ. มาตรา 243 วรรคหนึ่ง โดยหลักกฎหมายมาตรานี้ การอ้างแพทย์ไปเป็นพยานศาลนั้น เพื่อเบิกความเกี่ยวกับการตรวจร่างกายผู้เสียหายหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องในคดี ซึ่งคนทั่วไปไม่อาจทราบได้ ต้องใช้ความรู้ทางการแพทย์ แต่ไม่ต้องถึงกับเป็นแพทย์เฉพาะทาง ดังนั้น แพทย์ทั่วไป (แพทยศาสตรบัณฑิต) ถือเป็นพยานผู้เชี่ยวชาญได้ เพราะมีความเชี่ยวชาญในการแพทย์ (มากกว่าอาชีพอื่นหรือศาล) และกฎหมายบัญญัติว่าแม้ผู้ใดไม่ได้ประกอบอาชีพก็ตาม แต่มีความเชี่ยวชาญในการใดก็สามารถเป็นพยานผู้เชี่ยวชาญได้ (กรณีนี้หมายถึงทำงานมานาน) จึงเห็นว่าการเป็นผู้เชี่ยวชาญได้นั้น ไม่จำเป็นต้องจบเฉพาะทางหรือจบปริญญา แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษาของพยาน ความสั่งสมประสบการณ์ (ทำงานมานาน) และการให้เหตุผลในขณะที่เบิกความจะมีผลต่อการชั่งน้ำหนักพยานของศาล

³¹ ป.วิ.พ.มาตรา 88 “เมื่อคู่ความฝ่ายใด มีความจำนึ่งที่จะอ้างอิงเอกสารฉบับใด หรือคำเบิกความของพยานคนใด หรือมีความจำนึ่งที่จะให้ศาลตรวจบุคคล วัตถุ สถานที่ หรืออ้างอิงความเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่ศาลตั้งหรือความเห็นของผู้มีความรู้เชี่ยวชาญ เพื่อเป็นพยานหลักฐานสนับสนุนข้ออ้างหรือข้อเถียงของตน ให้คู่ความฝ่ายนั้นยื่นบัญชีระบุพยานต่อศาลก่อนวันสืบพยานไม่น้อยกว่าเจ็ดวัน โดยแสดงเอกสารหรือสภาพของเอกสารที่จะอ้าง และรายชื่อ ที่อยู่ของบุคคลผู้มีความรู้เชี่ยวชาญ วัตถุ หรือสถานที่ซึ่งคู่ความฝ่ายนั้นระบุอ้างเป็นพยานหลักฐาน หรือขอให้ศาลไปตรวจ หรือขอให้ตั้งผู้เชี่ยวชาญแล้วแต่กรณี พร้อมทั้งสำเนาบัญชีระบุพยานดังกล่าวในจำนวนที่เพียงพอ เพื่อให้คู่ความฝ่ายอื่นมารับไปจากเจ้าพนักงานศาล...”

³² พยานนา คือ พยานที่ฝ่ายที่อ้างพยานนำพยานมาเบิกความเองโดยไม่ต้องให้ศาลออกหมายเรียก โดยส่วนมากเป็นพยานที่เต็มใจไปศาลเอง เช่น ตัวความ (โจทก์ จำเลย) ญาติพี่น้องของตัวความ

³³ ป.วิ.พ.มาตรา 106 “ในกรณีที่คู่ความฝ่ายใดไม่สามารถนำพยานของตนมาศาลได้เอง คู่ความฝ่ายนั้น อาจขอต่อศาลก่อนวันสืบพยานให้ออกหมายเรียกพยานนั้นมาศาลได้ โดยศาลอาจให้คู่ความฝ่ายนั้น แกล้งถึงความเกี่ยวข้องของพยานกับข้อเท็จจริงในคดี อันจำเป็นที่จะต้องออกหมายเรียกพยานดังกล่าวด้วย...”

³⁴ ป.วิ.อ. มาตรา 243 วรรคสอง และป.วิ.พ.มาตรา 120/1 วรรคสี่

ผู้เชี่ยวชาญ

ในที่นี้หมายถึงผู้เชี่ยวชาญที่ศาลแต่งตั้ง³⁵ ตามหลักกฎหมายแล้วไม่ถือเป็นพยาน แต่เป็นผู้ช่วยศาลในการให้ความเห็นต่อปัญหาในคดีความ แม้ในคดีจะมีพยานผู้เชี่ยวชาญที่คู่ความอ้างอยู่แล้วก็ตาม เช่น ในกรณีที่คู่ความแต่ละฝ่ายต่างอ้างพยานผู้เชี่ยวชาญของตน แต่พยานผู้เชี่ยวชาญนั้นมีความเห็นขัดแย้งกัน ในข้อที่สามารถชี้ขาดคดีได้ ศาลอาจแต่งตั้งผู้เชี่ยวชาญขึ้น เพื่อให้เห็นความเห็นได้ (third opinion) ผู้เชี่ยวชาญที่ศาลแต่งตั้งนี้ มีทั้งที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนและที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้เชี่ยวชาญของศาลแล้ว (กรณีหลังนี้เรียกว่า **ผู้เชี่ยวชาญของศาลยุติธรรม**)³⁶ และอาจเริ่มกระบวนการแต่งตั้งโดยศาลใช้ดุลยพินิจแต่งตั้งเอง ขึ้นอยู่กับพฤติการณ์ของคดีแต่ละกรณี หรือคู่ความร้องขอให้ศาลแต่งตั้งก็ได้³⁷ ซึ่งถ้าเป็นกรณีคู่ความร้องขอ จำเป็นต้องมีการยื่นบัญชีระบุพยาน และทำตามบทบัญญัติวิธียื่นบัญชีระบุพยานด้วย โดยผู้เชี่ยวชาญศาลนี้อาจแสดงความเห็นด้วยวาจาหรือทำเป็นหนังสือก็ได้³⁸ ในกรณีที่แสดงความเห็นเป็นหนังสือนั้น ผู้เชี่ยวชาญไม่ต้องมาเบิกความประกอบ³⁹ แต่ถ้าแสดงความเห็นด้วยวาจาหรือต้องไปศาลเพื่ออธิบายด้วยวาจา ก็ต้องนำบทบัญญัติเรื่องพยานบุคคลมาใช้ด้วย⁴⁰ เช่น ต้องมีการสาบานตน แต่สามารถอ่านข้อความที่เขียนมาได้เหมือนกับพยานผู้เชี่ยวชาญ เป็นต้น นอกจากนี้ ผู้เชี่ยวชาญที่ศาลแต่งตั้งอาจถูกคู่ความอีกฝ่ายหนึ่งคัดค้านได้⁴¹

ก่อนไปศาล

หมายเรียกพยานบุคคลมีลักษณะอย่างไร

หมายเรียกพยานบุคคลนั้นต้องมีข้อความสำคัญ⁴² คือ

- (1) ชื่อและตำบลที่อยู่ของพยาน ชื่อคู่ความ ศาล และทนายความฝ่ายผู้ขอ
- (2) สถานที่และวันเวลาซึ่งพยานจะต้องไป
- (3) กำหนดโทษที่จะต้องรับ ในกรณีที่ไปไม่ไปตามหมายเรียกหรือเบิกความเท็จ

จะเห็นว่าหมายเรียกพยานบุคคล ต้องระบุชื่อบุคคลที่เป็นโจทก์และจำเลย ซึ่งโจทก์อาจเป็นพนักงานอัยการหรือผู้เสียหายก็ได้ ผู้เสียหายนี้อาจเป็นผู้ป่วยที่แพทย์ได้ตรวจรักษาและอาจเป็นโจทก์ฟ้องคดีเองได้ แต่ถ้ากรณีอัยการเป็นโจทก์ จะทำให้แพทย์ไม่ทราบว่ามีผู้เสียหายหรือผู้ป่วยคดีนี้เป็นใคร หรือในกรณีชั้นสูตรพลิกศพ จะไม่ทราบว่ามีศพที่แพทย์ชันสูตรนั้นชื่ออะไร ในทางปฏิบัติจึงต้องประสานไปยังพนักงานอัยการหรือศาล เพื่อให้ทราบชื่อของผู้ป่วยหรือศพที่แพทย์ได้ตรวจ หรืออาจทำเป็นแนวทางปฏิบัติแจ้งให้พนักงานอัยการหรือศาลระบุชื่อผู้ป่วยหรือศพมาในหมายเรียกพยานด้วย

³⁵ ในคดีแพ่งปรากฏใน ป.วิ.พ.มาตรา 99 และมาตรา 129 ส่วนคดีอาญาไม่ได้บัญญัติไว้เป็นการเฉพาะ แต่ใช้ ป.วิ.อ. มาตรา 15 เพื่ออ้าง ป.วิ.พ.มาใช้โดยอนุโลมได้

³⁶ ต่างกันที่ ศาลจะบังคับให้ผู้เชี่ยวชาญที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้เชี่ยวชาญหรือไม่ให้ความเห็นไม่ได้ ส่วนผู้เชี่ยวชาญของศาลยุติธรรม (ที่ขึ้นทะเบียน) ก็ต้องปฏิบัติตามข้อบังคับประธานศาลฎีกา ว่าด้วยผู้เชี่ยวชาญของศาลยุติธรรม พ.ศ. 2546

³⁷ คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 2627/2525, 2029/2526, 6228/2539

³⁸ คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 2457/2520

³⁹ คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 1260/2518, 338/2519, 1086/2529, 986/2541, 6985/2551

⁴⁰ ป.วิ.พ.มาตรา 130

⁴¹ ป.วิ.พ.มาตรา 129 (2)

⁴² ป.วิ.พ.มาตรา 106 วรรคสอง

การส่งและรับหมายเรียกพยาน

ผู้ที่นำส่งหมายเรียกพยานอาจเป็นคู่ความฝ่ายที่อ้างแพทย์เป็นพยานหรือเป็นเจ้าพนักงานศาล⁴³ หรือมีการส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนตอบรับ⁴⁴ เมื่อมีการส่งหมายมาถึงแพทย์หรือสำนักงานของแพทย์แล้ว แพทย์อาจรับเอง แล้วลงชื่อรับหมาย หรือให้บุคคลที่ปฏิบัติงานในสำนักงานคนใดคนหนึ่งที่มีอายุเกิน 20 ปีลงชื่อรับหมายแทนได้⁴⁵ โดยถือว่าการส่งหมายโดยชอบแล้ว แต่ถ้าเจ้าหน้าที่ไม่สามารถส่งหมายได้ เพราะสำนักงานปิดหรือแพทย์ไม่ยอมรับหมายจะมีวิธีการอื่นที่ทำให้ส่งหมายโดยชอบได้ (การวางหมาย และการปิดหมาย) แต่จะไม่กล่าวถึงในที่นี้

เมื่อแพทย์ได้รับหมายเรียกให้ไปเป็นพยานศาลควรทำอะไร

- ควรตรวจรายละเอียดในหมายเรียกเพื่อให้ทราบว่า ต้องไปเป็นพยานที่ศาลใด เป็นพยานฝ่ายโจทก์หรือจำเลย ในวันและเวลาใด (อาจต้องไปศาลในวันหยุดราชการหรือนอกเวลาราชการได้ เนื่องจากปัจจุบันศาลอาจนัดพิจารณานอกเวลา เพื่อให้กระบวนการพิจารณาคดีเสร็จสิ้นไปอย่างรวดเร็ว)
- ควรทบทวนเหตุการณ์ เวชระเบียนที่แพทย์ได้ทำไว้เกี่ยวกับผู้ป่วยหรือศพคดี (ในหมายศาลจะมีแต่ชื่อโจทก์ จำเลย และชื่อพยานที่จะต้องไปศาล จะไม่ระบุว่าใครเป็นผู้ป่วย จึงต้องประสานงานกับธุรการศาลหรือพนักงานอัยการ เพื่อให้ทราบว่าผู้ป่วยชื่ออะไร) เพื่อจัดลำดับเรื่องราวต่างๆ จะได้เกิดความมั่นใจเมื่อไปเบิกความต่อศาล และหากเป็นคดีที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับเอกสาร ควรติดต่อไปยังฝ่ายโจทก์ หรือจำเลย ที่อ้างแพทย์เป็นพยานเพื่อขอตรวจสอบเอกสารฉบับจริง
- หากมีข้อสงสัย ให้โทรสอบถามตามหมายเลขโทรศัพท์ของศาล (ศูนย์ประสานงานก่อนวันนัดพิจารณา) หรือคู่ความฝ่ายที่อ้างท่านไปเป็นพยานตามที่ปรากฏอยู่ในหมายเรียก (ถ้ามี)
- ควรนำหมายเรียกไปศาลในวันศาลนัดสืบพยานด้วย

แพทย์ไม่ไปศาลตามหมายได้หรือไม่

การเป็นพยานศาลถือเป็นหน้าที่อย่างหนึ่งของแพทย์ นอกจากการประกอบวิชาชีพเวชกรรม และเป็นหน้าที่ทั่วไปของประชาชนที่ต้องปฏิบัติตามหมายศาล ดังนั้น ไม่สามารถหลีกเลี่ยงการไปศาลได้ เว้นแต่จะมีการส่งหมายศาลโดยไม่ชอบ หรือแพทย์เป็นบุคคลที่มีข้อยกเว้นไม่ต้องไปศาล

การส่งหมายโดยไม่ชอบ

- หมายเรียกพยานบุคคลต้องออกโดยศาลที่มีเขตอำนาจ มิฉะนั้นจะถือว่าเป็นการออกหมายโดยไม่ชอบ⁽⁵⁾ เช่น ศาลจังหวัดเชียงใหม่ออกหมายให้แพทย์ที่มีภูมิลำเนา (ย้ายไปทำงาน) ในจังหวัดนครราชสีมาไปเป็นพยานศาลในจังหวัดเชียงใหม่ นั่น ถือว่าเป็นการออกหมายไม่ชอบ ในทางปฏิบัติจะต้องมีการให้ศาลที่พยานมีภูมิลำเนาหลักหลังหมายก่อน จึงชอบด้วยกฎหมาย หรืออาจใช้การส่งประเด็นมาสืบที่พยานมีภูมิลำเนาก็ได้ ดังจะกล่าวต่อไป

⁴³ ป.วิ.พ.มาตรา 70 (1)

⁴⁴ ป.วิ.พ.มาตรา 73 ทวิ

⁴⁵ ป.วิ.พ.มาตรา 76

• ต้องส่งหมายเรียกให้พยานรู้ล่วงหน้าอย่างน้อยสามวัน⁴⁶ โดยนับสามวันเต็มคั่นระหว่างวันที่หมายศาลมาถึงและวันสืบพยาน เช่น หากต้องการให้แพทย์ไปเป็นพยานศาลในวันที่ 5 หมายศาลต้องมาถึงแพทย์ อย่างช้าที่สุดคือ วันที่ 1 ดังนั้น ถ้าหมายศาลมาถึงน้อยกว่าสามวันก่อนวันสืบพยาน แพทย์อาจไม่ต้องไปศาลได้และไม่มีความผิดอาญาด้วย (แต่ศาลอาจเลื่อนการสืบพยานและออกหมายเรียกพยานใหม่ได้)

แพทย์อาจเป็นบุคคลที่มีเอกสิทธิ์ที่จะไม่ต้องไปศาล ได้แก่ แพทย์อาจอยู่ในขณะบวชเป็นพระภิกษุและสามเณรในพระพุทธศาสนา⁴⁷ เป็นต้น แต่แพทย์อาจสละเอกสิทธิ์ดังกล่าวและไปเป็นพยานศาลตามหมายได้

การขอเลื่อนหมายศาล⁴⁸

ในกรณีที่มีเหตุเจ็บป่วยหรือมีข้อแก้ตัวอันจำเป็นอย่างอื่นถึงขั้นที่ไม่สามารถไปศาลไม่ได้ เช่น เจ็บป่วยจนต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล แพทย์อยู่เวรโดยมีแพทย์คนเดียวทั้งแผนกไม่สามารถสลับตัวได้ หรือไปราชการต่างจังหวัด เป็นต้น ต้องแจ้งต่อศาลก่อนวันสืบพยานหรือในวันสืบพยานนั้นเองว่าไม่สามารถไปศาลได้ตามวันเวลาดังกล่าว (กรณีป่วยควรนำใบรับรองแพทย์ไปด้วย) ซึ่งในทางปฏิบัติศาลมิได้เคร่งครัดนักในการอ้างเหตุผลสำหรับพยานทางการแพทย์และศาลจะสั่งให้เลื่อนคดีและนัดสืบพยานวันใหม่ ในกรณีคำเบิกความของพยานนั้นเป็นข้อสำคัญในการวินิจฉัยชี้ขาดคดี หรือศาลอาจสั่งให้งดสืบพยานที่ไม่มานั้นก็ได้ แต่หากพยานไม่ไปศาลในวันเวลาที่กำหนดและไม่มีเหตุอันควรหรือมีเจตนาประวิงคดี จะมีความผิดฐานขัดขืนหมายศาลมีโทษถึงจำคุก ศาลจะออกหมายจับและเอาตัวพยานไปกักขังไว้จนกระทั่งเบิกความเสร็จแล้วจึงปล่อยตัวไป

กรณีแพทย์ย้ายไปทำงานที่จังหวัดอื่นต้องทำอย่างไร

มีแพทย์บางส่วนต้องย้ายที่ทำงานอยู่เป็นประจำ โดยเฉพาะในช่วงแรก ๆ ของชีวิตการเป็นแพทย์ เช่น แพทย์ใช้ทุน ซึ่งมีการสับเปลี่ยนหมุนเวียนกันไปในแต่ละปี ถ้าแพทย์เหล่านั้นได้ตรวจและเขียนรายงานชั้นสูตรบาดแผลหรือชั้นสูตรพลิกศพไว้จะมีแนวโน้มที่ถูกเรียกไปเป็นพยานศาลได้ แต่กว่าจะมีหมายเรียกไปเป็นพยานศาลอาจต้องใช้เวลามากกว่าหนึ่งปีและแพทย์ท่านนั้นได้ย้ายไปทำงานที่อื่นแล้ว บางโรงพยาบาลอาจจัดการให้แพทย์ท่านอื่นไปศาลแทน หรืออาจถึงขั้นไม่ให้แพทย์จับใหม่เขียนใบรายงานที่เกี่ยวข้องกับคดีเลย แต่ให้เป็นหน้าที่ของแพทย์อาวุโสเขียนแทน เพื่อจะได้ไปศาลในฐานะผู้เขียนใบชั้นสูตรนั่นเอง (ต้องดูหัวข้อต่อไป เรื่องไปศาลแทนกันได้หรือไม่) ในกรณีที่ไม่มีการบริหารจัดการดังกล่าว แพทย์ผู้ตรวจและเขียนใบชั้นสูตรต้องไปเป็นพยานศาล แม้ตนจะย้ายที่ทำงานไปยังจังหวัดหรืออำเภออื่นก็ตาม โดยหลัก ศาลจะใช้วิธีการ “ส่งประเด็นไปสืบ”⁴⁹ ในจังหวัดที่แพทย์ท่านนั้นย้ายไปทำงาน ซึ่งมีวิธีการคือ ศาลต้นทาง (เจ้าของสำนวน) จะส่งสำนวนและเอกสารเท่าที่จำเป็นไปยังศาลที่รับประเด็น (ศาลปลายทาง) เพื่อสืบพยานหลักฐานแทน⁵⁰ แต่จำเลยต้องถูกส่งตัวไปยังศาลปลายทางที่รับประเด็นด้วย เนื่องจาก

⁴⁶ ป.วิ.มาตรา 106 วรรคแรกตอนท้าย

⁴⁷ ป.วิ.มาตรา 106/1

⁴⁸ ป.วิ.มาตรา 108-111

⁴⁹ ป.วิ.อ. มาตรา 230

⁵⁰ โดยถ้าฝ่ายที่อ้างแพทย์เป็นพยาน คือ อัยการแล้ว จะมีอัยการคนใหม่ที่ประจำศาลปลายทางสืบพยานแทนฝ่ายโจทก์ ส่วนฝ่ายจำเลยจะต้องตามไปฟังการสืบพยานหรือไม่นั้นแล้วแต่กรณี และศาลปลายทางจะออกหมายเรียกแพทย์ไปเป็นพยานอีกฉบับหนึ่งให้ไปศาลปลายทาง

หลักการสืบพยานในคดีอาญานั้นจะสืบกลับหลังจำเลยมิได้ เว้นแต่บางกรณี⁵¹ จึงมักมีปัญหว่าในคดีอาญาที่มีโทษสูง เช่น ทำร้ายร่างกายเป็นเหตุให้คนตาย ฆ่าคนตายโดยเจตนา จะส่งประเด็นไปสืบไม่ได้ หรือถ้าส่งไปก็ต้องให้จำเลยตามไปฟังการสืบพยานด้วย ซึ่งบางครั้งการส่งจำเลยออกนอกเขตศาล อาจไม่สะดวกและไม่ปลอดภัย โดยเฉพาะคดีอุกฉกรรจ์สะเทือนขวัญ หรือคดีที่มีจำเลยจำนวนมาก เป็นต้น ในกรณีนี้แพทย์จำเป็นต้องไปเบิกความที่ศาลรับฟ้องคดี (ศาลต้นทาง) แต่อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันในคดีอาญามีความสะดวกในการสืบพยานของศาลมากขึ้น ถ้าพยานเจ็บป่วยเดินทางไกลไม่ได้ อยู่ไกล หรือมีเหตุจำเป็นอื่น สามารถสืบพยานผ่านระบบการประชุมทางจอภาพ (VDO conference) โดยพยานไม่ต้องไปที่ศาลซึ่งส่งหมายเรียก (ไม่ใช่การส่งประเด็น แต่ขั้นตอนคล้ายการส่งประเด็นไปสืบ คือ กรณีพยานหมายศาลต้นทาง ต้องส่งหมายไปยังศาลปลายทางให้สลักหลังหมายฯ แล้วส่งให้พยาน จากนั้นจะนัดวันที่สืบพยาน โดยให้แพทย์ไปยังศาลปลายทางเพื่อสืบพยานผ่านระบบประชุมทางจอภาพ ซึ่งศาลต้นทางจะดำเนินการกระบวนการพิจารณาทั้งหมด เสมือนแพทย์ไปเบิกความต่อศาลต้นทางนั่นเอง ส่วนศาลปลายทางเพียงอำนวยความสะดวกในเรื่องสถานที่และจอภาพ จะไม่มีผู้พิพากษาของศาลปลายทางมานั่งพิจารณาดูด้วย) แต่ไปยังศาลหรือสถานที่ราชการอื่นที่กำหนด ซึ่งพยานสะดวกไปเบิกความได้ แม้พยานย้ายไปอาศัยอยู่ต่างประเทศก็สามารถเบิกความผ่านระบบนี้ได้เช่นกัน⁵²

ไปศาลแทนกันได้หรือไม่

ผู้ป่วยบางรายอาจได้รับการรักษาจากแพทย์หลายแผนก หรือบางโรงพยาบาลอาจมีแพทย์ผู้รับผิดชอบในการเขียนรายงานชั้นสูตรบาดแผลและชั้นสูตรพลิกศพ (งานคดีหรืองานนิติเวช) ซึ่งเมื่อมีใบชั้นสูตรบาดแผลมาแพทย์นิติเวชหรือผู้ดูแลงานนิติเวชจะเขียนใบชั้นสูตรบาดแผลและไปเป็นพยานศาล เป็นการลดภาระการเขียนใบชั้นสูตรบาดแผลและการไปศาลของแพทย์แผนกอื่น แต่อย่างไรก็ตามมีข้อพิจารณา ดังนี้

- การเขียนรายงานชั้นสูตรบาดแผล หรือการไปเป็นพยานศาลนั้น แพทย์ผู้เขียนหรือเป็นพยานต้องเป็นแพทย์ที่ได้ดูแลผู้ป่วยหรือร่วมดูแลผู้ป่วย โดยต้องได้เห็นและได้ตรวจผู้ป่วย เพื่อให้การไปเป็นพยานนั้น มีความน่าเชื่อถือมากที่สุด ถ้าไม่ได้พบเห็นผู้ป่วยเลย แล้วไปเบิกความว่าได้ตรวจผู้ป่วย (เช่น รับเขียนใบชั้นสูตรบาดแผลให้ แต่ไม่ได้ตรวจผู้ป่วย) จะมีความผิดฐานเบิกความเท็จได้⁵³ แต่ถ้าจำเป็นต้องเขียนรายงานหรือเบิกความโดยที่ไม่เห็นผู้ป่วย อาจต้องแจ้งต่อศาลว่าตนเป็นเพียงผู้สรุปข้อเท็จจริงตามเวชระเบียนเท่านั้น ซึ่งการกระทำดังกล่าวเปรียบเสมือน

⁵¹ ป.วิ.อ. มาตรา 172 ทวิ “ภายหลังที่ศาลได้ดำเนินการตาม มาตรา 172 วรรค 2 แล้ว เมื่อศาลเห็นเป็นการสมควร เพื่อให้การดำเนินการ พิจารณาเป็นไปโดย ไม่ชักช้า ศาลมีอำนาจพิจารณาและสืบพยานลับหลังจำเลยได้ในกรณีดังต่อไปนี้

(1) ในคดีที่มีอัตราโทษจำคุกอย่างสูงไม่เกินสิบปี จะมีโทษปรับ ด้วยหรือไม่ก็ตาม หรือในคดีมีโทษปรับสถานเดียว เมื่อจำเลยมีทนาย และจำเลยได้รับอนุญาต จากศาลที่จะไม่มาฟังการพิจารณาและการสืบพยาน

(2) ในคดีที่มีจำเลยหลายคน ถ้าศาลพอใจตามคำแถลงของโจทก์ว่าการพิจารณาและการสืบพยานตามที่โจทก์ขอให้กระทำไม่เกี่ยวแก่จำเลยคนใด ศาลจะพิจารณา และสืบพยานลับหลังจำเลยคนนั้นก็ได้

(3) ในคดีที่มีจำเลยหลายคน ถ้าศาลเห็นสมควรจะพิจารณาและสืบพยานจำเลยคนหนึ่งๆ หลังจำเลยคนอื่นก็ได้

ในคดีที่ศาลพิจารณาและสืบพยานตาม (2) หรือ (3) หลังจำเลยคนใด ไม่ว่ากรณีจะเป็นประการใด ห้ามมิให้ศาลรับฟังการพิจารณาและการสืบพยานที่กระทำ หลังนั้นเป็นผลเสียแก่จำเลยคนนั้น”

ใน (1) เช่น ทำร้ายร่างกายเป็นอันตรายแก่กาย ทำร้ายร่างกายเป็นอันตรายสาหัส ประมาททำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย

⁵² ป.วิ.อ. มาตรา 230/1 และข้อบังคับของประธานศาลฎีกา ว่าด้วยการสืบพยานคดีอาญาในลักษณะการประชุมทางจอภาพ พ.ศ. 2556

⁵³ ป.วิ.อ. มาตรา 177, 181

แพทย์ผู้เบิกความฟังแพทย์ท่านอื่น (ซึ่งได้ตรวจผู้ป่วยจริง ๆ) เล่ามาอีกทอดหนึ่ง ในรูปแบบการอ่านสิ่งที่แพทย์ท่านนั้นได้บันทึกไว้ จึงเป็นการอ้างพยานบอกเล่า ความเชื่อถือจึงมีน้อย คู่ความอาจขอให้ศาลออกหมายเรียกพยานแพทย์ที่ได้ตรวจผู้ป่วยมาเบิกความเพิ่มเติม แต่ถ้าเป็นแพทย์นิติเวชเบิกความในศาลเกี่ยวกับบาดแผลหรือความรู้ทางนิติเวชแล้ว แม้ไม่ได้ตรวจผู้ป่วยเองก็สามารถเบิกความในฐานะพยานผู้เชี่ยวชาญได้เสมอ แต่ต้องเบิกความเพื่อให้ความเห็นเท่านั้น ห้ามเบิกความว่าได้ตรวจผู้ป่วยด้วย มิฉะนั้นจะมีความผิดฐานเบิกความเท็จเช่นกัน

• ขั้นตอนการออกหมายเรียกพยานบุคคลนั้น เริ่มจากการที่คู่ความฝ่ายที่ต้องการอ้างพยานระบุชื่อพยานในบัญชีระบุพยานในระยะเวลาที่กฎหมายกำหนด⁵⁴ และศาลจะออกหมายเรียกพยานให้กรณีที่คู่ความประสงค์ให้ออกหมาย ซึ่งจะระบุชื่อบุคคลที่ถูกออกหมายเรียก ดังนั้น *การไปศาลไม่สามารถไปแทนกันได้* หมายเรียกพยานบุคคลระบุให้แพทย์ท่านใดไป แพทย์ท่านนั้นต้องไปตามหมายเรียก ถ้าทางโรงพยาบาลจัดระบบให้แพทย์ท่านใดไปเป็นพยานศาลอยู่เป็นประจำแล้ว จะต้องติดต่อกับคู่ความ (พนักงานอัยการหรือทนายความฝ่ายจำเลย) โดยตรงเพื่อขอให้ออกหมายเรียกบุคคลให้ถูกต้อง แต่เป็นสิทธิของคู่ความที่จะขอให้ศาลออกหมายเรียกใครก็ได้ โดยแพทย์ที่ถูกออกหมายเรียกก่อน จะเป็นแพทย์ผู้ออกใบรับรองแพทย์หรือเอกสารรับรองต่างๆ ให้ผู้ป่วยไป เพราะชื่อแพทย์จะปรากฏบนเอกสารดังกล่าวและถูกนำออกนอกโรงพยาบาล ซึ่งถูกอ้างอิงได้ง่าย ต่างกับชื่อแพทย์ที่ปรากฏอยู่เฉพาะในเวชระเบียนของโรงพยาบาลที่มีโอกาสถูกอ้างอิงได้น้อยกว่า เพราะบุคคลภายนอกเข้าถึงได้น้อยกว่า

เมื่ออยู่ที่ศาล

การปฏิบัติตัวเมื่อไปศาลในวันนัดสืบพยาน

- นำหมายเรียกไปด้วย เพราะในหมายเรียกจะปรากฏหมายเลขคดี ชื่อโจทก์ ชื่อจำเลย ซึ่งสามารถใช้เป็นข้อมูลในการติดต่อราชการศาลได้เป็นอย่างดี

- แต่งกายสุภาพ ไม่ควรสวมรองเท้าแตะ (ถ้าสวมรองเท้าแตะต้องถอดไว้นอกห้องพิจารณาคดี) เสื้อแขนยาว ห้ามพับแขน ปิดเสียงโทรศัพท์ก่อนเข้าห้องพิจารณาคดี

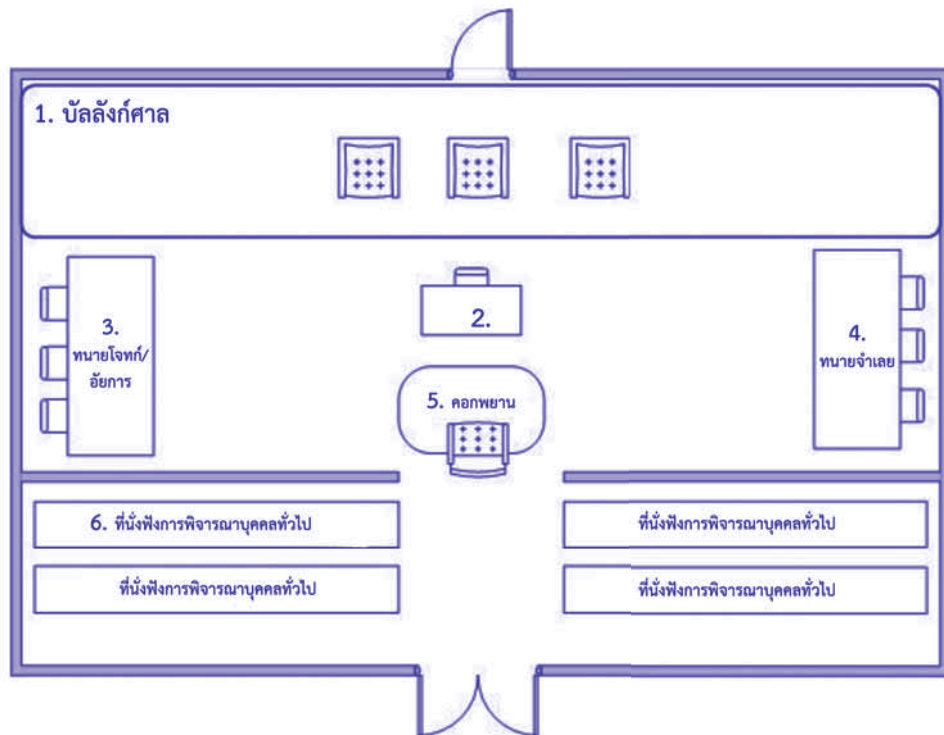
- ไปศาลก่อนเวลานัดสืบพยานจะทำให้มีเวลาพอที่จะติดต่อกับเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงานก่อนวันนัดพิจารณา เพื่อสอบถามว่าคดีตามหมายเรียกนั้นจะมีการสืบพยานที่ห้องพิจารณาใด หรืออาจตรวจดูห้องพิจารณาจากป้ายประกาศนัดความของศาลเองก็ได้

- เมื่อทราบห้องพิจารณาแล้วให้แจ้งกับเจ้าหน้าที่งานหน้าบัลลังก์ประจำห้องพิจารณานั้นๆ ว่า ท่านมาถึงศาลแล้ว และนั่งรอในที่พักพยานที่ศาลจัดไว้

- หากต้องรอเพื่อเบิกความเป็นเวลานานเกินไป กรุณาสอบถามเจ้าหน้าที่หน้าบัลลังก์ประจำห้องพิจารณานั้นๆ

ในทางปฏิบัติเมื่อไปถึงศาล แพทย์ควรติดต่อพนักงานอัยการหรือคู่ความที่อ้างแพทย์เป็นพยาน เพื่อความรวดเร็วในการสืบพยาน

⁵⁴ ป.วิ.มาตรา 88



แผนผังทั่วไปในห้องพิจารณาพิพากษาคดี

1. คือ บัลลังก์ศาล เป็นที่นั่งพิจารณาคดีของผู้พิพากษา ซึ่งจะมีทางเข้าออกด้านหลังแยกกับบุคคลฝ่ายอื่น
2. คือ หน้าบัลลังก์ เป็นที่นั่งของเจ้าหน้าที่ศาล ซึ่งคอยช่วยเหลือผู้พิพากษาด้านธุรการและประสานงานระหว่างคู่ความและพยาน ถอดเทปและพิมพ์รายงานให้พยานลงนาม
3. คือ ที่นั่งของพนักงานอัยการหรือทนายความฝ่ายโจทก์
4. คือ ที่นั่งของทนายความฝ่ายจำเลย
5. คือ คอกพยาน หรือที่นั่งของพยานเมื่อต้องเบิกความ
6. คือ ที่นั่งของบุคคลทั่วไปที่ไม่ได้เบิกความรวมทั้งจำเลย และไม่ใช่บุคคลตาม 1-5

การปฏิบัติตัวในการเข้าห้องพิจารณามีความสำคัญมาก ต้องทำให้ถูกต้องตามธรรมเนียมปฏิบัติและกฎหมาย โดยเจ้าหน้าที่งานหน้าบัลลังก์ประจำห้องพิจารณา จะเรียกเข้าห้องพิจารณาเมื่อฝ่ายโจทก์ ฝ่ายจำเลย และพยานมาพร้อมกันแล้ว (ฝ่ายใดมาถึงก่อนอาจเข้าไปนั่งรอในห้องพิจารณาก่อนได้) และเมื่อผู้พิพากษาปรากฏตัวบนบัลลังก์ ขอให้ทุกคนในห้องพิจารณายืนขึ้นเพื่อเป็นการแสดงความเคารพต่อศาล

ในกรณีที่คู่ความอ้างแพทย์เป็นพยานเพื่อเบิกความ โดยมีพยานบุคคลอื่นฝ่ายเดียวกัน ต้องเบิกความในวันเดียวกัน ในข้อเท็จจริงเดียวกัน (พยานคู่) มีหลักว่า ห้ามมิให้พยานเบิกความต่อหน้าพยานอื่นที่จะเบิกความภายหลัง⁵⁵ ดังนั้น ถ้าแพทย์ไปเบิกความพร้อมกับพยานคนอื่น แพทย์ต้องนั่งรอนอกห้องพิจารณา ก่อนพยานคนอื่นเบิกความเสร็จ แต่ในทางปฏิบัติแพทย์มักจะได้รับเชิญให้เบิกความก่อน และพยานคนอื่นต้องรอนอกห้อง เนื่องจากคู่ความและศาลคำนึงถึงเวลาอันมีค่าในภารกิจหน้าที่ของแพทย์

ลำดับการซักถามพยาน⁵⁶

สาบานหรือปฏิญาณตน

- ก่อนที่จะเบิกความ เจ้าหน้าที่จะนำแพทย์เข้าประจำที่ซึ่งเรียกว่า “คอกพยาน” จากนั้น แพทย์ต้องสาบานตนตามลัทธิศาสนาของตนว่า จะให้การด้วยความสัตย์จริง โดยอ่านข้อความที่มีให้ หรือเจ้าหน้าที่ฯ จะเป็นผู้นำสาบานและต้องกล่าวตาม

- เมื่อสาบานตนเรียบร้อยแล้ว ศาลจะให้แพทย์นั่งแล้วตอบคำถามที่ผู้พิพากษา ทนายโจทก์ หรือทนายจำเลยถาม แพทย์ต้องตอบด้วยความสัตย์จริงและใช้วาจาสุภาพ ควรใช้สรรพนามแทนตัวแพทย์เองว่า “กระผม” หรือ “ผม” หรือ “ดิฉัน” หรือ “ฉัน” หรือ “ข้าพเจ้า” หากกล่าวถึงผู้พิพากษา ให้ใช้สรรพนามแทนผู้พิพากษาว่า “ศาล” หรือ “ท่าน” โดยมีลำดับการถาม ดังนี้

ศาลถาม ชื่อ ชื่อสกุล อายุ ที่อยู่ สถานที่ทำงานของพยาน

ศาลหรือทนายฝ่ายที่อ้างท่านเป็นพยานซักถาม : Direct examination (มักเป็นพนักงานอัยการ/ทนายฝ่ายโจทก์) จบการศึกษาอะไร ที่ไหน เมื่อไร ทำงานครั้งแรกหลังจบการศึกษาที่ไหน มาทำงานในที่ปัจจุบันเมื่อไร เกี่ยวข้องกับคดีนี้อย่างไร เมื่อไร ที่ไหน มีสาเหตุโกรธเคืองกับใครในคดีนี้หรือไม่

- ลักษณะการซักถามพยานนี้ จะเป็นการถามให้พยานเล่าถึงความเป็นมาตามลำดับขั้นตอน ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับคดีและพยาน ห้ามใช้คำถามนำ (คำถามที่ให้เลือกตอบ เช่น ใช่หรือไม่ ขาวหรือดำ เป็นต้น) เพื่อป้องกันทนายเลี่ยมสอนพยานให้เบิกความตามที่ต้องการ เช่น ให้ตอบว่า “ใช่” เสมอ

ทนายฝ่ายตรงข้ามถามค้าน : Cross examination โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทำลายน้ำหนักคำพยานฝ่ายตรงข้าม เพื่อให้ข้อเท็จจริงปรากฏชัดเจนขึ้นและเป็นประโยชน์แก่ฝ่ายตน การถามค้านอาจใช้คำถามนำได้ และไม่จำเป็นต้องเรียงลำดับเหตุการณ์ (อาจถามแบบวกไปวนมาเพื่อให้พยานสับสน และตอบผิดพลาดไม่ตรงกัน) แต่อาจไม่มีการถามค้านก็ได้

ทนายฝ่ายอ้างท่านเป็นพยานถามติง : Re-examination เพื่อให้พยานได้อธิบายข้อผิดพลาดในการตอบคำถามค้านและแก้ไขให้ถูกต้อง ซึ่งพยานอาจเปลืองพลังไป หรือเพื่ออธิบายขยายความข้อเท็จจริงที่พยานตอบคำถามค้านไปแล้วให้ชัดเจนขึ้น ลักษณะการถามต้องเป็นคำถามที่เกี่ยวกับคำพยานเบิกความตอบคำถามค้าน และห้ามถามคำถามนำ แต่อาจไม่มีคำถามติงก็ได้

⁵⁵ ป.วิ.พ.มาตรา 114

⁵⁶ ป.วิ.พ.มาตรา 116-119

คู่ความฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งขออนุญาตศาลถาม เมื่อซักถาม ถามค้าน และถามตงเสร็จแล้วห้ามมิให้คู่ความฝ่ายใดซักถามพยานอีก เว้นแต่ได้รับอนุญาตจากศาล เช่น โจทก์ถามถามบางประเด็น จำเลยถามค้านบางประเด็น ซึ่งถ้าศาลอนุญาตให้ฝ่ายใดถาม ก็ต้องให้อีกฝ่ายถามค้านหรือถามตงด้วยเช่นกันแล้วแต่กรณี

ศาลถามเอง ไม่ว่าเวลาใดๆก่อนศาลพิพากษา ศาลสามารถถามพยานได้ เพื่อให้คำเบิกความของพยานสมบูรณ์หรือชัดเจนยิ่งขึ้น หรือเพื่อสอบสวนถึงพฤติการณ์ที่ทำให้พยานเบิกความเช่นนั้นได้ ซึ่งสามารถถามในเวลาใดๆก็ได้ระหว่างพิจารณา ไม่ต้องลำดับตามการซักถามพยาน

หลักทั่วไปในการเบิกความไม่ว่าอยู่ขั้นตอนใด

- เบิกความเฉพาะเรื่องที่แพทย์ได้รู้ ได้เห็นด้วยตัวเอง อย่าเบิกความในเรื่องที่ได้รับการบอกเล่าจากผู้อื่น เว้นแต่ศาลจะสั่ง และแสดงความเห็นในเรื่องที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญหรือที่ได้ศึกษามาเท่านั้น เรื่องใดไม่ทราบหรืออยู่นอกเหนือความเชี่ยวชาญ ให้แจ้งว่าไม่ทราบ

- โดยทั่วไปพยานบุคคลต้องเบิกความด้วยวาจา อย่าใช้วิธีการอ่านข้อความตามที่เขียนมา เว้นแต่จะได้รับอนุญาตจากผู้พิพากษา แต่แพทย์ในฐานะพยานผู้เชี่ยวชาญสามารถอ่านข้อความที่เขียนมาได้⁵⁷ หากไม่แน่ใจหรือจำไม่ได้ ให้ตอบว่าไม่แน่ใจ หรือจำไม่ได้

- อย่าเบิกความโดยการคาดคะเนหรือวิพากษ์วิจารณ์ เพราะอาจมีความผิดในข้อหาเบิกความเท็จได้
- หากฟังคำถามไม่ชัดเจน สามารถขอให้มีการทวนคำถามซ้ำหรือถามให้ชัดเจนได้
- แม้บางครั้งทนายฝ่ายตรงข้ามถามค้านโดยใช้คำถามนำเพื่อให้ท่านตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ ซึ่งบางกรณีจำเป็นต้องอธิบายว่าใช่หรือไม่ใช่เพราะเหตุใด แต่ทนายมักจะบอกให้แพทย์หยุดแต่เพียงตอบว่าใช่ หรือไม่ใช่ ดังนั้นเพื่อประโยชน์แห่งความยุติธรรม แพทย์อาจขออนุญาตศาลเพื่ออธิบายให้สิ้นกระแสความต่อไปได้

คำถามที่พยานไม่จำเป็นต้องตอบ

- คำถามที่พยานไม่จำเป็นต้องตอบ (ศาลจะชี้ขาดว่าพยานต้องตอบหรือไม่)
- คำถามที่ไม่เกี่ยวกับประเด็น (สอบถามศาลได้)
- คำถามอันอาจทำให้พยานหรือคู่ความอีกฝ่ายหนึ่ง หรือบุคคลภายนอกต้องรับโทษทางอาญา⁵⁸
- คำถามที่เป็นการหมิ่นประมาทพยาน เว้นแต่ข้อซึ่งเป็นประเด็นพิพาท (ศาลเป็นผู้วินิจฉัย)
- คำถามซึ่งพยานมีเอกสิทธิ์ที่จะไม่ตอบ เช่น ความลับอันอยู่ในหน้าที่ของพยาน⁵⁹
- เมื่อเบิกความเสร็จ ศาลจะอ่านคำเบิกความของแพทย์ หากเห็นว่าคำเบิกความไม่ถูกต้องตรงกับที่เบิกความไว้หรือไม่ครบถ้วน ขอให้แจ้งศาลทราบทันที เพื่อจะได้แก้ไขให้ถูกต้องก่อนที่จะลงชื่อในคำเบิกความ⁶⁰ (ใช้เฉพาะกรณีไปเบิกความที่ศาล) ซึ่งเป็นอันเสร็จขั้นตอนการเบิกความ

⁵⁷ เนื่องจากถือว่าแพทย์เบิกความเรื่องความเห็น ไม่ได้เบิกความเรื่องข้อเท็จจริงซึ่งถือว่าได้ยุติแล้ว

⁵⁸ ป.วิ.พ.มาตรา 118(2) และ ป.วิ.อ. มาตรา 234

⁵⁹ ป.วิ.พ.มาตรา 92 อนึ่ง การที่แพทย์เบิกความถึงประวัติและการตรวจร่างกายของผู้ป่วย ซึ่งเป็นความลับอันได้มาจากการประกอบวิชาชีพนั้น ไม่ถือว่าเป็นการเปิดเผยความลับผู้ป่วย จึงไม่ผิดฐานเปิดเผยความลับและสามารถเบิกความได้

⁶⁰ ป.วิ.พ.มาตรา 121 วรรคแรก “ในการนั่งพิจารณาทุกครั้ง เมื่อพยานคนใดเบิกความแล้ว ให้ศาลอ่านคำเบิกความนั้นให้พยานฟัง และให้พยานลงลายมือชื่อไว้ดังที่บัญญัติไว้ในมาตรา 49 และ 50”

- หากเป็นพยานโจทก์ ในคดีอาญา แพทย์จะได้รับค่าพาหนะเท่าที่จ่ายไปจริงตามสมควรโดยศาลเป็นผู้จ่าย (ปัจจุบัน 200 บาทในกรณีพยานมีภูมิลำเนาในเขตศาลที่ไปเบิกความ 500 บาทกรณีต่างเขตศาล)
- หากเป็นพยานในคดีแพ่ง แพทย์จะได้รับค่าพาหนะและค่าป่วยการตามที่ศาลกำหนด โดยฝ่ายโจทก์หรือจำเลยที่อ้างแพทย์เป็นพยาน ต้องเป็นผู้จ่าย

เมื่อแพทย์เบิกความไปแล้วจะแก้ไขได้หรือไม่

ในบางครั้งเมื่อแพทย์เบิกความเสร็จแล้วอาจนึกขึ้นได้หรือเมื่อกลับไปเปิดเอกสารที่ได้บันทึกไว้ว่าได้เบิกความผิดจากข้อเท็จจริงที่ได้บันทึกไว้หรือให้ความเห็นคลาดเคลื่อน จึงต้องการแก้ไขสิ่งที่ได้เบิกความไป โดยหลักกฎหมายและทางปฏิบัติแบ่งได้เป็นสองกรณี คือ

- ถ้ายังอยู่ในศาลและไม่จบขั้นตอนการเบิกความซักถามพยาน (ก่อนลงลายมือชื่อในคำเบิกความ) แพทย์สามารถแจ้งต่อศาลได้ว่าที่เบิกความไปนั้นขอแก้ไขอย่างไร ซึ่งถ้าศาลอนุญาตจึงสามารถแก้ไขได้ แต่น้ำหนักพยานอาจลดลงไป เพราะถือว่าเบิกความไม่อยู่กับร่องกับรอย ไม่แน่นอน
- ถ้าลงลายมือชื่อในคำเบิกความหรือออกจากศาลไปแล้ว ไม่มีกฎหมายให้แก้ไขคำเบิกความได้ เว้นแต่ศาลจะเรียกให้แพทย์ไปเบิกความใหม่โดยอ้างเพื่อประโยชน์แห่งความยุติธรรม⁶¹ หรือศาลถามตามที่เห็นว่าจำเป็น⁶² (เป็นการเริ่มต้นจากศาลประสงค์จะถามเอง ไม่ใช่พยานขอให้ศาลถามใหม่) ซึ่งไม่ใช่กรณีแก้ไขคำเบิกความเดิม

แพทย์ควรแจ้งให้ตัวความฝ่ายที่อ้างแพทย์เป็นพยานให้ทราบถึงความบกพร่องดังกล่าว เพื่อพิจารณาว่าข้อบกพร่องนั้นมีสาระหรือความสำคัญและจำเป็นต้องนำเสนอศาลเพื่อวินิจฉัยประเด็นแห่งคดีที่พิพาทกันหรือไม่ ทั้งนี้เพื่อประโยชน์แห่งความยุติธรรม

จะอย่างไรเมื่อมีการเลื่อนนัดสืบพยานในขณะที่อยู่ที่ศาล

- หากศาลไม่สามารถสืบพยานในวันนัดได้ เจ้าหน้าที่งานหน้าบัลลังก์ประจำห้องพิจารณาจะให้แพทย์ลงชื่อรับทราบ วัน เวลานั้นนัดครั้งต่อไป โดยจะไม่มีการส่งหมายเรียกไปอีก ขอให้จำวัน เวลานั้นดังกล่าว และไปศาลตามนัด (ปกติถ้าแพทย์ไปศาลตามวันนัดแล้วศาลจะไม่มี การเลื่อน)

ความผิดเกี่ยวกับการเป็นพยานศาล

- กรณีขัดขึ้นหมายศาล เช่น ไม่ไปศาลตามวันเวลาที่กำหนดต้องระวางจำคุกไม่เกิน 6 เดือนหรือปรับไม่เกิน 1,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ⁶³ และศาลอาจออกหมายจับเพื่อไปกักขังจนกว่าจะเบิกความเสร็จ⁶⁴

⁶¹ ป.วิ.มาตรา 86 วรรคสาม

⁶² ป.วิ.มาตรา 119 ส่วนในคดีอาญา ป.วิ.อ. มาตรา 228 ให้อำนาจศาลกว้างกว่าคดีแพ่ง คือ ศาลมีอำนาจสืบพยานเพิ่มเติมได้ โดยไม่ต้องอ้างเหตุจำเป็น หรือเพื่อความยุติธรรมเหมือนคดีแพ่ง

⁶³ ป.อ. มาตรา 170

⁶⁴ ป.พ.พ มาตรา 111 (2)

- ถ้าไปศาลแต่เบิกความเท็จ⁶⁵ มีความผิดต้องระวางโทษจำคุกอย่างสูงไม่เกิน 15 ปี และปรับไม่เกิน 30,000 บาท
- กรณีที่แพทย์กระทำความผิดฐานขัดขึ้นหมายศาลหรือเบิกความเท็จแล้ว ยังมีความผิดตามข้อบังคับแพทยสภาเรื่อง ไม่เคารพต่อกฎหมายของบ้านเมืองอีกด้วย⁶⁶

VDO ศาลจำลองพร้อมคำถาม
คดีต่อสู้ขัดขวางการจับกุม
อาวุธปืน และยาเสพติด



[https://edpuzzle.com/media/
5874e9706205f13e348d7a35](https://edpuzzle.com/media/5874e9706205f13e348d7a35)

VDO แสดงกระบวนการยุติธรรม
คดีอาญา ศาลอาญากรุงเทพใต้



[https://edpuzzle.com/media/
5874e6ac4a1a8e3e104a894e](https://edpuzzle.com/media/5874e6ac4a1a8e3e104a894e)

ภาพที่ 8.2 ตัวอย่างวิดีโอแสดงขั้นตอนการสืบพยานในศาล คดีต่อสู้ขัดขวางการจับกุมเจ้าพนักงาน
อาวุธปืน และยาเสพติด พร้อมคำถาม

⁶⁵ ป.พ. มาตรา 177, 181

⁶⁶ ข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยการรักษาวินัยและจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2549 หมวด 2 ข้อ 5

(๑๖)

หมายเรียก
พยานบุคคล

สำหรับศาลใช้



คดีหมายเลขคำที่ /๒๕ 56

คดีหมายเลขแดงที่ /๒๕

ในพระปรมาภิไธยพระมหากษัตริย์

ศาล จังหวัด

วันที่ 25 เดือน พฤศจิกายน พุทธศักราช ๒๕ 56

ความ อาญา

ระหว่าง { นาง โจทก์

พันตำรวจโท จำเลย

หมายถึง นายแพทย์ โรงพยาบาล

อยู่บ้านเลขที่ - หมู่ที่ - ถนน -

ครอบครัว - ใกล้เคียง - ตำบล/แขวง ในเมือง

อำเภอ/เขต เมือง จังหวัด โทรศัพท์ -

ด้วย โจทก์ อ้างท่านเป็นพยานในคดีเรื่องนี้

ศาลนั่งพิจารณาคดีวันที่ 18 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557

เวลา 9.00 นาฬิกา ให้ท่านไปศาลตามกำหนดนี้ (ให้ดูคำเตือนลงท้ายหมายนี้)



ศาล จังหวัด

โทรศัพท์ -



ผู้พิพากษา

(พลิก)

คำเตือนพยาน

ผู้ใดขัดขืนไม่ไปศาลตามหมายนี้ ศาลอาจออกหมายจับ เอาตัวกักขังไว้
ตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่งมาตรา ๑๑๑(๒)และผู้นั้นอาจถูกฟ้องตาม
ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา ๑๗๐ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับ
ไม่เกินหนึ่งพันบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ

ผู้ใดเบิกความเท็จมีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา ๑๗๗ หรือ
มาตรา ๑๘๑ ต้องระวางโทษอย่างสูงจำคุกไม่เกิน สิบห้าปีและปรับไม่เกินสามหมื่นบาท

ภาพที่ 8.3 ตัวอย่างหมายเรียกพยานบุคคลของศาล

ปอ.6 / 2558

ใบรับหมายเรียกพยานบุคคล

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ๒๕.....

ข้าพเจ้า.....ได้รับหมายเรียกพยานของศาล.....จังหวัดนครราชสีมา.....

ซึ่งได้กำหนดให้ข้าพเจ้าไปเบิกความเป็นพยานในคดีระหว่าง.....

พนักงานอัยการจังหวัดบัวใหญ่.....โจทก์.....นาย.....กับพวกรวม ๒ คน.....จำเลย

ในวันที่ 23.....เดือน.....มีนาคม.....พ.ศ. ๒๕.....2558 เวลา 13.30.....นาฬิกาไว้แล้ว

ผู้รับหมาย.....
ผู้ส่งหมาย.....

ภาพที่ 8.4 ตัวอย่างใบรับหมายเรียกพยานบุคคล

ตัวอย่างคำสาบานตน

“ข้าพเจ้าขอสาบานต่อพระแก้วมรกต เจ้าพ่อหลักเมือง พระสยามเทวาธิราช และสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายว่า ข้าพเจ้าจะเบิกความต่อศาลด้วยความสัตย์จริงทั้งสิ้น

หากข้าพเจ้าเอาความเท็จมากล่าวแม้แต่น้อย ขอภัยอันตรายและความวิบัติทั้งปวงจงบังเกิดแก่ข้าพเจ้า และครอบครัวโดยพลัน

หากข้าพเจ้า กล่าวความจริงต่อศาล ขอให้ข้าพเจ้า มีแต่ความสุขความเจริญ”

ตัวอย่างคำถามและประเด็นต่อสู้

- การไม่พบบาดแผลทำให้จำเลยปฏิเสธการทำร้ายได้
- รับสารภาพทำร้ายตาย (ป.อ.มาตรา 290) แต่ไม่รับสารภาพฆ่าคนตายโดยเจตนา (ป.อ.มาตรา 288) (แพทย์อาจต้องไปเบิกความเรื่องบาดแผล)
- ตัวอย่างคำถามที่เกี่ยวกับ “เจตนาฆ่าหรือไม่”
 - ถ้าบาดแผลไม่ลึก บาดแผลดังกล่าวอยู่ในตำแหน่งอวัยวะสำคัญหรือไม่ (ลึกจากผิวหนังลงไป มีอวัยวะสำคัญหรือไม่ เช่น บริเวณคอ มีเส้นเลือดแดง-ดำใหญ่อยู่ เป็นต้น) แล้วต้องลึกเท่าไร (กรณีวัตถุแทงเข้าไปตื้นๆ) จึงจะถูกอวัยวะสำคัญ เพราะต้องเทียบกับความยาวอาวุธว่าถ้าแทงลึกสุดทำให้มีโอกาสดูถูกอวัยวะสำคัญหรือไม่ เป็นต้น
 - ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีจะทำให้เสียชีวิตหรือไม่ (เจตนาฆ่าหรือทำร้าย)
- อุบัติเหตุจราจร จำเลยขับรถชนกับผู้ตาย แล้วผู้ตายถึงแก่ความตายทันทีหรือไม่ เพราะมีรถอีกคันวิ่งมาทับต่อสู่ว่าการบาดเจ็บที่ทำให้ตายเกิดจากรถคันที่สองหรือไม่ (แต่อย่างไรก็ตาม สุดท้ายจำเลยคนแรกก็ต้องรับผิดชอบ เพราะใช้หลักผลโดยตรงและเหตุแทรกแซงที่คาดหมายได้)
- ประเด็นเรื่องความเมา การตรวจแอลกอฮอล์ในร่างกาย

ตัวอย่างคำถามค่าน

- ท่านมีความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้นเพียงไร (การวินิจฉัย บาดแผล การรักษา การพยากรณ์โรค อื่นๆ)
 - จบแพทย์มาก็ปี จบนิติเวชมาก็ปี (ทำงานมาก็ปี)
- เกี่ยวกับเรื่องบาดแผล เช่น บาดแผลเกิดจากสาเหตุใด ล้มกระแทกวัตถุได้หรือไม่
 - วัตถุที่ทำให้เกิดบาดแผล
 - ตำแหน่งของบาดแผลและความลึกของบาดแผลมีโอกาสถูกอวัยวะสำคัญหรือไม่ ระยะระหว่างบาดแผลและอวัยวะสำคัญ เพื่อเทียบกับอาวุธที่ใช้แทง เป็นไปได้หรือไม่ที่จะไม่ถูกอวัยวะสำคัญเพราะอาวุธสั้น (กรณีนี้ถ้ามีการถามค่านเรื่องทิศทางที่แทง อาจทำให้เรื่องความยาวของอาวุธลดความสำคัญไป)
 - บาดแผลนั้นเกิดขึ้นในระยะเวลาเดียวกันหรือไม่ บาดแผลภายนอกภายในเกิดในระยะเวลาเดียวกันหรือไม่
 - บาดแผลนั้นทำให้ถึงแก่ชีวิตหรือไม่ ถึงแก่ชีวิตทันทีหรือไม่ ผู้ถูกกระทำยังสามารถพูด เดิน หรือทำกิจกรรมอื่นๆได้หรือไม่
 - ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีจะทำให้เสียชีวิตหรือไม่
 - ถ้าไม่ได้รับการรักษาจะตายหรือไม่ (ปล่อยไว้โดยไม่ได้นำโรงพยาบาล)
 - การบาดเจ็บไม่ได้ทำให้ตายทันที แต่ต้องรีบทำการรักษาตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ เช่น บาดแผลทะลุเข้าช่องท้อง ต้องรีบผ่าตัด ปล่อยไว้ไม่ได้
 - ความสัมพันธ์ระหว่างการบาดเจ็บและโรคประจำตัว
- เรื่องการรักษาโรค ท่านรักษาอย่างไร ทำไมจึงเลือกวิธีการรักษาวิธีนั้น เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- เข้มชัย ชุตินวงศ์. (2557). คำอธิบายกฎหมายลักษณะพยาน. (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: สำนักอบรมศึกษากฎหมายแห่งเนติบัณฑิตยสภา.
- จรัญ ภัคดิธนากุล. (2556). กฎหมายลักษณะพยานหลักฐาน. (พิมพ์ครั้งที่ 8). สำนักอบรมศึกษากฎหมายแห่งเนติบัณฑิตยสภา.
- วรรณชัย บุญบำรุง และคณะ. (2555). ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่ง ฉบับอ้างอิง. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วิญญูชน จำกัด.
- สงกราน นิยมเสน ธาณินทร์ กรัยวิเชียร และเอื้อ บัวสรวง. (2513). รายงานการประชุมวิชาการ ประจำปีการศึกษา 2513-2514 ครั้งที่ 7 เรื่อง พยานทางการแพทย์. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุรศักดิ์ ลิขสิทธิ์วัฒนกุล. (2556). ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา ฉบับอ้างอิง. (พิมพ์ครั้งที่ 14). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วิญญูชน จำกัด.



Forensic Medicine

ภาค 2

สาเหตุการตาย





Forensic Medicine

บทที่ 9

การประเมินระยะเวลาหลังตายและการเปลี่ยนแปลง ภายหลังการตาย

นายแพทย์กฤติน มีวุฒิสม

การประเมินระยะเวลาตายถือเป็นประเด็นที่สำคัญ เนื่องจากตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา กำหนดไว้ว่า การระบุเวลานั้นเป็นจุดประสงค์สำคัญในการชันสูตรพลิกศพ ซึ่งการประเมินระยะเวลาหลังตาย สามารถทำได้โดยอาศัยข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลจากองค์ประกอบแวดล้อม (Environment Factors)

1.1 การชักประวัติ หากเป็นประวัติที่มีความน่าเชื่อถือ สามารถทำให้เราทราบช่วงเวลาที่น่าจะเสียชีวิตได้ เช่น เวลาเกิดเหตุการณ์ที่ทำให้เสียชีวิต เวลาที่พบเห็นหรือติดต่อกับผู้เสียชีวิตครั้งสุดท้าย

1.2 องค์ประกอบในที่เกิดเหตุ (Scene Markers) เช่นการโทรออกและรับสายของโทรศัพท์มือถือ หนังสือพิมพ์ ภายในบ้าน

1.3 วัฏจักรของแมลง (Insect Activity) ในประเทศเขตร้อนทั่วไป พบว่าแมลงวันเป็นแมลงที่วางไข่ที่ศพมากที่สุด มักจะเริ่มวางไข่เมื่อศพเริ่มเน่า หลังจากนั้น 24 ชั่วโมง จะฟักเป็นตัวหนอนซึ่งจะค่อยโตขึ้นภายในระยะเวลา 7 วัน จนโตเต็มที่แล้วจะกลายเป็นดักแด้ ซึ่งจะใช้เวลาอีก 7 วันในการเป็นตัวแมลงวัน เมื่อเวลาผ่านไปอาจพบตัวอ่อนของแมลงประเภทต่าง เนื่องจากมากินตัวอ่อนของแมลงวันอีกทอดหนึ่ง ตัวอย่างดังภาพที่ 9.1 ในภาคผนวก

2. การเปลี่ยนแปลงภายหลังการตาย (Postmortem Change)

2.1 ปฏิกริยาเหนือชีวิต (Supravital Reaction) หลังจากเสียชีวิตไม่นาน เซลล์จะค่อยๆตายตามความสามารถในการทนต่อการขาดออกซิเจนแตกต่างกัน ซึ่งเราสามารถตรวจการทำงานของเซลล์บางบริเวณได้โดยการกระตุ้นด้วยแรง เช่น การเคาะลงไปบริเวณกล้ามเนื้อ biceps brachii (ภายใน 5 ชม.หลังตาย) การกระตุ้นด้วยไฟฟ้าบริเวณกล้ามเนื้อใบหน้า (ภายใน 4-5 ชม.หลังตาย) หรือการกระตุ้นด้วยสารเคมี เช่น การฉีด atropine เข้าไปในช่องด้านหน้าลูกตาแล้วเกิดการหดตัวของม่านตา (ภายใน 3-11 ชม.หลังตาย)

2.2 การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพของร่างกาย (Anatomical Consideration)

2.2.1 การแข็งตัวของกล้ามเนื้อภายหลังการตาย (Rigor Mortis / Postmortem Rigidity) จะเกิดขึ้นบริเวณกล้ามเนื้อมัดเล็กไปยังกล้ามเนื้อมัดใหญ่ จะเริ่มตรวจพบการแข็งตัวของกล้ามเนื้อหลังตายเมื่อเวลาผ่านไปประมาณ 1/2-1 ชม. และเกิดเต็มที่ทั่วร่างกายเมื่อเวลาประมาณ 6-12 ชม. และจะเริ่มหายไปเมื่อศพเข้าสู่กระบวนการเน่า ซึ่งประมาณ 16-24 ชม. ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิด Rigor mortis เช่น อุณหภูมิที่สูงหรือเย็นกว่าปกติ มีผลทำให้ Rigor mortis เกิดขึ้นเร็วหรือช้ากว่าปกติ มีการหดตัวของกล้ามเนื้อหรือใช้พลังงานของกล้ามเนื้อมากกว่าปกติ ทำให้เกิด Rigor mortis เร็วกว่าปกติ เช่น การดิ้นรนก่อนตาย ชัก ไฟฟ้าดูด การเคลื่อนย้ายและขยับศพ อาจทำให้

Rigor mortis หายไปได้ Rigor mortis จำเป็นที่จะต้องแยกจากการแข็งตัวของกล้ามเนื้อทันทีหลังการตาย (Cadaveric spasm)

2.2.2 การตกสู่เบื้องต่ำของเลือดภายหลังการตาย (Livor Mortis / Postmortem Lividity) จะพบลักษณะการตกสู่เบื้องต่ำของเลือดภายในหลอดเลือด มีสีม่วงแดงบริเวณส่วนที่ต่ำที่สุดของร่างกายตามแรงโน้มถ่วงของโลก มักจะเริ่มพบเมื่อผ่านไปประมาณครึ่งชั่วโมงหลังตาย เมื่อเวลานานขึ้นจะยิ่งเห็นเด่นชัดขึ้น เมื่อประมาณ 4-6 ชั่วโมงโดยระยะนี้ Livor mortis เมื่อกดด้วยนิ้วมือจะมีการกดจาง และสามารถเปลี่ยนตำแหน่งเมื่อมีการพลิกศพ Livor mortis จะเกิดเต็มที่เมื่อประมาณ 8-12 ชั่วโมง เมื่อตรวจโดยการกดด้วยนิ้วหัวแม่มือ จะไม่พบการจางของสีผิวหนึ่งบริเวณนั้น (Fixed) และเมื่อพลิกศพก็จะไม่มีการเปลี่ยนตำแหน่งของ Livor mortis อันเนื่องมาจากการแตกของเม็ดเลือดแดงและการเสื่อมสภาพของหลอดเลือด ทำให้เลือดออกมาอยู่ในเนื้อเยื่อ ตัวอย่างดังภาพที่ 9.2 ในภาคผนวก

เมื่อบริเวณใดมีการคั่งเลือดมากๆ ในศพที่มีการห้อยของแขนหรือขา มาก เช่น ศพที่แขวนคอ ตายอาจพบการแตกของหลอดเลือดขนาดเล็กๆ ได้ จะทำให้เห็นเป็นจุดเลือดออกขนาดใหญ่สีม่วงคล้ำ ซึ่งเรียกว่า Tardieu's spot ตัวอย่างดังภาพที่ 9.3 ในภาคผนวก

ในกรณีที่ผู้เสียชีวิตเสียชีวิตมานานหรือมีภาวะช็อค อาจทำให้สังเกตเห็น Livor mortis ได้ยาก หรือใช้เวลานานกว่าจะสังเกตเห็นได้ และในคนที่มียาเสพติดก็สังเกตเห็นได้ยากเช่นกัน

พึงระวังการแปลผลของ livor mortis กับแผลฟกช้ำ สามารถทำการทดสอบโดยการกรีดผิวหนังบริเวณนั้น บาดแผลฟกช้ำจะพบว่าเมื่อกรีดผิวหนังบริเวณนั้นจะมีเลือดออกบริเวณเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง

Livor mortis ยังมีประโยชน์ในการบอกสาเหตุตายจากสารพิษได้ เนื่องจากสีของ Livor mortis นั้นคือสีของชนิดของฮีโมโกลบิน เช่น Livor mortis ที่มีสีแดง-ชมพูสด (Cherry-Red) อาจเสียชีวิตจากพิษของไซยาไนด์ หรือคาร์บอนมอนอกไซด์ (ต้องระวังในการแปลผลในศพที่อยู่ในสภาพอากาศเย็นจัด บางครั้งจะพบ Livor mortis ที่มีสีแดง-ชมพูได้) Livor mortis ที่มีสีเขียวอาจเสียชีวิตจากพิษของ ไฮโดรเจนซัลไฟด์

2.2.3 การเย็นลงของอุณหภูมิศพ (Algor Mortis / Postmortem Cooling) ศพจะเย็นลงตัวเรื่อยๆ โดยถ่ายเทอุณหภูมิให้แก่สิ่งแวดล้อม ในทางปฏิบัติการประยุกต์ใช้นั้นไม่สามารถระบุเวลาที่แน่นอนได้ หากตรวจศพแล้วยังพบว่ายังรู้สึกอุ่นๆ อยู่ อาจสันนิษฐานว่าเสียชีวิตยังไม่นานนัก

2.2.4 กระบวนการเน่า (Decomposition) คือการเน่าสลายของเนื้อเยื่อต่างๆ ประกอบด้วย 2 กระบวนการ คือ ปฏิกริยาการทำลายเซลล์จากเอนไซม์ภายในร่างกาย (Autolysis) และการทำลายเซลล์จากการย่อยสลายโดยเชื้อโรค (Putrefaction) ซึ่งเป็นกระบวนการหลักที่ทำให้เกิดกระบวนการเน่า ลักษณะการเปลี่ยนแปลงนั้น สามารถพบได้หลายลักษณะ ซึ่งประกอบด้วย

การเปลี่ยนแปลงสีของผิวหนัง (Skin discoloration) เมื่อผ่านไป 18-24 ชั่วโมงหลังเสียชีวิต จะเริ่มพบผื่นงาท้องช้างขาวล่างสีเขียว มีการเน่าของเส้นเลือดเป็นลายหินอ่อนสีม่วงคล้ำหรือสีเขียว (Marbling) บริเวณลำตัว แขนขา หลังจากนั้นจะมีสีเขียวคล้ำบริเวณใบหน้า ลำคอ และลำตัวตามมา ในศพที่ตากแดดจัด อาจพบผิวหนังเปลี่ยนเป็นสีน้ำตาลหรือสีดำได้ ตัวอย่างดังภาพที่ 9.4 ในภาคผนวก

การบวมพองของศพจากก๊าซ (Bloating) เกิดจากก๊าซที่ผลิตโดยแบคทีเรียภายในร่างกาย ศพจะเริ่มบวมขึ้นเรื่อยๆ โดยจะเริ่มพบเมื่อผ่านไป 24 ชม. หลังเสียชีวิต และจะเกิดเต็มที่ประมาณ 48-72 ชั่วโมง

จะพบตาลอน ลื่นจากปากจากก๊าซที่ดันออกมา หน้าท้องพองขยาย ถุงอัมชะพองขยาย และมีของเหลวจากการเน่า สีแดงคล้ำออกจากช่องปาก จมูก และทวารหนัก หลังจากบวมเต็มที่แล้ว ศพจะค่อยๆยุบตัวลงจนแฟบลง ตัวอย่าง ดังภาพที่ 9.5 ในภาคผนวก

การเกิดตุ่มน้ำและการหลุดลอกของผิวหนัง (Skin bleb and slippage) เกิดจากการหลุดลอก ของชั้นหนังกำพร้ากับชั้นหนังแท้ และมีของเหลวจากการย่อยสลายภายใน ทำให้เกิดเป็นตุ่มน้ำและผิวหนังหลุดลอก ตามมา สามารถพบเห็นได้เมื่อเสียชีวิตมาแล้วประมาณ 24 ชั่วโมงขึ้นไป และจะหลุดลอกมากขึ้นเรื่อย จนหลุดลอก ทั่วตัวประมาณ 3-5 วันขึ้นไป ตัวอย่างดังภาพที่ 9.6 และ 9.7 ในภาคผนวก

การหลุดลอกของเนื้อเยื่อออกจากกระดูก (Skeletonization) ต้องพึงระวังในกรณีที่มีสัตว์กัดแทะ หรือมีหนอนที่กัดกินเนื้อเยื่อศพ ตัวอย่างดังภาพที่ 9.8 และ 9.9 ในภาคผนวก

หากเห็นกระดูกบริเวณใบหน้าและศีรษะ สันนิษฐานว่าน่าจะเสียชีวิตประมาณ 7 วันมาแล้ว

หากเริ่มเห็นผิวหนังบริเวณช่องท้องสลายตัว เห็นกระดูกบริเวณลำตัวแขนขา สันนิษฐานว่าน่าจะ เสียชีวิตประมาณ 2 สัปดาห์มาแล้ว

หากเริ่มเห็นเนื้อเยื่อสลายตัวเป็นส่วนใหญ่ เห็นกระดูกทั่วร่างกาย สันนิษฐานว่าน่าจะเสียชีวิต ประมาณ 2 สัปดาห์มาแล้ว

หากเห็นกระดูกทั่วร่างกายแต่ยังมีเนื้อเยื่อติดอยู่ ยังมีเอ็นเกาะบริเวณกระดูก สันนิษฐานว่าน่าจะ เสียชีวิตประมาณ 3 สัปดาห์มาแล้ว

หากเห็นแต่กระดูกทั่วร่างกาย เนื้อเยื่อสลายหมดแล้ว เอ็นบางส่วนสลายตัว สันนิษฐานว่าน่าจะ เสียชีวิตประมาณ 3-6 เดือนมาแล้ว

หากเห็นแต่กระดูกทั่วร่างกาย กระดูกหลุดออกจากกันเนื่องจากเอ็นสลายตัวหมดหรือเกือบหมด สันนิษฐานว่าน่าจะเสียชีวิตมาแล้วประมาณ 6-12 เดือน

ปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อกระบวนการเน่า เช่น อุณหภูมิของสิ่งแวดล้อมหรือศพที่สูงจะเป็นตัวเร่ง ปฏิกริยาการเน่าทำให้ศพเปลี่ยนแปลงเร็วขึ้น ศพที่อยู่ในที่เย็นหรือแช่แข็งก็จะชะลอกระบวนการเน่า ศพที่เสียชีวิต จากการติดเชื้อ ก็จะมีเชื้อโรคในร่างกายที่ทำให้กระบวนการเน่าเกิดเร็วขึ้น

การแปลผลเวลาหลังตายจากการเน่า จำเป็นต้องอาศัยการสังเกตการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวต่างๆ ร่วมกัน รวมถึงต้องคำนึงถึงปัจจัยที่ทำให้กระบวนการเน่าเกิดช้าหรือเร็วด้วย

2.3 สิ่งที่ทำให้กระบวนการเน่าหยุดชะงัก

2.3.1 Mummification พบได้ในกรณีที่ศพอยู่ในสภาพแวดล้อมที่แห้งและร้อนจัด เนื่องจากจะทำให้ น้ำในร่างกายระเหยออกไปได้อย่างรวดเร็ว ศพจะมีลักษณะแห้งเหมือนหนังสัตว์ หรือคล้ายมัมมี่ โดยทั่วไป ใช้เวลา ในการเกิดประมาณ 3 เดือน

2.3.2 Adipocere พบได้ในกรณีที่ศพอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ชื้นและเย็น จะทำให้ไขมันใต้ชั้นผิวหนัง และในร่างกายศพเปลี่ยนสภาพเป็นสารประกอบกลุ่มเอสเทอร์ ซึ่งมีลักษณะเป็นไขหรือสบู่ โดยทั่วไปใช้เวลา อย่างน้อย 3 เดือน แต่จะสังเกตเห็นได้ชัดเมื่อผ่านมานานไม่น้อยกว่า 6 เดือน

2.4 การเปลี่ยนแปลงทางเคมีภายในร่างกาย (Chemical Consideration) ในการศึกษาวิจัยของต่างประเทศ พบว่าการเปลี่ยนแปลงทางเคมีภายในร่างกายหลังตายนั้น สามารถนำมาใช้ในการประมาณเวลาตายได้ เช่น การเปลี่ยนแปลง

ของระดับน้ำตาล หรือเกลือแร่ในเลือด น้ำไขสันหลัง หรือน้ำในลูกตา แต่เนื่องจากสภาพอากาศและอุณหภูมิในประเทศไทยแตกต่างกับต่างประเทศ ทำให้ส่งผลต่ออัตราการเปลี่ยนแปลงทางเคมีต่างกันด้วย จึงทำให้ไม่สามารถนำผลการศึกษาของต่างประเทศมาใช้ในการประมาณระยะเวลาตายได้โดยตรง

3. สิ่งแปลกปลอมหลังตายที่ส่งผลต่อการแปลผล (Postmortem Artifacts)

3.1 บาดแผลที่เกิดขึ้นภายหลังการตาย (Postmortem wound) โดยทั่วไปบาดแผลเหล่านี้จะเกิดจากสัตว์ต่างๆ มากัดแทะภายหลังตาย ลักษณะที่สำคัญ คือ ก้นแผลจะมีลักษณะสีเหลืองหรือน้ำตาลซีดๆ แผลหลังตายจากมดกัดอาจเข้าใจผิดว่าเป็นแผลถลอก แผลที่ถูกสุนัขกัดแทะว่าเป็นบาดแผลฉีกขาดขอบไม่เรียบ ตัวอย่างดังภาพที่ 9.10 ในภาคผนวก

3.2 การพบเลือดออกบริเวณเนื้อเยื่อด้านหน้ากระดูกสันหลังระดับคอ ทำให้หลายครั้งเข้าใจผิดว่าเป็นเลือดที่ออกจากการรัดคอ ซึ่งในความเป็นจริง เลือดที่พบบริเวณนี้เป็นสิ่งที่พบได้เป็นปกติ เนื่องจากมีเลือดซึมออกมาจากหลอดเลือดที่แตกและเสื่อมสลายภายหลังการตาย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในกรณีที่ศพที่มีการผ่าพิสูจน์ชันสูตรหรือศพที่ตายมาเป็นระยะเวลาดำเนินช้านาน ตัวอย่างดังภาพที่ 9.11 ใน ภาคผนวก

3.3 การพบจุดเลือดออกบริเวณตับอ่อนนั้น เกิดได้จากกระบวนการย่อยสลายโดยเอนไซม์ภายในตับเอง อาจทำให้เข้าใจผิดว่าเป็นภาวะตับอ่อนอักเสบ

3.4 โดยปกติเมื่อศพเน่า จะพบว่าทวารหนักหรือช่องคลอดขยายตัวได้จากก๊าซภายในร่างกายที่ดันออกมา อาจทำให้เข้าใจผิดว่าถูกกระทำชำเรา

3.5 การตกลงสู่เบื้องต่ำของเลือดภายหลังการตายนั้น อาจทำให้เข้าใจผิดว่าเป็นบาดแผลฟกช้ำ

เอกสารอ้างอิง

มานิช โชคแจ่มใส. (2552) การตายและการเปลี่ยนแปลงภายหลังตาย Death and Postmortem Changes.

ใน คณาจารย์ภาควิชานิติเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (บรรณาธิการ). นิติเวชศาสตร์และนิติเวชศาสตร์ปฏิบัติ. (น.38-54). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

แมน อิงคตานวัฒน์ และคณะ. (2542). นิติเวชศาสตร์ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. พงษ์รักษ์ ศรีบัณฑิตมงคล. (2552) บทนำ. ใน คณาจารย์ภาควิชานิติเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (บรรณาธิการ). นิติเวชศาสตร์และนิติเวชศาสตร์ปฏิบัติ. (น.1-2). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

DiMaio, V. J., & Dana, S. E. (2006). Handbook of forensic pathology. (2nd ed.). Florida: CRC Press.

บทที่ 10

การพิสูจน์เอกลักษณ์บุคคล (Identification)

แพทย์หญิงวรรณ บุ่งสุด

การพิสูจน์เอกลักษณ์บุคคลหรือการระบุบุคคล คือ กระบวนการเพื่อระบุว่าบุคคลหรือศพที่พบนั้น คือใคร หรือเป็นชิ้นส่วนของผู้ใด ซึ่งมีความสำคัญเป็นอย่างมากในทางนิติเวช จะเห็นได้ว่ากฎหมายไทยได้ระบุชัดเจนไว้ว่าการชันสูตรพลิกศพต้องทำความเห็นเป็นหนังสือเพื่อแสดงว่าผู้ตายคือใคร เนื่องจากจะนำไปสู่ผลทางกฎหมายที่ตามมาทั้งทางแพ่งและอาญาอีกทั้งยังมีเหตุผลอื่นๆ เช่น เหตุผลทางมนุษยธรรมและจริยธรรมเพื่อญาติของผู้เสียชีวิต

ทางตำรวจสากล (interpol) ได้จัดกลุ่มการพิสูจน์เอกลักษณ์บุคคลไว้กว้างๆ เป็น 2 ส่วนด้วยกัน คือ (1) หลักฐานพยานแวดล้อม เช่น ของใช้สิ่งติดตัว หรือการให้ญาติคนรู้จักชี้ตัว (2) พยานวัตถุ ไม่ว่าจะเป็นจากการตรวจภายนอก ตั้งแต่เรื่องรูปพรรณสัณฐาน รอยสักลายนิ้วมือ และการตรวจภายในร่างกาย ทางกายภาพ และการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่น เช่น หมู่เลือด สารพันธุกรรม

กระบวนการพิสูจน์เอกลักษณ์บุคคล มักเป็นวิธีการการเปรียบเทียบข้อมูลของบุคคลก่อนตายกับข้อมูลที่รู้หลังตายว่ามีความเหมือนหรือต่างกันอย่างไร หรือบางกรณีที่ไม่มีความรู้ก่อนตาย อาจใช้การเปรียบเทียบข้อมูลหลังตายกับญาติที่ยังมีชีวิตอยู่ เช่น การตรวจสารพันธุกรรมเทียบกับพ่อแม่หรือลูก หรือเทียบกับญาติพี่น้อง

การพิสูจน์บุคคล สามารถแยกได้หลายประเภทตามแต่เกณฑ์ที่ใช้ แต่เกณฑ์ที่นิยมและสามารถใช้ เพื่อบอกความน่าเชื่อถือของการระบุบุคคลนั้น มักแยกตามระดับของความน่าเชื่อถือ แบ่งได้เป็น 2 ระดับ คือ

1. ระดับ presumptive identification คือระดับที่น่าเชื่อว่าจะเป็นบุคคลนั้น เป็นวิธีที่ไม่ได้มีความยุ่งยาก สามารถตรวจได้จากการชันสูตรพลิกศพแต่เพียงภายนอก แต่ก็ยังเป็นข้อมูลที่ไม่เฉพาะเจาะจง จึงต้องอาศัยข้อมูลหลายๆ อย่างพิจารณาประกอบกัน ที่ใช้บ่อยและควรรู้จักในเวชปฏิบัติมีดังนี้

1.1 การจดจำใบหน้าและลักษณะทั่วไป (visual recognition) รวมถึงลักษณะรูปพรรณสัณฐาน (biophysical profile) ได้แก่ เพศ อายุ สีผิว ส่วนสูง น้ำหนักและลักษณะภายนอกอื่นๆ เป็นวิธีที่นิยมใช้มาก เพราะค่าใช้จ่ายน้อยและสะดวกรวดเร็ว โดยการให้ญาติหรือผู้ใกล้ชิดระบุตัว กรณีนี้มีข้อควรระวังหลายประการ เช่น ความโศกเศร้าของญาติ การเปลี่ยนแปลงหลังการตาย อาจทำให้ลักษณะต่างๆ เปลี่ยนแปลงไปได้ เช่น กล้ามเนื้อใบหน้าเสียชีวิตตึงตัวไปทำให้ใบหน้าเปลี่ยน สีผิวเกิดเปลี่ยนจากการตกตะกอนของเลือด

1.2 ลักษณะทางกายภาพภายนอกที่จำเพาะ (physical effects) ได้แก่ รอยสัก รอยแผลเป็น ความผิดปกติของร่างกาย

1.2.1 รอยสัก (tattoo) เกิดจากการใช้เข็มเจาะเข้าไปฝังเม็ดสีไว้ที่ชั้นหนังแท้ (dermis) ทำให้เม็ดสีค้างอยู่ในชั้นหนังแท้ สามารถมองเห็นได้ แม้แต่สภาพศพเน่ามีถุงน้ำหรือผิวหนังหลุดลอก ตัวอย่างดังภาพที่ 10.1 ในภาคผนวก

สมัยก่อนการมีรอยสักอาจช่วยจำแนกอาชีพหรือกลุ่มคน องค์กรหรือวัฒนธรรมพื้นหลังได้มาก แต่ในปัจจุบันการสักเป็นเรื่องของศิลปะการตกแต่งร่างกายของคน จึงทำให้ข้อมูลใช้ประโยชน์ได้ลดลง

ข้อระวังอีกประการคือเทคโนโลยีเรื่องการลบรอยสักมีมากขึ้น หรืออาจมีการสักทับ การใช้รอยสักเพื่อระบุบุคคล จึงต้องมั่นใจว่าข้อมูลก่อนตายที่นำมาเปรียบเทียบนั้นเป็นข้อมูลปัจจุบัน

เมื่อพบรอยสักจึงควรมีการบรรยายรายละเอียดของรอยสัก ตำแหน่ง ลักษณะเฉพาะ และบันทึกภาพไว้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีที่ยังไม่สามารถระบุบุคคลได้

1.2.2 รอยแผลเป็น มีได้ทั้งจากการบาดเจ็บและการรักษาผ่าตัด ดังนั้น จึงอาจต้องมีการหาข้อมูลจากสถานพยาบาลด้วย ข้อดีประการหนึ่งของแผลเป็น คือ การที่ยังสามารถตรวจพบได้แม้แต่ในศพที่มีสภาพเน่ามากแล้ว

1.3 สิ่งของติดตัว (personal belongings) เช่น เสื้อผ้า เครื่องประดับ ข้าวของที่ศพใช้บัตรหลักฐานทางราชการ กรณีที่พบควรบันทึกรายละเอียดที่พบและบันทึกภาพเก็บไว้ ตัวอย่างดังภาพที่ 10.2 ในภาคผนวก

1.4 ลักษณะทางมานุษยวิทยา (anthropology) คือการพิสูจน์บุคคลจากโครงกระดูก เป็นวิธีที่ต้องใช้ความรู้ความชำนาญจากผู้เชี่ยวชาญ ยกเว้นลักษณะบางอย่างที่เห็นได้ชัด และใช้เปรียบเทียบกับข้อมูลก่อนตายได้ เช่น การมีเนื้องอกกระดูก button osteoma ในตำแหน่งที่เห็นได้ชัด ตัวอย่างดังภาพที่ 10.3 ในภาคผนวก

1.5 ลักษณะอื่นๆ เช่น

1.5.1 วิธีทางรังสีวิทยา สามารถใช้ประโยชน์ได้ตั้งแต่ประเมินเพศหรืออายุทั่วไป หรือใช้เพื่อการเปรียบเทียบเพื่อระบุบุคคลได้ชัดเจน เช่น frontal sinus ที่ต่างกันไปแล้วแต่ละบุคคล สามารถใช้ยืนยันได้ แต่ต้องอาศัยความรู้ความชำนาญในการอ่านและแปลผล

1.5.2 อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ติดตัวมา เช่น เครื่องกระตุ้นหัวใจ การเปลี่ยนข้อเทียม โดยเฉพาะอย่างยิ่งอุปกรณ์ที่มีหมายเลขกำกับ สามารถเทียบกับข้อมูลในเวชระเบียนเพื่อยืนยันได้

ทั้งนี้ข้อมูลในระดับน่าเชื่อถือ มักเป็นการตรวจเบื้องต้น เพื่อคัดบุคคลที่ไม่ใช่ออกไป ก่อนที่จะมีการตรวจในระดับการยืนยันตัวบุคคล

2. ระดับ positive or established identification คือ ระดับการยืนยันตัวบุคคลด้วยวิธีทางวิทยาศาสตร์ในระดับที่น่าเชื่อถือ เป็นข้อมูลที่ได้จากการเปรียบเทียบข้อมูลสองชุด ทดสอบแล้วได้ความเฉพาะเจาะจงในระดับที่สามารถสรุปว่าเป็นบุคคลเดียวกัน มักเป็นการตรวจด้วยวิธีการเฉพาะโดยผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น ได้แก่ การตรวจลายนิ้วมือ (fingerprint) การตรวจทางนิติทันตกรรม (forensic dentistry) และการตรวจสารพันธุกรรม (genetic profile)

โดยปกติแล้ว ขั้นตอนนี้ควรเป็นความรับผิดชอบของพนักงานสอบสวน รวมถึงสถานที่ส่งตรวจเพิ่มเติม แต่บางครั้งแพทย์อาจต้องให้คำแนะนำ หรือให้ความร่วมมือในการเก็บสิ่งส่งตรวจเหล่านี้ จึงจะอธิบายการเก็บตัวอย่างเบื้องต้นที่จำเป็น การตรวจสารพันธุกรรม (genetic markers) ตัวอย่างที่สะดวกที่สุดคือเลือด นิยมเก็บประมาณ 2–3 มล. โดยใส่ขวดที่มี EDTA เป็นสารกันเลือดแข็งตัว คือหลอดจุกสีม่วงเก็บไว้ที่ความเย็น 4 องศาเซลเซียส

ส่วนในกรณีที่ศพเน่ามากหรือไม่สามารถเก็บเลือดได้แล้ว อาจใช้การเก็บกล้ามเนื้อส่วนที่ยังสภาพดี คือกล้ามเนื้อต้นขาส่วนลึกๆ ที่ยังเป็นลักษณะของ viable tissue ตัดออกมาเก็บปริมาณ 2 ลูกบาศก์เซนติเมตร ที่ความเย็น 4 องศาเซลเซียส หรือเก็บส่วนกระดูกอ่อนซี่โครงความยาว 3–5 ซม. โดยเลือกซี่ใดก็ได้ ทำความสะอาด และทิ้งให้แห้งก่อนบรรจุ

การประยุกต์ใช้ในเวชปฏิบัติ

การพิสูจน์เอกลักษณ์บุคคลที่ใช้จริงในเวชปฏิบัติ ควรพิจารณาเป็นรายๆไป ทั้งนี้ เพื่อความเข้าใจง่าย จึงจะแยกตามลักษณะของศพที่พบได้บ่อย

1. ศพที่สภาพดี (fresh body) การใช้ระดับ presumptive identification หลายอย่างรวมกัน มักจะเพียงพอ ข้อควรระวังคือการเสียชีวิตทำให้ศพเสียความตึงของกล้ามเนื้อ เกิดความคลาดเคลื่อนของใบหน้า หรือส่วนสูงได้ และในกรณีศพที่มีบาดแผลหรือบาดเจ็บรุนแรง ทำให้การจดจำลักษณะภายนอก มีความน่าเชื่อถือ ลดลง

2. ศพเน่า (decomposed body) เลือกใช้ได้ทั้งสองระดับแล้วแต่ระดับการเน่าของศพ การใช้ presumptive identification ต้องเพิ่มความระมัดระวังมากขึ้น หลีกเลี่ยงการใช้การจดจำลักษณะภายนอก เพราะการเปลี่ยนแปลงของศพหลังการตายนั้น ทำให้สภาพใบหน้าของศพดูคล้ายคลึงกัน ควรใช้ลักษณะทางกายรูป ที่จำเพาะมากขึ้น เช่น รอยสัก

3. ชิ้นส่วนของศพ การเลือกใช้แล้วแต่ว่าชิ้นส่วนนั้นมีความสมบูรณ์เพียงใด และขึ้นกับสภาพการเปลี่ยนแปลง หลังการตาย เช่น การที่ชิ้นส่วนยังใหม่ อาจพอใช้เรื่องสีผิว รูปร่าง ช่วยได้ในระดับหนึ่ง แนะนำให้ส่งตรวจเพิ่มเติม กับผู้เชี่ยวชาญ เพราะต้องใช้ประสบการณ์และการตรวจขั้นสูง

4. โครงกระดูก ต้องใช้วิธีทางมานุษยวิทยาร่วมกับการใช้ระดับ positive identification เมื่อพบกรณีนี้ ในเวชปฏิบัติ แนะนำให้ส่งตรวจเพิ่มเติมที่สถาบันนิติเวช เนื่องจากมีความซับซ้อนและต้องใช้เวลาในการเตรียม สิ่งส่งตรวจมาก

เอกสารอ้างอิง

- สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *คู่มือการปฏิบัติงานนิติเวช (สำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์) กระทรวงสาธารณสุข*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- “พระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา ฉบับที่ 29 พ.ศ.2551” (2551,7 กุมภาพันธ์). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 125 ตอนที่ 30 ก. หน้า 16-18.
- DiMaio, D., & DiMaio, V. J. (2006). *Handbook Forensic pathology*. (2nd ed.) CRC press.
- Saukko, P., & Knight, B. (2015). *Knight's Forensic Pathology Fourth Edition*. CRC press.
- Cains, G. E., & Byard, R. W. (2009). The forensic and cultural implications of tattooing. In *Forensic pathology reviews*. Humana Press, 197-220.
- Jensen, R. A. (1999). *Mass fatality and casualty incidents: a field guide*. CRC Press.
- Shanavas, M., Chatra, L., Shenai, P., Veena, K. M., Rao, P. K., & Prabhu, R. V. (2013). Multiple peripheral osteomas of forehead: report of a rare case. *Annals of medical and health sciences research*, 3(1), 105-107.
- Byers, S. N. (2016). *Introduction to forensic anthropology*. Taylor & Francis.
- Thompson, T., & Black, S. (Eds.). (2006). *Forensic human identification: An introduction*. CRC press.



Forensic Medicine

บทที่ 11

นิติพิษวิทยา

แพทย์หญิงอภิสร่า กุลวงศ์ธนโรจน์

นิติพิษวิทยา เป็นการศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดพิษ วิธีการตรวจวิเคราะห์สารพิษ การแปลผลการวิเคราะห์สารพิษ เพื่อใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ โดยใช้เป็นข้อมูลเพื่อการวินิจฉัยโรคและการรักษาโรค ที่สำคัญที่สุดคือ ใช้เป็นหลักฐานสำคัญในทางกฎหมายเพื่อค้นหาความจริงและผดุงไว้ซึ่งความยุติธรรม

พฤติการณ์การเสียชีวิตจากสารพิษ

1. อัตวินิบาตกรรม เป็นการตั้งใจฆ่าตัวตาย
2. ฆาตกรรม เป็นการเสียชีวิตโดยถูกผู้อื่นเจตนาใช้สารพิษทำร้าย
3. อุบัติเหตุ เป็นการรับสารพิษเข้าสู่ร่างกายโดยผู้ตายหรือบุคคลอื่นไม่มีเจตนาฆ่าตัวตายหรือทำร้ายผู้อื่น ส่วนใหญ่มักเกิดกับเด็กหรือบุคลากรที่ทำงานเกี่ยวกับสารพิษ
4. ถูกสัตว์มีพิษกัดหรือต่อย

หน้าที่ของแพทย์ในการดำเนินการเกี่ยวกับผู้ป่วยหรือศพที่ได้รับสารพิษ

1. ชักประวัติและตรวจร่างกายผู้ป่วยหรือศพที่สงสัยว่าได้รับสารพิษ
2. เก็บรวบรวมวัตถุพยานเพื่อส่งตรวจหาสารพิษให้ถูกต้องตามหลักวิชาการ
3. นำผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ มาประเมินร่วมกับพยาธิสภาพที่ตรวจพบ ว่ามีความเกี่ยวข้องกันหรือไม่ รุนแรงระดับใด
4. ประเมินการตรวจพบสารพิษว่ามีความเกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตอย่างไร
 - 4.1 เป็นสาเหตุที่ทำให้เสียชีวิตโดยตรง
 - 4.2 เป็นเพียงปัจจัยร่วมกับสาเหตุอื่น เช่น เมาเหล้าจมน้ำ

ซักประวัติและตรวจร่างกายผู้ป่วยหรือศพที่สงสัยว่าได้รับสารพิษ

1. ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยหรือผู้เสียชีวิต
 - ชื่อ เพศ อายุ ความสูง น้ำหนัก เชื้อชาติ อาชีพ ที่อยู่
2. ประวัติทางการแพทย์ อาการและอาการแสดง
 - 2.1 การติดเชื้อ โรคประจำตัว โรคเรื้อรัง ยาที่ใช้เป็นประจำ
 - 2.2 ประวัติการติดเหล้า ยา สารเสพติด หรือการสูบบุหรี่
3. สารพิษหรือยาที่ต้องสงสัย ถ้าพบเม็ดยา ขวดยา หลอดฉีดยา ควรส่งมาตรวจวิเคราะห์ด้วย
4. ประวัติในช่วงวัน เวลา ที่มีผู้พบเห็นครั้งสุดท้ายในสภาพปกติและเริ่มมีอาการจากสารพิษ

- 4.1 วัน เวลาที่เจ็บป่วยหรือตาย สถานที่พบผู้ป่วยหรือศพ เช่น ที่ทำงาน บนเตียง ในห้องน้ำ
- 4.2 เวลาและลักษณะของอาหารมื้อสุดท้าย การรักษาพยาบาลที่ได้รับเบื้องต้นหรือก่อนการเสียชีวิต
5. พยาธิสภาพที่ตรวจพบในผู้ป่วยหรือจากการผ่าตรวจศพ

ตารางที่ 11.1 อาการและอาการสำคัญของสารพิษที่สำคัญ

อาการและอาการแสดง	สารพิษที่ทำให้เกิดพิษ
Ataxia (เดินเซ)	แอลกอฮอล์ โบรไมด์ โลหะหนัก ตัวทำละลายอินทรีย์ สารหลอนประสาท บาร์บิทูเรต
Breath odor (กลิ่นลมหายใจ) : แอลกอฮอล์ Bitter almond กลิ่นไข่น้ำ กลิ่นกระเทียม กลิ่นน้ำมันมอย	. เอทานอล ไซยาไนด์ ไฮโดรเจนซัลไฟด์ Disulfiram Mercaptan สารหนู Organophosphates Thallium Methyl salicylate
Coma (หมดสติ) ง่วงซึม	เอทานอล ยาแก้แพ้ ยาแก้นอนหลับ ยากล่อมประสาท มอร์ฟีน
Convulsion (ชัก)	แอมเฟตามีน ตะกั่ว Strychnine ยาแก้โรคซึมเศร้า
Colicky pain (ปวดท้องโคลิก)	สารหนู ตะกั่ว เห็ดพิษ Organophosphates
Constipation (ท้องผูก)	ตะกั่ว กลุ่มโอพิออยด์
Diarrhoe (ท้องเสีย)	สารหนู กรดบอริก Organophosphates
Hallucination (ประสาทหลอน)	เอทานอล โคเคน LSD PCP Mescaline
Heart rate (อัตราการเต้น) : ชีพจรช้า ชีพจรเร็ว	. กลุ่มโอพิออยด์ ยากล่อมประสาท Digitalis แอมเฟตามีน โคเคน Atropine
Mouth (ปาก) : ปากแห้ง น้ำลายเพิ่มขึ้น เหงือกเปลี่ยนสี	. แอมเฟตามีน กลุ่มโอพิออยด์ แก้แพ้ Atropine Organophosphates ปรอท สารหนู Strychnine ตะกั่ว โลหะหนัก
Paralysis (กล้ามเนื้อเป็นอัมพาต)	Botulism โลหะหนัก พิษงู
Pupils (รูม่านตา) : รูม่านตาคอด รูม่านตาดำย	. โอพิออยด์ Organophosphates เห็ดพิษ แอมเฟตามีน โคเคน LSD ยาแก้แพ้ ยาแก้โรคซึมเศร้า

อาการและอาการแสดง	สารพิษที่ทำให้เกิดพิษ
Respiration (การหายใจ) : หายใจเร็ว หายใจช้า ปอดบวมน้ำ	. แอมเฟตามีน เมทานอล Salicylate เอทานอล กลุ่มโอพิออยด์ พิษบาร์บิทูเรตระยะหลัง กลุ่มโอพิออยด์ Organophosphates Petroleum
Skin (ผิวหนัง) : Cyanosis (สีเขียว) Flush (สีแดง) Cherry red (สีแดงเชอร์รี่) Bright pink (สีชมพู) Purpura (สีม่วง) Jaundice (สีเหลือง) Bullae (ถุงน้ำ)	. ไนโทรต์ Strychnine เอทานอล กรดบอริก ยาแก้แพ้ Atropine คาร์บอนมอนอกไซด์ ไซยาไนด์ Salicylates พิษงู สารหนู ละหุ่ง เห็ดพิษ Carbon tetrachloride บาร์บิทูเรต คาร์บอนมอนอกไซด์

แนวทางการเก็บสิ่งส่งตรวจ Biological specimens

1. การเจาะเลือด

1.1 ผู้ป่วย : ทำเช่นเดียวกับการเจาะเลือดทั่วไป ยกเว้นในกรณีการเจาะเลือด เพื่อตรวจหาแอลกอฮอล์ ควรเลือกใช้ antiseptic ที่ไม่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสม ควรเจาะเก็บเลือดจากบริเวณข้อพับแขน (Antecubital fossa) ปริมาณ 30 มิลลิลิตร โดยไม่ต้องใส่สารกันเสีย

1.2 การตรวจศพ : ควรเจาะเก็บเลือดจากหลอดเลือดดำบริเวณขาหนีบ (Femoral vein) ปริมาณมากที่สุดเท่าที่ทำได้ แบ่งตัวอย่างเลือดที่เจาะได้อย่างน้อย 5 มิลลิลิตรใส่ Sodium fluoride ป้องกันการแข็งตัวของเลือด ห้ามใช้เลือดที่ออกในช่องอกหรือช่องท้องมาตรวจหาสารพิษ ในการตรวจหาแอลกอฮอล์ในเลือดนั้น ไม่ควรใช้เลือดที่เจาะมาจากหัวใจ ทั้งนี้ เพราะแอลกอฮอล์ในกระเพาะอาหารอาจซึมตรงมายังหัวใจได้

2. การเก็บปัสสาวะ

2.1 ผู้ป่วย : ให้เก็บปัสสาวะใส่ภาชนะพลาสติกเช่นเดียวกับผู้ป่วยทั่วไป ปริมาณอย่างน้อย 30 มิลลิลิตร โดยไม่ต้องใส่สารกันเสีย การเก็บตัวอย่างปัสสาวะต้องอยู่ในความดูแลของเจ้าหน้าที่ เพื่อป้องกันการสับเปลี่ยนหรือปนเปื้อนของสิ่งส่งตรวจ

2.2 การตรวจศพ : เก็บปัสสาวะทั้งหมด เพื่อส่งตรวจโดยไม่ต้องใส่สารกันเสีย

3. การเก็บอาหารในกระเพาะอาหาร เก็บส่งสิ่งที่อยู่ในกระเพาะอาหารทั้งหมด รวมถึงน้ำล้างกระเพาะอาหารหรืออาเจียนด้วย ในกรณีสงสัยว่ามีการรับสารพิษโดยวิธีการกินหรือดื่ม

4. การเก็บน้ำดี จะใช้ในกรณีที่สงสัยสารเสพติดในศพ

5. การเก็บน้ำวุ้นลูกตา ให้เก็บจากตาทั้งสองข้างรวมกัน โดยใช้เข็มขนาด 18-20 Gauge ต่อกับไซริงค์ขนาด 5 มิลลิลิตร แทงลงไปใต้ตาขาวห่างจาก lateral limbus เล็กน้อย โดยแทงไปให้พ้น resistance แล้วดูดของเหลวใส่และหนีตื้นขึ้นมา

6. เนื้อเยื่อต่างๆ

6.1 ตับ ควรเก็บอย่างน้อย 250 กรัม

6.2 กระดุก เส้นผม และเล็บ ในกรณีที่สงสัยพิษจากโลหะหนัก

6.3 สมองและปอด ในกรณีสงสัยพิษจากสารระเหย

7. อุจจาระ ไม่ใช้การตรวจปกติ จะดำเนินการในกรณีที่สงสัยพิษจากโลหะหนัก เช่น สารหนู และพลวง

การเก็บรักษาส่งตรวจ Biological specimens

ส่งส่งตรวจทางพิษวิทยา ควรเก็บไว้ในตู้เย็นอุณหภูมิ 4 องศาเซลเซียส ทั้งก่อนและขณะนำส่ง เนื่องจากสารพิษหลายชนิดมีเสถียรภาพในอุณหภูมิต่ำ แต่ไม่มีเสถียรภาพในอุณหภูมิห้อง เพราะสลายตัวได้จากผลของอุณหภูมิ เอ็มไซม์ และแบคทีเรีย จึงควรนำส่งห้องปฏิบัติการให้เร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ แต่สำหรับเลือด ไม่ควรแช่แข็งเป็นน้ำแข็ง เพราะจะทำให้เม็ดเลือดแดงแตก และกระทบต่อการวัดและแปลผลได้

แนวทางการเก็บส่งตรวจ Non-biological specimens

ในเวชปฏิบัติทั่วไป แพทย์มีโอกาสดูแลผู้ป่วยที่พบกับสิ่งส่งตรวจที่ญาติเอามาให้แพทย์ดู หรือที่แพทย์พบในที่เกิดเหตุ เช่น หีบห่อหรือบรรจุภัณฑ์สารเคมี ขงยา แก้วน้ำหรือภาชนะที่มีสารเคมีอยู่ อุปกรณ์เสพยาเสพติด ซึ่งแนวทางการเก็บส่งตรวจลักษณะนี้เพื่อส่งตรวจต่อ มีดังนี้

1. แยกสิ่งส่งตรวจแต่ละชิ้นออกจากกัน บรรจุของกระดากหรือภาชนะพลาสติกเพื่อนำส่งตรวจ เพื่อป้องกันการปนเปื้อนข้ามชิ้น

2. กรณีมีของเหลวบรรจุอยู่ เช่น แก้วน้ำมีน้ำอยู่ ให้นำน้ำของเหลวใส่ลงในภาชนะพลาสติกอื่น แล้วแยกส่งทั้งตัวภาชนะที่บรรจุของเหลวเดิมและของเหลวที่อยู่ภาชนะพลาสติก

กรณีการชันสูตรพลิกศพ แพทย์ควรแนะนำพนักงานสอบสวน ให้ส่งสิ่งส่งตรวจในที่เกิดเหตุเหล่านี้ ไปตรวจพร้อมกับศพ กรณีที่มีการส่งศพไปผ่าพิสูจน์ต่อ

เอกสารอ้างอิง

ณัฐ ดันศรีสวัสดิ์, ศิรินันท์ เอยมภักดิ์. (2550). นิติพิษวิทยา. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พรทิพย์ โรจนสุนันท์. (2547). นิติเวชศาสตร์การชันสูตรศพ. (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: วิญญูชน.

สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2557). คู่มือการปฏิบัติงานนิติเวช (สำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์) กระทรวงสาธารณสุข. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

บทที่ 12

การกดรัดบริเวณลำคอ

[Compression of the neck]

นายแพทย์นิติ แดงตาด

การกดรัดบริเวณลำคอ ส่งผลให้ออกซิเจนซึ่งอยู่ในเลือดไหลเวียนไปสู่สมองน้อยลง และทำให้ระดับความรู้ตัวลดลงในเวลาต่อมา โดยท้ายที่สุดก็จะนำไปสู่การเสียชีวิต เนื่องจากสมองขาดอากาศหรือออกซิเจน (Asphyxia) นั้นเอง

การเสียชีวิตจากการกดรัดบริเวณลำคอ เกิดขึ้นได้จาก

1. การแขวนคอ (Hanging)

ทำให้หลอดเลือดแดงหรือดำบริเวณคอถูกกด ซึ่งสามารถทำให้เสียชีวิตได้ไม่ว่าร่างกายจะอยู่ในท่าทางใดก็ตาม เช่น ท่าแขวนคอห้อยสูงจากพื้น ท่ายืน ท่าคุกเข่า ท่านั่ง หรือแม้แต่ท่านอน

1.1 การแขวนคอในท่าที่ไม่มีส่วนใดของร่างกายสัมผัสกับพื้น (Complete hanging/Total suspension) อาจไม่พบลักษณะคล้ำ ม่วง เขียว บวมของใบหน้า หรือจุดเลือดออกขนาดเล็กบริเวณเยื่อぶตาและใบหน้า



ภาพที่ 12.1 การแขวนคอในท่าที่ไม่มีส่วนใดของร่างกายสัมผัสกับพื้น

(ที่มา Mason,J.K. (Johe Kenyon) Forensic Medicine : an illustrated reference / J.K.Mason : British Association of forensic medicine.)

1.2 การแขวนคอในท่าที่มีส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายสัมผัสกับพื้น (Incomplete hanging/Semi suspension) มักตรวจพบใบหน้ามีลักษณะคล้ำ ม่วง เขียว บวม หรือบางครั้งอาจพบตาบวมถลอก มักพบจุดเลือดออกขนาดเล็กบริเวณเยื่อตาและใบหน้า



ภาพที่12.2 การแขวนคอในท่าที่มีส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายสัมผัสกับพื้น

(ที่มา Mason,J.K. (Johe Kenyon) Forensic Medicine : an illustrated reference / J.K.Mason : British Association of forensic medicine.)

การปรากฏของร่องรอยบริเวณผิวหนังจากการกดรัดบริเวณลำคอขึ้นอยู่กับชนิด ความกว้างของวัตถุ และแรงจากการกดรัดต่อผิวหนังซึ่งอาจสัมพันธ์กับลักษณะท่าทางของศพ

รอยกดรัดบริเวณผิวหนังส่วนคอ มักอยู่ในระดับเหนือกล่องเสียง และมักมีลักษณะเฉียงขึ้น (Inverted V – shaped configuration) ซึ่งตำแหน่งที่เฉียงนั้นคือบริเวณที่วัตถุที่ใช้ผูกคอแขวนนั่นเอง (Point of suspension)



ภาพที่ 12.3 การกดรัดบริเวณผิวหนังส่วนคอ มักอยู่ในระดับเหนือกล่องเสียง และมักมีลักษณะเฉียงขึ้น

(ที่มา <http://www.documentingreality.com/forum/f10/asphyxial-deaths-100402>)

การบาดเจ็บต่อกล้ามเนื้อบริเวณคอ (Strap muscle) นั้นพบได้น้อยจากการแขวนคอ แต่อาจพบการหักของกระดูกบางชิ้น (Thyroid cartilage and hyoid bone) โดยเฉพาะในคนสูงอายุที่กระดูกมีความเปราะมากกว่าปกติ ส่วนการได้รับบาดเจ็บของกระดูกคอนั้นพบได้น้อย ต่างจากการถูกแขวนคอประหารชีวิต (Execution hanging) ซึ่งมักพบการได้รับบาดเจ็บของกระดูกสันหลังส่วนคอ (Fracture and/or dislocation of C-2, odontoid process, C-1, C-3, C-5, basilar skull fracture) และกระดูกบริเวณคอ (Hyoid bone)

การตรวจศพนอกจากดูร่องรอยหรือบาดแผลแล้ว ควรดูลักษณะปมของวัตถุที่ผูก โดยตัดให้ห่างจากปมเพื่อรักษาสภาพของปมเอาไว้ เพื่อประเมินร่วมกับบาดแผลที่พบ

2. การรัดคอ (Ligature Strangulation)

การถูกรัดคอต่างจากการผูกคอ เนื่องจากถูกกระทำโดยบุคคลอื่น และแรงที่เกิดขึ้นเกิดจากแรงที่ออกเพื่อรัดคอ ต่างจากการผูกคอ ซึ่งแรงเกิดจากน้ำหนักตัวผู้เสียชีวิตซึ่งกระทำตนเอง เหตุของการเสียชีวิตจากการถูกรัดคอมักเป็นเหตุฆาตกรรม และมักเกี่ยวเนื่องจากการมีแรงจูงใจทางเพศร่วมด้วย (Raped homicide) เมื่อถูกรัดคอ หลอดเลือดแดงและดำบริเวณคอด้านข้าง (Carotid artery and jugular vein) ถูกกด โดยที่หลอดเลือดบริเวณกระดูกสันหลัง (Vertebral artery) ยังคงสามารถไปเลี้ยงสมองได้ จึงมักพบลักษณะของใบหน้าคั่งเลือด และเลือดออกในชั้นเยื่อตาขาว (Facial congested and petechiae of sclera and conjunctiva)

รอยกดรัดบริเวณผิวหนังส่วนคอ มักมีลักษณะอยู่ในแนวระนาบ (Horizontal) และมักอยู่ในระดับกล่องเสียงหรือต่ำกว่ากล่องเสียง การบาดเจ็บต่อกล้ามเนื้อบริเวณคอและกระดูกบริเวณคอก็สามารถพบได้ แต่ค่อนข้างน้อย ตัวอย่างดังภาพที่ 12.4 ในภาคผนวก

3. การถูกบีบคอ (Manual Strangulation)

มักตรวจพบบาดแผลบริเวณลำคอ ซึ่งเกิดจากนิ้วมือและเล็บ (Fingertip bruises and fingernail marks) มักพบลักษณะของใบหน้าคั่งเลือดและเลือดออกในชั้นเยื่อตาขาว รวมถึงการบาดเจ็บต่อกล้ามเนื้อบริเวณคอ (Strap muscle) หรือเลือดออกในชั้นกล้ามเนื้อเช่นกัน ตัวอย่างดังภาพที่ 12.5 ในภาคผนวก

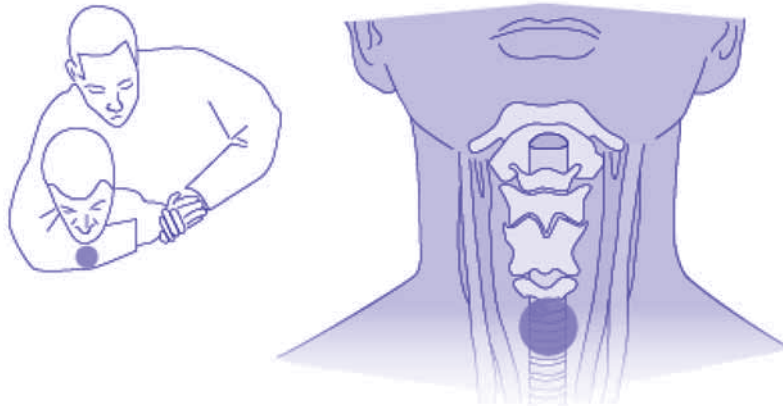
การถูกบีบค่อมักสัมพันธ์กับการหักของกระดูกบริเวณคอ (Larynx, hyoid bone, thyroid and cricoid cartilage)

นอกจากร่องรอยซึ่งเกิดจากนิ้วมือและเล็บดังกล่าวบริเวณลำคอแล้ว อาจพบบริเวณอื่นของร่างกาย เช่น ท่อนแขนหรือข้อมือได้เช่นกัน

4. การถูกล็อคคอ (Neck Hold)

ถูกระทำได้ 2 ลักษณะ คือ

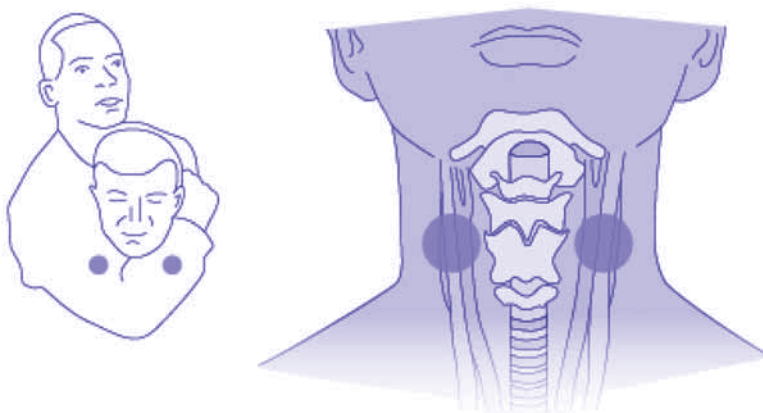
4.1 Choke hold เป็นลักษณะการล็อคคอ โดยผู้กระทำใช้ท่อนแขนล็อคด้านหน้าลำคอ จากด้านหลัง และใช้มืออีกข้างหนึ่งจับข้อมือข้างที่รัดลำคอและออกแรงมาทางด้านหลัง ทำให้ทางเดินหายใจถูกกด รวมถึงลิ้นถูกดันมาทางด้านหลังปิดทางเดินอากาศบริเวณคอหอย การถูกระทำลักษณะนี้มักทำให้เกิดการหักของกระดูกไทรอยด์และไครคอยด์ (Thyroid and cricoid)



ภาพที่ 12.6 Choke hold

(ที่มา: http://www.huffingtonpost.com/2014/12/05/nyc-police-chokeholds_n_6272000.html)

4.2 Carotid sleeper hold เป็นลักษณะการล็อคคอ โดยผู้กระทำใช้แรงส่วนท่อนแขนและต้นแขนล็อคเกิดแรงกดต่อหลอดเลือดบริเวณด้านข้างของลำคอทั้ง 2 ด้าน โดยตำแหน่งข้อศอกจะอยู่ด้านหน้าลำคอ ทำให้หลอดเลือด (Carotid artery) ถูกกด โดยทางเดินหายใจไม่ถูกแรงกระทำ เมื่อหลอดเลือดถูกกด ทำให้สมองขาดเลือด และสามารถหมดสติได้ใน 10 ถึง 15 วินาทีหลังจากถูกระทำ



ภาพที่ 12.7 Carotid sleeper hold

(ที่มา: http://www.huffingtonpost.com/2014/12/05/nyc-police-chokeholds_n_6272000.html)

5. การกดรัดคอจากการมีแรงจูงใจเพื่อความสุขทางเพศ (Autoerotic asphyxia)

ผู้เสียชีวิตมักเป็นเพศชาย โดยกระทำในลักษณะใดก็ได้ตามที่ทำให้สมองขาดเลือดในช่วงชั่วคราว (Transient hypoxia) เพื่อเพิ่มความสุขในขณะสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง เช่น ใช้เชือกหรือวัตถุใดๆ ผูกรอบลำคอ เมื่อหมดเลือดบริเวณคอ ถูกกดรัด 10 ถึง 15 วินาที ก็สามารถทำให้หมดสติ ซึ่งหากแรงกดดังกล่าวยังกระทำอยู่ก็สามารถนำไปสู่การเสียชีวิตได้



ภาพที่ 12.8 Autoerotic asphyxia

(ที่มา: <http://www.femdomocracy.com/female-domination/predicament-bondage>)

เอกสารอ้างอิง

- DiMaio, D., & DiMaio, V. J. (2001). Forensic pathology. (2nd ed.). CRC press.
- Saukko, P., & Knight, B. (2015). Knight's Forensic Pathology Fourth Edition. CRC press.
- DiMaio, V. J., & Dana, S. E. (2006). Handbook of forensic pathology. (2nd ed.). CRC Press.



Forensic Medicine

บทที่ 13

การชันสูตรพลิกศพที่เสียชีวิตจากการขาดอากาศ (Asphyxia)

นายแพทย์อนิรุต วรราช

“การขาดอากาศ” หมายถึง ภาวะที่ออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อของร่างกายไม่เพียงพอ การตายจากการขาดอากาศแบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้ 4 กลุ่ม ได้แก่

- 1) Suffocation
- 2) Strangulation
- 3) Chemical asphyxia
- 4) Drowning

ในบทนี้จะกล่าวถึงเฉพาะการตายจาก Suffocation เท่านั้น

Suffocation

Suffocation คือ การที่ออกซิเจนไม่สามารถเข้าสู่กระแสเลือดได้ ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มย่อยๆ ตามสาเหตุได้ 4 กลุ่ม ดังนี้

- Environmental suffocation
- Smothering
- Choking
- Mechanical asphyxia

1) Environmental suffocation

สาเหตุเกิดจากการที่มีออกซิเจนไม่เพียงพอในสภาพบรรยากาศขณะนั้นๆ ทำให้ร่างกายได้รับผลกระทบจากการขาดออกซิเจนที่ใช้ในการหายใจ โดยเฉพาะเซลล์สมองซึ่งมีความไวต่อการขาดออกซิเจน (ตารางที่ 13.1) การตายจากสาเหตุนี้มักพบในพื้นที่ปิดที่ไม่มีการระบายอากาศ และมีจุลินทรีย์อยู่ภายใน ทำให้มีการใช้ออกซิเจนอย่างต่อเนื่องพร้อมกับการปล่อยก๊าซอื่นออกมาแทน เช่น คาร์บอนไดออกไซด์ หรือไนโตรเจน เป็นต้น ยกตัวอย่างเช่น ในถ้ำ ในท่อระบายน้ำ ภายในโรงเลี้ยงสัตว์ หรืออาจเกิดจากการที่คนเข้าไปอยู่ในพื้นที่ปิดเป็นเวลานานและไม่มีการถ่ายเทอากาศ ออกซิเจนภายในพื้นที่นั้นจะลดลงจากการนำมาใช้ในการหายใจ และคนภายในจะปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เพิ่มขึ้นมาเรื่อยๆ เช่น กรณีเด็กเล็กติดอยู่ในตู้เย็น

จากการตรวจศพมักไม่พบลักษณะจำเพาะใดๆ การระบุสาเหตุการตาย ต้องใช้การตรวจสถานที่เกิดเหตุเป็นหลัก

2) Smothering

เกิดจากการอุดกั้นจมูกและปากทำให้ออกซิเจนไม่สามารถเข้าสู่ทางเดินหายใจภายในได้ พฤติการณ์การตาย
เป็นได้ทั้งการฆ่าตัวตาย ถูกผู้อื่นทำให้ตาย และอุบัติเหตุ แต่โดยส่วนมากมักจะพบในกรณีถูกผู้อื่นทำให้ตายมากกว่า

กรณีอุบัติเหตุ เช่น เด็กเล็กนอนคว่ำไปบนหมอนนุ่ม แล้วไม่สามารถพลิกศีรษะกลับมาได้ หรือผู้ใหญ่
ที่มีการหมดสติ ไม่รู้สึกตัว หรือได้รับยาหรือสารที่กดระบบประสาท แล้วยอนคว่ำลงบนหมอน ทำให้ใบหน้าถูกแนบ
กดไปกับหมอน

กรณีฆ่าตัวตาย ที่พบบ่อย คือการใช้ถุงพลาสติกคลุมศีรษะ (ตัวอย่างดังภาพที่ 13.1 ในภาคผนวก)

กรณีถูกผู้อื่นทำ เช่น ถูกอุดจมูกและปากด้วยหมอน หรือถูกปิดด้วยเทปกาว เป็นต้น

จากการตรวจศพมักไม่พบลักษณะจำเพาะที่สำคัญ ยกเว้นในกรณีที่ถูกผู้อื่นทำโดยผู้ตายเป็นผู้ใหญ่
และมีสติอยู่ขณะถูกทำร้าย อาจมีการต่อสู้ขัดขืน และทำให้ตรวจพบร่องรอยจากการต่อสู้เหล่านี้ได้ โดยอาจพบ
รอยฟกช้ำบริเวณจมูกและริมฝีปากจากการกดบีบบริเวณใบหน้า (ตัวอย่างดังภาพที่ 13.2 ในภาคผนวก)
หรือพบรอยข่วนและรอยเล็บจิกบริเวณรอบๆ ใบหน้า (ภาพที่ 13.3) จากการที่ผู้ตายพยายามใช้มือของตนเองแกะมือ
หรือวัตถุที่อุดจมูกและปากอยู่

ตารางที่ 13.1 ระดับออกซิเจนในบรรยากาศและผลกระทบต่อร่างกาย

Oxygen (%vol)	Effects and symptoms
23.5	Maximum “Safe level” OSHA
21	O ₂ level in air
19.5	Minimum permissible O ₂ level
15-19	First sign of hypoxia. Decreased ability to work strenuously. May induce early symptoms in persons with coronary, pulmonary or circulatory problems
12-14	Respiration increases with exertion, pulse up, impaired muscular coordination, perception and judgement
10-12	Respiration further increases in rate and depth, poor judgement, lips blue
8-10	Mental failure, fainting, unconsciousness, ashen face, blueness of lips, nausea, vomiting, inability to move freely
6-8	8 minutes – 100% fatal 6 minutes – 50% probably fatality rate
4-6	Coma in 40 seconds, convulsions, respiration ceases, death



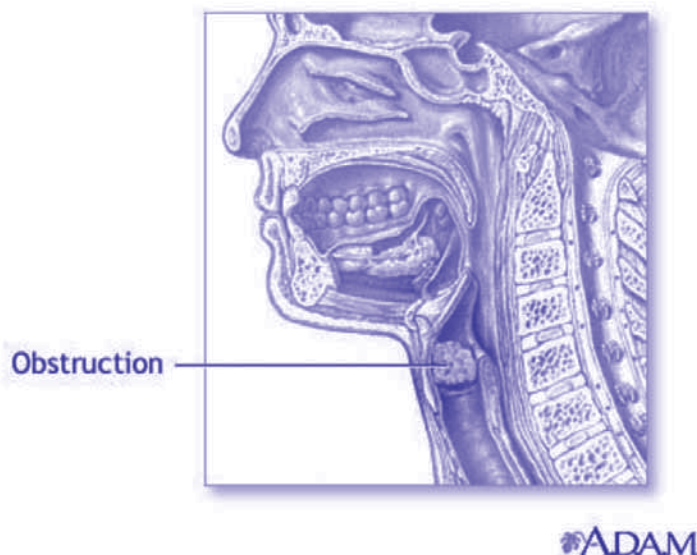
ภาพที่ 13.3 บาดแผลถลอกบริเวณแก้มลักษณะเป็นรอยเล็บจิก ในกรณี Homicidal smothering

(ที่มา: Death by Smothering Following Forced Quetiapine Administration in an Infant, by Burke M., Alamad S., and Opeskin K., 2004, American Journal of Forensic Medicine & Pathology, Vol.25 Issue 3, p.243-245.)

3) Choking

สาเหตุเกิดจากการอุดตันทางเดินหายใจภายใน (ภาพที่ 13.4) มักพบเป็นอุบัติเหตุ จากการถูกอุดกั้นจากอาหารหรือสิ่งแปลกปลอม ส่วนใหญ่ผู้ตายจะเป็นเด็กหรือคนชรา หากเป็นผู้ใหญ่มักเกี่ยวข้องกับการกินอาหารชิ้นใหญ่หรือกินด้วยรวดเร็ว หรือมีอาการเมาสุราหรือสารเสพติด

จากการตรวจศพมักไม่พบลักษณะจำเพาะใดๆ การระบุสาเหตุการตายต้องตรวจพิสูจน์โดยการผ่าชันสูตรศพภายใน หรือใช้ laryngoscope ส่องตรวจบริเวณทางเดินหายใจส่วนบน



ภาพที่ 13.4 Complete airway obstruction can occur when the larynx is obstructed by a foreign body such as an aspirated piece of food

(ที่มา: <http://www.lifespan.org/adam/graphics/images/en/12669.jpg>)

4) Mechanical asphyxia

Mechanical asphyxia เกิดจากการจำกัดการเคลื่อนไหวของทรวงอกหรือกะบังลม ทำให้การเข้าออกของลมผ่านทางเดินหายใจน้อยลง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

ก. **Traumatic asphyxia** สาเหตุเกิดจากการถูกกดทับบริเวณทรวงอกหรือช่องท้อง ทำให้ทรวงอกไม่สามารถขยายตัว หรือกะบังลมไม่สามารถหดและคลายตัวได้

ข. **Positional or Postural asphyxia** เป็นรูปแบบหนึ่งของ mechanical asphyxia เกิดจากการที่ผู้ตายติดอยู่ในท่าทางที่ไม่สามารถหายใจได้อย่างสะดวก เช่น อยู่ในท่าห้อยหัวลงเป็นเวลานาน (ภาพที่ 13.6)

จากการตรวจศพทั้ง traumatic asphyxia และ positional asphyxia จะพบใบหน้าและลำคอมีสีแดงถึงม่วงคล้ำจากการคั่งของเลือด มักพบจุดเลือดออกจำนวนมากที่เยื่อปอดและลำตัวช่วงบน (ตัวอย่างดังภาพที่ 13.5 ในภาคผนวก) อาจพบเลือดออกใต้เยื่อปอดได้

พฤติการณ์การตายของ Mechanical asphyxia มักเป็นอุบัติเหตุ เช่น อุบัติเหตุรถคว่ำแล้วถูกรถทับ ตีกล่อม เป็นต้น



ภาพที่ 13.6 Positional asphyxia (From Forensic pathology of trauma: Common problems for the pathologist (p.140), by Michael J. Shkrum and David A. Ramsay, 2007, New Jersey: Humana Press.

เอกสารอ้างอิง

DiMaio, D., & DiMaio, V. J. (2001). Forensic pathology. (2nd ed.). Florida: CRC press.

Saukko, P. (2004). Knight b. Knight's forensic pathology. (3rd ed.). London: Arnold.

บทที่ 14

การบาดเจ็บจากของแข็งมีคม/ไม่มีคม

นายแพทย์ประณิธาน รัตนสาส์

บาดแผลจากวัตถุไม่มีคม

แบ่งออกเป็นสามชนิด ได้แก่ บาดแผลฟกช้ำ (contusions หรือ bruises) บาดแผลถลอก (abrasions) และบาดแผลฉีกขาดขอบไม่เรียบ (lacerations)

1) บาดแผลฟกช้ำ (contusions หรือ bruises)

เกิดจากการกระทบกับวัตถุแข็งไม่มีคม ทำให้เกิดการฉีกขาดของหลอดเลือดขนาดเล็กในใต้ผิวหนัง (subcutaneous) หรือภายในผิวหนัง (intradermal) และมีเม็ดเลือดแทรกเข้าไปในเนื้อเยื่อบริเวณนั้น โดยที่ผิวหนัง (skin) ไม่มีการฉีกขาด บาดแผลฟกช้ำมักมีรูปร่างกลมหรือรี สีเขียวหรือม่วงขึ้นอยู่กับระดับความลึกของการบาดเจ็บ ถ้าการบาดเจ็บอยู่ในชั้นใต้ผิวหนัง ขอบของแผลจะไม่ชัดและไม่สามารถบอกรูปร่างหรือขนาดของวัตถุที่ทำให้เกิดบาดแผลได้ แต่ถ้าการบาดเจ็บอยู่ในชั้นผิวหนัง ขอบของแผลจะชัดเจน รูปร่าง และขนาดของแผลจะคล้ายและใกล้เคียงกับรูปร่างและขนาดของวัตถุที่ทำให้เกิดบาดแผลนั้น ตัวอย่างดังภาพที่ 14.3 ในภาคผนวก

การประเมินอายุของบาดแผลฟกช้ำ ให้ประเมินจากสีของบาดแผลที่เปลี่ยนไป สีของการช้ำในระยะแรกจะปรากฏเป็นสีน้ำเงินเข้ม แดงคล้ำ หรือม่วง เมื่อเม็ดเลือดเริ่มสลายตัวสีจะค่อยเปลี่ยนเป็นม่วงอ่อน เขียว เหลืองคล้ำ เหลืองอ่อน แล้วจึงสลายไปเป็นสีผิวหนังปกติ แต่ระยะเวลาในการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ ผันแปรตามความรุนแรงของการช้ำ จนไม่สามารถประมาณเวลาได้ บอกได้แต่เพียงว่าเป็นแผลช้ำเก่า (สีเหลือง) หรือแผล ช้ำใหม่ (สีม่วง) เท่านั้น ตัวอย่างดังภาพที่ 14.1 และ 14.2 ในภาคผนวก

2) บาดแผลถลอก (abrasions)

เป็นแผลที่เกิดกับผิวหนังชั้นนอก ทำให้ผิวหนังชั้นนอกถูกทำลายหรือมีการลอกหลุดของผิวหนังออกไป เกิดจากการถูครูดหรือกระทบกับวัตถุแข็งที่ไม่มีคม บาดแผลถลอกมีอยู่ 3 ชนิด คือ บาดแผลถลอกขีดข่วน (scratches), บาดแผลถลอกถูครูดหรือเสียดสี (grazes) และบาดแผลถลอกจากการกดกระแทก (imprint abrasions) บาดแผลถลอกขีดข่วนเกิดจากการที่ผิวหนังถูครูดกับวัตถุไม่มีคมปลายแหลมหรือเล็ก ทำให้บาดแผลที่เกิดขึ้นมีรูปร่างเป็นเส้นขนาดเล็ก บาดแผลถลอกถูครูดเกิดจากการถูครูดกับวัตถุไม่มีคมที่มีพื้นผิวหยาบ ทำให้เกิดบาดแผลถลอกที่มีลักษณะเป็นแถบกว้างขึ้น ส่วนบาดแผลถลอกจากการกดกระแทกนั้น เกิดจากการกดกระแทกเข้ากับวัตถุแข็งไม่มีคมทำให้บางส่วนของผิวหนังถูกบดติดไปที่ผิวของวัตถุด้วย ซึ่งอาจทำให้บาดแผลมีรูปร่างและขนาดเหมือนกันกับวัตถุที่ทำให้เกิดบาดแผลนั้นได้ หากแผลถลอกนั้นเป็นแผลเฉพาะที่ผิวหนังชั้นนอกแผลจะหายในเวลาประมาณหนึ่งสัปดาห์ถ้าไม่มีการติดเชื้อ

บางครั้งลักษณะของผิวหนังชั้นนอกตรงส่วนปลายของบาดแผลถลอกถูครูด (grazes) จะมีลักษณะยกขึ้น ซึ่งทำให้บอกทิศทางของการครูดได้ แต่ในทางปฏิบัติบ่อยครั้งที่ไม่พบลักษณะนี้ ตัวอย่างดังภาพที่ 14.4 -14.8 ในภาคผนวก

3) บาดแผลฉีกขาดขอบไม่เรียบ (lacerations)

เกิดจากการบดขยี้ระหว่างผิวหนังกับวัตถุไม่มีคมอย่างแรง จนกระทั่งมีการฉีกขาดของผิวหนังเกิดขึ้น ด้วยเหตุที่บาดแผลนี้เกิดจากการบดขยี้ ชั้นไขมันใต้ผิวหนังซึ่งมีแรงต้านทานน้อย จึงถูกบดจนกลายเป็นของเหลว ในขณะที่เนื้อเยื่อที่มีความเหนียว กล่าวคือ blood vessels, nerves และ connective tissue ไม่ฉีกขาด เห็นเป็นเส้นเชื่อมอยู่ที่กันแผลระหว่างขอบของแผลแต่ละด้าน ที่ผิวหนังบริเวณขอบของ laceration ส่วนใหญ่ มีรอยถลอก และ/หรือฟกช้ำ ยกเว้นบางแผลที่อยู่ที่หนังศีรษะ คิ้ว และคาง บาดแผล laceration ในบริเวณดังกล่าว อาจมีขอบค่อนข้างเรียบและมองด้วยตาเปล่าไม่เห็นรอยถลอกหรือฟกช้ำเลย เป็นเหตุให้แพทย์อาจวินิจฉัย ชนิดของบาดแผล ผิดพลาดได้ ดังนั้น ในการวินิจฉัยบาดแผล laceration จึงต้องดูที่ bridging tissue เป็นหลัก ตัวอย่างดังภาพที่ 14.9 ในภาคผนวก

แผลฉีกขาดเนื้อหลุด (Avulsion) เป็นการฉีกขาดจากของแข็งไม่มีคม ที่เกิดจากการที่ของแข็งบดขยี้เนื้อเยื่อ ทิศทางที่เฉียงต่อร่างกายทำให้เนื้อส่วนที่ถูกขยี้หลุดออกจากร่างกาย โดยอาจจะเหลือเนื้อติดกับร่างกายบางส่วน หรือหลุดขาดออกไปเลยก็ได้ ถ้าผิวหนังส่วนนั้นยึดได้มากอาจจะมีการหลุดของเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง โดยที่หนังภายนอกไม่ขาด เกิดเป็นโพรงอยู่ภายใน และมีเลือดออกมาเต็มโพรงนั้นก็มี ตัวอย่างดังภาพที่ 14.10 ในภาคผนวก

การบาดเจ็บภายในจากของแข็งไม่มีคม

การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นที่สำคัญและพบได้บ่อยสามารถแบ่งตามตำแหน่งต่างๆ ของร่างกาย คือ

1. บาดเจ็บที่ศีรษะ
2. บาดเจ็บต่อไขสันหลัง
3. บาดเจ็บบริเวณทรวงอก
4. บาดเจ็บบริเวณท้อง
5. บาดเจ็บต่อกล้ามเนื้อและกระดูก

บาดเจ็บที่ศีรษะ

ศีรษะเป็นส่วนที่ได้รับบาดเจ็บและเป็นสาเหตุที่ทำให้ตายได้บ่อย ในกรณีของ blunt force injuries อันเนื่องมาจากการทำร้ายร่างกายหรือจากอุบัติเหตุจราจร สาเหตุเนื่องมาจากการทำร้ายร่างกาย ศีรษะมักจะเป็นเป้าของการถูกตี เพราะเป็นที่ทราบกันทั่วไปว่าเป็นตำแหน่งที่มีอวัยวะสำคัญอยู่ภายใน ส่วนในกรณีที่เกิดอุบัติเหตุ ศีรษะมักจะเป็นส่วนที่ไปกระแทกกับพื้น นอกจากนั้นแล้ว สมองและศีรษะจะได้รับอันตรายได้ง่ายถึงแม้เกิดจากแรงกระทำที่ไม่มากนัก ซึ่งถ้าเป็นอวัยวะส่วนอื่นจะไม่เป็นอันตรายมาก

บาดเจ็บต่อไขสันหลัง

อันตรายที่เกิดขึ้นกับกระดูกสันหลัง โดยเฉพาะบริเวณกระดูกคอเกิดได้จากการกด (compression), การก้มค้อมากเกินไป (hyper-flexion) หรือหงายค้อมากเกินไป (hyper-extension)

1. **Compression damage** เกิดขึ้นได้กรณีที่สูงแล้วขากระแทกลงพื้น หรือศีรษะกระแทกลงพื้น ทำให้แรงกระทำลงบนกระดูกสันหลัง กระดูกสันหลังส่วนคออาจไปกระแทกกับฐานกะโหลก เกิดเป็นลักษณะของ

ring fracture of foramen magnum อาจพบกระดูกสันหลังส่วนเอวแตกยุบตัวก็ได้

2. hyperflexion and hyperextension injury เมื่อเปรียบเทียบระหว่าง 2 ภาวะนี้แล้ว hyperextension จะทำให้เกิดอันตรายต่อไขสันหลังได้มากกว่า hyperflexion ทั้งนี้ อาจจะเป็นเพราะว่า กล้ามเนื้อคอส่วนหลัง มีความแข็งแรงพอที่จะป้องกันไม่ให้เกิดการก้มไปข้างหน้ามากเกินไป ขณะที่กล้ามเนื้อ และเอ็นส่วนหน้าของคอ ไม่แข็งแรงพอที่จะต้านการหงายคอได้ จึงเกิด hyperextension ได้มาก ในอุบัติเหตุ จราจรมักจะพบ ทั้ง hyperflexion และ hyperextension ร่วมกันของกระดูกสันหลัง ซึ่งมักจะเป็นอันตราย ต่อกระดูกสันหลังส่วนคอมากกว่าส่วนอื่นๆ พยาธิสภาพอาจพบเลือดออกในกล้ามเนื้อรอบๆ กระดูกสันหลัง เอ็นกล้ามเนื้อฉีกขาด มีการฉีกขาดของหมอนรองกระดูกสันหลัง อาจเกิดกระดูกสันหลังเคลื่อนหรือหัก ซึ่งจะมีผล ทำให้ไขสันหลังถูกกด ขาดเลือด หรือเลือดออก

กระดูกสันหลังส่วนคอท่อนที่มีโอกาสได้รับบาดเจ็บจาก blunt trauma โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากอุบัติเหตุ จราจรมากที่สุด คือท่อนที่ 1-2 ในการศึกษาพบว่า 35% ของผู้โดยสารและ 30% ของผู้ขับขี่ที่ประสบอุบัติเหตุจราจร ถึงแก่ความตาย มีการบาดเจ็บที่กระดูกสันหลังส่วนคอร่วมด้วย

3. spinal cord injury การบาดเจ็บส่วนใหญ่จะเกิดจากการที่กระดูกสันหลังที่แข็งแรงเข้าไปในช่องไขสันหลัง อาจพบว่ามีเลือดออกนอกเยื่อหุ้มดورا หรือในเยื่อหุ้มดอรารอบๆ ไขสันหลัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งไขสันหลังส่วนคอ การบาดเจ็บนี้อาจเป็นสาเหตุให้เสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว เนื่องจากเป็นส่วนที่มีผลต่อการควบคุมการหายใจ ทำให้หยุดหายใจทันที

บาดเจ็บบริเวณทรวงอก

การบาดเจ็บต่อช่องอกที่เกิดจากการกระทบกับวัตถุแข็งไม่มีคมพบได้หลายชนิด เช่น hemothorax, pneumothorax, กระดูกซี่โครงหัก, ปอดฉีกขาด กรณีที่รุนแรงอาจทำให้ aorta ฉีกขาด, หัวใจฉีกขาดหรือแตก บางกรณีอาจพบว่าเส้นเลือดเลี้ยงหัวใจฉีกขาด หรือกล้ามเนื้อหัวใจทะลุเป็นรูเล็กๆ ทำให้เลือดออกมาอยู่ในถุงเยื่อหุ้ม หัวใจ ซึ่งถ้าปริมาณมากพอ คือประมาณ 200-500 มล. จะทำให้หัวใจทำงานไม่ได้ เกิดภาวะ cardiac tamponade เป็นเหตุตายได้

บาดเจ็บบริเวณท้อง

โดยมากมักเกิดจากการได้รับอุบัติเหตุจราจร หรือถูกทำร้ายร่างกาย อวัยวะภายในช่องท้อง ได้แก่ ตับ, ม้าม และลำไส้ จะได้รับบาดเจ็บได้บ่อยๆ และทำให้เกิดการตกเลือดภายในช่องท้อง (hemoperitoneum) ส่วนการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับไต หรือเส้นเลือดนอกเยื่อช่องท้อง ก็จะทำให้เกิด retroperitoneal hemorrhage ได้เช่นกัน

บาดเจ็บต่อกล้ามเนื้อและกระดูก

blunt force injuries ทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อกล้ามเนื้อและกระดูกได้บ่อย พบกระดูกแตกหักได้ ทั้งในลักษณะของ closed fracture และ open fracture ในกรณีของอุบัติเหตุจราจร การหักของกระดูกยาว อาจช่วยบอกทิศทางของแรงที่กระทำได้ เช่น ถ้ากระดูกแตกหักเป็นรูปลิ้ม ด้านมุมยอดของรูปลิ้มจะเป็นทิศทางเดียว

กับแรงที่กระทำ ข้อสังเกตในข้อนี้อาจช่วยในการประมวลเหตุการณ์การเกิดอุบัติเหตุจราจร ว่าผู้เดินถนนถูกรถชน จากด้านหน้าหรือด้านหลัง เป็นต้น

บาดแผลจากวัตถุแข็งมีคม

บาดแผลจากของมีคมหรือบาดแผลฉีกขาดขอบเรียบ (incised wound) เป็นบาดแผลที่เกิดจากการที่มีวัตถุมีคมลากผ่านไปบนผิวหนัง บาดแผลที่เกิดขึ้นจะมีขอบเรียบ ไม่มีรอยชำหรือถลอกที่ขอบเกิดจากวัตถุมีคมหรือวัตถุปลายแหลม บาดแผลจากของมีคมนี้มักมีลักษณะขอบแผลเรียบ ไม่มีบาดแผลถลอกฟกช้ำรอบๆ ขอบแผล ไม่มีเนื้อเยื่อ tissue bridges ที่กั้นแผล

บาดแผลจากของมีคมแบ่งเป็น 2 ประเภท ตามความลึกของบาดแผล

1. บาดแผลถูกฟัน/เฉือน (cut, slash) เป็นบาดแผลที่มีความยาวของบาดแผลมากกว่าความลึก
2. บาดแผลถูกแทง (stab wound) เป็นบาดแผลที่มีความลึกของบาดแผลมากกว่าความยาว
3. บาดแผลถูกฟัน (chop wounds) เป็นแผลจากของแข็งมีคมที่มีความหนัก

1. บาดแผลถูกฟัน

บาดแผลจากการถูกฟันหรือเฉือนนั้น มักจะมีความลึกในส่วนเริ่มต้นของบาดแผลและตื้นขึ้นมา และเมื่อบาดแผลสิ้นสุดอาจพบได้ทั้งบาดแผลที่ลึกลงไปอีกครั้งหรือไม่ก็ได้ ในกรณีที่ส่วนปลายของบาดแผลไม่ได้ถูกแรงกดลง ทำให้ลึกขึ้นนั้น บาดแผลส่วนปลายจะตื้นขึ้น จนจางหายไปเป็นแนวยาวเรียกว่า superficial tail



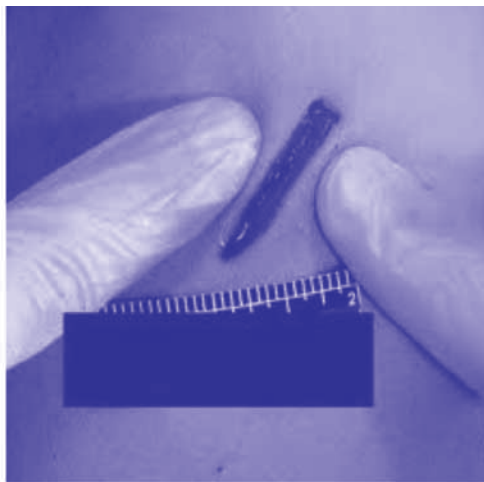
ภาพที่ 14.11 แสดงบาดแผลถูกฟัน/เฉือน (cut, slash)

บาดแผลส่วนปลายจะตื้นขึ้นจนจางหายไปเป็นแนวยาวเรียกว่า superficial tail

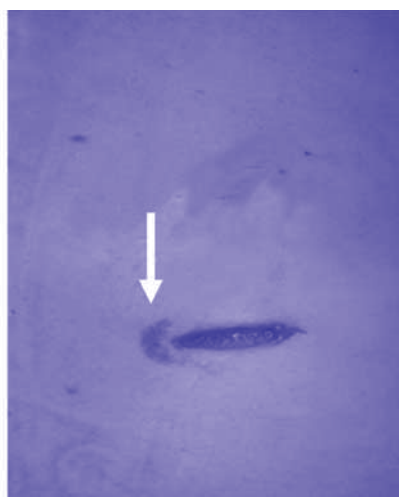
2. บาดแผลถูกแทง

การบรรยายบาดแผลถูกแทง ให้บรรยาย ความกว้าง ความยาว และความลึกของบาดแผล เนื่องจากอาจนำมาใช้บ่งชี้อาวุธที่ทำร้ายได้ การวัดขนาดบาดแผลให้นำบาดแผลที่อำ้าออกมาประสานขีดกัน (approximate) เพื่อให้ได้ค่าความยาวบาดแผลที่ใกล้เคียงกับความกว้างของใบมีดอาวุธที่ใช้มากที่สุด

ความกว้างของบาดแผลถูกแทงสามารถนำมาประเมินเพื่อหาอาวุธที่ทำร้ายได้ เนื่องจากความกว้างของบาดแผลถูกแทง จะมีขนาดใกล้เคียงกับความหนาของใบมีดของอาวุธนั้น โดยเฉพาะบาดแผลจากอาวุธมีคม ด้านเดียวจะทำให้บาดแผลด้านหนึ่งจากด้านมีคม ทำให้ผิวหนังเกิดเป็นมุมแหลม (sharp end) และบาดแผลอีกด้านหนึ่งซึ่งเกิดจากด้านไม่มีคมผิวหนัง จะมีลักษณะเป็นเส้นตรงมุมฉาก (square end) ซึ่งจะมีความยาวเท่าหรือใกล้เคียงกับความหนาของใบมีด



ภาพที่ 14.12 แสดงการวัดความยาวของบาดแผลถูกแทงให้นำบาดแผลที่อำ้าออกมาประสานขีดกัน (approximate)



ภาพที่ 14.13 แสดงกรณีที่พบบาดแผลถลอกพกข้าจากสันมีดหรือด้ามมีด (hilt or guard mark) (ลูกศรสีขาว) บนบาดแผล อาจจะช่วยประเมินได้ว่าการแทงจนสุดด้ามมีด ความลึกของบาดแผลน่าจะใกล้เคียงกับความยาวใบมีด

3) บาดแผลถูกฟันหรือสับ

เป็นบาดแผลจากของแข็งมีคมที่หนัก เช่น ขวาน มีดพร้า จึงมักจะพบร่องรอยที่กระดูกด้วย บาดแผลจะมีลักษณะร่วมกันของบาดแผลจากวัตถุมีคมกับแผลฉีกขาดจากวัตถุแข็งไม่มีคม คือ ขอบบาดแผลค่อนข้างเรียบ อาจจะมีบาดแผลซ้ำหรือถลอกที่ขอบบาดแผล แต่ไม่มี bridging tissue และไม่มีโพรงแผล



ภาพที่ 14.14 แสดงบาดแผลถูกฟันหรือสับ

เอกสารอ้างอิง

- กานดา วิชัยรัตน์. (2552). บาดแผลจากวัตถุไม่มีคม บาดแผลจากวัตถุมีคมและบาดแผลจากวัตถุปลายแหลม. ใน คณาจารย์ภาควิชานิติเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (บรรณาธิการ). *นิติเวชศาสตร์และนิติเวชศาสตร์ปฏิบัติ*. (น.55-70). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- DiMaio, D., & DiMaio, V. J. (2001). *Forensic pathology* Second edition. Florida: CRC press, 3-4.
- Saukko, P. (2004). Knight b. *Knight's forensic pathology* Third edition. London: Arnold, 1-135.

บทที่ 15

การเสียชีวิตในน้ำ

นายแพทย์ธัญญศักดิ์ เอกเวชวิช

ศพที่พบในน้ำ ไม่ได้หมายความว่าศพนั้นจะเสียชีวิตจากการจมน้ำ ศพนั้นอาจเสียชีวิตจากสาเหตุอื่นๆ ได้ โดยแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ 1.เสียชีวิตก่อนอยู่ในน้ำ 2.เสียชีวิตขณะอยู่ในน้ำ การชันสูตรพลิกศพ การตรวจทางพยาธิวิทยา และการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างละเอียด จะช่วยบอกได้ว่าศพนั้นเสียชีวิตก่อนหรือหลังจมน้ำ ในปัจจุบันยังไม่มีสิ่งตรวจพบใดๆ ที่จะยืนยันได้ว่าเป็นการเสียชีวิตจากการจมน้ำ การวินิจฉัยว่าจมน้ำตาย ทำโดยการตัดเอาสาเหตุอื่นๆ ที่เป็นไปได้ออก

คำจำกัดความ

จมน้ำ (drowning) คือการที่ปากและจมูกอยู่ในน้ำ และหายใจเอาน้ำเข้าไปในปอด ไม่สามารถแก้ไขให้ฟื้นขึ้นมาได้ อาจเสียชีวิตตั้งแต่อยู่ในน้ำหรือเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง หลังช่วยขึ้นมาจากน้ำ

กลไกการเสียชีวิต (Mechanism of death)

ผู้ที่เสียชีวิตจากการจมน้ำอาจเสียชีวิตได้จากกลไกต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. Asphyxia จากการจมน้ำพร้อมกับเกิดภาวะ metabolic acidosis น้ำที่อยู่ใน alveoli จะทำให้เกิดการอักเสบของ alveolar epithelium ทำให้ลดความตึงตัวที่ผนังถุงลมทำให้เกิด atelectasis และเกิด pulmonary edema แม้ว่าในบางกรณีจะไม่ได้สำลักเอาน้ำเข้าปอด (dry drowning จาก laryngeal spasm) ก็มีผลทำให้เกิด pulmonary edema ได้

2. Electrolyte imbalance เดิมเชื่อว่าเกิดจากการที่สำลักน้ำเข้าปอดแล้วมีการดูดซึมเอาน้ำจืด ซึ่งเป็น hypotonic solution เข้าสู่กระแสเลือด ส่วนกรณีสำลักเอาน้ำทะเลซึ่งเป็น hypertonic solution เข้าไป น้ำจากกระแสเลือดจะซึมเข้าใน alveoli แทน แต่จากการพิจารณาความสัมพันธ์ทางคลินิก ร่วมกับผลการทดลองในสัตว์ พบว่าในกลุ่ม near drowning ส่วนมากจะสำลักน้ำเข้าปอดไม่มาก ดังนั้นจะไม่พบผลเปลี่ยนแปลงทาง electrolyte ในร่างกายหรือพบน้อยมากไม่ว่าจะน้ำจืดหรือน้ำเค็ม

ได้มีการศึกษาพบว่าค่า electrolyte จะเปลี่ยนก็ต่อเมื่อสำลักน้ำเข้าปอดเกิน 22 mL/Kg โดย electrolyte ที่เปลี่ยนแปลงคือ ถ้าสำลักน้ำจืดจะเกิด hemodilution และเกิด hemolysis ทำให้เกิดภาวะ hyperkalemia ผู้ป่วยจะเกิดภาวะ cardiac arrhythmia และ cardiac arrest ตามมา นอกจากนี้อาจเกิด hemoglobinemia, hemoglobinuria และเกิด renal failure ตามมา ส่วนกรณีสำลักน้ำเค็มจะเกิด hemoconcentration โดย electrolyte ต่างๆ จะสูงขึ้น โดยเฉพาะการเพิ่มขึ้นของธาตุแมกนีเซียม

3. Vagal reflex พบได้ในกรณีที่จมน้ำร้อนจัดหรือเย็นจัด ทำให้เกิด laryngeal spasm จึงตรวจไม่พบน้ำในปอด (dry lung) พบลักษณะ cerebral hypoxia หรือร่วมกับมีผลทำให้หัวใจเต้นเร็ว แบบ fibrillation และหยุดเต้นในที่สุด

4. สาเหตุอื่นๆ อาจจะมีการเปลี่ยนแปลงอื่นๆ ได้ เช่น เกิด coagulation disorder, acute renal failure, การติดเชื้ของปอด และการบาดเจ็บอื่นๆ ร่วมด้วยขณะจมน้ำ

ปัญหาทางนิติเวชศาสตร์เมื่อพบศพในน้ำ

1. การตรวจพิสูจน์เอกลักษณ์บุคคล เช่น กรณีศพเน่า หรือถูกสัตว์น้ำแทะจนจำรูปหน้าไม่ได้
2. สาเหตุและพฤติการณ์การตาย อาจเป็นกรณีใดกรณีหนึ่งดังต่อไปนี้
 - เหตุฆาตกรรมเพื่ออำพรางคดี เช่น ถูกฆ่าตายแล้วทิ้งน้ำ, วางยาสลบแล้วทิ้งน้ำ
 - เหตุฆัตกรรมฆาตกรรมก่อนตกไปในน้ำเช่น อุบัติเหตุจากรถกระเด็นตกน้ำ
 - ได้รับบาดเจ็บขณะอยู่ในน้ำ เช่น ศีรษะกระแทกหินใต้น้ำ, ถูกเรือชน
 - ตายโดยโรคธรรมชาติก่อนแล้วตกไปในน้ำ เช่น กล้ามเนื้อหัวใจตายขาดเลือด, โรคหลอดเลือดสมอง
 - ตายโดยโรคธรรมชาติขณะอยู่ในน้ำ เช่น กล้ามเนื้อหัวใจตายขาดเลือด, ลมชัก
 - ตายจากสัมผัสน้ำเย็นหรืออุณหภูมิต่ำ (hypothermia)
 - จมน้ำตาย
3. การประเมินระยะเวลาที่เสียชีวิต
4. ประเด็นที่ต้องพิสูจน์ว่าเสียชีวิตก่อนจมน้ำหรือจากการจมน้ำ เช่น ประกันชีวิต หรือพบบาดแผลรุนแรงถึงชีวิต
5. การบาดเจ็บหรือลักษณะที่พบจากศพนั้นเกิดขึ้นก่อนเสียชีวิตหรือหลังเสียชีวิต

ลักษณะภายนอกที่อาจตรวจพบ (external findings)

1. *ผมหรือลำตัวเปียกและเย็น
2. *ผิวหนังบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้าเหี่ยวย่น ซีดขาว หรือหลุดลอกออก (washer woman's skin)
3. *ขนลุก หรือผิวหนังคล้ายหนังห่าน (goose skin หรือ cutis anserina)
4. ฟองอากาศป่นน้ำและเลือดไหลออกทางปากหรือรูจมูก สีขาวหรือแดงจางๆ (fine pink frothy) เกิดจากการผสมของน้ำ อากาศ และเมือกในทางเดินหายใจซึ่งเป็นลักษณะของปอดบวมน้ำ
5. เศษดินโคลนหรือเศษพืชในช่องปาก รูจมูก
6. เศษดินโคลนหรือเศษพืชในกำมือซึ่งกำแน่น (clenched hand) ซึ่งเป็นลักษณะของการแข็งตัวเฉียบพลันของกล้ามเนื้อหลังตาย (cadaveric spasm) ที่เกิดจากการดิ้นรนก่อนตาย
7. ลักษณะทั่วไปของการตายจากขาดอากาศ (classical asphyxial signs)
8. อาจไม่พบการตกสู่เบื้องต่ำของเลือดหลังตาย (livor mortis) หรือตรวจได้ไม่ชัดเจนเนื่องจากศพเปลี่ยนท่าไปมาจากกระแสน้ำ

*หมายเหตุ: ข้อ 1-3 พบได้ในคนทั่วไปที่แช่อยู่ในน้ำ ไม่ว่าจะเสียชีวิตมาก่อนแล้วถูกโยนศพลงในน้ำ หรือจมน้ำตาย

ลักษณะภายในที่อาจตรวจพบ (autopsy findings)

1. Fine froth ใน upper and lower airway และบริเวณ cut surface ของปอด
2. Lung ballooning เกิดการที่หายใจเอาน้ำเข้าไปในปอด น้ำดันเข้าไปถึงใน alveoli ทำให้ปอดขยายขึ้น เต็มภายในช่องทรวงอก
3. Foreign body อาจจะมีเศษโคลน ดิน ทราช ฯลฯ ในทางเดินหายใจส่วนที่ต่ำกว่า secondary bronchi ลงไป อย่างไรก็ตาม ในกรณีของทราชเม็ดละเอียดๆ นั้นอาจจะพบได้ในกรณีที่จมอยู่ใต้น้ำลึกๆ แม้ว่าจะศพนั้น จะเสียชีวิตก่อนแล้วจึงถูกโยนลงไปใต้น้ำ
4. Pulmonary congestion and edema โดยพบว่า cut surface ของปอด จะพบว่ามีเลือด และ frothy fluid ออกมาจำนวนมาก
5. Drowning water in stomach and duodenum เกิดจาก active swallowing movements ขณะจมน้ำ แสดงว่าขณะจมน้ำผู้ตายมีชีวิตรอดอยู่ แต่ในกรณีที่ผู้ตายตม่น้ำมาก่อนตาย ก็อาจจะตรวจพบลักษณะคล้ายกัน จึงอาจต้องมีการตรวจพิสูจน์ว่าเป็นน้ำจากแหล่งน้ำที่จมนั้นจริงๆ

ข้อมูลที่ควรสืบค้นเมื่อพบศพ

1. หลักฐานที่ระบุชื่อและรูปพรรณผู้เสียชีวิต เช่น บัตรประจำตัวประชาชน
2. มีการเคลื่อนย้ายหรือกระทำการใดๆ กับศพบ้างหลังจากมีการพบศพ เช่น จมศพจากตำแหน่งไหน กู้ชีพหรือไม่
3. วัน เวลา สถานที่ กิจกรรมครั้งสุดท้ายที่พบขณะมีชีวิต
4. ผู้เสียชีวิตว่ายน้ำเป็นหรือไม่
5. ความลึกของแหล่งน้ำที่พบศพ

ประเด็นที่ควรส่งศพตรวจเพิ่มเติม

1. มีข้อสงสัยในสาเหตุหรือพฤติการณ์การตาย หรือพบบาดแผลที่ไม่แน่ชัดว่าเกิดจากถูกทำร้ายหรือไม่
2. เพื่อตรวจหาปริมาณแอลกอฮอล์ สารพิษหรือสารเสพติดอื่นๆ ในร่างกาย
3. เพื่อพิสูจน์เอกลักษณ์บุคคล กรณีที่ไม่สามารถระบุชื่อผู้เสียชีวิตได้
4. อื่นๆ เช่น ประกันชีวิต

เอกสารอ้างอิง

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์.(2524). คู่มือการชันสูตรพลิกศพ. กรุงเทพมหานคร: โครงการตำราศิริราช คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมศักดิ์ วงษ์ไวยเวช. (2552). การเสียชีวิตในน้ำ. ใน คณาจารย์ภาควิชานิติเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (บรรณาธิการ). นิติเวชศาสตร์และนิติเวชศาสตร์ปฏิบัติ. (น.162-164).
เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

Knight, B., Knight, B., & Simpson, K. (1997). Simpson's forensic medicine. (11th ed.) London: Arnold.

Spitz W.U. (1993) Blunt force injury. In Spitz W.U, editor. Spitz and Fisher's medicolegal
investigation of death (3rd ed.). Illinois: Charles C Thomas Publisher.

บทที่ 16

การเสียชีวิตจากกระแสไฟฟ้า (Electrocution)

นายแพทย์พญพงศ์ มกรเสน

นายแพทย์สฤติ ลากระจ่าง

การเสียชีวิตจากกระแสไฟฟ้ามีความสำคัญเนื่องจากถือเป็นการตายผิดธรรมชาติ ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุ แต่ก็มีส่วนน้อยที่เกิดจากการฆ่าตัวตาย หรือบุคคลอื่นทำให้ตายได้ ซึ่งเป็นการตายที่ต้องทำการชันสูตรพลิกศพ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปจึงควรมีความรู้เกี่ยวกับการตายจากกระแสไฟฟ้าเบื้องต้น

กฎของโอห์ม

อันตรายของกระแสไฟฟ้าขึ้นกับปัจจัยดังต่อไปนี้

1. **ปริมาณกระแสไฟฟ้า** current: I (mA) เป็นตัวแปรที่มีความสำคัญที่สุดในการทำให้เกิดอันตราย ต่อร่างกาย โดยปริมาณกระแสไฟฟ้า

15 mA ทำให้กล้ามเนื้อหดตัวอย่างแรง ไม่สามารถคลายออกได้เอง (Hold - on effect) ซึ่งทำให้สัมผัส ไฟฟ้านานขึ้นและตายในที่สุด

50 mA ทำให้เกิด contraction ของกล้ามเนื้อทุกมัด เกิด respiratory paralysis

75-100 mA ทำให้เกิด ventricular fibrillation ได้

2. **ความต้านทาน** resistant: R (ohm) คือความต้านทานของเนื้อเยื่อต่างๆ จากการไหลของกระแสไฟฟ้า ผิวหนังหนามีความต้านทานสูงกว่าบาง และได้รับความรุนแรงของแผลมากกว่า แต่ถ้าเปียกชื้นจะนำไฟฟ้าได้ดีขึ้นมาก โดยความต้านทานใน กระดุก > กล้ามเนื้อ > เส้นประสาท

3. **ความต่างศักย์** voltage: V (volt) ไฟฟ้าบ้านในประเทศไทยมีค่า 220 Volt เหมือนยุโรป (ส่วนอเมริกา ญี่ปุ่น ใช้ 110 volt) ไฟฟ้าที่มีความต่างศักย์ต่ำกว่า 100 V. มักไม่ทำให้ตาย

โดย ปริมาณกระแสไฟฟ้า (I) = ความต่างศักย์ (V) / ความต้านทาน (R)

ปริมาณกระแสไฟฟ้าเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่มีผลต่อการเสียชีวิตจากกระแสไฟฟ้า ซึ่งตามกฎของโอห์มนั้น ปริมาณกระแสไฟฟ้านั้นแปรผันตรงกับความต่างศักย์ และแปรผกผันกับความต้านทาน

ชนิดของกระแสไฟฟ้า

1. Direct current(DC)

2. Alternating current(AC)

ไฟฟ้าชนิด AC ที่มีกระแสไฟ >10 mA ขึ้นไปจะทำให้เกิด hold on effect คือ มีการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ ที่กระแสไฟฟ้าวิ่งผ่าน ทำให้กระแสไฟฟ้าอยู่ในร่างกายนานขึ้น จึงอันตรายกว่าไฟฟ้าชนิด DC ถึง 4-6 เท่า

กระแสไฟฟ้าจะวิ่งจากที่ที่มีความต่างศักย์สูงไปสู่ความต่างศักย์ต่ำ โดยใช้ระยะทางที่น้อยที่สุด และการตายจะเกิดขึ้นหรือไม่ขึ้นกับทางเดินของกระแสไฟฟ้าว่าวิ่งผ่านอะไร เช่น สมอ ก้านสมอ หัวใจ หรือกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจ

ไฟฟ้าสามารถกระโดดข้าม air gap ได้โดยถ้าความต่างศักย์สูงถึง 100,000 V จะสามารถกระโดดได้ไกลถึง 35 เซนติเมตร และให้ความร้อนถึง 4,000 °C ทำให้ลักษณะบาดแผลทางเข้ารุนแรง spark lesion (crocodile - skin effect)

ไฟฟ้าแรงต่ำ (Low Voltage) เปรียบเทียบกับไฟฟ้าแรงสูง (High Voltage)

ไฟฟ้าแรงต่ำ คือ มีความต่างศักย์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1,000 volt เช่น กระแสไฟฟ้าที่ใช้ภายในบ้าน การตายจากไฟฟ้าแรงต่ำนั้น ต้องมีการสัมผัสระหว่างผู้เสียชีวิตกับวงจรไฟฟ้าโดยตรง กลไกการเสียชีวิตมักเกิดจาก Ventricular Fibrillation

ไฟฟ้าแรงสูง คือ มีความต่างศักย์มากกว่า 1,000 volt ขึ้นไป เช่น เสาไฟฟ้าแรงสูง การตายจากไฟฟ้าแรงสูงนั้นไม่จำเป็นต้องมีการสัมผัสระหว่างผู้เสียชีวิตกับวงจรไฟฟ้าโดยตรง เพราะกระแสไฟฟ้า อาจได้รับการถ่ายทอด (arc) มาถึงตัวผู้เสียชีวิตได้ มักทำให้เกิดความร้อนสูงได้ถึง 4,000 องศาเซลเซียส กลไกการเสียชีวิตมักเกิดจากการหายใจล้มเหลว และการบาดเจ็บจากความร้อนสูง ฟ่านนั้นถือเป็นไฟฟ้าแรงสูงกระแสตรง

การไหลของกระแสไฟฟ้าผ่านร่างกายมนุษย์

ผิวหนังเป็นอวัยวะที่มีความต้านทานสูงที่สุด โดยผิวหนังที่เปียกชื้นมีความต้านทานน้อยกว่าผิวหนังที่แห้ง เสื้อผ้าที่สวมใส่ก็มีผลต่อความต้านทาน เช่น ถุงมือและรองเท้าบูทช่วยเพิ่มความต้านทาน

กระแสไฟฟ้าจะไหลผ่านร่างกายผ่านระยะทางที่สั้นที่สุด ไม่ใช่ผ่านส่วนที่มีความต้านทานน้อยที่สุด และหากกระแสไฟฟ้าไหลผ่านอวัยวะสำคัญ เช่น หัวใจ หรือ สมอ จะทำให้เสียชีวิตได้

บาดแผลจากกระแสไฟฟ้า

เมื่อกระแสไฟฟ้าถูกผิวหนัง ความร้อนจากกระแสไฟฟ้าสามารถทำให้เกิดบาดแผลได้ อาจเขียนบรรยายบาดแผลได้ว่า บาดแผลถูกกระแสไฟฟ้าดูด

ลักษณะที่พบจากการตรวจศพ

บาดแผลทางเข้า มี 3 zone คือ

1. **Inner zone** เป็นส่วนที่ผิวหนังสัมผัสกับตัวนำไฟฟ้า อาจเห็นเป็น blister จากการที่ความร้อนสร้าง tissue fluid และ ไอร้อน แยกชั้น dermo-epidermal junction จากกัน และเมื่อเสียชีวิตแล้ว หรือหลุดออกมาจากกระแสไฟฟ้าทำให้ blister เย็นตัวและยุบลงเป็น umbilicated lesion หรืออาจพบเป็นรอยวัสดุตัวนำเลยก็ได้

2. **Middle zone** มีลักษณะขาวซีด ยกูนูนเล็กน้อย จาก arteriolar spasm จาก effect ของกระแสไฟฟ้าต่อ vessels wall musculature โดยตรง เกิดเป็น Coagulation of vessels

3. Outer zone ลักษณะเป็นสีแดงจาก inflammation ของเนื้อเยื่อที่ยังมีชีวิตอยู่ บาดแผลทางออก ลักษณะคล้ายบาดแผลทางเข้าแต่มีกรุนแรงน้อยกว่า จนบางครั้งอาจตรวจไม่พบเลยก็ได้ เช่นกรณีถูกไฟช็อต ในอ่างอาบน้ำ และหากพบบาดแผลทางออกชัดเจนมากๆ จะแยกจากบาดแผลทางเข้า ต้องอาศัยประวัติ ตำแหน่ง และการตรวจสถานที่เกิดเหตุร่วมด้วย

ในกรณีที่สงสัยว่าเป็นบาดแผลจากกระแสไฟฟ้าใช้หรือไม่ อาจตรวจพบร่องรอยโลหะในบาดแผล คือเมื่อกระแสไฟฟ้าไหลผ่านโลหะตัวนำ จะเกิด electrolysis มี metallic ions มาติดที่ผิวหนังสัมผัส และ metallic ions ดังกล่าวจะรวมตัวกับเนื้อเยื่อที่มีประจุไฟฟ้าลบ (tissue anions) กลายเป็น metallic salts ติดอยู่ที่ผิวหนัง ซึ่งอาจไม่เห็นจากตาเปล่า ร่องรอยดังกล่าวอยู่คงทนได้หลายสัปดาห์ แม้มีการเปลี่ยนแปลงหลังการตายแล้วก็ตาม

สิ่งตรวจพบภายใน จากการ autopsy ไม่มีลักษณะเฉพาะ อาจตรวจพบ

- congestion ทั่วไป มี petechiae hemorrhage จาก asphyxia
- periosteum ยกตัวขึ้น หรือ bone fracture จากการหดตัวอย่างรุนแรงของกล้ามเนื้อ
- renal tubular acidosis & coagulation necrosis

การตรวจพบทาง Histology ไม่เฉพาะเจาะจง อาจพบได้ใน case burn หรือ case ที่ผ่าน การ CPR มาได้ โดยอาจพบ

1. denaturation of collagen โดยปกติเมื่อย้อม H&E collagen ติดสีชมพู แต่ เมื่อ denature แล้ว จะติดสีน้ำเงินแทน
2. separation, microblister & vacuolization in squamous epidermis
3. steaming of the epidermal nuclei จาก electromagnetic effect ของกระแสไฟฟ้ากับ nucleus
4. wavy - appearance and Bard-like appearance of myocardial fiber
5. twisted or spiral of vascular media

ในไฟฟ้าแรงต่ำ อาจเกิดบาดแผลได้ใน 50% ของผู้ป่วย/ผู้เสียชีวิต หากพบบาดแผล มักจะพบในบริเวณปลายนิ้วมือ หรือฝ่ามือ เป็นบาดแผลทางเข้าของกระแสไฟฟ้า (จากการจับสัมผัสกับวงจรไฟฟ้าโดยตรง) และมักพบบาดแผลทางออกของกระแสไฟฟ้า บริเวณปลายนิ้วเท้าหรือสันเท้า (อาจพบแต่บาดแผลทางเข้า โดยไม่พบบาดแผลทางออกก็ได้) ลักษณะของบาดแผลกระแสไฟฟ้าทางเข้า มักมีสีซีดขาวหรือสีเหลือง บริเวณขอบแผลยกขึ้น และตรงกลางบุ๋มลงไป และอาจมีสีดำในบางจุด หรือหากเป็นบาดแผลที่มีความรุนแรงน้อย อาจเห็นเป็นลักษณะของบาดแผลถูกความร้อนระดับ 2 (Second degree burn) ธรรมดา (ตัวอย่างดังภาพที่ 16.1 และ 16.2 ในภาคผนวก) ส่วนบาดแผลกระแสไฟฟ้าทางออก มักมีลักษณะเป็นจุดสีดำขนาดเล็ก หากส่วนที่สัมผัสกับกระแสไฟฟ้าเป็นบริเวณกว้าง เช่น ร่างกายแช่อยู่ในน้ำที่มีกระแสไฟฟ้า มักจะไม่พบบาดแผล

ในไฟฟ้าแรงสูง มักพบบาดแผลได้ในผู้ป่วย/ผู้เสียชีวิตทุกราย ลักษณะของบาดแผลอาจมีลักษณะเป็นบาดแผลถูกความร้อนรุนแรงระดับ 4 (Fourth degree burn) ซึ่งจะมีลักษณะไหม้เกรียมได้ หรืออาจพบบาดแผลถูกความร้อนขนาดเล็กหลายแผล กระจายไปในแนวที่กระแสไฟฟ้าไหลผ่านร่างกาย และการที่เกิดความร้อนสูงขึ้นในร่างกายอาจทำให้เกิดการสูญเสียอวัยวะ เช่น แขนขา หรืออวัยวะภายในแตกได้

การบาดเจ็บจากกระแสไฟฟ้าในผู้ที่ตั้งครุฑ

การบาดเจ็บจากกระแสไฟฟ้าในมารดาที่ตั้งครุฑนั้น ไม่มีความสัมพันธ์กับทารกในครรภ์ โดยหากกระแสไฟฟ้าไหลผ่านร่างกายของมารดาแต่ไม่ไหลผ่านทารกในครรภ์ ก็มีโอกาสมารดาจะปลอดภัยได้ อย่างไรก็ตาม ตัวทารกจะได้รับอันตรายมากกว่าหากกระแสไฟฟ้าไหลผ่าน เนื่องจากมีผิวหนังที่บาง อีกทั้งน้ำคร่ำและเลือดที่ไหลผ่านรกยังเป็นตัวนำไฟฟ้าได้ดี

เครื่องป้องกันตัวโดยใช้กระแสไฟฟ้า (Stun Guns)

ถูกออกแบบให้ปล่อยกระแสไฟฟ้าเป็นช่วงเวลาสั้นๆ ทำให้เกิดกล้ามเนื้ออ่อนแรงชั่วคราว และถูกออกแบบมาให้ปล่อยกระแสไฟฟ้าแบบไม่ทำให้เป็นอันตรายถึงชีวิต

บาดเจ็บจากการถูกเครื่องมือนี้ทำให้บริเวณผิวหนัง มักเป็นลักษณะวงกลมขนาดเล็ก มีขอบสีเข้ม และบริเวณตรงกลางสีซีด มักเกิดเป็นคู่

เหตุตายจากกระแสไฟฟ้า

1. ตายโดยตรงจากการที่กระแสไฟฟ้าใช้ร่างกายเป็นส่วนหนึ่งของ circuit pathway

1.1 cardiac arrhythmia จาก ventricular fibrillation ซึ่งพบเป็นส่วนใหญ่ของเหตุตาย แต่ถ้าความต่างศักย์ไม่มากอาจ ไม่ตายเนื่องจากมี self recovery

1.2 respiratory arrest จาก กระแสไฟฟ้าผ่าน intercostals muscle and diaphragm หรือผ่านทาง brain stem ที่มี respiratory center

2. ตายทางอ้อม จาก burn ตกจากที่สูง หรือถูกเครื่องจักรทำอันตราย

ฟ้าผ่า (Lightning)

ฟ้าผ่าเป็นไฟฟ้าแรงสูงกระแสดังกล่าวทำให้เกิดการเสียชีวิตได้ทั้งการถูกฟ้าผ่าโดยตรง หรือการถูกฟ้าผ่าทางอ้อม เช่น การยืนอยู่ใกล้กับวัตถุที่ถูกฟ้าผ่า เช่น ต้นไม้ แล้วกระแสไฟฟ้าถูกถ่ายทอดมาถึงตัวผู้เสียชีวิต เป็นต้น

ในการตรวจศพที่เสียชีวิตจากการถูกฟ้าผ่า อาจพบลักษณะต่างๆ ดังนี้

- เสื้อผ้าของผู้ตายมีการฉีกขาด หรือถูกเผาไหม้เสียหาย รองเท้าของผู้ตายอาจฉีกขาดรุนแรง
- เส้นผมและเส้นขนของผู้ตายอาจถูกเผาไหม้
- อาจพบบาดเจ็บจากการถูกความร้อนที่ผิวหนังบริเวณที่ใส่เครื่องประดับโลหะ
- อาจพบเยื่อแก้วหูแตก และมีเลือดไหลออกจากหูได้
- อาจพบมีการเหนียวน้ำให้โลหะภายในร่างกายหรือในบริเวณรอบๆ กลายเป็นแม่เหล็กได้
- ในบางรายอาจพบรอยแดงแตกแขนงลักษณะคล้ายต้นไม้ เรียกว่า Lichtenberg figure ตามร่างกายของผู้ตาย มักเกิดหลังจากเกิดเหตุประมาณ 1 ชม. และจะจางหายไปภายใน 24 ชม.

เหตุตายจากฟ้าผ่า

เกิดจากผลของ high voltage direct current ทำให้เกิด cardiopulmonary arrest และ electrothermal injury

เอกสารอ้างอิง

สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.(2549) คู่มือการดำเนินงาน
ชั้นสูตรพลิกศพ ฉบับปรับปรุงใหม่ พ.ศ.2549. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตร
แห่งประเทศไทยจำกัด.

DiMaio, V. J., & Dana, S. E. (2006). Handbook of forensic pathology. (2nd ed.). Florida: CRC Press.



Forensic Medicine

บทที่ 17

Burn and scald

นายแพทย์ศักดิ์สิทธิ์ บุญลักษณ์

ความร้อนที่ทำอันตรายต่อร่างกาย

1. ความร้อนจากของเหลวลวก (scald)
2. ความร้อนจากไฟไหม้ (burn)
3. อากาศร้อน (heat stroke)

อันตรายจากความร้อน ขึ้นกับอุณหภูมิความร้อนและระยะเวลาที่สัมผัสกับความร้อนเป็นสำคัญ โดยอุณหภูมิต่ำสุดที่เกิดอันตรายกับร่างกายคือ 44°C ซึ่งใช้เวลาไม่น้อยกว่า 5 ชั่วโมง แต่ถ้าอุณหภูมิสูงถึง 60°C อาจใช้เวลาเพียง 3 วินาที

burn degree

1st degree (superficial) burn : epidermis ยังไม่ถูกทำลายมีการทำลายเพียงระดับ cell ส่วนใหญ่มักเกิดจาก sunburn ลักษณะทาง gross พบว่า เป็น erythematous rash ไม่มี blisters ลักษณะทาง microscope จะพบ dilatation & congestion of vessels

2nd degree burn : classical ลักษณะ moist & red & blisters lesion

- **superficial partial thickness burn** มีการทำลายชั้น stratum granulosum & stratum corneum ถึงแค่ชั้น dermo - epidermal junction เวลาหายจะไม่มี scars

- **deep partial thickness burn** มีการทำลายทำลายชั้น epidermis ทั้งหมดและ basal layer อาจมีหรือไม่มี blisters ส่วน dermal appendage (hair & sweat gland) ยังไม่เสียหาย สามารถ regenerate epidermis ได้ไม่เป็น scar

3rd degree (full thickness) burn มี coagulative necrosis ของ epidermis & dermis และมีการทำลาย full thickness of skin (epidermis + dermis + dermal appendages) พบบาดแผลไฟไหม้ สีน้ำตาลจาก eschar formation ไม่มี blisters ไม่ค่อยเจ็บปวดเนื่องจากเส้นประสาทถูกทำลายไปด้วย การหายจะเริ่มจากบริเวณผิวหนังที่ยังเป็นส่วนคืออยู่ (re - epithelization) ส่วนใหญ่ต้องรักษาด้วย skin graft เมื่อหายมักเป็น scar contracture

4rd degree burn ความร้อนทำลายถึงชั้นไขมันใต้ผิวหนัง หรืออาจถึงชั้นกล้ามเนื้อ กระดูก และอวัยวะภายใน ลักษณะผิวหนังไหม้เกรียม อาจดำเป็นตอตะโกได้

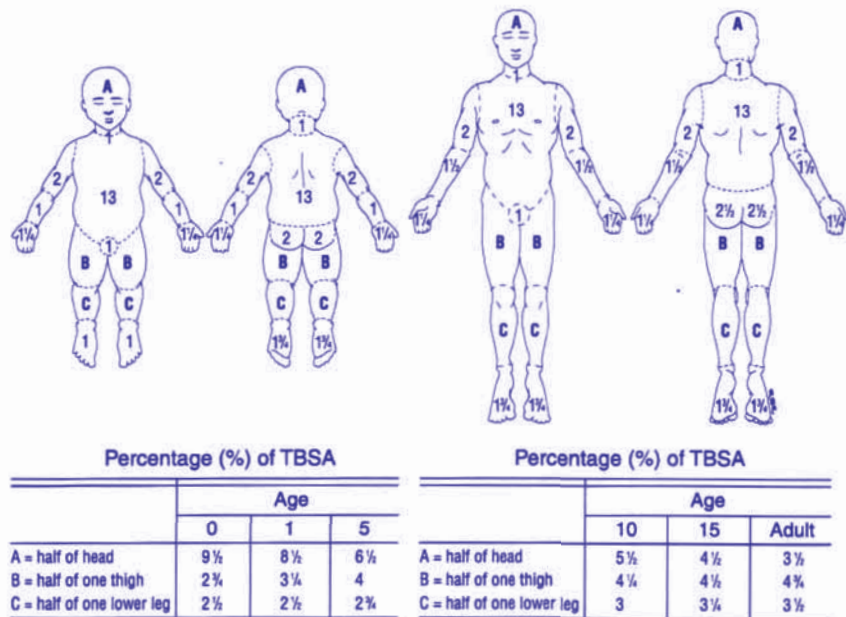


Figure 13.1 Body surface area diagrams that allow calculation of percentage of total body surface area (TBSA) for various body parts in child (left) and adult (right). (Adapted from Demling, R.H. and Way, L.W., Burns and other thermal injuries, in *Current Surgical Diagnosis and Treatment*, 9th ed., Way, L.W., Ed., Appleton & Lange, Norwalk, CT, 1991, pp. 235-249.

หากร่างกายได้รับบาดเจ็บ > 60 % ของพื้นที่ผิวร่างกาย ส่วนมากมักทำให้เสียชีวิต ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ เป็นคนแก่ หรือเด็กซึ่งการตายขึ้นกับ % burn > ความรุนแรงของแผล

อันตรายจากของเหลวร้อนลวก (scald)

อาจเกี่ยวเนื่องจาก child abuse ได้นอกจากอุบัติเหตุธรรมดา ซึ่งลักษณะบาดแผลส่วนใหญ่จะเป็น 1st degree แต่อาจถึงระดับ 2nd degree ได้ ความรุนแรงของบาดแผลจะมากสุดบริเวณที่น้ำร้อนกระทบร่างกาย และจะลดลงบริเวณที่น้ำไหลลงสู่ส่วนล่าง เนื่องจากความร้อนจะลดลงอย่างรวดเร็ว และ postmortem scald จะไม่พบ vascular reaction การตายส่วนใหญ่ เกิดในรายที่มีการทำลายผิวหนังมาก ๆ โดยเหตุตาย คือ shock จาก fluid - electrolyte imbalance ภาวะอวัยวะติดเชื้อแทรกซ้อน

อันตรายจากไฟไหม้

การเสียชีวิตอาจเกิดขึ้นทันที จากการสำลักควันไฟ ทำให้การหายใจล้มเหลวฉับพลัน จากความร้อนที่หายใจเข้าไปทำให้ทางเดินหายใจบวมแดง หรือเกิดจากก๊าซ CO ที่ได้จากการเผาไหม้ไม่สมบูรณ์ หรือก๊าซ Cyanine จากการเผาไหม้วัสดุที่เป็นโฟเบอร์หรือพรมปูพื้น ศพที่ตรวจพบอาจมีเพียงมีบาดแผลไฟไหม้เล็กน้อย จนถึงดำเป็นถ่าน ทั้งนี้ ขึ้นกับความรุนแรงและระยะเวลาเผาไหม้ อาจพบลักษณะ Opisthotonus จากการหดตัวของกล้ามเนื้อหลังโดนความร้อน หรือ Pugilistic attitude ลักษณะคล้ายท่านักมวยตั้งท่าจะชก

ความสำคัญของการตายในไฟไหม้ คือต้อง

1. Identify ให้ได้ว่าผู้ตายเป็นใคร
2. ผู้ตายเสียชีวิตก่อนหรือหลังไฟไหม้ ซึ่งดูจากลักษณะ vital reaction สำคัญดังนี้

fire fumes (สูดสูดหลักความร้อน)

- macroscopic :soot deposit in respiratory tract/esophagus / stomach
- histology: soot deposit in bronchi (+alveoli)

burn (ร่างกายถูกความร้อน)

- macroscopic : Crow' s-feet จากการหยีตา
 - : Burn blisters with leukocellular reaction
 - histology : Vesicular detachment of mucosa of pharynx/epiglottis/ trachea /bronchi
 - : Pseudogloblet cells at trachea
 - : increase secretion of mucous

Post mortem artifact อาจพบ skull fracture, extradural hemorrhage หรือ intracerebral hemorrhage ได้จากหลอดเลือดบริเวณ meninges ได้รับความร้อนมากๆจนแตกออกมา ซึ่งแยกได้ยากว่าเกิดจาก CVA, Head injuryหรือ artifact กันแน่

Heat stroke (ตายจากอากาศร้อน)

พบได้ในประเทศที่อยู่ใกล้เส้นศูนย์สูตร อบอุ่น ในพวกทหารเกณฑ์ที่เริ่มฝึกใหม่ๆเด็กที่ถูกขังหรือทิ้งไว้ในที่ที่ร้อนอบอ้าว หรือในรถที่จอดตากแดดไว้ ซึ่งโดยปกติสภาพร่างกายสามารถคายความร้อนจาก 3 mechanism สำคัญคือ

1. **conduction** : คือ การคายความร้อนโดยการส่งต่อความร้อนให้กับวัตถุอื่น ซึ่งได้ผลน้อยมากเมื่อความร้อนของร่างกายเท่ากับของวัตถุที่ถ่ายเทให้ กระบวนการนี้จะหยุดไป
2. **radiation** : คายความร้อนลักษณะของ infrared ray ไปได้ทุกทิศทางให้กับทุกอย่าง และเมื่อความร้อนของสิ่งแวดล้อมรอบตัวสูงกว่าในตัว การคายความร้อนด้วยวิธีนี้ไม่ได้ผล
3. **evapotation** : คือการคายความร้อนด้วยการระเหยของน้ำในร่างกาย

ในกรณีที่อุณหภูมิแวดล้อมต่ำกว่าอุณหภูมิร่างกาย การคายความร้อนจาก conduction to object ประมาณ 3%, conduction to air ประมาณ 13%, radiation 60% และ insensible loss 22% แต่ในภาวะที่อุณหภูมิแวดล้อมสูงกว่าร่างกาย evapotation เป็นสิ่งเดียวที่ทำได้ โดยเฉพาะการขับเหงื่อ ซึ่งประกอบไปด้วย Na & Cl เป็นหลัก ทำให้ร่างกาย dehydrate และเกิด heat stroke ตามมา ในกรณีนี้ การคายความร้อนดังกล่าวทำให้ร่างกายมีการกระหายน้ำ เมื่อดื่มน้ำปริมาณมาก อาจทำให้เกิดภาวะ hyponatremia ตามมา (และอาจตายได้เมื่อ serum Na <120mmol/L เนื่องจากชัก)

โดยปกติร่างกายจะพยายามปรับสมดุลของอุณหภูมิร่างกาย (สร้างและระบายความร้อน) โดยมีศูนย์ควบคุมอยู่ที่ hypothalamus เมื่อสมดุลเสียจะทำให้เกิดอาการดังนี้

- Heat edema จาก salt water retention
- Heat syncope จาก vascular collapse
- Heat tetany ตามหลัง brain hypoxia มี hyperventilation & respiratory alkalosis ทำให้ calcium ลดลง
- Heat cramps
- Heat exhaustion มีการขาดทั้งน้ำและเกลือแร่ กลายเป็น Heat stroke เนื่องจากร่างกายไม่สามารถ compensate ได้ต่อไป ซึ่งเป็นภาวะที่มีอันตรายถึงชีวิต ลักษณะที่ตรวจพบคือ
 - hyperthermia วัด rectal temp ได้ $> 105^{\circ}\text{F}$
 - hot & dry skin
 - alteration of conscious, hyperventilation
 - tachycardia & hypotension

โดยมี predisposing factors ที่สำคัญคือภาวะ alcoholism, dehydration, obesity, disease บางอย่าง เช่น heart or neurological รวมทั้ง ยา กลุ่ม diuretic, major tranquilizers (Phenothiazine/TCA/MAOI) heat stroke มักพบในกลุ่มคนหนุ่มสาวที่เล่นกีฬาหักโหมหรือ คนอายุ >60 ปีที่มีการ expose ต่อ heat wave นานเป็นสัปดาห์แล้วร่างกายไม่สามารถปรับตัวได้ ไม่มีลักษณะเฉพาะในการตรวจศพ ดังนั้น การวินิจฉัยต้องได้ประวัติและลักษณะอาการทางคลินิกต่างๆ ก่อนตาย ในรายที่ตายไม่นาน การตรวจอุณหภูมิทางทวารหนัก ที่พบว่าสูงมาก อาจช่วยสนับสนุนได้

Malignant hyperthermia

เป็นความผิดปกติทางพันธุกรรมของ muscular cell membrane ร่วมกับการได้รับสาร halogen หรือ succinylcholine ทำให้ร่างกายมี body temperature สูงขึ้น มี generalized muscle rigidity, tachycardia, cardiac arrhythmia และ arrest ต่อมาได้ และก่อให้เกิด complication ตามมาอีกมากมาย เช่น rhabdomyolysis และมี renal failure ตามมา, acidosis, electrolytes disturbances โดยเฉพาะ hyperkalemia & hypocalcemia และ DIC

อันตรายจากความเย็น

ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (hypothermia) หมายถึง $T < 35^{\circ}\text{C}$ ซึ่งอาจไม่พบอาการผิดปกติอะไรนอกจากหนาวสั่น และหลอดเลือดหดตัว แต่ถ้า $T < 32^{\circ}\text{C}$ ระดับความรู้สึกจะเปลี่ยนไป การหายใจและการเต้นหัวใจลดลง และความดันเลือดต่ำลง ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขอาจตายได้

กลไกของร่างกายปรับตัวต่ออากาศหนาวเย็น โดยเก็บความร้อนไว้ในร่างกายป้องกันการสูญเสียความร้อนออกจากร่างกาย (หลอดเลือดของผิวหนังหดตัว) และสร้างความร้อนในร่างกายเพิ่มขึ้น (การหดตัวของกล้ามเนื้อโดยกลไกดังนี้

- chill : สร้างความร้อนได้ถึง 5 เท่าของสภาวะปกติ
- chemical thermogenesis โดยเพิ่ม metabolism : ในผู้ใหญ่สร้างความร้อนได้ถึง 10-15 เท่า)

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะ Hypothermia

1. อุณหภูมิสิ่งแวดล้อม
2. อายุและสภาพร่างกาย (คนแก่ เด็ก คนผอม คนเมา ผู้ชาย → มีโอกาสมากกว่า)
3. hypothyroidism ยาบางตัวทำให้ body temperature ต่ำลงเช่น diazepam, chlorpromazine, phenothiazine
4. การขาดอาหาร เสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่ม

การตรวจศพมักไม่พบอะไรผิดปกติชัดเจน ต้องอาศัยประวัติก่อนตาย ในบางรายอาจพบ frose bite จากการสัมผัสอากาศเย็นมากๆ เห็นเป็นผิวหนังสีแดง ถึงน้ำตาตล บริเวณแขนขาด้ำนนอกไม่ค่อยพบที่ใบหน้าและลำตัว (สีแดงเป็นสีของ unreduced oxyhaemoglobin ของเนื้อเยื่อ จากการลดลงของ metabolism ส่วนสีน้ำตาตล เกิดจากการ hemolysis ของ rbc) ต่างจากศพที่แช่เย็นไว้ในตู้ซึ่งจะเกิดตำแหน่งที่เป็น livor mortis มากกว่า นอกจากนี้ยังอาจตรวจพบ acute gastric erosion, acute pancreatitis, pulmonary edema และ perivascular haemorrhage ซึ่งมักพบในสมองบริเวณผนังของ 3rd ventricle จากความเย็นทำให้เส้นเลือดหดตัวมี agglutinin ออกตันหลอดเลือด เกิด infarction

เอกสารอ้างอิง

สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2549) คู่มือการดำเนินงาน
ชันสูตรพลิกศพ ฉบับปรับปรุงใหม่ พ.ศ.2549. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตร
แห่งประเทศไทยจำกัด.

DiMaio, D., & DiMaio, V. J. (2001). Fire Deaths. Forensic pathology Second edition. Florida:
CRC press, 367-387.

DiMaio, V. J., & Dana, S. E. (2006). Fire and Thermal Injuries. Handbook of forensic pathology
Second editions. Florida: CRC Press, 187.



Forensic Medicine

บทที่ 18

บาดแผลกระสุนปืนและวัตถุระเบิด

นายแพทย์ราชิต เทอดสุวรรณ

บาดแผลจากกระสุนปืนและวัตถุระเบิดสามารถพบได้มากขึ้นในการทำเวชปฏิบัติในปัจจุบัน ทั้งนี้ส่วนหนึ่งเกิดจากอัตราการเกิดของอาชญากรรมมากขึ้น ซึ่งทำให้แพทย์มีบทบาทให้การให้ความเห็น ในเรื่องบาดแผลหรือเหตุตายมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นชั้นพนักงานสอบสวนหรือศาล

การแบ่งประเภทของปืน

การแบ่งประเภทของปืน สามารถแบ่งได้จากหลายปัจจัย ไม่ว่าจะเป็น แบ่งจากความเร็วของกระสุน ณ ปากลำกล้องหรือแบ่งจากชนิดของลำกล้อง ซึ่งในที่นี้ใช้การแบ่งจากชนิดของลำกล้อง

1. ปืนชนิดที่มีเกลียวในลำกล้อง

เช่น ปืนลูกม่ ปืนกึ่งอัตโนมัติและอาวุธสงคราม ภายในลำกล้องของปืนเหล่านี้จะมีเกลียวอยู่ภายใน เกลียวเหล่านี้จะทำให้กระสุนเกิดการหมุน ส่งผลให้มีความแม่นยำมากขึ้น นอกจากนี้ยังสามารถแบ่งออกไปอีกได้ตามความเร็วของกระสุนที่ปากลำกล้อง

- ปืนพก มีความเร็วที่ปากลำกล้อง ประมาณ 300-360 เมตร/วินาที เป็นปืนที่พบได้บ่อยในการก่ออาชญากรรม กระสุนของปืนชนิดนี้มีหลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นตะกั่วล้วนหรือมีโลหะทองแดงหุ้มตะกั่ว เพื่อเพิ่มความแข็งแรง

- ปืนไรเฟิลและปืนที่ใช้ในสงคราม ความเร็วปากลำกล้องประมาณ 450-1500 เมตรต่อวินาที การบาดเจ็บจากอาวุธเหล่านี้จะค่อนข้างรุนแรงและมีรายละเอียดมากกว่าแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปจะให้ความเห็น จึงควรส่งให้แพทย์นิติเวชประเมิน

2. ปืนชนิดที่ไม่มีเกลียวในลำกล้อง

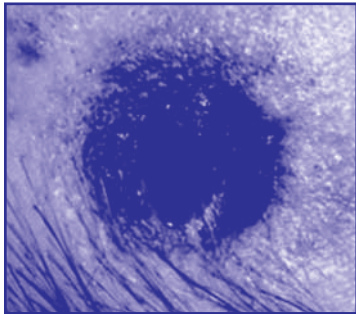
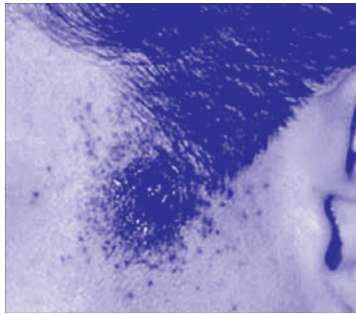
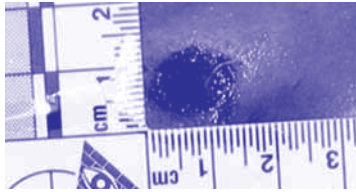
เช่น ปืนลูกซองหรือปืนไทยประดิษฐ์ ปืนปากกา ปืนแก๊ป กระสุนของปืนชนิดนี้มักทำปอกจากพลาสติก โดยบรรจุลูกตะกั่ว (ลูกปราย) ไว้ภายใน ซึ่งอาจมีลูกปรายหลายลูกหรือมีเพียงลูกเดียวก็ได้ โดยมีหมอนรองกระสุนกั้นระหว่างลูกปรายและดินปืน เมื่อยิงออกไปหมอนรองกระสุนจะออกไปพร้อมกับลูกปราย ซึ่งอาจพบบาดแผลจากหมอนรองกระสุนดังกล่าว ทำให้ช่วยประเมินระยะยิงได้

การประเมินในเรื่องบาดแผลจะแบ่งจากชนิดของกระสุน

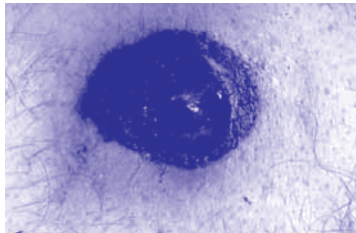
กระสุนปืนลูกโดด โดยมากมักถูกยิงจากปืนชนิดที่ลำกล้องมีเกลียว

กระสุนปืนลูกปราย มักถูกยิงออกจากปืนชนิดที่ไม่มีเกลียวในลำกล้อง เช่น ปืนลูกซอง

ตารางที่ 18.1 แสดงระยะยิง ลักษณะบาดแผลทางเข้าและบาดแผลทางออกจากปืนลูกโดด (Gunshot wound)

ปืนลูกโดด [Gunshot wound]		
ระยะยิง	บาดแผลทางเข้า	บาดแผลทางออก
ระยะประชิด [contact] 	<ul style="list-style-type: none"> - บาดแผลกลมหรือรี อาจเป็นแฉก หรือรูปดาว หากยิงในบริเวณที่กระดูกรองรับเช่น ศีรษะ อก - รอยถลอกรอบบาดแผล [abrasion collar] - คราบเขม่าดินปืนในบาดแผล หากเป็นระยะเกือบประชิดจะพบคราบเขม่ารอบ ๆ บาดแผล - รอยแผลประทับปากกระบอกปืน [muzzle imprint] - ขนาดบาดแผลจะใกล้เคียงกับขนาดกระสุนปืน 	<ul style="list-style-type: none"> - รูปร่างไม่แน่นอน - อาจพบเศษอวัยวะที่แผล - มักมีขนาดใหญ่กว่าบาดแผลทางเข้า
ระยะใกล้ [close-range/intermediate] 	<ul style="list-style-type: none"> - บาดแผลกลมหรือรี - รอยถลอกรอบบาดแผล [abrasion collar] - รอยสักดินปืน [powder tattooing] เป็นจุดดำเล็ก ๆ ฝังในผิวหนังรอบบาดแผล พบในระยะ 12-18 นิ้ว - เขม่าควันจากการยิง [shoot] พบในระยะไม่เกิน 6 นิ้ว - รอยไหม้ พบในระยะ 2-6 นิ้ว 	<ul style="list-style-type: none"> - รูปร่างไม่แน่นอน - อาจพบเศษอวัยวะที่แผล - มักมีขนาดใหญ่กว่าบาดแผลทางเข้า
ระยะไกล [distance range] 	<ul style="list-style-type: none"> - บาดแผลกลมหรือรี - รอยถลอกรอบบาดแผล [abrasion collar] - ไม่พบ shoot, powder tattooing 	<ul style="list-style-type: none"> - รูปร่างไม่แน่นอน - อาจพบเศษอวัยวะที่แผล - มักมีขนาดใหญ่กว่าบาดแผลทางเข้า

ตารางที่ 18.2 แสดงระยะยิง ลักษณะบาดแผลทางเข้าและบาดแผลทางออกจากปืนลูกปราย (Shotgun Wound)

ปืนลูกปราย [Shotgun Wound]		
ระยะยิง	บาดแผลทางเข้า	บาดแผลทางออก
ระยะประชิด [contact] 	<ul style="list-style-type: none"> - มักมีรูกระสุนเพียง 1 รู ค่อนข้างกลม - หากเป็นบาดแผลทางเข้าบริเวณศีรษะจะมีการฉีกขาดของเนื้อเยื่อและกระดูกค่อนข้างมาก - พบคราบเขม่าภายในบาดแผลหรือบริเวณแผล 	<ul style="list-style-type: none"> - อาจพบแผลจากการทะลุผิวหนังของลูกปรายบางลูก เป็นแผลขนาดเล็กรูปร่างไม่แน่นอน - อาจพบหมอนรองกระสุนในบาดแผล

ตารางที่ 18.2 (ต่อ)

ปืนลูกปราย [Shotgun Wound]		
ระยะยิง	บาดแผลทางเข้า	บาดแผลทางออก
ระยะใกล้ [close-range] ระยะประมาณ 1 หลา	- มักพบบาดแผลทางเข้าขนาดใหญ่เพียง 1 รู กลุ่มลูกปรายอาจทำให้เป็นโพรงขอบไม่เรียบ	- อาจพบแผลจากการทะลุผิวหนัง ของลูกปรายบางลูก เป็นแผล ขนาดเล็กรูปร่างไม่แน่นอน
ระยะปานกลาง [intermediate range] ระยะประมาณ 1-3 หลา 	- พบบาดแผลทางเข้าขนาดใหญ่เพียง 1 รู และมีรูจากลูกปรายที่กระจายออกไปโดยรอบ อาจจะพบรอยถลอกที่เกิดจากหมอนรอง กระสุนมากกระแทก	- กระสุนบางส่วนอาจทะลุออกไป และบางส่วนตุงที่ผิวหนัง
ระยะไกล [distance range] เกินกว่า 3 หลา	- พบรูขนาดเล็กใกล้เคียงกันหลายรู และ อาจพบรอยถลอกจากหมอนรองกระสุนได้ (รอยกระแทกนี้พบในระยะ 2-5 เมตร)	- กระสุนส่วนใหญ่ฝังในร่างกาย หรือตุงที่ผิวหนัง

* ภาพจาก 1. Gunshot Wounds: Practical Aspects of Firearms, Ballistics, and Forensic Techniques", Vincent J.M. DiMaio, 1999
2. Figure 7.25 David Dolinak EW, Emma O. Lew. Forensic Pathology Principles and Practice. 1 ed. China: Elsevier Academic Press; 2005., p.170

ประเด็นที่ต้องพิจารณาในเรื่องบาดแผลกระสุนปืน

1. บาดแผลนั้นเกิดจากกระสุนปืนหรือไม่
2. หากเป็นบาดแผลกระสุนปืน เป็นบาดแผลทางเข้าหรือทางออก
3. ชนิดและขนาดของกระสุนปืน
4. ระยะยิง
5. ทิศทางของกระสุนปืนที่เข้าสู่ร่างกาย
6. สาเหตุและพฤติการณ์การตาย

ซึ่งในข้อ 1, 2, 3 และ 4 นั้น สามารถประเมินคร่าว ๆ ได้ตามตารางข้างต้น ส่วนทิศทางของกระสุนปืนนั้น หากมีทางเข้าและทางออกของกระสุนก็พอประเมินได้ แต่อาจมีความผิดพลาดได้หากไม่ได้ตรวจภายในร่างกาย ส่วนในเรื่องสาเหตุการตายนั้นแพทย์สามารถประเมินได้ไม่ยาก แต่เรื่องพฤติการณ์การตาย ต้องมีการรวบรวม รายละเอียดหลักฐานต่าง ๆ เพื่อมาประกอบกัน ซึ่งสรุปได้ดังนี้

ตารางที่ 18.3 แสดงพฤติการณ์การตายจากหลักฐานประกอบต่าง ๆ

	การฆ่าตัวตาย	ฆาตกรรม
ตำแหน่ง	ขมับ หน้าผาก เพดานปาก คาง อกซ้าย	ตำแหน่งใดก็ได้
ระยะยิง	ระยะประชิดหรือระยะใกล้	โดยทั่วไปมักเป็นระยะไกล แต่สามารถพบระยะใกล้หรือประชิดก็ได้
จำนวนนัดที่ยิง	มักจะ 1 นัด	มักจะมากกว่า 1 นัด
ทิศทาง	ทิศทางที่สามารถกระทำได้	-
ตำแหน่งของปืน	มักอยู่ในมือ หรือใกล้ ๆ ศพ	มักหายไป

ข้อควรปฏิบัติเมื่อพบบาดแผลกระสุนปืน หรือวัตถุระเบิด

1. ประเมินบาดแผล ขนาดของกระสุนปืน ระยะยิง ทิศทางของกระสุนปืนที่เข้าสู่ร่างกาย สาเหตุ และพฤติการณ์การตาย
2. ควรส่งศพเพื่อชันสูตร และหากเป็นผู้ป่วยควรถ่ายภาพและบันทึกการบาดเจ็บอย่างละเอียด ร่วมกับปรึกษาแพทย์นิติเวช (หากทำได้)
3. หากเคลื่อนย้ายศพมายังโรงพยาบาล ควรทำการเอกซเรย์บริเวณบาดแผลและบริเวณข้างเคียงไว้
4. ในกรณีที่ต้องนำกระสุนออกจากร่าง ไม่ควรใช้ forceps โลหะ เพื่อป้องกันการเกิดรอยที่จะรบกวนการตรวจหาพยานหลักฐานจากกระสุนปืน

บาดแผลจากวัตถุระเบิด

การบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากวัตถุระเบิดเกิดได้จากหลายปัจจัย ได้แก่

1. แรงระเบิด อวัยวะส่วนที่จะได้รับอันตรายจากแรงระเบิดมากที่สุด คือ ส่วนที่สัมผัสกับบรรยากาศมากที่สุด คือ ปอด ลำไส้ อวัยวะที่ค่อนข้างเป็นเนื้อเดียวกัน เช่น ตับ กล้ามเนื้อ แรงระเบิดอาจทะลุผ่านไปเฉย ๆ
 2. สะเก็ดระเบิด
 3. วัตถุใกล้เคียงที่กระเด็นมากระแทกร่างกาย
 4. ความร้อนจากการระเบิด
 5. การบาดเจ็บอื่นที่เกี่ยวข้องกับการระเบิด เช่น การตกจากที่สูง
- ลักษณะของการบาดเจ็บจากระเบิด ได้แก่ บาดแผลฉีกขาดขอบไม่เรียบจำนวนมาก มีขนาดและรูปร่างที่หลากหลาย บาดแผลลอกหรือฟกช้ำ ก็สามารถพบได้ทั่วไป อาจมีเศษดิน เศษฝุ่น ที่ถูกแรงระเบิดทำให้เข้ามาฝังในผิวหนัง หากมีเศษวัสดุขนาดเล็กจำนวนมากทำให้เกิดแผลฉีกขาดเป็นกลุ่ม ๆ มีลักษณะที่เรียก peppering ได้นอกจากนี้ สามารถพบบาดแผลที่เกิดจากการถูกความร้อนในการระเบิดได้เช่นกัน

เอกสารอ้างอิง

สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.(2549) *คู่มือการดำเนินงาน
ชั้นสูตรพลิกศพ ฉบับปรับปรุงใหม่ พ.ศ.2549*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตร
แห่งประเทศไทยจำกัด.

Di Maio, V. J. (1999). *Gunshot Wounds: Practical aspects of firearms, ballastice and forensic
techniques*. CRC press.



Forensic Medicine

บทที่ 19

การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร

แพทย์หญิงธัญญาณ์ รอดคนก

การชั้นสูตรพลิกศพในกรณีเสียชีวิตจากการจราจร มีวัตถุประสงค์เพื่อ

- บอกสาเหตุการเสียชีวิต
- ยืนยันว่าการเสียชีวิตนั้นเกิดจากอุบัติเหตุจริง
- บอกการบาดเจ็บของอวัยวะต่างๆได้
- เพื่อให้ทราบว่ามีโรคทางธรรมชาติหรือสาเหตุอื่น เช่น ยา ที่อาจเป็นปัจจัยเสริมให้เกิดอุบัติเหตุ หรือเสียชีวิตได้
- เพื่อดูว่าเป็นการฆาตกรรมหรือไม่
- บันทึกข้อมูลเป็นหลักฐานเกี่ยวกับด้านคดี
- เพื่อช่วยในการระบุบุคคลในกรณีที่มีไฟไหม้หรือสภาพศพระบุบุคคลไม่ได้

สาเหตุที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุจราจร ได้แก่

1. การที่ผู้ขับขี่ดื่มสุรา หรือใช้ยาหรือสารเสพติด
2. ความผิดพลาดของผู้ขับขี่เอง เช่น ขับรถเร็ว ประมาท ง่วงขณะขับ โดยมักสัมพันธ์กับการดื่มสุรา
3. สภาพแวดล้อมไม่เหมาะสม เช่น ถนนลื่น สภาพอากาศไม่ดี หรือมีการซ่อมถนน เป็นต้น

ในที่นี้ขอแบ่งการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากการจราจรเป็น 3 หัวข้อใหญ่ ได้แก่ การบาดเจ็บจากรถยนต์ การบาดเจ็บจากรถจักรยานยนต์ และการบาดเจ็บของคนเดินถนน

การบาดเจ็บจากรถยนต์

แบ่งตามลักษณะการชนเป็น 4 ประเภท

1. ชนด้านหน้า Front impact crashes
2. ชนด้านข้าง Side impact crashes
3. พลิกคว่ำ Rollovers
4. ชนท้าย Rear impact crashes

การบาดเจ็บที่เกิดจากยานพาหนะ เป็นผลมาจาก

- การกระแทกของร่างกายกับส่วนประกอบด้านในรถยนต์
- มีวัตถุ เช่น ส่วนประกอบของรถยนต์ หรือรถคันอื่นที่มาชน พุ่งเข้ามาด้านในห้องโดยสาร
- การกระเด็นออกมาจากรถ
- มีการเกิดไฟไหม้

Front impact crash เมื่อเกิดการชน ตัวของผู้ขับขี่หรือผู้โดยสารจะยังคงเคลื่อนไปด้านหน้าตามแรงเฉื่อย หากไม่ได้คาดเข็มขัดนิรภัย เข้าของคาน้ำตอนหน้าของรถอาจจะแตกกับแผงคอนโซลด้านหน้า หน้าอกกระแทกกับพวงมาลัย ศีรษะกระแทกกับกระจกหน้ารถหรือโครงรถ หากคาดเข็มขัดนิรภัยแต่ถุงลมนิรภัยไม่ทำงาน เข้าจะกระแทกกับตัวรถ ศีรษะจะงอไปด้านหน้าทำให้คางชนกับหน้าอก หรือหากชนแรงอาจชนกับพวงมาลัยรถยนต์ ผู้โดยสารทางตอนหลังที่ไม่ได้คาดเข็มขัดนิรภัยจะกระแทกกับด้านหลังของเบาะหน้า หากผู้ขับขี่และผู้โดยสารมีการคาดเข็มขัดนิรภัยและโครงสร้างรถไม่ได้รับความเสียหาย การบาดเจ็บจากการชนจะน้อยหรือไม่ถึงแก่ชีวิต

กระจกด้านหน้ารถยนต์ (windshield) จะเป็นกระจก laminated คือเป็นกระจกที่เคลือบยึดกับแผ่นพลาสติก ยึดหยุ่นได้ ทำให้เวลากระจกแตกจะไม่หลุดเป็นชิ้นๆ ออกมาทั้งหมด เวลาชนหน้าผากมักจะกระแทกกับกระจกหน้า ตรวจพบเป็นกลุ่มบาดแผล Incised wound เรียงตัวตามแนวตั้ง (ตัวอย่างดังภาพที่ 19.1 ในภาคผนวก) แต่หากชนกันแรงและมีส่วนของร่างกายทะลุกระจกหน้ารถออกไป จะพบแผล deep incised wound ที่บริเวณส่วนของร่างกายที่ทะลุกระจกออก (มักเป็นบริเวณศีรษะหรือลำคอ) หากศีรษะกระแทกเข้ากับโครงรถเหนือกระจกหน้ารถ อาจทำให้เกิด base of skull fracture, hinge fracture หรือ neck fracture ได้ ในส่วนของการบาดเจ็บบริเวณลำคอ ที่รุนแรงและพบได้บ่อยที่สุดคือ upper cervical fracture หรือ atlanto-occipital junction dislocation ซึ่งสามารถทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ไขสันหลังได้ บางครั้งไขสันหลังถูกแรงดึงลงล่างอย่างแรง ทำให้เกิดการฉีกขาดของ brainstem ได้ โดยเฉพาะบริเวณ pontomedullary junction

กระจกด้านข้างรถยนต์ เป็นกระจก tempered glass เมื่อแตกจะเป็นก้อนรูปสี่เหลี่ยมเล็กๆ หากโดนร่างกายจะทำให้ตรวจพบเป็น cluster of short linear, angular, rectangular, squared incised wounds หรือที่เรียกว่า dicing injuries ตำแหน่งที่พบ dicing injuries อาจช่วยบอกได้ว่าผู้เสียชีวิตหรือผู้บาดเจ็บนั่งบริเวณด้านซ้ายหรือขวาของรถยนต์ โดนคนขับหรือผู้ที่นั่งด้านหลังคนขับ มักตรวจพบ dicing injury ทางด้านขวาของร่างกาย (รถพวงมาลัยขวา) และผู้ที่นั่งด้านซ้ายจะมีการบาดเจ็บที่ด้านซ้าย

หน้าอกของคนขับอาจกระแทกกับพวงมาลัยรถ ส่วนผู้โดยสารอาจกระแทกกับแผงด้านหน้ารถ การบาดเจ็บที่พบ ขึ้นกับความแรงของการกระแทกและอายุของผู้บาดเจ็บ โดยอาจไม่พบบาดแผลภายนอก หรือพบเป็นแผล imprint abrasion/contusion หรือตรวจพบการบาดเจ็บของอวัยวะภายใน เช่น transverse fracture ที่ sternum, bilateral rib fractures, การบาดเจ็บที่ปอดที่สัมพันธ์กับ fracture ribs, lung contusion/laceration, heart rupture, transection of the aorta, liver and spleen laceration ในเด็ก เนื่องจากกระดูกมีความยืดหยุ่นมาก ทำให้อาจพบการบาดเจ็บของอวัยวะช่องอกอย่างรุนแรง โดยที่ไม่มี rib หรือ sternum fracture

สำหรับ transection of aorta ตำแหน่งที่พบมักเป็นบริเวณ just distal to the origin of left subclavian artery ซึ่งกลไกการเกิดการบาดเจ็บ เดิมเชื่อว่าเกิดจาก rapid deceleration แต่การศึกษาใหม่ๆ เชื่อว่าอาจเกิดจาก chest compression การบาดเจ็บที่หัวใจ พบได้ไม่บ่อยเท่าการบาดเจ็บที่ aorta โดยมักพบเป็น myocardial contusion, laceration ที่ pericardial sac, heart rupture หากมีการกระแทกกับพวงมาลัยรถในบางครั้งอาจเกิด fatal cardiac arrhythmia ตามหลังการเกิด cardiac contusion ได้ ในกรณีนี้ การ autopsy มักไม่เจอการบาดเจ็บที่ทำให้ถึงแก่ชีวิต อาจตรวจพบแค่เพียง soft tissue injury ที่หน้าอก หรือพบเพียง rib/sternum fracture แต่การจะบอกว่าเสียชีวิตจาก cardiac contusion ต้อง rule out สาเหตุอื่น โดยเฉพาะ positional หรือ traumatic asphyxia ออกก่อน

สำหรับการบาดเจ็บบริเวณช่องท้อง อาจพบ liver หรือ spleen laceration ควรระวังว่าการบาดเจ็บบางครั้งอาจไม่แสดงอาการมากในระยะเริ่มแรก โดยอาจเป็นเพียง sub capsular hematoma แล้วหลังจากนั้นอาจเกิด hematoma rupture ทำให้เสียชีวิตภายหลังได้รับบาดเจ็บเป็นชั่วโมงหรือเป็นวันได้

Dashboard injury เมื่อเข้ากระแทกกับแผงควบคุมด้านหน้ารถ อาจทำให้เกิด patella fracture, distal femur fracture, hip joint dislocation หรือ fracture neck of femur ได้ ดังแสดงในภาพที่ 19.2 ในภาคผนวก
พนักรถยนต์อาจงอขึ้นบนเข้ามาในห้องโดยสาร ทำให้เกิด ankle fracture หรือทำให้ที่นั่งเคลื่อนตัวมาด้านหน้าและหนีบท้าไว้ ทำให้เกิด ankle fracture ได้เช่นกัน

หากมีการคาดเข็มขัดนิรภัย อาจตรวจพบบาดแผล linear abrasion ที่พาดจากบ่าขวาลงไปทางหน้าอกซ้ายของผู้ขับขี่ ส่วนผู้โดยสารตอนหน้าจะเป็นแผลที่พาดจากบ่าซ้าย เข็มขัดนิรภัยที่คาดบริเวณท้องอาจทำให้เกิดการบาดเจ็บของ mesentery และ omentum ได้ การคาดเข็มขัดนิรภัยทำให้ลดการเสียชีวิตและการบาดเจ็บ เช่น windshield injury หรือ aortic injury ได้หากคาดอย่างถูกวิธี

เมื่อเกิดการชน อุณหภูมิจะพุ่งตัวอย่างรวดเร็ว ซึ่งแรงพองตัวนี้สามารถทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ทรวงอก เช่น aortic หรือ pulmonary artery injury, flail chest หรือกระแทกบริเวณศีรษะและลำคอ ทำให้เกิด cervical spine dislocation หรือ fractures, basal skull fracture อาจตรวจพบบาดแผล abrasion ที่บริเวณด้านหน้าลำคอหรือบริเวณด้านใต้ขากรรไกร ความเสี่ยงที่จะเกิดการบาดเจ็บจะเพิ่มขึ้น เมื่อระยะระหว่างอุ้งลมนกับตัวผู้โดยสารใกล้มากขึ้น เช่น คนขับที่เดียวจะต้องปรับเก้าอี้ให้ชิดด้านหน้ามากกว่า ทำให้ได้รับแรงตอนอุ้งลมพองตัวมากขึ้น

Side impact crash ตัวอย่างของ side impact crash เช่น รถที่มาจากอีกด้านของสี่แยกชนเข้ากับด้านข้างของตัวรถ กรณีนี้สามารถตรวจพบ dicing injury ได้ด้านเดียวหรือทั้งสองด้านของคนขับ ขึ้นอยู่กับว่ากระเจกด้านข้างรถแตกแล้วกระเด็นมาถูกคนขับ หรือ ตัวคนขับกระแทกเข้ากับกระเจก หรือทั้งสองกรณีร่วมกัน อีกตัวอย่างหนึ่งของการชนด้านข้าง คือ รถไหลออกนอกถนนแล้วไปชนกับต้นไม้หรือเสาไฟฟ้าข้างทาง ในกรณีชนข้าง เข็มขัดนิรภัยหรืออุ้งลมนิรภัยด้านหน้าจะไม่ค่อยช่วยลดการบาดเจ็บเมื่อเทียบกับกรณีชนด้านหน้า หากโดนชนจากด้านเดียวกับผู้ขับขี่ เช่น ในกรณีรถพวงมาลัยขวาและโดนชนจากทางด้านขวา การบาดเจ็บทางซีกขวาของร่างกายจะรุนแรงกว่าซีกซ้าย โดยมักตรวจพบบาดแผลถลอกหรือบาดแผลฉีกขาดด้านขวาของร่างกายเยาะกว่า กระดูกซี่โครง แขนหรือขาข้างขวา มักจะหักรุนแรงกว่าด้านซ้าย สามารถพบการบาดเจ็บที่พบในการชนแบบประสานงา เช่น transection of aorta, heart rupture ได้เช่นกัน

Rollovers หากไม่มีการกระเด็นออกนอกตัวรถ การเสียชีวิตในกลุ่ม rollover จะน้อยกว่ากรณีที่รถชนด้านหน้าหรือชนด้านข้าง ดังนั้นการคาดเข็มขัดนิรภัยจะมีประโยชน์มากในกรณีนี้ การบาดเจ็บที่พบในคนที่ไม่ได้คาดเข็มขัดนิรภัยจะพบได้หลายแบบมาก และไม่มีลักษณะการบาดเจ็บเฉพาะ

Rear impact crash มีอัตราการเสียชีวิตน้อย เนื่องจากคนขับที่อยู่ทางตอนหน้าของรถ มีส่วนของที่นั่งด้านหลังช่วยรับแรงไว้ ส่วนคนขับรถคันที่มาชนท้ายจะมีส่วนของเครื่องยนตรถช่วยรับแรงกระแทก การชนท้ายอาจทำให้เกิด whiplash syndrome จากแรงเร่งตอนชน ทำให้กระดูกคอเกิด hyperextension ได้

ในบางกรณี อาจตรวจพบว่ามิผู้เสียชีวิตในรถสองคนและบอกได้ไม่ชัดเจนว่าใครคือคนขับ การตรวจหาการบาดเจ็บที่เป็นลักษณะเฉพาะจะช่วยในการให้ข้อมูลได้ เช่น dicing injury ด้านขวาของร่างกาย หรือตรวจพบบาดแผล imprint จากพวงมาลัยรถ อาจช่วยบอกว่าเป็นคนขับรถ การตรวจรถยนต์อาจพบเส้นใยผ้า

หรือคราบเลือดติดอยู่กับพวงมาลัยรถหรือที่บังแดดหน้ารถ ซึ่งเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับเสื้อผ้าหรือตรวจ DNA ของคนที่อยู่ในรถ อาจช่วยให้ข้อมูลตำแหน่งที่นั่งได้ เมื่อคนขับเหยียบเบรกแรงๆ หรือแป้นเหยียบกระแทกกับฝาเท้าแรงๆ อาจเห็นเป็นรอยประทับของแป้นเหยียบบนพื้นรองเท้าได้ ซึ่งจะช่วยบอกว่าคนที่มียอยดังกล่าวที่พื้นรองเท้าเป็นคนขับ

การบาดเจ็บจากรถจักรยานยนต์

สาเหตุการเสียชีวิตส่วนใหญ่มาจากการบาดเจ็บที่ศีรษะหรือลำคอ มักตรวจพบ extensive skull fracture โดยเฉพาะที่ฐานกะโหลกศีรษะ การบาดเจ็บเกิดจากการกระแทกกับพื้นหรือวัตถุอื่น เช่น เสาไฟฟ้า มักพบบาดแผลถลอกถูครูดเป็นบริเวณกว้างจากการที่ครูดไปกับพื้นถนน หากผู้ขี่หรือโดยสารตกจากด้านหลังรถ มักจะตรวจพบ laceration ที่ด้านหลังศีรษะ, fracture posterior fossa, contre coup contusion ที่ frontal lobe และบาดแผลถลอกที่หลังและศอก หมวกนิรภัยจะช่วยลดการบาดเจ็บที่ศีรษะใน low-speed accidents

การบาดเจ็บของคนเดินถนน

ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลถึงความรุนแรงของการบาดเจ็บ คือ ความเร็วของรถที่มาชน มีผลงานวิจัยของ Karger et al กล่าวว่า มีลักษณะการบาดเจ็บสื่ออย่างที่มีสัมพันธ์กับความเร็วตอนชน ได้แก่ fracture of the spine โดยเฉพาะ cervical spine, thoracic aorta rupture, inguinal skin rupture และ dismemberment ของแขนขาหรือลำตัว

หากรถยนต์ที่มาชนวิ่งมาด้วยความเร็วปานกลาง ตัวของคนที่ไม่โดนชนอาจกระเด็นขึ้นมาบนกระโปรงหน้ารถ และกระแทกเข้ากับกระจกด้านหน้ารถ โดยส่วนใหญ่มักเอาศีรษะกระแทก อาจตรวจพบเศษกระจกติดกับผมของคนที่ไม่โดนชน หรือเศษผมติดบริเวณกระจกหน้ารถ หากถูกเฉี่ยวจากด้านข้างรถหรือโดนชนที่ด้านข้างของกระโปรงหน้ารถ เช่น บริเวณใกล้ไฟหน้ารถ คนโดนชนจะกระเด็นผ่านด้านข้างกระโปรงหน้าและตัวรถ จะพบการเสียหายแค่บริเวณไฟหน้าหรือตัวถังด้านข้าง แต่กระโปรงหน้าไม่ค่อยเสียหาย

เมื่อบริเวณกันชนหน้ารถชนกับขาของคนเดินถนน อาจทำให้เกิดการบาดเจ็บที่เรียกว่า bumper injury คือมีบาดแผลฟกช้ำที่กล้ามเนื้อขา บาดแผลถลอก หรือแผล lacerated ที่ผิวหนังของขา อาจพบ fracture tibia และ/หรือ fibula ลักษณะของ long bone fracture ที่เกิดจากกันชน จะมีได้สองแบบ คือ wedge-shaped fracture โดยด้านแหลมของกระดูกที่หักจะชี้ไปในทิศทางเดียวกับแรงที่มากระทำ ส่วนการหักอีกแบบหนึ่งคือ oblique fracture หากตรวจพบ bumper injury ควรทำการวัดระยะจากเท้าถึงบาดแผล เพื่อช่วยในการบอกความสูงของบริเวณที่โดนกระแทกได้ ข้อมูลส่วนนี้อาจมีประโยชน์ในกรณีถูกชนแล้วหนีและไม่มีพยานเห็นเหตุการณ์ ความสูงที่ได้จะช่วยในการจำกัดชนิดของรถที่ชน เช่น กันชนของรถสปอร์ตมักจะอยู่ใกล้พื้นมากกว่ากันชนของรถกระบะ อย่างไรก็ตาม ท่าเดินตอนถูกชนจะมีผลกับระยะความสูงที่วัดได้ หากโดนชนเข้าที่ขาที่กำลังยกขึ้นก้าวเดิน ความสูงที่วัดจากฝ่าเท้าอาจจะไม่ตรงกับความสูงของกันชนรถคันที่ชน และการบาดเจ็บที่ขาทั้งสองข้างอาจอยู่ในระดับที่ต่างกันก็ได้



ภาพที่ 19.3 wedge shape fracture ที่ tibia และ fibula
ในกรณีนี้ ทิศทางแรงกระทำจากซ้ายไปขวา ตามแนว fracture

หากถูกชนเข้าตรงๆ หรือเฉียงๆ จากด้านหลัง ผิวหนังที่บริเวณขาหนีบอาจจะเกิด overstretching ตรวจพบเป็นบาดแผล superficial parallel linear and irregular linear tear

หากถูกรถทับ มักจะตรวจพบ tire mark ที่ร่างกายด้านหนึ่ง หรืออาจพบที่เสื้อผ้า และพบบาดแผล scrape-like abrasion ที่ด้านตรงกันข้าม บาดแผลถลอกนี้เกิดจากการที่ร่างกายครูดไปกับพื้นตอนที่ล้อรถหมุน และดันร่างกายไปด้านหลัง ควรถ่ายรูป tire mark พร้อมกับไม้บรรทัดในรูป เพื่อช่วยในการระบุประเภทของล้อได้

สาเหตุหลักของการเสียชีวิตในกรณีนี้คือ head injuries และ cervical spine fracture/dislocation โดยเฉพาะที่ atlanto-occipital joint

การตรวจทางพิษวิทยาในการเสียชีวิตจากการจราจร

ผู้ขับขี่อาจมีการดื่มแอลกอฮอล์ ใช้นาฬิกา หรือยาที่มีฤทธิ์กดการทำงานของระบบประสาท จึงควรมีการตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์ในเลือด และ screen สารเสพติดหรือยา ถ้ามีไฟไหม้รถ ควรตรวจ carbon monoxide ด้วย หากผู้ตายได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลก่อนเสียชีวิต และมีการให้สารน้ำหรือให้เลือด ให้ทำการตรวจสารพิษจาก vitreous humour แทนเลือด



เอกสารอ้างอิง

พงษ์รักษ์ ศรีบัณฑิตมงคล. (2552). การเสียชีวิตจากการจราจรทางบก. ใน คณาจารย์ภาควิชานิติเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (บรรณาธิการ). *นิติเวชศาสตร์และนิติเวชศาสตร์ปฏิบัติ*. (น.85-91). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

DiMaio, D., & DiMaio, V. J. (2001). *Forensic pathology*. (2nd ed.). Florida: CRC press.

บทที่ 20

การตายโดยมิปรากฏเหตุ (Sudden Unexpected Natural Death : SUND)

นายแพทย์บุญศักดิ์ หาญเทอดสิทธิ์

หัวข้อ

1. คำนิยาม
2. ประเภทของ SUND
3. ประเด็นทางนิติเวชและทางกฎหมายกรณีตายโดยมิปรากฏเหตุ

การตายโดยยังมีปรากฏเหตุเป็นลักษณะการตายอย่างหนึ่งที่ต้องมีการชันสูตรพลิกศพตามกฎหมายและเป็นลักษณะการตายที่พบได้ถึงร้อยละ 50 (มากกว่าการตายโดยอุบัติเหตุ) ของลักษณะการตาย ผิดธรรมชาติทั้งหมด ในที่มีพื้นฐานข้อมูลโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาประจำปี 2557-2560 ในทางกฎหมายแล้ว การตายโดยยังมีปรากฏเหตุ หมายถึง การตายที่ยังมีปรากฏเหตุในเบื้องต้นขณะพบเห็น แต่เมื่อชันสูตรพลิกศพแล้วสาเหตุการตายอาจเป็นโรคธรรมชาติ ฆ่าตัวตาย ถูกฆาตกรรม หรือโดยอุบัติเหตุก็ได้ทั้งสิ้น แต่ในทางนิติเวชนั้นสาเหตุการตายโดยยังมีปรากฏเหตุนั้นจะหมายถึงการตายจากโรคธรรมชาติ (natural cause) ซึ่งมีคำศัพท์ 3 คำที่ต้องทำความเข้าใจ คือ

SUND Sudden Unexpected Natural Death คำนี้ แปลว่า การตายโดยกะทันหันและไม่คาดคิด ซึ่งหมายถึงโรคธรรมชาติที่ผู้ตายมักไม่มีอาการทางคลินิกนำมาก่อน หรือมีอาการแต่ตายภายในระยะเวลารวดเร็วไม่สามารถอธิบายสาเหตุการตายได้ ซึ่งระยะเวลาดังกล่าวอาจนานถึง 24 ชั่วโมง แต่ในทางนิติเวช มักถือเอาภายใน 1 ชั่วโมงหลังมีอาการ (1-3)

SUNDS Sudden Unexpected Nocturnal Death Syndrome

SUDS Sudden Unexplained Death Syndrome

สองคำหลังนี้หมายถึงโรคไหลตายนั่นเอง ซึ่งถือเป็นโรคธรรมชาติแต่ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด

อย่างไรก็ตาม ในสังคมไทย การตายที่บ้านโดยมีโรคประจำตัวอยู่ก่อนหรือเป็นโรคชรา ซึ่งมักทราบสาเหตุการตายที่แน่ชัดแล้วจะมีการตามแพทย์ออกชันสูตรพลิกศพ ณ ที่พบศพเสมอ ทั้งที่ไม่เข้าเกณฑ์นิยาม ของการตายโดยยังมีปรากฏเหตุ เนื่องจากการตายที่บ้านและไม่สามารถออกเอกสารรับรองการตายได้ และตามกฎหมายถือว่าการตายโดยยังมีปรากฏเหตุได้[†] แพทย์จึงต้องเข้าไปเกี่ยวข้องในการชันสูตรพลิกศพ

[†] ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 148(5)

การแบ่งประเภทของ SUND⁽¹⁾

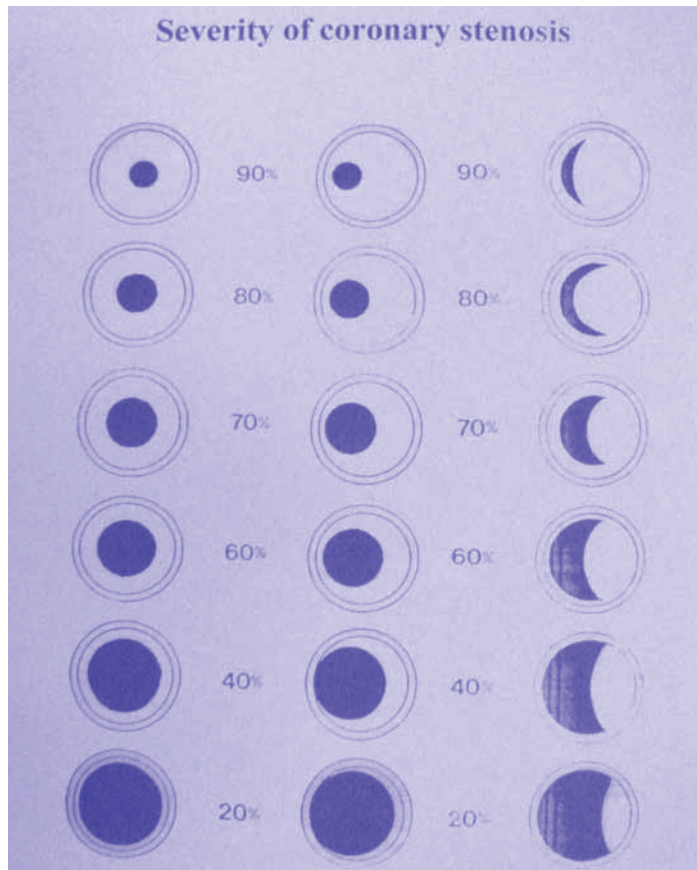
1. สามารถระบุเหตุตายได้แน่นอนจากการผ่าศพ เช่น Acute myocardial infarction, Pulmonary thromboembolism, Intracerebral hemorrhage caused by Hypertension, Brainstem lesions เป็นต้น
 2. การผ่าศพไม่สามารถระบุสาเหตุการตายได้แน่ชัด (อาจตายจากภาวะหรือโรคอื่นได้แม้พบโรคเหล่านี้) เช่น Pneumonia, valvular heart diseases เป็นต้น
 3. สาเหตุการตายสรุปจากประวัติเท่านั้น ได้แก่ Epilepsy, malignant hyperthermia
 4. โรคไหลตาย (SUDS) ไม่สามารถใช้ประวัติ การผ่าศพ และการตรวจทางนิติเวชทั่วไปสรุปสาเหตุการตายได้ โดยพบว่าโรคไหลตายพบประมาณร้อยละ 5 ของศพที่ตายจากโรคธรรมชาติทั้งหมด (ไม่รวม SIDS)⁽³⁾, Sudden Infant Death Syndrome (ไหลตายในเด็ก หรือ SIDS), vago-vagal reflex cardiac arrest
- จะเห็นว่าการชันสูตรพลิกศพที่ตายโดยกะทันหันและไม่คาดคิดนั้นมักต้องผ่าศพเพื่อหาสาเหตุการตาย

สาเหตุการตายจากโรคธรรมชาติ แยกตามระบบ⁽¹⁻³⁾

1. ระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular system)

เป็นระบบที่เป็นสาเหตุการตายมากที่สุด

1.1 Coronary heart disease (CHD) โรคเส้นเลือดหัวใจตีบตัน เป็นสาเหตุการตายที่พบมากที่สุด ในทุกกลุ่มอายุ โดยมีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ คือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดผิดปกติ สูบบุหรี่ โดยการตายจากเส้นเลือดเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจตีบตันขณะมีการใช้กำลังนี้ต้องพบการตีบตันอย่างน้อย ร้อยละ 75 อย่างน้อยหนึ่งเส้นเลือดหลัก (แต่ส่วนมากรายที่ตายมักพบอย่างน้อยสองเส้น) เพราะจากการศึกษาพบว่าระดับการตีบตันตั้งแต่ร้อยละ 75 ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลงอย่างมาก แต่ถ้ามีการตีบตันตั้งแต่ร้อยละ 95 ขึ้นไป จะทำให้มีอาการแม้ขณะพัก



วิธีการประเมินการตีบของเส้นเลือดแดงเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจในศพ (coronary artery)

1.2 เส้นเลือดเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจหดตัวชั่วคราว (Coronary spasm) อาจพบได้ในรายที่เสพยาโคเคน (Cocaine) หรือยาบ้า (Metamphetamines) ซึ่งการผ่าศพไม่สามารถยืนยันได้ เนื่องจากหลังตายแล้วเส้นเลือดจะคลายออก ไม่เห็นลักษณะการหดตัว

1.3 เส้นเลือดเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจเรียงตัวไขว้กัน (Bridging) พบเป็นสาเหตุการตายได้น้อยมาก

1.4 เส้นเลือดเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจพิการ (Coronary artery anomalies) เช่น single left coronary artery, small coronary artery (ปกติเส้นเลือดมีขนาด 2-4 มม.), Left coronary artery from right Sinus of valsava, coronary artery ออกจาก Pulmonary artery, coronary artery ออกจาก sinus of valsava แบบมุมแหลม⁽¹⁾

1.5 Dissecting coronary aneurysm⁽²⁾

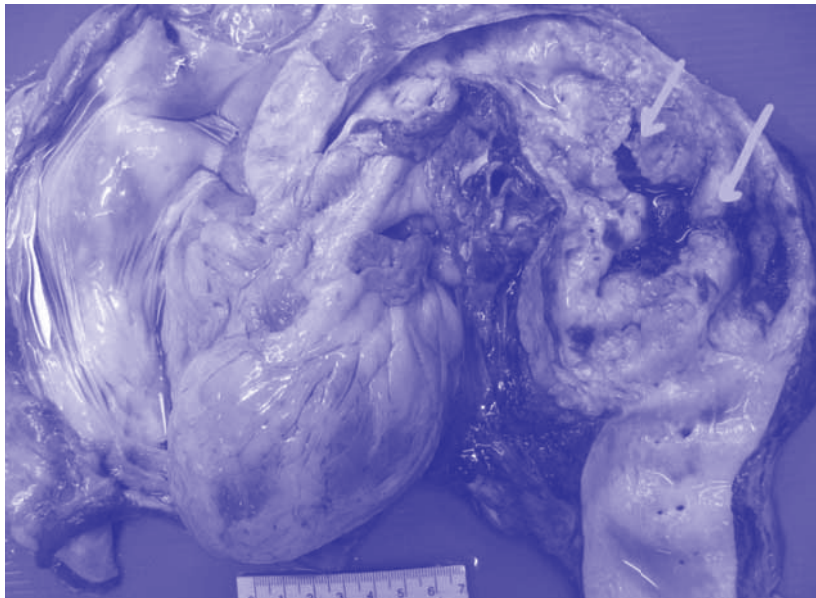
1.6 Hypertensive heart disease ทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะได้บ่อย (frequent PVC) และอาจเป็นเหตุให้เกิดกระแสไฟฟ้าชักนำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะร้ายแรงได้

1.7 Cardiomyopathies (CM) ชนิด Congestive or dilated CM พบได้บ่อยกว่าชนิดอื่น ซึ่งสาเหตุหลักมาจาก alcoholism สาเหตุอื่น ๆ เช่น chronic myocarditis, adriamycin, cobalt นอกจากนี้มีชนิด IHCM (HOCM ซึ่งเป็นสาเหตุตายหลักในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในต่างประเทศ) ชนิดสุดท้ายเรียกว่า Restrictive cardiomyopathy ซึ่งพบได้น้อยมากในการตรวจศพทางนิติเวช⁽²⁾

1.8 กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ (Myocarditis) สาเหตุหลักจากการติดเชื้อไวรัส มักพบในวัยผู้ใหญ่-กลางคน อาการที่พบอาจมีไข้แต่ชีพจรไม่เร็วมาก (Temperature-pulse dissociation) เจ็บหน้าอก เหนื่อยง่าย (dyspnea) และมีอาการอื่นๆของภาวะหัวใจวายได้(1, 4)

1.9 โรคลิ้นหัวใจ (Valvular heart disease) เช่น Mitral valve prolapse, Aortic stenosis, Mitral stenosis ซึ่งอาจตายจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือผลแทรกซ้อน เช่น ภาวะหัวใจวาย⁽¹⁾

1.10 โรคของเส้นเลือดแดงใหญ่ (Aorta) ได้แก่ dissection, ruptured aneurysm

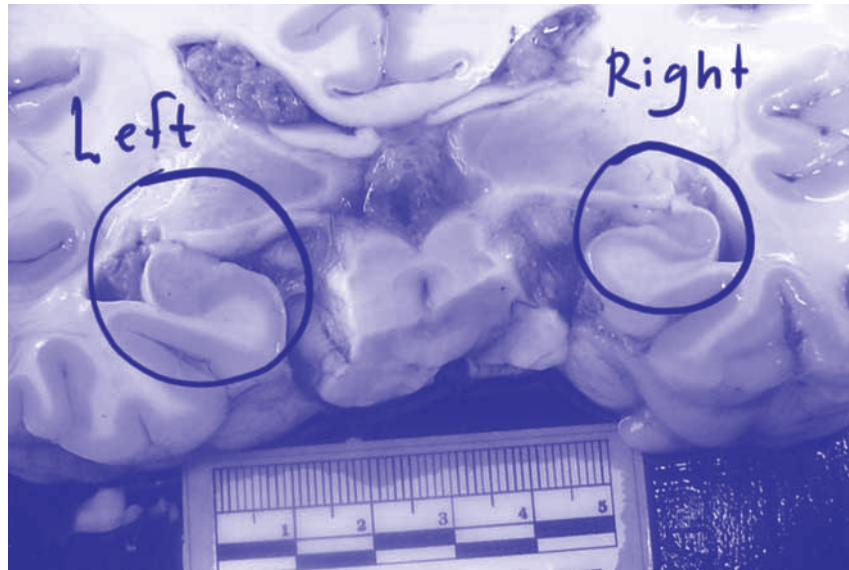


ลักษณะเส้นเลือดแดงใหญ่ descending aorta ที่โป่งพอง มีไขมันและหินปูนสะสมมาก และปริแตก (ลูกศร) โดยเลือดบางส่วนเขาเข้าไปในผนังเส้นเลือดแดงใหญ่

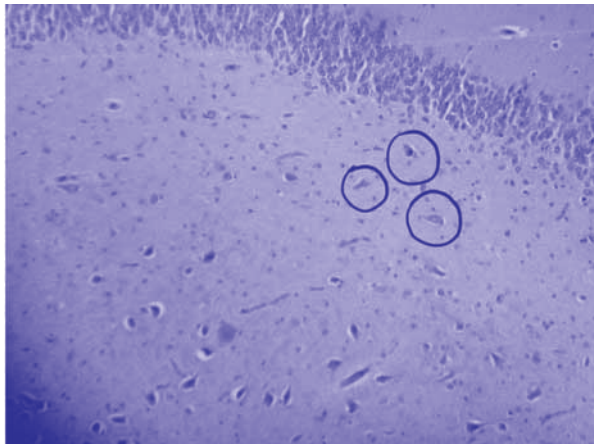
2. ระบบประสาทส่วนกลาง (CNS)

2.1 โรคลมชัก (Epilepsy) การชัก (seizure) นั้นเป็นอาการที่แสดงออกอย่างหนึ่งของความผิดปกติของระบบประสาท ซึ่งอาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น ในผู้ใหญ่ที่อายุเกิน 35 ปีอาจเกิดจากเส้นเลือดในสมองตีบหรือแตก (CVA), Brain tumor, Alcohol withdrawal syndrome, Metabolics (uremia, hepatic failure, electrolytes imbalance, hypoglycemia), Alzheimer's disease, Idiopathic⁽⁴⁾ ส่วนคำว่าลมชัก (epilepsy) นั้นเป็นคำที่หมายถึงมีการชักมากกว่าหนึ่งครั้งขึ้นไป หรือ เคยชักมาก่อนแล้วชักซ้ำอีก คนที่เป็นโรคลมชักส่วนมากมักมีอาการตอนเช้าเมื่อตื่นนอน⁽²⁾ การผ่าตัดมักไม่พบความผิดปกติใดๆของสมอง จึงต้องอาศัยประวัติเป็นหลัก ส่วนกรณีที่มีพยาธิสภาพที่สมองอาจพบได้ คือ Hippocampal sclerosis นั้นพบได้ประมาณร้อยละ 50-60 ในผู้ป่วยที่ไม่ทราบจุดกำเนิดของการกระตุ้นการชัก (ร้อยละ 30 ไม่สามารถระบุตำแหน่งต้นกำเนิดกระตุ้นการชักได้) และมักพบความผิดปกติข้างเดียว⁽⁵⁾ hippocampal sclerosis นี้เป็นพยาธิสภาพของโรค Mesial Temporal Lobe Epilepsy Syndrome (MTLE) ซึ่งสัมพันธ์กับ Complex-partial seizure โดยยังเป็นที่ยกเถียงกันว่า

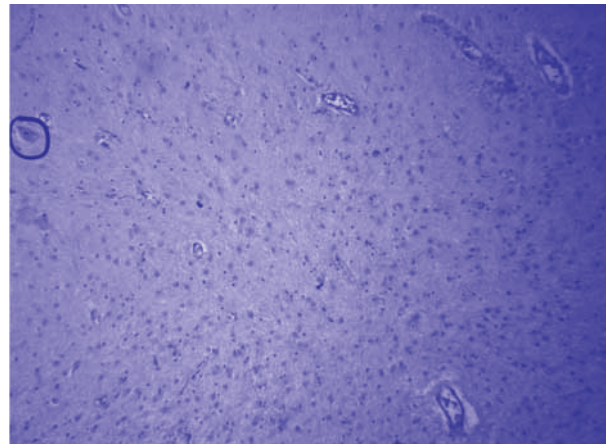
เป็นสาเหตุหรือเป็นผลจากการชักกันแน่ แต่ในรายที่มีการชักและรักษาด้วยยาไม่หาย (refractory to medications) แพทย์มักทำการผ่าตัดเอาสมองบางส่วนบริเวณ temporal lobe ออกจะทำให้หยุดชักได้^(4, 6) กลไกที่ทำให้ตายเกิดจาก neurogenic pulmonary edema หรือ arrhythmias^(1, 5)



แสดงลักษณะ hippocampus ในศพที่มีประวัติเป็นโรคลมชัก โดยข้างขวามีขนาดเล็กกว่าข้างซ้าย และมีส่วนของ grey matter ลดลง เนื่องจากมี glia cell เข้ามาแทนที่ (เป็นกระบวนการ healing ของ brain)

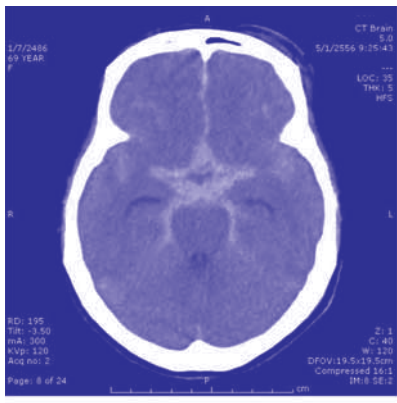
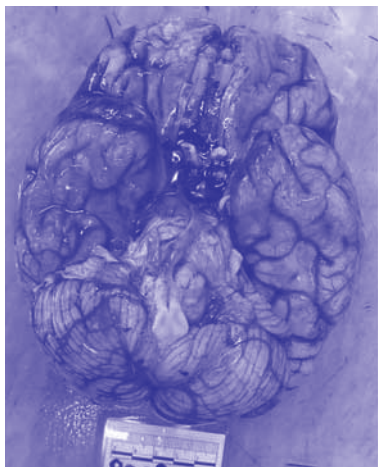
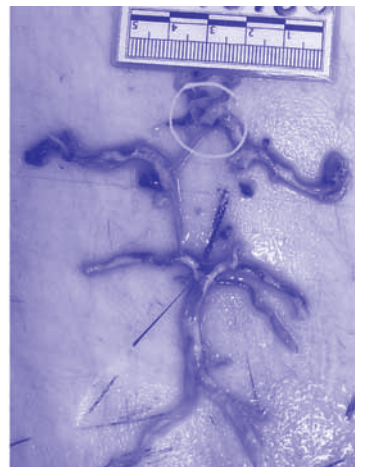


ภาพจากกล้องจุลทรรศน์กำลังขยาย 10 เท่า ของ hippocampus ข้างซ้าย (ปกติ) มีเซลล์ประสาทในตำแหน่งนี้ปริมาณปกติ (ส่วนที่วงกลมและอื่นๆ ที่คล้ายกับในวงกลม)



ภาพจากกล้องจุลทรรศน์กำลังขยาย 10 เท่า ของ hippocampus ข้างขวา (ผิดปกติ) มีเซลล์ประสาทในตำแหน่งนี้น้อยมาก (ส่วนที่วงกลม) ซึ่งเซลล์ประสาทส่วนมากตายไปแล้วถูกแทนที่ด้วย glia cell

2.2 เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง (Non-traumatic SAH) อาจเกิดจาก berry aneurysm (ดังภาพด้านล่าง), extending from ICH, AVM (Sturge-Weber syndrome ซึ่งประกอบด้วย facial/neck vascular nevi, AVM, epilepsy), mycotic aneurysm⁽¹⁾

		
<p>ภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ศีรษะของผู้ป่วยชาย อายุ 69 ปี แสดงเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง (subarachnoid hemorrhage)</p>	<p>ภาพสมองส่วนฐานของผู้ป่วยดังกล่าวจากการผ่าศพ พบ subarachnoid hemorrhage</p>	<p>ภาพเส้นเลือดส่วนฐานสมองในวงกลมแสดง aneurysm ขนาด 6 มม. ของเส้นเลือด left anterior cerebral artery ที่ผนังส่วนหนึ่งแตกออก</p>

2.3 เลือดออกในสมอง (Intracerebral hemorrhage) มักเกิดจากโรคความดันโลหิตสูง โดยตำแหน่งที่พบมากเรียงตามลำดับ คือ basal ganglia, cerebellum, pons, และ cerebral hemisphere (lobar hemorrhage)

2.4 Primary brain tumor ส่วนมากเป็นชนิด glioblastoma multiforme และมีเลือดออกภายใน^(1,2) ซึ่งทำให้เกิดการบวมของ hypothalamus, aqueduct of Sylvius หรือ 4th ventricle อย่างเฉียบพลันมีผลทำให้ sudden death หรือ Epilepsy ได้⁽¹⁾

2.5 เยื่อหุ้มสมองอักเสบและสมองอักเสบ (Meningitis & Encephalitis) เยื่อหุ้มสมองอักเสบมักเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย Streptococcus Pneumoniae, Hemophilus influenza, Neisseria meningitides ส่วนสมองอักเสบมักเกิดจากเชื้อไวรัส

2.6 Hydrocephalus ทำให้เกิดภาวะ Increase intracranial pressure (IICP)

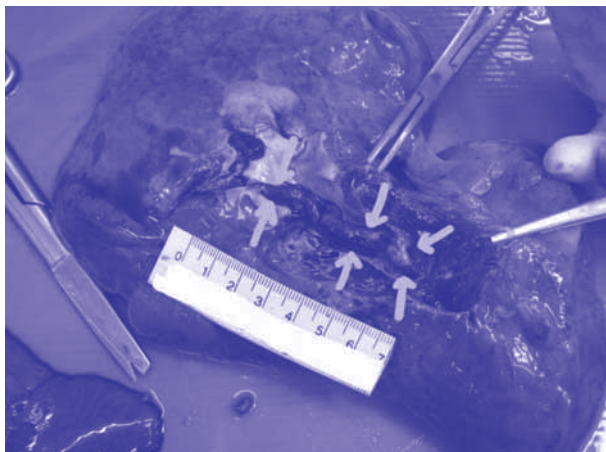
2.7 Psychiatric patient จะมีความสัมพันธ์กับยาที่กิน เช่น phenothiazine ทำให้เกิด arrhythmias ได้

2.8 Intraparenchymal brain infection เช่น Cryptococcal infection หรือ bacterial brain abscess ที่เป็นลักษณะ mass occupying lesion แล้วทำให้เกิดภาวะสมองบวมและตายได้

3. ระบบหายใจ (Respiratory system)

3.1 เยื่อφυาปิดกล่องเสียงอักเสบและบวม (Epiglottitis/Epiglottiditis) ทำให้เกิดภาวะ acute upper airway obstruction โดยมักเกิดจากเชื้อ Hemophilus influenza type B (ทั้งในเด็กและผู้ใหญ่), Streptococcus pneumoniae; Hemophilus parainfluenza, Streptococcus pyogenes (ในผู้ใหญ่)⁽¹⁾

3.2 ลิ่มเลือดอุดตันเส้นเลือดแดงชั่วปอด (Pulmonary thromboembolism) มีผลทำให้เกิดภาวะช็อก เนื่องจากเลือดไปปอดไม่ได้จึงไม่มีเลือดกลับเข้าสู่หัวใจห้องซ้าย ทำให้เลือดออกจากหัวใจไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้น้อย โดยลิ่มเลือดนี้ประกอบด้วยเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว เกล็ดเลือด และไฟบริน (fibrin) อาจหลุดลอยมาจากเส้นเลือดดำส่วนลึกที่อยู่ในร่างกายได้หลายตำแหน่ง (deep vein thrombosis) โดยพบบ่อยที่เส้นเลือดบริเวณน่อง ซึ่งสาเหตุที่สำคัญมี 3 ประการ คือ การบาดเจ็บ ซึ่งอาจจะบาดเจ็บโดยตรงบริเวณเส้นเลือดที่เกิดลิ่มเลือดหรือบริเวณอื่นซึ่งจะทำให้เกิดการแข็งตัวของเลือดได้ง่ายกว่าปกติ และมักเกิดหลังจากบาดเจ็บไปแล้วอย่างน้อยสองสัปดาห์⁽³⁾ สาเหตุประการต่อมา คือ การแข็งตัวของเลือดผิดปกติทำให้เลือดหนืดกว่าปกติ เช่น deficiency of Protein C (liver failure, chronic renal failure), protein S, Anti-thrombin III (Estrogen oral contraceptive drug, pregnancy), resistance to activity of protein C (factor V Leiden, gene abnormality), systemic lupus erythematosus, antiphospholipid syndrome, Disseminated intravascular coagulopathy, Cancer (15% of deep venous thrombosis) coexistence of peripheral venous thrombosis with visceral cancer, particularly pancreatic cancer (เรียกว่า Trousseau's syndrome) ซึ่งส่วนมากพบว่าเป็นมะเร็งที่ lung, pancreas, gastrointestinal, breast, ovary, genitourinary, lymphomas & Brain tumors⁽⁴⁾, sepsis, thrombocytosis นอกจากนี้ยังมีสาเหตุจากภาวะตับอ่อนอักเสบได้ ซึ่งจะมีผลทำให้เกิดลิ่มเลือดในเส้นเลือดดำใหญ่บริเวณใกล้เคียง (Inferior vena cava thrombosis) โดยผู้เขียนเคยพบผู้ตายหนึ่งรายมีประวัติดื่มสุราเรื้อรังทำให้เป็นโรคตับอ่อนอักเสบและต่อมาเสียชีวิตอย่างกะทันหันโดยไม่ทราบสาเหตุตายเมื่อผ่าศพจึงพบลิ่มเลือดดังกล่าว⁽⁷⁾ สาเหตุประการที่สาม คือ การไม่ได้เคลื่อนไหวเป็นเวลานาน⁽¹⁾ เช่น มีกระดูกขาหัก โรคอัมพาตต้องนอนติดเตียง นั่งเครื่องบินนาน อ้วนมาก เป็นต้น โดยแต่ละสาเหตุอาจเสริมกัน เช่น ได้รับบาดเจ็บแล้วต้องนอนติดเตียงเป็นส่วนมาก



ลักษณะลิ่มเลือดอุดตันเส้นเลือดแดงชั่วปอด (ลูกศร)

3.3 โรคหอบหืด (Asthma) กลไกการตายมักเกิดจากภาวะขาดออกซิเจน ซึ่งไม่ได้รับการรักษา เมื่อมีอาการรุนแรง ส่วนน้อยเกิดจากการใช้ยาพ่นมากเกินไป (ทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะตายได้เช่นกัน) นอกจากนี้ภาวะหอบหืดอาจเกิดจากยาได้ (ไม่ได้เป็นโรค) เช่น Aspirin, NSAIDs, beta blocker, tartrazine, sulfiting agents⁽⁴⁾ Opioid โดยเฉพาะ Morphine, Meperidine (histamine release) ยกเว้น Fentanyl จะไม่ทำให้เกิดภาวะหอบหืด

3.4 ปอดอักเสบติดเชื้อ (Pneumonia) การตายจากโรคนี้ต้องพบว่ามี การติดเชื้อที่ปอด อย่างน้อยหนึ่งกลีบ (lobe) หรือมีการติดเชื้อรอบหลอดลมเป็นบริเวณกว้าง (confluent bronchopneumonia)^(1, 3) โดยผู้ป่วยมักมีภูมิคุ้มกันต่ำหรือมีโรคประจำตัว เช่น alcoholism, ติดเชื้อไวรัสระบบทางเดินหายใจมาก่อน, ติดยาเสพติดเรื้อรัง, โรคหัวใจ, อายุมาก เป็นต้น เป็นที่น่าสังเกตว่า ถ้าพบศพที่ไม่ทราบชื่อ ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง (พเนจร) รูปร่างผอม เนื้อตัวมอมแมม มักเสียชีวิตจากปอดอักเสบติดเชื้อหรือวัณโรค กลไกที่ทำให้ตายเกิดจากภาวะขาดออกซิเจน และเกิดจากเชื้อแบคทีเรียปล่อยสารพิษไปกดการทำงานของหัวใจ (endotoxin)⁽¹⁾

3.5 วัณโรคปอด (Pulmonary tuberculosis) ในผู้ใหญ่ การแสดงอาการของการติดเชื้อวัณโรคปอด มักจะเป็นลักษณะการติดเชื้อที่กำเริบขึ้นภายหลังการติดเชื้อครั้งแรก (secondary tuberculosis) หรือเป็นการติดเชื้อแพร่กระจายไปยังอวัยวะต่างๆ (military tuberculosis or disseminated tuberculosis) เมื่อมีภูมิคุ้มกันบกพร่อง (AIDS) หรือเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง โดยพบว่าบุคคลที่อยู่ในเรือนจำหรือคนพเนจรจะป่วยและตายจากโรคนี้กันมาก

3.6 สำลักเลือดเข้าปอด (Blood aspiration)^(1, 2) เกิดจากมะเร็งหรือการติดเชื้อวัณโรคทำลายผนังเส้นเลือด ทำให้เลือดออก, bronchiectasis, lung abscess เป็นต้น

3.7 ภาวะลมรั่วในช่องอกในทารกแรกคลอด (Spontaneous pneumothorax of Newborns) พบเพียง 1-2% ของเด็กคลอดมีชีวิต⁽²⁾

4. ระบบทางเดินอาหาร ตับ และน้ำดี (Gastrointestinal Liver and bile system)

4.1 อาเจียนเป็นเลือด (Massive hematemesis)^(1, 2) มักเกิดจาก Esophageal varices, Duodenal ulcer, Gastric ulcer, cancer of other gastrointestinal tract, Mallory-Weiss syndrome เป็นต้น

4.2 เยื่อช่องท้องอักเสบ (Peritonitis) เกิดจาก perforated duodenal ulcer (มักพบในผู้ป่วย alcoholism, psychotic patient)⁽²⁾ ใส่ติ่งอักเสบและแตก

4.3 ม้าม (Spleen) ม้ามที่มีขนาดใหญ่อาจแตกได้จากโรคต่างๆ เช่น undiagnosed leukemia, infectious mononucleosis, malaria ส่วนกรณีไม่มีม้าม (อาจถูกตัดออกด้วยสาเหตุต่างๆ) จะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและเกิดภาวะ pneumococcal septicemia ได้

4.4 ตับอ่อน (Pancreas) อาจตายจากตับอ่อนอักเสบรุนแรง (fulminating pancreatitis), diabetic coma เป็นต้น หรือภาวะแทรกซ้อนจากตับอ่อนอักเสบดังกล่าว

4.5 ตับ (Liver) อาจตายจาก fulminating hepatitis due to drug/toxins (acetaminophen, ASA Reye's syndrome), รับประทานเห็ดพิษ (Amanita phalloides cyclopeptide toxins)⁽²⁾ Cirrhosis associated with massive non-traumatic intraabdominal hemorrhage (non-clotted blood), Severe Fatty metamorphosis โดยในผู้ป่วยที่ติดสุราเรื้อรังมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะร้ายแรงได้ง่าย, Ruptured cavernous hemangioma of liver, hepatoma, liver peliosis⁽²⁾ เป็นต้น

4.6 ลำไส้อุดตันและขาดเลือด (Bowel obstruction and strangulation) สาเหตุของลำไส้อุดตันนั้น อาจเกิดจากลำไส้ถูกพังผืดในช่องท้องรัดหรือลำไส้เล็กเข้าไปอุดตันในโพรงหรือช่องที่ขาหนีบหรือลงไปถึงอวัยวะได้ในเพศชาย (ไส้เลื่อนขาหนีบ) ซึ่งเมื่อลำไส้ถูกรัดหรือถูกกดเป็นเวลานานจะทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยงลำไส้ส่วนปลาย และมีการตายของลำไส้ ซึ่งต่อมาทำให้มีการติดเชื้อในบริเวณลำไส้ที่ตาย และมีการติดเชื้อเข้ากระแสเลือด ซึ่งทำให้เสียชีวิตได้

4.7 ลำไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน (acute appendicitis) ในบางครั้งอาการปวดท้องอาจวินิจฉัยได้ยาก ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ จึงมีการผ่าศพกรณีเช่นนี้บ้างประปราย

4.8 อื่น ๆ เช่น bowel infarction จาก mesenteric artery thrombosis

5. ระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine system)

5.1 ต่อมใต้สมองส่วนหน้า (Anterior pituitary) ถ้าขาดฮอร์โมนจากส่วนนี้จะทำให้เกิดภาวะ hypotension, hypoglycemia, hypothermia

5.2 ต่อมหมวกไต (Adrenal)

5.2.1 ส่วนเปลือกนอก (Cortex) ถ้าขาดฮอร์โมนจากส่วนนี้จะทำให้เกิดโรคหรือภาวะต่างๆ มากมาย ทั้งจากภายในร่างกายเอง เช่น Addison's disease (ผู้เขียนเคยพบศพที่ตายจากโรคนี้โดยผู้ตายมีประวัติการรักษาโรคหรือภาวะต่างๆ ที่แสดงถึงการขาดฮอร์โมนที่สร้างจากเปลือกต่อมหมวกไตมานานพอสมควร แต่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยโรคนี้จนกระทั่งมีการผ่าชันสูตรศพ⁽⁸⁾), Waterhouse-Friderichsen syndrome (sepsis induce bilateral adrenal cortex hemorrhage และอาจถึง medullar⁽¹⁾) ซึ่งมักเกิดจาก meningococemia, pneumococcal sepsis สาเหตุตายเกิดจากภาวะ Adrenal insufficiency ร่วมกับ bacterial toxemia⁽¹⁾, หรือจากการรับยาสเตียรอยด์เป็นเวลานาน (กรณีได้รับยาปริมาณอย่างน้อยสองสัปดาห์) จะทำให้เกิดภาวะ hypotension, dehydration, hyperkalemia ส่วนกรณีที่มีฮอร์โมนเกินจะทำให้เกิด Conn's syndrome, Cushing's syndrome ซึ่งมีผลให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงและโพแทสเซียมในเลือดต่ำ

5.2.2 ต่อมหมวกไตชั้นใน (Medulla) อาจตายจากมะเร็ง Pheochromocytoma⁽²⁾

5.3 โรคจากต่อมไทรอยด์ (Thyroid disease) ในภาวะฮอร์โมนไทรอยด์สูงกว่าปกติ อาจทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะร้ายแรงและตายได้ หรือมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ โดยเฉพาะผู้ที่ไม่ได้รับการรักษาหรือรักษาไม่สม่ำเสมอ โดยผู้เขียนเคยพบการตายจากภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานมากกว่าปกติและเป็นสาเหตุตายในบุคคลที่อายุน้อย ซึ่งถ้ามีการรักษาอย่างสม่ำเสมออย่างถูกต้องอาจไม่ตายจากโรคดังกล่าว⁽⁹⁾ ส่วนภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์นั้น อาจตายได้จากภาวะ myxedema coma, hypothermia

5.4 โรคจากต่อมพาราไทรอยด์ (Parathyroid disease) ถ้าต่อมนี้ทำงานมากกว่าปกติจะทำให้เกิดระดับแร่ธาตุแคลเซียมในเลือดสูง ทำให้เกิดภาวะอ่อนแรงและหมดสติได้ แต่ถ้าทำงานน้อยกว่าปกติจะทำให้เกิดภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ ซึ่งมีผลทำให้เกิดชักได้

6. การตั้งครรภ์ (Pregnancy) อาจเกิดโรคหรือภาวะ เช่น eclamsia, amniotic embolism, trophoblastic pulmonary embolism, ruptured tubal pregnancy (มักเกิดในอายุครรภ์ 6-12 wk. GA⁽¹⁾)

7. โรคชรา (Senility)^(1, 2) เมื่อเข้าสู่วัยชรา ร่างกายจะมีความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ โดยเฉพาะอวัยวะที่สำคัญคือ หัวใจ ซึ่งความเสื่อมของเซลล์และระบบไฟฟ้าในหัวใจทำให้เสียชีวิตได้ การตายจากโรคชรานั้นควรถือเอาช่วงอายุในแต่ละยุคสมัยเป็นหลัก โดยในสมัยปัจจุบัน ช่วงอายุมนุษย์ (life span) คือ 70-90 ปี⁽³⁾ บางตำราแนะนำให้วินิจฉัยว่าตายจากโรคชราที่ต่อเมื่ออายุตั้งแต่ 90 ปีขึ้นไปและผลการผ่าศพไม่พบความผิดปกติอื่นหรือพบเพียงเล็กน้อยและไม่มีลักษณะพยาธิสภาพที่เป็นโรคซึ่งเป็นสาเหตุตายได้⁽¹⁾

8. โรคหรือภาวะอื่นๆ (Miscellaneous)^(1, 2) เช่น AIDS (AIDS dementia complex or multifocal leucoencephalopathy or encephalitis or other opportunistic infection) SIDS⁽⁹⁾ (ไหลตายในเด็ก)[†], SUDS (โรคไหลตาย), Central pontine myelinolysis, anaphylaxis, cysticercosis, streptococcus infection จากการกินเนื้อหมูดิบ⁽¹⁰⁾ เป็นต้น

ประเด็นทางนิติเวชและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการตายจากโรคธรรมชาติ (Medico legal-related problem)

แม้ว่าสาเหตุตายโดยตรง (immediate cause of death) จะเป็นโรคธรรมชาติก็ตาม แต่เหตุตายน่า (primary cause of death) อาจเกิดจากการบาดเจ็บซึ่งอาจเกิดจาก ถูกทำร้ายร่างกาย ทำร้ายตัวเอง หรืออุบัติเหตุ โดยในบางสถานการณ์เป็นเรื่องยากอย่างยิ่งที่จะพิสูจน์ความสัมพันธ์ระหว่างการบาดเจ็บและผลที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะกรณีที่พบบาดแผลหรือการบาดเจ็บแต่ไม่ถึงกับเป็นเหตุตายได้ โดยมักจะมีคำถามเสมอว่า⁽³⁾

o โรคนั้นเป็นเหตุตายโดยตรงไม่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บหรือไม่ (แม้ไม่มีการบาดเจ็บก็ตายได้จากโรคเอง) กรณีนี้อาจเป็นปัญหาได้ในสองระยะหลังการบาดเจ็บ คือ ระยะแรกตายในทันทีหรือไม่านหลังการบาดเจ็บ ระยะต่อมาตายจากผลแทรกซ้อนซึ่งใช้เวลานานกว่าจะตาย เช่น ถูกยิงเข้ากระดูกสันหลังที่คอ ป่วยเป็นอัมพาตนอนติดเตียง 1 ปี ต่อมาติดเชื้อที่ปอดหรือทางเดินปัสสาวะตาย ซึ่งในกรณีนี้ปัญหาอาจซับซ้อนขึ้นอีกถ้ามีการตายโดยสาเหตุอื่นแทรกเข้ามา เช่น ผู้ตายฆ่าตัวตายเพราะป่วยเรื้อรัง หรือญาติไม่ประสงค์จะรักษาผู้ตายต่อไป จึงปลดเครื่องช่วยหายใจออกขณะผู้ตายอยู่ในโรงพยาบาล เป็นต้น

[†] ปัจจุบัน SIDS ยังไม่ทราบสาเหตุเช่นกันเหมือน SUDS โดยพบในเด็กอายุระหว่าง 2-7 เดือน มากที่สุดที่ 3 เดือน ถ้าอายุเกิน 9 เดือนไปแล้วจะพบน้อยมาก

o การบาดเจ็บนั้นทำให้ตายได้โดยไม่เกี่ยวกับการเป็นโรคหรือไม่ (ซึ่งแม้ไม่มีโรคผู้ตายก็จะตายจากการบาดเจ็บโดยตรง)

o โรคนั้นเป็นเหตุตายร่วมกับการบาดเจ็บหรือไม่ โดยมักพบในกรณีที่ทั้งตัวโรคเองและการบาดเจ็บเองต่างไม่สามารถทำให้ตายได้

ซึ่งโรคที่มักเป็นปัญหาในการพิสูจน์และโต้แย้งกันมากที่สุดมี ดังนี้ คือ

- Coronary heart disease (CHD)
- Rupture cerebral aneurysm
- Pulmonary thromboembolism

ในการตอบคำถามต่างๆ ดังกล่าว ต้องพิจารณาว่าถ้ามีการบาดเจ็บของร่างกาย หรือขณะมีการต่อสู้หรือมีภาวะเครียด (physical and emotional stress) หัวใจจะต้องเต้นเร็วและสูบฉีดเลือดมากขึ้น เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจและส่วนต่างๆ ได้เพียงพอ ความดันในเส้นเลือดก็จะเพิ่มมากขึ้น ถ้าเส้นเลือดหัวใจตีบจะทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้น้อยลงก็จะเสี่ยงต่อกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ง่ายกว่าคนที่ไม่มีเส้นเลือดเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจตีบ หรือในคนที่เส้นเลือดที่ฐานสมองโป่งพองอยู่ก่อนแล้ว เมื่อความดันโลหิตสูงขึ้น ก็จะทำให้เส้นเลือดแตกได้ง่ายขึ้น แต่การวินิจฉัยความสัมพันธ์ระหว่างโรคและการบาดเจ็บต้องคำนึงถึงระดับความรุนแรงของโรคประกอบกับสถานการณ์แวดล้อมด้วย เช่น ถ้าโรคมีความรุนแรงอยู่แล้วและสามารถตายได้จากตัวโรคเอง (เช่น ป่วยเป็นโรคเส้นเลือดหัวใจตีบร้อยละ 90 หรือเส้นเลือดฐานสมองโป่งพอง ขนาด 6 มม. ซึ่งพร้อมที่จะแตกอยู่ตลอดเวลา ทั้งสองโรคสามารถตายได้โดยตัวของโรคเอง) ดังนั้นแล้วเนื่องจากในคดีอาญา โจทก์ต้องพิสูจน์ให้ได้ว่าจำเลยกระทำความผิดจริงโดยปราศจากข้อสงสัยตามสมควร (proof beyond a reasonable doubt) ซึ่งถือเป็นหลักสากล^(3, 11-13) หมายความว่า ต้องพิสูจน์ให้ศาลเห็นว่าจำเลยมีความผิดจริงและมีเหตุผลตามสมควร โดยศาล (ซึ่งถือว่าเป็นบุคคลที่มีเหตุผลหรือเป็นวิญญูชนนั่นเอง) ไม่ลังเลเลยที่จะเชื่อตามนั้น แต่ไม่ต้องถึงกับต้องปราศจากข้อสงสัยทั้งหมด (all possible doubt)⁽¹²⁾ หรือข้อสงสัยเล็กน้อยๆ (a bit of doubt)⁽¹¹⁾ มิฉะนั้นแล้วจะไม่สามารถฟ้องคดีอาญาใดๆ หรือไม่สามารถลงโทษในคดีอาญาใดๆ ได้เลย ดังนั้น ฝ่ายจำเลยมักยกเป็นข้อต่อสู้เสมอว่าการบาดเจ็บหรือการทำร้ายนั้นไม่เป็นเหตุให้ตายเร็วขึ้น หรือมีความสัมพันธ์ให้เกิดการตายได้ เพราะลำพังตัวโรคเองก็สามารถทำให้ตายได้แล้ว โดยศาลในต่างประเทศมักต้องใช้เหตุการณ์แวดล้อมรวมทั้งประวัติการเจ็บป่วยของผู้ตายประกอบการพิจารณาเสมอ ซึ่งแม้ผู้ตายมีโรคประจำตัวอยู่ก่อนแต่ไม่เคยมีอาการของโรคดังกล่าวมาก่อนเลย (อาจไม่ทราบว่าโรคมีอยู่) และมาตายในระยะเวลาไม่นานหลังถูกทำร้าย ศาลมักจะพิจารณาว่าการตายนั้นเป็นผลจากการทำร้ายนั่นเอง⁽³⁾ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคำพิพากษาของศาลฎีกาไทย คือ การพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำและผลนั้นใช้หลักของผลโดยตรงตามทฤษฎีเงื่อนไข คือ ถ้าไม่มีการกระทำ (ของจำเลย) ผลไม่เกิด ถือว่าผลเกิดจากการกระทำของจำเลย ในทางตรงข้ามถ้าไม่มีการกระทำของจำเลย ผลก็ยังเกิด จะถือว่าผลเกิดจากการกระทำของจำเลยไม่ได้⁽¹⁴⁾ ในการพิสูจน์ความสัมพันธ์ระหว่าง

การกระทำและผลนี้มีตัวอย่างคำพิพากษาศาลฎีกาที่ 657/2532⁽¹⁵⁾ ได้อาศัยหลักนี้ในการพิจารณา โดยสรุป แม้ผู้ตายมีโรคประจำตัวอยู่ก่อนแต่ไม่เคยมีอาการของโรคนั้นและปรากฏว่าหลังถูกทำร้ายแล้วผู้ตายถึงแก่ความตาย ในระยะเวลาไม่นาน ศาลไทยจะเห็นว่าการตายนั้นเป็นผลโดยตรงจากการทำร้าย

อีกกรณีที่น่าจะเป็นปัญหาคือ มีผลแทรกซ้อนจากการบาดเจ็บที่ใช้เวลานานกว่าจะเสียชีวิต เช่น บาดแผลติดเชื้อ ปอดอักเสบติดเชื้อจากการนอนรักษาในโรงพยาบาลนานแล้วตาย เป็นต้น โดยทั่วไปสาเหตุการตายนำนั้น ต้องเป็นการตายจากการบาดเจ็บ⁽³⁾ ซึ่งผลแทรกซ้อนจากการบาดเจ็บนั้น ตามกฎหมายถือเป็นเหตุแทรกแซงใช้ทฤษฎีเหตุที่เหมาะสม (Theory of adequate causation) ถ้าวิญญูชนคาดหมายได้ ผู้กระทำต้องรับผิดชอบในผลนั้น แต่ถ้าคาดหมายไม่ได้ก็ไม่ต้องรับผิดชอบในผลนั้น โดยผลแทรกซ้อนจากการบาดเจ็บนี้ศาลฎีกาถือเป็นสิ่งที่คาดหมายได้ เช่น คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 3039/2547⁽¹⁵⁾ “...ถูกยิงแล้วปอดติดเชื้อตาย เป็นเหตุแทรกแซงที่คาดหมายได้ คนยิงรับผิดชอบเจตนาฆ่า...” หรือตายโดยการกระทำของบุคคลที่สาม (เช่น แพทย์ประมาท** รักษาผู้ตายไม่ดี จึงเสียชีวิต) ก็ถือว่าเป็นเหตุแทรกแซงที่คาดหมายได้เช่นกัน แต่ถ้าปรากฏว่ามีเหตุแทรกแซงอย่างอื่น เช่น ผู้ตายฆ่าตัวตายเอง หรือถูกผู้อื่นฆ่าตาย (เช่น ญาติดึงท่อช่วยหายใจออกเพื่อให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ ตามคำพิพากษาศาลฎีกาที่ 659/2532⁽¹⁵⁾) เป็นต้น กรณีนี้ศาลถือว่าเป็นเหตุแทรกแซงที่คาดหมายไม่ได้ ผู้กระทำรับผิดชอบเจตนาตอนแรก โดยอาจเป็นความผิดฐานพยายามฆ่าคนตาย หรือฐานทำร้ายร่างกาย

⁵ จำเลยใช้ไม้ขนาดหน้า 3 นิ้ว พาดยาวราว 1 ศอก ไม่ปรากฏว่าหนาเท่าใดตีผู้ตายเมื่อผู้ตายล้มลงก็เข้าไปกระแทกซ้ำ และเมื่อจำเลยดันผู้ตายไปติดอยู่ที่รถปิกอัพ จำเลยก็จับศีรษะผู้ตายโยกกับเสาเหล็กโครงหลังคารถปิกอัพ ซึ่งเป็นเสากลมกลวงขนาดโตไม่เกิน 1 นิ้ว กับเมื่อผู้ตายเดินกลับบ้านจำเลยก็ชักไม้รั้วบ้าน ซึ่งไม่ปรากฏว่าเป็นไม้ขนาดเท่าใดตีผู้ตายแล้วก็เลิกรา กันไป ดังนี้ ยังถือไม่ได้ว่าจำเลยมีเจตนาฆ่าผู้ตาย คงถือได้เพียงว่าจำเลยมีเจตนาทำร้ายร่างกายผู้ตายเท่านั้น เมื่อปรากฏว่า ก่อนถูกจำเลยทำร้ายร่างกายผู้ตายยังมีอาการปกติคือยังไม่ปรากฏว่ามีอาการผิดปกติอันสื่อว่าจะถึงแก่ความตายในเวลาอันรวดเร็ว กลับถึงแก่ความตาย หลังจากถูกจำเลยทำร้ายเพียงประมาณ 17 ชั่วโมง แม้แพทย์จะเห็นว่าผู้ตายถึงแก่ความตายด้วยโรคตับแข็ง มิได้ตายเพราะบาดแผลที่ถูกจำเลยทำร้ายก็ตาม ก็ถือว่าความตายของผู้ตายเป็นผลโดยตรงจากการถูกจำเลยทำร้ายเพราะทำให้ผู้ตายถึงแก่ความตายเร็วขึ้นกว่าที่ควรจะเป็น จำเลยจึงมีความผิดฐานฆ่าผู้ตาย โดยไม่เจตนาตาม ป.อ. มาตรา 290 วรรคแรก

** หมายถึง ประมาทธรรมดา ไม่รวมประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง

เอกสารอ้างอิง

1. Spitz WU. Spitz and Fisher's medicolegal investigation of death. 3 ed. U.S.A Thomas publisher; 1993.
2. Dimaio VJ, Dimaio D. Forensic pathology. 2 ed. U.S.A. CRC press; 2001.
3. Saukko P, Knight B. Knight's forensic pathology. 3 ed. London Arnold; 2004.
4. Kasper DL, Harrison TR. Harrison's principles of internal medicine. 16th ed. New York McGraw-Hill, Medical Pub. Division; 2005.
5. Schochet S, Jeannie N. Atlas of Clinical Neuropathology Appleton& Lange; 1989.
6. Dolinak D, Matshes E. Medicolegal neuropathology A color atlas CRC press; 2002.
7. Hanterdsith B. Fatal Pulmonary Thromboembolism due to Inferior Vena Cava Thrombosis. Annals of vascular diseases. 2011;4(2)121-3.
8. Hanterdsith B, Mahanupab P. Sudden Death in Addison's Disease Lead Poisoning-like Gum Appearance. European Journal of Cardiovascular Medicine. 2011;1(3)38-40.
9. Hanterdsith B, Mahanupab P. Sudden and unexpected death in a young Thai female due to poorly controlled Graves' disease a case report. The American journal of forensic medicine and pathology. 2010;31(3)253-4.
10. Hanterdsith B, Tharavichitkul P, Mahanupab P, Raksamat W. Postmortem diagnosis of sudden unexpected death from Streptococcus suis type 2 infection a case report. Journal of forensic and legal medicine. 2013;20(4)347-9.
11. วจนะสวัสดิ์ เ. ภาษาอังกฤษสำหรับนักกฎหมาย (English for lawyers). กรุงเทพฯ บริษัท กรุงสยาม พับลิชชิ่ง จำกัด; 2548 พฤศจิกายน 2548.
12. Savino JO, Turvey BE. Rape investigation handbook. United States of America Elsevier Academic Press; 2005.
13. Forensic Emergency Medicine. 2 ed Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
14. มีนะกนิษฐ ท. ประมวลกฎหมายอาญา ฉบับอ้างอิง. กรุงเทพฯ สำนักพิมพ์วิญญูชน จำกัด; 2550.
15. ระบบสืบค้นคำพิพากษา คำสั่ง คำร้อง และคำวินิจฉัยศาลฎีกา [database on the Internet]. Available from <http://deka2007.supremecourt.or.th/deka/web/search.jsp>.



Forensic Medicine

บทที่ 21

Maternal & Neonatal death & Abortion

แพทย์หญิงนันทนา จรุงเนตร

แพทย์หญิงสุธิดา บุชิตร์ตันคุณ

การตายที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์

แม้ว่าการตายจากการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ นอกจากการทำแท้ง จะไม่ได้เป็นการตายที่ต้องทำการชันสูตรพลิกศพ ตามกฎหมาย แต่การตายจากการตั้งครรภ์ก็มักจะได้รับ การชันสูตรพลิกศพ เนื่องจากสาเหตุการตายส่วนใหญ่ ต้องได้รับการชันสูตรพลิกศพอย่างละเอียด จึงจะสามารถทราบถึงสาเหตุการตายได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตาย จากภาวะน้ำคร่ำอุดกั้นในกระแสเลือด (amniotic fluid embolism) ซึ่งการจะวินิจฉัยได้ต้องมีผลการตรวจ ทางพยาธิวิทยายืนยัน

การตายที่เกี่ยวข้องกับการแท้ง

1. การทำแท้งอย่างถูกกฎหมาย

เมื่อการทำแท้งทำด้วยวิธีที่เหมาะสม พบว่าอัตราการตายต่ำมาก สาเหตุการตายที่พบได้ คือ

- เสียชีวิตจากลิ่มเลือดอุดกั้นในหลอดเลือดแดงปอด (pulmonary embolism)
- เสียชีวิตจากการดมยา
- เสียชีวิตจากภาวะเลือดแข็งตัวในหลอดเลือดแบบแพร่กระจาย (disseminated intravascular coagulation)
- เสียชีวิตจากการเกิดฟองอากาศในกระแสเลือด (air embolism)
- เสียชีวิตจากการเสียเลือดหรือการติดเชื้อ

2. การเสียชีวิตจากการทำแท้งอย่างผิดกฎหมาย

2.1 การทำแท้งโดยการใช้เครื่องมือเพื่อรบกวนการตั้งครรภ์ เมื่อการตั้งครรภ์หลุดลอก จะกระตุ้น ให้เกิดการหดตัวของมดลูกเพื่อขับการตั้งครรภ์ออกมา ถ้ากระทำโดยบุคคลที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ สามารถทำให้เกิดการฉีกขาดของช่องคลอด มดลูก หรืออวัยวะภายในอื่นๆ ได้บ่อยครั้ง ซึ่งทำให้เกิดอันตราย จากการเสียเลือดและการติดเชื้อได้ นอกจากนี้ การใส่เครื่องมือเข้าไปเพื่อขยายปากมดลูก อาจทำให้เกิดการกระตุ้น vagal reflex ทำให้หัวใจหยุดเต้นได้

2.2 การฉีดอากาศเข้าไปในมดลูก วิธีการทำแท้งโดยการฉีดของเหลวเข้าไปในมดลูก เพื่อทำให้การตั้งครรภ์ หลุดออกจากผนังมดลูก อันตรายที่อาจเกิดขึ้น นอกจากการเสียเลือดและการติดเชื้อแล้ว ยังสามารถทำให้เกิด การเสียชีวิตจากการเกิดฟองอากาศในกระแสเลือด เนื่องจากเมื่อฉีดของเหลวเข้าไปจนเกือบหมดแล้ว หลังจากนั้น จะมีอากาศตามเข้าไปด้วย อากาศที่เข้าไปมีแรงดันเพียงพอที่จะเข้าไปตามหลอดเลือดที่ฉีกขาดจากการหลุดลอก ของการตั้งครรภ์ ทำให้เกิดฟองอากาศในกระแสเลือดและทำให้เสียชีวิตได้ นอกจากนี้ การใช้ของเหลวอื่นๆ เช่น โพรมาลิน แอลกอฮอล์ ฉีดเข้าไปในมดลูก สารเหล่านี้อาจไหลเข้าไปในช่องท้อง และทำให้เยื่อช่องท้องอักเสบได้

2.3 การขยายปากมดลูก โดยการใส่สิ่งที่สามารถดูดซับน้ำแล้วขยายตัวใหญ่ขึ้นได้เข้าไปบริเวณปากมดลูก เช่น ผักต่างๆ เมื่อปากมดลูกขยายตัวอาจทำให้เกิดการแท้งได้ แต่การทำเช่นนี้ อาจทำให้ปากมดลูกฉีกขาดและติดเชื้อได้

2.4 การใช้กำลังเพื่อให้แท้ง การออกกำลังกายอย่างหนัก การขี่ม้า หรือการสวนถ่ายอุจจาระมักจะไม่ได้ผลในการทำแท้ง ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์อาจให้ผู้อื่นช่วยเตะหรือต่อยบริเวณท้องเพื่อให้แท้ง ซึ่งอาจจะทำให้อวัยวะภายในฉีกขาดและเสียชีวิตได้ แต่มักจะไม่ทำให้เกิดการแท้ง

2.5 การใช้หลอดฉีดยาสูดภายในมดลูก วิธีนี้เป็นวิธีที่ใช้บ่อยในการทำแท้งอย่างถูกกฎหมาย ถ้าทำด้วยวิธีปราศจากเชื้อมักจะค่อนข้างปลอดภัย ยกเว้นกรณีแท้งไม่ครบ ส่วนที่เหลือในมดลูกอาจทำให้เกิดการติดเชื้อได้

2.6 การติดเชื้อในมดลูก ไม่ว่าจะใช้วิธีใดในการทำแท้งก็มีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตจากการเสียเลือดหรือติดเชื้อในกระแสเลือดเสมอ เชื้อที่อันตรายที่สุด คือ non-haemolytic streptococci และ clostridium perfringens

2.7 การใช้ยาหรือสารเคมี ยาหรือสารเคมีที่ใช้กินหรือใช้ทางช่องคลอดต่างๆ เพื่อให้เกิดการแท้ง มักจะมีความเป็นพิษสูง และบางชนิดอาจจะต้องใช้ปริมาณมากถึงจะสามารถทำให้แท้งได้ ซึ่งอาจจะทำให้มารดาเสียชีวิตได้เช่นกัน

การเสียชีวิตที่เกิดจากการแท้งควรได้รับการชันสูตรพลิกศพทุกครั้ง นอกจากการชันสูตรพลิกศพโดยละเอียดแล้ว ประวัติของผู้ตายและอาการแสดงต่างๆ ของผู้ตายต่างมีความสำคัญในการช่วยให้ทราบถึงสาเหตุการตายเป็นอย่างมาก

3. การตายจากภาวะน้ำคร่ำอุดกั้นในกระแสเลือด (amniotic fluid embolism)

น้ำคร่ำที่หลุดเข้าไปในกระแสเลือดของแม่นั้น ส่วนที่เป็นของแข็งในน้ำคร่ำ เช่น เซลล์ต่างๆ ขนหรือไขมัน ส่วนมากมักจะไปอุดกั้นที่ปอด แต่บางครั้งก็สามารถพบที่อวัยวะอื่นได้ เช่น ไต ตับ และสมอง ส่วนที่เป็นของเหลว ก็เชื่อว่าจะสามารถทำให้เกิดอาการแพ้ และสามารถทำให้เสียชีวิตได้ การวินิจฉัยการตายจากภาวะน้ำคร่ำอุดกั้นในกระแสเลือดนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการตรวจทางพยาธิวิทยา เพื่อตรวจหาส่วนประกอบของน้ำคร่ำที่ไปอุดกั้นตามอวัยวะต่างๆ

การตายคลอด และการฆาตกรรมทารก

การตายคลอด คือ การที่ทารกคลอดออกมาหลังจากการตั้งครรภ์ไม่ต่ำกว่า 28 สัปดาห์ แล้วไม่แสดงอาการของการมีชีวิต

การฆาตกรรมทารก แพทย์มีหน้าที่ ดังนี้

1. การระบุมารดา

- สิ่งของที่พบติดมากับศพ เช่น ถุง ผ้าห่ม สามารถช่วยในการตามหา มารดาได้
 - ลักษณะภายนอกของศพ สามารถบอกถึงกลุ่มชาติพันธุ์ ซึ่งมีประโยชน์ในการตามหา มารดา
 - การตรวจหมู่โลหิต และ DNA เพื่อเปรียบเทียบกับมารดา
 - การดูรอยตัดบริเวณสายสะดือ ช่วยบอกได้ว่ามีบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวข้องด้วยหรือไม่
- ถึงแม้จะมีการตรวจตามข้างต้น แต่ส่วนใหญ่ก็ไม่สามารถระบุมารดาได้ นอกจากนี้ การพบศพซ้ายังทำให้ไม่สามารถระบุมารดา รวมทั้งไม่สามารถระบุได้ว่าทารกเกิดมีชีวิตหรือไม่

2. ประเมินอายุของทารก

เพื่อประเมินว่าทารกเจริญเติบโตเพียงพอที่จะสามารถมีชีวิตอยู่ภายหลังการคลอดได้หรือไม่ โดยนับที่อายุครรภ์ 28 สัปดาห์ ถือว่าทารกเจริญเติบโตเพียงพอที่จะสามารถมีชีวิตอยู่ภายหลังการคลอดได้

3. ประเมินว่าเป็นการตายคลอดหรือเกิดมีชีพแล้วเสียชีวิตภายหลัง

เนื่องจากการดำเนินคดีฆาตกรรม จะต้องพิสูจน์ให้ได้ก่อนว่าทารกเกิดมีชีพ ไม่ใช่เป็นการตายคลอด

4. ประเมินว่าการตายนั้นเป็นการตายจากสาเหตุตามธรรมชาติ หรือจากการฆาตกรรม หรือการถูกละเลย

ในกรณีที่พิสูจน์ได้ว่า ทารกนั้นเกิดมีชีพแล้วเสียชีวิตภายหลัง จะต้องพิสูจน์ต่อว่า การเสียชีวิตนั้นเกิดจากการฆาตกรรม หรือการละเลยหรือไม่ ซึ่งบางครั้งก็ไม่สามารถพิสูจน์ได้อย่างแน่ชัด

การฆาตกรรมทารกนั้น ถ้าจะดำเนินคดีได้ จะต้องสามารถระบุมารดาได้ ซึ่งส่วนใหญ่ไม่สามารถระบุได้ และยังต้องพิสูจน์ได้ว่าทารกนั้นเกิดมีชีพ ซึ่งส่วนใหญ่ไม่สามารถระบุได้ โดยเฉพาะในศพทารกที่เน่าแล้ว แทบจะไม่สามารถระบุได้ว่าเกิดมีชีพหรือไม่ และสุดท้ายต้องระบุให้ได้ว่าเกิดจากการฆาตกรรมหรือการละเลยหรือไม่ ซึ่งส่วนใหญ่ไม่สามารถระบุได้ ดังนั้น การฟ้องร้องในข้อหาฆาตกรรมทารก จึงมีจำนวนน้อย เนื่องจากไม่สามารถพิสูจน์ได้แน่ชัด

การเกิดมีชีพ คือ การที่ทารกคลอดออกมาโดยวิธีใดก็ตาม และไม่คำนึงถึงระยะเวลาของการตั้งครรภ์ โดยที่ทารกที่คลอดออกมานั้นจะต้องมีการหายใจหรือแสดงอาการที่บ่งว่ามีชีวิต เช่น การเต้นของหัวใจ การเต้นของเส้นโลหิต การเต้นของสายสะดือ หรือมีการเคลื่อนไหวของร่างกาย

การชันสูตรพลิกศพในการตายของทารกที่สงสัยฆาตกรรม

1. กรณีที่ศพทารกถูกห่ออยู่

ต้องทำการตรวจสอบสิ่งที่ห่อทารกอยู่ รวมทั้ง ให้นำศพทารกออกจากสิ่งที่ห่ออยู่ ต้องทำการตรวจสอบว่ามีสิ่งแปลกปลอมอื่นๆ หรือไม่ ซึ่งจะสามารถช่วยระบุมารดาได้

2. กรณีพบศพในบ้าน หรือภายในอาคารอื่นๆ

ควรจะไปชันสูตรพลิกศพในที่ที่เกิดเหตุ ซึ่งจะช่วยให้ประเมินเหตุตายได้ชัดเจนขึ้น

3. การตรวจศพภายนอก

ประเมินว่าศพเริ่มมีการเน่าหรือไม่ เนื่องจากถ้าศพเริ่มมีการเน่าแล้ว จะทำให้แทบจะเป็นไปไม่ได้ที่จะพิสูจน์ว่าเป็นการเกิดมีชีพหรือไม่ และต้องแยกออกจาก intrauterine maceration ซึ่งเกิดจากการเสียชีวิตตั้งแต่ในครรภ์ หลังจากนั้น 2-3 วัน จึงถูกขับออกมาจากมดลูก ศพทารกจะมีลักษณะผิวหนังสีน้ำตาลอมชมพูคล้ำเยล ร่วมกับการมีตุ่มน้ำและการหลุดลอกของผิวหนัง ข้อต่อต่างๆ จะหลวม กระโหลกศีรษะแต่ละแผ่นจะแยกจากกัน และมีการซ้อนกัน ทำให้ลักษณะของศีรษะรูปร่างเปลี่ยนไป

4. การตรวจกระดูกและสายสะดือ

การวัดขนาดและชั่งน้ำหนักกรก เพื่อประเมินความสมบูรณ์ของรกและตรวจว่ามีความผิดปกติที่อาจเป็นสาเหตุการตายของทารกได้หรือไม่

การตรวจสายสะดือ สามารถบอกได้ว่าทารกมีชีพหลังคลอดหรือไม่ ถ้าทารกมีชีวิตรมากกว่า 1 วันขึ้นไป จะสามารถตรวจพบรอยแดงเป็นวงรอบสายสะดือส่วนที่ติดกับผิวหนังและผิวหนังโดยรอบ และสายสะดือจะหลุดออก ประมาณวันที่ 5-9 หลังคลอด นอกจากนี้ กรณีที่สายสะดือขาด ให้ตรวจสอบด้วยว่าเกิดจากการตัดด้วยของมีคม หรือเกิดจากการฉีกขาด ถ้าพบความผิดปกติอื่นๆ เช่น พบสายสะดือพันรอบคอทารก ก็ให้ทำการบันทึกไว้ด้วย

5. การวัดขนาดศพ

การวัดขนาดศพมีความสำคัญในการประเมินความสมบูรณ์ของทารก โดยจะชั่งน้ำหนัก วัดความยาว จากศีรษะถึงส้นเท้า (crown-heel) วัดความยาวจากศีรษะถึงก้น (crown-lump) วัดเส้นรอบวงศีรษะ และความยาวของเท้า

6. การตรวจการบาดเจ็บที่อาจเป็นสาเหตุการตาย

การกดรัดบริเวณคอ (strangulation) มักจะตรวจพบบาดแผลฟกช้ำและบาดแผลถลอกบริเวณคอ โดยอาจพบหรือไม่พบลักษณะอื่นๆ ของการกดรัดบริเวณคอ ได้แก่ การคั่งเลือดบริเวณใบหน้า (facial congestion) ภาวะเขียว (cyanosis) ภาวะบวมน้ำ (edema) และจุดเลือดออก (petechiae) ก็ได้ อย่างไรก็ตาม บาดแผลบริเวณคอ อาจจะสามารถเกิดจากการที่มารดาพยายามทำคลอดด้วยตัวเองได้ นอกจากนี้ การกดรัดบริเวณคออาจเกิดจากการใช้วัตถุอื่นรัด โดยอาจพบวัตถุที่ใช้อยู่รอบคอได้ แต่การพบวัตถุพันอยู่รอบคอกนั้น ไม่ได้เป็นสาเหตุการตายเสมอไป นอกเสียจากว่าตรวจพบลักษณะของการกดรัดบริเวณคอร่วมด้วย จึงจะสามารถสรุปเป็นสาเหตุการตายได้

ทางเดินหายใจภายนอกถูกอุด (smothering) เป็นการยากที่จะพิสูจน์ว่าเสียชีวิตจากสาเหตุนี้หรือไม่ เนื่องจากการตรวจศพจะไม่พบจุดเลือดออกที่เยื่อปอดหรือลักษณะอื่นที่พบในการกดรัดบริเวณคอ ยกเว้นกรณีที่มีการกดมีความรุนแรงเพียงพอ จะสามารถพบรอยกดบริเวณริมฝีปากและใบหน้าได้

บาดแผลแทงและบาดแผลฉีกขาดขอบเรียบตามร่างกาย

การบาดเจ็บบริเวณศีรษะ พบได้ค่อนข้างบ่อย เช่น มารดาทิ้งทารกลงกับพื้น จับศีรษะทารกชนกับกำแพง หรือตีด้วยวัตถุอื่น ๆ รวมถึงอาจเกิดจากการจับแขนหรือขาของทารกเหวี่ยง โดยมารดาอาจอ้างว่าเกิดจากการที่ทารกตกลงสู่พื้นขณะคลอดในท่ายืนหรือคุกเข่า ดังนั้น การวัดความยาวของสายสะดือและการตรวจว่าสายสะดือนั้นมีการฉีกขาดหรือถูกตัดขาดหรือไม่ จึงมีความสำคัญในการพิสูจน์ นอกจากนี้ มารดาอาจจะอ้างว่าเกิดการคลอดในขณะเข้าห้องน้ำ แล้วทารกตกลงกระแทกกับโถส้วม ทำให้ได้รับบาดเจ็บบริเวณศีรษะจนถึงแก่ชีวิต แต่แท้จริงแล้วนั้น การคลอดขณะเข้าห้องน้ำแทบจะไม่ทำให้เกิดการบาดเจ็บบริเวณศีรษะจนถึงแก่ชีวิตได้

การจมน้ำ

ส่วนใหญ่มักจะเป็นความพยายามกำจัดศพทารกโดยการทิ้งศพทารกลงในน้ำ การทิ้งศพทารกในน้ำนั้น ทำให้การพบศพต้องใช้เวลามากขึ้นและเกิดกระบวนการเน่าของศพ ทำให้แทบจะเป็นไปไม่ได้ที่จะพิสูจน์ทราบถึงสาเหตุการตาย นอกจากนี้ กรณีคลอดแล้วทารกตกลงสู่โถส้วม ยังสามารถทำให้ทารกเสียชีวิตจากการจมน้ำได้เช่นกัน

การพิสูจน์ว่าทารกเกิดมีชีพ

แพทย์ไม่ควรให้ความเห็นว่าทารกนั้นเกิดมีชีพ นอกเสียจากว่าจะสามารถพิสูจน์ได้อย่างแน่ชัดว่าทารกเกิดมีชีพจริง เช่น ปอดทารกขยายตัวดี ตรวจพบอาหารในกระเพาะอาหาร หรือพบรอยแดงเป็นวงรอบสายสะดือ ส่วนที่ติดกับผิวหนังและผิวหนังโดยรอบ

ประเมินอายุของทารก

มีหลายปัจจัยที่มีผลต่อการเจริญเติบโตของทารก ไม่ว่าจะเป็นเพศ เชื้อชาติ ภาวะโภชนาการ ซึ่งทำให้การประเมินมีการคลาดเคลื่อนได้ โดยเราสามารถประเมินคร่าวๆได้ ดังนี้

ทารกที่อายุครรภ์ 40 สัปดาห์ น้ำหนัก 2550–3360 กรัม ความยาวจากศีรษะถึงส้นเท้า 48–52 ซม. ความยาวจากศีรษะถึงก้น 28–32 ซม. เส้นรอบวงศีรษะ 33–38 ซม.

ทารกที่อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ น้ำหนักประมาณ 2200 กรัม ความยาวจากศีรษะถึงส้นเท้าประมาณ 45 ซม.

ทารกที่อายุครรภ์ 28 สัปดาห์ น้ำหนัก 900–1100 กรัม ความยาวจากศีรษะถึงส้นเท้าประมาณ 35 ซม. ความยาวจากศีรษะถึงก้นประมาณ 23 ซม. ความยาวเท้าประมาณ 8 ซม.

เอกสารอ้างอิง

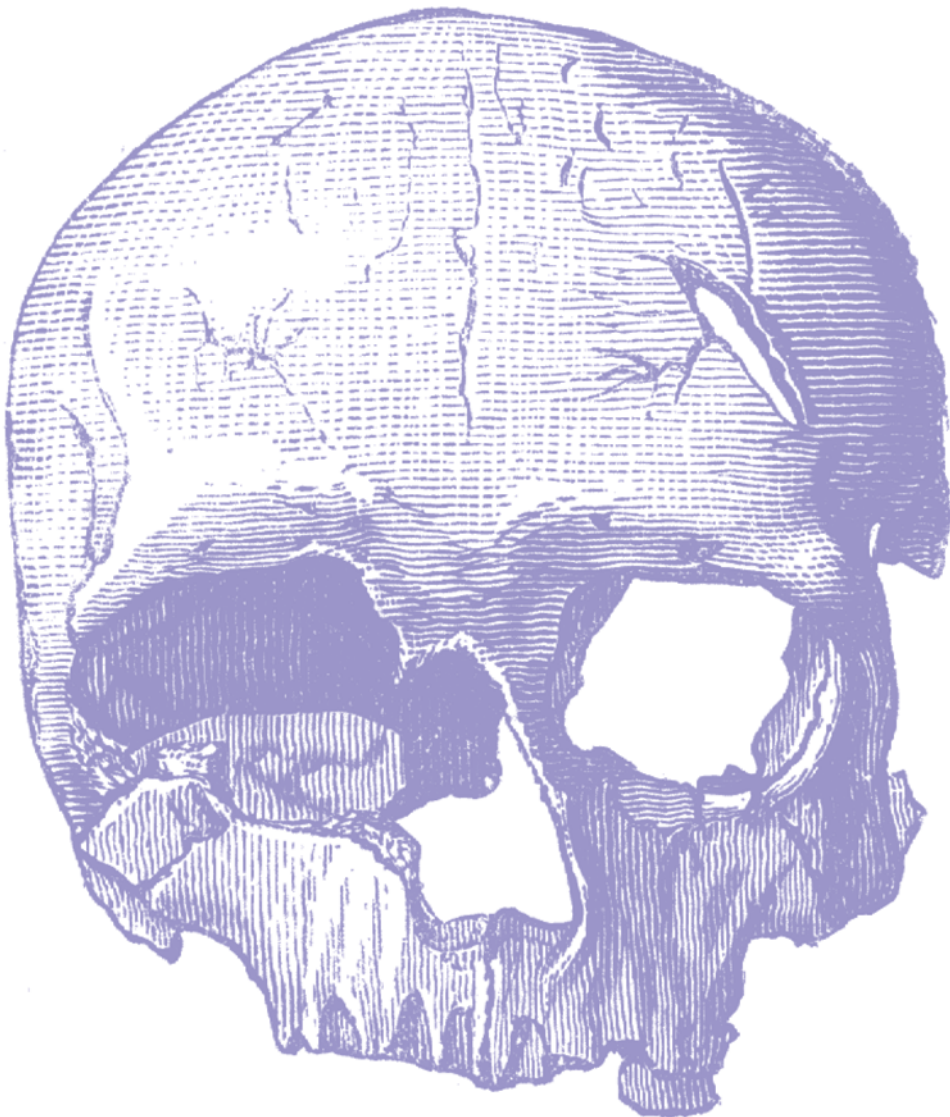
Saukko, P. (2004). Knight b. Knight's forensic pathology. (3rd ed.). London: Arnold.



Forensic Medicine

ภาคผนวก ก

ภาพประกอบเนื้อหา





Forensic Medicine



ภาพที่ 9.1 แสดงหนอนแมลงวันบริเวณศพ



ภาพที่ 9.2 การเกิด Livor mortis



ภาพที่ 9.3 จุดเลือดออกขนาดใหญ่สีม่วงคล้ำซึ่งเรียกว่า Tardieu's spot



1. None
2. Pink
3. Marbling
4. Green
5. Green/Black
6. Black and moist
7. Beyond black 1 (grey and moist)
8. Beyond black 2 (light brown and dry)

ภาพที่ 9.4 การเปลี่ยนแปลงสีของผิวหนัง (Skin discoloration)



1. None
2. Begin bloat
3. Full bloat
4. Partial deflate
5. Fully deflate

ภาพที่ 9.5 การบวมพองของศพจากก๊าซ (Bloating)



1. None
2. Minimal bleb
3. More bleb, minimal slippage (<50%)
4. Most slippage (50-75%)
5. Nearly all slippage (>75-100%)

ภาพที่ 9.6 การเกิดตุ่มน้ำและการหลุดลอกของผิวหนัง (Skin bleb and slippage)



1. No
2. Hair loss

ภาพที่ 9.7 การหลุดร่วงของเส้นผม (Hair loss) สามารถพบได้เมื่อเสียชีวิตมาแล้วประมาณ 3-5 วัน



ภาพที่ 9.8 การหลุดลอกของเนื้อเยื่อออกจากกระดูก (Skeletonization)

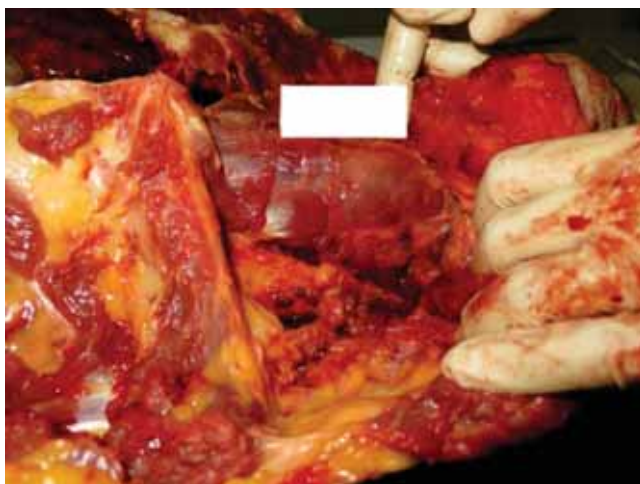


1. No
2. Facial bone exposed 25 %
3. Facial bone exposed 50 %
4. Facial bone exposed 75 %
5. Facial bone exposed 100 %
6. Extremity - subcutaneous exposed
7. Extremity - muscle and tendon exposed
8. Extremity - ligament and tenure structure preserved
9. Extremity - bone exposed
10. Bare Bone

ภาพที่ 9.9 การเปลี่ยนแปลงของใบหน้าจากการเน่าเปื่อย



ภาพที่ 9.10 ตัวอย่างบาดแผลจากการถูกมดกัดภายหลังตาย



ภาพที่ 9.11 แสดงเลือดออกบริเวณเนื้อเยื่อด้านหน้ากระดูสันหลังระดับคอ



ภาพที่ 10.1 แสดงให้เห็นรอยสักในศพจมน้ำที่มีลักษณะน่า
พิวหนังสือหลุดลอกแล้วยังเห็นลักษณะของรอยสักได้ชัดเจน



ภาพที่ 10.2 แสดงข้าวของติดตัวศพที่พบในขณะศพเป็นโครงกระดูก



Figure 1: 39-year-old female with multiple bony hard swellings on the forehead (a) Frontal view (b) Lateral view

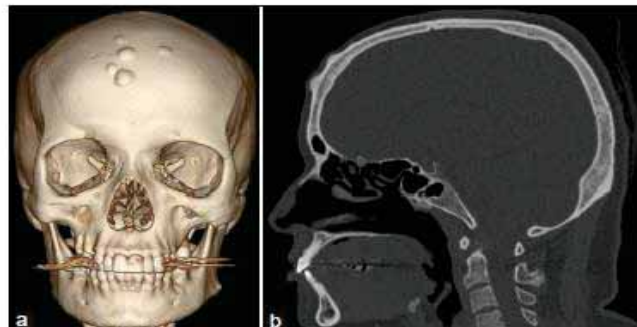


Figure 3: CT image showing multiple lentiform hyper dense lesions involving the outer table of frontal bone (a) 3 dimensional view (b) Sagittal view

ภาพที่ 10.3 เนื้องอกกระดูก button osteoma ในตำแหน่งที่เห็นชัดสามารถใช้ระบุบุคคลได้

(ที่มา: Shanavas M, Chatra L, Shenai P, Veena K M, Rao P K, Prabhu R V. Multiple Peripheral Osteomas of Forehead: Report of a Rare Case. Ann Med Health Sci Res [serial online] 2013 [cited 2016 Aug 25]; 3: 105-7.)



ภาพที่ 12.4 รอยกดรัดบริเวณคอ ลักษณะอยู่ในแนวระนาบ (Horizontal) และในระดับกล่องเสียง
(ที่มา: <http://www.documentingreality.com/forum/f10/asphyxial-deaths-100402>)



ภาพที่ 12.5 บาดแผลบริเวณลำคอซึ่งเกิดจากนิ้วมือและเล็บ
(ที่มา: www.researchgate.net/publication/278691943_Asphyxial_Deaths)



ภาพที่ 13.1 Plastic bag smothering

(ที่มา :Suicide/Suffocation,<https://en.wikibooks.org/wiki/Suicide/Suffocation>)



ภาพที่ 13.2 บาดแผลฟกช้ำถลอกบริเวณด้านในริมฝีปากกลางในกรณี homicidal smothering
(ที่มา: <https://www.pinterest.com/brittany240/forensics/>)



ภาพที่ 13.5 Facial congestion และ Petechiae จาก Mechanical asphyxia



ภาพที่ 14.1 แสดงแผลซ้ำใหม่ (สีม่วง)



ภาพที่ 14.2 แสดงแผลช้ำเก่า (สีเหลือง)



ภาพที่ 14.3 แสดงรอยถูกตีด้วยวัตถุที่เป็นเส้นหรือท่อนยาว เช่น แส้, ท่อนเหล็ก หรือกิ่งไม้
จะทำให้เกิด contusion เป็นแนวยาวสองแนวขนานกัน (tramline bruise) (ลูกศร)



ภาพที่ 14.4 แสดงบาดแผลถลอกถูรูดหรือเสียดสี (grazes)



ภาพที่ 14.5 แสดงบาดแผลถลอกขีดข่วน (scratches)



ภาพที่ 14.6 แสดงรูปร่างของบาดแผลถลอกตรงกับรอยดอกลายบนพื้นรองเท้า (Sole mark)



ภาพที่ 14.7 แสดงบาดแผลถลอกจากการกดกระแทก (imprint abrasions)



ภาพที่ 14.8 แสดง patterned abrasion จากแท่งเหล็ก



ภาพที่ 14.9 แสดงหลอดเลือด และ เนื้อเยื่อที่ไม่ฉีกขาด
เห็นเป็นเส้นเชื่อมอยู่ที่กันแผลระหว่างขอบของแผลแต่ละด้าน (ลูกศรสีดำ)





ภาพที่ 14.10 แสดงแผลฉีกขาดเนื้อหลุด (Avulsion)




ภาพที่ 16.1 ภาพบาดแผลถูกกระแสไฟฟ้าทางเข้าบริเวณโคนนิ้วโป้ง ผู้ตายเสียชีวิตขณะจับซ่อมแซมสายไฟ
สังเกตผิวหนังรอบๆ บาดแผลยกตัวขึ้นและบริเวณตรงกลางบาดแผลมีรอยบวม



ภาพที่ 16.2 ภาพบาดแผลถูกกระแสไฟฟ้าทางเข้าบริเวณใกล้กับโคนนิ้วชี้
สังเกตลักษณะของบาดแผลมีลักษณะเฉพาะตัวคล้ายกับภาพแรก

		
ระยะประชิด [contact]	ระยะใกล้ [close-range/intermediate]	ระยะไกล [distance range]

ภาพจากตารางที่ 5.1 แสดงระยะยิง ลักษณะบาดแผลทางเข้าและบาดแผลทางออกจากปืนลูกโดด

	
<p>ระยะประชิด [contact]</p>	<p>ระยะปานกลาง [intermediate range] ระยะประมาณ 1-3 หลา</p>

ภาพจากตารางที่ 5.1 แสดงระยะยิง ลักษณะบาดแผลทางเข้าและบาดแผลทางออกจากปืนลูกโตด (ต่อ)



ภาพที่ 19.1 windshield injury



ภาพที่ 19.2 Dashboard injury พบบาดแผลฉีกขาดขอบไม่เรียบบริเวณเข่าขวา
ร่วมกับพบขาขวาสั้นกว่าขาซ้าย จาก right hip dislocation

ภาคผนวก V

(ตัวอย่าง) บันทึกทรายละเอียด

แห่งการชันสูตรพลิกศพ





Forensic Medicine

เลขที่ชั้นสูตร _____

หน้าที่ 1 / 4

(ตัวอย่าง) บันทึกรายละเอียดแห่งการชันสูตรพลิกศพ

รับแจ้ง _____ น. เริ่มเดินทาง _____ น. ถึงเวลา _____ น. กลับเวลา _____ น.

ชื่อพนักงานสอบสวนผู้แจ้ง : สถานีตำรวจ :

เหตุที่แจ้งเบื้องต้น :

(1) ชื่อ-นามสกุลผู้เสียชีวิต: อายุ _____ ปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

(2) เลขประจำตัวประชาชน: _____ - _____ - _____ - _____ - _____

(3) ที่อยู่ผู้ตาย: บ้านเลขที่ หมู่ ตรอก/ซอย ถนน

หมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด

(4) สถานที่พบศพ:

(5) ลักษณะของสถานที่ที่ศพนั้นอยู่:

(6) ประวัติโดยสังเขป:

(7) วันเวลาที่มีผู้พบศพ: วันที่ เวลา น.,

ชื่อผู้แจ้งพบศพ (ถ้าทราบ):

(8) วันเวลาที่มีผู้พบว่ามีชีวิตอยู่เป็นครั้งสุดท้าย วันที่ เวลา น.

(9) ประวัติการรักษา/โรคประจำตัว (ถ้ามี) :

(10) สภาพหรือชิ้นส่วนของศพที่ปรากฏ

• รูปร่าง: ☐ อ้วนมาก ☐ อ้วน ☐ สมส่วน ☐ ผอม ☐ ผอมซูบ // สูง _____ ซม.

• ผิวสี: ☐ ขาว ☐ ขาวเหลือง ☐ ดำแดง ☐ ดำ ☐ อื่นๆ

• เส้นผม: ☐ สั้น ☐ ยาว สี



เลขที่ชั้นสูตร _____

หน้าที่ 2 / 4

- เลือกว่าเครื่องแต่งกาย:
- เครื่องประดับ:
- รอยสัก/ตำหนิ/แผลเป็น:

(11) การเปลี่ยนแปลงภายหลังการตาย

(11.1) การกระตุ้นกล้ามเนื้อลาย (Supravital Reaction): ☐ บวก ☐ ลบ

(11.2) อุณหภูมิของศพโดยการสัมผัส: ☐ อุ่น ☐ เย็น

(11.3) การแข็งตัวของศพ (Rigor Mortis):

ข้อ	ไม่แข็งตัว	แข็งตัวบางส่วน	แข็งตัวเต็มที่	หมายเหตุ
กราม				
คอ				
ข้อนิ้ว				
ข้อศอก				
ข้อไหล่				
ข้อสะโพก				
ข้อเข่า				
ข้อเท้า				
อื่น ๆ				

(11.4) การตกของเลือดสู่เบื้องต่ำภายหลังการตาย (Livor Mortis):

☐ ยังไม่ปรากฏ ☐ ปรากฏเป็นจ้ำ ☐ ปรากฏเป็นปื้น ตำแหน่งที่พบ :

ลักษณะจางของสีเมื่อกด : ☐ จาง ☐ จางเล็กน้อย ☐ ไม่จาง

สีที่ปรากฏ : ☐ ม่วงแดง ☐ ชมพูสด ☐ เขียวคล้ำ ☐ อื่นๆ.....

(11.5) ศพเน่า: ☐ ไม่เน่า / ☐ เน่า [☐ หน้าท้องเริ่มเขียว ☐ Marbling ☐ ผิวหนังหลุดลอก

☐ ร่างกายพองโต ☐ อื่น ๆ]

เลขที่ชั้นสูตร _ _ _ _ _

หน้าที่ 3 / 4

(12) การบาดเจ็บ และ/หรือพยาธิสภาพที่ตรวจพบ

(12.1) เยื่อぶตา: ☐ ซีด ☐ คั่งเลือด ☐ มีจุดเลือดออก ☐ อื่นๆ.....

(12.2) พยาธิสภาพอื่นๆ: ☐ ไม่พบ ☐ พบ (ระบุ) :

(12.3) บาดแผลที่ตรวจพบ: ☐ ไม่พบ ☐ พบ (ระบุในแผนภาพหน้าที่ 4)

(13) การเก็บวัตถุพยานจากการชันสูตรพลิกศพ: ☐ ไม่เก็บ ☐ เก็บ ระบุในตารางข้างล่าง

ลำดับที่	ชนิดวัตถุพยาน	เก็บจาก(ตำแหน่ง)	จำนวน
1			
2			
3			

(14) ข้อสันนิษฐานการตายเบื้องต้น:

(15) ได้จัดการกับศพนั้นอย่างไร: ☐ มอบให้ญาติ ☐ ส่งเข้า รพ. เพื่อตรวจเพิ่มเติม

☐ ส่งผ่าศพที่ รพ. : ☐ อื่นๆ

บันทึกอื่น ๆ :

.....

(ลงชื่อ) (ลงชื่อ) (ลงชื่อ)

(.....) (.....) (.....)

พนักงานสอบสวน แพทย์ผู้ชันสูตรพลิกศพ เจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายแทนแพทย์

ตำแหน่ง ตำแหน่ง ตำแหน่ง

● กรณีการตายโดยการกระทำ/ในระหว่างการควบคุมของเจ้าพนักงาน

(ลงชื่อ)

(ลงชื่อ)

(.....)

(.....)

พนักงานอัยการ

พนักงานฝ่ายปกครอง

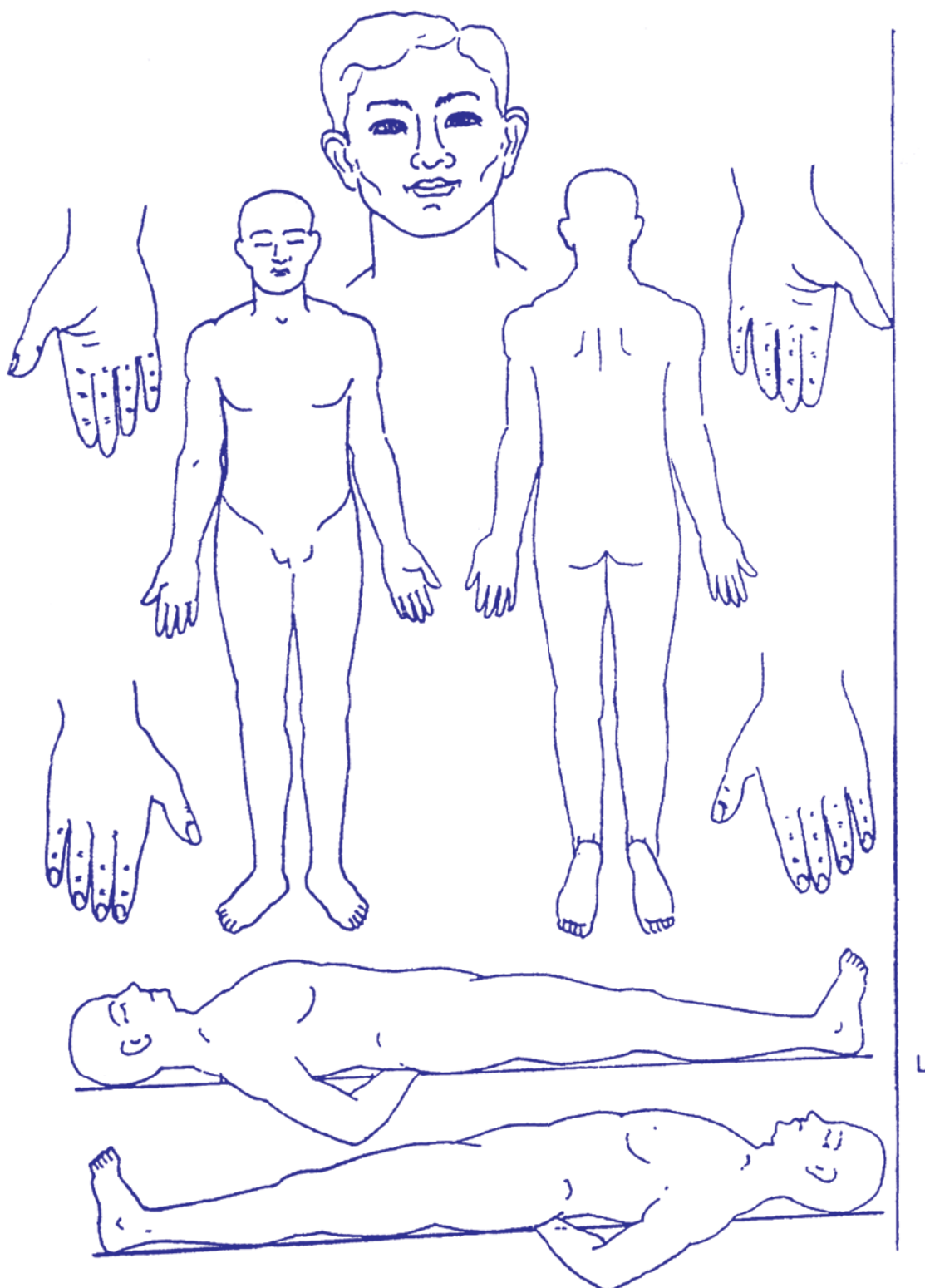
ตำแหน่ง

ตำแหน่ง

เลขที่ชั้นสูตร _____

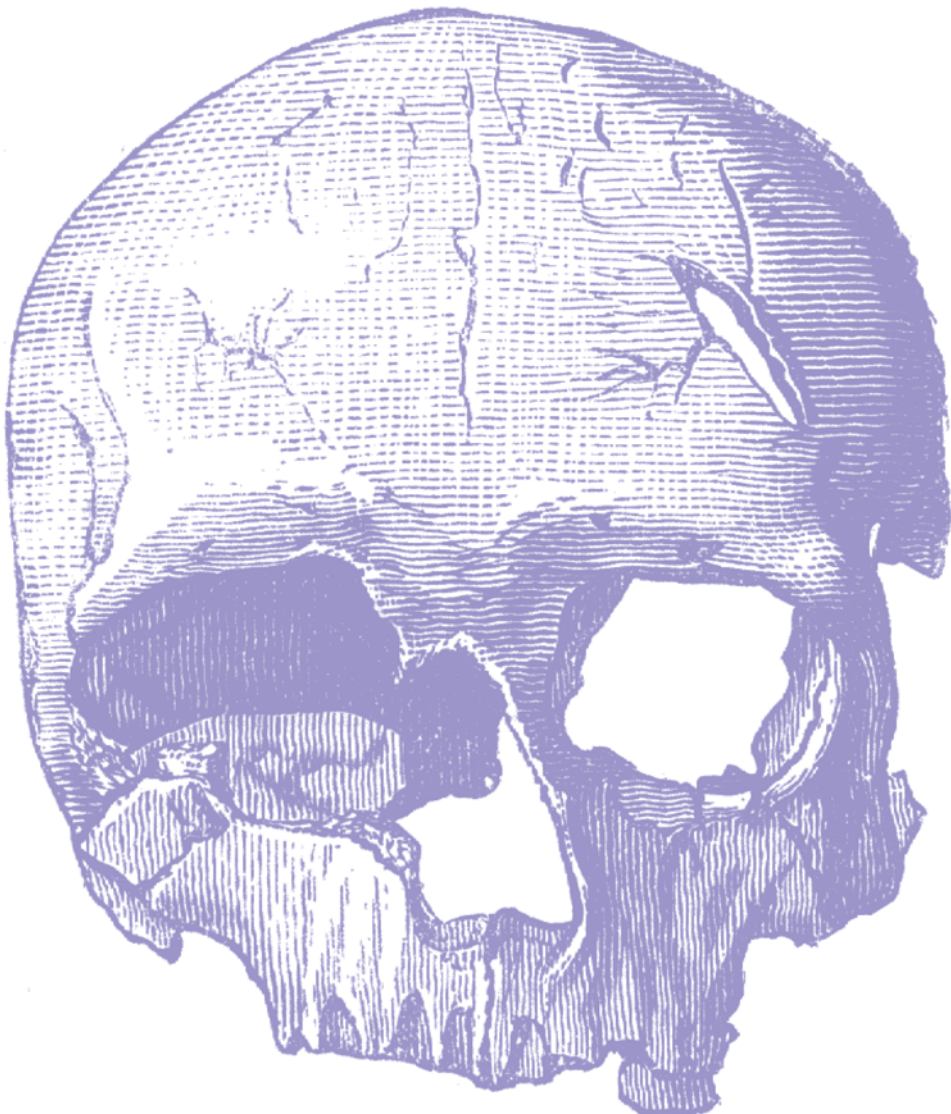
หน้าที่ 4 / 4

แบบบันทึกบาดแผล



ภาคผนวก ค

สำเนาคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ
และคณะทำงานพัฒนางานนิติเวช
กระทรวงสาธารณสุข





Forensic Medicine

(สำเนา)

คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข

ที่ 1868 / 2560

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานพัฒนางานนิติเวช กระทรวงสาธารณสุข

อนุสนธิคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 1948/2559 ลงวันที่ 8 พฤศจิกายน พ.ศ. 2559 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานพัฒนางานนิติเวช กระทรวงสาธารณสุข เพื่อพัฒนางานนิติเวช พิจารณาและให้ความเห็นเรื่องกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้อง รวมถึงพิจารณาแนวทางแก้ไขปัญหาการดำเนินงานนิติเวชของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค นั้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 21 แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ.2534 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ปลัดกระทรวงสาธารณสุขจึงได้ออกคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนางานนิติเวชใหม่ โดยมีองค์ประกอบและอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

ข้อ 1. คณะกรรมการอำนวยการพัฒนางานนิติเวช กระทรวงสาธารณสุข

- | | |
|---|------------------|
| 1.1 นายวิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ | ที่ปรึกษา |
| 1.2 นายวิศิษฐ์ ตั้งนภากร | ที่ปรึกษา |
| 1.3 นายมรุต จิรเศรษฐสิริ | ประธานกรรมการ |
| รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข | |
| 1.4 หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข | รองประธานกรรมการ |
| 1.5 ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข | รองประธานกรรมการ |
| สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | |
| 1.6 ผู้อำนวยการกองกฎหมาย | กรรมการ |
| สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หรือผู้แทน | |
| 1.7 ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน | กรรมการ |
| สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หรือผู้แทน | |
| 1.8 ผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก | กรรมการ |
| สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หรือผู้แทน | |
| 1.9 ผู้แทนกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ | กรรมการ |
| 1.10 ผู้อำนวยการกองตรวจราชการ | กรรมการ |
| สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หรือผู้แทน | |
| 1.11 ประธานชมรมนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือผู้แทน | กรรมการ |
| 1.12 ประธานชมรมโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป | กรรมการ |
| หรือผู้แทน | |
| 1.13 ประธานชมรมผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน หรือผู้แทน | กรรมการ |
| 1.14 นายกสมาคมแพทย์นิติเวชแห่งประเทศไทย หรือผู้แทน | กรรมการ |

- | | |
|--|--------------------------------|
| 1.15 นายทศนัย พิพัฒน์โชติธรรม
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ | กรรมการ |
| 1.16 นายอนิรุต วรวาท
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล | กรรมการ |
| 1.17 นายเชาวกิจ ศรีเมืองวงศ์
โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก | กรรมการ |
| 1.18 นายกันต์ ทองแถม ณ อยุธยา
โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก | กรรมการ |
| 1.19 นายสุพจน์ พวงลำไย
โรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี | กรรมการ |
| 1.20 นายณัฐวุฒิ ชุ่มกฤษ
โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี | กรรมการ |
| 1.21 นายธีรพร เหลืองรังษิยากุล
โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา | กรรมการ |
| 1.22 นางสาวนันทนา จรุงเนตร
โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี | กรรมการ |
| 1.23 นายราเชต เทอดสุวรรณ
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา | กรรมการ |
| 1.24 นายธีรภัทร ไทยภัทรพงศ์
โรงพยาบาลระยอง จังหวัดระยอง | กรรมการ |
| 1.25 นางบุญพลอย ตูลาพันธุ์
กองบริหารการสาธารณสุข
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| 1.26 นายพรเพชร ปัญญาปิยะกุล
รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ
และเลขานุการ |
| 1.27 นางกนกนาถ หงสกุล
กองบริหารการสาธารณสุข
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ
และผู้ช่วยเลขานุการ |
| 1.28 นางสาวปรีดี สำราญทรัพย์
กองบริหารการสาธารณสุข
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ
และผู้ช่วยเลขานุการ |
| 1.29 นายวัชร ด้วงเอี่ยม
กองบริหารการสาธารณสุข
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ
และผู้ช่วยเลขานุการ |

ข้อ 2 ให้คณะกรรมการอำนวยการพัฒนางานนิติเวช กระทรวงสาธารณสุข มีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

- 2.1 กำหนดนโยบาย กลไกการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องทางด้านนิติเวช ซึ่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการ ตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา
- 2.2 พัฒนางานนิติเวชของกระทรวงสาธารณสุข พิจารณาและให้ความเห็นกฎหมาย และระเบียบที่เกี่ยวข้องกับงานนิติเวชของกระทรวงสาธารณสุข
- 2.3 พิจารณาแนวทางปฏิบัติงานนิติเวชของกระทรวงสาธารณสุขในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และแนวทางแก้ไขปัญหาการดำเนินงานนิติเวชของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค
- 2.4 ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานในกระบวนการยุติธรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาระบบงานนิติเวชของกระทรวงสาธารณสุข
- 2.5 แต่งตั้งคณะทำงานได้ตามความเหมาะสม
- 2.6 ปฏิบัติงานอื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ 3 คณะทำงานพัฒนางานนิติเวช

- | | |
|---|-------------------|
| 3.1 นายมรุต จิรเศรษฐสิริ | ที่ปรึกษา |
| รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข | |
| 3.2 นายธีรพงศ์ ตุนาค | ประธานคณะทำงาน |
| ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข | |
| สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | |
| 3.3 นายพรเพชร ปัญญะกุล | รองประธานคณะทำงาน |
| รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข | |
| สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | |
| 3.4 นายทศนัย พิพัฒนโชติธรรม | คณะทำงาน |
| คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ | |
| 3.5 นายอนิรุต วรราช | คณะทำงาน |
| คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล | |
| 3.6 ผู้อำนวยการกองกฎหมาย | คณะทำงาน |
| สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | |
| 3.7 แพทย์นิติเวช โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ | คณะทำงาน |
| จังหวัดเชียงราย | |
| 3.8 แพทย์นิติเวช โรงพยาบาลลำปาง จังหวัดลำปาง | คณะทำงาน |
| 3.9 แพทย์นิติเวช โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน | คณะทำงาน |
| 3.10 แพทย์นิติเวช โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก | คณะทำงาน |
| 3.11 แพทย์นิติเวช โรงพยาบาลแพร่ จังหวัดแพร่ | คณะทำงาน |
| 3.12 แพทย์นิติเวช โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ | คณะทำงาน |
| 3.13 แพทย์นิติเวช โรงพยาบาลพะเยา จังหวัดพะเยา | คณะทำงาน |

3.14 แพทย์นิติเวช โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา	คณะทำงาน
3.15 แพทย์นิติเวช โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี	คณะทำงาน
3.16 แพทย์นิติเวช โรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์	คณะทำงาน
3.17 แพทย์นิติเวช โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด	คณะทำงาน
3.18 แพทย์นิติเวช โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ	คณะทำงาน
3.19 แพทย์นิติเวช โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น	คณะทำงาน
3.20 แพทย์นิติเวช โรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี	คณะทำงาน
3.21 แพทย์นิติเวช โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี	คณะทำงาน
3.22 แพทย์นิติเวช โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี	คณะทำงาน
3.23 แพทย์นิติเวช โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี	คณะทำงาน
3.24 แพทย์นิติเวช โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม	คณะทำงาน
3.25 แพทย์นิติเวช โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี	คณะทำงาน
3.26 แพทย์นิติเวช โรงพยาบาลสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร	คณะทำงาน
3.27 แพทย์นิติเวช โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี	คณะทำงาน
3.28 แพทย์นิติเวช โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา	คณะทำงาน
3.29 แพทย์นิติเวช โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา	คณะทำงาน
3.30 แพทย์นิติเวช โรงพยาบาลระนอง จังหวัดระนอง	คณะทำงาน
3.31 แพทย์นิติเวช โรงพยาบาลระยอง จังหวัดระยอง	คณะทำงาน
3.32 แพทย์นิติเวช โรงพยาบาลชัยนาทเรนทร จังหวัดชัยนาท	คณะทำงาน
3.33 แพทย์นิติเวช โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา	คณะทำงาน
3.34 แพทย์นิติเวช โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์	คณะทำงาน
3.35 แพทย์นิติเวช โรงพยาบาลนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช	คณะทำงาน
3.36 แพทย์นิติเวช โรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี	คณะทำงาน
3.37 นางบุญพลอย ตูลาพันธ์ กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	คณะทำงาน
3.38 นางกนกนาค หงสกุล กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	คณะทำงาน และเลขานุการ
3.39 นางสาวปรีดี สำราญทรัพย์ กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	คณะทำงาน และผู้ช่วยเลขานุการ
3.40 นายวัชร ด้วงเอี่ยม กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	คณะทำงาน และผู้ช่วยเลขานุการ

ข้อ 4 ให้คณะทำงานพัฒนางานนิติเวชมีอำนาจหน้าที่ดังนี้

- 4.1 พัฒนากลไกการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องทางด้านนิติเวช ซึ่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ราชการ ตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา
- 4.2 พัฒนางานนิติเวชด้านยุทธศาสตร์และแผนการพัฒนางานนิติเวชในด้านต่างๆ ได้แก่ การจัดการ ฝึกอบรมเพื่อพัฒนาบุคลากร การเตรียมวัสดุอุปกรณ์ อาคารสถานที่ และงบประมาณ ฯลฯ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับ กระทรวงสาธารณสุข
- 4.3 ศึกษาและร่วมจัดทำข้อเสนอร่างกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้องกับงานนิติเวช ได้แก่ กฎหมายชั้นสูงตร พลิกศพ ฯลฯ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับกระทรวงสาธารณสุข
- 4.4 จัดทำแนวทางปฏิบัติงานนิติเวชของกระทรวงสาธารณสุขในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข เพื่อใช้ในการปฏิบัติงานเป็นแนวทางเดียวกันทั่วประเทศ
- 4.5 เสนอแนวทางแก้ไขปัญหาการดำเนินงานนิติเวชของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งในส่วนกลางและส่วน ภูมิภาค
- 4.6 ปฏิบัติงานอื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ 5 ให้ยกเลิกคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 1948/2559 ลงวันที่ 8 พฤศจิกายน พ.ศ. 2560 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานพัฒนางานนิติเวช กระทรวงสาธารณสุข
ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ 20 ธันวาคม พ.ศ. 2560

เจษฎา โชคดำรงสุข
(นายเจษฎา โชคดำรงสุข)
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สำเนาถูกต้อง
นางกนกนาถ หงสกุล
(นางกนกนาถ หงสกุล)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

วัชรระ/คัด



Forensic Medicine



กองบริหารการสาธารณสุข
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

