



สารศิริราช
SIRIRAJ HOSPITAL GAZETTE

จัดพิมพ์โดยอนุมัติคณะกรรมการคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล
Published Under the Auspices of the Faculty of Medicine and Siriraj Hospital

ปีที่ ๑๘ ฉบับที่ ๔ เมษายน ๒๕๐๕	Volume 18, Number 4, April 1966.
--------------------------------	----------------------------------

การหาระดับโมลีนเอสเทอเรสในเลือด

สมพุด กฤตลักษณ์ พ.บ.

เบญจวรรณ จามิกร *

บุญช่วย สถาปัตยวงศ์ *

มิตรา อินทุประภา *

ทัศนพร บัณฑิตรุ่งโรจน์ *

(แผนกนิติเวชวิทยา)

(หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์ นายแพทย์สงกรานต์ นิยมเสน)

เอ็นซัยม์โมลีนเอสเทอเรส ได้รับความสนใจและมีผู้ทำการค้นคว้ากันมาตั้งแต่ปี ๒๔๖๔. ในระยะแรก ๆ ทราบแต่เพียงว่าเป็นสารชนิดหนึ่งซึ่งเกี่ยวข้องกับการทำงานของเนอกลิ้ม. ค่อมาระหว่างปี ๒๔๗๔ ถึง ๒๔๗๘ Stedman และ Stedman (1, 2) ได้ทำการทดลองและลงความเห็นว่สารชนิดนี้ เอ็นซัยม์โมลีนเอสเทอเรส. นอกจากนี้ยังพบว่า โมลีน

เรื่องย่อ. กฤตลักษณ์, สมพุด, และคณะ: การหาระดับ โมลีนเอสเทอเรส ในเลือด, สารศิริราช ๒๕๐๕ (ค.ศ. ๑๙๖๖) ๑๘: ๑๗๓-๑๘๐.

การตรวจหา โมลีนเอสเทอเรส ด้วยวิธีของ Biggs พบว่าระดับในพลาสมาและเม็ดเลือดของคนไทยปกติทั้ง ๒ เพศ มีค่าใกล้เคียงกัน. ระดับของ โมลีนเอสเทอเรส ในพลาสมา ของหญิงเฉลี่ยได้ ๑๐๐ หน่วย/มล., ของชายเฉลี่ยได้ ๑๑๔ หน่วย/มล.; ในเม็ดเลือดแดงของหญิงเฉลี่ยได้ ๒๓๐ หน่วย, ของชายเฉลี่ยได้ ๒๔๕ หน่วย.

ในผู้ป่วยถูกพิษพาราไรออนระดับของโมลีนเอสเทอเรส อาจลดลงเกือบมีค่าศูนย์.

* นักศึกษาแพทย์.

เอสเคอเวส นมอยู่ในอวัยวะหลายอย่างของมนุษย์, รวมทั้งในเลือดของสัตว์ต่างๆ หลายชนิด.

กำเนิด, คุณสมบัติและความจำเป็นของ เอ็นไซม์ ไนลีนเอสเคอเวส นั้นผู้ค้นคว้ากันมากมายและหาอ่านได้จากตำราทั่วไป, จึงไม่ขอกล่าวอีกในที่นี้. เกียวกับ เอ็นไซม์ นี้ยังมีผู้ต้องหาปริมาณในคนปกติโดยเฉพาะใน พลาสมา, ได้แก่ Samitsky และคณะ⁽³⁾ กับ Callaway และคณะ.⁽⁴⁾ สำหรับในโรคต่างๆ โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับ Vorhaus และ Kark⁽⁵⁾ ได้ทำไว้ในปี ๒๔๕๖ และนายแพทย์เซวง เกษะโกศยะและพวก⁽⁶⁾ ในปี ๒๕๐๕ Mitcalf⁽⁷⁾ ได้กล่าวถึงระดับของ ไนลีนเอสเคอเวส กับการเกิดพิษจากสารพาราไอออน.

ในปี ๒๕๐๕ เกิดมีผู้ป่วยเพราะพิษของ พาราไอออน มากขึ้น. ฝ่ายแพทย์รักษาต้องการหาระดับ ไนลีนเอสเคอเวส ในเลือดเพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรคที่เกิดจากพิษของ พาราไอออน, โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เกิดอาการตกพิษจากการทำงาน, ซึ่งพาราไอออน เข้าสู่ร่างกายทางระบบหายใจ, และในกรณีที่เกิดอาการตกพิษโดยอุบัติเหตุ

เหตุซึ่งสาร พาราไอออน เข้าสู่ร่างกายทางปากจากการที่ปะปนอยู่ในอาหารหรือจากมือที่หยิบอาหาร. นอกจากนั้นการหาระดับของ ไนลีนเอสเคอเวส ในเลือดยังช่วยในการพยากรณ์โรคด้วย. การใช้ยาแก้จำเป็น⁽⁸⁾ ในการรักษาการตกพิษของ พาราไอออน มีความจำเป็นต้องอาศัยระดับ ไนลีนเอสเคอเวส ช่วยเกี่ยวกับปริมาณของยาที่ใช้ในการรักษา.

การหาระดับของ ไนลีนเอสเคอเวส มีวิธีการหลายแบบ, คือวิธี มาโนเมตริก, วิธี ไคตริเมตริก และวิธี คอลอริเมตริก, เช่นวิธีของ Mendel และคณะ^(9,10) Alles และ Hawes⁽¹¹⁾, Michel⁽¹²⁾, Rider และคณะ⁽¹³⁾, Caraway และ Fanger,⁽¹⁶⁾ Reinhold และคณะ⁽¹⁴⁾, Gomori⁽¹⁵⁾, Biggs และคณะ⁽¹⁷⁾. เนื่องจากความจำกัดของเครื่องมือและเครื่องมือวิทยาศาสตร์, ตลอดจนความต้องการอย่างรีบด่วนของฝ่ายรักษา, เราจึงได้เลือกวิธี คอลอริเมตริก ของ Biggs และพวก, ซึ่งมีวิธีการที่ไม่ยากเกินไปและสะดวกในการแปลผลเนื่องจากค่าที่ได้คิดเป็นหน่วย.

ประโยชน์ของการใช้ระดับ โพลีเอสเตอร์
เทอเรส ในผู้ป่วยที่เกิดอาการถูกพิษ
สารพาราไอออน

ในรายที่เกิดอาการถูกพิษจากสารพาราไอออน, เป็นที่ทราบกันทั่วไปแล้วว่าสารนี้ ซึ่งเป็นสารเคมีจำพวกเกลืออินทรีย์ของฟอสเฟต, มีผลต่อร่างกายอย่างหนึ่งได้แก่การยับยั้ง โพลีเอสเตอร์เทอเรส. ดังนั้นการหาระดับ โพลีเอสเตอร์เทอเรส ทั้งในน้ำเหลืองและเมือกเลือดแดงจะเป็นเครื่องช่วยตัดสินความร้ายแรงของการถูกพิษนั้น ๆ ได้, โดยถือหลักดังต่อไปนี้ :

๑. เกิดอาการถูกพิษอย่างอ่อน ๆ, หรือในกรณีทำงานเกี่ยวกับสารจำพวกพาราไอออน อยู่, สมควรที่จะต้องหยุดงานเมื่อตรวจพบวาระดับ โพลีเอสเตอร์เทอเรส ในพลาสมาลดต่ำลง, แต่ระดับในเมือกเลือดแดงยังอยู่ในเกณฑ์ปรกติ.

๒. เกิดอาการถูกพิษแล้ว, อาจเกิดอาการเจ็บป่วยขึ้นได้, ต้องหยุดงานและสมควรได้รับการตรวจรักษา, เมื่อระดับโพลีเอสเตอร์เทอเรส ในพลาสมาอยู่ในเกณฑ์ปรกติ, แต่ในเมือกเลือดแดงต่ำกว่าปรกติ.

๓. มีอาการถูกพิษอย่างรุนแรง, เมื่อตรวจพบระดับของ โพลีเอสเตอร์เทอเรส ในพลาสมาและเมือกเลือดแดงต่ำกว่าปรกติ.

หลักการหา โพลีเอสเตอร์เทอเรส ตามวิธี
ของ Biggs และพวก

เอ็นซีเอ็ม โพลีเอสเตอร์เทอเรส จะ ชัยโคโรลียัส อะเซติล โพลีเอสเตอร์ ผลิตไรค์ ทำให้เกิดกรก อะซีติก เสรีออกมาเป็นสัดส่วนตามปริมาณของ โพลีเอสเตอร์เทอเรส ที่มีอยู่. ทั้งนี้โดยการควบคุมอุณหภูมิ, กรกอะซีติก ที่ถูกปล่อยออกมาจะทำให้ พีเอชของน้ำยา บีพีเฟออร์ ซึ่งมี ไบรอมฟินอล บลู เป็น อินดิเคเตอร์ เปลี่ยนแปลงไปซึ่งจะวัดการเปลี่ยนแปลงนี้โดยวัดความเข้มของสีที่เปลี่ยน.

น้ำยาชุด

๑. น้ำละลายสะต็อก บีพีเฟออร์ ทำจาก โซเดียม ไซเตรต ๑๒.๓๗ กรัม, โปแตสเซียม ไคอัยโตรเจน ฟอสเฟต ๑.๓๖๑ กรัม, และ โซเดียม ผลิตไรค์ ๑๗๕.๓๕ กรัม. ละลายในน้ำกลั่นและเติมให้ครบ ๑,๐๐๐ ล.ซม.

๒. น้ำละลาย สกัดออก บัฟเฟอร์ อินทิเคเตอร์ (สกัดออก บี.ไอ.) ๑๐๐ มก. โบรมันเนียมอลบลู ละลายใน ๒ นอร์มัล โซเดียม ฮัยดรอกไซด์, แล้วเติม สกัดออก บัฟเฟอร์ จำนวน ๑๕๐ ล.ซม. ต่อจากนั้น เติมน้ำกลั่นให้ไต่ประมาณโดยใช้เครื่องวัดพีเอช, แล้ววัดให้ได้ พีเอช ๘ โดยเติมน้ำยา ๐.๕ นอร์มัล ของกรด ฮัยโครโชมลริก.

๓. น้ำยา บัฟเฟอร์ อินทิเคเตอร์ ใช้ การสำหรับ พลาสมา, ทำโดย เจือจาง ๔๗๖.๒ ล.ซม. ของ สกัดออก บี.ไอ. ด้วย น้ำกลั่นให้ครบ ๑,๐๐๐ ล.ซม.

๔. น้ำยา บัฟเฟอร์ อินทิเคเตอร์ สำหรับเม็ดเลือดแดง, ทำโดยเจือจาง ๔๐๐ ล.ซม. น้ำละลาย สกัดออก บี.ไอ. ด้วยน้ำกลั่นให้ครบ ๑,๐๐๐ ล.ซม.

วิธีทำ

๑. การเก็บตัวอย่างเลือด.

เลือดที่เก็บมาทดลองหาระดับ ไนโตรเจน-เฮสเทอเรส นี้ได้ทำการเก็บสุ่มจากผู้บริจาคโลหิต, นักศึกษาแพทย์, และจากผู้ที่มารับการตรวจรักษา ที่โรงพยาบาลศิริราช, โดยถามประวัติและคึกเขาเฉพาะ

ผู้ที่ไม่เป็นโรคเกี่ยวกับตับ, โรคเกี่ยวกับระบบโลหิตและโรคมะเร็ง. การเก็บและแบ่งเลือดตรวจทำเนิ่นดังนี้:

๑.๑ การเจาะเลือด. เจาะจากหลอดเลือดดำที่ข้อพับแขน, ก่อนอาหารหรือหลังอาหาร ๕ ชั่วโมง, โดยใช้กระบอกฉีดยาเคลือบ เขียว. เขย่าเบา ๆ ให้เลือดไม่แข็งตัว. เก็บเข้าตู้เย็นถ้าไม่ได้ทำการตรวจทันที.

๑.๒ แบ่งเลือด ๐.๕ ล.ซม. ไว้ทำ ไนโตรเจน เฮสเทอเรสในเม็ดเลือดแดง.

๑.๓ แบ่งเลือดมาทำ ซีมาโตคริตตามวิธีของ Wintrobe เพื่อจะได้ใช้ พลาสมา หลังจากขึ้นและอ่านค่าแล้วมาหา ค่า ไนโตรเจน เฮสเทอเรส ใน พลาสมา

๒. การหาค่า ไนโตรเจน เฮสเทอเรส ใน พลาสมา.

๒.๑ ใช้ ซีเซตต์ ถูหน้าเหลือง ๐.๑ ล.ซม. "อินทิเคเตอร์ บี.ไอ. ใช้งาน" สำหรับ พลาสมา ๔.๒ ล.ซม. และ ซีบัสเตรต จำนวน ๐.๒ ล.ซม. ถ่ายลงในหลอดที่ใช้วัดเทียบสี.

๒.๒ ผลสมของทั้งสามอย่างโดยการดูดหลอดและพลิกกลับไปมา. อ่านค่าดู

แสง (แอมป์ซอร์ชานซ์) ที่ ๖๒๐ มิลลิไมครอนโดยใช้ น้ำเป็น แบริ่งค์ = $A - 0$.

๒.๓ ตั้งหลอดคนไวในบรรยากาศที่มีอุณหภูมิ 25 ± 0.5 °C. ๓๐ นาที, แล้วอ่านค่า แอมป์ซอร์ชานซ์ อีกครั้ง = $A - 30$.

๒.๔ ค่า $A - 0$ และ $A - 30$ ที่ได้ นำมาคำนวณหาค่าของ $\frac{A - 30}{A - 0}$ ซึ่งจะนำไปหาค่าของ โพลีน เอสเตอเรส ในพลาสติกมา จาก คาลิเบรชัน เคอร์ฟ ที่ได้ทำไว้ก่อนแล้ว.

๓. การหาค่า โพลีน เอสเตอเรส ของ เลือดครบ.

๓.๑ ในหลอดวัดเทียบสี นำเลือด ๐.๑ ล.ซม. และ ๐.๐๑ ปช. ซาโปนิน ๑.๐ ล.ซม. ผสมกันจนเม็ดเลือดแตก

๓.๒ เติม "น้ำยา อินทิเคเตอร์ บี.ไอ. ใช้งาน" สำหรับเลือดครบ, จำนวน ๗.๕ ล.ซม. และ ซบัสเตรต ๐.๕ ล.ซม. ลงไปในหลอดเลือดที่ทำให้เม็ดเลือดแตกแล้ว.

$$\text{โพลีน เอสเตอเรส ของเม็ดเลือดแดง} = \frac{WB - (P \times PV)}{CV}$$

ซึ่ง $WB =$ โพลีน เอสเตอเรส ของเลือดครบ

$P =$ โพลีน เอสเตอเรส ของ พลาสติกมา

$$PV = \text{ปริมาณแยกส่วนของ พลาสติกมา ของเลือดครบ} = \frac{100 - \text{ซีมาโตคริต}}{100}$$

$$CV = \text{ปริมาณแยกส่วนของเม็ดเลือดของเลือดครบ} = \frac{\text{ซีมาโตคริต}}{100}$$

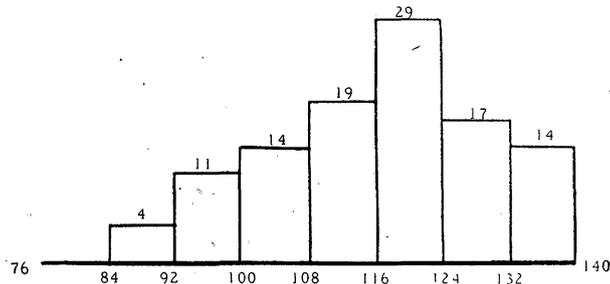
๓.๓ ผสมน้ำยาในหลอดให้เข้ากัน โดยขูดปากหลอดและพลิกกลับไปมา แล้วอ่าน แอมป์ซอร์ชานซ์ ที่ ๖๒๐ มิลลิไมครอน โดยใช้ แบริ่งค์ ซึ่งเตรียมจากเลือด ๐.๑ ล.ซม. ผสม ๐.๐๑ ปช. ซาโปนิน จนเม็ดเลือดแตกแล้วเติมน้ำอีก ๗.๒ ล.ซม. ค่าที่ได้ = $A - 0$.

๓.๔ เข้ายูบ ที่ 25 ± 0.5 °C. อ่านแอมป์ซอร์ชานซ์ อีกครั้ง = $A - 30$.

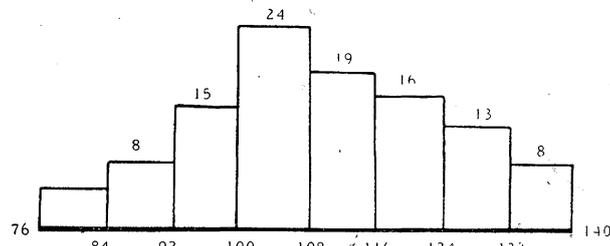
๓.๕ ค่า $A - 0$ และ $A - 30$ นำมาคำนวณค่า $\frac{A - 30}{A - 0}$ แล้วอ่าน โพลีน เอสเตอเรส ของเลือดครบ จาก คาลิเบรชัน เคอร์ฟ ที่ทำไว้ก่อนแล้ว.

๔. การหาค่าของ โพลีน เอสเตอเรส ของเม็ดเลือดแดง. จากค่าของ โพลีน เอสเตอเรส ของ พลาสติกมา และเลือดครบ ที่ได้ นำมาคำนวณหา โพลีน เอสเตอเรส ของเม็ดเลือดแดง จากสูตรดังนี้ :

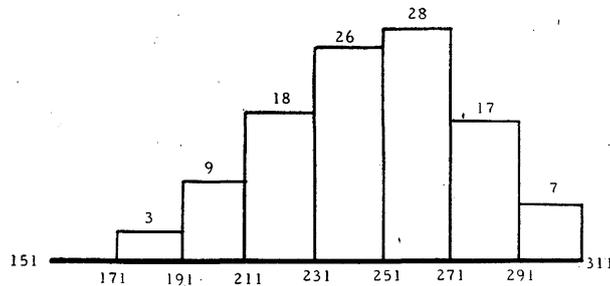
สารศิริราช



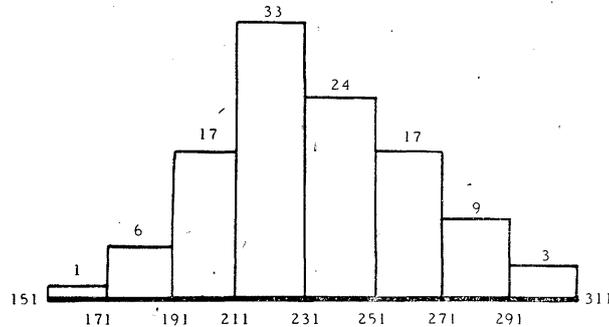
รูปที่ ๑ แสดงจำนวนและระดับโศกนาฏกรรมจราจรในพลาทงมา เพศชาย ๑๐๘ ราย



รูปที่ ๒ แสดงจำนวนและระดับโศกนาฏกรรมจราจรใน พลาทงมา เพศหญิง ๑๑๐ ราย



รูปที่ ๓ แสดงจำนวนและระดับโศกนาฏกรรมจราจรในเขตเกิดตแดงของพลาทงมาจำนวน ๑๐๘ ราย



รูปที่ ๔ แสดงจำนวนและระดับโศกนาฏกรรมจราจรในเขตเกิดตแดงของพลาทงมาจำนวน ๑๑๐ ราย

ผลการหาระดับ โคลีน เอสเทอร์ส ใน เลือดของคนปกติ.

จากจำนวนเลือดทั้งสิ้น ๒๑๘ ตัวอย่าง, เป็นเพศชาย ๑๐๘ ราย และเพศหญิง ๑๑๐ ราย. ได้ทำการหาระดับ โคลีน เอสเทอร์ส ใน พลาสมา และเม็กเลือดแดง, ได้ผลดังนี้ (ภาพประกอบ ๑-๕):

ในเพศชาย โคลีน เอสเทอร์ส ของ พลาสมา, เกณฑ์กว้าง ๘๘-๑๓๗ หน่วย/มล. โคลีน เอสเทอร์ส ของ เม็กเลือดแดง, เกณฑ์กว้าง ๑๘๗-๓๐๓ หน่วย/มล.

ในเพศหญิง โคลีน เอสเทอร์ส ของ พลาสมา, เกณฑ์กว้าง ๘๑-๑๓๕ หน่วย/มล. โคลีน เอสเทอร์สของเม็กเลือดแดง, เกณฑ์กว้าง ๑๖๗-๓๐๒ หน่วย/มล.

วิจารณ์ผล

จาก การ ทดลองหา ระดับโคลีน เอส-เทอร์สในพลาสมา และเม็กเลือดแดงของ คนปกติทั้งสองเพศ ปรากฏว่า ค่าที่ได้ของ คนทั้งสองเพศใกล้เคียงกัน. โคลีนเอส-เทอร์สในพลาสมาของเพศหญิงได้ ๘๑-๑๓๕ หน่วย/มล., และเพศชายได้

๘๘-๑๓๗ หน่วย/มล. ในเม็กเลือดแดงของเพศหญิงได้ ๑๖๗-๓๐๒ หน่วย/มล., ของเพศชายได้ ๑๘๗-๓๐๓ หน่วย/มล. แต่ค่าเฉลี่ยของโคลีนเอส-เทอร์สทั้ง ๒ ชนิดในเพศชายสูงกว่าในเพศหญิงเล็กน้อย. ในพลาสมาค่าเฉลี่ยจากเพศชาย ๑๐๘ รายได้ ๑๑๕ หน่วย., เพศหญิง ๑๑๐ รายได้ ๑๑๐ หน่วย. ในเม็กเลือดแดงค่าเฉลี่ยจากเพศชาย ๑๐๘ รายได้ ๒๔๕ หน่วย, เพศหญิง ๑๑๐ รายได้ ๒๓๐ หน่วย. จากระดับโคลีน เอสเทอร์สของคนทั้งสองเพศ นำจะสรุปได้ว่า ระดับโคลีนเอสเทอร์สในคนทั้งสองเพศไม่มีความแตกต่างกัน. แต่ในการ ทดลองหา ระดับ โคลีน เอสเทอร์สใน คนไทยนี้ค่าที่ได้สูงกว่าของที่ Biggs และพวก ได้ทำไว้เล็กน้อย, ซึ่งไม่มีความแตกต่างระหว่างเพศเช่นเดียวกัน.

ผู้รายงานขอขอบคุณศาสตราจารย์นายแพทย์สงกรานต์ นิยมเสน หัวหน้าแผนกนิติเวชวิทยา, ที่ให้ข้อคิดและอนุญาตให้ รายงานเรื่องนี้. และขอขอบคุณนางสาว ผกาภาณูจน์ แก้วภาณูจน์ พนักงานวิทยาคาสตร์ประจำห้องปฏิบัติการพิษวิทยา กับ เจ้าหน้าที่แผนกผู้ช่วยนอก ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี.

References

1. Stedman, E., E. Stedman: Biochem. J. 1931, 25 : 1147.
2. Stedman, E., E. Stedman, Biochem. J. 1935, 29 : 2107.
3. Sawitsky, A. et al: J. Lab. & Clin. Med. 1948, 33 : 203.
4. Callaway, S. et al: B.M.J. 1951, 2 : 812.
5. Vorhaus, L.J., R.M. Kark, : Am. J. Med. 1953, 14 : 707.
6. เหวง เดชะโกศยะ และคณะ : จุฬาลงกรณ์เวชสาร 1962, 9 : 1.
7. Mitcalf, R.L. : J. Econ. Entomol. 1951, 44 : 883.
8. มุกดา ตฤณานนท์ และคณะ : จ.พ.ส.ท. 1965, 48 : 573.
9. Mendel, B., H. Rudney : Biochem. J. 1943, 37 : 59.
10. Mendel, B. et al : Biochem. J. 1943, 37 : 473.
11. Alles, G.A., R.C. Hawes : J. Biol. Chem. 1940, 133 : 375.
12. Michel, H.O. : J. Lab. & Clin. Med. 1949, 34 : 1564.
13. Rider, J.A. et al : Proc. Soc. Exper. Biol. & Med. 1951, 76 : 427.
14. Reinhold, J.G. et al : Am. J. Clin. Path. 1953, 23 : 645.
15. Gomori, G. : Am. J. Clin. Path. 1954, 24 : 99.
16. Caraway, W.T., H. Fanger ; Am. J. Clin. Path. 1955, 25 : 317.
17. Biggs, H.G. et al : Am. J. Clin. Path. 1958, 30 : 181.

การส่งเงินค่าบำรุง

๑. โปรดเขียนชื่อและนามสกุลให้ชัดเจน
๒. ส่งเงินถึงผู้จัดการสารคดีราช
๓. ส่งจ่ายเงินที่ ป.ณ. หน้าพระลาน

(Summary of the preceding Article)

BLOOD CHOLINESTERASE IN THE NORMAL

Sompool Kritalugsana, M.B.

Benjvon Jameekorn, Boonchuay Stabhatyavongs

Mitra Intubhrapa, Tusnaporn Bunthrarongroj

(Dept. : of Forensic Medicine)

(Head of Dept.: Prof. Dr. Song-Grant Niyomasen)

Cholinesterase activities of plasma and red blood cells are useful in assessing the severity of parathion poisoning. Following the procedure of Biggs and associates the esterase activities are estimated in 108 men and 110 women. Results show that there is no sex difference; the values

in general are slightly higher than those of Biggs. In the more severe cases of parathion poisoning encountered in this hospital the cholinesterase level often go down almost to zero.

(Four Figures. Seventeen References.)

อันตรายจากการทำแท้งอาชญากรรม

รายงานผู้บวช

วิฑูรย์ อิงประพันธ์ พ.บ., น.บ.

(แผนกนิติเวชวิทยา)

(หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์ นายแพทย์สงกรานต์ นิยมเสน)

การทำแท้งบุตรนั้น, เกือบทุกประเทศถือว่าเป็นอาชญากรรมอย่างหนึ่ง. ผู้กระทำ และ หญิงผู้ยอมให้ ผู้อื่นกระทำจะต้องได้รับโทษตามกฎหมาย. มนุษย์เรานั้นรู้วิธีที่ทำให้แท้งบุตรกันมานานเท่าประวัติศาสตร์ของมนุษย์ที่เคย, เพราะวิธีที่ทำให้แท้งบุตรนั้น เป็นการจำกัดจำนวนคนเกิดที่โตผลที่สุด. การจำกัดจำนวนบุตรจึงเป็นสาเหตุอย่างหนึ่ง ของหญิงในการทำแท้ง. นอกจากนี้ยังมีความจำเป็นอีกหลายประการที่บังคับให้หญิงต้องทำตนเองให้แท้ง, หรือไปให้ผู้อื่นทำแท้งให้. กฎหมายของแต่ละประเทศอนุญาตให้ ทำแท้งได้ในกรณีต่าง ๆ กัน. บางประเทศก็ไม่อนุญาต. มีบางประเทศอนุญาตให้ทำแท้งได้เฉพาะความจำเป็นในทางแพทย์เท่านั้น, แต่บางประเทศ อนุญาตการทำแท้งไว้อย่างกว้างขวาง, ทั้งนี้เพื่อความจำเป็นในทางแพทย์และทางสังคม. ประเทศใดมีกฎ-

เรื่องย่อ. อิงประพันธ์, วิฑูรย์: อันตรายจากการทำแท้งอาชญากรรม, สารคดีราช ๒๕๐๕ (ค.ศ. ๑๙๖๖) ๑๘: ๑๘๒-๑๙๒.

อันตรายจากการทำแท้งอาชญากรรมนั้นมีมากจากโรคแทรกซ้อน, เช่นช็อค, ฟองอากาศอุดหลอดเลือดและอันตรายจากเครื่องมือ, ทำให้ผู้ป่วยเป็นอันตรายถึงชีวิต. ได้รายงานผู้ป่วยหนึ่งรายที่ถึงแก่กรรม. ตรวจศพพบว่าสาเหตุตาย คือเชื้อโรคเข้าสู่กระแสโลหิต.

ได้อธิบายปัญหาทางนิติเวชวิทยาไว้ด้วย.

หมาย ห้าม การ ทำ แท้ง เครื่อง ครุฑ มาก, สถิติ การ ทำ แท้ง โดย ผิด กฎหมาย ก็ สูง. ประเทศใดกฎหมายอนุญาตการทำแท้งไว้กว้าง, การทำแท้งโดยผิดกฎหมายก็น้อยสัมพันธ์กัน.

สำหรับประเทศไทย, ประมวลกฎหมายอาญาได้บัญญัติความผิดของการทำแท้งไว้ให้ ผู้ ทำ และ หญิง ผู้ยอมให้ ทำ ต้องได้รับโทษ. ในกรณีที่ถูกกฎหมายไม่ถือว่าเป็นความผิดนั้นมีอยู่สองกรณีคือ : มีความ

จำ เป็น ต้อง ทำ เพื่อ สุขภาพ ของ หุณิง นั้น, หรือหุณิงนั้นคงควรวิจากผลของการกระทำ ผิดอาญาฐานข่มขืนกระทำชำเรา หรือฐาน พาดหุณิงไป, หรือล่อไปเพื่อสำเร็จความ ใคร์ของผู้อื่น, ซึ่งผู้จะทำแท้งไต่ต้องเป็น แพทย์เท่านั้น. ความจำ เป็น เนื่องจาก สาเหตุอื่นนอกจากสองกรณีดังกล่าวมาแล้ว ทำแท้งไม่ไต่, ถือว่าผิดกฎหมายและเป็น อาชญากรรม. แต่ในสังคมปัจจุบันนอกจาก ความจำ เป็น ตามกฎหมายอนุญาตไว้ แล้ว, ยังมี ความจำ เป็น อีกหลายประการที่ หุณิงผู้ตั้งครรภ์ไม่อาจมีบุตรไต่. ดังนั้นแม้ จะ ทราบ ว่า ผิดกฎหมาย หุณิง ที่ตั้งครรภ์ ก็ พยายามทำให้ตนเองแท้ง, หรือไปให้ ผู้ อื่นทำแท้งให้, ไม่ว่าจะโดยวิธีใด. เมื่อ ผู้ต้องการให้ทำแท้งมีมาก, ก็ย่อมจะมีนัก ทำแท้งเกิดขึ้นมาก. เป็นการตอบสนองของ ความต้องการของสังคม. การทำแท้ง อาชญากรรม นี้ จึง เป็น อาชีพ ที่ ทำ ความ ร่ำรวยมาสู่ผู้ทำได้โดยง่าย. แต่ข้อที่น่า กลัวที่สุดก็คือคนที่ทำแท้งอาชีพเหล่านี้ ส่วน ใหญ่ไม่ใช่แพทย์. เป็นคนธรรมดาที่คงตัว เองเป็นหมอเถื่อน. วิธีที่ทำก็ใช้วิธีหยายๆ และสกปรก. ส่วนมากใช้วิธีใส่วัตถุเข้า ไปในมดลูก. การติคเซอจึงเป็นโรค

แทรกซ้อนที่มีอัตราสูง.(1) นอกจากโรค ติคเซอแล้วอันตรายอย่างอื่น ที่เกิดจากการ ใส่วัตถุเข้าไปในมดลูกเพื่อทำแท้งก็คือ:(2)

๑. ช็อคค. อาจเกิดขึ้นในระหว่าง ทำการแท้งนั่นเอง, เนื่องจากการดึงปาก มดลูก, การฉีกวัตถุเข้าไปในช่องปากมด ลูก, ของเหลวที่เข้าไปอาจจะร้อนหรือเย็น หรือมีฤทธิ์กัด, เหล่านี้ทำให้เกิดฝีเพือกซ์. ประสาทเวกส์ตลยขยงทันทีทันใด. อาการ ช็อคค.จะเกิดขึ้นทันทีทันใด. ผู้ช่วยถึงแก่กรรม ภายในเวลาอันรวดเร็ว.

๒. ฟองอากาศช็อคหลอดเลือด. เกิด จากระหว่างการ กระทำนั้น อาจมี อากาศรั่ว เข้าในโพรงมดลูก. แล้วถูกฉีกคั้นเข้าไป ในหลอดเลือดเข้ากระแสโลหิต. ฟอง อากาศ จะเข้าไป ออก ตาม ที่ ต่าง ๆ เช่นใน ปอด, หัวใจ, หลอดเลือดของสมอง. ผู้ ช่วยจะถึงแก่กรรมภายในไม่กี่นาที.

๓. การที่มดมาของเครื่องมือ. เกิด จากการใส่เครื่องมือเข้าไปในช่องคลอด หรือ โพรงมดลูก. ผู้ไม่ชำนาญอาจทำให้ผนัง ช่องคลอด, หรือผนังมดลูกทะลุไต่. ทำให้ เกิดช็อคค.หรือมีเลือดออกในช่องท้อง. ผู้ ช่วยถึงแก่กรรมภายในเวลาอันสั้น. บาง ราย ถ้ารู้ทะลุเล็กน้อยเกิด การ ติคเซอ เข้าไปใน

ช่องท้อง. ผู้ป่วยอาจถึงแก่กรรมภายหลังหลายวัน.

ต่อไปนี้เป็นรายงาน ผู้ป่วย หนึ่ง ราย ที่ถึงแก่กรรม จากการติดเชื้ออย่างรุนแรง, และมีพยาธิสภาพเกือบทั่วทุกอวัยวะ. ถึงแก่กรรมหลังจากไปทำแท้ง ๑๕ วัน.

ผู้ป่วย หญิงสาวโสดอายุ ๒๐ ปี, ขาดประจำเดือน ๒ เดือน. มีอาการสำคัญว่ามีไข้และเลือดออกทางช่องคลอดมา ๖ วัน.

๖ วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยไปหาหมอผู้หญิงคนหนึ่งเพื่อจะทำแท้ง. หมอผู้นั้นได้ทำแท้งให้โดยใช้เครื่องมือใส่ในช่องคลอด. ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บท้องน้อย. หลังทำแล้วมีเลือดออก, เป็นไข้. รุ่งขึ้นไปทำอีกครั้งหนึ่งเช่นเดียวกับครั้งแรก. หลังจากนั้น ๒ วัน มีเลือดออกทางช่องคลอดเรื่อยมา, ปวดเมื่อยตามตัว, มีไข้. ประวัติอดีตไม่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยครั้ง.

การตรวจร่างกายแรกพบ อุณหภูมิ ๓๗.๕๐°ซ., ชีพจร ๙๖ ต่อนาที, หายใจ ๒๐ ต่อนาที, ความดันเลือด ๑๑๐/๗๐ มม.ปรอท. ไม่ซีด. ไม่ขวม. กดเจ็บที่ท้องน้อยทั่วไป, รวมทั้งบริเวณเหนือทั้งสองข้าง.

การตรวจภายใน เย็บช่องคลอดมีสีคล้ำ. มีมเลือดออกอยู่ในช่องคลอดมากปานกลาง. ปากมดลูกโต, นุ่ม, ช่องปากมดลูกเปิดกว้าง ๑ นิ้วมือ. มดลูกโตกว่าปรกติ, กดเจ็บ. คัดเคอแซคและแอ็คเนกซ์่า ปรกติ.

การตรวจทางห้องทดลอง ซีโม-โกลบิน ๑๒.๖ ก.ปช. เม็ดเลือดขาว ๗,๕๐๐/ล.มม. โปล์มิธรีโฟนิวเคลียร์ ๖๘ ปช., ลิ้มโฟซัยต์ ๓๒ ปช.

การวินิจฉัย แท้งบุตรโดยผิดกฎหมาย.

การดำเนินโรคและการรักษา ตลอดเวลาที่มีเลือดออกทางช่องคลอด. ในวันที่ ๓ ทรียไว้ในโรงพยาบาล, ไข้ขึ้นสูงอยู่ระหว่าง ๓๘.๕๐°ซ. ถึง ๔๐.๗๐°ซ. ใ้รับการรักษาแบบประคับประคองโดยให้ยาแอนติไบโอติก, และรักษาตามอาการ. การเจาะเลือดเพาะเชื้อได้ทำในวันเดียวกับที่ไข้ขึ้นสูง, ใต้เชื้อ สตาฟิโลคอคคัส ออเรียส, ซังไวค้อยา คานามัยซิน.

ในวันที่ ๖ ที่อยู่โรงพยาบาล เริ่มมีอาการท้องอืด, และวันที่ ๗ เริ่มไม่ค้อข้วยสีกตัว, และโคมาในวันที่ ๘. ในวันที่ ๘ ที่อยู่โรงพยาบาล, จึงใ้รับการผ่าตัดเปิดหน้า

ท้อง, พบว่ามีน้ำขุ่น ๆ จำนวนไม่มาก, มีเลือดออก เป็น หย่อม ๆ ที่ใต้ผิว ลำไส้เล็ก และ ลำไส้ใหญ่ ส่วน ขวา อย่าง ละ แห่ง, ขนาดปลายนิ้วก้อย. มคดกโตกว่าปรกติ เล็กน้อย. ขกมคดกปรกติ. แพทย์ได้ใส่ท่อยางไว้ ในหลังมคดกและโผล่ปลายออกทางหน้าท้องเย็บปิด.

ผู้ป่วยถึงแก่กรรม หลังจากได้รับการผ่าตัดประมาณ ๕ ชม. ผู้ป่วยโคมาตลอดเวลาดังแต่ก่อนผ่าตัดจนถึงแก่กรรม.

รายงานการตรวจศพ ทำการตรวจหลังตายประมาณ ๑๖ ชม. ศพค่อนข้างซีด, คิวแข็ง. มีเลือดออกเป็นจุด ๆ ในเยื่อตาทั้งสองข้าง. อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกมีของเหลวสีขาวขุ่น อยู่บริเวณ ปาก ช่องคลอด. แคมช่องคลอดทั้งสองข้างขวม. มีแผลผ่าตัดที่เห็นอหิวหน้า เล็กน้อย, ยาวประมาณ ๕ ซม. มีท่อยางโผล่จากกรที่เจาะ ที่ข้างขวาของแผลผ่าตัด. ขาดแผลอื่น ๆ ไม่พบที่ใด.

การตรวจอวัยวะภายใน กระโหลกศีรษะปรกติ. สมองขวม. มีรอยกดรอย ๆ เซเลเบลลาร์ ทอนซิล ซักเจน. กลีบท้ายทอย



รูปที่ ๑. แสดงโพรงเลือดในเนื้อสมอง

ขวาอ่อนนุ่มมีโพรงเลือดอยู่ภายใน. มีเลือดขังอยู่ประมาณ ๑๐๐ ล.ซม. อาณาเขตของโพรงเลือดอยู่ในเนื้อสมองสีขาวตั้งแต่กลีบขมับจนถึงกลีบท้ายทอย (รูปที่ ๑). หลอดเลือด บริเวณฐาน สมองไม่พบสิ่งผิดปกติ. เนื้อสมองกลีบขวาทั่ว ๆ ไปขวมมากกว่าทางซ้าย. การตรวจทางกล้องจุลทัศน์พบว่ามีเชื้อ แบคทีเรีย ออกอยู่ใน



รูปที่ ๒. แสดงภายในโพรงมดลูก

หลอดเลือดฝอยของสมองเป็นกลุ่ม. เห็นเป็นกลุ่มสีน้ำเงิน. แสดงว่า กลุ่มเซลล์แบคทีเรียไปอุดหลอดเลือดฝอยในสมองแล้วทำให้หลอดเลือดแตก. จึงมีเลือดออกเป็นจำนวนมากในเนื้อสมองจนเกิดเป็นโพรงเลือด. หัวใจขนาดปรกติ. ลิ้นหัวใจไม่ครัดและเอออร์ติกมีลักษณะปกติ. มีก้อนเนื้ออยู่ ๆ กลมขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง ๕ มม. ติดอยู่ที่ใบของลิ้นเอออร์ติก. ในกล้องจุลทรรศน์ พบว่าหัวใจมีลักษณะปกติ. มีเซลล์โพลีมอร์โฟนิวเคลียร์กระจาย

แต่เยื่อหุ้มหัวใจ, กล้ามเนื้อหัวใจ, และลิ้นหัวใจ. ก้อนเนื้ออยู่ ๆ เป็นกลุ่มของเซลล์แบคทีเรียเกาะอยู่ บนเนื้อที่ตาย. ปอดทั้งสองข้างมีเลือดคั่งมาก. ปอดขวามีเลือดออกในเนื้อปอดทั่วไป, มีลิ่มเลือดค้างอยู่ในหลอดลม ข้างขวาเป็นเส้นยาวประมาณ ๕ ซม. ในกล้องจุลทรรศน์ก็พบว่ามีเลือดขังในถุงลมของปอดทั่วไป, รวมทั้งหลอดลมบางแห่ง. ผนังถุงลมหนา, มีเซลล์จำพวก โพลีมอร์โฟนิวเคลียร์ กระจายอยู่บนผนังถุงลมประปราย. ม้ามโต, ปลาย

ล่างและ มีลักษณะ เนื้อตายเห็น ขอบเห็นได้ชัด, และในกล้องจุลทรรศน์ก็เห็นได้เช่นกัน. ด้มีขนาดโต, ค่อนข้างแข็ง. หน้าตัดมีสีเข้มเป็นหย่อม ๆ ตรงกลีบด้. แสดงว่ามีลักษณะเลือดคั่งเรื้อรัง. การตรวจทางกล้องจุลทรรศน์พบว่าเซลล์ของด้ขนาดเล็กลักษณะเป็น เกล็ดเดี่ยว สแวลลิงก์. ไซนุซอยด์ ขยายใหญ่มีเลือดขังอยู่ทั่วไป. โครงสร้างทั่วไปของด้ยังไม่เปลี่ยนแปลง. หลอดเลือดดำเช่นทวิมีเลือดคั่งมาก, ไม่มีบริเวณใดที่มี เนโครสิส. ไตขนาดโตกว่าปรกติ, ขวม, เยื่อหุ้มลอกง่าย, ผิวไตขรุขระ. มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มเป็นหย่อม ๆ. เปลือกไตแคบ. ไตขวา้านนอกมีรอยแดงซ้ำที่เปลือกไต, ขนาดประมาณ ๑ x ๑ ซม., มีขอบเขตชัดเจน. ไตซ้ายมีลักษณะเช่นเดียวกันที่ปลายบน. การตรวจทางกล้องจุลทรรศน์ยืนยันว่าทั้งสองแห่งเป็นเนื้อตาย. นอกจากนั้นยังพบว่าบริเวณใกล้เคียงกับเนื้อตาย, เอชิลีเยมของท่อไตมี ดีเจนเนเรชัน ทั่ว ๆ ไป. บางแห่งเอชิลีเยมหลุดออกไปหมด. มีเลือดคั่งในอินเทอร์สทิเชียลทิสซิวและในท่อไต. มีกลุ่มของแบคทีเรียอยู่ตามหลอดเลือดในไตหลายแห่ง. บางแห่งอยู่ในโกลเมอ-

รไลควัย. มดลูก และ รังไข่ ขนาดปรกติ. ภายในโพรงมดลูกมีเนื้ออยู่ ๆ ค้างอยู่ทั่วไป (รูปที่ ๒). การตรวจทางกล้องจุลทรรศน์พบว่า มีเยื่อมดลูกเหลืออยู่เป็นจำนวนน้อย และแสดงลักษณะอักเสบ. บางแห่งพบเซลล์ค่อนข้างกลมรี, ทั่ว ๆ ไปเป็นลักษณะของเคสิทิว เซลล์. ท่อมดลูก ส่วนภายในไม่พบการอักเสบ. เยื่อภายในปรกติ.

เหตุตาย เชื้อโรคเข้ากระแสโลหิตจากการติดเชื้อในการแท้งบุตร.

วิจารณ์ ผู้ป่วยโดยมาก, ในระยะแรกที่มาหาแพทย์มักปกปิดความจริง. โดยเฉพาะ ผู้ป่วย ที่เป็นหญิงสาว เช่นรายนี้ ด้วยแล้ว, แพทย์ต้องใช้ความพยายามอย่างมาก, เพื่อจะได้ความจริงมาเป็นแนวทางประกอบการวินิจฉัยและการรักษา. ผู้ป่วยรายนี้ ใน ระยะแรก ที่มา แสดงอาการของการอักเสบเฉพาะในท่อนำไข่ระยะสืบพันธุ์เท่านั้น. หลังจากอยู่โรงพยาบาลได้ ๓ วัน, จึงเริ่มมีอาการไข้, และจำนวนเม็ดโลหิตขาวได้สูงขึ้น, แสดงว่าเชื้อโรคจากท่อนำไข่ระยะสืบพันธุ์ได้เข้าสู่กระแสโลหิตทั่วไป. และการรักษาแบบประคับประคองก็ไม่สามารถจะต้านทานความรุนแรงของเชื้อได้. จึงทำ

ให้มีการกระจายของเชื้อแบคทีเรียไปยังอวัยวะต่าง ๆ ทั้งพยาธิสภาพที่พบ.

วิธีที่ผู้ช่วยได้รับการทำแท้งนั้น, จากประวัติไม่อาจจะทราบได้ชัดเจน. แต่การตรวจศพพบว่าปากมดลูกฉีกขวาง, แสดงว่าต้องมีการใส่เครื่องมือบางอย่างเข้าไปโพรงมดลูกเพื่อทำให้มีการฉีกขาดของผนังมดลูก. จึงเกิดการแท้งขึ้น. การตรวจศพไม่พบว่าเยื่อช่องท้องอักเสบ และการอักเสบของท่อมดลูก. แสดงว่าไม่มีการติดเชื้อเซลล์ออสต์ส่วนบน, แต่การติดเชื้อเข้าสู่กระแสโลหิตทั่วไปโดยตรง ทางด้านหน้าของแผลในมดลูกนั่นเอง.

การเกิดแบคทีเรียล เอ็นโทคาร์ไดติส ปัจจุบันนี้, ยางตำรากล่าวว่าอาจเกิดภายใน ๔๘-๗๒ ชม. (3) แต่รายงานเชื่อว่าเกิดขึ้นภายหลังที่ผู้ช่วยมาอยู่โรงพยาบาลแล้ว เพราะการตรวจร่างกายแรกเริ่มนี้ไม่มีหลักฐานที่จะแสดงว่าเป็นแบคทีเรียล เอ็นโทคาร์ไดติส เลย, และจากเนอซิม (เวจเตชัน) ในลิ้นหัวใจตัวเอง, เอ็มโบลัสที่มิเชอ จึงไปสู่สมองและที่ต่าง ๆ (ผู้ช่วยโคมา ภายหลังที่มิใช่ และ ลิวโคซัยโตสิส ได้ ประมาณ ๔ วัน). นอกจากนี้ ความกอดคอกยา ของเชื้อ ที่เพาะได้จากผู้

ช่วยรายนี้ (ไวคัลยาคานามัยซินเท่านั้น), ก็เป็นเหตุหนึ่งที่ทำให้การรักษาไม่ได้ผล.

อย่างไรก็ตาม, แม้ว่าการติดเชื้อจะเป็นโรคแทรกที่พบบ่อยที่สุดในการทำแท้งอาชญากรรม, แต่ความรุนแรง, และพยาธิสภาพมากมายอย่างที่พบในผู้ช่วยรายนี้ไม่ปรากฏบ่อยนัก, โดยเฉพาะที่หัวใจและสมอง. รายงานนี้จึงเป็นตัวอย่างอื่นที่ที่จะแสดงถึงความสลับปรกในการทำแท้งอาชญากรรมของนักทำแท้งอาชีพรายหนึ่ง.

ปัญหาทางนิติเวชวิทยา ในคดีทำแท้งนี้, แพทย์อาจจะ เกี่ยวข้องด้วยหลายประการตามหัวข้อต่อไปนี้:

๑. ความผิดทางแพทย์. ในการรักษาผู้ช่วยที่แท้งบุตร โดยผิดกฎหมายนั้น, แพทย์ต้องถือเป็นความผิดอย่างเคร่งครัดที่จะไม่เย้ยเหยียดความลับนั้น. เพราะการเย้ยเหยียดหรือการแจ้งความ ต่อพนักงานสอบสวนเป็นความผิด ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา ๓๒๓ ฐานเย้ยเหยียดความลับ, อันได้มาเนื่องจากการ ประกอบวิชาชีพ เป็นแพทย์. แต่มีบางท่านมีความเห็นว่าการแจ้งความต่อพนักงานสอบสวนนั้น เป็นการปฏิบัติหน้าที่พลเมืองดีเพื่อทำลายล้างอาช-

ญากรรม. ความผิดตามประมวลกฎหมาย
อาญา มาตรา ๓๒๓ เป็นความผิดต่อส่วน
ตัว. แพทย์จะมีความผิดก็ต่อเมื่อมีผู้เสียหาย
ร้องทุกข์. หญิงผู้ช่วยเป็นผู้ที่รวม
ประกอบอาชญากรรมด้วย, แม้จะแจ้ง
ความ รุาน เป็น ผู้เสียหายในคดี เช็ดเฉย
ความลับ, หญิงนั้นก็มิถือเป็นผู้เสียหาย
ตามความหมายของกฎหมาย. ดังนั้น
แพทย์จึงไม่มีโอกาสถูกฟ้องได้. แม้กระนั้น
ก็ตามจรรยาแพทย์ก็ยังคงถือว่าการกระทำ
ที่ไม่สมควร (4. 5. 6. 7) และผู้รายงาน
เห็นว่า เป็นการเสี่ยงต่อการที่จะถูกฟ้อง
ตามประมวลกฎหมายอาญา ดังกล่าวแล้ว,
เพราะ ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา
๓๒๓ นั้นเอง, ซึ่งบัญญัติว่า “ผู้ใดล่วงรู้
หรือได้มาซึ่งความลับของผู้อื่น, โดยเหตุ
ที่เป็นเจ้าพนักงานผู้มีหน้าที่, โดยเหตุที่
ประกอบอาชีพเป็นแพทย์, เภสัชกร, คน
จำหน่ายยา, นางผดุงครรภ์, ผู้พยาบาล,
นักบวช, หมอความ, ทนายความหรือผู้
สอบบัญชี, หรือโดยเหตุที่เป็นผู้ช่วยใน
การประกอบอาชีพนั้น, แล้วเปิดเผยความ
ลับนั้นในประการที่น่าจะเกิดความเสียหาย,
แก่ผู้หนึ่งผู้ใด, ต้องระวางโทษจำคุกไม่

เกินหกเดือน, หรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท
หรือทั้งจำทั้งปรับ”

คำว่า “ใน ประการที่น่าจะ เกิดความ
เสียหายแก่ผู้หนึ่งผู้ใด” นั้น, ทำให้เห็น
ได้ชัดว่าผู้เสียหายไม่จำเป็นต้องเป็นเฉพาะ
หญิงผู้ช่วยเท่านั้น. ผู้ใดเสียหายก็อาจมี
สิทธิฟ้องได้, ซึ่งแพทย์ก็ย่อมต้องตกเป็น
จำเลยโดยไม่มีข้อยุทา.

นอกจากนั้น ความ ลับ ทาง แพทย์นี้ ยัง
ได้รับความคุ้มครอง แม้กระทั่งการเปิดเผย
ในศาล, ในกรณีที่ถูกเรียกไปเป็น
พยาน, ดังปรากฏในมาตรา ๑๑๘ แห่ง
ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่ง
วรรค ๓ ที่ว่า “ไม่ว่ากรณีใดๆ ห้ามไม่ให้
คู่ความฝ่ายใด ฝ่ายหนึ่งตามพยานด้วย :

- (๑)
- (๒) คำถามที่อาจทำให้พยาน, หรือ
คู่ความอีกฝ่ายหนึ่ง, หรือบุคคลภายนอก,
ต้องได้รับโทษทางอาญา, หรือคำถามที่
หมิ่นประมาทพยาน, เว้นแต่คำถามเช่นว่า
นั้นเป็นข้อสาระสำคัญใน อัน ที่จะ ชี้ ชาค ข้อ
พิพาท.

ถ้าคู่ความฝ่ายใด ฝ่ายหนึ่ง ตามพยาน
ฝ่ายหนึ่งขอข้อยุทธคดีแห่งมาตรานี้, เมื่อศาล
เห็นสมควรหรือเมื่อคู่ความอีกฝ่ายหนึ่งร้อง

คึกคัก, คำลุ่มอำนาจที่จะชงชาคว่าควรรู้ใช้ คำถามนั้นหรือไม่”

๒. หลักฐาน ในการตั้งกรรมของ หลิง, การที่จะวินิจฉัยว่าการทำแท้ง อาชญากรรมจำเป็น ต้องมีหลักฐานการตั้ง กรรมของหลิงนั้น. ดังนั้นการวินิจฉัยทาง แพทย์ ต้อง มี หลัก ฐาน การ ตั้ง กรรม สันนิ สัน, เช่น : มีสิ่งทกเกิดกขการตั้งกรรม, มีเศษของรก และ อื่น ๆ, ที่แพทย์ได้พบ จากเศษ เลือด หรือ เศษ เนื้อที่ ชด ออกมา. ถ้าผู้ช่วยตายแล้วแพทย์ถูกอ้างเป็นพยานใน ศาล, การทหลิงตั้งกรรมหรือไม่, จึงเป็น ข้อสำระสำคัญที่จะชงชาข้อพิพาทว่าจำเลย ผิดหรือไม่. แพทย์ ผู้รักษาอาจจำเป็นต้อง คอบความชัน แก่ศาล.

๓. คำสารภาพของผู้ตายในขณะก่อน ตาย. ในกรณีอาญาที่ผู้ตกประทุษร้ายลง ตายนั้น, คำสารภาพของผู้ตกทำร้ายเมื่อ ใกล้จะตาย, โดยรู้ตัวว่าตนจะตายนั้น ศาลรับฟัง เรืองราว ทถูกทำร้าย เป็น พยาน หลักฐานใช้ ยืนยันจำเลยได้, (8.9) โดย ถอหลักว่าบุคคลที่รู้ตัวว่าตนจะตายนั้นจะไม่ มีการอาฆมาตพยาฆ่าของเวรต่อไปอีกแล้ว. ข้อความทบุคคลผู้นั้นกล่าว จึงเป็นความจริง ที่ศาลเชื่อ.

ในคดีแท้งบุตรโดยผิดกฎหมายนี้แพทย์ ผู้รักษาอาจได้พบบกกับการสารภาพของผู้ช่วย ใกล้จะตายว่าไปทำแท้งที่ใด, ใครเป็นผู้ทำ, และแพทย์ผู้นั้น ก็ยอมไปเป็นพยานต่อศาล ยืนยันคำพคของผู้ตายได้. การให้การของ แพทย์ ในกรณีนี้ไม่ถือว่า เชิดเผยความลับผู้ ช่วย, เพราะแพทย์ให้การเป็นพยานรู้เห็น ในฐานะคนธรรมดาทั่วไป, ว่าเมื่อใกล้จะ ตายผู้ ช่วยได้ กล่าว ข้อความ เช่น นั้น จริง. นอกจากแพทย์แล้ว, พยาบาลหรือญาติ ผู้ใกล้ชิดผู้ช่วย, ก็อาจจะให้การยืนยัน คำกล่าวของผู้ตายได้. แต่ข้อควรระวัง ก็คือ คำสารภาพของผู้ตายนั้น, ต้องเป็นคำ กล่าวในขณะที่ผู้ช่วยรู้ตัวว่า จะตายแน่ และ เชื่อว่าตนต้องตายจริง ๆ, และผู้ช่วย สารภาพออกมาโดยไม่มี การ รุงใจ. เป็น การพคโดย คล้าย จะเป็นการไต่ถามของตน และผู้ช่วยจะตายภายหลังสารภาพ ออกมา นานเท่าไรไม่สำคัญ. แต่การที่ผู้ช่วย สารภาพกขแพทย์ในการให้ประวัติว่า ตน ไปทำแท้งที่นั่นที่นั่นมา, โดยวิธีนั้น ๆ ใน ราคาเท่านั้นเท่านั้น, ประวัติที่ใดก็เป็นความ ลับทางแพทย์. แม้ภายหลังผู้ช่วยถึงแก่ กรรม, เช่นรายนี้, คำกล่าวนั้นก็มีใช้คำ กล่าวในขณะก่อนตาย. ถ้าแพทย์เชิดเผย

ก็เสียดต่อการถูกฟ้อง, ทั้งศาลก็ไม่รับฟังอีกด้วย.

๔. การชันสูตรพลิกศพ. เมื่อผู้ช่วยแพทย์โดยผิดกฎหมาย ถึงแก่ความตายลง แพทย์ผู้รักษาต้องแจ้งความเอง; หรือให้ญาติผู้ช่วยไปแจ้งความต่อพนักงานสอบสวน, เพื่อให้มีการชันสูตรพลิกศพตามกฎหมาย. ไม่จำเป็นต้องขออนุญาตญาติเพื่อทำการตรวจศพ. แพทย์ผู้ทำการชันสูตรพลิกศพ มีอำนาจที่จะตรวจได้ อยู่แล้ว. ในบางแห่ง แพทย์ผู้ทำการชันสูตรพลิกศพ ไม่ใช่ในนิติพยาธิแพทย์, มีสิทธิที่จะส่งศพไปให้พยาธิแพทย์ เป็นผู้ผ่าตรวจโดยละเอียดได้ (ป. วิอาญามาตรา ๑๕๐, ๑๕๑). แพทย์ผู้ทำการผ่าชันสูตร, หรือพยาธิแพทย์, อาจถูกเรียกไปเป็นพยานต่อศาล และสามารถแสดงข้อเท็จจริง, และออกความเห็นต่อศาลได้อย่างกว้างขวาง, โดยไม่ต้องว่า เป็นความลับผู้ช่วย เพราะผู้ตายได้พ้นสภาพความเป็นผู้ช่วยตั้งแต่เวลาที่ถึงแก่กรรม.

สรุป ได้รายงานผู้ช่วย ๑ ราย. เป็นหญิงโสเภณีอายุ ๒๐ ปี, ถึงแก่กรรมภายหลังที่ไปทำแท้งโดยผิดกฎหมายมา ๑๔ วัน.

การตรวจศพพบว่าตายเพราะเซอ แคนทีเรีย เข้าไปในกระแสโลหิต, เนื่องจากความสกปรกในการทำแท้ง. มีปรากฏการณ์ออกันของหลอดเลือดในสมอง, ไต และม้าม, เนื่องจากการอักเสบปัจจุบันของเส้นหัวใจจากเซอแคนทีเรีย. ผู้รายงานได้กล่าวถึงปัญหานิติเวชวิทยาไว้ด้วย.

ผู้รายงาน ขอขอบคุณ ศาสตราจารย์ นายแพทย์สงกรานต์ นิยมเสน, หัวหน้าแผนกนิติเวชวิทยา, ที่อนุญาตให้เสนอรายงานนี้, นายแพทย์ประเสริฐ ชาญวิทย์ ที่ช่วยถ่ายภาพจากกล้องจุลทรรศน์, และนายแพทย์อำนาจ สารสาส ที่ให้ข้อคิดเห็นในการอ่านชันเนอจากกล้องจุลทรรศน์.

เอกสาร

1. สุพร เกิดสว่าง : จ.พ.ส.ท. (๒๕๐๘), ๔๘ : ๕๕๘.
2. Simpson, K. : Forensic Medicine, 5 th ed. London, Edward Arnold, (1964), pp. 176-178.
3. Camps, F.E. and W.B., Purchase : Practical Forensic Medicine, 1st ed., London, Hutchinson, (1956), pp. 39-43.
4. กฎกระทรวงมหาดไทย (ฉบับที่ ๓) ข้อ ๒๖ (๒) ออกตามความใน พ.ร.บ. ควบคุมการประกอบโรคศิลปะ, พุทธศักราช ๒๕๑๘.

5. สภากรรณต์ นิยมเสนา : จ.พ.ส.ท. (๒๕๐๖), (1956). pp. 100-101.
๔๖ : ๑๕๖.
6. Hadfield, S.J. : Law and Ethics For Doctor, 1st ed., London, Eyre & Spottiswoode, (1958), p. 41.
7. Smith, S.S. : Taylor's Principles and Practice of Medical Jurisprudence, 11th ed., Vol. 11, London, Churchil, (1962), p. 12.
8. Simpson, K. : A doctor's Guide to Court, 1st ed., London, Butterworth, (1962), p. 12.
9. ประมุข สุวรรณศร : คำอธิบายกฎหมายลักษณะพยาน, พิมพ์ครั้งที่ ๓. พระนคร, บริษัทชุมนุมช่าง จำกัด, (๒๕๐๖), หน้า ๑๔๐-๑๔๒.

การส่งเงินค่าบำรุง

๑. ไปรษณีย์ซองและนามสกุลให้ชัดเจน
๒. ส่งเงินถึงผู้จัดการสารศิริราช
๓. ส่งจ่ายเงินที่ ป.ณ. หน้าพระลาน

(Summary of the preceding Article)

HAZARDS OF CRIMINAL ABORTION

With a Case Report

Vithoon Eungprabhanth, M.B., LL.B.

(Department of Forensic Medicine)

(Head of Dept. : Prof. Dr. Song—Grant Niyomsen)

A case of bacteremia from criminal abortion was reported. The patient, a young girl of twenty years, had submitted to criminal abortion 6 days before admission. The chief complaints were bleeding per vaginam and feverish feeling. From physical examination the physician diagnosed criminal abortion. Treatment was supportive and symptomatic with antibiotic therapy. On the third day of hospitalisation, she developed septicemia. Hemoculture revealed staphylococcus aureus which

was sensitive only to kanamycin. The patient became comatose on the eighth day in hospital and expired on the next day. Postmortem examination revealed evidences of bacteremia with acute bacterial endocarditis and embolic phenomenon in the brain, spleen and kidneys. This was a case of severe sepsis resulting from the work of an unskilled abortionist. Medicolegal aspects were discussed.

(Two Figures. Nine References.)

การฆ่าทารก

ทรงฉัตร โทยยานนท์ พ.บ.

(แผนกนิติเวชวิทยา)

(หัวหน้าแผนก : ศาสตราจารย์ นายแพทย์ สงกรานต์ นิยมเสน)

เรื่องฆาตกรรมในทารกนั้นแตกต่างกว่าผู้ใหญ่มากทั้งในคำวินิจฉัยการ, เหตุปัจจัย, สิ่งช่วย, ภาวะแวดล้อมต่าง ๆ และตัวฆาตกรเอง. โดยเฉพาะอย่างยิ่งในทารก ระหว่างวัยเกิดใหม่จนถึงหนึ่งขวบ เกือบจะเรียกได้ว่า มีข้อแตกต่างกับรอยเปื้อนเช่นตทเดียว. จึงสมควรที่จะศึกษาและรายงานผู้ตายไว้เป็นหลักฐาน :

ในแง่ของกฎหมาย ประเทศต่าง ๆ มีกฎหมาย เกี่ยวข้องเรื่องนี้ไม่เหมือนกัน. บางประเทศมีบทบัญญัติไว้ชัดเจน. บางประเทศไม่มี. แต่อาจใช้บทกฎหมายอื่นในการพิจารณาและลงโทษผู้กระทำผิด.

กฎหมายไทย.⁽¹⁾ ไทยเราไม่มีกฎหมายเกี่ยวกับเรื่องฆ่าทารก. แต่ก็อาจใช้กฎหมายบทอื่นในการลงโทษได้ดังเช่น :

ประมวลกฎหมายอาญา ภาค ๒ ลักษณะ ๑๑ หมวด ๑ ความผิดต่อชีวิต มาตรา ๒๘๘, บัญญัติไว้ว่า "ผู้ใดฆ่าผู้อื่นต้องระวางโทษประหารชีวิต, จำคุก

เรื่องย่อ. โทยยานนท์, ทรงฉัตร: การฆ่าทารก, สารคดีราช ๒๕๐๕ (ก.ศ. ๑๕๖๖) ๑๕ : ๑๕๔-๒๐๒.

บรรยายปัญหาแห่งกฎหมายทั้งต่างประเทศและไทยเกี่ยวกับการฆ่าทารกและความผิดฐานนั้น. กล่าวถึงสาเหตุที่ทำให้ทารกถึงแก่กรรม ๒ จำพวก, และรายงานการฆ่าทารก ๒ ราย. รายหนึ่งศาลตัดสินจำคุก ๑ ปี. ส่วนอีก รายหนึ่ง คดี กำลัง อยู่ใน ชั้น พิเคราะห์สอบสวน.

ตลอดชีวิต หรือจำคุกตั้งแต่สิบห้าปี ถึงยี่สิบปี." มาตรา ๒๘๙ ข้อ ๔, ๕, บัญญัติไว้ว่า "ฆ่าผู้อื่นโดยไตร่ตรองไว้ก่อน, ฆ่าผู้อื่นโดยทรนหรือโดยกระทำทารุณโหดร้าย, ต้องระวางโทษประหารชีวิต." มาตรา ๒๙๐ "เกี่ยวข้องมิได้เจตนาฆ่าและทำร้ายจนเป็นเหตุให้ตาย." และ มาตรา ๒๙๑ "กระทำโดยประมาทและการกระทำนั้นเป็นเหตุให้ผู้อื่นตาย". ทั้ง ๒ มาตราหลังนี้ อาจเอามาพิจารณาในเรื่องฆ่าทารกได้.

ประมวลกฎหมายอาญา ภาค ๒

ลักษณะ ๑๐ หมวด ๕ ความผิดฐาน
 ทอดทิ้งเด็ก มาตรา ๓๐๘ บัญญัติไว้ว่า
 “ผู้ใดทอดทิ้งเด็ก อายยังไม่เกิน ๕ ปี
 ไว้ ณ ที่ใด, เพื่อให้เด็กนั้นหนีไปเสียจาก
 ตน โดยประการที่ทำให้เด็กนั้นปราศจาก
 ผู้ดูแล เป็นเหตุให้เด็กนั้นถึง แก่ความตาย
 ต้องระวางโทษตามมาตรา ๒๕๐, ๒๕๑
 หรือ ๒๕๘.” จะเห็นได้ว่าหากมีการละทิ้ง
 ปล่อยให้ละเลยจนทารกถึงตาย, ก็
 สามารถเอาโทษ แก่ผู้ปกครอง ที่ดูแลเด็ก
 นั้นได้.

กฎหมายไทยทยอกมาข้างไว้ทั้งหมดนี้,
 เห็นได้ว่าไม่มีขทใด บัญญัติไว้โดยเฉพาะ
 ว่าอย่างไรจึงเป็นการฆ่าทารก, ทั้งนี้จึง
 อาจนำกฎหมายมาตราใด, มาตราหนึ่งมา
 ใช้แล้วแต่การกระทำคามผิดนั้นจะตรงกับ
 มาตราใด. ไม่มียกเว้นดังเช่นบางประเทศ
 ที่จะกล่าวต่อไป. มีตัวอย่างคดีที่ผ่านการ
 พิจารณาของศาลเรียบร้อยแล้ว, ทั้งนำมา
 รายงานไว้ตอนท้าย.

กฎหมายอังกฤษ⁽⁶⁾, อังกฤษมีกฎ-
 หมายเรื่องฆ่าทารกบัญญัติไว้ชัดเจนมาก.
 จำเป็นจะต้องเข้าตามด้วยนั้น ด้วย จึงจะมี
 ความผิดฐานฆ่าทารก (Infanticide). ไม่
 ใช้ความผิดฐานฆ่าคนตาย (Murder),

ซึ่งมีขทบัญญัติแตกต่างกันออกไป. มีองค์
 ประกอบคือฆาตกรต้องเป็นแม่, ผู้ถูกฆ่า
 ต้องเป็นลูกของตน ซึ่งมีอายุต่ำกว่า ๑๒
 เดือน, การกระทำนั้นจะโดยจงใจหรือด้วย
 การปล่อยละเลย จนเป็นเหตุให้ ทารกถึงแก่
 ความตายก็มีความผิดเช่นกัน. ที่สำคัญก็
 คือในขณะที่นั้น สมดุลย์แห่งจิตใจของหญิงจะ
 ต้องผิดปรกติไป, อันเป็นผลเนื่องจากการ
 คลอด และการให้นม. เห็นได้ว่าถ้า
 ฆาตกรเป็นพ่อ, ผู้อื่นหรือถึงเป็นแม่แต่เด็ก
 อายเกิน ๑๒ เดือน, จะไม่ผิดตามมาตรานี้.

กฎหมายเยอรมัน⁽⁸⁾ มีอยู่มาตรา
 หนึ่งซึ่งกล่าวถึงเรื่องการฆ่าทารก, โดย
 บัญญัติไว้ว่า, แม่ซึ่งฆ่าทารกอันกำเนิด
 ออกมาหลังคลอดทันที, หรือในระหว่าง
 การคลอดแม้จะทำให้ทารกนั้นตาย, ลูก
 นั้นต้องเป็นลูกนอกสมรส, จึงจะมีความผิด
 ตามมาตรานี้. ต้องระวางโทษจำคุกไม่
 เกิน ๓ ปี. แต่ปัจจุบันได้มีการแก้ไขและ
 ไม่กำหนดอายุของทารกเอาไว้.

กฎหมายของสหรัฐอเมริกา,⁽⁷⁾
 ประเทศอเมริกันนี้รัฐหนึ่ง ๆ มีกฎหมาย
 แตกต่างกันไป. แต่ทุกรัฐไม่มีกฎ-
 หมายเฉพาะเกี่ยวกับเรื่องฆ่าทารก. ถือว่า
 เป็นฆาตกรรมธรรมดาเช่นเดียวกับผู้ใหญ่,

และเป็นชนิดหนึ่งของการฆาตกรรมเท่านั้น
เอง.

ในรัฐมิสซูรี, กฎหมายเกี่ยวกับการปิด
บังและไม่แจ้งการเกิดของทารก (Conceal
the birth). โดยบัญญัติว่า "หญิงทุก
คนซึ่งคลอดบุตร, และพยายามโดยตรง
หรือโดยอ้อมกักที่จะปิดบังการเกิดด้วย
การทำให้จมน้ำ, หรือฝัง, หรือโดยวิธี
อื่นใด, ทำให้ไม่สามารถบอกได้ว่าทารก
นั้นตายก่อนคลอดหรือภายหลัง, มีความ
ผิดต้องจำคุกไม่เกิน ๑๐ ปี". กฎหมายนี้
มีผลคลุมไปถึงการฆ่าทารกด้วย.

ในแง่ของวิธีการ วิธฆ่าทารกนั้นมัก
เป็นแบบง่าย ๆ ไม่ค่อยลึกซึ้งเหมือนฆาต-
กรรมที่พบในผู้ใหญ่. ปรากฏว่าผู้ต้องหา
ทั้งหลายใช้วิธีซึ่งคล้ายคลึงกัน. แต่มีข้อ
ควรระวัง คือเนื่องจากการพยายามหลีกเลี่ยง
และปิดบังการกระทำผิด, ฆาตกรรมมักทำ
อย่างหนึ่งอย่างใด เพื่อบีบเบือนเหตุตายให้
เป็นไปในรูปของอุบัติเหตุ, หรือให้ดูเหมือน
ว่าการตายนั้นเกิดจากโรคหนึ่งโรคใด,
หรือเกิด เพราะการ คลอดผิดปรกติ อันอาจ
ถึงตายได้. จึงควรทราบถึงวิธีการเหล่านี้,
เพื่อประโยชน์ ต่อการสืบสวน สอบสวน และ

ให้ได้ซึ่งเหตุตายอันแท้จริง. หากเป็นการช้
โพรงให้กระรอกไม่.

เพื่อให้ง่ายในการพิจารณา, ได้แบ่ง
วิธีการออกเป็น ๒ พวก คือ :

- ๑. ละทิ้งเด็กให้ถึงแก่ความตาย.
- ๒. จงใจฆ่าให้ตาย.

พวกแรก: ละทิ้งเด็กให้ถึงแก่ความ

ตาย เป็นการยากมากที่จะวินิจฉัยว่าการ
ละทิ้งเด็กให้ถึงแก่ความตายนั้น, เกิดจาก
เจตนาของฆาตกรเพื่อต้องการให้เด็กนั้น
ตาย, หรือเกิดจากความประมาทรู้เท่าไม่
ถึงการ, หรือเพราะอุบัติเหตุ. เพราะความ
ยากนี้เองจึงทำให้ตัวเลขสถิติการตาย
จากสาเหตุพวกแรกมีไม่แน่นอน. ⁽³⁾ คึกษาและรายงานว่าสถิติ
เรื่องการฆ่าทารกนั้นขบถยาก, เพราะ
ไม่สามารถพิสูจน์ได้แน่. ใน คยาโฮกา
ควานต์, ภายใน ๒๒ ปี มีผู้ถูกจับ
และลงโทษสำหรับความผิดนี้เพียง ๕ ราย
เท่านั้นเอง.

การละทิ้งเด็กจนเป็นเหตุให้ถึงตาย
มีหลายแบบ. นำมาเขียนไว้เฉพาะที่เคยมี
ผู้รายงานและพบเห็นมา.

ขาด อากาศ หายใจ เพราะสุด ของ
เหลวเข้าไปในหลอดลม ทารกที่คลอด
 ใหม่เมื่อพ้นจากตัวแม่อาจสูดสำลักน้ำคร่ำ
 เข้าไปมาก. หรือหญิงที่คลอดอย่างปัจจุบัน
 ในห้องน้ำหัวเด็กอาจตกลงไปในตัวมัสค
 น้ำเข้าไปจนเต็มหลอดลมได้. สมิต⁽⁴⁾
 รายงานถึงเด็กที่ตายโดยหัวที่ตกลงไปใน
 หม้อต้ม. แม่ไม่พยายามที่จะช่วยเด็ก
 ขึ้นมาโดยปล่อยไว้จนตาย, มีประจักษ์
 พยาน. กรณีเช่นนี้เป็นการยากมากที่จะ
 แยกเจตนาออกจากอุบัติเหตุ. จึงจำเป็น
 อย่างยิ่งที่จะต้องอาศัยภาวะแวดล้อมอื่น ๆ
 ประกอบการพิจารณา, ถ้าพึงแต่การตรวจ
 ศพอย่างเดียวไม่อาจบอกได้.

สายรกพันคอ เป็นอีกวิธีที่พบบ่อย
 และทำให้เด็กคลอดใหม่ตายได้ โดยง่าย.
 การคลอดบุตรบางครั้งเด็กที่ออกมาอาจมี
 รกพันรอบคอ, ซึ่งควรช่วยทันโดยผู้ทำ
 คลอดหรือแม่เด็กเองหากพยายาม.
 ดังนั้นหากมีการตายแบบนเกิดชน, ภาวะ
 แวดล้อมช่วยมากในการตัดสิน.

ไม่ผูกสายสะดือ ภายหลังที่เด็ก
 คลอดออกมาและแยกเด็กขาดจากแม่
 แล้ว, สายสะดือควรต้องผูกและห่อหุ้ม

ให้เรียบร้อยเพื่อป้องกันอันตรายบริเวณนั้น.
 แต่ถ้าปล่อยไว้เด็กอาจตายเพราะตกเลือด.

จุมกและปากถูกอุด เด็กอ่อนอาจ
 ตายได้โดยง่ายหากนอนคว่ำหน้า, และ
 ไม่สามารถพลิกตัวกลับจะก็วยเหตุใด
 ก็ตาม. จุมกและปากจะกดอยู่กับหมอน
 หรือท่อนอนอ่อนนุ่ม, ทำให้ขาดอากาศ
 และออกซิเจน. วาลเดส⁽¹⁰⁾ ได้รายงาน
 ถึงเด็กซึ่งพบตายในเปลไว้ ๕๑ ราย, และ
 กล่าวว่าเป็นการยากที่จะวินิจฉัยเหตุตายว่า
 จะเป็นการตายโดยธรรมชาติ, จากโรค
 ต่าง ๆ หรือตายเพราะขาดอากาศหรือสอง
 สิ่งรวมกัน. เพราะบางกรณีมีการเปลี่ยนแปลง
 ที่อาจตรวจพบได้ทั้งตาเปล่าและกล้อง
 จุลทรรศน์เพียงเล็กน้อยเท่านั้น. ในจำนวนที่
 รายงานมีเพียง ๒๑ รายเท่านั้น, ที่สามารถ
 บอกเหตุตายได้ชัดเจน. การตรวจทาง
 ห้องทดลองอื่น ๆ จึงมีความสำคัญ.

ดังนั้นหากเด็กถูกละทิ้งให้คว่ำหน้าบน
 ท่อนอนอ่อนนุ่มสักพักเดียวโดยปราศจาก
 การดูแลช่วยเหลือ, ก็ทำให้ถึงแก่ความ
 ตายได้โดยง่าย. จำเป็นต้องหาหลักฐาน
 อื่น ๆ ประกอบการพิจารณา.

พวกสอง: จงใจฆ่าให้ตาย เราพบว่า
 กลุ่มนี้มีวิธีการฆ่าเป็นไปในแบบคล้าย

ฆาตกรรมผู้ใหญ่. แต่มักใช้วิธีง่ายกว่า อาทิเช่น รั้วคอก, อุดปากและจมูก, ทิ้งน้ำ, ขาดแผลจากของแหลมคม, ขาดอากาศหายใจด้วยเหตุต่างๆ, ยาพิษ, และวิธีพิสดารและพบน้อยอื่น ๆ.

วิธีการฆ่าอาจมีแปลกออกไป. อาเคลสัน (2) รายงาน ๒ ราย, รายแรกแม่เอาลูกห่อผ้าแล้วจุกไฟเผา. แก่คิดว่าเพราะคิดว่าเด็กตายแล้วจากโรค. การทเผาก็เพื่อประหยัดเงินค่าฝังศพ. แต่การตรวจศพยืนยันว่าเด็กตายเพราะไฟ. พยานแวดล้อมพิสดารได้แม่จงใจฆ่า.

บอรนสไตน์ (5) ได้รายงานวิธีฆ่าแบบแปลก. ฆาตกรเป็นพ่อ, ใช้ปลายสายไฟอันมีกระแสไฟฟ้า. ข้ออ้างที่ฟังไม่ขึ้นของเขาก็คือ เด็กร้องกวนมาก, ต้องการเพียงให้เจ็บปวดเท่านั้นไม่จงใจจะฆ่า.

อาเคลสัน (3) ยังรายงานวิธีการแบบแปลกอีก คือใช้พริกไทยเม็ดกรอกปากเด็กจนสำลัก. เด็กตายเพราะขาดอากาศ. ในทางเคินอากาศเต็มไปด้วยผงและเม็ดพริกไทย. เขา (4) ได้ศึกษาถึงการฆ่าเด็กไว้มาก, มีชุดหนึ่ง ๔๖ ราย. จำแนกตารางไปต่างๆ. ปรากฏว่า ๓๗ ราย, ฆาตกรคือ พ่อ, แม่ และ ญาติสนิท.

ส่วนใหญ่ก็มีสาเหตุจากโรคจิต, ลุแกโทสะ และความผิดปรกติทางเพศ. หลายรายถูกฆ่าเพราะพ่อ, แม่ฆ่าตัวตายและเลยฆ่าเด็กเสียด้วย. เช่นเดียวกับที่เคยเป็นข่าวที่เราพบเสมอในหน้าหนังสือพิมพ์ของไทยเรานี้. วิธีการนี้ผู้รายงานได้พบว่าทำให้ขาดอากาศหายใจแบบต่างๆมากที่สุด, และวิธีบ่อยอันตรงกับของบ้านเรา คือ จมน้ำตาย.

ในระยะ ๑๒ ปี (๒๔๕๗-๒๕๐๘), แผนกนิติเวชวิทยาได้ทำการตรวจศพคดีเป็นจำนวนทั้งสิ้น ๔,๐๖๖ ราย. มีการตายที่เข้าตามแบบการฆ่าทารกเพียง ๒ รายเท่านั้น, จึงนำมารายงาน ณ ที่นี้.

รายที่ ๑ (ประวัติได้จากพนักงานสอบสวน) - ศพเด็กหญิงไม่ทราบชื่อ, อายุประมาณ ๑ วัน. ส่งมาจากสถานีตำรวจนครบาลขยฆาราม, เมื่อวันที่ ๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๐๖. เรื่องเกี่ยวกับหญิงผู้หนึ่งอาชีพเป็นคนรับใช้ของบ้าน หลัง หนึ่ง ซึ่งอยู่ใกล้เคียงกับที่พบศพ. หญิงนี้มาจากต่างจังหวัดและตั้งครุภ. แต่ได้ขี้ขลาดออกมาเพราะไม่มีพ่อเป็นตัวคน. คืนวันก่อนพบศพได้คลอดบุตรโดยไม่มีคนทำคลอด, ไม่ได้ขอความช่วยเหลือจากใคร. เมื่อคลอดแล้ว

เข้าใจว่าเด็กตาย, จึงนำไปทิ้งในคข้างบ้าน. พนักงานสอยสวนพยกของเลือกทศัพ และหยดเข็นทางไปจนถึงบ้านจำเลย, จึงจับตัวไต่และให้การดังกล่าว.

การตรวจศพ (ตรวจศพ วันที่ ๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๐๖, เวลา ๑๔.๓๐ น.)
 สภาพศพภายนอก: ศพทารกคลอดใหม่, ยาว ๔๐ ซม., น้ำหนักตัว ๒,๓๓๐ ก., มีสายสะดือยาว ๕๕ ซม. ทิศอยู่พร้อมทั้งรกชังหนัก ๔๕๐ ก. ลักษณะแสดงว่าเป็นเด็กคลอดไม่ครบกำหนด. ลักษณะศีรษะยาว. หนึ่งศีรษะตรงกลางค่อนไปทางซ้ายโป่งนูน, มีเลือดออกคั่งอยู่ที่บริเวณนั้น, ซึ่งเป็นลักษณะที่จะพบได้ทั่วไปในทารกที่คลอดใหม่ในรายที่มารดาต้องใช้เวลาเบ่งอยู่นานพอสมควร. ริมฝีปากและเล็บเขียวคล้ำ. บริเวณลำตัวมีเศษผงขี้เถาตามลำตัวคั่งอยู่.

การตรวจอวัยวะภายใน กะโหลกศีรษะปรกติ. สมองขวม, มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นดูราและชั้นอะแรคนอยด์, ซึ่งเป็นผลจากการคลอดยาก. ใต้ผิวหนังค้ำข้างของคอทางค้ำหน้าปรากฏรอยช้ำบริเวณกลีบขวาของต่อมไทรอยด์, และ

บริเวณค้ำข้างของดาวิ่งซ์. ภายในหลอดลมมีเศษผงขี้เถาคั่งอยู่เป็นจำนวนมาก. ปอดมีเลือดคั่งและมีจุดเลือดออกบริเวณผิวปอด. อวัยวะภายในอื่นไม่ปรากฏการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ.

เหตุตาย โลหิตออกใต้เยื่อหุ้มสมองและขาดอากาศ.

ผลของคดี คดีนี้มารดาของทารกได้ตกเป็นผู้ต้องหา. ศาลชั้นต้นได้พิพากษาจำคุก ๓ ปี, ฐานทอดทิ้งเด็กเป็นเหตุให้ผู้ถูกทอดทิ้งถึงแก่ความตาย.

วิจารณ์ ผู้ต้องหาเป็นหญิงสาว, แต่เกิดท้องขึ้นมา, แน่นอนต้องมีความระอวยและอยากปกปิด. ยิ่งหากพ่อเด็กทิ้งไป, ความโกรธและอยากกำจัดจึงอาจมีได้. นอกจากนั้นการคลอดเองโดยไม่มีคนช่วยย่อมยากเป็นธรรมดา. อันตรายที่ศีรษะเกิดขึ้นได้ระหว่างการคลอด, ศีรษะอาจกระทบของแข็ง, เช่นพนันจึงทำให้มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง. การทออ้างว่าเข้าใจว่าเด็กนั้นตายแล้วฟังไม่ขึ้น, เพราะตนเองต้องการปกปิดอยู่แล้วและไม่ขอความช่วยเหลือจากใครเลย, ทั้ง ๆ ที่สามารถขอได้. การที่ศาลพิพากษาเช่นนี้จึงสมควร. รายละเอียด

นี้จึงเป็นการฆ่าทารกโดยละทิ้งเด็กให้ถึงแก่ความตาย.

รายที่ ๒ (ประวัติได้จากพนักงานสอบสวน) ศพเด็กชายไม่ทราบชื่อ, อายุประมาณ ๑-๗ วัน, ส่งมาจากสถานีตำรวจนครบาลบางกอกน้อย, เมื่อวันที่ ๑๕ ธันวาคม ๒๕๐๗, เวลา ๑๖.๐๐ น. พนักงานสอบสวนพบศพทารกติดอยู่ริมตลิ่ง, ไม่สวมเสื้อผ้า.

การตรวจศพ (ตรวจศพวันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๐๗, เวลา ๑๕.๐๐ น.) สภาพศพภายนอก: ศพเด็กชาย, สูง ๔๖ ซม., หนัก ๑,๕๐๐ ก., สายสะดือยังไม่หลุดยาว ๑๐ ซม., ปลายมีเชื้ออสุจิ. ลักษณะของสายสะดือปกติ. ลักษณะศพช้ำ, มือเท้าและผิวหนังตามตัวเขียวช้ำ, โดยเฉพาะฝ่ามือและฝ่าเท้าช้ำขาว และเย็นเป็นรอรอย. เปลือกตาขมขี้ทั้งสองข้าง. ริมฝีปากช้ำและ ขวา ทั้ง สองข้างมีขาดแผลช้ำ ขนาด ๑ x ๑ ซม., และ ๑ x ๐.๘ ซม., ตามลำดับ. ที่หน้าผากมีขาดแผลช้ำ เขียว ขนาด ๑.๕ x ๑ ซม., ๑ x ๐.๘ ซม. และ ๑ x ๑ ซม. อยู่ใกล้กัน, และที่หนังศีรษะตอนหน้า

มีรอยช้ำเล็ก ๆ อีก ๒-๓ แห่งขอบเขตไม่ชัดเจน. ที่ต้นแขนขวาตรงข้อพับคานนอกและในมีขาดแผล ถลอกและ ข้ำขนาด ๑ x ๐.๘ ซม. และ ๐.๘ x ๐.๘ ซม. ปลายขาซ้ายที่หัวเข่า, หน้าแข้งและหลังเท้าสองแห่งมีแผลฟกช้ำขนาด ๐.๘ x ๑ ซม., ๐.๓ x ๐.๓ ซม., ๐.๒ x ๐.๒ ซม. และ ๑ x ๐.๒ ซม., ตามลำดับ. ที่ต้นขาข้างซ้ายมีขาดแผลฟกช้ำขนาด ๑.๕ x ๐.๘ ซม. ที่ตะโพกขวามีรอยฟกช้ำขนาด ๐.๘ x ๐.๕ ซม. ที่หลังมีรอยช้ำเล็ก ๆ อีกสามแห่ง, ขนาดไม่ชัดเจน. ขาดแผลฟกช้ำทั้งสี่เป็นขาดแผลที่เกิดขณะมีชีวิตอยู่.

การตรวจอวัยวะภายใน กระโหลกศีรษะและกระดูกซี่โครงปกติ. กระทบอมน้ำและหลังยังไม่ช้ำ. ใต้หนังศีรษะและผิวหนังตรงตำแหน่งที่แผลบนหน้าผากมีลักษณะเป็น รอยช้ำสีแดง และมีเลือดออก. ภายในหลอดลมมีเศษโคลนสีน้ำตาลจำนวนมากตกลงทาง เข้าไปจนถึง หลอดลมเล็ก. ปอดลอยน้ำทั้งสองข้าง. อวัยวะภายในเริ่มเน่า. ตรวจเศษผงในหลอดลมเล็กของปอดด้วยกล้องจุลทรรศน์ปรากฏเป็นเศษ

กิน โคลนและพืชพันธุ์ไม้ना. ภายใน
กระเพาะอาหาร มีมูก เมือก และเศษ กิน.
สมองปรกติ.

เหตุตาย จมน้ำตาย.

วิจารณ์ จากลักษณะและตำแหน่งของ
ขาดแผลประกอบด้วยพยาธิสภาพที่พบ, ผู้
ตายรายนี้มีขาดแผลฟกช้ำบริเวณต่าง ๆ กัน
เกือบทั่วร่างกาย, และตายจากการจมน้ำ.
ขาดแผล เช่นนี้ไม่น่าจะ เกิดจาก การคลอต
ด้วยตนเองหรือผู้อื่นทำ. จึงน่าจะเป็นการ
กระทำเพื่อให้เด็กเกิดอันตราย, ซึ่งผู้ทำ
อาจเป็นแม่หรือคนอื่น. การทงนานนี้อาจ
เพราะเข้าใจว่าเด็กตายแล้วจากขาดแผลที่
ไทรบี, หรือต้องการให้ตายด้วยการจมน้ำ
ในที่สุด. และต้องการให้ลำคลองเป็น
สถานที่ สำหรับขบขี้การ ตายและ ทำลาย
หลักฐานทงสน. ศคินยังอยู่ในชั้นพนักงาน
สอบสวนแห่งท้องที่ซึ่งเกิดเหตุจึงยังไม่อาจ
รายงานผลแห่งคดีได้ ณ ทน.

สรุป การฆ่าทารกพบได้แต่ไม่บ่อย
นัก. จะวินิจฉัยให้แน่นอนบางครั้งยาก,
เพราะขาดหลักฐานประกอบต่างๆ. อีกทั้ง
วิธีการฆ่าก็แตกต่างกันพบในผู้ใหญ่.

วิธีซึ่งพบบ่อยแยกยาก และคดีกลายเป็น
การตายโดยธรรมชาติหรืออุบัติเหตุ.

แผนกนิติเวชวิทยาได้ทำการตรวจศพ
คดี ๔,๐๖๖ รายในระยะ ๑๒ ปี, มีทารก
ซึ่งถูกทำให้ตายและสามารถพิสูจน์ได้แน่
นอนเพียง ๒ รายเท่านั้น. อาจมีมากกว่า
แต่ไม่อาจยืนยันได้, อาทิเช่นศพทารกนำ
มาทอลอยมาตามน้ำอาจถูกฆ่าตายบ้างก็ได้.

ได้รายงานทารกซึ่งถูกทำให้ตาย ๒
ราย. รายที่ ๑ เป็นทารกเพศหญิง, อายุ
ประมาณ ๑ วัน. ตายเพราะโลหิตออกใต้
เยื่อหุ้มสมอง. มารดามีความผิดปกติ
ทงเด็กจนถึงแก่ความตาย, อันอาจเพราะ
งใจ. รายที่ ๒ เป็นเพศชาย, อายุประมาณ
๑-๑ วัน, จมน้ำตาย. มีขาดแผล
ฟกช้ำตามร่างกายหลายแห่ง, อันสัน-
นิษฐานว่าเกิดจากการถูกทำร้ายและทิ้งให้
ตายเพราะการจมน้ำในที่สุด. ศคินยังอยู่
ในชั้นพนักงานสอบสวน. ทง ๒ รายนจึง
น่า จะ เข้า กันได้ ก็กับการฆ่าทารกตาม
กฎหมายอังกฤษ.

ผู้รายงานขอขอบคุณ ศาสตราจารย์
นายแพทย์ สงกรานต์ นิยมเสน ที่ได้
อนุญาตให้เสนอรายงานนี้.

เอกสาร

1. ประมวลกฎหมายอาญา (๒๕๐๑).
2. Adelson, L: J. Forensic Sciences. 1959, 4:60.
3. Adelson, L: J: Forensic Sciences. 1964, 9:391.
4. Adelson, L: New Eng. J. Med. 1961, 264:1345.
5. Bornstein, F.P.: J. Forensic Sciences. 1962, 7:516.
6. Garsia, M: Criminal Law, 11th. ed. London, Sweet & Maxwell, 1961, p. 74.
7. Gradwohl: Legal Medicine, 1st. ed. St. Louis, Mosby, 1954, p. 822.
8. Mueller, B: Gerichtliche Medizin, 1st. ed. Berlin, Springer-Verlag, 1953, p. 958.
9. Smith, S: Taylor's Principles and Practice of Medical Jurisprudence, 11th. ed. London, Churchill, 1957, p. 175.
10. Valdes, M: J. Forensic Sciences. 1958, 3:503.

การส่งเงินค่าบำรุง

๑. ไปรษณีย์ขอและนามสกุลให้ชื่อกเงิน
๒. ส่งเงินถึงผู้จัดการสารคดีราช
๓. ส่งจ่ายเงินที่ ป.ณ. หน้าพระลาน

(Summary of the preceding Article)

INFANTICIDE

Songchat Tosayanonda, M.B.

(Dept of Forensic Medicine)

(Head of Dept.: Prof. Dr. Song-Grant Niyomsen)

Infanticide is the unlawfull killing of a new born child. Different countries have devised laws for the offence. While in English and some other countries there are specific acts, infanticide is legally considered as homicide in the Penal Code of Thailand,

i.e. age plays no part.

The author reported two cases of infanticide. In each case the offender was probably the child's mother.

(Ten References.)



ประกาศของบรรณาธิการ

บุญเรือง นิยมพร พ.ช.
ดำรง เพ็ชร์พลาญ พ.ช.
นนทนัน พรหมผลิน พ.ช.
ทรี บุญโชติ พ.บ.
สมอัย บริกิตติ พ.ด.
ประยัต ทัศนากรณ์ พ.ช.

ความลับในหน้าที่แพทย์

สงกรานต์ นิยมเสน

พ.บ., ช.บ., พ.ด. (กิตติมศักดิ์), Dr. med. (Hamburg)

ความลับในหน้าที่แพทย์เป็นเรื่องที่ได้มีการรับรองเป็นหลักฐานทั้งในค่านจรรยา-แพทย์ และค่านกฎหมาย. การเปิดเผยความลับอาจเป็นความผิดได้หลายด้วยกฎหมาย; เริ่มแต่ผิดมรรยาแพทย์ตามพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลป์ ซึ่งมีโทษ อาจถูกถอนใบประกอบโรคศิลป์, ผิดทางอาญาตามประมวลกฎหมายอาญา และผิดฐาน ละเมิดทางแพ่ง ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์.

วิวัฒนาการเกี่ยวกับความลับทางแพทย์ซึ่งเริ่มต้นด้วยจรรยาแพทย์จนกลายมาเป็นกฎหมายนั้นมีมาแต่โบราณกาล. นับแต่สมัย ฮิปโปคราติส ผู้ได้รับยกย่องว่าเป็นบิดาของการแพทย์, เมื่อศิษย์จะออกไปเป็นแพทย์ก็จะต้องทำการสาขานตัว; และคำ

สาขานนั้นเรียกว่า "Hippocratic Oath". คำสาขานชคนี้ได้ใช้กันตลอดมา. ในปัจจุบันยังมีโรงเรียนแพทย์อีกหลายโรงเรียนที่ยังใช้. ต่อมาภายหลังสงครามโลกครั้งที่สอง, บรรดาแพทย์สมาคมของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกได้รวบรวมกันก่อตั้งสหพันธ์สมาคมขึ้นโดยให้ชื่อว่า สมาคมแพทย์แห่งโลก (World Medical Association), และแพทย์สมาคมแห่งประเทศไทยได้เข้าร่วมเป็นสมาชิกด้วย. ในการประชุมเมื่อ พ.ศ. ๒๔๙๑ แพทย์สมาคมโลกได้มีมติให้ประกาศผลของการตกลงว่า "Declaration of Geneva" ซึ่งมีบทบัญญัติเกี่ยวกับ มรรยาทแพทย์เพื่อถือเป็นหลักเกณฑ์สำหรับแพทย์สมาคมทั่วโลก, โดยใช้ชื่อว่า International Code of

Ethics แปลว่า “ปฏิญญาสากลว่าด้วย
มรรยาทแพทย์”. ในประเทศไทยแพทย-
สมาคมแห่งประเทศไทยก็ไต่รับมันมาใช้
เป็นการสอดคล้องกับนโยบายของสมาคม
และได้ประกาศใช้ไปแล้ว.

อนึ่งในการประชุมใหญ่ครั้งที่ ๑๕ ของ
สมาคมแพทย์แห่งโลก (พ.ศ. ๒๕๐๘),
แพทยสมาคมอังกฤษนำโดย นายแพทย์
Stevenson⁽¹⁾ ได้เสนอต่อที่ประชุมใหญ่
ซึ่งลงมติเป็นเอกฉันท์ยอมรับหลักความ
ลับในหน้าที่แพทย์เป็นหลักสากลทั่วโลก,
และถ้าประเทศใดยังมีได้มีกฎหมายรับรอง
ปฏิญญานี้, ก็ให้เป็นหน้าที่ของแพทย-
สมาคมแห่งประเทศนั้นได้เสนอให้รัฐบาล
พิจารณาออกกฎหมายคุ้มครองเช่นกัน.

ปัญหาว่าอะไรเป็น “หน้าที่”, อะไร
นอกหน้าที่, ได้มีบาทหลวง Healy⁽²⁾
อธิบายไว้ในหนังสือคู่มือแพทย์สำหรับ
โรงพยาบาลคารอลิก, แยกความลับไว้
๓ ชนิด คือ :

๑. Natural Secret. เป็นความลับที่
ผู้รู้ก็ต้องซัดไว้. เช่น ก. รู้ว่า ข. เป็น
บุตรนอกกฎหมาย.

๒. Promised Secret. เป็นความลับ
ที่ทราบมาเพราะผู้หนึ่งบอกกับบุคคลที่สอง,

และบุคคลที่สองสัญญาว่าจะไม่เปิดเผย.
สัญญาที่เกิดขึ้นภายหลังที่รู้ความลับนั้น
แล้ว. เช่น ก. เล่าให้ ข. ฟังถึงเรื่องของ
ภรรยา ก. และ ข. สัญญาว่าจะเก็บความ
ลับไว้.

๓. Entrusted Secret. เป็นความลับ
ที่ทราบมาโดยมีเงื่อนไขว่าจะไม่เปิดเผย
ความลับนั้น. เป็นสัญญาที่เกิดขึ้นก่อนรู้
ความลับนั้น. ตัวอย่าง, นายแพทย์ ก.
ตรวจผู้ป่วย นางสาว ข. และนางสาว ข.
เล่าให้ฟังว่าได้เคยไปทำแท้งมา. ความ
ลับในอาชีพเขาอยู่ในข้อนี้, เพราะเป็นความ
ลับที่เกิดขึ้นโดยมีเงื่อนไขหรือสัญญาว่าจะ
ไม่เปิดเผย, โดยผู้ทราบรู้ล่วงหน้ามาก่อน
แล้วว่าเมื่อรู้แล้วเขาจะไปเปิดเผยไม่ได้.

ประการที่สองว่าหน้าที่นั้นเริ่มเมื่อใด
และสิ้นสุดเมื่อใด? ความสัมพันธ์ระหว่าง
แพทย์กับผู้ป่วยเริ่มแต่ได้พบกันครั้งแรก,
และไม่จำเป็นต้องพบกันด้วยตนเอง. แม้
แต่โทรศัพท์ตักตักก็ก่อให้เกิดความผูกพัน
ตามกฎหมายจนแล้ว. เช่น ผู้ป่วย
โทรศัพท์ตักตักนายแพทย์ ก. แจ้งอาการว่า
ปวดท้องทั้งลกและผู้ป่วยเป็นนางสาว, จึง
นี้ ย่อมผูกพันนายแพทย์ ก. ที่จะต้องซัด
ความลับนั้น.

ยังมีปัญหาต่อไป อีกว่าความผูกพันนี้
ยังคงผูกพันตลอดไป, หรือสิ้นสุดลงไป
เมื่อเลิกรักษาหายแล้ว, หรือจนเปลี่ยน
แพทย์คนใหม่, หรือจนเปลี่ยนโรงพยาบาล
ใหม่, หรือแม้แต่ผู้ช่วยนั้นได้ตายไปแล้ว
ก็ตาม. ในรายที่ผู้ช่วยตายไปแล้วบุตร
หลานอาจฟ้องร้องต่อได้ในฐานะทายาทผู้
เสียหาย, แสดงว่าความลับในอาชีพนั้นมี
ความหมายกว้างขวางมาก.

สำหรับประเทศไทย, โรงเรียนแพทย์
แห่งเดียวที่ศิริราช ซึ่งขณะนั้น เรียกว่า
คณะแพทยศาสตร์ แห่งจุฬาลงกรณ์มหา-
วิทยาลัย, ได้เริ่มให้ปริญญาแพทยศาสตร์
เป็นครั้งแรกเมื่อ พ.ศ. ๒๔๗๑ เรียกว่า
เวชบัณฑิตตรี. ในพิธีการพระราชทาน
ปริญญาได้มีการปฏิญาณตนต่อพระพักตร์
พระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัว
รัชกาลที่ ๗ มีข้อความย่อถึงความลับใน
หน้าที่แพทย์อยู่ตอนหนึ่งว่า

“... ความลับส่วนใด ๆ ของคนไข้
ที่ข้าพเจ้าทราบโดยหน้าที่แพทย์ข้าพเจ้าจะ
สงวนไว้โดยมีจิต...”.

ส่วน คำ ปฏิญาณ ของ แพทยศาสตร
บัณฑิตแห่งมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ไม่มี
ถ้อยคำดังกล่าว. เข้าใจว่าเป็นเพราะคำ

ปฏิญาณนี้ กล่าวรวม กันทุกคณะและสาขา
ประการหนึ่ง, ประการที่สองคงเป็นเพราะว่า
ได้มีหลักสตรอขรม เรื่อง ความลับในหน้าที่
อาชีพนั้นมาแล้วขณะเป็นนักศึกษา, และ
ประการที่ สามได้มีจรรยาแพทย์ และกฎ-
หมายเขียนไว้โดยแจ้งชัดแล้ว.

คำว่า “ความลับในหน้าที่แพทย์” นั้น
มีเงื่อนไขอยู่บางประการ, คือ: ต้องได้รู้มา
โดยการปฏิบัติหน้าที่แพทย์. จึงมีปัญห
ขึ้นมาสองประเด็นคือ:

๑. หน้าที่แพทย์คืออะไร.
๒. หน้าที่แพทย์ เริ่ม และ สิ้น สุก
เมื่อใด.

เพื่อประกอบการ พิจารณา การ เบ็ดแผย
ความลับแพทย์, ซึ่งรู้มาในหน้าที่นั้นจำต้อง
เข้าหลักเกณฑ์เกี่ยวกับหน้าที่. การที่
แพทย์ไปรักษาผู้ช่วย ณ บ้านผู้ช่วยและได้
ฟังคำสนทนา ทางโทรศัพท์ เกี่ยวกับอาช-
ญากรรมเรื่องหนึ่ง, จึงได้นำเรื่องนั้นมา
บอกตำรวจ ทั้งนี้ ไม่ถือว่า ทราย มา โดย
“หน้าที่”. เพราะถ้าจะเห็นโดย “หน้าที่”
ต้องเป็นเรื่องที่ผู้ช่วยนั้นได้สารภาพออกมา.
ตัวอย่างอีกเรื่องหนึ่งได้แก่แพทย์หญิงผู้หนึ่ง
ถูกตามไปรักษาผู้ช่วย, และกลางทางนั้น
ได้พบบุคคลหมู่หนึ่งกำลังเคียวฉิ้น, จึงได้

บอกให้ตำรวจจับ. เรื่องเช่นนั้นไม่เกี่ยวกับหน้าท.

ในทางตรงกันข้าม, ไม่ใช่เรื่องของแพทย์ที่จะทำตนเป็นคน สืบเสาะ เรื่องราวต่าง ๆ. ดังที่ Hadfield⁽³⁾ ได้กล่าวไว้ว่า แพทย์ไม่ควรทำตนเป็น “นักสืบ”.

ปัญหากฎหมาย หลักความลับในหน้าที่ อาชีพ ได้เป็นที่ ยอมรับ ใน วง การกฎหมาย, จนกระทั่งได้ตราไว้เป็นควมกฎหมายต่าง ๆ กัน. ทั้งนี้แสดงให้เห็นว่า สังคมยอมรับหลักการข้อนี้, เพื่อประโยชน์ความสงบเรียบร้อย และ ศีลธรรม อันดีของประชาชน. มิฉะนั้นจะไม่มีหลักประกันในแง่ความลับอาชีพได้เลย.

สำหรับกฎหมายไทย ได้มีกฎหมายหลาย ฉบับบัญญัติออกมา เพื่อ คุ้มครอง หลักความลับอาชีพนี้ คือ :

๑. ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา

๓๒๓. “มาตรา ๓๒๓ ผู้ใดล่วงรู้หรือได้มาซึ่งความลับของผู้อื่นโดยหน้าที่, เป็นเจ้าพนักงานผู้มีหน้าที่, โดยหน้าที่ประกอบอาชีพเป็นแพทย์, เภสัชกร, คนจำหน่ายยา, นางผดุงครรภ์, ผู้พยาบาล, นักยวช, หมอความ, ทนายความ หรือ ผู้สอย

บัญชี, หรือโดยหน้าที่เป็นผู้ช่วยในการประกอบอาชีพนั้น, แล้วเปิดเผยความลับนั้นในประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่นผู้ใด, ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน, หรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท, หรือทั้งจำทั้งปรับ”.

มาตรฐานเป็นแม่บทใหญ่ที่ยอมรับความศักดิ์สิทธิ์ของความลับในหน้าที่แพทย์.

๒. ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณา

ความอาญา มาตรา ๒๓๑. “มาตรา

๒๓๑ เมื่อคู่ความหรือผู้ใดจะต้องให้การหรือส่งพยาน หลักฐาน อย่างหนึ่ง อย่างใด กิ่งต่อไปนี้ :

๑. เอกสาร หรือ ข้อความ ที่ ยัง เป็นความลับในราชการอยู่.

๒. เอกสาร หรือข้อความลับซึ่งได้มาหรือทราบ มา เอง ใน อาชีพ หรือ หน้าที่ของเขา.

๓. วิธีการ แยกแยะ หรืองานอย่างอื่นซึ่งกฎหมายคุ้มครองไม่ยอมให้เปิดเผย.

คู่ความ หรือ บุคคลนั้นมีอำนาจไม่ยอมให้การหรือส่งพยานหลักฐาน, เว้นแต่ได้รับอนุญาตจากเจ้าหน้าที่. หรือบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความลับนั้น.

ถ้าความหรือบุคคลใดไม่ยอมให้การ
หรือไม่ส่ง พยาน หลักฐาน ดัง กล่าว แล้ว,
ศาล มีอำนาจ หมาย เรียก เจ้า หน้า ที่ หรือ
บุคคลผู้ เกี่ยวข้อง กับ ความลับนั้น มาแสดง
ต่อศาล. เพื่อวินิจฉัยว่าการไม่ยอมนั้นมี
เหตุผลจำเป็นหรือไม่. ถ้าเห็นว่าไร้เหตุผล,
ให้ศาลบังคับให้ ให้การ หรือ ส่งพยานหลัก
ฐานนั้น.”

๓. พระราชบัญญัติ ควบคุม การ
ประกอบโรคศิลป์ พ.ศ. ๒๔๗๕, กฎ-

กระทรวง หมวก ๔ ว่าด้วย มารยาท แห่ง
วิชาชีพ ข้อ ๒๖. “ข้อ ๒๖ นอกจากต้อง
รักษามารยาทตามข้อ ๒๕ แล้ว, ผู้ประกอบ
โรคศิลป์ในสาขาเวชกรรมหรือสาขาทันต -
กรรม, ต้องไม่ประพฤติหรือกระทำการถึง
ต่อไปนี้ :

๑. ปฏิเสธการช่วยเหลือคนเจ็บไข้ใน
ในระหว่างอันตราย, เมื่อได้รับคำขอร้อง
และตนอยู่ในฐานะที่จะช่วยได้.

๒. เปิดเผยความลับของคนเจ็บไข้ ซึ่ง
ตนทราบมาเนื่องจากวิชาชีพ เว้นแต่
ด้วยความยินยอมของคนเจ็บไข้. หรือ
เมื่อต้องปฏิบัติ การตามกฎหมาย หรือ ตาม
หน้าราชการ.

๓. จงใจชักชวนคนไข้ ให้รับการรักษา
พยาบาลของตนเพื่อผลประโยชน์.

๔. ลงลายมือชื่อรับรองเวชภัณฑ์ อัน
เป็นสิ่งหลอกลวง หรือยาตำรับลับ”.

ข้อนี้ สนับสนุนประมวลกฎหมายอาญา,
แต่เป็นเรื่องทางมารยาทเท่านั้น. ทั้งยังมี
เงื่อนไขไว้ว่าไม่เป็นผิด ถ้าผู้ บัวย ยินยอม,
หรือ ปฏิบัติการตามกฎหมาย หรือหน้า ท
ราชการ.

๔. พระราชบัญญัติ สถาน พยาบาล
พ.ศ. ๒๕๐๔ มาตรา ๒๕. “มาตรา

๒๕ พนักงาน เจ้าหน้า ที่ มีอำนาจ เข้าตรวจ
สถานพยาบาล, หรือสถานท, ซึ่งมีเหตุ
อันควรสงสัยว่ามีการกระทำฝ่าฝืนพระราช -
บัญญัตินี้, ไประหว่างที่ทำการอยู่หรือสงสัย
ว่าทำการอยู่. แต่ห้ามมิให้ตรวจทะเบียน
รายตัวผู้ช่วย. ให้ผู้ช่วยอนุญาตผู้ดำเนินการ
หรือบุคคลซึ่งอยู่ในสถานนั้นอำนวยความสะดวก
สะดวกแก่พนักงานเจ้าหน้า ที่ตามสมควร.”

มาตรา ๒๕ นยอม รับนับถอ ความลับ
ทาง แพทย์ คือ ถอว่า ทะเบียนรายตัวผู้ช่วย
ซึ่งกฎหมายบังคับไว้ให้มทุกสถานพยาบาล
ผู้ช่วยที่รับได้ค่างคนนั้น, เป็นเอกสารลับ
หรือความลับทางแพทย์. จึงไม่ยอมให้แม่

แต่พนักงานเจ้าหน้าที่ไปตรวจเช็คค. ถึง
แม้ว่า พนักงาน เจ้าหน้าที่ จะเข้าไป ตรวจใน
สถานพยาบาลนั้นได้.

จากภัยทกกฎหมาย ที่กล่าวแล้ว แสดง
ให้เห็นว่า, ความลับในหน้าที่แพทย์เป็นที่
ยอมรับนับถือโดยกฎหมาย. แต่ยังมีปัญหา
ที่อยู่อีกว่าความลับนั้นเป็นความลับเด็ดขาด
หรือยอมให้บอกได้ในกรณีและโดยเหตุผล
อันใดที่ยอมรับเช่นนั้น.

กฎหมายไทย ยอมรับ หลัก ความ ลับ
อาชีพโดยไม่เด็ดขาด, คือยังยอมให้เปิดเผย
ได้บ้าง. บางกรณีด้วยเหตุผลทาง
แพทย์นั่นเอง. แต่ในแง่ของโรคระบาดเพื่อ
ของกันประชากรส่วนใหญ่และกฎหมายนั้น
ยังบังคับให้แพทย์มีหน้าที่แจ้งความต่อเจ้า
หน้าที่เสียอีกด้วย, ซึ่งจะได้นำมาอ้างต่อไป:

๑. ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณา

ความอาญา มาตรา ๑๔๕. “มาตรา
๑๔๕ ความตายผิดธรรมดาเกิดมีขึ้น ณ
ที่ใด, ให้เป็นหน้าที่ของสามี, ภรรยา, ญาติ
มิตรสหาย, หรือผู้ปกครองของผู้ตายที่รู้
เรื่องการตายเช่นนั้นจัดการดังต่อไปนี้ :

๑. เก็บศพไว้ ณ ที่ซึ่งพบนั่นเองเพียง
เท่าที่จะทำได้.

๒. ไปแจ้งความแก่พนักงานฝ่ายปก-
ครองหรือตำรวจโดยเร็วที่สุด.

หน้าที่ดังกล่าวในวรรคต้นมี ตลอด ถึงผู้
อื่นซึ่งได้พบศพในที่ซึ่งไม่มีสามี, ภรรยา,
ญาติมิตรสหาย, หรือผู้ปกครองของผู้ตาย
อยู่ในที่นั้นด้วย.

ผู้ใดละเลยไม่กระทำหน้าที่ ดังบัญญัติ
ไว้ในมาตรานี้, มีความผิดต้องระวางโทษ
ปรับไม่เกินร้อยบาท.”

ตัวอย่างในมาตรานี้คือ, นาย ก. กิน
ยาเพื่อฆ่าตัวตาย, ถูกห้ามเข้ามาในโรง-
พยาบาล. ได้สารภาพ กับแพทย์ ว่ากิน
ยาเองเพื่อฆ่าตัวตาย. ภายหลังที่แพทย์ได้
รักษาแล้วไม่พนักตาย. กรณีแบ่งความ
รับผิดชอบของแพทย์ออกเป็นสองตอนคือ :
ก่อนตายและหลังตาย. บางทีอาจทำให้
แพทย์เข้าใจผิดและจัดการไปโดยผิด. ใน
ตอนแรกก่อนตายนั้นเมื่อนาย ก. ได้สาร-
ภาพต่อแพทย์ว่ากินยาเพื่อฆ่า ตัวตาย นั้น,
คำสารภาพนั้นเป็นความลับ ระหว่าง แพทย์
กับผู้ช่วย. ถ้าแพทย์เปิดเผยไปเล่าให้
ใครฟังมีความผิดฐาน เปิดเผย ความ ลับ.
อาจ เป็น ไปได้ ที่แพทย์ กำลัง ตกใจเห็นผู้
ช่วยเช่นนั้น, จึงได้โทรศัพท์ไปบอกตำรวจ
หรือบอกญาติ, ก็เป็นความผิดฐานเปิดเผย

ความล้มเหลวตามกฎหมายอาญา. ถ้าภายหลังผู้ช่วยได้ตั้งแก่กรรมแล้วแพทย์ต้องแจ้งความต่อตำรวจ. จะถือว่าต้องชี้เป็นความล้มเหลวไปไม่ได้. เพราะมีกฎหมายมาตราบังคับไว้แจ้งชัดว่าต้องแจ้งความ, และกฎหมายมาตรานอกจากเว้นความผิดฐานเบิกเผยความลับ. ฟังคดีกระไรอยู่แต่กฎหมายก็ต้องเป็นกฎหมาย. สรุปแล้วได้ดังนี้ถ้าผู้ช่วยยังไม่ตายแพทย์แจ้งตำรวจแพทย์ผิด. เมื่อตายแล้วต้องแจ้งความถ้าไม่แจ้งแพทย์ผิด. ดังนั้นจะเห็นได้ว่าความลับในอาชีพตามกฎหมายไทยนั้นเป็นชนิดไม่เด็ดขาด.

๒. พระราชบัญญัติโรคติดต่อ

พ.ศ. ๒๔๗๗ มาตรา ๖. “มาตรา ๖ ผู้ใดควบคุมคนแลหรืออยู่ด้วย, หรือรักษาพยาบาลผู้ช่วยซึ่งเป็น โรค ต้อง แจ้ง ความ, หรือ โรค ที่น่าสัง สัย ว่าเป็น โรค ต้อง แจ้ง ความ, หรือเป็นหัวหน้าสถาน, หัวหน้าครอบครัว, หรือเจ้านายซึ่งเกิดหรือได้เกิดโรคเช่นว่า, ผู้นั้นต้องรีบแจ้งความต่อเจ้าพนักงานและภายในเวลา ซึ่งรัฐ มนตรี จะได้ออกกฎกระทรวงกำหนดไว้.”

๓. พระราชบัญญัติโรคเรื้อน พ.ศ.

๒๔๘๖ มาตรา ๗. “มาตรา ๗ บุคคลใดเป็นโรคเรื้อนซึ่งอยู่ในท้อง ที่ ที่ ต้อง แจ้ง

ความตามมาตรา ๖, หรือเป็นผู้ควบคุมคนแล, อยู่ร่วม, หรือพยาบาลผู้แสดงอาการโรคเรื้อน, หรือเป็นเจ้านาย, หัวหน้าครอบครัว, หรือหัวหน้าสถานทที่ผู้แสดงอาการโรคเรื้อนอาศัยอยู่, หรือเป็นแพทย์ตรวจพบคนเป็นโรคเรื้อน, ต้องแจ้งความต่อเจ้าพนักงานภายในเวลา ซึ่ง กำหนดไว้ในกฎกระทรวง.”

๔. พระราชบัญญัติไข้จับสั่น พ.ศ.

๒๔๘๕ มาตรา ๗. “มาตรา ๗ ผู้ใดควบคุม, คนแล, หรืออยู่ด้วย, หรือรักษาพยาบาลผู้ช่วยเป็นไข้จับสั่น หรือซึ่งน่าสงสัยว่าช่วยเกิดไข้จับสั่นภายในเขตควบคุมไข้จับสั่น, ต้องแจ้งความต่อเจ้าพนักงานและภายในเวลาซึ่งกำหนดไว้ในกฎกระทรวง.”

กฎหมายสาธารณสุขทั้งสามฉบับนี้, มีบทบัญญัติบังคับไว้ว่าต้องแจ้งความในกรณีแพทย์ได้ตรวจผู้ช่วยเป็นโรคเหล่านี้. ดังนั้นแพทย์จึงต้องปฏิบัติตาม. จะอ้างว่าใช้สิทธิความประมวลกฎหมายอาญา มาตรา ๓๒๓ หาได้ไม่, เพราะพระราชบัญญัติทั้งสามฉบับนี้มีอำนาจ ยก เว้น ประมวล กฎหมายอาญา.

สรุปแล้ว ใน หลัก ของ กฎหมายไทย,

ความลับในอาชีพนั้นได้ มีการ รั่ว ร่อง ทาง กฎหมายชนิดไม่เกิดขาด.

เปรียบเทียบ อาชีพ แพทย์ ใน ต่าง ประเทศ. มีคดีตัวอย่างที่น่าสนใจของ อเมริกัน เรื่องหนึ่งจาก Steller และ Moritz (4) เป็นคดีฟ้องร้องระหว่าง Simonson และ Swenson. คือแพทย์ นายหนึ่งได้ไปตรวจผู้ป่วยซึ่งพัก อยู่ใน โรง แรมแห่งหนึ่งปรากฏว่าเป็น ซิฟิลิส, กำลัง ทักต่อแพร่เชื้อ. แพทย์ผู้นั้นจึงแนะนำให้ผู้ บัวย่นออกจากโรงแรมไปเสีย, โดยอ้าง เหตุผลว่าถ้าอยู่ในโรงแรมจะแพร่เชื้อไปยัง ผู้มาพักอื่น ๆ ในโรงแรม. แต่ผู้บัวยหาได้ เชื้อฟงไม่ยังคง อยู่ใน โรง แรม นั้น ต่อ ไป. แพทย์จึงได้แจ้งให้ผู้จัดการโรงแรมและผล ที่สุดผู้บัวยจำต้องออกจากโรงแรมนั้นไป. ผู้ บัวยฟ้อง แพทย์ว่านำ ความ ลับอัน ได้ทราบ มาในหน้าที่มาเปิดเผย ทำให้ผู้ บัวย ได้ รั่ว ความเสียหาย, โดยต้องออกจากโรงแรม นั้นไป. ทางแพทย์แก้ว่าทำเช่นนั้นเพื่อ ประโยชน์ของคนส่วนรวมที่มาพักใน โรง- แรมนั้น, มิฉะนั้นผู้มาพักอื่นอาจติดโรค ซิฟิลิส, และจำต้องเปิดเผยเพราะผู้บัวยคือ,

ไม่ยอมออกไปจากโรงแรมทั้งที่ได้นะ นำ แล้ว. ศาลสูงของมลรัฐเนบราสก้าสหรัฐอเมริกา ตัดสินยกฟ้อง.

ตำรานิติเวชวิทยาของต่างประเทศโดย ศาสตราจารย์นิติเวชวิทยา เช่น Keith Simpson, (5, 6) Muller, (7) Ponsold, (8) ต่างให้ความเห็นว่าความลับทางแพทย์ควร เป็นความลับที่ไม่เกิดขาดเช่นเดียวกับ กฎ- หมายของประเทศไทย.

ปัญหาทางปฏิบัติเป็น ปัญหาใหญ่มาก. จนกระทั่งสมาคมแพทย์แห่งโลกได้หยิบยก ขึ้นมาพิจารณาในการประชุมใหญ่ครั้งที่ ๑๕ ณ กรุงลอนดอน, และในต่างประเทศนั้น กฎหมายของแต่ละประเทศและของ แต่ละ รัฐย่อมแตกต่างกันไป. แต่อย่างไรก็ตาม ย่อมมีหลักคล้ายคลึงกัน.

สำหรับประเทศไทย, กฎหมายไทยยัง ยอมรับหลักความลับใน หน้าที่แพทย์คงได้ บัญญัติไว้ในประมวลกฎหมาย และ พระ- ราชบัญญัติต่าง ๆ. แต่กฎหมายไทยยอมรับ ชนิดไม่เกิดขาดโดยมีข้อยกเว้นบางประ- การ, เพื่อประโยชน์ส่วนรวมและได้ ออก เป็นพระราชบัญญัติไว้เป็นเรื่อง ๆ ไป.

เอกสาร

1. Stevens, D.P. : World Medical Journal. (1965) 13, 1 : 8.

2. Healy, E.F. : Medical Ethics. 1st. ed., Chicago, Layola University Press, (1956), pp. 45-49.

3. Hadfiels, S.J. : Law and Ethics for Doctor, 1st, ed., New York, Eyre and Spottiswoode, (1958), pp. 55-64.

4. Stetler, C.J., A.R., Moritz. : Doctor and Patient and the Law. 4th. ed. St. Louis, Mosby, (1962), pp. 271.

5. Simpson, K. : Forensic Medicine,

5th. ed. London, Edward Arnold, (1964), pp. 230-231.

6. Simpson, K. : Taylor's Principles and Practice of Medical Jurisprudence, 11th. ed. Vol. 2., London, Churchill, (1957), pp. 101-102.

7. Muller, B. : Gerichtliche Medizin. 1 Auf., Berlin, Springer Verlag, (1953), pp. 5-10.

8. Ponsold, A. : Lehrbuch der Gerichtlichen Medizin, 11 Auf., Berlin, Georg Thieme Verlag, (1957), pp. 22-33.

การส่งเงินค่าบำรุง

๑. โปรดเขียนชื่อและนามสกุลให้ชัดเจน
๒. ส่งเงินถึงผู้จัดการสารคดีราช
๓. ส่งจ่ายเงินที่ ป.ณ. หน้าพระลาน

แผนกย่อเอกสาร

รายนามผู้ย่อในฉบับนี้: วิทยุรีย์ อิงประพันธ์ พ.บ., น.บ., มานิตย์ เหมริญสุวรรณ พ.บ.,
อัมพร โสมสิน พ.บ., สมชาย ผลเอี่ยมเอก พ.บ.,
นิยดา ปริญาอนุสรณ์ ภ.บ., ผลกากาญจน์ แก้วกาญจน์ ภ.บ.

๑. Howse, A.J.G., S.H. Seddon: การ
ทศตัวของกล้ามเนื้อเพราะขาดโลหิตในผู้
ช่วยตกพิษคาร์บอนมอนอกไซด์ และ
พิษคาร์บอนเรต. B.M.J. 1966, 2:192.

ผู้เขียนได้รายงานผู้ช่วย ๔ ราย, ได้
รับแก๊สคาร์บอนมอนอกไซด์ ๒ ราย และ
สารคาร์บอนเรต ๒ ราย. ทั้ง ๔ รายมี
อาการหมดสติไปชั่วระยะเวลาหนึ่ง. เมื่อ
ได้รับการรักษาจนปลอดภัยแล้ว, ภาย
หลังระยะเวลาหนึ่งผู้ช่วยมีความพิการเกิด
ขึ้น ทมอ ข้างใดข้างหนึ่ง หรือ ทั้งสอง ข้าง.
เป็นแขนงอข้อมือแข็งงอซึ่งเป็นการหดตัว
ของ กล้ามเนื้อ แขนงอเกี่ยวกับโฟลค์มาน
(Volkman) ได้อธิบายไว้ในปี ค.ศ.
๑๘๘๑, อันเป็นผลจากการที่ได้รับความ
บริเวณกล้ามเนื้อของแขน. การตรวจทาง
กล้องจุลทรรศน์พบพยาธิสภาพของการขาด
โลหิต, ได้แก่การตายของเนื้อกล้ามเนื้อ
และการเกิดพังผืด (Fibrosis) เช่นเดียวกัน.

ผู้รายงานให้ความเห็นว่า การเกิดเช่น
นั้นเนื่องจาก คาร์บอนมอนอกไซด์ และ
คาร์บอนเรตเป็นพิษ. ทำให้เกิดภาวะ
ขาดออกซิเจนในเนื้อเยื่อทั่วร่างกาย. เมื่อ
ผู้ช่วยหมดสติไปมักจะคว่ำหน้าทับแขนไว้
ก้นพัน ทำให้เกิด การกดบริเวณ ปลายแขน
ด้านฝ่ามือ, จึงเกิดการตายของกล้ามเนื้อ.

วิทยุรีย์ อิงประพันธ์ พ.บ., น.บ.

๒. Fanst J.M., E.T. Tyler: การตรวจ
ตา ใน ผู้ช่วยที่รับประทานยาคุมกำเนิด.
Fertil. and Steril. 1966, 17:1.

ในระยะ ๕ ปีที่ล่วงมานี้, ได้มีราย
งานถึงผลต่าง ๆ จากการรับประทานยาคุม
กำเนิดออกมาเป็นระยะ ๆ, ซึ่งอาจจะเห็น
ไปได้ว่าอาจมีการเปลี่ยนแปลงในการเผา
ผลาญในคนเหล่านั้น, และในระยะเวลา
อันสั้นที่ผ่านมา ได้มีการสนใจการเปลี่ยนแปลง
ใน นัยน์ตา ว่า อาจเป็นผล จากการ
รับประทานยาคุมกำเนิดในระยะยาวได้. ผู้

รายงานจึงได้ศึกษาในผู้ช่วย ๒๑๒ คน, ซึ่งวัยประมาณยาคุมกำเนิดต่าง ชนิด กันมาเป็นเวลานาน. ผลปรากฏว่าตรวจไม่พบพยาธิสภาพในนัยน์ตาใดที่จะเชื่อว่าเกิดจากการวัยประมาณยาคุมกำเนิด. เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ช่วยทั่วไปที่ใช้เปรียบเทียบไม่พบการขวมที่หัวประสาทตาซึ่งที่เคยมีผู้ตั้งข้อสังเกตไว้.

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ พ.บ., น.บ.

๓. Greendyke, R.M.: เอ็มโบลิสมีโซมัมในคนไข้ที่ตายจากอุบัติเหตุรถยนต์. J. Forensic Science. 1964, 9:201.

เอ็มโบลิสมีโซมัม เป็น โรค แทรก ของกระดูกหัก, จนอาจเป็นเหตุให้ถึงแก่กรรมได้เร็องราวเช่นที่ทราบกันมานาน.

ผู้รายงานได้ รวบรวมคนไข้ จากอุบัติเหตุรถยนต์ ๑๑๒ ราย, ที่ได้รับการตรวจทางกายภาพ, ทางรังสีวิทยา, และการตรวจศพ. ได้ตัดเนื้อปอด และ อวัยวะภายในอื่น ๆ มา ย้อม กวีส พิเศษ เพื่อดูไขมันทางกล้องจุลทรรศน์. ผลปรากฏตามรายงานว่าในคนไข้ที่ไ้รับอุบัติเหตุแล้วถึงแก่กรรมทันที, ตรวจไม่พบ เอ็มโบลิสมีโซมัมในอวัยวะภายใน. หรือถ้าพบกันน้อยมาก, และ

ไม่ได้เป็นเหตุตายของคนไข้เหล่านั้น. ส่วนคนไข้ที่ไ้รับอุบัติเหตุมีกระดูกหักและต่อมาถึงแก่กรรม หลัง เกิดอุบัติเหตุตั้งแต่ ๓-๒๔ ชั่วโมง, พบมีเอ็มโบลิสมีโซมัมในปอดถึง ๘๖ ปร. และเชื่อว่าเอ็มโบลิสมีโซมัมเป็นเหตุตายที่สำคัญ.

เพื่อแสดงว่าเอ็มโบลิสมีโซมัมเป็นโรคแทรกของกระดูกหัก, ผู้รายงานได้รายงานผลการตรวจศพคนที่ตายโดยธรรมชาติจำนวน ๕๐ ราย. พบว่ามีเพียงรายเดียวที่ตายเนื่องจากติศราเวอริงมีเอ็มโบลิสมีโซมัมในปอดเล็กน้อย. นอกนั้นไม่พบเอ็มโบลิสมีโซมัมในอวัยวะภายในเลย.

มานิตย์ เหมยสุวรรณ พ.บ.

๔. Smith, H.: การแปลผลสารหนูในเส้นผมคน : The Forensic Science Society Journal. 1964, 4:192.

ในเส้นผม คนปรกติมี สารหนูน้อยมากจนไม่อาจตรวจพบด้วยวิธีทางเคมี. ผู้รายงานได้ทำจำนวนสารหนูโดยวิธี นิวตรอน-แอกทีเวชัน อะนาลิซิส จากเส้นผม ๑,๐๐๐ ราย. พบว่ามีค่าแตกต่างกันตั้งแต่ ๐.๐๓-๑๔ ส่วนในล้าน. ผู้รายงานได้ให้ความเห็นว่าในรายที่ตรวจพบสารหนูใน

เส้นผมระหว่าง ๒-๓ ส่วนในล้าน, ให้ถือว่าคนไข้เคยได้รับสารหนู.

นอกจากนั้นผู้รายงาน ยังได้ทำจำนวนสารหนู จากเส้นผม ของคนที่มึ่ประวัติได้รับสารหนูทั้งทางภายใน เช่น กิน และ หายใจ, และจากภายนอกที่ติดตามเส้นผมพบว่ามึ่ค่าโดยเฉลี่ยสูงกว่า ๒ ในส่วนล้าน.

ในรายงาน ยังได้ แสดงถึง อานาจาการสะสมของสารหนูในส่วนต่าง ๆ ของเส้นผม, โดยตัดเส้นผมออกเป็นส่วนเพื่อหาจำนวนสารหนูในแต่ละส่วน, ซึ่งโดยวิธีนี้ทำให้สามารถ คำนวณระยะเวลา ของ การได้รับสาร หนูใน คน ไข้ที่ เกิดพิษ จาก สารหนูได้, โดยถือว่าเส้นผมของคนปรกติยาวประมาณ เกือบละ ๑.๓ ซม. ฉะนั้นจึงมีประโยชน์ทั้งในด้าน การวินิจฉัย, การทำนายตลอดจนการป้องกันรักษาต่อคนป่วยที่เกิดถูกพิษจากสารหนู.

มานิตย์ เหมยสุวรรณ พ.บ.

๕. Raekallio, J.: ความแตกต่างทางฮิสโตเคมีของขาคแผลก่อนตาย และ ภายหลังตาย. American Journal of Forensic Sciences. 1964, 9:167.

การศึกษาความแตกต่างของขาคแผล

ก่อนตายและหลังตายโดยวิธีทาง ฮิสโตเคมี (histochemistry) ทำในหนพก ๔๘ ตัว, โดยการตัดผิวหน้ง, แล้วฆ่าหนู ภายหลังที่ตัดหน้ง ๑, ๒, ๓, ๔, ๘, ๑๖, ๓๒, ๔๘, ๗๒, ๙๖ และ ๑๒๐ ชม. จากขาคแผลเหล่านี้. เมื่อฆ่าหนูแล้วก็เอาหน้งตรงขาคแผลไปตัดและย้อมสี.

ผลการทดลองพบว่า ในขาคแผลก่อนตาย, มีลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่ขอบแผลสามารถแย่งออกได้เป็น ๒ ชั้นคือ :

ชั้นในสุด หรือชั้นกลางของขาคแผลหนา ๒๐๐-๕๐๐ ไมครา, มีการติดสีน้อยลงไปเรื่อย ๆ. สามารถเห็นความแตกต่างนี้ได้ตั้งแต่ ๓๒ ชม. ขึ้นไป, ภายหลังที่ทำให้เกิดขาคแผล. ในขาคแผล ภายหลังตายทุกระยะไม่พบการเปลี่ยนแปลงอื่น. การเปลี่ยนแปลงนี้เรียกว่า เป็นปฏิกิริยาไวทัล (vital reaction.) ชนิดตาย.

ชั้นนอก หนา ๒๐๐-๓๐๐ ไมครา พบว่ามีฤทธิ์ของ เฮนซิม ส่ง. เริ่มตั้งแต่ขาคแผลก่อนตาย ๑ ชม. ขึ้นไป. การติดสีเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ. การเปลี่ยนแปลงนี้ เรียกว่าปฏิกิริยาไวทัล, ซึ่งไม่

พบในซากแมลงภายหลังตายทกระยะ.

การเปลี่ยนแปลงทั้งสองชนิดนี้สามารถแสดงได้ในซากแมลงก่อนตายภายหลังที่หนไต่ตายแล้วถึง ๕ วัน.

วิธี ฮีสโตเคมี สำหรับการตรวจหาเอ็นไซม์: เอสเตอเรส, อะดีโนซีน ไทรฟอสฟาเทส และ เบต้า กลูโคโรนิเดส ใช้ตรวจได้ตั้งแต่ซากแมลงก่อนตาย ๑ ชม. ขึ้นไป. มีความแน่นอนและตรวจได้ไวกว่าการตรวจซากแมลงก่อนตาย โดยจุลกายวิภาคศาสตร์ตามปรกติถึง ๘ เท่า.

หมายเหตุของผู้ย่อ: การศึกษานี้อาจเป็นประโยชน์ในการตรวจซากแมลงทางนิติเวชวิทยา, ถ้าให้หากได้มีการทดลองศึกษาในคนจนมีมาตรฐานพอที่จะเชื่อถือได้.

อัมพร โสมสิน พ.บ.

๖. Berg, S.F., J. Ricker, A.A.

Angrist.: ข้อเสนอในแง่กลไกของการเกิดซากแมลงในหลอดเลือด ภายหลังที่มีการกระแทกที่ศีรษะ. Journal of Forensic Sciences. 1965, 10:158.

การทดลองที่กระโหลกปลาตึก

(ทำให้มีลักษณะคล้ายกับกระโหลกศีรษะคน, ภายในบรรจุเจลาติน) และบันทึกการเปลี่ยนแปลงของความดันในกระโหลกเทียมด้วยแสง โปลาไรส์ค และ ฟิล์ม.

พบว่าภายหลังที่กระโหลกเทียมถูกตี, จะมีความดันขวกและลยเกิดขึ้นสลับกันเรื่อย ๆ ภายในกระโหลกเทียม, และพบว่าวัตถุที่เป็นของเหลวมีผลมากที่สุด. เขาได้ประดิษฐ์หลอดเลือดฝอย, ทงหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำให้มีลักษณะคล้ายกับหลอดเลือดฝอยจริงทั้งขนาดและความหนาของหลอดเลือดและบรรจุน้ำไว้ภายใน. พบว่าภายหลังที่กระโหลกเทียมแล้ว, ตรวจจับของหลอดเลือดฝอยดำและแดงมีการแตกได้ง่ายที่สุด. เขาจึงให้สมมุติฐานว่าการเคลื่อนกลับไปกลับมาของหลอดเลือดฝอยภายหลังที่มีการกระแทกที่ศีรษะ, ทำให้เส้นเลือดฝอยแตกซึ่งเป็นเหตุหนึ่งของการมีเลือดออกในสมอง.

อัมพร โสมสิน พ.บ.

๗. Zelderust, J. D.D. Boer.: พิชสาร

ฟอสฟอรัสที่ทำให้ถึงตายสามารถตรวจพบได้ภายหลังที่ศพถูกฝังแล้ว ๓ ปี ครวง.

Journal of Medicine Science and the Law. 1964, 4:120.

ผู้รายงานสามารถตามพบสารฟอสฟอรัสได้ในศพที่ถูกฝัง ๓ ปีครึ่ง, โดยสามารถตรวจพบได้ในระบบทางเดินอาหาร, กล้ามเนื้อและผิวหนังโดยวิธีมิชเชอร์ลิช (Mitscherlich's). และตรวจไม่พบพยาธิสภาพอย่างอื่นที่ทำให้ตายได้โดยผู้ตายมีประวัติร่างกายแข็งแรง. วันก่อนตายมีอาการแสดงแยกกันยาพิษ, และภรรยาผู้ตายก็ได้สารภาพว่าฆ่าผู้ตายโดยให้กินสารฟอสฟอรัส ๖๐๐ มก.

สมชาย ผลเอี่ยมเอก พ.บ.

๘. Swan, H.E. : การเกิดมีน้ำคั่งในปอดในระยะระหว่างหยุดหายใจ, แต่หัวใจยังไม่หยุดเต้นในรายขาดอากาศอย่างปัจจุบัน. Journal of Forensic Sciences. 1964, 9 : 360.

ในรายที่มนุษย์มีการขาดอากาศอย่างปัจจุบันจะพบปอดมีการขมνά. ผู้รายงานได้ทำการทดลองในสัตว์ทดลอง ๑๓๓ ตัว, ให้สัตว์ทดลองขาดอากาศโดยให้หยุดหายใจ, และด้วยวิธีต่างๆ เช่นให้สัตว์ทดลองหยุดหายใจโดยยกให้จมน้ำ, คีระะไ้กรบ่อนทราย, รัคคอ, ฉีดยาน้ำมขุทาล,

คมอีเธอร์, คมไนโตรเจนและคมคาร์บอน-มอนอกไซด์. ทำการตรวจสัตว์ทดลองภายในเวลา ๕ นาทีหลังจากหยุดหายใจและได้เอาปอดใส่ลงไปใ้ในน้ำยาฟอร์มาลินก่อนที่หัวใจจะหยุดเต้น. พบว่าในสัตว์ทดลอง ๑๓๓ ตัว มีการขมνάของปอด ๑๐๐ ตัว.

สมชาย ผลเอี่ยมเอก พ.บ.

๘. Jacobs, J., H. Green, B.R. Gendel การถูกพิษจากเหล็กขมνάร่างกาย. The New England Jour. Med. 1965, 273 : 1124.

เหล็กเป็นธาตุที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันของมนุษย์มากที่สุด, และเชื่อกันมาก่อนว่าเป็นสารที่ไม่เป็นพิษเลย. ยาผสมเหล็กที่มีใช้กันอย่างแพร่หลาย ในปัจจุบันเป็นสาเหตุให้เกิดอาการถูกพิษได้บ่อยที่สุด, โดยเฉพาะในเด็ก. ระหว่างปี ค.ศ. ๑๙๖๒-๑๙๖๓, กอร์เวย์ ได้รายงานการตรวจพิษของเหล็กซัลเฟตโดยอุบัติเหตุถึง ๒๐ ราย, เฉพาะที่โรงพยาบาลคอคเคาน์ตี้ เพียงแห่งเดียว.

ผู้รายงานได้กล่าวถึงผู้ช่วยอายุ ๑๗ เดือนกินยาเม็ดเหล็ก ซัลเฟต ของ มารดา. ประมาณ ๔๕ นาทีต่อมาเกิดพบบดกบ้นไม่รู้สึกรู้สั้กตัว, อาเจียน, ตัวซีดและอ่อน

เขี่ยก, ท้องร่วง. ตรวจเหล็กในเซรุ่มได้ ๑,๑๖๒ ไมโครกรัม ต่อ ๑๐๐ ลบ.ซม.

ทำการรักษาโดยให้ คีเฟอรอคซามีน มีเทนซัลโฟเนต ๗,๐๐๐ มก. ในน้ำกลั่น ๕๐ ล.ซม. ทางกระเพาะโดยใช้ นาโซ-แกสทริกทิวบ์, และ ๑,๐๐๐ มก. ทางหลอดเลือด. ภายหลัง ๑๒ ชั่วโมงเด็กก็ฟื้น, แต่ยังมีอาเจียนอยู่บ้าง.

การรักษาพิษของเหล็กใช้พวก ฆีเลท-คิง เอเจนท์ เช่น คีเฟอรอคซามีน (เคส-เฟอรอล), บี.เอ.แอล., อี.คี้.ที.เอ. ซึ่ง คีเฟอรอคซามีน มีประสิทธิภาพในการขับเหล็กออกจากร่างกาย และป้องกันการคั่งสะสมของเหล็ก, และเขียนสารที่ละลายน้ำได้.

นิยดา ปริญญานุสรณ์ ภ.บ.

๑๐. Loge, J.P. : การเกิด อะพลาส-ติกอะนีเมีย ภายหลังจากไทรบี เบนซีน เฮ็กซามลอไรด์ (ลินเคน). J.A.M.A. 1965, 193 : 110.

เบนซีน เฮ็กซามลอไรด์ หรือ ลินเคน นั้นเป็นยาฆ่าแมลงที่มีพิษร้ายแรงชนิดหนึ่ง. ผู้รายงานได้พบผู้ป่วย ๒ ราย, ตายด้วยโรคโลหิตจางภายหลังไทรบี เบนซีนเฮ็กซามลอไรด์ เป็นเวลานานพอสมควร.

ผู้ป่วยรายแรกเป็นเด็กหญิงอายุ ๘ ปี,

ไทรบีแก๊ส เบนซีน เฮ็กซามลอไรด์ จากตะเกียง, ประมาณ ๑๘ เดือน. เกิดเป็นรอยจ้ำ ๆ ห้อเลือดทั่วไป. หลังจากนั้นประมาณ ๓ เดือน, เกิดหญิงผู้เกิดเป็นโรคเม็ดโลหิตจางชนิดลดจำนวนลง และมีอาการที่แสดงว่าไขกระดูกถูกกด. ต่อมาได้ส่งผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาล. อยู่ได้ ๑๒ เดือนก็ตาย ด้วยโรคโลหิตจางในสมอง.

ผู้ป่วยรายที่ ๒ เป็นชายอายุ ๕๒ ปี, ไทรบีไฮระเหยของเบนซีนเฮ็กซามลอไรด์, ประมาณ ๓ เดือน. ในระหว่างเดือนที่ ๒, เกิดอาการห้อเลือดเป็นจ้ำ ๆ ทั่วไป. ต่อมาพบว่าเม็ดโลหิตจางชนิดลดจำนวนลง. และมีอาการที่แสดงว่าไขกระดูกถูกกด. ผู้ป่วยรายนี้ได้ตายภายหลังอาการเหล่านี้ปรากฏอยู่ประมาณ ๖ เดือน.

จากการทบทวนเอกสารบทความต่างๆ, ผู้รายงานได้ขอมริบว่า รายงานนี้ได้จากประวัติและสาเหตุเท่านั้น, ทყนย่นความเกี่ยวข้องระหว่างการไทรบี เบนซีนเฮ็กซามลอไรด์ ทำให้เกิด อะพลาสติก อะนีเมียขึ้น. รายงานนี้เป็นรายงานแรกที่เขียนขึ้น, ภายหลังจาทรายงานว่าความรุนแรงของเบนซีนเฮ็กซามลอไรด์ ว่ามีพิษรุนแรงในตัวของมันเอง.

ศกาศาญจน์ แก้วกาญจน์ ภ.บ.

ปกิณกะ

๑. บทบาทของแฮปโทไกลบินมนุษย์ ในการพิสูจน์บุตร

แฮปโทไกลบิน เป็นส่วนหนึ่งของโปรตีนในพลาสมา, ซึ่งมีคุณสมบัติรวมตัวกับฮีโมโกลบินเกิดเป็นสารเชิงซ้อนที่คงตัวชนิดหนึ่ง. มีขนาดของโมเลกุลที่ผ่านการกรองของไตปรกติออกไปได้. จึงทำหน้าที่เช่นท่านกั้นมิให้ฮีโมโกลบินในพลาสมาออกมาในปัสสาวะ, นอกจากจำนวนฮีโมโกลบินในกระแสโลหิตจะมีมากเกินอำนาจการรวมตัวของแฮปโทไกลบิน. อำนาจการรวมตัวกับฮีโมโกลบินเท่ากับ ๕๐-๑๖๐ มก. ต่อ ๑๐๐ ต.ซม. พลาสมา.

ต่อมาเมื่อผู้สังเกตพบว่า แฮปโทไกลบินนี้ในแต่ละบุคคลไม่เหมือนกัน. และสามารถแยกจากกันได้โดยอิเล็กโตรโฟรีซิส (electrophoresis) ในแป้งเปียก (starch gel), แป้งออกเป็น ๓ ชนิดใหญ่. การค้นคว้าต่อมาแสดงว่าแต่ละชนิดมีความสัมพันธ์กันโดยทางกรรมพันธุ์, และมาจากยีน (gene) ๒ ชนิด คือ Hp₁ และ Hp₂, รวมกันดังนี้ Hp₁ Hp₁,

Hp₂ Hp₁ และ Hp₂ Hp₂, ซึ่งตรงกับ phenotype Hp 1-1, Hp 2-1 และ Hp 2-2. นอกจากนี้ยังมีชนิดย่อย ๆ ซึ่งพบในคนเป็นจำนวนน้อยมาก.

ลักษณะของแฮปโทไกลบินในทางกรรมพันธุ์, ไม่สัมพันธ์กับหมู่เลือด, และสามารถนำมาใช้ในการพิสูจน์บุตรเป็นการช่วยเสริมในกรณีที่หมู่เลือดไม่สามารถจะแยกได้โดยเด็ดขาด. แฮปโทไกลบินนี้แม้จะเป็นของใหม่ที่นำมาใช้ในทางนิติเวชวิทยา, คณะกรรมการนิติเวชวิทยาแห่งประเทศไทย เคนมาร์ก ก็ได้ยอมรับว่าผลที่ได้แน่นอน, เช่นเดียวกับหมู่เลือดระบบต่าง ๆ, และสมควรที่จะนำมาใช้ร่วมกับการตรวจหมู่เลือดในการพิสูจน์บุตรเพื่อผลในทางปฏิบัติ.

ในประเทศอังกฤษได้มีผู้นำลักษณะทางกรรมพันธุ์ของแฮปโทไกลบินไปใช้ในการพิสูจน์ต่อศาลในปี ๑๙๖๓. คดีนี้สามีมุ่งฟ้องขอยกเลิกการสมรสของตนกับภรรยา, โดยอ้างว่า ขณะสมรสภรรยา

ตั้งครรภ์อยู่แล้วกับชายอื่นโดยคนไม่ทราบ. ภรรยาต่อสู้ว่าขณะแต่งงานนั้นเธอตั้งครรภ์กับสามี. ข้อเท็จจริงปรากฏว่าสามีภรรยา คู่กันแต่งงานกันในเดือนสิงหาคม ๑๙๖๓. สามีทราบว่าภรรยาตั้งครรภ์อยู่แล้ว, แต่เชื่อว่าตนเป็นบิดาของเด็กในท้อง, เพราะสามีภรรยาไม่เคยมีความสัมพันธ์ทางเพศกันมาเมื่อเดือนเมษายน ๑๙๖๓. ต่อมาวันที่ ๑๑ ธันวาคม ๑๙๖๓, ภรรยาคลอดบุตรครบกำหนด, สามีจึงฟ้องคดีขึ้น. การพิสูจน์ว่าบุตรอันเกิดจากภรรยา นั้น, สามีเป็นบิดาได้หรือไม่, จึงเป็นประเด็นในคดีนี้. การพิสูจน์โดยหมู่เลือด บิดาไม่สามารถจะปฏิเสธได้, เพราะบิดามีหมู่เลือดหมู่เดียวกับผู้ชายในตำบล

จนถึง ๖๐ ปีช. การตรวจหาแฮปโตโกลบินในน้ำเหลือง, จึงถูกนำเข้ามาร่วมด้วย. ปรากฏว่า สามี Hp 2-2. ภรรยา Hp 1-2. เด็ก Hp 1-1. ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ถ้าสามีเป็นบิดาของบุตรอันเกิดจากภรรยา, บุตรต้องมี Hp 2-2 หรือ 1-2. เมื่อบุตรอันเกิดแต่ภรรยามี Hp 1-1. สามีก็ไม่ใช่บิดาของเด็กรายนี้. ศาลจึงยกอุทธรณ์การพิสูจน์แล้ว, จึงพิพากษาถอนการสมรสระหว่างสามีภรรยา คู่กันเสีย.

รวบรวมจาก, 1. Giblett E.R.: J. of For. Science. (1963), 8:446. 2. Breitenacker L.H.: J. of For. Med. (1963), 10:119. 3. Ellison D.: Lancet (1966), 1:379.

วิฑูรย์ อิงประพันธ์ พ.บ., น.บ.

๒. ศูนย์รวมข่าวการถูกพิษ

โดยคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก (หนังสือที่ ซี.แอล. ๒๘/๑๙๖๔) และความตกลงระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ (หนังสือที่ สส. ๐๒๐๖/๓๕๔๒ และหนังสือที่ สร. ๒๒๐๑/๖๖๒๐) ให้

ดำเนิน การจัดทำศูนย์รวมข่าวการถูกพิษ ณ แผนกนิติเวชวิทยา, คณะแพทยศาสตร์ และศิริราชพยาบาล, มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์. ความมุ่งหมายของศูนย์รวมข่าวการถูกพิษตามมติที่ประชุมองค์การอนามัยโลก ครั้งที่ ๑๗, มีความประสงค์

ตั้งครรภ์อยู่แล้วกับชายอื่นโดยคนไม่ทราบ. ภรรยาต่อสู้ว่าขณะแต่งงานนั้นเธอตั้งครรภ์กับสามี. ข้อเท็จจริงปรากฏว่าสามีภรรยา คู่กันแต่งงานกันในเดือนสิงหาคม ๑๙๖๓. สามีทราบว่าภรรยาตั้งครรภ์อยู่แล้ว, แต่เชื่อว่าตนเป็นบิดาของเด็กในท้อง, เพราะสามีภรรยาไม่เคยมีความสัมพันธ์ทางเพศกันมาเมื่อเดือนเมษายน ๑๙๖๓. ต่อมาวันที่ ๑๑ ธันวาคม ๑๙๖๓, ภรรยาคลอดบุตรครบกำหนด, สามีจึงฟ้องคดีขึ้น. การพิสูจน์ว่าบุตรอันเกิดจากภรรยา นั้น, สามีเป็นบิดาได้หรือไม่, จึงเป็นประเด็นในคดีนี้. การพิสูจน์โดยหมู่เลือดบิดาไม่สามารถจะปฏิเสธได้, เพราะบิดามีหมู่เลือดหมู่เดียวกับผู้ชายในตำบล

จนถึง ๖๐ ปีช. การตรวจหาแฮปโตโกลบินในน้ำเหลือง, จึงถูกนำเข้ามาร่วมด้วย. ปรากฏว่า สามี Hp 2-2. ภรรยา Hp 1-2. เด็ก Hp 1-1. ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ถ้าสามีเป็นบิดาของบุตรอันเกิดจากภรรยา, บุตรต้องมี Hp 2-2 หรือ 1-2. เมื่อบุตรอันเกิดแต่ภรรยามี Hp 1-1. สามีก็ไม่ใช่บิดาของเด็กรายนี้. ศาลจึงยกฤษฎีการพิสูจนันแล้ว, จึงพิพากษาถอนการสมรสระหว่างสามีภรรยา คู่กันเสีย.

รวบรวมจาก, 1. Giblett E.R.: J. of For. Science. (1963), 8:446. 2. Breitenacker L.H.: J. of For. Med. (1963), 10:119. 3. Ellison D.: Lancet (1966), 1:379.

วิฑูรย์ อิงประพันธ์ พ.บ., น.บ.

๒. ศูนย์รวมข่าวการถูกพิษ

โดยคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก (หนังสือที่ ซี.แอล. ๒๘/๑๙๖๔) และความตกลงระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ (หนังสือที่ สส. ๐๒๐๖/๓๕๔๒ และหนังสือที่ สร. ๒๒๐๑/๖๖๒๐) ให้

ดำเนิน การจัดทำศูนย์รวมข่าวการถูกพิษ ณ แผนกนิติเวชวิทยา, คณะแพทยศาสตร์ และศิริราชพยาบาล, มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์. ความมุ่งหมายของศูนย์รวมข่าวการถูกพิษตามมติที่ประชุมองค์การอนามัยโลก ครั้งที่ ๑๗, มีความประสงค์

ที่จะให้ประเทศสมาชิกจัดตั้งศูนย์สำหรับรวบรวมข่าวสารการถูกพิษของยาโรครักษา เพื่อรายงานการถูกพิษของยาสำหรับใช้ในการพิจารณาประเมินผลของความปลอดภัยและสรรพคุณของยา สำหรับหลักเกณฑ์และกฎต่างๆ ที่ใช้ในการพิจารณานั้นเป็นเรื่องที่ต้องพิจารณายาว จึงจะไม่กล่าวถึงในที่นี้ แต่จะขอกล่าวถึงการกำเนิดของศูนย์ฯ ซึ่งข้อเสนอให้ดำเนินการจัดตั้งศูนย์ฯ ของกระทรวงสาธารณสุข มาพ้องกับความคิดที่จะดำเนินงานเกี่ยวกับการถูกพิษของห้องปฏิบัติการพิษวิทยา, แผนกนิติเวชวิทยาเข้าพอดี. ในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการถูกพิษ ซึ่งห้องปฏิบัติการได้ทำอยู่เกี่ยวกับการตรวจวิเคราะห์ทางพิษวิทยา, เพื่อช่วยเหลือแพทย์ผู้รักษายาให้ได้ทราบชนิดของยาหรือสารเป็นพิษ, ไว้เป็นแนวทางในการรักษาผู้ช่วยที่เกิดอาการเป็นพิษ, ทางห้องปฏิบัติการพบว่าในรายที่มียาเม็ดเหลือจากที่ผู้ช่วยได้กินเข้าไปมาให้คิดเป็นตัวอย่าง, ก็ยังไม่สามารถบอกได้ว่ายาเม็ดที่มีลักษณะเท่าที่เห็นจะเป็นยาประเภทใด. ทำให้การตรวจวิเคราะห์ต้องดำเนินไปตามขั้นตอนของกระบวนการทางเคมีซึ่งเสียเวลา,

เคมีภัณฑ์และเครื่องมือเครื่องใช้, รวมทั้งบางครั้งอาจเป็นเหตุให้ต้องเสียชีวิตผู้ช่วยด้วย. ห้องปฏิบัติการจึงคิดที่จะรวบรวมยาเม็ดที่มีจำหน่ายในท้องตลาดเพื่อไว้เทียบคลักษณะ, ซึ่งจะช่วยให้การตรวจวิเคราะห์ง่ายขึ้นโดยมุ่งหาตัวยาที่ของการ. นอกจากนี้ยังได้ใช้ลักษณะของเม็ดหรือหลอด, สีภายนอก, สีภายใน, เครื่องหมายต่างๆ บนเม็ดหรือหลอดนำมาจัดเป็นรหัสแยกพวกไว้อีกด้วย, ซึ่งเมื่อรวบรวมขนาดของเม็ดยาแล้ว, จะใช้แยกยาเม็ดได้ประมาณ ๑,๐๐๐ อย่างโดยไม่ซ้ำกันเลย. ขณะนี้ได้ทำการรวบรวมยาเม็ดไว้แล้วประมาณ ๕๐๐ อย่างปรากฏว่าโดยการให้เลขรหัสและขนาดของเม็ดยังไม่หมดซ้ำกันเลย.

ข้อขัดข้องในการรวบรวมและจัดทำเลขรหัสอยู่ที่ในท้องตลาดบ้านเรามีจำหน่ายมากมาย, ทั้งที่นำเข้ามาจากต่างประเทศ และที่ผลิตจากโรงงานในประเทศ. เราไม่ทราบจำนวนชนิดของยาที่อาจทำให้เป็นพิษว่ามีกี่ชนิด. ขณะนี้ได้แต่เก็บและรวบรวมเมื่อพบแล้วยังไม่มี. ประการที่สองได้แก่ความร่วมมือจากบริษัทผู้ผลิตและผู้นำเข้า. ศูนย์ได้มีจดหมายขอตัวอย่างยา

เพื่อเก็บและทำรหัส. ปรากฏว่ามีเพียง ๒๕ ปช. เท่านั้นที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี. ประการที่สามข้อชี้ชัดซึ่งที่ทำความลำบากในการเก็บและทำรหัส, ได้เกี่ยาผลผลิตในประเทศซึ่งปรากฏว่ายาชนิดเดียวกันและผลผลิตจากโรงงานเดียวกัน, มีลักษณะหรือสีแตกต่างกัน. นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงใหม่ภายหลังอีกได้, หรืออาจสังทำรูปลักษณะพิเศษที่แตกต่างไปจากที่เจ้าหน้าที่อยู่แล้วก็ได้. ดังนั้นงานรวบรวมและทำรหัสจึงยุ่งยากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงรูปลักษณะของยาโดยไม่มีการกำหนดกฎเกณฑ์ใด ๆ ทั้งสิ้น.

จุดประสงค์ของศูนย์รวมข่าว การถูกพิษตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก ดังที่ได้กล่าวแล้วในตอนแรก, เมื่อรวมกับความนึกเห็นในการให้บริการเกี่ยวกับการถูกพิษของห้องปฏิบัติการ, แผนกนิติเวชวิทยา, ดังนั้นหลังจากได้มีการหารือระหว่างรองปลัดกระทรวงสาธารณสุขและผู้ที่เกี่ยวข้อง, กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีหนังสือเวียนไปยังทุกหน่วยราชการที่เกี่ยวข้องถึงการจัดตั้งศูนย์รวมข่าว การถูกพิษ แผนกนิติเวชวิทยา, โรงพยาบาลศิริราช ภายใต้การอำนวยการของ

ศาสตราจารย์ นายแพทย์สงกรานต์ นิยมเสน, โดยแจ้งถึงหน้าที่ของศูนย์ฯ ซึ่งได้กำหนดไว้ดังต่อไปนี้ :

๑. รับและเก็บรวบรวมข่าวสารต่าง ๆ อันเกี่ยวกับ การถูกพิษจากยา, อาหาร หรือวัตถุเคมีพิษอื่นใด, ที่อาจเกิดขึ้นในหน่วยราชการ, โรงพยาบาล, คลินิก หรือสถานเอกอภินันโต ทงในและนอกราชอาณาจักร.

๒. ให้คำแนะนำหรือข้อควรปฏิบัติแก่ผู้ทสอบถามมายังศูนย์ฯ เกี่ยวกับ การป้องกันหรือการรักษาการถูกพิษ. ทั้งนี้แผนกนิติเวชวิทยาได้จัดเจ้าหน้าที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้คอยให้บริการ ใน คำนัน ตลอดเวลา ราชการ, และในโอกาสต่อไปภายหลังหน้าอาจจะจัดให้บริการนอกเวลาราชการด้วยก็ได้.

๓. ดำเนินการตรวจพิสูจน์, วิเคราะห์, หรือวิจัยทางวิทยาศาสตร์ เกี่ยวกับ การถูกพิษ, โดยร่วมมือกับกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, หรือหน่วยราชการอื่นที่เกี่ยวข้อง.

๔. ติดต่อประสานงานกับศูนย์สากลเกี่ยวกับ การถูกพิษ.

หน้าที่ต่าง ๆ ของศูนย์ดังกล่าวแล้ว ทางศูนย์ฯ, ได้พยายามปฏิบัติอย่างดีที่สุดเพื่อ

ให้สมกับการที่ได้รับมอบหมายแต่มีข้อจำกัดของทุนขงแต่ใจจตตงคณย์ฯ, ไม่ได้รับงบประมาณในการดำเนินงานของคณย์ฯเลย. ทงทการส่งและโต้ตอบจดหมายการพิมพ์แบบฟอร์มต่าง ๆ, จำเป็นต้องใช้เงินบ้าง. แต่อย่างไรก็ตามคณย์ฯก็ต้องดำเนินงานตามที่ได้รับมอบหมายแม้จะบกพร่องบ้างในค่านการทอรับ, การแจ้งข่าวการถูกพิษจากโรงพยาบาลต่าง ๆ. อย่างไรก็ตามการแจ้งข่าวการถูกพิษจากทั่วประเทศนั้นว่ายังมีน้อยกว่าความจริงอยู่ ซึ่งทางคณย์ฯพยายามแก้ไขโดยจะออกแบขการแจ้งข่าวให้สะดวกแก่ผู้แจ้งเป็นต้น.

การบริการเกี่ยวกับกาให้คำแนะนำในการขงกันหรือรักษาการถูกพิษ, นั้นว่าน้อยมากโดยเฉพาะในส่วนกลาง, ทงทเราได้รับอนุมัติให้มีโทรศัพท์เพิ่มขึ้น, น่าจะเนื่องจากยังไม่เป็นททรายกันโดยทั่วไป. ส่วนจากส่วนภูมิภาคมีการปรึกษาบ้าง, รวมทั้งการส่งสิ่งทส่งสัยมาให้ทำการตรวจวิเคราะห์, ซึ่งทางคณย์ฯได้พยายามจัดการให้โดยด่วนทกราย.

ในแง่ของการตรวจวิเคราะห์ซึ่งได้รับของมาตรวจได้จัดการให้ตั้งกล่าวแล้ว, อาจล่าช้าบ้างเนื่องจากห้องปฏิบัติการยังขาดเครื่องมือวิทยาศาสตร์. การวิจัยเป็น

เรื่องใหญ่มากอยู่แล้วสำหรับวงการวิชาการต่าง ๆ ของบ้านเรา, ซึ่งต้องการทั้งกำลังเงินในการจัดหาเครื่องมือ, วัสดุภัณฑ์ ฯลฯ และกำลังคน. แต่ทางคณย์ฯซึ่งรวมอยู่กับห้องปฏิบัติการพิษวิทยา, ของแผนกนิติเวชวิทยา, ได้ทำการวิจัยในคานพิษวิทยาอยู่บ้างเท่าโอกาสจะอำนวยให้, ซึ่งย่อมหวังผลดีเลิศไม่ได้. คณย์ฯยังหวังว่ามีโอกาสที่จะมีเครื่องมือเครื่องใช้พร้อมเพียง, ซึ่งจะได้มีการปฏิบัติการวิจัยอย่างกว้างขวาง. ทงนยนคทจะรับฟังขอเสนอของท่านที่เกี่ยวข้องและจะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติการอย่างดีที่สุดเท่าที่สามารถจะทำได้.

คณย์ฯรวมข่าวการถูกพิษซึ่งตงชนนปฏิบัติงานทั้งทางคานวิชาการและการบริการ, ซึ่งจะเป็นประโยชน์แก่ทางราชการและประชาชนทั่วไป. น่าจะได้รับการสนับสนุนทั้งในคานสถานท, คนและงบประมาณเพื่อให้มีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานได้คือสมเจตนารมณ์ของทางราชการที่ได้จัดตั้งขึ้น. รวมทั้งควรให้มีการเผยแพร่ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องและประชาชนทั่วไปทราวดังงานของคณย์ฯและอันตรายจากการใช้ยาและสารพิษอื่น ๆ.

สมพุด กฤตดิถีษณ์ พ.บ.

๓. จดหมายเปิดผนึก

The sea-side,
1. May 1966.

The Editor,
Siriraj Hospital Gazette,

For health reason I postponed reading the Jan. 1966 issue of Siriraj Gazette (received 15. April) till my vacation. I started with "A Sad Diary" and found myself, in a similar frame of mind as yours, perhaps even sadder. My next choice, the C.P.C. No. 6-1965 however belongs to quite a different category. From the academic standpoint I believe the discussion left much to be desired; hence the cause of this belated communication.

Before going further, I wish to repeat the importance of the three gems, namely clinical history, clinical symptoms and signs, and the laboratory tests—always stressed by all good teachers of medicine, but often forgotten by students. Considered in combination but not as isolated items, this triad, although not absolutely infallible, is a most valuable diagnostic tool which helps us avoid many pitfalls. Good experience is another real asset and a thing to be looked for.

The C.P.C. Case 6-1965.

All the participants unanimously and quite correctly mentioned the role of the infection as an important cause leading to the death of the patient.

What I would like to add is to emphasize that the incipient infection—in this case the lower respiratory tracts—had reached the magnitude of a septicaemia, this being supported by haemocultures on two occasions, growing *B. alkali-genes faecalis* on the second day of admission, and *B. Coli* on the 16th. day. As we know, these two organisms, closely allied, can become pathogenic and invade the blood-stream, although they are generally less drastic in their manifestations for example, than those caused by some virulent cocci. Another thing to remember is that when you see a patient in shock and renal failure coming apparently from nowhere, think also of severe sepsis as a possible etiology and act accordingly without delay.

The next thing that really puzzles me is the discussion on body sodium and related renal functions. Dr. S.N. on the basis of blood pressure of 60 (I suppose he meant 90/60 as given by Dr. B.P. presenting the case) and dehydration, assumed "a severe degree of sodium and water depletion". Now, in a case of severe diarrhoea or vomiting, or in a patient known to be previously non-oedematous but deprived of food and drink for a sufficient length of time, excessive water loss is usually consequentially and clinically evident. It is quite difficult, however,

to estimate water depletion (i.e. to the extent of it becoming an emergency) or to prove it in most other circumstances, except by viscosity or osmolarity of the blood. To use the loss of turgor of the skin of an old patient 70 years of age who has not been in the best of nutrition, as a sign of pathological water depletion, can be misleading and may lead to therapeutic errors. In the case of sodium, however, we have something to fall on, especially in a hospital like Siriraj-I mean the determination of serum sodium. In this case the sodium in serum on three separate occasions, on the 8th., 14th., 16th. day, are 154, 148, 150 M. eq./Lt., in every instance above normal, i. e. a condition of hypernatremia in spite of adequate parenteral administration. A participant who mentioned Addison's Disease as a possibility may well look at the aforesaid serum sodium, which is just opposite to the value encountered in that disease, and giving steroids may possibly further increase the already elevated serum sodium.

My next point is that the determination of sodium excretion in the urine can give you an idea of the extent of the loss of sodium via this route in 24 hours, bearing in mind of course the sodium in the diet as well as in the

parenteral fluids. Here, instead of the much-needed information, I find only the figures for potassium and chloride, but not sodium. When a premise at the beginning is faulty, the argument following becomes obviously void. Before closing I would like to add my last joiner; the discussion on aldosterone and A.D.H. acting on renal mechanisms in this case was not clear, and there was no mention of useful daily urinary output and specific gravity.

I have always loved a good C.P.C. ever since I had the first taste of it years ago. Besides being extremely valuable for increasing the depth of our clinical understanding of diseases, it is a measure of the efficiency and devotion shown by house-interns, supervising senior staff, their diagnostic ability and the erudition and calibre of those taking part in the conference.

My dear Editor, I assure you, provocative as it might seem at first, this letter is offered with the most sincerity and the best intention. This communication is rather lengthy, but if it could be of some use, as I hope it would, I am sure you will forgive me.

Sincerely yours,

A Reader of Siriraj Hospital Gazette.

แผนกข่าว

สถิติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศิริราช ประจำเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๐๕

๑.	จำนวนผู้ป่วย	อายุ	ศัลยกรรม	สูติฯ	จักษุ	กุมาร	ทันต	รวมทุกแผนก
	นอก							
	ใหม่	๓,๘๑๕	๒,๓๐๔	๒,๐๕๗	๑,๘๖๓	๒,๕๕๓	๖๔๗	๑๓,๓๒๓
	เก่า	๖,๘๕๐	๓,๘๕๗	๔,๗๒๖	๒,๗๓๘	๔,๔๓๐	๗๔๖	๒๓,๓๘๗
	รวม	๑๐,๖๖๕	๖,๒๐๑	๖,๗๘๓	๔,๖๐๑	๗,๐๒๓	๑,๓๙๓	๓๖,๗๑๐
	ใน	๒๑๘	๔๔๔	๑,๖๑๕	๒๓๖	๕๒๖	—	๓,๐๓๕

๒. จำนวนการผ่าตัด ศัลยกรรม ๖๐๗, จักษุ ๖๐๓, สูติ—นารี ๖๘๖, รวม ๑,๘๙๖ ราย.
๓. จำนวนเด็กเกิด, ชาย ๖๓๐, หญิง ๕๕๔, รวม ๑,๑๘๔, คลอดตาย, ชาย ๕, หญิง ๕, รวม ๑๔.
๔. ผู้ป่วยตาย ๑๖๕ คน (๕.๔๒ ปช. ของที่รับไว้ทั้งหมด), ได้ตรวจศพ ๕๑ ราย (๓๐.๕๐ ปช. ของที่ตาย).
๕. คลังเลือด เจาะเลือดในโรงพยาบาล ๕๕๒ ครั้ง, มหันตโทษ ๑๖๔ ครั้ง, ลหุโทษ ๒๔๐ ครั้ง, รับจากสถานเสาวภา ๘ ขวด, จากญาติ ๗๘ ราย.
๖. แผนกรังสีวิทยา รังสีเอกซ์ตรวจ ๖,๐๑๕ คน. รักษาใหม่ ๑๒ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๑๒๐ คน. ราเดียมรักษา ๑๗ คน. รวมรักษาใหม่เก่า ๓๘ คน. รadium ไอโซโทป รักษาใหม่ ๕๖ คน, รadium ไอโซโทปวิจัย — รวมรักษาใหม่เก่า ๕๐๕ คน. ไดอะเทอร์มีย์ รักษาใหม่ — คน. รวมรักษาใหม่เก่า — คน. โคบอลต์ ๖๐ รักษาใหม่ ๘๖ คน, รวมรักษาใหม่เก่า ๑,๖๑๓ คน.
๗. แผนกสรีรวิทยา ตรวจเบซัลเมตาบอลิซึม ๖๘ ครั้ง. วิเคราะห์ทางเคมี ๕,๕๕๕ ครั้ง.
๘. แผนกพยาธิวิทยา ตรวจศพ ๕๑ ราย. ตรวจเนื้อจากศพ ๑,๐๕๐ ชิ้น. ตรวจเนื้อ ๑,๓๑๑ ชิ้น (จากภายนอก ๒๗๕ ชิ้น). ตรวจเซลล์มะเร็ง ๕๖ ราย. การตรวจเชอร์มิววิตาล ๑๐๐ ราย. การตรวจวิธี วิ.ดี.อาร์. แอล. ๓,๕๓๑ ราย. การตรวจวิธีพอลันเนล ๓. หมู่เลือด ๕. น้มน้ำเหลือง ๓๔๗. วัตย์โมโกลบิน —. ตรวจบัสสภาวะ ๓๘๖ ราย, ตรวจอูจจาระ ๓๕๕ ราย. การตรวจวิธีคัมบ์ ๒๕ ราย. ตรวจเลือดผู้ไปต่างประเทศ — ราย. การตรวจวิธี อาร์.เอ. ๓๕. การตรวจวิธี อาร์.เอช. — เพาะเชื้อบิด ๒๔. ตรวจทดลองตัวจิต ๖๖. ตรวจสพนตีเวซ ๔๗. ตรวจวัตถุพยาน ๕๘. ตรวจวิเคราะห์ ๔๑. ตรวจผู้ป่วยคดี ๓๔๔.
๙. แผนกจุลชีววิทยา เพาะเชื้อจากเลือด ๖๓๕. เพาะเชื้อจากอูจจาระ ๒๖๕. เพาะเชื้อจากบัสสภาวะ ๔๕๐. เพาะเชื้อจากเสมหะและอื่น ๆ ๕๒๕. เพาะเชื้อจากน้ำไขสันหลัง ๑๐๕. เพาะเชื้อวัณโรค ๗๐. นิดส์ตัวทดลอง —. ทดสอบความไวของเชื้อต่อยา ๕๑. ตรวจน้ำเหลืองเกี่ยวกับไวรัส ๑๘๓.
๑๐. แผนกอายุรศาสตร์ (เฉพาะผู้ป่วยนอก) เจาะท้อง ๑๕. เจาะน้ำสันหลัง ๑๘. เจาะตับ ๕. เจาะน้ำช่องปอด ๗. อัลดมเข้าช่องปอด —. อัลดมเข้าช่องท้อง —. ผ่าตัดผิวหนัง ๓๕. จีผิวหนัง ๑. นิดยาทั่วไป ๒,๔๑๖. เบาหวาน ๓,๖๒๗. คลินิกวัณโรค ๑๗๕. คลินิกความดันเลือดสูง —.
๑๑. แผนกทันตกรรม รักษาโรคในปาก ๒๕๖. ถอนฟัน ๘๕๘. อุดฟัน ๒๕๒. ผ่าตัดช่องปาก ๔๘. ชะแผล ๕๐. นิดยา ๓๕.

(โดยความเอื้อเฟื้อของแผนกสถิติฯ)

แขกผู้มั่งคั่งเกียรติเจ้าเขียม

ในเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๐๕ ได้มีแขกผู้มั่งคั่งเกียรติเจ้าเขียมคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล (เพิ่มเติม) คือวันพฤหัสบดี ที่ ๒๔ กุมภาพันธ์, นายแพทย์เกรกอรี เจ. โซไฟเคียส, จักษุแพทย์อเมริกัน จาก เกรตเตอร์ บิลติมอร์ มิดคิสเซินเตอร์, ไคเวะเขียมแผนกจักษุวิทยาฯ.

โครงการพัฒนาชนบท

คณะบดีและคณะอาจารย์จำนวนหนึ่งได้ออกเดินทางไปยังจังหวัดอุดรธานี เมื่อวันที่ ๖-๑๒ มีนาคม ๒๕๐๕, เพื่อศึกษาภาวะทางด้านอนามัย, เพื่อวางโครงการเกี่ยวกับการร่วมมือช่วยพัฒนาชนบท. ได้รับการต้อนรับจากเจ้าหน้าที่ฝ่ายสาธารณสุขและฝ่ายบ้านเมืองเป็นอย่างดี. ทำให้ได้รู้และเห็นเหตุการณ์ต่าง ๆ ด้วยตาตนเอง, อันเป็นประโยชน์ ในการที่จะวางโครงการพัฒนาชนบททางด้านกายภาพ.

การช่วยพัฒนาชนบท

คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล ได้มีการเรียกประชุมแพทย์และพยาบาลณ

ห้องประชุมแผนกพยาธิวิทยา โดยคณะที่ประชุมเมื่อวันที่ ๑๘ มีนาคม. เพื่อขอแจ้งให้เข้าใจถึงความจำเป็นเกี่ยวกับสถานการณ์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, ซึ่งทางคณะฯ จำต้องให้ความช่วยเหลือทางด้านกายภาพ. เพื่อส่งเสริมอนามัยของประชาชนให้ดียิ่งขึ้น, และเป็นการช่วยกันรักษาความปลอดภัยของบ้านเมืองไว้. ในระหว่างการประชุม, ได้มีการซักถามผู้บรรยายและผู้ส่งเสริมหลายข้อด้วยกัน.

สมัครเข้าค่ายอาสาสมัครพัฒนา นานาชาติ

ตามที่ค่ายอาสาสมัครพัฒนา นานาชาติ, สภาสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทยฯ แจงรับสมัครเยาวชน, เพื่อไปร่วมงานด้านพัฒนา กำหนดงานระหว่างวันที่ ๒๐ เมษายน ถึง ๑๐ พฤษภาคม ๒๕๐๕.

ได้มีนักศึกษาแพทย์ร่วมสมัครด้วยดังนี้ :

๑. นายประคิษฐ์ เฮอร์ตันวงศ์, ๒. นายสุนทร เทโชพลานนท์, ๓. นายอวยชัย เปลื้องประสิทธิ์, ๔. นายบรรเทิง ชติกาโม และ ๕. นายสววัฒน์ วิรพีหังศรี. เชื่อว่าผู้ร่วมกิจกรรมนี้คงจะได้ประโยชน์เป็นอันมาก.

การพนวิชาการครั้งที่ ๑๒

คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล กำหนดการอบรมวิชาการขึ้นในวันที่ ๒๑-๒๖ มีนาคม ๒๕๐๕, เพื่อเสริมความรู้ใหม่ๆ แก่แพทย์และนักศึกษาแพทย์. ดังมีรายการต่อไปนี้: จันทร์ ที่ ๒๑ มีนาคม ๒๕๐๕, เวลา ๙.๑๕-๙.๒๕ น. “คำนำเกี่ยวกับการหาเงิน” โดย ศจ. น.พ. วิกิจ วิจารณ์, ๙.๒๕-๙.๕๕ น. “กายวิภาคศาสตร์เกี่ยวกับการหาเงิน” โดย น.พ. ภาเกศ วาจานนท์, ๙.๕๕-๑๐.๒๕ น. “กลไกการหาเงินและผลต่อระบบอื่น” โดย ศจ. น.พ. ทิถิ จิ่งเจริญ, ๑๐.๓๕-๑๑.๐๕ น. “ยากระตุ้นและยาบำบัดการหาเงิน” โดย ศจ. น.พ. อรุโรวี จิ่งเจริญ, ๑๑.๐๕-๑๑.๓๕ น. “การเปลี่ยนแปลงของกลูโคสและกรดต่างในการหาเงิน” โดย น.พ. สง่า นิลวรรณ, ๑๓.๐๐-๑๓.๓๐ น. “ภาวะอาหารอักเสบ” โดย ศจ. น.พ. วิกิจ วิจารณ์, ๑๓.๓๐-๑๔.๐๐ น. “โรคของตา หู คอ จมูก ที่ทำให้หาเงิน” โดย ศจ. น.พ. พร วราเวช, ๑๔.๐๐-๑๔.๓๐ น. “การหาเงินทางค่านิสิตศาสตร์” โดย น.พ. ประพันธ์

อารีย์มิตร. อังคาร ที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๐๕, เวลา ๙.๐๐-๙.๓๐ น. “ถ้าใส่ช็อคกัน” โดย ศจ. น.พ. สัม คุณวิศาล, ๙.๓๐-๑๐.๐๐ น. “การหาเงินหลังการผ่าตัดกระเพาะ” โดย น.พ. เกษม สิมวงศ์, ๑๐.๐๐-๑๐.๓๐ น. “การหาเงินในศัลยกรรมสมอง” โดย ศจ. น.พ. อุดม โยชะภุชณะ, ๑๐.๔๐-๑๑.๑๐ น. “การหาเงินในทารกและเด็ก” โดย น.พ. ประสงค์ คุ้มจินดา, ๑๑.๑๐-๑๑.๔๐ น. “ถ้าใส่ช็อคกันในทารกเกิดใหม่” โดย น.พ. พลภักดิ์ ทาละลักษมณ์, ๑๓.๐๐-๑๔.๐๐ น. “การอภิปรายกลุ่มเรื่องปัญหาเกี่ยวกับโรคผู้สูงอายุในปัจจุบัน” โดย ศจ. น.พ. จิตต์ คุ้มจินดา, ศจ. น.พ. ยัญเจียง ตามไท, น.พ. อุตัย รัตนิน, น.พ. ประสพ รัตนากร และ น.พ. ประเสริฐ นุกฤต. พุธ ที่ ๒๓ มีนาคม ๒๕๐๕, เวลา ๙.๐๐-๑๐.๐๐ น. “กลุ่มอาการที่มีไฟบรินลดลงอย่างเฉียบพลันและการสลายของไฟบริน” โดย พ.ญ. ภามรา ทาละลักษมณ์, ๑๐.๐๐-๑๐.๓๐ น. “การศึกษารูปร่างใหม่ของเม็ดเลือด” โดย ศจ. น.พ. สัมศักดิ์ พันธุ์สัมบุญ, ๑๐.๔๐-๑๒.๐๐ น. “การอภิปรายกลุ่มเรื่อง “ปัญหาโรคเลือดที่พบ

ย่อย ๆ” โดย พ.ญ. สุภา ฌ นคร, น.พ. ประเวศ วรรณี, น.พ. ฌ ภูมวประวัตติ และ พ.ญ. สุภัสสรา คู้จินดา. พฤษ์สยัที่ ที่ ๒๔ มีนาคม ๒๕๐๕, ๕.๐๐-๕.๓๐ น. “คัลเลอร์ สแคนนิง” โดย ศจ. น.พ. รัมไพโร สุวรรณิก, ๕.๓๐-๑๐.๑๐ น. (๑) ผู้ป่วยเบาหวานที่ข้อต่อการใช้อินซูลิน และ (๒) การหาน้ำตาลในเลือดโดยใช้ เท็กชโตรสติกซ์ โดย น.พ. สุนทร คัดช- นันท์, น.พ. พิศัย จีรวงศ์, และ พ.ญ. มาริกา พรพัฒน์กุล, ๑๐.๑๐-๑๐.๔๐ น. “สรีรวิทยาเกี่ยวกับการรักษาโรคแผล เปปติกทางศัลยกรรม” โดย น.พ. จินดา สุวรรณรักษ์, ๑๐.๕๐-๑๑.๓๐ น. “ปริมาณวิเคราะห์ทางชีวเคมีค่านิวซีเคมี- ไมโคร” โดย ศจ. น.พ. สมอง อุนากุล, พ.ญ. ฉลองขวัญ สิทธิกุล และนางสมจิต เขียวลงยา, ๑๓.๐๐-๑๕.๐๐ น. การ อภิปรายกลุ่มจิตวิทยาเกี่ยวกับเด็ก เรื่อง “ปัญหาเด็กในวัยเรียนที่เกี่ยวกับแพทย์” โดย พ.ญ. สุภา มาลากุล, น.พ. เสนอ อินทรสุขศรี, น.พ. อารี วัลยเสวี, และ อาจารย์สมจิต ศรีชัยรัตน์. ศุกร์ ที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๐๕, เวลา ๕.๐๐-๑๐.๐๐ น. “การตัดขา, ข้อย่าง, วิธีทำ, การ

ปฏิบัติหลังการผ่าตัดและการเตรียมโดยคัก เพื่อทำขาเทียม” โดย ศจ. น.พ. เพ็ญ สัตยสงวนและคณะ, ๑๐.๐๐-๑๐.๓๐ น. “การทำขาเทียม” โดย น.พ. คำรง กิจ- กุศล, ๑๐.๕๐-๑๑.๓๐ น. “ความรู้ ใหม่ๆในการรักษาโรคของเยื่อหุ้มหัวใจ” โดย น.พ. กัมพล ประจวบเหมาะ, ๑๓.๐๐-๑๕.๐๐ น. อภิปรายกลุ่ม “เรื่องความรู้ ใหม่ๆในการรักษาโรคหลอดเลือด” โดย น.พ. บัญญัติ ปรีชญานนท์, น.พ. สมชัย ขวรงค์, น.พ. ศิระ สิริสัมพันธ์ และ น.พ. ประกอบ วิศาลเวทย์. เสาร์ ที่ ๒๖ มีนาคม ๒๕๐๕, ๕.๐๐-๕.๓๐ น. “เอกสารแพทย์ที่ผิดกฎหมาย” โดย ศจ. น.พ. สงกรานต์ นิยมเสน, ๕.๓๐- ๑๐.๓๐ น. “ยาคุมกำเนิด” โดย ศจ. น.พ. ธร สุขวัญ, ๑๐.๕๐-๑๑.๐๐ น. “โรคซิฟิลิสในขณะตั้งครรภ์” โดย น.พ. สพร เกิดสว่าง, ๑๑.๐๐-๑๑.๓๐ น. “การตายของทารกแรกเกิดเนื่อง จากโรค ซิฟิลิสกรรมพันธุ์” โดย น.พ. วิฑูรย์ โอ- สถานนท์, พ.ญ. ทองดี เรืองไพโรจน์ และ พ.ญ. อุ่นใจ แววศรี, ๑๑.๓๐- ๑๒.๐๐ น. “โครงการเกี่ยวกับครอบครัว” โดย พ.ญ. ศศิจันทร์ วิมุขตานนท์.

ข่าวพยาบาล

ไปศึกษาต่อ

๒๕๐๘ ไปศึกษาการพยาบาลในการ

น.ส. สมจิตต์ โอบอ้อม ไก่ออก รักษาด้วยรังสี ณ บีเคอร์ แมคคัลลัม
 เดินทางเมื่อวันอาทิตย์ ที่ ๒๗ กุมภาพันธ์ คลินิก, เมลเบิร์น, ออสเตรเลีย.

หนังสือ “ชุมนุมพระนิพนธ์และบทความเฉลิมพระเกียรติ
 สมเด็จพระราชบิดา เจ้าฟ้ามหิดลอดุลยเดช กรมหลวงสงขลานครินทร์”
 รวบรวมและพิมพ์โดยคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล

พิมพ์ด้วยกระดาษปรู๊ฟ ขนาด ๑๖ หน้ายก หน้า ๑๑๔๑ หน้า ปกอ่อน
 มีจำหน่ายที่หอสมุดศิริราช ราคาเล่มละ ๒๕ บาท ถ้าต้องส่งทางไปรษณีย์ ราคา
 เล่มละ ๓๐ บาท การส่งทางไปรษณีย์ โปรดส่งเงินทางธนาคาร ส่งทางไปรษณีย์
 หน้าพระลานหรือทางออกน้อย ในนาม นางสาวอุทัย ทุติยะโพธิ์ บรรณารักษ์หอ
 สมุดศิริราช บางกอกน้อย ธนบุรี.

รายได้จากการจำหน่ายหนังสือนี้ ส่งสมทบทุนวันมหิดลทั้งสิ้น.