

The factor that affects the diagnosis of an incorrectly incised wound in the clinical forensic division, Surin hospital

Suttinee Tattiyakul*

**M.D., Diploma Thai Board of Forensic Medicine, LL.B.*

***Surin Hospital, Surin Province, Thailand, 32000. E-mail address: suttinee@cpird.in.th*

Original article

Received: 21 June 2022

Revised: 5 July 2022

Accepted: 24 July 2022

Abstract

Diagnosis type of open wounds such as a laceration or incised wound can refer to the object that made the wound. It's essential in the trial. To determine the factor that affects the diagnosis of an incorrectly incised wound. The research with a retrospective cohort design was conducted by medical records review of the patients who were physical assault by a sharp object and was incised wounds at Surin Hospital from July 2017 to February 2022. Used multivariable logistic regression to investigate the significant factor that affects the diagnosis of an incorrectly incised wound.

A total of 254 patients were physical assault by a sharp object and were incised wounds. 179 cases (70.5%) were incorrectly diagnosed as laceration wounds. The mean age of victims was 34.5 (+ 14.17) years and mostly male (89%). The factor that significant effect incorrectly incised wounds were other types of the wound found (OR 1.88, 95%CI 1.06-3.31), the wound aged more than 1 hr. (OR 1.87, 95%CI 1.06-3.29). Especially incorrectly diagnosed incised wound from the first hospital (OR 12.22, 95%CI 2.04-73.19) and the wound that was sutured (OR 11.82, 95%CI 1.56-89.75) increases the risk of incorrectly diagnosed incised wounds significantly. Patient history about the object used is important for wound examination. The especially sutured wound should be aware that it is an incised wound, not a laceration.

Keywords : open wound, incised wound, type of wound, forensic, clinical forensic

ปัจจัยที่มีผลต่อการระบุบาดแผลฉีกขาดขอบเรียบไม่ตรงกับบาดแผลที่ตรวจพบและประวัติวัตถุที่กระทำในผู้ป่วยคดีแผนกนิติเวช โรงพยาบาลสุรินทร์

ศุทธิณี ทัตติยกุล*

* พ.บ., ว.ว. สาขานิติเวชศาสตร์, น.บ.

**แผนกนิติเวช โรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ ประเทศไทย 32000. E-mail : suttinee@cpird.in.th

นิพนธ์ต้นฉบับ

บทคัดย่อ

วันรับ 21 มิ.ย.2565
วันแก้ไข 5 ก.ค. 2565
วันตอบรับ 24 ก.ค.2565

การระบุชนิดบาดแผลฉีกขาดให้ถูกต้อง สามารถบอกชนิดวัตถุที่ทำให้เกิดบาดแผลได้ ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญในการพิจารณาคดี เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการระบุบาดแผลฉีกขาดขอบเรียบไม่ตรงกับลักษณะบาดแผลที่ตรวจพบและประวัติวัตถุที่มากระทำ ในผู้ป่วยคดีที่ถูกทำร้ายร่างกายโดยมีประวัติชัดเจนว่าเกิดจากวัตถุของแข็ง มีคมและพบบาดแผลฉีกขาดขอบเรียบ (incised wound) แผนกนิติเวชคลินิก โรงพยาบาลสุรินทร์ ช่วงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2560 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 ศึกษาในรูปแบบ retrospective cohort design วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ปัจจัยด้วยสถิติMultivariable logistic regression

ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ 254 ราย ร้อยละ 89 เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย $34.5 (\pm 14.17)$ ปี กลุ่มที่ระบุชนิดบาดแผลฉีกขาดขอบเรียบไม่ตรงกับลักษณะบาดแผลที่ตรวจพบและประวัติวัตถุที่มากระทำมี 179 ราย (ร้อยละ 70.5) ปัจจัยที่มีผลให้ระบุชนิดบาดแผลฉีกขาดขอบเรียบไม่ตรงกับลักษณะบาดแผลที่ตรวจพบและประวัติวัตถุที่มากระทำ ได้แก่ การมีบาดแผลประเภทอื่นร่วมด้วย (OR 1.88, 95% CI 1.06-3.31) บาดแผลที่เกิดก่อนมาตรวจมากกว่า 1 ชม. (OR 1.87, 95% CI 1.06-3.29) บาดแผลที่ผ่านการเย็บมาก่อนเพิ่มโอกาสให้ระบุชนิดบาดแผลฉีกขาดขอบเรียบไม่ตรงกับลักษณะบาดแผลที่ตรวจพบและประวัติวัตถุที่มากระทำมากถึง 11.82 เท่า (95% CI 1.56-89.75) การระบุชนิดบาดแผลจากสถานพยาบาลแรกที่ไม่ตรงกับประวัติและลักษณะบาดแผลที่ตรวจพบมีผลให้ระบุชนิดบาดแผลฉีกขาดขอบเรียบไม่ตรงกับลักษณะบาดแผลที่ตรวจพบและประวัติวัตถุที่มากระทำ 12.22 เท่า (95%CI 2.04-73.19)

คำสำคัญ : บาดแผลฉีกขาด, บาดแผลฉีกขาดขอบเรียบ, ระบุชนิดบาดแผล, นิติเวช, นิติเวชคลินิก

บทนำ

นิติเวชคลินิกเป็นสาขาวิชาหนึ่งของนิติเวชศาสตร์ ซึ่งเป็นการตรวจร่างกายและการให้ความเห็นทางการแพทย์เพื่อใช้เป็นพยานหลักฐานในการดำเนินคดีและพิจารณาพิพากษาของศาล (อภิชัย แผลงศร, ม.ม.ป.) โดยมีการตรวจชันสูตรบาดแผล การบาดเจ็บ สารพิษ สารเคมีหรือยาที่ผู้ป่วยได้รับ รวมถึงผู้ป่วยด้วยโรคต่างๆ ที่ต้องใช้ความเห็นเกี่ยวเนื่องกับการเจ็บป่วยไปใช้ทางกฎหมาย และรวมถึงการตรวจทางนิติวิทยาศาสตร์ของผู้ป่วยหรือผู้ที่มีปัญหาต้องพิสูจน์ (นิติกร โปริสวานิชย์, 2557) ผู้ป่วยของนิติเวชคลินิก เรียกว่าผู้ป่วยคดี ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บหรือการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับกฎหมาย ได้แก่ ผู้ป่วยที่ตำรวจหรือศาลส่งตัวมาเพื่อตรวจชันสูตร ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากการกระทำของผู้อื่น ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่อาจเกี่ยวข้องกับคดี และผู้ป่วยที่สงสัยว่าอาจเป็นคดีขึ้นภายหลัง (ดวงกมล ปิ่นเฉลียว, 2563) ดังนั้นในการทำงานของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในการตรวจร่างกายผู้ป่วย จึงมีโอกาสรอกรายงานทางการแพทย์ซึ่งเป็นงานนิติเวชคลินิกเพื่อใช้ในการดำเนินการทางกฎหมายได้

จากข้อมูลย้อนหลัง 5 ปีของแผนกนิติเวชคลินิก โรงพยาบาลสุรินทร์ พบว่ามีผู้ป่วยคดีทำร้ายร่างกายเฉลี่ยมากถึงปีละ 600 ราย โดยร้อยละ 33 มีการออกรายงานชันสูตรบาดแผลเพื่อเป็นหลักฐานในการดำเนินคดี โดยอาวุธที่ใช้ในคดีทำร้ายร่างกายมากที่สุดคือ วัตถุของแข็งไม่มีคม รองลงมาเป็นวัตถุของแข็งมีคม และอาวุธปืน ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยคดีที่ถูกทำร้ายด้วยวัตถุของแข็งมีคมเฉลี่ยมีมากถึงปีละ 60 ราย ดังนั้นการตรวจร่างกายและบันทึกในเวชระเบียนจึงมีความสำคัญอย่างมาก เนื่องจากใช้เป็นหลักฐานในการดำเนินคดี ซึ่งตามหลักกฎหมายไทยพิจารณาความผิดและโทษจากการ

ทำร้ายร่างกาย ขึ้นกับความรุนแรงที่เป็นผลจากการทำร้ายว่ามากน้อยเพียงใดเป็นสำคัญ นอกจากนี้ยังมีประเด็นการตรวจชันสูตรที่อาจต้องระบุความเห็นว่าการบาดเจ็บหรือบาดแผลที่ตรวจพบนั้นเกิดจากวัตถุชนิดใดมากที่สุด ซึ่งแพทย์ที่เป็นผู้ตรวจต้องให้ความเห็นดังกล่าว (วิจารณ์ วชิรวงศากร และ ศักดิ์สิทธิ์ บุญลักษณ์, 2557) ดังนั้นเพื่อให้การตรวจชันสูตรเป็นประโยชน์ในการพิจารณาคดีและเพื่อความยุติธรรมแก่ผู้ป่วยคดี การตรวจชันสูตรจึงต้องอาศัยความแม่นยำตามหลักวิชาการและครบถ้วน โดยเฉพาะในการชันสูตรบาดแผลซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในการระบุรายละเอียดบาดแผลเพื่อให้สามารถระบุชนิดวัตถุที่มากที่สุดได้ (เปรมฤดี ทวีคง, 2561)

บาดแผลฉีกขาดบริเวณผิวหนังแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ บาดแผลฉีกขาดขอบเรียบ (Incised wound หรือ Cut wound) และบาดแผลฉีกขาดขอบไม่เรียบ (Laceration wound) ซึ่งบาดแผล 2 ประเภทนี้มีลักษณะบาดแผลที่แตกต่างกันชัดเจน โดยบาดแผลฉีกขาดขอบเรียบเป็นบาดแผลที่เกิดจากวัตถุของแข็งมีคม ขอบแผลจะมีลักษณะเรียบ เนื้อเยื่อใต้ต่อแผลจะถูกตัดขาดออกจากกัน ไม่พบ tissue bridging (สุจิตา บุญรัตนคุณ และ ศักดา สติระเรืองชัย, 2557) ส่วนบาดแผลฉีกขาดขอบไม่เรียบเป็นบาดแผลที่เกิดจากวัตถุของแข็งไม่มีคม ผิวหนังขอบแผลจะพบรอยฉีกหรือแผลถลอกและพบเนื้อเยื่อ เช่น เส้นประสาทหรือหลอดเลือดที่ไม่ขาดออกจากกัน (bridging tissue) ในบาดแผล (ธัญญ์ ศักดิ์ เอกเวชวิท และ ทศนัย พิพัฒน์โชติธรรม, 2557) สิ่งสำคัญในการตรวจบาดแผลฉีกขาดคือการระบุประเภทบาดแผลฉีกขาดให้ถูกต้อง ว่าเป็นบาดแผลฉีกขาดขอบเรียบ (Incised wound) หรือบาดแผลฉีกขาดขอบไม่เรียบ (Laceration wound) เพราะบาดแผลทั้ง

2 ประเภทเกิดจากชนิดวัตถุที่แตกต่างกันชัดเจน ซึ่งเป็นส่วนสำคัญต่อรูปคดีที่ต้องระบุในใบชันสูตรบาดแผล

ผู้ป่วยคดีที่ถูกทำร้ายร่างกายมักเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน ซึ่งมีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเป็นผู้ตรวจรักษา เป็นบุคลากรแรกที่จะสามารถบันทึกรายละเอียดบาดแผลได้มากที่สุด ข้อมูลสำคัญที่ควรบันทึกเกี่ยวกับบาดแผล ได้แก่ ตำแหน่งบาดแผล ขนาดบาดแผลและประเภทของบาดแผล โดยเฉพาะการระบุชนิดบาดแผลลึกขาดให้ชัดเจน โดยอาจบันทึกด้วยการวาดภาพในลง body maps หรืออาจถ่ายภาพบาดแผลไว้ตั้งแต่แรกก่อนการรักษา เพื่อใช้เป็นข้อมูลกรณีปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านบาดแผลหรือแพทย์นิติเวชที่อาจมาพบลักษณะบาดแผลภายหลังรับการรักษาไปแล้ว หรือเป็นหลักฐานในทางคดีต่อไป ดังนั้นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปจึงต้องมีความรู้ที่แม่นยำในการระบุประเภทบาดแผล (Sharma, 2003) เพื่อให้รายละเอียดในใบชันสูตรบาดแผลครบถ้วน ปัญหาที่พบบ่อยในการระบุชนิดบาดแผลลึกขาด คือ ระบุชนิดบาดแผลลึกขาดเป็นบาดแผลลึกขาดขอบไม่เรียบ (Laceration wound) แทนที่จะเป็นบาดแผลลึกขาดขอบเรียบ (Incised wound) ในผู้ป่วยคดีที่ถูกทำร้ายร่างกายโดยมีประวัติบันทึกในเวชระเบียนชัดเจนว่าเกิดจากวัตถุของแข็งมีคม (Payne, 2016)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อทราบความชุกของการระบุบาดแผลลึกขาดขอบเรียบไม่ตรงกับบาดแผลที่ตรวจพบและประวัติวัตถุที่กระทำ ในผู้ป่วยคดีแผนกนิติเวชคลินิก โรงพยาบาลสุรินทร์ ช่วงปี พ.ศ. 2560-2565
2. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการระบุบาดแผลลึกขาดขอบเรียบไม่ตรงกับบาดแผลที่ตรวจพบและประวัติวัตถุที่กระทำ

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบ Retrospective Cohort design สืบค้นข้อมูลจากแบบบันทึกบาดแผลและรายงานชันสูตรบาดแผลผู้ป่วยคดีแผนกนิติเวชคลินิก โรงพยาบาลสุรินทร์ ช่วงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2560 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยคดีที่ถูกทำร้ายร่างกายโดยมีประวัติบันทึกในเวชระเบียนชัดเจนว่าเกิดจากวัตถุของแข็งมีคมและพบบาดแผลลึกขาดขอบเรียบ (incised wound) บริเวณผิวหนังอย่างน้อยหนึ่งตำแหน่ง เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยคดีที่ถูกทำร้ายร่างกายและมีบาดแผลลึกขาดโดยไม่ทราบประวัติหรือมีประวัติไม่ชัดเจนว่าเกิดจากวัตถุของแข็งมีคมร่วมด้วย และผู้ป่วยคดีที่ถูกทำร้ายร่างกายโดยมีประวัติบันทึกในเวชระเบียนชัดเจนว่าเกิดจากวัตถุของแข็งมีคมแต่ไม่พบบาดแผลลึกขาดขอบเรียบบริเวณส่วนต่างๆของร่างกาย

ผู้ป่วยคดีที่เข้าเกณฑ์ถูกแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ระบุชนิดบาดแผลลึกขาดขอบเรียบตรงกับบาดแผลที่เกิดขึ้นและประวัติวัตถุที่กระทำ กับกลุ่มที่ระบุชนิดบาดแผลลึกขาดขอบเรียบไม่ตรงกับบาดแผลที่เกิดขึ้นและประวัติวัตถุที่กระทำ การตรวจสอบความถูกต้องของการระบุชนิดบาดแผลลึกขาดโดยแพทย์นิติเวชที่ตรวจผู้ป่วยคดีต่อจากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ซึ่งเป็นขั้นตอนปกติของการตรวจผู้ป่วยคดีแผนกนิติเวชคลินิก โรงพยาบาลสุรินทร์ จากนั้นศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมของผู้ป่วยแต่ละรายจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลสุรินทร์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการระบุบาดแผลลึกขาดขอบเรียบไม่ตรงกับบาดแผลที่ตรวจพบและประวัติวัตถุที่กระทำศึกษา ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ, อายุ และการรักษาผู้ป่วย) ปัจจัยการตรวจบาดแผล (ผู้ตรวจบาดแผลและช่วงเวลาที่ตรวจ) ปัจจัยเกี่ยวกับประวัติการบาดเจ็บ (มีประวัติถูกใช้อาวุธของแข็งไม่มีคมร่วมด้วย, ประเภทอาวุธของแข็งมีคมที่ใช้

และการวินิจฉัยชนิดบาดแผลฉีกขาดขอบเรียบจากสถานพยาบาลแรกที่รักษา) และปัจจัยเกี่ยวกับบาดแผล (ตำแหน่งบาดแผล, ขนาดบาดแผล, จำนวนบาดแผล incised wound, มีบาดแผลประเภทอื่นๆ นอกจาก incised wound ร่วมด้วย, ระยะเวลาที่เกิดแผลก่อนมาตรวจ และการเย็บบาดแผล) ได้ดำเนินการตรวจพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ องค์การแพทย์ โรงพยาบาลสุรินทร์ เลขที่หนังสือรับรอง 22/2565

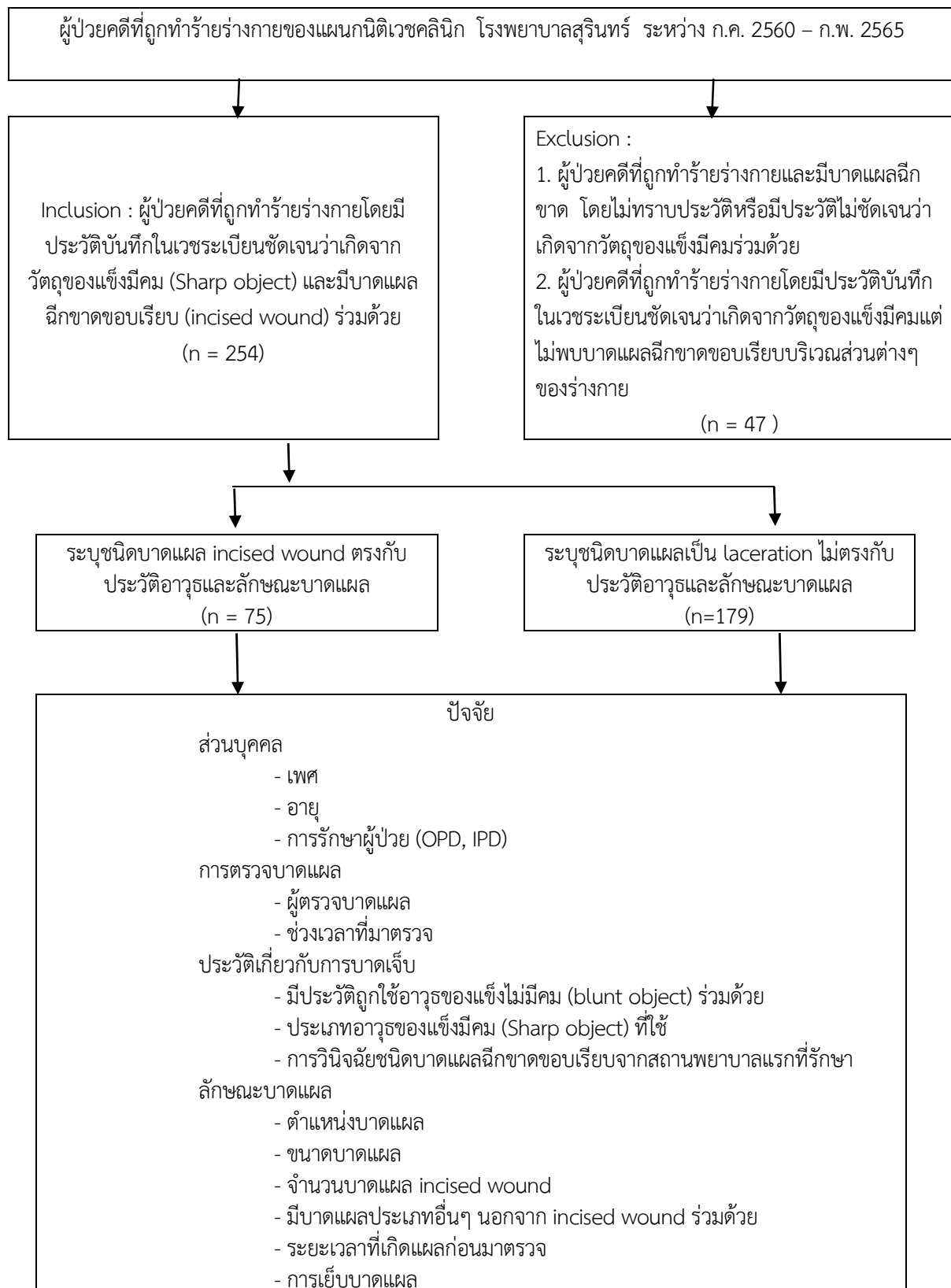
กลุ่มตัวอย่าง

ขนาดตัวอย่าง คำนวณจากการทำ Pilot study ในผู้ป่วยคดีที่ถูกทำร้ายร่างกายโดยมีประวัติบันทึกในเวชระเบียนชัดเจนว่าเกิดจากวัตถุของแข็งมีคมและมีบาดแผลฉีกขาดขอบเรียบร่วมด้วย ซึ่งเป็นผู้ป่วยของแผนกนิติเวชคลินิก โรงพยาบาลสุรินทร์ โดยประเมินปัจจัยที่สำคัญ 5 ปัจจัย เปรียบเทียบกลุ่มที่ระบุชนิดบาดแผลฉีกขาดขอบเรียบตรงกับบาดแผลที่เกิดขึ้นและประวัติวัตถุที่กระทำ กับกลุ่มที่ระบุชนิดบาดแผลฉีกขาดขอบเรียบไม่ตรงกับบาดแผลที่เกิดขึ้นและประวัติวัตถุที่กระทำ กำหนดการทดสอบ Two-sample comparison of means โดยกำหนด Proportions ของแต่ละปัจจัย โดยกำหนด Power ที่ร้อยละ 80 Type I

error ร้อยละ 5 และสัดส่วนกลุ่มที่บันทึกชนิดบาดแผลฉีกขาดตรงกับบาดแผลที่เกิดขึ้นและประวัติวัตถุที่กระทำ กับกลุ่มที่บันทึกชนิดบาดแผลฉีกขาดไม่ตรงกับบาดแผลที่เกิดขึ้นและประวัติวัตถุที่กระทำ 1 ต่อ 2 จึงคำนวณขนาดการศึกษาได้อย่างน้อยจำนวน ตัวอย่าง 144 ตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติวิเคราะห์ IBM SPSS statistics 23 สถิติเชิงพรรณณานำเสนอเป็นจำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และค่าเฉลี่ย สถิติเชิงอนุมานในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของแต่ละปัจจัยสำหรับตัวแปรเชิงคุณภาพ ระหว่างกลุ่มที่ระบุชนิดบาดแผลฉีกขาดขอบเรียบตรงกับบาดแผลที่เกิดขึ้นและประวัติวัตถุที่กระทำ กับกลุ่มที่ระบุชนิดบาดแผลฉีกขาดขอบเรียบไม่ตรงกับบาดแผลที่เกิดขึ้นและประวัติวัตถุที่กระทำใช้ Fisher's Exact test การวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อการระบุชนิดบาดแผลฉีกขาดขอบเรียบไม่ตรงกับบาดแผลที่เกิดขึ้นและประวัติวัตถุที่กระทำใช้ multivariate logistic regression analysis โดยถือว่ามีความสำคัญทางสถิติเมื่อ $p \text{ value} < 0.05$ และหา crude odd ratio และ adjusted odd ratio ของแต่ละปัจจัย ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%



ภาพที่ 1 Study flow diagram

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ที่ศึกษามี 254 ราย เป็นเพศชายร้อยละ 89 ช่วงอายุตั้งแต่ 10 – 80 ปี อายุเฉลี่ย 34.5 ± 14.17 ปี ส่วนมากอยู่ในวัยทำงานอายุ 20-59 ปี (ร้อยละ 81.1) ระยะเวลาที่เกิดบาดแผลก่อนมาตรวจที่โรงพยาบาลตั้งแต่ 10 นาที – 24 ชั่วโมง เฉลี่ย 2.93 ± 3.67 ชม. ผู้ป่วยมาตรวจในเวรยามมากที่สุดร้อยละ 52.8 รองลงมาเป็นเวรตึกและเวรเช้า (ร้อยละ 33, ร้อยละ 14.2) ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยที่ถูกส่งมารักษาจากโรงพยาบาลอื่นร้อยละ 25.9 ผู้ตรวจบาดแผลที่แผนกฉุกเฉินโรงพยาบาลสุรินทร์เป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ร้อยละ 75.6 จากการศึกษาพบความชุกของการระบุนบาดแผลลักษณะขอบเรียบไม่ตรงกับบาดแผลที่ตรวจพบและประวัติวัตถุที่กระทำ ในผู้ป่วยคดีแผนกนิติเวชคลินิก โรงพยาบาลสุรินทร์ เท่ากับร้อยละ 70.5

ปัจจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับบาดแผลลักษณะขอบเรียบ (incised wound) พบว่าตำแหน่งที่เกิดบาดแผลมากที่สุด 3 อันดับ ได้แก่ แขน (ร้อยละ 32.2) รองลงมา เป็นใบหน้า (ร้อยละ 26.4) และศีรษะ (ร้อยละ 25.2) ขนาดบาดแผลยาวตั้งแต่ 0.5-20 ซม. เฉลี่ยบาดแผลยาว 4.7 ± 3.3 ซม. มีบาดแผลลักษณะขอบเรียบเพียงแผลเดียว ร้อยละ 47.6 บาดแผลยังไม่มีกรเย็บบาดแผลก่อนมาถึงโรงพยาบาลสุรินทร์มากถึงร้อยละ 90.6 และพบว่ามีบาดแผลประเภทอื่นๆ ร่วมด้วย (เช่น แผลถลอก แผลฟกช้ำหรือบาดแผลลักษณะขอบไม่เรียบ) นอกเหนือจากบาดแผลลักษณะขอบเรียบร้อยละ 42.5 ผู้ป่วยมีประวัติว่าถูกทำร้ายด้วยวัตถุของแข็งไม่มีคมร่วมด้วยร้อยละ 27.6 ชนิดวัตถุมีคมที่ใช้เป็นอาวุธมากที่สุด ได้แก่ มีดขนาด

ใหญ่ (เช่น มีดอีโต้ มีดสับ มีดสปาต้า เป็นต้น) ร้อยละ 46 รองลงมาเป็นมีดขนาดเล็กร้อยละ 41.7 และแก้วหรือขวดแตกร้อยละ 5.9 เมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์พบปัจจัยที่มีผลให้การระบุนบาดแผลลักษณะขอบเรียบไม่ตรงกับบาดแผลที่ตรวจพบและประวัติวัตถุที่กระทำ คือ ผู้ป่วยมีประวัติว่าถูกทำร้ายด้วยวัตถุของแข็งไม่มีคมร่วมด้วย เพิ่มความเสี่ยง 2.02 เท่า (95%CI=1.03-3.98, p-value=0.041) อาวุธเป็นวัตถุของแข็งมีคมในกลุ่มมีดขนาดใหญ่ที่มีน้ำหนัก (Heavy sharp object ได้แก่ ขวาน, เคียว, ขอบมีดดาบ, อีโต้, สปาต้า และ มีดสับ) เพิ่มความเสี่ยง 0.15 เท่า (95%CI=0.08-0.29, p-value=<0.001) การระบุนบาดแผลลักษณะขอบเรียบไม่ตรงกับบาดแผลที่ตรวจพบและประวัติวัตถุที่กระทำในใบส่งตัวจากสถานพยาบาลอื่นมาก่อนเพิ่มความเสี่ยง 12.22 เท่า (95%CI=2.04-73.19, p-value=0.006) การตรวจร่างกายพบว่ามีบาดแผลประเภทอื่นร่วมด้วยนอกเหนือจากบาดแผลลักษณะขอบเรียบเพิ่มความเสี่ยง 1.88 เท่า (95%CI=1.06-3.31, p-value=0.030) เกิดบาดแผลลักษณะขอบเรียบแล้วมาตรวจภายหลัง 1 ชั่วโมงเพิ่มความเสี่ยง 1.87 เท่า (95%CI=1.06-3.29, p-value=0.031) และบาดแผลที่ผ่านการเย็บแผลก่อนมาถึงโรงพยาบาลเพิ่มความเสี่ยง 11.82 เท่า (95%CI=1.56-89.75, p-value=0.017) ในขณะที่ผู้ตรวจบาดแผลที่แผนกฉุกเฉินไม่ว่าจะเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (postgrad) หรือนักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 (undergrad) ที่อยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์เวชปฏิบัติก็มีการระบุนบาดแผลลักษณะขอบเรียบไม่ตรงกับบาดแผลที่ตรวจพบและประวัติวัตถุที่กระทำไม่แตกต่างกัน (p-value 0.590)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(%)	
	หญิง	ชาย
ช่วงอายุ		
0 - 10 ปี	0(0.0%)	1(0.4%)
11-19 ปี	3(10.7%)	30(13%)
20-59 ปี	25(89.3%)	181(81.1%)
≥ 60 ปี	0(0.0%)	14(6.2%)
อาวุธ		
มีดขนาดเล็ก	9(32.1%)	97(42.9%)
กรรไกร	0(0.0%)	3(1.3%)
ขวดแก้วแตก	3(10.7%)	12(5.3%)
ขวาน	0(0.0%)	4(1.8%)
เคียว,ขอ,มีดตายหญ้า	0(0.0%)	9(4.0%)
มีดขนาดใหญ่ (อีโต้, สपाต้า, มีดสับ)	16(57.1%)	101(44.7%)
ตำแหน่งบาดแผล		
หนังศีรษะ	10(15.6%)	54(84.4%)
ใบหน้า	6(9.0%)	61(91.0%)
คอ	2(9.1%)	20(90.9%)
อก	2(5.0%)	38(95.0%)
ท้อง	2(8.0%)	23(92.0%)
หลัง	5(17.2%)	24(82.8%)
แขน	11(13.4%)	71(86.6%)
ขา	2(13.3%)	13(86.7%)

ตารางที่ 2 ตำแหน่งที่พบ incised wound

ตำแหน่ง	จำนวน(%)
หนังศีรษะ	64(25.20%)
ใบหน้า	67(26.38%)
คอ	22(8.66%)
อก	40(15.75%)
ท้อง	25(9.84%)
หลัง	29(11.42%)
แขน	82(32.28%)
ขา	15(5.91%)

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการระบุชนิดบาดแผลฉีกขาด

ปัจจัย	ระบุเป็น incised wound ตรงกับประวัติ และบาดแผล	ระบุเป็น laceration ไม่ตรงกับประวัติและบาดแผล	P-value
	จำนวน(%)	จำนวน(%)	
เพศ			0.061
หญิง	4(5.3%)	24(13.4%)	
ชาย	71(94.7%)	155(86.6%)	
อายุ			0.156
0 -10 ปี	0(0%)	1(0.6%)	
11-19 ปี	15(20.0%)	18(10.1%)	
20-59 ปี	57(76.0%)	149(83.2%)	
≥ 60 ปี	3(4.0%)	11(6.1%)	
ประเภทผู้ป่วย			0.854
OPD	12(16%)	27(15.1%)	
IPD	63(84%)	152(84.9%)	
ผู้ตรวจบาดแผล			0.590
undergrad	20(26.7%)	42(23.5%)	
postgrad	55(73.3%)	137(76.5%)	
ช่วงเวลาที่ตรวจ			0.309
เวรเช้า (08.01-16.00 น.)	7(9.3%)	29(16.2%)	
เวรบ่าย (16.01-00.00 น.)	40(53.3%)	94(52.5%)	
เวรดึก (00.01-08.00 น.)	28(37.3%)	56(31.3%)	
ประวัติของแข็งไม่มีคมร่วมด้วย			0.015
ใช่	13(17.3%)	57(31.8%)	
ไม่	62(82.7%)	122(68.2%)	
กลุ่มวัตถุของแข็งมีคม			<0.001
light sharp object	54(72%)	52(29.1%)	
heavy sharp object	21(28%)	127(70.9%)	
การระบุชนิดบาดแผลฉีกขาดจาก รพ.			0.002
แรก	5(35.7%)	2(3.8%)	
ระบุตรงกับประวัติและลักษณะแผล	9(64.3%)	50(96.2%)	
ระบุไม่ตรงกับประวัติและลักษณะแผล			

ปัจจัย	ระบุเป็น incised wound ตรงกับประวัติ	ระบุเป็น laceration ไม่ตรงกับประวัติและ	P-value
	และบาดแผล	บาดแผล	
	จำนวน(%)	จำนวน(%)	
ตำแหน่งบาดแผล			
หนังศีรษะ	14(21.9%)	50(78.1%)	0.121
ใบหน้า	16(23.9%)	51(76.1%)	0.238
คอ	4(18.2%)	18(81.8%)	0.222
อก	21(52.5%)	19(47.5%)	0.001
ท้อง	12(48%)	13(52%)	0.033
หลัง	11(37.9%)	18(62.1%)	0.292
แขน	21(25.6%)	61(74.4%)	0.345
ขา	7(46.7%)	8(53.3%)	0.134
ขนาดบาดแผล			0.283
≤ 1.5 ซม.	16(21.3%)	28(15.7%)	
> 1.5 ซม.	59(78.7%)	150(84.3%)	
จำนวน incised wound			0.147
1 แผล	41(54.7%)	80(44.7%)	
> 1 แผล	34(45.3%)	99(55.3%)	
มีบาดแผลประเภทอื่นร่วมด้วย			0.012
ใช่	23(30.7%)	85(47.5%)	
ไม่	52(69.3%)	94(52.5%)	
ระยะเวลาที่มาตรวจ			0.046
≤ 1 ชม.	31(41.3%)	51(28.5%)	
> 1 ชม.	44 (58.7%)	128(71.5%)	
เย็บบาดแผลมาก่อน			0.001
ใช่	1(1.3%)	23(12.8%)	
ไม่	74(98.7%)	156(87.2%)	

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีผลให้ระบุนิบาดแผลฉีกขาดเป็น laceration ซึ่งไม่ตรงกับประวัติและลักษณะบาดแผล

ปัจจัย	Crude OR	95%CI	Adjusted OR	95%CI	P-value
1. มีประวัติของแข็งไม่มีคม ร่วมด้วย	2.23	1.13-7.38	2.02	1.03-3.98	0.041
2. แผลเกิดจากของแข็งมีคม กลุ่มมีขนาดใหญ่ที่มีน้ำหนัก (Heavy sharp object)	0.16	0.09-0.29	0.15	0.08-0.29	<0.000
3. การระบุนิบาดแผลจาก รพ.แรก ไม่ตรงกับประวัติและ ลักษณะบาดแผล	13.89	2.33-82.92	12.22	2.04-73.19	0.006
4. มีบาดแผลประเภทอื่นร่วม ด้วย	2.04	1.15-3.62	1.88	1.06-3.31	0.030
5. เกิดแผลก่อนมาตรวจ > 1 ชม.	1.77	1.01-3.104	1.87	1.06-3.29	0.031
6. เย็บบาดแผลมาก่อน	10.91	1.45-82.34	11.82	1.56-89.75	0.017

อภิปรายผล

ผู้ป่วยคดีที่ถูกทำร้ายร่างกายโดยมีประวัติบันทึกในเวชระเบียนชัดเจนว่าเกิดจากวัตถุของแข็งมีคม (Sharp object) และมีบาดแผลฉีกขาดขอบเรียบ (incised wound) ร่วมด้วย ของแผนกนิติเวช โรงพยาบาลสุรินทร์ ในช่วง ก.ค. 2560 – ก.พ. 2565 เกือบร้อยละ 90 เป็นเพศชาย ใกล้เคียงกับสถิติผู้บาดเจ็บจากการทำร้ายร่างกายของประเทศไทยที่รายงานยัง WHO เมื่อปี 2562 ว่าเกิดในเพศชายมากกว่าเพศหญิงถึง 7 เท่า อายุเฉลี่ย 34.5 ± 14.17 ปี ใกล้เคียงกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา (Akshat et al., 2010 ; Archana et al., 2020 ; Christine, 2019 ; Eni et al., 2009 ; Manoj et al., 2005 and Saurabh et al., 2013) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยคดีทำร้ายร่างกายส่วนมากเป็นเพศชายอยู่ในช่วงอายุ 30-44 ปี พบน้อยในกลุ่มผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 15 ปี และมากกว่า 60 ปี และ การทำร้ายร่างกายด้วย Sharp object ทำให้เกิดบาดแผล

incised wound มากถึงร้อยละ 52.2 (Saurabh & Biswajit, 2013) สอดคล้องกับการศึกษานี้ที่พบว่าผู้ป่วยมี incised wound ร้อยละ 57.48

การศึกษานี้พบว่าการทำร้ายร่างกายด้วย Sharp object เกิด incised wound มากกว่า 1 แผล มากถึงร้อยละ 52.36 สอดคล้องกับการศึกษาของ Saurabh & Biswajit เมื่อปี 2013 ตำแหน่งที่พบบาดแผลมากที่สุด ได้แก่ แขน ใบหน้าและศีรษะ ตามลำดับ ใกล้เคียงกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา (Akshat et al., 2010 ; Archana et al., 2020 ; Basappa et al., 2012 ; Carr et al., 2018 ; Eni et al., 2009 ; Karlsson, 1998 ; Manoj et al., 2005 ; Payne, 2016 and Subba et al., 2010) ที่พบว่าศีรษะ รวมถึงคอ แขนและลำตัว เป็นตำแหน่งที่มักพบบาดแผล ถูกทำร้าย เนื่องจากศีรษะและใบหน้าเป็นอวัยวะสำคัญที่สามารถทำให้เกิดอันตรายแก่ชีวิตได้ง่าย และแขนมักเกิดบาดแผลเนื่องจากการป้องกันตัว หรือเรียกว่า defense

wound (Archana et al., 2020 ; Crane, 2009 ; Saurabh & Biswajit, 2013) incised wound บริเวณอกและท้อง เป็นตำแหน่งที่มีการระบุชนิดบาดแผลฉีกขาดได้ตรงกับประวัติและลักษณะบาดแผลแตกต่างจากตำแหน่งอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ Carr และ Payne ที่พบว่าอกและท้องมักได้รับบาดเจ็บจากการแทงทะลุเข้าในร่างกาย (Stab wound) มากกว่าส่วนอื่น (Carr et al., 2018 and Payne, 2016) เนื่องจากหากพบบาดแผลฉีกขาดบริเวณดังกล่าวซึ่งเป็นตำแหน่งที่มีอวัยวะสำคัญภายใน จึงมักได้รับการตรวจและบันทึกรายละเอียดที่ครบถ้วนเพื่อเป็นแนวทางการในการตรวจเพิ่มเติมและการรักษา

ในการศึกษานี้พบวัตถุของแข็งมีคม (Sharp object) ที่ใช้การทำร้ายร่างกายเป็นมีดขนาดใหญ่ที่มีน้ำหนักร้อยละ 58.3 (heavy sharp object) ได้แก่ ขอ, เเคียว, มีดอีโต้, มีดสปาต้า, มีดสับ, ขวาน เป็นต้น ในขณะที่มีดขนาดเล็ก (Light sharp object) พบน้อยกว่าเล็กน้อย แตกต่างจากการศึกษาของ Saurabh & Biswajit เมื่อ 2013 ที่พบว่ามีการใช้มีดขนาดใหญ่ที่มีน้ำหนักเป็นอาวุธน้อยกว่าการศึกษานี้ถึง 3.2 เท่า ซึ่งอาจเกิดจากการแบ่งชนิดมีดในกลุ่มอาวุธมีดขนาดใหญ่ที่มีน้ำหนักมีความแตกต่างกันของการศึกษาดังกล่าวกับการศึกษานี้ผลการศึกษานี้พบว่ามีการใช้วัตถุของแข็งมีคมที่มีลักษณะเฉพาะอื่นๆ เช่น กรรไกร แก้วหรือขวดแตก พบเพียงเล็กน้อยเท่านั้น (ร้อยละ 7.1) อาจเนื่องจากเป็นวัตถุที่หาได้ยากกว่าและใช้งานได้ยากกว่ามีดทั่วไป นอกจากนี้วัตถุมีคมที่มีลักษณะเฉพาะดังกล่าว อาจทำให้ขอบแผลไม่เรียบหรืออาจพบรอยชำที่ขอบแผลได้ ซึ่งอาจสร้างความสับสนให้ระบุชนิดบาดแผลเป็น laceration wound แทนที่จะเป็น incised wound ได้ (Payne, 2016) ผู้ป่วยคดีทำร้ายร่างกายมักได้รับการตรวจรักษาเบื้องต้นครั้งแรกที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน นอกจากมีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป

(Postgrad) เป็นผู้ตรวจรักษา ยังมีนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 (Undergrad) ที่ผ่านการเรียนเรื่องการวินิจฉัยบาดแผลแล้ว มาตรวจบาดแผลเบื้องต้นด้วย แต่อยู่ในการควบคุมของแพทย์เวชปฏิบัติและอาจารย์แพทย์ การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยได้รับการตรวจบาดแผลโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเป็นบุคคลแรกมีมากถึง 3 เท่าของการตรวจบาดแผลโดยนักศึกษาแพทย์ อาจเนื่องจากมีประวัติถูกทำร้ายร่างกายซึ่งทราบอยู่แล้วว่าน่าจะเกี่ยวข้องกับคดีความในภายหลัง ผู้ป่วยเหล่านี้จึงได้รับการตรวจบาดแผลโดยแพทย์เวชปฏิบัติมากกว่า เพื่อสามารถตรวจบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับบาดแผลได้ครบถ้วนและมีผลต่อการให้ความเห็นต่างๆ อันมีผลต่อการพิจารณาคดี การศึกษานี้พบว่าการระบุชนิดบาดแผล Incised wound เป็น Laceration wound ในผู้ป่วยคดีที่มีประวัติบันทึกในเวชระเบียนชัดเจนว่าเกิดจากวัตถุของแข็งมีคม (Sharp object) ไม่มีความแตกต่างกันในผู้ตรวจบาดแผลรายแรกเป็นนักศึกษาแพทย์หรือแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป เนื่องจากการตรวจผู้ป่วยคดีที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินอาจมีเวลาในการตรวจจำกัด ทำให้ต้องสนใจลักษณะอาการที่อาจเป็นอันตรายแก่ชีวิตก่อนเป็นอันดับแรก เมื่อตรวจแล้วก็รีบส่งไปรักษาต่อยังแผนกต่างๆ จึงอาจทำให้ไม่มีเวลาในการสังเกตบาดแผลมากนัก อย่างไรก็ตามควรต้องมีการอบรมให้ความรู้เรื่องการระบุชนิดบาดแผลให้แม่นยำและเน้นย้ำถึงความสำคัญของการระบุชนิดบาดแผลฉีกขาดให้ถูกต้องตามประวัติและลักษณะบาดแผล (Sharma, 2003) เนื่องจากเป็นข้อมูลสำคัญที่ใช้ในการพิจารณาคดีในอนาคต อีกทั้งยังสามารถนำข้อมูลนี้จากการศึกษานี้ไปใช้ในการพัฒนาการเรียนการสอนทั้งในระดับ undergrad และ postgrad ต่อไปได้

ผู้ป่วยคดีถูกทำร้ายร่างกายครั้งหนึ่งมาตรวจรักษาในเวรบาย ซึ่งมากกว่าเวรตึกถึง 1.6 เท่า และมากกว่าเวรเช้า 3.7 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ที่

พบว่าเหตุทำร้ายร่างกายมักเกิดขึ้นในช่วงเย็นและกลางคืน (Subba et al., 2005) แต่ไม่ว่าจะเป็นช่วงเวลาใดก็ได้ เป็นปัจจัยให้มีการระบุชนิดบาดแผลฉีกขาดขอบเรียบไม่ตรงกับประวัติและลักษณะบาดแผล และพบว่าผู้ป่วยที่รักษาแบบผู้ป่วยนอก (OPD) หรือ นอนรักษาที่โรงพยาบาล (IPD) ไม่ได้มีความแตกต่างกันในการระบุชนิดบาดแผลฉีกขาดขอบเรียบไม่ตรงกับประวัติและลักษณะบาดแผล นอกจากนี้ยังพบว่าจำนวน incised wound และขนาดบาดแผล incised wound ไม่เป็นปัจจัยทำให้ระบุชนิดบาดแผลฉีกขาดขอบเรียบไม่ตรงกับประวัติและลักษณะบาดแผลด้วย

ปัจจัยที่ทำให้ระบุชนิดบาดแผลฉีกขาดขอบเรียบไม่ตรงกับประวัติและลักษณะบาดแผล ในผู้ป่วยคดีที่มีประวัติบันทึกในเวชระเบียนชัดเจนว่าเกิดจากวัตถุของแข็งมีคม คือมีการระบุเป็น laceration wound แทนที่จะเป็น incised wound แบ่งเป็นปัจจัยเกี่ยวกับประวัติการบาดเจ็บ พบว่าการใช้วัตถุของแข็งไม่มีคม (Blunt object) ร่วมด้วย และการใช้วัตถุมีคมขนาดใหญ่ที่มีน้ำหนัก (Heavy sharp object) เพิ่มโอกาสให้เกิดการระบุชนิดบาดแผลฉีกขาดขอบเรียบไม่ตรงกับประวัติและลักษณะบาดแผลได้ เนื่องจากวัตถุมีคมที่มีน้ำหนักมากมีความผิดในการเสียดสีผิวหนัง อาจทำให้เกิดการบาดเจ็บของผิวหนังที่รุนแรงและอาจลึกถึงกระดูกร่วมด้วยได้ อาจพบขอบไม่เรียบหรือพบรอยซ้ำซึ่งทำให้เข้าใจผิดได้ว่าเป็น laceration wound (Crane, 2009 ; Payne & Hinchliffe, 2011) ปัจจัยเกี่ยวกับบาดแผล ได้แก่ ตรวจพบว่ามีบาดแผลชนิดอื่นๆ นอกเหนือจาก incised wound ร่วมด้วย เช่น บาดแผลถลอก ฟกช้ำ หรือบาดแผลฉีกขาดขอบไม่เรียบ (Laceration wound) สอดคล้องกับปัจจัยเรื่องประวัติที่มีการใช้วัตถุของแข็งไม่มีคมร่วมด้วยจึงทำให้อาจพบบาดแผลอื่นๆ ได้ (Christophe et al., 2010)

บาดแผลฉีกขาดที่เกิดขึ้นเกิน 1 ซม. เป็นปัจจัยให้มีการระบุชนิดบาดแผลฉีกขาดขอบเรียบไม่ตรงกับประวัติและลักษณะบาดแผล เนื่องจากบาดแผลที่เกิดขึ้นภายใน 6 ชั่วโมง อยู่ในระยะแรกของกระบวนการหายของแผลซึ่งมีเพียงการอักเสบระดับเซลล์ (inflammatory phase of wound healing process) ยังไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงชัดเจนที่บาดแผลภายนอก (Ursus & Martin, 2004) บาดแผลที่เกิดมานานก่อนมาตรวจอาจมีการเปลี่ยนแปลงของบาดแผลไป ทำให้เกิดความสับสนในการระบุชนิดบาดแผลได้ ปัจจัยบาดแผลที่ผ่านการเย็บแผลมาก่อน ทำให้มีผลระบุชนิดบาดแผลฉีกขาดขอบเรียบไม่ตรงกับประวัติและลักษณะบาดแผลอย่างมีนัยสำคัญมากถึง 11 เท่า เพราะมีการเปลี่ยนแปลงของลักษณะบาดแผลจากเดิมและมีร่องรอยจากการรักษาร่วมด้วยจึงอาจสร้างความสับสนในการระบุชนิดบาดแผลฉีกขาดได้ และปัจจัยเกี่ยวกับผู้ตรวจรักษาที่รับผู้ป่วยมารักษาต่อจากสถานพยาบาลอื่น ซึ่งใบส่งตัวผู้ป่วยจากสถานพยาบาลแรกมีการระบุชนิดบาดแผลฉีกขาดขอบเรียบไม่ตรงกับประวัติและลักษณะบาดแผล หรือไม่มีการระบุประวัติการบาดเจ็บว่าเกิดจากวัตถุชนิดใด หรือไม่อาจระบุประวัติได้ เนื่องจากผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะที่สามารถให้ข้อมูลได้ ปัจจัยเหล่านี้มีผลให้แพทย์ที่รักษาต่อระบุชนิดบาดแผลฉีกขาดขอบเรียบไม่ตรงกับประวัติและลักษณะบาดแผลได้ถึง 12 เท่า ดังนั้นประวัติจากผู้ป่วยหรือผู้ที่เห็นเหตุการณ์ที่สามารถให้ข้อมูลได้จึงเป็นส่วนสำคัญที่อาจช่วยในการระบุชนิดบาดแผลฉีกขาดได้

ความสำคัญของการระบุชนิดบาดแผลฉีกขาดให้ถูกต้อง เพื่อเป็นข้อมูลในการระบุชนิดอาวุธที่มากกระทำ ดังนั้นผู้ตรวจจึงต้องมีความแม่นยำในการตรวจและระบุชนิดบาดแผลฉีกขาดให้ถูกต้อง ไม่เกิดความสับสนกันระหว่าง incised wound กับ laceration wound เพราะ

บาดแผลทั้งสองชนิดเกิดจากวัตถุที่ต่างกัน กล่าวคือ incised wound เกิดจากวัตถุของแข็งมีคม และ laceration wound เกิดจากวัตถุของแข็งไม่มีคม (Payne, 2016)

บทสรุป

การตรวจระบุชนิดบาดแผลฉีกขาดมีความสำคัญต่อการพิจารณาคดีอย่างมาก เพราะช่วยบอกอาชญากรรม ผู้ตรวจบาดแผลบุคคลแรกจึงเป็นผู้ที่สามารถให้รายละเอียดบาดแผลได้มากที่สุด โดยเฉพาะบาดแผลฉีกขาดที่เพิ่งเกิดขึ้นไม่เกิน 1 ชม. และยังไม่ได้รับการรักษา โดยการเย็บแผลมาก่อน ในรายที่ผ่านการรักษาจากสถานพยาบาลอื่นมาแล้วและมีการระบุชนิดบาดแผลฉีกขาดในใบส่งตัวผู้ป่วย ผู้ตรวจที่ตรวจผู้ป่วยนั้นต้องซักประวัติเพิ่มเติมและตรวจบาดแผลโดยละเอียดอีกครั้งเสมอ บันทึกเวชระเบียนให้ครบถ้วนเพื่อเป็นข้อมูลในการให้ความเห็นทางการแพทย์ ดังนั้นการระบุชนิดบาดแผลฉีกขาดจึงต้องมีความแม่นยำถูกต้องตามหลักวิชาการ เพื่อประโยชน์ในการให้ความเห็นประกอบการพิจารณาคดีต่อไป

บรรณานุกรม

- ดวงกมล ปิ่นเฉลียว. (2563). แนวทางในการดูแลผู้ป่วยคดีสำหรับพยาบาล (THE GUIDELINE OF FORENSIC PATIENTS CARE FOR NURSES). *Journal of The Police Nurses*, 12 (1), 244-250. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/policenurse/article/view/240087/165592>นิติกร โปริสวานิชย์. (2557). คู่มือการปฏิบัติงานนิติเวช (สำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์) กระทรวงสาธารณสุข. <https://phdb.moph.go.th/main/index/downloadlist/53/7>
- ธัญญศักดิ์ เอกเวชวิท, ทศนัย พิพัฒน์โชติธรรม (2557). Blunt force injury. ใน วชิระ เพ็งจันทร์ และธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์ (บ.ก.), คู่มือการปฏิบัติงานนิติเวช (สำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์) กระทรวงสาธารณสุข. (น.96-100). กรุงเทพมหานคร : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

ข้อเสนอแนะ

บันทึกรายละเอียดบาดแผลในเวชระเบียน นอกจากการวาดภาพใน body maps ควรเพิ่มการถ่ายภาพบาดแผลเก็บไว้เป็นข้อมูลเพื่อใช้ในทางคดีและเป็นฐานข้อมูลเรื่องการรักษาบาดแผลด้วย การถ่ายภาพต้องมีความคมชัด ครบถ้วนเรื่องตำแหน่งและขนาดบาดแผล เก็บรักษาใบบันทึกรายละเอียดบาดแผลและภาพถ่ายยึดหลักการรักษาความลับของผู้ป่วย และหากมีการส่งต่อข้อมูลก็ต้องรักษา chain of custody ซึ่งเป็นความน่าเชื่อถือของวัตถุพยานในการพิจารณาคดี บาดแผลที่ผ่านการเย็บมาก่อนมีผลให้ระบุชนิดบาดแผลฉีกขาดขอเปรียบเทียบตรงกับประวัติและลักษณะบาดแผลถึง 11 เท่า ดังนั้นจึงต้องเน้นย้ำให้ความสำคัญในการซักประวัติและการบันทึกรายละเอียดบาดแผลก่อนการเย็บแผล หรือหากเป็นผู้ป่วยที่รับการรักษาต่อจากสถานพยาบาลอื่นที่ผ่านการเย็บแผลมาแล้ว การซักประวัติอาจช่วยให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับบาดแผลมากขึ้น เพื่อให้สามารถระบุชนิดบาดแผลฉีกขาดตรงกับประวัติวัตถุที่มากระทำได้มากขึ้นด้วย เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการระบุชนิดบาดแผลฉีกขาดและมีความมั่นใจในการระบุชนิดบาดแผล ควรมีการอบรมให้ความรู้แพทย์เวชปฏิบัติก่อนปฏิบัติงานด้วย

- เปรมฤดี ทวีคง. (2561). การตรวจบาดแผล. ใน อนิรุช วรราช, กัณฑ์ ทองแถม ณ อยุธยา, วิรัชญา ลิ้มกิตติคุณสิน, ณัฐพงษ์ ตูลาพันธ์ และกนกนาถ หงสกุล (บ.ก.), *คู่มือการตรวจผู้บาดเจ็บ ปีงบประมาณ 2561*. (น.1-4). กรุงเทพมหานคร : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- วิจารณ์ วชิรวงศาการ และ ศักดิ์สิทธิ์ บุญลักษณ์. (2557). การชันสูตรบาดแผลทางนิติเวชศาสตร์. ใน วชิระ เฟื่องจันทร์ และธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์ (บ.ก.), *คู่มือการปฏิบัติงานนิติเวช (สำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์) กระทรวงสาธารณสุข*. (น.91-94). กรุงเทพมหานคร : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- สุธิดา บุชิตรัตนคุณ, ศักดา สติเรืองชัย (2557). Sharp force injury. ใน วชิระ เฟื่องจันทร์ ธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์ (บ.ก.), *คู่มือการปฏิบัติงานนิติเวช (สำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์) กระทรวงสาธารณสุข*. (น.101-107). กรุงเทพมหานคร : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- อภิชัย แผลงศร. (ม.ม.ป.). นิติเวชคลินิก (Clinical forensic medicine).
[http://med.swu.ac.th/forensic/images/AP_CFM\(new\)_1-60.pdf](http://med.swu.ac.th/forensic/images/AP_CFM(new)_1-60.pdf)
- Akshat V, Anand M, Ritesh G. M, Tanuj K, Prateek R (2010). A retrospective review of homicides in Mangalore, South India. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 17(6), 312-315. doi:10.1016/j.jflm.2010.04.012
- Archana C. , Srijana K. , Samjhana G. , Harihar W. (2020). Patterns and Severity of Injuries in Patients Following Physical Assault– A Medicolegal Aspects. *Eastern Green Neurosurgery*, 2(2), 16-20. doi : 10.3126/egn.v2i2.29238
- Basappa SH , Harish S, Girish C.Y. P, Praveen S. Jayanth S.H.³ (2012). Study of defense injuries in homicidal deaths – An autopsy study. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 19(4), 207-210. doi: 10.1016/j.jflm.2011.12.022
- Carr D.J, Godhania K, Mahoney P.F (2018). Edged weapons awareness. *International Journal of Legal Medicine*, 133(4), 1217-1224. doi : 10.1007/s00414-018-1966-6
- Christine A G, Fiona M, David I. C, Alex D M. (2019). Assault-related sharp force injury among adults in Scotland 2001–2013: Incidence, socio-demographic determinants and relationship to violence reduction measures. *Aggression and Violent Behavior*, 46(1), 190-196. doi: 10.1016/j.avb.2018.10.002
- Christophe B.A. , Christophe F.B. , Michel D.A , Geoffroy L.G. (2010). Homicidal and suicidal sharp force fatalities: Autopsy parameters in relation to the manner of death. *Forensic Science International*, 198(1-3), 150-154. doi:10.1016/j.forsciint.2010.02.017.
- Crane J (2009). Injury. In Maclay W.D.S. (Ed.), *Clinical Forensic Medicine 3rd edition*. (p. 99-113). Newyork : Cambridge University Press.
- Eni U. E, Na'aya H. U, Musa A. M, Lawan M. A , Chinda J. Y. (2009). An Audit of Non-Fatal Assault Injuries Treated In Federal Medical Center (FMC), Nguru, North East Nigeria. *Nigerian Journal of Medicine*, 18(2), 168-171. doi : 10.4314/njm.v18i2.45057
- Manoj K. M, Mohan K.² , Arun M.³ , Vikram P.⁴ (2005). Victims of homicidal deaths – an analysis of variables. *Journal of Clinical Forensic Medicine*, 12(6), 302-304. doi:10.1016/j.jcfm.2005.03.007.
- Karlsson T. (1998). Homicidal and suicidal sharp force fatalities in Stockholm, Sweden. Orientation of entrance wounds in stabs gives information in the classification. *Forensic Science International*, 93(1), 21-32. doi : 10.1016/s0379-0738(98)00025-5

- Payne J.James & J. Hinchliffe. (2011). Injury Assessment, Documentation, and Interpretation. In Magaret M (Ed.), *Clinical Forensic Medicine A Physician's Guide*. 3rd edition. (p. 146-147). London : Springer New York Dordrecht Heidelberg.
- Payne J.James. (2016). Injury, Fatal and Nonfatal : Sharp and Cutting-Edge Wounds. Retrieved 15 May 2022, from/ <https://asomef.org.co/wp-content/uploads/2020/04/Injury-Fatal-and-Nonfatal-Sharp-and-Cutting-Edge-Wounds.pdf>
- Saurabh C. & Biswajit S. (2013). Pattern of defense injuries among homicidal victims. *Egyptian Journal of Forensic Sciences*, 3(3), 81-84. doi : 10.1016/j.ejfs.2012.11.002
- Sharma B. R. (2003). Clinical forensic medicine – management of crime victims from trauma to trial. *Journal of Clinical Forensic Medicine*, 10(4), 267-273. doi : 10.1016/j.jcfm.2003.09.003
- Subba S. , Binu V. , Ritesh G.M. , Virendra K.⁴ (2010). Physical assault related injuries in Western Nepal – A hospital based retrospective study. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 17(4), 203-208. doi : 10.1016/j.jflm.2010.02.001
- Ursus-Nikolaus R & Martin W (2004). Tissue Repair. In U.N. Riede (Ed.), *Color Atlas of Pathology*. (p.310-312). Stuttgart : Druckhaus Go'tz, Ludwigsburg.
- World Health Organization. (2022). Estimates of number of homicides. <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/gho-estimates-of-number-of-homicides>.