

บทบาทแพทย์ในการตรวจพิสูจน์เด็กถูกทารุณกรรมที่ศีรษะ

กำพล เครือคำขาว พ.บ.

กลุ่มงานนิติเวช โรงพยาบาลลำปาง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 52000

Medical Role in Proving Child Abuse in the Head

Kluakamkao G

Forensic Medicine Group, Lampang Hospital, Mueang Lampang, Lampang, 52000

(E-mail: kkamkao@gmail.com)

(Received: January 23, 2020; Revised: February 20, 2020; Accepted: March 1, 2020)

บทนำ

การบาดเจ็บศีรษะจากการทารุณกรรมเป็นสาเหตุการตาย และทุพพลภาพของเด็กเล็กโดยเฉพาะในเด็กอายุน้อยกว่า 1 ปี เด็กที่ถูกทารุณกรรม แกร็บมักมีอาการที่ไม่จำเพาะ เช่น อาเจียน ซึม ร้องกวน หรือทานน้อย นำไปสู่การวินิจฉัยที่ล่าช้า จึงพบการวินิจฉัยแรกรับที่ผิดปกติได้ถึงร้อยละ 31 โดยเด็กร้อยละ 28 ที่วินิจฉัยผิดพลาดจะถูกทารุณกรรมซ้ำ จนบางรายเสียชีวิต ทั้งนี้หากแพทย์วินิจฉัยการถูกทารุณกรรมที่ศีรษะได้เร็วจะสามารถรักษาชีวิตเด็กได้ในรายที่ผู้ดูแลไม่แจ้งประวัติการทำร้าย¹ หากผู้ป่วยเด็กมีความรู้สึกตัวลดลง หรือหยุดหายใจ แพทย์ควรคิดถึงภาวะเด็กถูกเขย่า (Shaken Baby Syndrome, SBS) หรือ การบาดเจ็บศีรษะจากถูกทารุณกรรม (Abusive Head Trauma, AHT) ซึ่งเกิดได้จากการถูกเขย่า ทบตี เหวี่ยง หรือโยน ทำให้กลไกการบาดเจ็บเกิดได้หลายแบบ ในกรณีที่มีการทารุณกรรมอย่างรุนแรง อาจมีอาการชก สายตาพร่ามัว ตาบอด และสติปัญญาบกพร่องในระยะยาว² ปัจจัยที่ก่อให้เกิดการทารุณกรรม เช่น การเลี้ยงดูโดยพ่อแม่อายุน้อย พ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว การอยู่กับพ่อแม่เลี้ยง ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความรุนแรงในครอบครัว และการใช้สารเสพติดหรือแอลกอฮอล์³ การร้องไห้ไม่หยุดของเด็กเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการทารุณกรรมซึ่งผู้กระทำมักให้การว่าใช้การเขย่าเป็นวิธีที่ทำให้เด็กหยุดร้อง¹ เนื่องจากผู้ดูแลเด็กมักปกปิดเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ดังนั้นแพทย์ พยาบาลที่รับตัวเด็กไว้ในสถานพยาบาลควรจะทราบอาการ อาการแสดง ที่ทำให้สงสัยเด็กถูกทารุณกรรม ทำการส่งตรวจเพิ่มเติม และวินิจฉัยการบาดเจ็บได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้ได้ข้อเท็จจริงในการคุ้มครองสวัสดิภาพ และเกิดประโยชน์ต่อกระบวนการยุติธรรม

อาการ และอาการแสดง

แพทย์ควรสงสัยอาการเด็กถูกเขย่า หรือมีการทารุณกรรมที่ศีรษะ ในกรณีที่มีการบาดเจ็บสมองที่รุนแรง แต่พบ

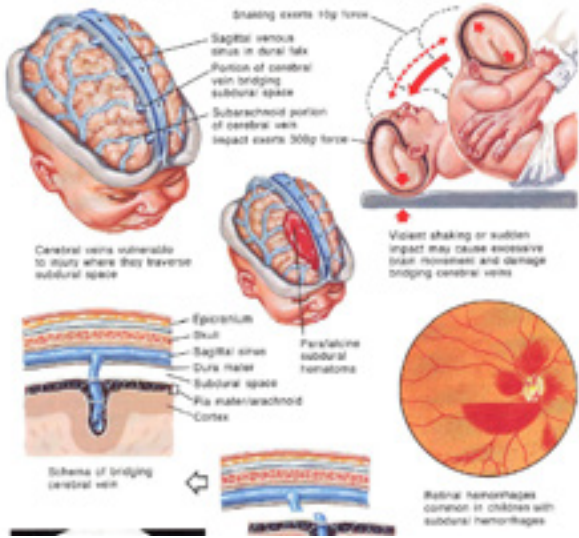
บาดแผลภายนอกเพียงเล็กน้อยที่หน้าอกและท้อง หรือไม่พบบาดแผลภายนอก โดยไม่มีประวัติการบาดเจ็บมาก่อน (รูปที่ 1) ต่างจากเด็กที่ได้รับอุบัติเหตุที่มักจะมีประวัติการบาดเจ็บ และลักษณะการบาดเจ็บภายนอกบริเวณศีรษะที่เห็นได้ชัดเจน⁴⁻⁵ การวินิจฉัยที่ผิดพลาดบ่อย ได้แก่ ติดเชื้อไวรัสในทางเดินอาหาร สงสัยติดเชื้อในกระแสเลือด และอุบัติเหตุบาดเจ็บศีรษะ ลักษณะการบาดเจ็บที่จำเพาะกับการทารุณกรรมเด็ก 3 ประการ ได้แก่ เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง สมองบาดเจ็บทั่วไป (diffuse brain injury) และเลือดออกปริมาณมากในหลายชั้นของจอประสาทตา ซึ่งกลไกการเกิดสัมพันธ์กับการเขย่าและอาจร่วมกับการกระแทกของแข็ง⁶⁻⁸ ซึ่งแพทย์ต้องวินิจฉัยแยกจาก อาการชก การติดเชื้อในเยื่อหุ้มสมอง ความผิดปกติ การแข็งตัวของเลือด หรืออุบัติเหตุตกที่สูง ปริมาณแรงที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บ ทั้ง 3 ประการนั้นยังไม่สามารถระบุได้ แต่ผู้เชี่ยวชาญยอมรับว่า การอุ้มจับทารกตามปกติ แล้วเกิดอุบัติเหตุเล็กน้อยไม่ได้เป็นสาเหตุของการบาดเจ็บเหล่านี้ ซึ่งหากพบแสดงว่ามีอาการกระทำที่รุนแรงมาก⁹⁻¹⁰



รูปที่ 1 กลุ่มแผลฟกช้ำบริเวณกลางหน้าอก

1. เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองบ่งชี้ว่าการบาดเจ็บของสมอง และมีโอกาสเกิดจากการถูกทารุณกรรม ได้มากกว่าจากอุบัติเหตุรุนแรงที่ศีรษะ 3 เท่า พบในเด็กที่บาดเจ็บศีรษะจากอุบัติเหตุได้น้อย ยกเว้นในกรณีมีความรุนแรงมาก เช่น อุบัติเหตุจากรถ หรือตกที่สูงมาก กลไกการบาดเจ็บเกิดจากการตีจน

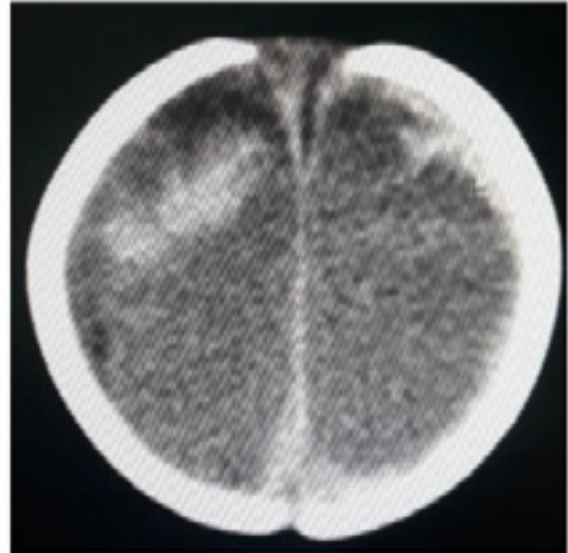
ขาดของหลอดเลือดดำซึ่งรับเลือดจากสมองเข้าสู่หลอดเลือดกลางเยื่อหุ้มสมอง (dural venous sinus) (รูปที่ 2) เนื่องจากกะโหลกศีรษะ และสมองมีการยึดกันด้วยเยื่อหุ้มสมอง ในภาวะที่ศีรษะเคลื่อนที่อย่างรวดเร็วไปกระทบกับวัตถุแข็งทำให้ศีรษะหยุดทันที แต่สมองจะยังคงมีเคลื่อนที่ไปตามแนวแรง หรือมีการ



รูปที่ 2 การเขย่าเด็กทำให้เส้นเลือดดำรับเลือดจากสมองฉีกขาด เกิดเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง

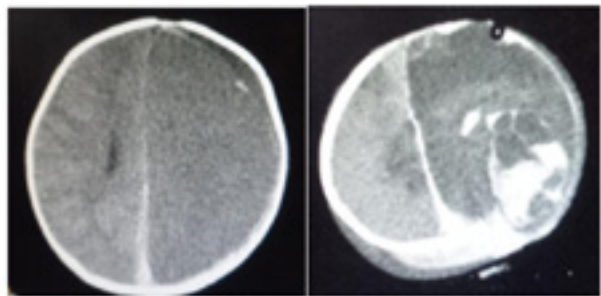
2. สมองบาดเจ็บทั่วไป ขึ้นกับลักษณะของแรงที่กระทำ และการกระจายแรง การบาดเจ็บจากการเขย่าทำให้ศีรษะเด็กมีการเคลื่อนที่ทั้งแนวระนาบ และแนวทวน ทำให้กะโหลกศีรษะ เยื่อหุ้มสมอง และเนื้อสมองข้างในเคลื่อนที่ไม่สัมพันธ์กัน เกิดการบาดเจ็บของเนื้อสมอง และใยประสาท โดยการบาดเจ็บปฐมภูมิที่สมองลักษณะต่างๆ อาจนำไปสู่ภาวะเซลล์ประสาทขาดออกซิเจนได้ (hypoxic brain damage) โดยเฉพาะ เซลล์ประสาทสมองส่วนใน เซลล์ประสาทในสมองน้อย และสมองกลีบใหญ่ (รูปที่ 4 และรูปที่ 5) รูปแบบการบาดเจ็บที่พบบ่อย คือ พบลักษณะขาดเลือดของเซลล์ประสาทแนวต่อระหว่างส่วนปลายของหลอดเลือดแดงใหญ่เลี้ยงสมองส่วนหน้า และสมองส่วนกลาง¹¹⁻¹² นอกจากนี้ยังอาจมีการบาดเจ็บทุติยภูมิเนื่องจาก สมองขาดออกซิเจน เช่น การหยุดหายใจจากแกนสมอง หรือไขสันหลังบาดเจ็บ การชักเป็นเวลานาน หรือการสำลักอาหาร โดยพบภาวะสมองขาดออกซิเจนในเด็กที่ถูกทารุณกรรมได้มากกว่าจากอุบัติเหตุ¹³ กรณีอุบัติเหตุตกที่สูงในระยะสั้น เช่น ตกเตียง ตกโต๊ะ ซึ่งลักษณะการบาดเจ็บที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงความเร็วเพียงอย่างเดียว จะมีการบาดเจ็บเฉพาะจุด และไม่กระจาย¹⁴ โดยการบาดเจ็บภายในกะโหลกศีรษะเด็กเล็กจากแรงปะทะต่ำ เช่น ตก

เขย่าให้ศีรษะเคลื่อนที่แล้วมีการรั้งให้หยุดในทันทีทำให้สมองลดความเร็วอย่างกะทันหัน¹¹ ส่งผลให้หลอดเลือดดำดังกล่าวฉีกขาดเกิดเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง ที่จะพบได้จากการตรวจภาพรังสีคอมพิวเตอร์สมอง (รูปที่ 3)

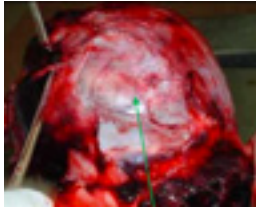


รูปที่ 3 เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองสองด้านในเด็กอายุ 2 เดือน

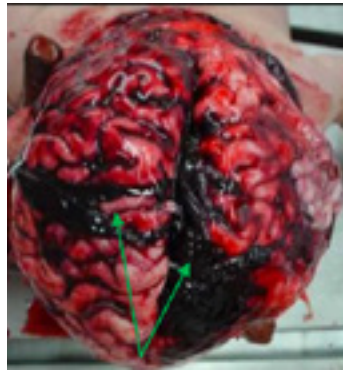
เตียง ได้รับการพิสูจน์ว่าเกิดขึ้นได้ยาก¹⁵⁻¹⁶ จากการศึกษาของ Tarantino¹⁷พบการบาดเจ็บทารกอายุน้อยกว่า 10 เดือนที่พลัดตกในระยะทางสั้นๆ น้อยกว่า 4 ฟุต จำนวน 167 ราย ร้อยละ 85 มีการบาดเจ็บเล็กน้อย หรือไม่พบการบาดเจ็บ ไม่พบกะโหลกศีรษะแตก หรือกระดูกสันหลังหัก และไม่พบการสูญเสียความรู้สึกตัว เด็ก 12 ราย หรือร้อยละ 7 มีกะโหลกศีรษะแตกแนวเดียว ต่างจากกะโหลกศีรษะเด็กถูกทารุณกรรมที่มีการแตกหลายแนว (รูปที่ 6 และรูปที่ 7) และมีเด็ก 2 ราย ที่มีเลือดออกในกะโหลกศีรษะ ซึ่งต่อมาได้รับการยืนยันเกิดจากถูกทารุณกรรม



รูปที่ 4 และรูปที่ 5 สมองกลีบซ้ายบวม เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองด้านซ้ายในเด็กอายุ 5 เดือน หลังผ่าตัดพบเนื้อสมองกลีบซ้ายตาย มีเลือดออกทุติยภูมิ

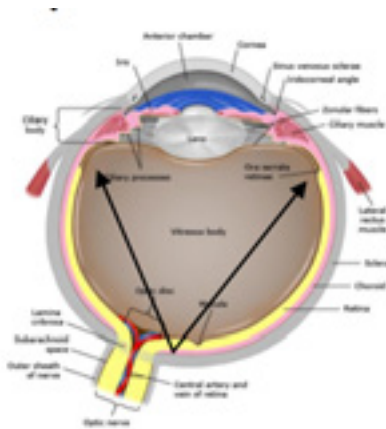


รูปที่ 6 และรูปที่ 7
 กะโหลกศีรษะแตก
 หลายแนว และเลือดออก
 ได้เยื่อหุ้มสมอง
 ในเด็กถูกทารุณกรรม

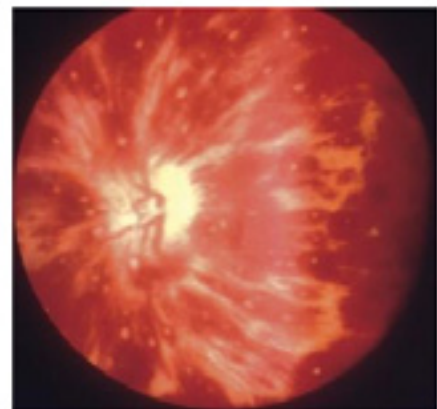


3. เลือดออกในจอประสาทตา จากการถูกทารุณกรรม พบได้ร้อยละ 83 ตั้งแต่ปริมาณเล็กน้อยจนถึงปริมาณมาก โดยพบในจอประสาทตาทั้งสองข้าง ร้อยละ 85 และในจอประสาทตาเพียงข้างเดียวร้อยละ 15¹⁸ การศึกษาอื่นหลังในระยะเวลา 19 ปี พบว่าเลือดออกในจอประสาทตามีโอกาสเกิดจากการถูกทารุณกรรม ได้มากกว่าจากอุบัติเหตุรุนแรงที่ศีรษะ 14 เท่า และมีความน่าจะเป็นที่จะถูกทารุณกรรมถึงร้อยละ 91 โดยเฉพาะการพบในปริมาณมากในจอประสาทตาทั้งสองข้าง และมีการกระจายของเลือดเซาะไปถึงขอบจอประสาทตาด้านหน้า

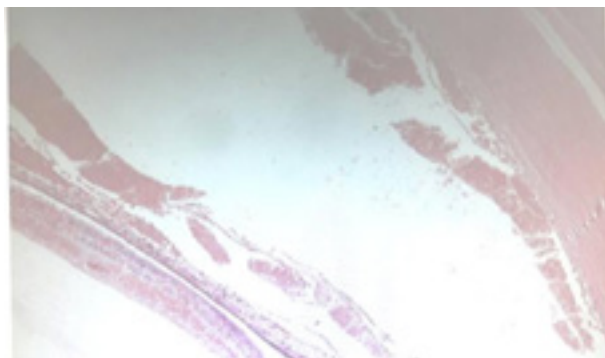
(Ora serrata)¹⁹⁻²⁰ (รูปที่ 8 และรูปที่ 9) จักษุแพทย์จึงควรรายงานผลการตรวจพบเลือดออกในจอประสาทตา ทั้งปริมาณ การกระจาย และชนิดเลือดที่ออกในจอประสาทตา ซึ่งหากพบปริมาณ และการกระจายมาก จะมีความสัมพันธ์กับความผิดปกติของสมองที่รุนแรง การศึกษาแบบไปข้างหน้าของ Agrawal²¹ ในเด็กที่เจ็บป่วยและบาดเจ็บรุนแรงซึ่งไม่ได้ถูกทารุณกรรมมาก่อน 159 ราย พบเลือดออกในจอประสาทตาร้อยละ 15 และพบลักษณะเลือดออกมากคล้ายการถูกทารุณกรรม ร้อยละ 3 หรือ 6 ราย ในเด็กที่ได้รับอุบัติเหตุบาดเจ็บรุนแรงที่ศีรษะจนเสียชีวิต เด็กที่มีการแข็งตัวเลือดซ้ำผิดปกติมาก และเด็กที่มีการติดเชื้อมีการแสเลือดซึ่งสัมพันธ์กับมะเร็งเม็ดเลือดขาว แต่ลักษณะที่ช่วยแยกจากการถูกทารุณกรรม คือ เด็กเหล่านี้ไม่มีการบาดเจ็บที่ผิวหนัง หรือเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง การพบรอยยักตัวของจอประสาทตา (retinal folds) และจอประสาทตาดีกขาด (retinoschisis) พบในสัดส่วนน้อยของเด็กที่ถูกทารุณกรรม แต่มักพบได้บ่อยในการผ่าศพตรวจชันสูตรทางพยาธิวิทยา (รูปที่ 10) ซึ่งหากพบจะมีความจำเพาะสูงเนื่องจากไม่เคยมีรายงานการพบในรายที่เป็นโรค หรือได้รับอุบัติเหตุที่ศีรษะ



รูปที่ 8 จอประสาทตา ด้านหน้า ตำแหน่ง Ora serrata



รูปที่ 9 เลือดออกในจอประสาทตาปริมาณมาก



รูปที่ 10 เลือดออกใน จอประสาทตาทึบตัว (retinal folds)

วิจารณ์

จากรายงานการศึกษาข้างต้น มีความสอดคล้องกับกรณีศึกษาเด็กซึ่งสงสัยถูกทารุณกรรม 2 ราย ที่ผู้เขียนซึ่งเป็นแพทย์นิติเวช ประจำโรงพยาบาลจังหวัด ร่วมกับกุมารแพทย์ได้ทำการตรวจ วินิจฉัย และให้การช่วยเหลือด้านคดีความ ดังนี้

กรณีที่หนึ่ง ผู้ป่วยเด็กชาย อายุ 2 เดือน 17 วัน คลอดตามกำหนด อาการปกติดี ไม่มีโรคประจำตัว บิดานำส่งให้ประวัติ 30 นาที ก่อน ร้องงอแงเสียงดังจนหน้าแดง บิดาได้อุ้มปลอบแต่ยังไม่หยุดร้อง จึงวางผู้ป่วยลงบนเตียง จากนั้นผู้ป่วยมีน้ำนมไหลออกปาก หายใจเสียงครืดคราด ซึมลง ตัวซีด จึง

นำส่งโรงพยาบาล ผลการตรวจร่างกายที่ห้องฉุกเฉิน พบแขนขากระตุก มีภาวะความดันโลหิตต่ำ และซีพจรช้า ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และให้ยากันชัก ตรวจภาพรังสีคอมพิวเตอร์ พบเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองกลีบหน้า และกลีบข้างทั้งสองด้าน มีภาวะสมองบวม (รูปที่ 3) ตรวจเลือดพบภาวะช็อค ระหว่างรับนอนผู้ป่วยมีอาการชักซ้ำต่อเนื่อง และมีไข้ได้รับยากันชักหลายชนิด และยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ วันที่ 3 หลังรับนอนทางกุมารแพทย์ได้ส่งปรึกษาจักษุแพทย์ตรวจจอประสาทตา ผลการตรวจพบเลือดออกในจอประสาทตาข้างซ้ายข้างเดียว โดยพบเลือดออกทั่วไปในชั้นลึก และชั้นใยประสาท วันที่ 5 หลังรับนอนผู้ป่วยเริ่มขับตัวเองได้ รู้สึกตัวดีขึ้น แต่ยังต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ และให้อาหารทางสายยาง วันที่ 12 หลังรับนอนผู้ป่วยหายใจเองได้โดยใช้เครื่องช่วยพองการหายใจ และวันที่ 19 หลังรับนอนได้รับการทำกายภาพบำบัดฝึกการเคลื่อนไหว และกระตุ้นการกลืน รวมระยะเวลารับนอน 47 วัน เนื่องจากเป็นกรณีที่สงสัยบิดาผู้ป่วยเป็นผู้ทำธุรกรรม แต่ให้การปฏิเสธ ไม่ได้กระทำ ประกอบกับบิดาและมารดาแยกทางกัน ไม่ได้จดทะเบียนสมรส โดยบิดาและย่า เป็นผู้เลี้ยงดูฝ่ายเดียว ดังนั้นเพื่อการคุ้มครองสวัสดิภาพ แพทย์นิติเวชจึงได้ออกใบรับรองแพทย์รับรองการบาดเจ็บดังกล่าวเกิดจากการถูกเขย่าอย่างแรง และประสานนักสังคมสงเคราะห์จัดประชุมทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้การคุ้มครองสวัสดิภาพเด็ก และเสนอมาตรการคุ้มครองต่อคณะกรรมการคุ้มครองเด็กจังหวัด ซึ่งต่อมาได้มีคำสั่งคุ้มครองสวัสดิภาพโดยส่งผู้ป่วยไปรับการดูแลที่สถานสงเคราะห์เด็ก ส่วนด้านกระบวนการยุติธรรมในการดำเนินคดีอาญา มารดาของผู้ป่วยไม่ประสงค์ที่จะดำเนินคดีต่อผู้กระทำผิด แต่เจ้าพนักงานคุ้มครองเด็กซึ่งเป็นบุคคลที่กฎหมายกำหนดให้เป็นผู้ดำเนินคดีได้ ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 ได้เข้ากล่าวโทษต่อพนักงานสอบสวน เพื่อให้มีการดำเนินคดีอาญาต่อบิดาของผู้ป่วย

กรณีที่สอง ผู้ป่วยเด็กชาย อายุ 5 เดือน 29 วัน ไม่มีประวัติโรคประจำตัว 4 ชั่วโมงก่อน ชักเกร็ง มีไข้ อาเจียน ไม่รู้สึกตัว ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และให้ยากันชักที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลเอกชน ก่อนส่งต่อมารักษาที่โรงพยาบาลจังหวัดแรกรับซึม หลับ ม่านตาซ้ายขยาย ตรวจร่างกายภายนอกไม่พบบาดแผล หรือจุดเลือดออกตามร่างกาย ตรวจภาพรังสีคอมพิวเตอร์ครั้งที่ 1 (รูปที่ 4) พบสมองกลีบซ้ายบวมมาก และเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองด้านซ้าย ไม่พบหนังศีรษะช้ำ หรือกะโหลกศีรษะแตก ศัลยแพทย์ได้ทำการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะซ้าย นำเลือดใต้เยื่อหุ้มสมองออก ปริมาณ 50 มล. วันที่ 2 หลังรับนอนได้รับการตรวจภาพรังสีซ้ำ (รูปที่ 5) พบสมองกลีบซ้ายบวมเป็นเนื้อตาย และมีเลือดออกในสมองทุติยภูมิ วัน

ที่ 3 หลังรับนอนมีภาวะสมองตาย ได้รับการส่งปรึกษาจักษุแพทย์ ส่งตรวจตาพบเลือดออกในจอประสาทตาทั้งสองข้าง ปริมาณมาก กุมารแพทย์คิดถึงการบาดเจ็บจาก SBS จึงได้มีการปรึกษาแพทย์นิติเวช เข้าร่วมทำการตรวจวินิจฉัย และให้คำแนะนำบิดามารดาผู้ป่วย ให้ทราบถึงสาเหตุการหมดสติ ทางบิดาผู้ป่วยสงสัยผู้กระทำจะเป็นหญิงผู้รับเลี้ยงเด็ก เนื่องจากบิดามารดาไปทำงานในโรงงานที่ต่างจังหวัดไม่สามารถนำเด็กเข้าพักในหอพักของโรงงานได้ จึงได้ฝากผู้ป่วยให้อนคางคินกับหญิงผู้รับเลี้ยง ตั้งแต่เมื่อ 3 วันก่อนโดยบิดาผู้ป่วยมาเยี่ยมหลังเลิกงานทุกวัน 1 วันก่อนมาบิดาได้ไปเยี่ยมผู้ป่วยในช่วงเวลาเย็นพบมีอาการซึม ร้องกวน ขยับแขนอ่อนแรง แต่ทางหญิงผู้รับเลี้ยงแจ้งว่าผู้ป่วยเพิ่งตื่นจึงซิม่วงนอน บิดาจึงกลับเข้าไปนอนที่หอพักของโรงงาน ต่อมาในช่วงเช้าวันที่มาพบแพทย์ ขณะที่บิดากำลังทำงานอยู่ได้รับโทรศัพท์แจ้งจากหญิงผู้รับเลี้ยงว่าผู้ป่วยชัก จึงรีบรับตัวเข้าโรงพยาบาลเอกชน และนำส่งต่อมาโรงพยาบาลจังหวัด ทางบิดามารดาได้ร้องขอให้แพทย์ออกเอกสารใบรับรองแพทย์เพื่อนำไปแจ้งความดำเนินคดีต่อสถานีตำรวจในท้องที่เกิดเหตุ วันที่ 5 หลังรับนอน ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุดเต้น และเสียชีวิต เนื่องจากการตายผิดธรรมชาติ กรณีที่ปรากฏแน่ชัดหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าตายจากถูกผู้อื่น ทำให้ตาย ศพจึงได้รับการผ่าชันสูตรศพตามกฎหมายโดยแพทย์นิติเวช ผลการตรวจศพ พบกลุ่มแผลฟกช้ำบริเวณกลางหน้าอก ขนาด 1-2 ซม. ลึกถึงชั้นกล้ามเนื้อข้างใต้ (รูปที่ 1) ได้ส่งตรวจชันสูตรทางจุลพยาธิวิทยา พบเลือดออกรอบเส้นประสาทลูกตาทั้งสองด้าน (optic nerve sheath hemorrhage) มีเลือดออกในจอประสาทตาทั้งสองด้านกระจายไปถึง Ora serrata และพบเลือดออกในหลายชั้นของจอประสาทตา ร่วมกับ Retinal folds (รูปที่ 10) ไม่พบการติดเชื้อในสมอง ไม่พบการอุดตันของหลอดเลือดดำลูกตา หรือการฉีกขาดของหลอดเลือดแดงใหญ่เลี้ยงสมอง แพทย์นิติเวชได้จัดทำรายงานแนบท้ายการชันสูตรพลิกศพ ส่งให้พนักงานสอบสวนท้องที่ที่ตายจัดทำสำนวนการชันสูตรพลิกศพ และมีการประสานงานส่งต่อให้พนักงานสอบสวนท้องที่เกิดเหตุซึ่งรับผิดชอบสำนวนคดีอาญา ต่อมาได้มีการเรียกตัวหญิงผู้รับเลี้ยงซึ่งเป็นผู้ต้องสงสัยมาสอบปากคำ และแจ้งข้อหา แต่ในชั้นสอบสวนผู้ต้องหาให้การปฏิเสธ ต่อมาพนักงานสอบสวนผู้รับผิดชอบได้รวบรวมพยานหลักฐาน และส่งฟ้องผู้ต้องหาไปยังพนักงานอัยการ ทางพนักงานอัยการได้ขอให้มีการสอบปากคำแพทย์นิติเวชเพิ่มเติมในประเด็นลักษณะการกระทำรุนแรง ซึ่งแพทย์นิติเวชสันนิษฐานว่ากลุ่มรอยฟกช้ำที่กลางหน้าอกอาจเกิดจากการที่หญิงผู้รับเลี้ยงใช้มือสองข้างจับลำตัวเด็กแล้วเขย่าอย่างแรง เนื่องจากได้รับการยืนยันจากแพทย์ผู้รักษาว่าไม่มีการบีบหัวใจช่วยฟื้นคืนชีพ หรือ

กระตุ้นประเมินความรู้สึกตัวขณะรับนอน ส่วนสาเหตุที่ตรวจไม่พบบาดแผลในช่วงแรกที่รับนอนเนื่องจากรอยฟกช้ำเกิดขึ้นในขั้นไต้ผิวหนัง อาจจะใช้เวลานานกว่าจะมองเห็นได้หลังเกิดเหตุการณ์²² จากนั้นพนักงานอัยการได้ดำเนินการฟ้องคดีผู้ต้องหาต่อศาล ขอให้กระทำการโดยประมาททำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย ศาลได้ประทับรับฟ้องผู้ต้องหาจึงกลายเป็นจำเลย เบื้องต้นจำเลยได้ให้การปฏิเสธ ต่อมาอีก 1 ปี 2 เดือนมีการนัดพิจารณาคดีในศาล และออกหมายเรียกแพทย์นิติเวชให้ไปเป็นพยานฝ่ายโจทก์ (พยานผู้เชี่ยวชาญ) เนื่องจากไม่มีประจักษ์พยานรู้เห็นเหตุการณ์ ในวันนัดสืบพยานก่อนที่แพทย์นิติเวชจะขึ้นเบิกความ ทางจำเลยได้ให้การรับสารภาพต่อศาล ยอมรับว่าตนได้กระทำรุนแรงเกินไป จนทำให้เด็กถึงแก่ความตาย และภายหลังศาลชั้นต้นมีคำพิพากษาว่า จำเลยได้กระทำความผิดจริง ตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 291 จำคุก 3 ปี และปรับ 50,000 บาท และเมื่อจำเลยรับสารภาพ ถือเป็นประโยชน์ต่อการพิจารณา จึงลดโทษคงจำคุกเหลือ 1 ปี 6 เดือน และปรับ 25,000 บาท จำเลยสำนึกถึงการกระทำความ

ผิด และได้ชดใช้ค่าเสียหายแก่ผู้เสียหาย จนผู้เสียหายไม่ติดใจ ดำเนินคดีทางแพ่งกับจำเลย ประกอบกับจำเลยมีอายุมาก และไม่ปรากฏว่าเคยต้องโทษจำคุกมาก่อน ศาลชั้นต้นจึงตัดสินให้จำเลยได้รับโทษจำคุก โดยรอลงอาญา มีระยะเวลากำหนด 2 ปี โดยให้คุมความประพฤติจำเลยไว้กำหนด 1 ปี

สรุป

เด็กที่ความรู้สึกตัวลดลง แพทย์ควรตรวจร่างกาย ส่งตรวจภาพรังสีคอมพิวเตอร์ และปรึกษาจักษุแพทย์ตรวจจอประสาทตาโดยเร็ว หากตรวจพบเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองสมองบาดเจ็บทั่วไป และเลือดออกปริมาณมากในหลายชั้นของจอประสาทตา แพทย์ควรวินิจฉัยการเขย่าเด็ก หรือการทารุณกรรมที่ศีรษะโดยเฉพาะในรายที่ไม่มีประวัติการบาดเจ็บในกรณีสงสัยเด็กถูกทารุณกรรมจนเสียชีวิตควรแจ้งให้มีการผ่าชันสูตรศพ เพื่อตรวจหาการบาดเจ็บที่ศีรษะ และส่งตรวจเนื้อเยื่อ และดวงตา ทางพยาธิวิทยา

References

1. Ricci L, Giantris A, Merriam P, Hodge S, Doyle T. Abusive head trauma in Maine infants: medical, child protective, and law enforcement analysis. *Child Abuse Negl* 2003;27:271–83.
2. Choudhary AK, Servaes S, Slovis TL, Palusci VJ, Hedlund GL, Narang SK, et al. Consensus statement on abusive head trauma in infants and young children. *Pediatr Radiol* 2018;48:1048–65.
3. Stiffman MN, Schnitzer PG, Adam P, Kruse RL, Ewigman BG. Household composition and risk of fatal child maltreatment. *Pediatrics* 2002;109:615–21.
4. Keenan HT, Runyan DK, Marshall SW, Nocera MA, Merten DF. A population-based comparison of clinical and outcome characteristics of young children with serious inflicted and noninflicted traumatic brain injury. *Pediatrics* 2004 ;114:633–9.
5. Hettler J, Greenes DS. Can the initial history predict whether a child with a head injury has been abused? *Pediatrics* 2003;111:602–7.
6. Adamsbaum C, Grabar S, Mejean N, Rey-Salmon C. Abusive head trauma: judicial admissions highlight violent and repetitive shaking. *Pediatrics* 2010;126:546–55.
7. Caffey J. The whiplash shaken infant syndrome: manual shaking by the extremities with whiplash-induced intracranial and intraocular bleedings, linked with residual permanent brain damage and mental retardation. *Pediatrics* 1974;54:396–403.
8. Vinchon M, Defoort-Dhellemmes S, Desurmont M, Dhellemmes P. Accidental and nonaccidental head injuries in infants: a prospective study. *J Neurosurg* 2005;102:380–4.
9. Richards PG, Bertocci GE, Bonshek RE, Giangrande PL, Gregson RM, Jaspán T, et al. Shaken baby syndrome. *Arch Dis Child* 2006;91:205–6.
10. Harding B, Risdon RA, Krous HF. Shaken baby syndrome. *BMJ* 2004;328:720–1.

11. Bhoopat T, Sribanditmongkol P. Head injuries. In: Wunnapuk K, Wichairat K. Editors. Forensic medicine and forensic medicine practice. Chiang Mai: Department of Forensic Science Faculty of Medicine Chiang Mai University; 2550.
12. Finnie JW, Blumbergs PC, Manavis J, Turner RJ, Helps S, Vink R, et al. Neuropathological changes in a lamb model of non-accidental head injury (the shaken baby syndrome). *J Clin Neurosci* 2012;19:1159–64.
13. Ichord RN, Naim M, Pollock AN, Nance ML, Margulies SS, Christian CW. Hypoxic-ischemic injury complicates inflicted and accidental traumatic brain injury in young children: the role of diffusion-weighted imaging. *J Neurotrauma* 2007 ;24:106–18.
14. Ommaya AK, Gennarelli TA. Cerebral concussion and traumatic unconsciousness. Correlation of experimental and clinical observations of blunt head injuries. *Brain* 1974;97:633–54.
15. Nimityongskul P, Anderson LD. The likelihood of injuries when children fall out of bed. *J Pediatr Orthop* 1987;7:184–6.
16. Helfer RE, Slovis TL, Black M. Injuries resulting when small children fall out of bed. *Pediatrics* 1977;60:533–5.
17. Tarantino CA, Dowd MD, Murdock TC. Short vertical falls in infants. *Pediatr Emerg Care* 1999;15:5–8.
18. Kivlin JD, Simons KB, Lazowitz S, Ruttum MS. Shaken baby syndrome. *Ophthalmology* 2000; 107:1246.
19. Piteau SJ, Ward MGK, Barrowman NJ, Plint AC. Clinical and radiographic characteristics associated with abusive and nonabusive head trauma: a systematic review. *Pediatrics* 2012;130:315–23.
20. Maguire SA, Watts PO, Shaw AD, Holden S, Taylor RH, Watkins WJ, et al. Retinal haemorrhages and related findings in abusive and non-abusive head trauma: a systematic review. *Eye (Lond)* 2013;27:28–36.
21. Agrawal S, Peters MJ, Adams GGW, Pierce CM. Prevalence of retinal hemorrhages in critically ill children. *Pediatrics* 2012 ;129:1388-96.
22. Wichairat K. Clinical forensic medicine. In: Wunnapuk K, Wichairat K. Editors. Forensic medicine and forensic medicine practice. Chiang Mai: Department of Forensic Science Faculty of Medicine Chiang Mai University; 2550.