

บทปริทัศน์

การตรวจบาดแผลบริเวณอวัยวะเพศและทวารหนักหญิงคดียข่มขืนกระทำชำเรา

ปภาณู สุทธิประสิทธิ์

บทคัดย่อ

จากกฎหมายที่เปลี่ยนแปลงไป การตรวจบาดแผลบริเวณอวัยวะเพศหญิงและทวารหนักเพื่อพิสูจน์การกระทำชำเราในหญิงคดียข่มขืนกระทำชำเรามีความสำคัญ โดยเฉพาะในเด็กอายุไม่เกิน ๑๘ ปี การตรวจบาดแผลในปัจจุบันก้าวหน้าไปมาก มีการใช้ colposcope anoscope และย้อม toluidine blue ใช้เทคนิค cotton tip swab และ foley catheter อัตราการตรวจพบบาดแผลต่างกันไปตามเทคนิคที่ใช้ตรวจและการบันทึก บาดแผลที่มักพบทั้งในเด็ก ผู้ใหญ่ และวัยหมดประจำเดือน คือ laceration ตำแหน่งมักเป็นส่วนล่างของอวัยวะเพศ การตรวจไม่พบบาดแผลไม่ได้หมายความว่าไม่มีการกระทำ เพราะไม่เคยมีการศึกษาได้ได้อัตราการตรวจพบร้อยละ ๑๐๐

คำสำคัญ: ผู้ป่วยหญิงคดียข่มขืนกระทำชำเรา, การตรวจบาดแผล, บาดแผลบริเวณอวัยวะเพศและทวารหนัก

วันที่รับบทความ: ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙

วันที่อนุญาตให้ตีพิมพ์: ๓๐ พฤษภาคม ๒๕๕๙

บทนำ

แพทย์ย่อมเกี่ยวข้องในการตรวจ หญิงคดีข่มขืนกระทำชำเรา ประกอบกับเกณฑ์ความรู้ความสามารถในการประเมินเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ของแพทยสภาได้กำหนดความรู้ความสามารถในเรื่องนี้ไว้^๑

ตามกฎหมายเรื่องข่มขืนกระทำชำเรา (ปอ. มาตรา ๒๗๖, ๒๗๗)^๒ การพาบุคคลอายุเกินสิบห้าปีแต่ยังไม่เกินสิบแปดปีไปเพื่อการอนาจาร (ปอ. มาตรา ๒๘๓ ทวิ)^๓ การพิสูจน์การกระทำชำเราในหญิงซึ่งอายุไม่เกิน ๑๘ ปี จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง การจะพิสูจน์การกระทำชำเรานั้น เป็นไปตามคำพิพากษาศาลฎีกาที่ ๔๑๖๔/๒๕๕๕^๔ นอกจากนี้ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. ๒๕๕๑^๕ เด็กจะได้รับการคุ้มครองตามกฎหมาย โดย “เด็ก หมายถึง บุคคลซึ่งอายุต่ำกว่าสิบแปดปีบริบูรณ์ แต่ไม่รวมถึงผู้ที่บรรลุนิติภาวะด้วยการสมรส”

การพิสูจน์ล่วงล้ำบริเวณอวัยวะเพศและทวารหนัก

เหตุที่ต้องมีการพิสูจน์การล่วงล้ำบริเวณอวัยวะเพศและทวารหนัก เนื่องจากแนวทางตามฎีกาที่ ๔๑๖๔/๒๕๕๕^๔

ฎีกาที่ ๔๑๖๔/๒๕๕๕ “.....ปอ. มาตรา ๒๗๖ วรรคสอง ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยมาตรา ๓ แห่ง พ.ร.บ. แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๑๙) พ.ศ. ๒๕๕๐ ต้องการขยายความหมายของการกระทำชำเราว่า นอกจากหมายถึงการใช้อวัยวะเพศของผู้กระทำกระทำต่ออวัยวะเพศของผู้ถูกระทำแล้ว ยังรวมถึงการใช้อวัยวะเพศของผู้กระทำกระทำกับทวารหนักหรือช่องปากของผู้ถูกระทำด้วย เท่ากับเป็นการเพิ่มอวัยวะที่ถูกกระทำขึ้นใหม่เพิ่มสิ่งที่ใช้ในการกระทำนอกจากจะกระทำชำเราโดยใช้อวัยวะเพศของผู้กระทำกระทำกับอวัยวะเพศ ทวารหนักหรือช่องปากของผู้ถูกระทำแล้ว ยังรวมถึงการใช้สิ่งอื่นใด เช่น การใช้อวัยวะเพศเทียมกระทำกับอวัยวะเพศ หรือทวารหนักของผู้ถูกระทำด้วย เป็นกรณีที่ขยายความหมายของคำว่ากระทำชำเรา ในแง่เพิ่มสิ่งที่ใช้ในการกระทำและอวัยวะที่ถูกกระทำขึ้นใหม่นั้น ส่วนกรณีอย่างจริงจะเป็นการกระทำชำเราสำเร็จนั้นก็ยังคงยังคงมีความหมายอยู่^๖ จะเป็นการกระทำชำเราสำเร็จได้ต้องถึงขั้นอวัยวะเพศของผู้กระทำล่วงล้ำเข้าไปในอวัยวะเพศของผู้ถูกระทำ หรือล่วงล้ำเข้าไปในช่องปากของผู้ถูกระทำ หากมีการใช้สิ่งของอย่างอื่น เช่น อวัยวะเพศเทียม สิ่งของอย่างนั้นก็ต้องมีการล่วงล้ำเข้าไปในอวัยวะเพศ หรือทวารหนักของผู้ถูกระทำเช่นกัน.....”

โดยการตรวจนั้นสามารถตรวจได้จาก

๑. การบาดเจ็บของอวัยวะเพศ ทวารหนัก หรือ

ร่องรอยเก่าที่แสดงถึงการเคยถูกล่วงล้ำ ๒. การตรวจพบส่วนประกอบจากร่างกายของผู้กระทำ และ/หรือ อสุจิ/ส่วนประกอบในน้ำอสุจิในอวัยวะเพศ ทวารหนัก หรือการตรวจพบอสุจิ/ส่วนประกอบในน้ำอสุจิในช่องปาก ๓. การตรวจพบการติดโรคทางเพศสัมพันธ์อันบ่งชี้ความเป็นไปได้ของการล่วงล้ำ ๔. การตั้งครรภ์ในปัจจุบันซึ่งยืนยันการกระทำชำเราโดยชายมีเพียง ๑. การตรวจพบตัวอสุจิ ๒. การพบการตั้งครรภ์ การศึกษาเรื่อง การบาดเจ็บบริเวณอวัยวะเพศและทวารหนักในหญิง มักจะแบ่งตามลักษณะกายภาพและการเปลี่ยนแปลงด้านฮอร์โมน แบ่งเป็น กลุ่มเด็กและวัยรุ่น (อายุน้อยกว่า ๑๘ ปี) กลุ่มวัยผู้ใหญ่ (อายุมากกว่า ๑๘ ปีแต่ยังไม่หมดประจำเดือน) กลุ่มวัยหมดประจำเดือน^๗ โดยกลุ่มเด็กและวัยรุ่นนั้นแบ่งได้สอดคล้องกับกฎหมายไทย และการศึกษาที่ผ่านมา^๘ มีการใช้ colposcope, anoscope ย้อมด้วย toluidine blue dye และการใช้ตาเปล่า ซึ่งหากใช้ colposcope และย้อมด้วย toluidine blue dye จะให้อัตราการตรวจพบที่สูงกว่าการตรวจด้วยตาเปล่ามาก^๙ ในประเทศไทยทราบที่สามารถค้นข้อมูลได้ ยังไม่มีการศึกษาหรือการตรวจที่ใช้ colposcope แต่มีข้อสังเกตว่า การตรวจด้วย colposcope อาจเป็นการรบกวนผู้เสียหายจากการกระทำชำเราได้^{๑๐}

การตรวจอวัยวะเพศและทวารหนักในกรณีหญิงวัยผู้ใหญ่และหมดประจำเดือน

๑. การตรวจ และการบันทึกรายละเอียดของบาดแผล - ผู้ป่วยควรอยู่ในท่า lithotomy หรือ supine อ้าอองจุดที่อยู่ต่ำสุดของ hymen หรือ anus เป็นตำแหน่ง ๖ นาฬิกา และ ส่วนสูงสุดของ hymen ที่ใกล้ urethra มากที่สุด เป็น ๑๒ นาฬิกา^{๑๑} ตรวจอวัยวะเพศและส่วนใกล้เคียงทั้งหมด โดยบันทึกตำแหน่ง^{๑๒} “Groin, mons, labia majora, labia minora, clitoris/clitoral hood, peri-urethral area, fossa navicularis, posterior fourchette, hymen, vaginal walls, cervix, perineum, anus, rectum” สำหรับ fossa navicularis บางการศึกษาระบุว่าไม่ใช่ตำแหน่งที่บันทึกการตรวจเป็นประจำและบางครั้งยากในการตรวจ^{๑๓} การตรวจเริ่มจากดูภาพรวมแล้วจึงตรวจดู labia ต่อด้วย hymen และใส่ speculum โดยแนะนำให้ใช้ plastic transparent disposable speculum^{๑๔} ส่วนการตรวจทวารหนักโดยทั่วไป ตรวจด้วยการดู การใช้ anoscope นั้นยังมีความเห็นที่แตกต่าง Ernst และคณะ^{๑๕} ใช้ anoscope ในทุกรายเป็นการตรวจประจำ (ศึกษาในผู้ป่วยชาย) โดยได้ผลที่ชัดเจนกว่าการใช้ colposcope และจาก guideline ของ WHO ในปี ค.ศ. ๒๐๐๓^{๑๖} นั้นระบุให้เตรียม proctoscope และ anoscope

ไว้ใช้ในการตรวจ แต่ Jina และคณะ^{๕๕} มีความเห็นว่า การใช้ anoscope นั้นควรใช้เป็นการเฉพาะบางรายเท่านั้น

สำหรับ proctoscope นั้นเชื่อได้ว่าไม่เป็นที่นิยมใช้ ยกเว้นบางกรณีเท่านั้น การนัดตรวจซ้ำเพื่อบันทึกการเปลี่ยนแปลง ยืนยันหรือปรับแก้ เป็นสิ่งที่ควรกระทำ โดยแนะนำนัดที่ ๔๘ ชั่วโมง^{๕๖}

การบันทึกบาดแผล นั้นจากงานวิจัยในต่างประเทศ มีสองแนวคิดคือ

๑. ใช้ TEARS classification (T = tears E = ecchymosis A = abrasion R = redness S = swelling) โดยต้นแบบการศึกษาแรกที่ได้กำหนดนิยามระบบ TEARS และเป็นการศึกษาได้รับการอ้างอิงมากที่สุด คือ งานของ Slaughter และคณะ^{๕๗} แต่มีข้อสังเกตที่สำคัญของการศึกษานี้ คือ ๑. กรณีที่มี trauma หรือ hyper vascularity ผู้ป่วย จะได้รับการนัด ตรวจซ้ำที่ ๔๘ ชั่วโมงทุกราย ๒. การตรวจ ใช้ colposcope ทุกครั้ง และใช้ anoscope ในรายที่ผู้ตรวจ เห็นว่าเหมาะสม

๒. ใช้ บันทึก ๓ รูปแบบการบาดเจ็บ^{๕๘, ๕๙} คือ ๑. bruises (ecchymosis, contusion) ๒. abrasion ๓. laceration (tear) เนื่องจากผู้วิจัยในกลุ่มหลังเห็นว่า redness และ swelling นั้นไม่จำเพาะและขึ้นกับดุลยพินิจผู้ตรวจมากเกินไป ดังนั้นงานวิจัยที่ใช้การบันทึกรูปแบบทั้งสองนั้น การตรวจพบบาดแผลจะมีอัตราต่ำกว่ามาก^{๖๐}

การบันทึกควรบันทึก ตำแหน่ง ชนิดการบาดเจ็บ ขนาด และความรุนแรง บันทึกร่องรอยเก่าในกรณีที่เกิดเหตุมานาน หากจะใช้การบันทึกใด การแปลผลและการอ้างอิง ต้องกระทำจากงานวิจัยที่มีรูปแบบการบันทึกแบบเดียวกัน การถ่ายรูปโดยได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ควรกระทำ

การแปลผล

๑. ระยะเวลาของบาดแผลที่อวัยวะเพศ - กว้าง การอักเสบ เกิดขึ้นได้ใน ๒ - ๓ ชั่วโมง และสามารถอยู่ได้ถึง ๕ - ๗ วัน ในสภาวะที่เหมาะสม epithelialization เกิดใน ๔๘ - ๗๒ ชั่วโมง^{๖๑} แผล superficial มี epithelium ใหม่ในอัตรา ๑ มิลลิเมตร ในเวลา ๒๔ ชั่วโมง แผลที่ลึกกว่านั้นสามารถสร้างเนื้อเยื่อเต็มได้ใน ๒๔ - ๗๒ ชั่วโมงและปรับปรุงระดับเซลล์เสร็จประมาณ ๕ - ๗ วัน การหายจะสมบูรณ์ประมาณ ๔ - ๖ สัปดาห์ หากมีแผลเป็นแผลจะสมบูรณ์ที่ประมาณ ๖๐ - ๑๘๐ วันหรือนานกว่า^{๖๒} Astrup และคณะ ศึกษาในกรณีที่นิยมมีเพศสัมพันธ์ พบว่าแผลขนาดเล็กใหม่หากใช้ตาเปล่า

สามารถเห็นได้นาน ๒๔ ชั่วโมง ใช้ colposcope เห็นได้นาน ๔๐ ชั่วโมงและหากใช้ toluidine blue dye เห็นได้นานถึง ๘๐ ชั่วโมง^{๖๓} Maguire และคณะ พบว่าอัตราการตรวจพบแผลใหม่หากมาตรวจใน ๗๒ ชั่วโมงหลังเกิดเหตุพบมากกว่ามาตรวจหลัง ๗๒ ชั่วโมงอย่างมีนัยสำคัญ^{๖๔} การศึกษาบาดแผลใหม่มักจะตัดเอาเฉพาะช่วงเวลาที่เกิดเหตุใน ๗๒ ชั่วโมงมาศึกษา^{๖๕}

๒. อัตราการตรวจพบบาดแผลที่อวัยวะเพศ - เนื่องจากขึ้นกับวิธีการบันทึกแผลและวิธีการตรวจ ขอยกตัวอย่าง กรณีหญิงก่อนหมดประจำเดือน ไม่บันทึก redness swelling และตรวจด้วยตาเปล่า Hilden และคณะพบ ร้อยละ ๓๒ จากกรณีมาตรวจใน ๗๒ ชั่วโมง โดยส่วนมากการตรวจพบเป็นการบาดเจ็บตำแหน่งเดียว ไม่มีรายใดจำเป็นต้องมีการเย็บแผล (N = ๒๔๙ อายุ ๒๐ - ๔๙ ปี)^๖ McLean และคณะพบ ร้อยละ ๒๒ จากกรณีตรวจใน ๔๘ ชั่วโมงหลังเกิดเหตุ (N = ๕๐๐ อายุไม่น้อยกว่า ๑๘ ปี)^{๖๖} Lincoln และคณะ ตรวจพบ ร้อยละ ๕๓.๗ จากกรณีมาตรวจใน ๔๘ ชั่วโมงหลังเกิดเหตุ (N = ๔๑ อายุ ๑๘ - ๔๕ ปี) และพบว่าการถูกสอดใส่โดยนิ้ว การติดเชื้อ มีผลทำให้เกิดแผลอย่างมีนัยสำคัญขณะที่การใช้ถุงยางอนามัย การใช้สารหล่อลื่นลดอัตราการตรวจพบ แต่การผ่านการคลอดหรือผ่าตัดทางนรีเวช ไม่มีผลต่ออัตราการตรวจพบบาดแผล^{๖๗}

กรณีบันทึก TEARS ร่วมกับใช้ colposcope และย้อม toluidine blue อัตราการตรวจพบแผลใหม่สูงสุดอยู่ที่ร้อยละ ๘๘ ซึ่งศึกษาเฉพาะกรณีมาตรวจใน ๒๔ ชั่วโมงของ Slaughter และคณะ^{๕๗} งาน meta-analysis ของ Kennedy และคณะ ศึกษาจาก ๒๖ งานวิจัยตีพิมพ์ในช่วงปี ค.ศ. ๑๙๗๒ - ๒๐๑๑ พบอัตราการตรวจพบบาดแผลที่อวัยวะเพศในผู้ป่วยถูกข่มขืนกระทำชำเราหญิงอยู่ที่ร้อยละ ๕ - ๘๗ mean = ๓๔.๘ median = ร้อยละ ๒๘.๓^{๖๘}

หญิงหมดประจำเดือนมีอัตราการเกิดแผลมากกว่าวัยก่อนหมดประจำเดือนอย่างมีนัยสำคัญ^{๖๐, ๖๙}

๓. ชนิดและตำแหน่งการตรวจพบบาดแผล - กรณีวัยก่อนหมดประจำเดือน Hilden และคณะพบว่า ตำแหน่งที่พบมากที่สุดคือ posterior fourchette, anal หรือ perianal area และ vestibulum ส่วนชนิด คือ laceration (tear) พบร้อยละ mean ๘๗.๕ ecchymosis (bruise) พบร้อยละ ๑๖.๓ และน้อยที่สุด abrasion พบร้อยละ ๑๐^๖ McLean และคณะ พบว่าตำแหน่งที่พบมากที่สุดคือ posterior fourchette และรองมาด้วย labia majora และ labia minora ชนิดคือ laceration (tear) พบร้อยละ ๑๐ รองลงมาคือ abrasion^{๖๖} Lincoln และคณะ

พบว่า ตำแหน่งที่พบการบาดเจ็บมากที่สุดคือ fossa navicularis และ labia minora ส่วนชนิดคือ laceration (tear) พบร้อยละ ๕๘ abrasion พบร้อยละ ๒๔ contusion พบร้อยละ ๑๘^๔

Morgan และคณะ พบว่าหญิงหมดประจำเดือน พบแผลชนิด bruise และที่ตำแหน่ง vestibule มากกว่าวัยก่อนหมดประจำเดือนอย่างมีนัยสำคัญ^๖ ขณะที่ Eckert และคณะพบ แผล laceration มากกว่า^๖ อย่างมีนัยสำคัญเช่นเดียวกับ Jones และคณะ โดย Jones พบที่ตำแหน่ง fossa navicularis และ posterior fourchette^๖

เนื่องจากวัฒนธรรมทางตะวันตกแตกต่างจากของไทย การมีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องที่พบได้ทั่วไป งานวิจัยที่ศึกษาบาดเจ็บแผล เพื่อยืนยันการล่งล้าในกลุ่มผู้ใหญ่จึงค้นหาไม่พบ แต่อาจจะประยุกต์จากการศึกษาในเด็กได้

๔. การตรวจพบบาดเจ็บที่ทวารหนักของหญิงผู้ใหญ่ การศึกษาของ Jina และคณะ จากหญิงที่ถูกข่มขืน (N = ๑,๔๗๒) และได้รับการตรวจ anus rectum จำนวน ๓๗๑ ราย พบบาดเจ็บร้อยละ ๒๑.๘๓ (บันทึกการบาดเจ็บเป็น scratches/abrasions/tears, bruising, redness, swelling, tender, bleeding, funelling, scars) โดยมากที่สุดเป็น scratches/abrasions/tears ที่ตำแหน่ง orifice รองลงมาคือ skin around

orifice และ sphincter/anus ตามลำดับ^๔

การตรวจอวัยวะเพศและทวารหนัก ในกรณีหญิงวัยเด็กและวัยรุ่น

ในเด็กอายุไม่เกิน ๑๕ ปี หากมีหลักฐานบ่งชี้ถึงล่งล้า หรือเคยถูกล่งล้าอันเข้าได้กับการกระทำชำเรา เป็นสิ่งที่ต้องห้ามตามกฎหมาย^๖ และต้องมีการพิทักษ์ดูแลเด็กตาม พ.ร.บ.คุ้มครองเด็ก พ.ศ. ๒๕๔๖^๗ ต่อไป Jones และคณะ^๖ พบว่าระยะเวลาระหว่างเกิดเหตุกับการตรวจในเด็กยาวนานมากกว่าในผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญ (N = ๗๖๖)

อนึ่งการตรวจและแปลผลความว่า เด็กนั้นถูกกระทำชำเราหรือสงสัยอย่างยิ่งว่าถูกกระทำชำเรา มีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อ เด็ก ครอบครัว ผู้ถูกกล่าวหา เด็กอาจถูกแยกจากครอบครัวเพื่อได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย เด็กอาจได้รับตราบาปจากสังคม ดังนั้น จึงต้องแปลผลและตรวจอย่างระมัดระวังโดยผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น^๖

การตรวจนั้นมิใช่การดูด้วยตาเปล่า การใช้ colposcope ย้อมด้วย toluidine blue dye และการใช้ anoscope เช่นเดียวกับกรณีหญิงผู้ใหญ่ แบ่งการตรวจเป็น ๒ กลุ่ม คือ

๑. การตรวจในเด็กกลุ่มที่ยังไม่มีประจำเดือน

ตารางที่ ๑ การตรวจบริเวณอวัยวะเพศและทวารหนักในเด็กที่ยังไม่มีประจำเดือน

ท่าที่แนะนำ	เทคนิคการตรวจ	การตรวจช่วยยืนยัน
genital exam	supine frog-leg, butterfly position หรือ lithotomy อาจจะทำคนเดียว หรือดักมาร์ตา ^{๔, ๒๔, ๒๕}	floating hymen with water or saline ^{๔, ๒๔}
	prone knee-chest position (PKC) ^๔	PKC with gluteal lift ^๔
anal exam	supine knee-chest, PKC, lateral decubitus ^๔	buttock separation and PKC with gluteal lift ^๔
		reassess after bowel movement, ambulation หรือ alternate position ^๔

ตารางดัดแปลงจาก Table 1 examination techniques ของ Adam และคณะ^๔

๒. การตรวจในกลุ่มเด็กมีประจำเดือนแล้ว folded ไม่สามารถที่จะเห็นขอบ hymen ได้เองโดยอัตโนมัติ^{๒๔}
 เด็กในกลุ่มนี้ มีอิทธิพลจาก hormone estrogen เข้า เด็กทั้งสองกลุ่มหากเป็นไปได้ การมารับการตรวจ
 มาต่อการเปลี่ยนแปลงของ hymen ทำให้ thick, fleshy และ ซ้ำจะมีประโยชน์^๕

ตารางที่ ๒ การตรวจบริเวณอวัยวะเพศและทวารหนักในเด็กที่มีประจำเดือนแล้ว

ท่าที่แนะนำ	เทคนิคการตรวจ	การตรวจช่วยยืนยัน
genital exam	supine lithotomy หรือ frog-leg position ^{๕, ๒๕} prone knee-chest position (PKC) ^๕	labia separation and traction speculum ^๕ (only tanner 3 or more) catheter ^{๕, ๒๕, ๒๖}
	PKC with gluteal lift ^๕	PKC with gluteal lift ^๕
anal exam	PKC with gluteal lift ^๕	reassess after bowel movement, ambulation หรือ alternate position ^๕

ตารางดัดแปลงจาก Table 1 examination techniques ของ Adam และคณะ^๕

การบันทึกบาดแผล

บันทึกแบบเดียวกับกรณีผู้ใหญ่ คือ ระบบ TEARS และบันทึกเฉพาะ abrasion laceration และ contusion หากสามารถถ่ายรูปโดยได้รับความยินยอมจากเด็กและผู้ปกครอง เป็นสิ่งที่ควรทำ

การแปลผลการบาดเจ็บ

๑. ระยะเวลาของบาดแผลที่อวัยวะเพศหญิงวัยเด็ก และวัยรุ่น - McCann และคณะ ได้ศึกษาการหายของการบาดเจ็บบริเวณ hymen^{๒๗} และ non-hymen^{๒๘} ที่อวัยวะเพศเด็กหญิงพบว่า ที่ hymen แผล abrasion หายได้ในเวลา ๓ - ๕ วัน ถ้าลึกและเลือดออกหายในเวลา ๑๑ - ๑๕ วัน จุดเลือดออก (petechiae) สามารถหายได้ในเวลา ๔๘ ชั่วโมงใน prepubertal girl และ ๗๒ ชั่วโมงใน adolescent girl แผล laceration เมื่อหาย hymen จะมีลักษณะตื้นกว่ารอยลึกที่เกิดจริง แต่สามารถพบได้ว่ากลับมาเป็นวงรอบโดยไม่มีร่องรอย ๑๕ ใน ๑๘ ของ prepubertal girl และ ๓๐ ใน ๓๔ ของ adolescent girl^{๒๗}

ส่วนในบริเวณอื่นที่ไม่ใช่ hymen พบว่า abrasion หายใน ๓ วัน edema หายใน ๕ วัน ecchymosis (bruising) หายใน ๒ - ๑๘ วันขึ้นกับความรุนแรง จุดเลือดออก (petechiae) สามารถหายได้ในเวลา ๒๔ ชั่วโมง แผล laceration ตื้นที่ vestibule หายได้ใน ๒ วัน ขณะที่แผลลึกที่ perineum ใช้เวลานานถึง ๒๐ วัน^{๒๘}

๒. อัตราการตรวจพบบาดแผล - คล้ายกับในกรณีผู้ใหญ่ กรณีแผลใหม่หากมีการบันทึก TEARS จะมีอัตราการตรวจพบสูงกว่า และการใช้ colposcope และ/หรือ ย้อม toluidine blue ย่อมได้ผลที่ดีกว่าการใช้ตาเปล่า อัตราสูงสุดที่พบแผลใหม่ในเด็กและวัยรุ่นคือ งานของ Jones และคณะ^{๒๙} เปรียบเทียบกลุ่มเด็กที่ยอมและไม่ยินยอมมีเพศสัมพันธ์ อายุ ๑๓ - ๑๗ ปี (N = ๒๕๕) และส่วนใหญ่ตรวจใน ๗๒ ชั่วโมง หลังเกิดเหตุพบว่าเด็กที่ไม่ยินยอมพบบาดแผลใหม่ (ร้อยละ ๘๕) ต่างจากกลุ่มที่ยินยอม (ร้อยละ ๗๓) โดยใช้ทั้งการย้อม toluidine blue และ colposcope การศึกษาของ White และคณะ พบว่ากรณีเด็กที่ยังไม่เคยมีเพศสัมพันธ์เทียบกับเคยมี (อายุ ๑๒ - ๑๗ ปี N = ๒๒๔) พบว่าอัตราการพบบาดแผลที่ hymen ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญร้อยละ ๕๐.๖ และร้อยละ ๑๒.๔^{๓๐}

๓. ชนิดและตำแหน่งการตรวจพบบาดแผล - laceration เป็นแผลที่พบได้บ่อยที่สุด^{๒๙, ๓๑, ๓๒} ตำแหน่งที่พบบ่อยมัก จะอยู่ส่วนล่าง โดยตำแหน่งที่พบบ่อยที่สุดคือ fossa navicularis และ hymen จากการศึกษาของ Jones และคณะ^{๒๙} ที่ posterior fourchette จากการศึกษาของ Adam และคณะ^{๓๐} ที่ posterior fourchette และ fossa navicularis จากการศึกษาของ Jones และคณะ^{๒๙} ที่ fossa navicularis และ hymen จากการศึกษาของ Stears และคณะ^{๓๒} อย่างไรก็ตามแผล laceration ที่

fourchette อาจเกิดได้จากการบาดเจ็บที่ไม่ได้ตั้งใจ เช่น จากอุบัติเหตุตกม้านั่ง^{๓๓}

abrasion มักพบที่ labia minora และ fourchette^{๒๓, ๒๖, ๓๒} อย่างไรก็ตาม Hepenstall และคณะ^{๓๓} พบ abrasion ที่ hymen, perihymen, fourchette และ labia ในกรณีตกม้านั่งด้วย ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์ของอังกฤษแนะนำว่า หากพบ abrasion ที่ genitalia ของเด็ก ต้องนึกถึงภาวะถูกกระทำซ้ำเราด้วย^{๓๔}

ecchymosis มักพบที่ cervix^{๒๓, ๓๒} และ hymen^{๒๔} โดยทั่วไป ecchymosis หากเป็นกรณีอุบัติเหตุ เช่น ตกม้านั่ง มักพบในส่วนบน (anterior) ของอวัยวะเพศ และอาจพบในส่วนล่าง (posterior) เฉพาะส่วนนอก จึงเป็นการผิดปกติหากจะพบ ecchymosis บริเวณด้านใน (internal genitalia) เพราะกายภาพของ labia จะปกคลุมและปิดอยู่ กรณีถูกกระทำซ้ำเราสามารถพบ ecchymosis ที่ hymen และ perihymen^{๒๔}

การตรวจบาดแผลต้องระมัดระวังภาวะปรกติในเด็กหลายอย่าง^๕ การตรวจที่ไม่พบบาดแผลไม่ใช่หมายความว่าไม่ถูกกระทำมา เช่น การศึกษาของ White และคณะ พบว่าแม้ในเด็กหญิงพรหมจรรย์ซึ่งถูกกระทำซ้ำเราและมาตรวจรวดเร็วก็มีร้อยละ ๖๒.๓ เท่านั้นที่พบบาดแผลใหม่^{๓๐} Kellogg และคณะพบว่าเพียง ๒ ใน ๓๖ ของหญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์และมีประวัติถูกข่มขืนกระทำซ้ำเรา มีร่องรอยของการล่วงล้ำอย่างชัดเจน^{๓๔}

การตรวจพบบาดแผลที่ทวารหนัก

Adams และคณะ พบ anal หรือ rectal bruising หรือ tear ในเด็กที่ถูกกระทำ^{๓๐} Hobbs และคณะ พบ classic signs ที่มีนัยสำคัญกับ anal abuse คือ reflex and dilation, laxity/reduce anal tone, erythema, perianal venous congestion, fissure/laceration และ scar^{๓๖} Myhre และคณะพบ anal soiling (p = 0.046), fissure (p = 0.000), laceration (p = 0.000) และ total anal dilation (p = 0.000)^{๓๗}

Adams และคณะ^๕ ระบุในว่า anal dilatation ๒ เซนติเมตร ถูกตัดออกจาก sign ที่บ่งชี้การกระทำซ้ำเราด้วยเหตุผลคือ dynamic วัดยาก และจะพบ dilate ได้เองหากเด็กอยู่ในท่า buttock separation นาน ๓๐ วินาที

การศึกษาถึงการตรวจเด็กคดีกระทำซ้ำเราน่าสนใจ

๑. การศึกษาของ Berkoff และคณะ^{๒๔} เป็น meta-analysis การศึกษาในเด็กก่อนมีประจำเดือนที่ตีพิมพ์ตั้งแต่ปี ค.ศ. ๑๙๖๖ - ๒๐๐๘ พบว่า ๔ การตรวจพบจะเพิ่มความน่าจะเป็นของการถูกกระทำทางเพศ คือ vaginal discharge, in posterior; hymen transection, deep notches

and perforation prompt และ การตรวจพบที่ค่าความน่าจะเป็นถูกกระทำทางเพศสูงสุด คือ การพบ vaginal discharge และการพบ vaginal diameter of hymen opening มากกว่า ๖.๕ มิลลิเมตร ในท่า PKC แต่ Berkoff ได้กล่าวใน take home message ในการตีพิมพ์ว่า การวัด vaginal diameter of hymen opening ไม่มีประโยชน์ทางคลินิก สอดคล้องกับที่ทางราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งอังกฤษไม่แนะนำอย่างยิ่งให้วัดความกว้าง hymen opening^{๓๐}

๒. การ review ของ Adams และคณะ มี guideline^๕ ดังนี้

๒.๑ การตรวจพบที่ยังไม่มีข้อสรุประหว่างผู้เชี่ยวชาญว่า เชื่อมโยงกับการถูกกระทำทางเพศหรืออุบัติเหตุหรือไม่

๑. การถ่างขยายของหูดทวารหนักทั้งด้านนอกและด้านใน โดยไม่มีสาเหตุอื่น เช่น ท้องผูก การได้ยาสลบหรือยานอนหลับ ภาวะออกจากระเล็ด หรือ โรคทางระบบประสาทและกล้ามเนื้อ

๒. ร่องหรือรอยฉีกขาดเก่า ที่เป็นลึกไม่ถึงฐานของ hymen ในตำแหน่ง ณ ๓ นาฬิกา ๙ นาฬิกา หรือต่ำกว่า

๓. ร่องหรือรอยฉีกขาดเก่า ที่เป็นลึกถึงฐานของ hymen ณ ตำแหน่ง ๓ นาฬิกา หรือ ๙ นาฬิกา

๒.๒ การตรวจพบที่เชื่อมโยงกับการถูกกระทำทางเพศหรืออุบัติเหตุ

๑. แผล laceration ใหม่ ที่ labia, penis, scrotum, perianal tissues, perineum, posterior fourchette, vestibule, vagina และ hymen

๒. แผล ecchymosis ที่ labia, penis, scrotum, perianal tissues, perineum และ hymen

๓. แผล abrasion ที่ hymen

๔. ร่องหรือรอยฉีกขาดเก่าที่ hymen ซึ่งลึกถึงฐาน ระหว่างตั้งแต่ ๔ นาฬิกาถึง ๘ นาฬิกา

๕. การหายไปเป็นช่วงของ hymen ในส่วนครึ่งล่าง

๖. แผลเป็นที่ perianal tissues, posterior fourchette หรือ fossa

๒.๓ การยืนยันการถูกกระทำทางเพศโดยชาย

๑. การตรวจพบ ตัวอสุจิจากร่างกายของเด็กโดยตรง

๒. การตรวจพบการตั้งครรภ์

สรุป

การตรวจบาดแผลบริเวณอวัยวะเพศและทวารหนักหญิง มีการพัฒนาไปอย่างมากมีการใช้ colposcope และ anoscope ในประเทศไทยทราบเท่าที่ค้นหาได้ ไม่พบการใช้ colposcope แต่มีการใช้เทคนิค Floating hymen with water or saline, Trace hymenal rim with cotton tip swab และ Foley catheter โดยวนิดา และคณะ^{๓๔} การแปลผลการตรวจในปัจจุบันจะก้าวหน้าเป็นลักษณะเวชปฏิบัติอิงหลักฐาน เพื่อความน่าเชื่อถือทางคดี โดยเฉพาะกรณีร้องเรียนแผลในเด็ก อย่างไรก็ตามผลการศึกษาที่มีออกมาต่อเนื่องอาจทำให้การแปลผลนั้นเปลี่ยนแปลงไป ในอนาคตซึ่งต้องติดตามต่อเนื่องและนำมาประยุกต์ใช้

เอกสารอ้างอิง

๑. แพทยสภา. ประกาศแพทยสภา ที่ ๑๒/๒๕๕๕ เรื่อง เกณฑ์ความรู้ความสามารถในการประเมินเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๕๕. [อินเทอร์เน็ต]. ๒๕๕๕ [เข้าถึงเมื่อ ๕ ก.พ. ๒๕๕๕] เข้าถึงได้จาก: http://www.tmc.or.th/file_08062012.pdf.
๒. สำนักคณะกรรมการกฤษฎีกา. พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. ๒๕๕๙ [อินเทอร์เน็ต]. ๒๕๕๙ [เข้าถึงเมื่อ ๕ ก.พ. ๒๕๕๙] เข้าถึงได้จาก: <http://web.krisdika.go.th/data/law/law4/%BB06/%BB06-20-9999-update.pdf>.
๓. คำพิพากษาศาลฎีกาที่ ๔๑๖๔/๒๕๕๕. [อินเทอร์เน็ต]. ๒๕๕๕ [เข้าถึงเมื่อ ๕ ก.พ. ๒๕๕๙] เข้าถึงได้จาก: <http://www.deka2007.supremecourt.or.th/deka/web/searchlist.jsp>.
๔. สำนักคณะกรรมการกฤษฎีกา. พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. ๒๕๔๖. [อินเทอร์เน็ต]. ๒๕๕๕ [เข้าถึงเมื่อ ๔ ก.พ. ๒๕๕๙] เข้าถึงได้จาก: <http://web.krisdika.go.th/data/law/law2/%A493/%A493-20-2546-a0001.pdf>.
๕. Adam JA, Kellogg ND, Farst KJ, Harper NS, Palusci VJ, Frasier LD, et al. Updated Guidelines for the medical assessment and care of children who may have been sexually abused. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2016;29:81-7.
๖. Hilden M, Schei B, Sidenius K. Genitoanal injury in adult female victims of sexual assault. Forensic Sci Int 2005;154:200-5.
๗. Baker RB, Sommers MS. Relationship of genital injuries and age in adolescent and young adult rape survivors. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2008;37:282-9.
๘. Lincoln C, Perera R, Jacobs I, Ward A. Macroscopically detected female genital injury after consensual and non-consensual vaginal penetration: A prospective comparison study. J Forensic Leg Med 2013;20:884-901.
๙. Bowyer L, Dalton M. Female victims of rape and their genital injuries. Br J Obstet Gynaecol 1997;104:617-20.
๑๐. White C. Genital injuries in adults. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2013;27:113-30.
๑๑. Slaughter L, Brown C, Crowley S, Peck R. Patterns of genital injury in female sexual assault victims. Am J Obstet Gynecol 1997;176:609-16.
๑๒. McLean I, Roberts SA, White C, Paul S. Female genital injuries resulting from consensual and non-consensual vaginal intercourse. Forensic Sci Int 2011;204:27-33.
๑๓. Ernst AA, Green E, Ferguson MT, Weiss SJ, Green WM. The utility of anoscopy and colposcopy in the evaluation of male sexual assault victims. Ann Emerg Med 2000;36:432-7.
๑๔. WHO. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Geneva, Switzerland, 2003.
๑๕. Jina R, Jewkes R, Vetten L, Christofides N, Sigsworth R, Loots L. Genito-anal injury patterns and associated factors in rape survivors in an urban province of South Africa: a cross-sectional study. BMC Womens Health 2015;15:29.
๑๖. Kissane J. Inflammation and healing. In Kissane J (ed.). Anderson's pathology. St Louis, MO: Mosby 1985:47-53.
๑๗. Astrup BS, Ravn P, Lauritsen J, Thomsen JL. Nature, frequency and duration of genital lesions after consensual sexual intercourse: implications for legal proceedings. Forensic Sci Int 2011;219:50-6.

๑๘. Maguire W, Goodall E, Moore T. Injury in adult female sexual assault complainants and related factors. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2009;142:149-53.
๑๙. Kennedy K. Heterogeneity of existing research relating to sexual violence. sexual assault and rape precludes meta-analysis of injury data. *J Forensic Leg Med* 2013;20:447-59.
๒๐. Morgan L, Dill A, Welch J. Sexual assault of postmenopausal women: a retrospective review. *Br J Obstet Gynaecol* 2011;118:832-43.
๒๑. Eckert LO, Sugar NF. Older victims of sexual assault: an underrecognized population. *Am J Obstet Gynecol* 2008;688:e1-7.
๒๒. Jones JS, Rossman L, Diegel R, Van Order P, Wynn BN. Sexual assault in postmenopausal women: epidemiology and patterns of genital injury. *Am J Emerg Med* 2009;27:922-9.
๒๓. Jones JS, Rossman L, Wynn BN, Dunnuck C, Schwartz N. Comparative analysis of adult versus adolescent sexual assault: epidemiology and patterns of anogenital injury. *Acad Emerg Med* 2003;10:872-7.
๒๔. Berkoff MC, Zolotor AJ, Makoroff KL, Thackeray JD, Shapiro RA, Runyan DK. Has this prepubertal girl been sexually abused? *J Am Med Assoc* 2008;300:27:79-92.
๒๕. Price J. Injuries in prepubertal and pubertal girls. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2013;27:131-9.
๒๖. Starling SP, Jenny C. Forensic examination of adolescent female genitalia: the Foley catheter technique. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1997;151:102-3.
๒๗. McCann J, Miyamoto S, Boyle C, Rogers K. Healing of hymenal injuries in prepubertal and adolescent girls: a descriptive study. *Pediatrics* 2007;119:e1094-e1106.
๒๘. McCann J, Miyamoto S, Boyle C, Rogers K. Healing of nonhymenal genital injuries in prepubertal and adolescent girls: a descriptive study. *Pediatrics* 2007;120:1000-11.
๒๙. Jones JS, Rossman L, Hartman M, Alexander CC. Anogenital injuries in adolescents after consensual sexual intercourse. *Acad Emerg Med* 2003;10:1378-83.
๓๐. White C, McLean I. Adolescent complainants of sexual assault: injury patterns in virgin and non-virgin groups. *J Clin Forensic Med* 2006;13:172-80.
๓๑. Adams JA, Girardin B, Faugno D. Adolescent sexual assault: documentation of acute injuries using photo-colposcopy. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2001;14:175-80.
๓๒. Stears S, Rossman L, Wynn B, Jones JS. Anogenital injury in adolescent sexual assault: analysis of 1,024 cases using colposcopy and nuclear staining [abstract]. *Ann Emerg Med* 2008;52:S64.
๓๓. Hepenstall-Heger A, McConnell G, Ticson LA, Guerra L, Lister J, Zaragoza T. Healing patterns in anogenital injuries: a longitudinal study of injuries associated with sexual abuse, accidental injuries or genital surgery in the preadolescent child. *Pediatrics* 2003;112:829-37.
๓๔. RCMP. The physical signs of child sexual abuse: a evidence based review and guidance for best practice. Royal College of Paediatrics and Child Health, and Faculty of Forensic and Legal Medicine March 2008.
๓๕. Kellogg ND, Menard SW, Santos A. Genital anatomy in pregnant adolescents: "normal" does not mean "nothing happened". *Pediatrics* 2004;113:67-9.
๓๖. Hobbs CJ, Wright CM. Anal signs of child sexual abuse: a case-control study *BMC Pediatr* 2014;14:128.
๓๗. Myhre AK, Adams JA, Kaufhold M, Davis JL, Suresh P, Kuelbs CL. Anal findings in children with and without probable anal penetration: a retrospective study of 1115 children referred for suspected sexual abuse. *Child Abuse Negl* 2013;37:465-74.
๓๘. วณิดา เปาอินทร์, แสงแข ขำนาญวานกิจ. การบาดเจ็บของอวัยวะเพศในเด็กหญิงที่ถูกทารุณกรรมทางเพศ. *ธรรมศาสตร์เวชสาร* ๒๕๕๑;๘:๙-๑๘.

Abstract

Genitoanal examination in female rape complaint

Papanu Suttipasit

Department of Forensic, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol university

Recently, the law of rape has been changed and determination of the female genital injury is very important especially in child not over 18 years old. Nowadays genital wound detection is advance, there are using of colposcope and anoscope with toluidine blue dye painting. And cotton tip swab and foley catheter technique has been used. Rate of genital injury was varied by technique and documentation. Laceration was the most common type of genital injury in children adults and postmenopausal women. Posterior part of genitalia was the most common part of genitalia that affected. Normal was not mean nothing happened because there was no even one study had detection rate of genital injury for 100%.

Key words: Suposed raped female, Wound detection, Genital injury and anal injury