

กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอด 2 รายที่มีภาวะลำไส้เล็กอุดตัน
จากกลไกทางกายภาพและภาวะลำไส้ไม่เคลื่อนไหวหลังผ่าตัด
Two Case Studies of Nursing Care for Post-Cesarean Patients with
Mechanical Small Bowel Obstruction and Postoperative Ileus

ชนิษฐา ผลงาม*
Khanittha Phon-ngam*

บทคัดย่อ

ความเป็นมา: ภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินอาหารภายหลังการผ่าตัดคลอด ได้แก่ ภาวะลำไส้อุดตันจากกลไกทางกายภาพ (mechanical bowel obstruction) และภาวะลำไส้ไม่เคลื่อนไหวหลังผ่าตัด (postoperative ileus) พบไม่บ่อย แต่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของมารดาและอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง โดยเฉพาะภาวะลำไส้อุดตันจากกลไกทางกายภาพ ทั้งสองภาวะมีอาการคล้ายคลึงกัน เช่น ปวดท้อง ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน และไม่ผายลมหรือไม่ถ่ายอุจจาระ แต่มีพยาธิสรีรวิทยาและแนวทางการรักษาแตกต่างกัน การประเมินอย่างเป็นระบบและการตรวจวินิจฉัยด้วยภาพทางรังสีจึงมีความสำคัญต่อการวินิจฉัยแยกโรค

วัตถุประสงค์: เพื่อนำเสนอและเปรียบเทียบลักษณะทางคลินิก การวินิจฉัย การรักษา และการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดที่มีภาวะลำไส้อุดตันจากกลไกทางกายภาพและภาวะลำไส้ไม่เคลื่อนไหวหลังผ่าตัด

การนำเสนอกรณีศึกษา: นำเสนอผู้ป่วยหญิงหลังผ่าตัดคลอดจำนวน 2 ราย โดยรายแรกมีภาวะลำไส้เล็กอุดตันจากกลไกทางกายภาพ และรายที่สองมีภาวะลำไส้ไม่เคลื่อนไหวหลังผ่าตัด วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลทางคลินิก ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจวินิจฉัยด้วยภาพทางรังสี การรักษา และการพยาบาล

ผลการศึกษา: ระยะเวลาการเริ่มมีอาการ ปัสสาวะเล็ด ลักษณะอาการทางคลินิก และผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง (computed tomography; CT) ช่วยแยกความแตกต่างระหว่างสองภาวะและนำไปสู่การวางแผนการรักษาและการพยาบาลที่เหมาะสม กรณีศึกษาสะท้อนความสำคัญของบทบาทเชิงรุกของพยาบาลในการประเมินอาการตั้งแต่ระยะเริ่มต้น การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การดูแลแบบองค์รวม และการประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ

Received: February, 2026

Revised: August 25, 2026

Accepted: August 31, 2026

* ผู้ชำนาญการพิเศษพยาบาล 7 ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10330
E-mail: kthani.ph@gmail.com

* Registered Nurse, Nursing Department, King Chulalongkorn Memorial Hospital, Thai Red Cross Society, Bangkok, Thailand 10330. E-mail: kthani.ph@gmail.com

สรุป: ภาวะลำไส้อุดตันจากกลไกทางกายภาพและภาวะลำไส้ไม่เคลื่อนไหวหลังผ่าตัดมีอาการคล้ายคลึงกัน แต่ต้องใช้แนวทางการวินิจฉัยและการรักษาที่แตกต่างกัน การประเมินอย่างครอบคลุม การวินิจฉัยที่รวดเร็ว และการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ มีความสำคัญต่อการลดภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมการฟื้นตัว และเพิ่มความปลอดภัยของมารดาหลังผ่าตัด

คำสำคัญ: การผ่าตัดคลอด ภาวะลำไส้อุดตันจากกลไกทางกายภาพ ภาวะลำไส้ไม่เคลื่อนไหวหลังผ่าตัด การพยาบาลหลังผ่าตัดคลอด

Abstract

Background: Gastrointestinal complications following cesarean delivery, including mechanical bowel obstruction and postoperative ileus, are uncommon but may delay maternal recovery and lead to serious complications, particularly mechanical bowel obstruction. Although these two conditions share similar clinical manifestations, such as abdominal pain, abdominal distension, nausea, vomiting, and failure to pass flatus or stool, they differ in their pathophysiology and management. Systematic clinical assessment and appropriate diagnostic imaging are therefore essential for differential diagnosis.

Objective: To present and compare the clinical characteristics, diagnosis, management, and nursing care of two post-cesarean patients with mechanical bowel obstruction and postoperative ileus.

Case Presentation: Two women who developed gastrointestinal complications following cesarean delivery were presented. The first patient developed mechanical small bowel obstruction, whereas the second developed postoperative ileus. Clinical characteristics, laboratory findings, diagnostic imaging, treatment, and nursing care were reviewed and compared.

Results: The timing of symptom onset, risk factors, clinical manifestations, and abdominal computed tomography (CT) findings helped differentiate the two conditions and guided appropriate treatment and nursing care. The cases also highlighted the proactive role of nurses in early assessment, complication surveillance, holistic care, and multidisciplinary collaboration.

Conclusion: Mechanical bowel obstruction and postoperative ileus may present with similar clinical manifestations yet require different diagnostic and therapeutic approaches. Comprehensive assessment, timely diagnosis, and evidence-based nursing care are essential for reducing complications, promoting recovery, and enhancing maternal safety following cesarean delivery.

Keywords: Cesarean section, Mechanical bowel obstruction, postoperative bowel ileus, Post cesarean section nursing care

ความเป็นมาและความสำคัญ

การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (cesarean section) เป็นหัตถการที่ความชุกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทางสถิติกรรมอย่างต่อเนื่อง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก ทั้งนี้องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) รายงานว่า มีอัตราการผ่าตัดคลอดทั่วโลกร้อยละ 21 และอาจเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 29 ภายในปี พ.ศ. 2572¹ แต่หลายประเทศมากกว่า ร้อยละ 30² ส่วนประเทศไทยประมาณ ร้อยละ 30-35³ ภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน หนึ่งในนั้นคือภาวะแทรกซ้อนทางระบบทางเดินอาหาร มีรายงานการศึกษาหลายฉบับพบอุบัติการณ์แตกต่างกันตามประชากรและเกณฑ์การวินิจฉัย กล่าวคือ จากข้อมูลในต่างประเทศทั่วโลก พบว่า ภาวะลำไส้อุดตันหลังผ่าตัดคลอดมีอุบัติการณ์ประมาณ ร้อยละ 0.1-0.3⁴ ขณะที่ภาวะลำไส้ไม่เคลื่อนไหวพบได้ประมาณร้อยละ 0.6⁵ ในสหรัฐอเมริกา ภาวะลำไส้อุดตันหลังผ่าตัดคลอดมีอุบัติการณ์ประมาณ ร้อยละ 0.5-1⁶ ขณะที่ภาวะลำไส้ไม่เคลื่อนไหวพบได้ประมาณ ร้อยละ 0.05-0.1⁷ ในประเทศไทยยังไม่มีรายงานอุบัติการณ์ของภาวะลำไส้อุดตันและลำไส้ไม่เคลื่อนไหวหลังผ่าตัดคลอดในระดับประเทศ ภาวะลำไส้อุดตันหลังผ่าตัดคลอดโดยทั่วไปมีพยากรณ์โรคที่ต่ำ หากได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างรวดเร็วและเหมาะสม แม้ยังไม่มีข้อมูลอัตราการเสียชีวิตเฉพาะในผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอด แต่ข้อมูลจากผู้ป่วยภาวะลำไส้อุดตันจากพังผืด (adhesive small bowel obstruction) พบว่า อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลอยู่ที่ประมาณ ร้อยละ 3⁸ และมีแนวโน้มสูงขึ้นในผู้ป่วยที่เกิดภาวะลำไส้ขาดเลือด ลำไส้ทะลุ หรือภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด⁹ เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด มีบทบาทในการประเมินอาการผิดปกติได้ตั้งแต่ระยะแรกและรายงานแพทย์อย่างทันที ช่วยลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอกรณีศึกษาผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอด 2 ราย ซึ่งเกิดภาวะลำไส้อุดตันจากกลไกทางกายภาพและภาวะลำไส้ไม่เคลื่อนไหวหลังผ่าตัด และเพื่อเปรียบเทียบลักษณะทางคลินิก การวินิจฉัย การรักษา และบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย

ความหมาย ภาวะลำไส้อุดตันในผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอด

มีนักวิชาการ ให้ความหมายภาวะลำไส้อุดตันผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอด ดังนี้

Norton-Old และคณะ¹⁰ อธิบายว่า ภาวะลำไส้อุดตันภายหลังการผ่าตัดคลอดสามารถเกิดขึ้นได้ทั้งจากการอุดตันจากกลไกทางกายภาพ (mechanical bowel obstruction) ซึ่งมีสิ่งกีดขวางทางกายภาพขัดขวางการเคลื่อนผ่านของสิ่งภายในลำไส้ และการอุดตันจากความผิดปกติของการทำงานของลำไส้ (functional bowel obstruction) ซึ่งจากการเคลื่อนไหวของลำไส้ที่ลดลงหรือหยุดลง เช่น ภาวะลำไส้ไม่เคลื่อนไหว (paralytic ileus) และภาวะลำไส้ใหญ่โป่งพองเฉียบพลันที่ไม่มีการอุดตันจากกลไกทางกายภาพ (acute colonic pseudo-obstruction หรือ Ogilvie's syndrome) โดยภาวะดังกล่าวสามารถพบได้ภายหลังการผ่าตัดคลอด

Wells และคณะ¹¹ อธิบายว่า postoperative ileus เป็นภาวะที่การเคลื่อนผ่านของระบบทางเดินอาหารบกพร่องภายหลังการผ่าตัด โดยเป็นความผิดปกติของการทำงานของระบบทางเดินอาหารที่ไม่ได้เกิดจากการมีสิ่งกีดขวางทางกล และมีอาการทางคลินิกที่สะท้อนการกลับคืนของการทำงานของลำไส้ที่ล่าช้า

Sahu และคณะ⁴ อธิบายว่า ภาวะลำไส้เล็กอุดตันภายหลังการผ่าตัดคลอด เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ภายหลังการผ่าตัดคลอด โดยอาจเกิดจากพังผืดที่ทำให้ลำไส้เกิดการยึดติดและอุดตัน รวมถึง

ภาวะแทรกซ้อนจากวัสดุหรือสารห้ามเลือดที่ใช้ระหว่างการผ่าตัด ซึ่งอาจทำให้เกิดจุดอุดตันของลำไส้เล็ก ภายหลังการผ่าตัดคลอด

Ghimire และ Maharjan^๑ อธิบายว่า adhesive small bowel obstruction เป็นภาวะลำไส้เล็กอุดตันที่เกิดจากพังผืดภายในช่องท้อง โดยพังผืดเป็นสาเหตุสำคัญของการอุดตันของลำไส้เล็กภายหลังการผ่าตัด และสามารถทำให้เกิดการคั่งของก๊าซและของเหลวเหนือบริเวณที่อุดตัน ส่งผลให้เกิดอาการปวดท้อง ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน และการผายลมหรือการถ่ายอุจจาระผิดปกติ

สรุป ภาวะลำไส้อุดตันหลังการผ่าตัดคลอด (bowel obstruction post cesarean section) สามารถจำแนกในทางคลินิก ดังนี้ ภาวะการอุดตันจากกลไกทางกายภาพ (mechanical bowel obstruction) เกิดจากมีสิ่งกีดขวางทางกายภาพขัดขวางการเคลื่อนผ่านของสิ่งภายในลำไส้ เช่น พังผืดภายหลังการผ่าตัด ขณะที่ภาวะลำไส้ไม่เคลื่อนไหวหลังผ่าตัด (postoperative ileus) เป็นภาวะที่การเคลื่อนผ่านของระบบทางเดินอาหารบกพร่องจากความผิดปกติของการทำงานและการเคลื่อนไหวของลำไส้ โดยไม่มีสิ่งอุดตันทางกลไกทางกายภาพ ทั้งสองภาวะอาจเกิดภายหลังการผ่าตัดคลอด แต่มีพยาธิสรีรวิทยาและแนวทางการวินิจฉัยแตกต่างกัน

สาเหตุและพยาธิสรีรวิทยา

ภาวะลำไส้อุดตัน แบ่งสาเหตุและพยาธิสรีรวิทยา หรือกลไกการเกิด เป็น 2 ชนิด คือ

1. ภาวะลำไส้ไม่เคลื่อนไหวหลังผ่าตัด (postoperative bowel ileus) หมายถึง ภาวะที่การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลงหรือหยุดลงชั่วคราว โดยไม่มีสิ่งกีดขวางทางกายภาพภายในลำไส้ เกิดภายหลังการผ่าตัดตั้งแต่ช่วง 24-72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด⁷ เป็นช่วงที่ลำไส้ยังฟื้นตัวจากผลของการผ่าตัด ส่งผลให้การเคลื่อนผ่านของอาหารและแก๊สชะงักลง¹² เป็นภาวะที่พบได้บ่อยที่สุดหลังการผ่าตัดคลอดทางช่องท้อง เกิดจากการที่การทำงานของลำไส้ลดลงหรือหยุดชะงักชั่วคราว สาเหตุเกิดจากปฏิกิริยาการอักเสบเกี่ยวข้องกับการผ่าตัด กล่าวคือ มีการใช้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ (opioid)¹³ การเปลี่ยนแปลงของอิเล็กโทรไลต์ หรือการติดเชื้อในช่องท้อง โดยทั่วไปจะหายได้เองภายใน 2-3 วันหลังผ่าตัด¹⁴

2. ภาวะลำไส้อุดตันจากกลไกทางกายภาพ (mechanical bowel obstruction) หมายถึง ภาวะที่มีสิ่งกีดขวางทางกายภาพภายในหรือภายนอกลำไส้ ทำให้ลำไส้อุดตันบางส่วนหรือทั้งหมด¹⁵ สาเหตุที่พบบ่อยที่สุดคือ

- 2.1 พังผืดในช่องท้อง (intra-abdominal adhesions) เกิดขึ้นจากกระบวนการหายของบาดแผลภายใน ทำให้ลำไส้บางส่วนติดกัน เป็นเนื้อเยื่อพังผืดที่เกิดขึ้นหลังจากการผ่าตัดหรือการอักเสบในช่องท้อง^๑ กระบวนการเกิดพังผืดเริ่มต้นจากการอักเสบของเยื่อช่องท้องภายใน 24-48 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด ตามด้วยการสะสมของเส้นใยไฟบริน (fibrin) และการก่อตัวของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันที่เชื่อมต่อกับอวัยวะต่าง ๆ เข้าด้วยกัน พังผืดเหล่านี้สามารถทำให้เกิดการตีรั้งหรือการบิดตัวหรือการกดทับของลำไส้ ส่งผลให้เกิดการอุดตันได้^{5,16}

- 2.2 การบาดเจ็บของลำไส้ระหว่างการผ่าตัดคลอด จากเครื่องมือผ่าตัดสัมผัสกับลำไส้โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากมีพังผืดจากการผ่าตัดครั้งก่อน หรือมีการเปลี่ยนแปลงทางกายวิภาค เนื่องจากการตั้งครรภ์อาจเกิดขึ้นได้ทั้งในระหว่างการกรีดหน้าท้อง หรือลึกเข้าไปในช่องท้องขณะทำการกรีดมดลูก เมื่อลำไส้ถูกเจาะหรือตัด เกิดผลกระทบการรั่วไหลของอุจจาระภายในอาจทำให้เกิดการติดเชื้อที่เป็นอันตรายได้¹⁶

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยสามารถประเมินจากการซักประวัติและอาการสำคัญ การตรวจร่างกาย การตรวจทางรังสี วินิจฉัยการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รายละเอียดมีดังนี้

การซักประวัติ

การซักประวัติมักเริ่มต้นจากการค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเพิ่มโอกาสในการเกิดภาวะลำไส้อุดตัน หลังผ่าตัดคลอด ประกอบด้วย

1. ภาวะลำไส้ไม่เคลื่อนไหวหลังผ่าตัดคลอด (postoperative ileus)

1.1 อายุมารดาที่เพิ่มขึ้น จากศึกษา 23,486 ราย พบอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะลำไส้ไม่เคลื่อนไหว หลังผ่าตัดคลอด (postoperative ileus) ร้อยละ 0.6 และพบว่า อายุของมารดาที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับการเกิด postoperative ileus โดยมีค่า aOR 1.78 (95% CI 1.19-2.66) ทั้งนี้ การศึกษาไม่ได้กำหนดจุดตัดของอายุที่ชัดเจน จึงไม่สามารถสรุปได้ว่าอายุช่วงใดช่วงหนึ่งเป็นจุดตัดความเสี่ยงโดยเฉพาะ⁵

1.2 ภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน (overweight/obesity) ทำให้การผ่าตัดมีความซับซ้อนมากขึ้น ระยะเวลาผ่าตัดยาวนาน และต้องมีการเลาะหรือเคลื่อนย้ายเนื้อเยื่อมากขึ้น ส่งผลให้เกิดการอักเสบของเยื่อช่องท้องและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลำไส้ไม่เคลื่อนไหวหลังผ่าตัด¹⁶

1.3 ภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ (hypokalemia) ทำให้การหดตัวของกล้ามเนื้อเรียบของลำไส้ลดลง ส่งผลให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ช้าลงหรือหยุดชะงัก เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ควรได้รับการแก้ไขหลังผ่าตัด¹⁷

1.4 ระยะเวลาการผ่าตัดที่ยาวนาน การผ่าตัดที่ใช้เวลานานสัมพันธ์กับการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ การสัมผัสลำไส้ และการอักเสบภายในช่องท้องที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้การฟื้นตัวการทำงานของลำไส้ล่าช้า¹³

1.5 การใช้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ (opioids) ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ยับยั้งการหลั่งสารสื่อประสาทอะเซทิลโคลีน (acetylcholine) ภายในระบบประสาทลำไส้ ทำให้การบีบตัวของลำไส้ลดลง เพิ่มระยะเวลาการเกิดภาวะลำไส้ไม่เคลื่อนไหวหลังผ่าตัด¹⁴

1.6 การสูญเสียเลือดและภาวะขาดน้ำทำให้การไหลเวียนเลือดไปยังลำไส้ลดลง กระตุ้นการตอบสนองต่อความเครียดและการอักเสบของร่างกาย ชะลอการฟื้นตัวของการเคลื่อนไหวของลำไส้¹⁵

2. ภาวะลำไส้อุดตันจากกลไกทางกายภาพ

2.1 มีสิ่งกีดขวางภายในหรือภายนอกลำไส้ ทำให้ลำไส้อุดตันอย่างสมบูรณ์หรือบางส่วน โดยสาเหตุสำคัญ ได้แก่ พังผืดในช่องท้องหลังผ่าตัด (postoperative adhesions) ลำไส้บิด (volvulus) ไส้เลื่อน (hernia) เนื้องอกกดเบียดลำไส้ ลำไส้ตีบแคบจากการอักเสบ อุดจระเข้อุดตัน ภายหลังการผ่าตัดคลอด

2.2 มีประวัติการผ่าตัดในช่องท้อง ในบริเวณท้องน้อยหรืออุ้งเชิงกรานมาก่อน มีการอักเสบหรือมีเลือดออกมาก การติดเชื้อในช่องท้อง (รวมถึงผ่าตัดคลอดซ้ำ) มีโอกาสเกิดพังผืดสูง¹⁶ (พังผืดในช่องท้องเกิดจากกระบวนการอักเสบและการซ่อมแซมเนื้อเยื่อหลังการผ่าตัด ทำให้ลำไส้ถูกยึดรั้งหรือหักพับจนเกิดการอุดตัน¹⁸)

อาการและอาการแสดง ภาวะลำไส้อุดตันจากกลไกทางกายภาพ และภาวะลำไส้ไม่เคลื่อนไหว มีอาการทางคลินิกบางประการคล้ายคลึงกัน แต่ลักษณะอาการ ความรุนแรง และผลการตรวจร่างกายมีความแตกต่างกัน ดังนี้

1. ภาวะลำไส้ไม่เคลื่อนไหวหลังผ่าตัดคลอด ผู้ป่วยมักมีอาการท้องอืดแน่นท้องแบบทั่ว ๆ มากกว่าปวดบีบเป็นพัก ๆ อาการปวดมักเป็นลักษณะตื้อ ๆ หรือไม่รุนแรง ร่วมกับคลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารไม่ได้ และไม่มีการผายลมหรือถ่ายอุจจาระ การตรวจร่างกายมักพบหน้าท้องโป่งตึง เสียงลำไส้ลดลงหรือไม่ได้ยิน (hypoactive or absent bowel sounds)¹⁹ ซึ่งแตกต่างจากภาวะลำไส้อุดตันจากสาเหตุเชิงกายภาพที่มักมีเสียงลำไส้ดังมากในระยะแรก ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่มีอาการปวดเฉพาะจุดหรืออาการระคายเคืองช่องท้อง²⁰

2. ภาวะลำไส้อุดตันจากกลไกทางกายภาพ ผู้ป่วยมักมีอาการปวดท้องแบบบีบเป็นพัก ๆ (colicky abdominal pain) จากการบีบตัวของลำไส้เหนือจุดอุดตัน ร่วมกับอาการท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน และไม่ถ่ายอุจจาระหรือไม่ผายลม อาการอาเจียนอาจรุนแรงขึ้นตามระดับของการอุดตัน หากอุดตันบริเวณลำไส้เล็กส่วนต้น ผู้ป่วยมักอาเจียนเร็วและบ่อย ขณะที่การอุดตันส่วนปลายจะมีอาการท้องอืดเด่นชัดกว่า⁸ การตรวจร่างกายอาจพบหน้าท้องโป่งตึง กดเจ็บ และได้ยินเสียงลำไส้มากผิดปกติหรือมีเสียงแหลมสูง (high-pitched bowel sounds) ในระยะแรก²⁰ ต่อมาอาจลดลงหากลำไส้ขาดเลือดหรืออ่อนล้า ในรายที่รุนแรงอาจพบอาการแสดงของภาวะลำไส้ขาดเลือดหรือทะลุ เช่น ปวดท้องรุนแรง กดเจ็บทั่วท้อง มีไข้ ชีพจรเร็ว และภาวะช็อก⁹

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างการวินิจฉัย ระหว่าง ภาวะลำไส้ไม่เคลื่อนไหวกับภาวะลำไส้อุดตันจากกลไกทางกายภาพ

การวินิจฉัย	ภาวะลำไส้ไม่เคลื่อนไหว	ภาวะลำไส้อุดตันจากกลไกทางกายภาพ
การซักประวัติและอาการสำคัญ	- ท้องอืด แน่นท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ไม่ผายลมหรือไม่ถ่ายอุจจาระ - ปวดท้องแบบตื้อ ๆ ไม่รุนแรง - การใช้ยา เช่น ยาระงับปวด opioids, ยาต้านคลื่นไส้ ฯลฯ	- ปวดท้องบีบเป็นพัก ๆ (colicky pain) - ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน (เป็นน้ำดี) - ไม่ถ่ายอุจจาระหรือไม่ผายลม - อาจมีประวัติผ่าตัดช่องท้องมาก่อน เคยมีภาวะพังผืด
การตรวจร่างกาย - ฟัง bowel sound (โดยทั่วไปมีรายงานว่า bowel sounds อาจได้ยินประมาณ 5-30 ครั้ง/นาที)²³ - vital signs หากมีไข้ ความดันต่ำแสดงถึงการติดเชื้อหรือลำไส้ขาดเลือด - ตรวจอุ้งเชิงกรานหากสงสัยภาวะภายในมดลูก	- หน้าท้องโป่งตึงทั่ว ๆ - bowel sound ลดลงหรือไม่ได้ยิน (hypoactive bowel sound: ได้ยินเสียงลำใ้น้อยกว่า 5 ครั้ง/นาที Absent bowel sound: ไม่พบเสียงลำไส้หลังฟังต่อเนื่องอย่างน้อย 3-5 นาที)²³ - มักไม่มีอาการกดเจ็บเฉพาะที่ - คลำเจอก้อนหรือกดเจ็บ ฟังเสียงลำไส้เสียงลำไส้ลดลงหรือไม่มีเสียง มักเกิดจากภาวะลำไส้ไม่เคลื่อนไหว (bowel Ileus)	- หน้าท้องโป่งตึง - bowel sound ดังและถี่ในระยะแรก (hyperactive bowel sounds > 30 ครั้ง/นาที หรือได้ยินถี่กว่าปกติ ร่วมกับเสียงดัง)²³ อาจพบกดเจ็บเฉพาะที่ - หากรุนแรงอาจมี guarding หรือ rebound tenderness - หากเสียง hyperactive และหรือ high-pitched มักเกิดจาก ภาวะลำไส้เล็กอุดตัน (Small Bowel Obstruction: SBO)

การวินิจฉัย	ภาวะลำไส้ไม่เคลื่อนไหว	ภาวะลำไส้อุดตันจากกลไกทางกายภาพ
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ - CBC ดูภาวะติดเชื้อหรือเม็ดเลือดขาวสูง ในกรณีที่มีการอักเสบหรือติดเชื้อ - Electrolytes ดูภาวะขาดน้ำหรือเสียสมดุลเกลือแร่จากอาเจียน - BUN Creatinine ดูภาวะไตทำงานผิดปกติจากขาดน้ำ - CRP, lactate ค่าจะสูงขึ้นในกรณีที่มีการขาดเลือดของลำไส้	- ประเมินภาวะขาดน้ำ - ตรวจอิเล็กโทรไลต์อาจพบภาวะโพแทสเซียมต่ำ โพแทสเซียมต่ำ (hypokalemia) มีบทบาทสำคัญต่อการทำงานของกล้ามเนื้อเรียบและการนำกระแสประสาทของลำไส้ หากต่ำ มีผลทำให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง กลไกสำคัญคือ โพแทสเซียมต่ำ → เซลล์กล้ามเนื้อทำงานผิดปกติ → การบีบตัวของลำไส้ลดลง → peristalsis ช้าลง → เกิดลำไส้ไม่เคลื่อนไหว (ileus) ผลที่เกิดขึ้น ได้แก่ bowel sound ลดลง ท้องอืด (abdominal distension) คลื่นไส้ อาเจียน ไม่ผายลม constipation postoperative ileus รุนแรงขึ้น ในผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยเฉพาะมี NG suction อาเจียน งดอาหาร สูญเสียสารน้ำ จะเสี่ยง K ต่ำมากขึ้น และทำให้ลำไส้ฟื้นตัวช้าลง ดังนั้น การติดตาม electrolyte โดยเฉพาะ potassium จึงสำคัญมาก ¹⁸	- ประเมินภาวะขาดน้ำและการติดเชื้อ - อาจพบเม็ดเลือดขาวสูงในรายที่มีลำไส้ขาดเลือดหรืออักเสบ
การตรวจทางรังสีวินิจฉัย	- เอกซเรย์ช่องท้องพบลำไส้โป่งกระจายทั่วทั้งลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ - ไม่มี transition point ชัดเจน - เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องช่วยแยกจากภาวะลำไส้อุดตันจากสาเหตุเชิงกายภาพ ²¹	- เอกซเรย์ช่องท้องพบลำไส้โป่งเหนือจุดอุดตัน มีระดับน้ำและลม - เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องสามารถระบุตำแหน่งและสาเหตุของการอุดตันได้ชัดเจน พบ transition point ซึ่งเป็นลักษณะสำคัญของภาวะลำไส้อุดตันจากกลไกทางกายภาพ ¹⁹

การตรวจทางรังสีวินิจฉัย

1. ภาพถ่ายรังสีช่องท้อง (abdominal plain film) มักใช้เป็นเบื้องต้น เพื่อดูระดับลมหรือระดับของเหลวในลำไส้ แสดงให้เห็นลำไส้ที่ขยายตัว ลำไส้โป่ง และระดับของของเหลวและอากาศ (air-fluid levels) ลักษณะการกระจายตัวของแก๊สในลำไส้ (gas pattern) ช่วยแยกแยะ ภาวะลำไส้เล็กอุดตัน (Small Bowel Obstruction: SBO) กับภาวะลำไส้ไม่เคลื่อนไหว (bowel ileus) แต่มีความไวในการวินิจฉัยเพียง 50-70%¹⁸
2. การตรวจด้วยคลื่นความถี่สูง (ultrasound) ตรวจหาการเคลื่อนไหวของลำไส้ เหมาะในหญิงตั้งครรภ์หรือให้นม อาจเห็นลำไส้โป่งไม่เคลื่อนไหว¹⁹
3. การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง (computed tomography of the whole abdomen) เป็นการตรวจที่ปลอดภัยในการให้ข้อมูลปริมาณสารทึบรังสีไอโอดีนหรือแกโดลิเนียมที่ผ่านสู่ลำไส้เล็กน้อยมาก จึงไม่จำเป็นต้องหยุดให้นมหลังการตรวจและเป็นการตรวจให้รายละเอียดสูง สามารถระบุตำแหน่ง สาเหตุ และความรุนแรงของการอุดตันจุดที่ลำไส้บีบ จุดพังผืด ภาวะแทรกซ้อน เช่น ลำไส้ขาดเลือด หรืออวัยวะทะลุ (perforation) และมีความไวในการวินิจฉัยถึงร้อยละ 85-95⁹ แต่ควรหลีกเลี่ยง contrast หากผู้ป่วยมีไตเสื่อม

ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดซึ่งเกิดภาวะลำไส้อุดตัน

ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดซึ่งเกิดภาวะลำไส้อุดตัน มีหลากหลายซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรม ดังนี้

1. ภาวะขาดน้ำและเสียสมดุลอิเล็กโทรไลต์ (dehydration and electrolyte imbalance) เกิดจากการอาเจียน การงดน้ำและอาหารทางปาก การคั่งของสารน้ำภายในลำไส้ และการสูญเสียสารน้ำผ่านทางสายระบายกระเพาะอาหาร ส่งผลให้เกิดภาวะโพแทสเซียมต่ำ (hypokalemia) โซเดียมผิดปกติ และความผิดปกติของสมดุลกรด-ด่าง ซึ่งอาจทำให้การบีบตัวของลำไส้ลดลงและเพิ่มความรุนแรงของโรค¹⁷

2. ภาวะลำไส้ขาดเลือด (bowel ischemia) เกิดจากแรงดันภายในลำไส้เพิ่มสูงขึ้นหรือเกิดการบิดรัดของลำไส้ (strangulation) จะทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงผนังลำไส้ลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะลำไส้ขาดเลือด⁵ ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างรวดเร็ว^{6,8}

3. ภาวะลำไส้เน่าตาย (bowel necrosis) หากภาวะลำไส้ขาดเลือดดำเนินต่อเนื่อง เป็นเวลานาน จะเกิดการตายของผนังลำไส้ ทำให้จำเป็นต้องผ่าตัดตัดลำไส้ส่วนที่เสียหายออก (bowel resection) ซึ่งอาจส่งผลต่อการดูดซึมสารอาหารในระยะยาว โดยเฉพาะเมื่อมีการตัดลำไส้เล็กออกเป็นบริเวณกว้าง²¹

4. ภาวะลำไส้ทะลุ (bowel perforation) เกิดจากการโป่งขยายของลำไส้อย่างรุนแรงหรือจากลำไส้ขาดเลือด ทำให้สิ่งคัดหลั่ง แบคทีเรีย และอุจจาระรั่วเข้าสู่ช่องท้อง เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้ออย่างรุนแรง⁹

5. ภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ (peritonitis) เกิดจากการทะลุของลำไส้ ผู้ป่วยมักมีอาการปวดท้องรุนแรง หน้าท้องแข็งเกร็ง (board-like rigidity) มีไข้ เม็ดเลือดขาวสูง และอาจเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้¹⁶

6. ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (sepsis and septic shock) การติดเชื้อภายในช่องท้องหรือเยื่อช่องท้องอักเสบ อาจลุกลามเข้าสู่กระแสเลือด ทำให้เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และภาวะช็อกจากการติดเชื้อ²⁰ ซึ่งสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตที่สูง หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที¹⁵

7. ภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำ (hypovolemic shock) การสูญเสียสารน้ำจำนวนมากจากการอาเจียน การคั่งของสารน้ำในลำไส้ และการงดรับประทานอาหาร อาจทำให้ปริมาตรเลือดลดลง ความดันโลหิตต่ำ การไหลเวียนเลือดไปยังอวัยวะสำคัญลดลง และนำไปสู่ภาวะอวัยวะล้มเหลว^{4,6}

8. การผ่าตัดซ้ำและการเกิดพังผืดในช่องท้องเพิ่มขึ้น (reoperation and recurrent adhesions) ส่งผลให้เกิดภาวะลำไส้อุดตันซ้ำในอนาคต และเพิ่มความซับซ้อนของการผ่าตัดครั้งต่อไป²²

9. ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล หลังผ่าตัดคลอดปกติจะพักรักษาตัวเฉลี่ย 2.8 วัน²³ หากเกิดภาวะลำไส้ไม่เคลื่อนไหวหลังผ่าตัดคลอดการนอนโรงพยาบาลจะนานขึ้น จากการศึกษาพบว่า สัดส่วนของการนอนโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ร้อยละ 32.6 ขณะที่มารดาที่ไม่เกิดภาวะลำไส้ไม่เคลื่อนไหวหลังผ่าตัดคลอดมีสัดส่วนร้อยละ 5.2 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ส่งผลให้การฟื้นตัวช้า ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น⁵

10. ส่งผลกระทบต่อการเริ่มให้นมบุตร การสร้างสัมพันธ์ระหว่างมารดากับทารก

การจัดการและรักษา

ภาวะลำไส้อุดตันจากภาวะลำไส้ไม่เคลื่อนไหวและภาวะลำไส้อุดตันจากกลไกทางกายภาพ การรักษาขึ้นอยู่กับสาเหตุ ความรุนแรงของอาการ และภาวะแทรกซ้อน มีแนวทางการรักษาที่แตกต่างกัน ดังนี้

1. การรักษาภาวะลำไส้ไม่เคลื่อนไหว (postoperative ileus) การรักษาส่วนใหญ่เป็นแบบประคับประคองและแก้ไขปัจจัยที่เป็นสาเหตุ เพื่อให้การทำงานของลำไส้กลับคืนสู่ภาวะปกติ¹³

1.1 งดน้ำและอาหารทางปาก (NPO) ให้สารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ทางหลอดเลือดดำ แก้ไขภาวะโพแทสเซียมต่ำหรือความผิดปกติของอิเล็กโทรไลต์ ใส่สายระบายทางจมูกสู่กระเพาะอาหาร (nasogastric tube) เพื่อลดการคั่งของลมและสารคัดหลั่ง หลีกเลี่ยงการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยลุกเดินเร็วหลังผ่าตัด¹⁵

1.2 ติดตาม ประเมินอาการปวดท้อง ท้องอืด และการขับถ่าย ฟังเสียงลำไส้ ติดตามปริมาณสารคัดหลั่งจากสายระบาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักตอบสนองต่อการรักษาและอาการดีขึ้นภายในไม่กี่วัน¹²

2. การรักษาภาวะลำไส้อุดตันจากกลไกทางกายภาพ (mechanical bowel obstruction) แนวทางการรักษาขึ้นอยู่กับระดับการอุดตัน สาเหตุ และการมีภาวะแทรกซ้อน เช่น ลำไส้ขาดเลือดหรือทะลุ¹⁹

2.1 การรักษาแบบอนุรักษ์นิยม (conservative management) หรือการไม่ผ่าตัด ใช้ในกรณีที่ยังไม่มีข้อบ่งชี้ผ่าตัด ได้แก่ งดน้ำและอาหารทางปาก ให้สารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ทางหลอดเลือดดำ ใส่สายระบายทางจมูกสู่กระเพาะอาหารเพื่อลดแรงดันในลำไส้ ใส่สายสวนคาปัสสภาวะ ประเมินอาการปวดท้องและอาการแสดงของการอุดตันอย่างใกล้ชิด เฝ้าสังเกตและติดตามสัญญาณชีพและภาวะขาดน้ำ เพื่อรายงานแพทย์²⁴

2.2 การรักษาด้วยการผ่าตัด พิจารณาเมื่อมีข้อบ่งชี้ เช่น วินิจฉัยจากแพทย์ว่า มีลำไส้อุดตันสมบูรณ์ มีภาวะลำไส้ขาดเลือด สงสัยลำไส้ทะลุ มีการอักเสบในช่องท้อง (peritonitis) สัญญาณชีพมีการเปลี่ยนแปลง เช่น ชีพจรเร็ว ความดันโลหิตต่ำ หรือมีภาวะช็อก รวมถึงมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สนับสนุนภาวะแทรกซ้อน เช่น เม็ดเลือดขาวเพิ่มขึ้น (leukocytosis) และระดับแลคเตต (lactate) สูงขึ้น ควรได้รับการประเมินเพื่อพิจารณาการผ่าตัดโดยเร่งด่วน^{22,24}

กรณีศึกษาที่ 1 ภาวะลำไส้เล็กอุดตันจากกลไกทางกายภาพ

ประวัติผู้ป่วย ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 40 ปี ตั้งครรภ์ครั้งแรก (G1P0) อายุครรภ์ 33+6 สัปดาห์ มีภาวะ GDM-A2, PROM, chorioamnionitis และ threatened preterm labor ได้รับการผ่าตัดคลอดฉุกเฉินเนื่องจาก fetal distress ภายใต้ spinal anesthesia ร่วมกับ morphine ระยะเวลาผ่าตัด 48 นาที เสียเลือด 700 มิลลิลิตร แผลผ่าตัดแบบ low midline incision ผู้ป่วยมีประวัติผ่าตัดไส้ติ่งและผ่าตัดถุงน้ำรังไข่ข้างขวา โดยรายงานการผ่าตัดไม่พบการบาดเจ็บของลำไส้

อาการและการตรวจ วันที่ 3 หลังผ่าตัด ภายหลังเริ่มปรับอาหารจากอาหารอ่อนเป็นอาหารธรรมดา ผู้ป่วยมีอาเจียนเป็นน้ำดี ปวดท้องเป็นพัก ๆ ท้องอืด ถ่ายเหลว และไม่ผายลม ตรวจร่างกายพบหน้าท้องโป่งตึง ฟังเสียงลำไส้ได้เสียงดังและถี่ (hyperactive bowel sounds)

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC (Hct = 37.2 Hgb = 12.8 WBC = 11,090 Platelets = 316,000) Electrolyte (Na = 137 K = 3 Cl = 105 CO₂ = 21) BUN = 12 Creatinine = 0.61

การตรวจภาพรังสีช่องท้อง (Acute abdomen series : AAS) พบ dilated small bowel loops พร้อม multiple air-fluid levels

การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง (computed tomography of the whole abdomen) พบตำแหน่งอุดตันของลำไส้เล็ก บริเวณท้องน้อยด้านซ้าย ทำให้ลำไส้เล็กส่วนต้น (jejunum) ที่อยู่ก่อนถึงจุดอุดตันเกิดการโป่งขยาย จากการคั่งของแก๊สและของเหลว

การวินิจฉัย (diagnosis) จากข้อมูลทีกล่าวมา วินิจฉัยว่า เป็นภาวะลำไส้เล็กอุดตันจากกลไกทางกายภาพ (Postoperative adhesive small bowel obstruction :SBO)

การรักษา (management) เป็นการรักษาแบบอนุรักษ์นิยม หรือ conservative management กล่าวคือ แพทย์สั่ง การรักษาด้วยการงดน้ำและอาหารทางปาก การใส่สายสวนกระเพาะอาหารทางจมูก ให้สารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ยาบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียน ยาปฏิชีวนะ ติดตามสัญญาณชีพและปริมาณสารน้ำเข้า-ออก

ผลลัพธ์ (outcome) ภายหลังได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น อาการปวดท้องและท้องอืดลดลง ไม่มีอาเจียนซ้ำ ผู้ป่วยเริ่มผายลม อาการท้องอืดและอาเจียนดีขึ้น สามารถเริ่มรับประทานอาหารตามลำดับจนเป็นอาหารอ่อนได้โดยไม่ต้องผ่าตัด

อภิปรายกรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยรายนี้มีประวัติผ่าตัดไส้ติ่งและผ่าตัดถุงน้ำรังไข่มาก่อน ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดพังผืดในช่องท้องและภาวะลำไส้เล็กอุดตันหลังผ่าตัด อาการสำคัญ ได้แก่ อาเจียนเป็นน้ำดี ปวดท้องเป็นพัก ๆ ท้องอืด ไม่ผายลม และถ่ายเหลวในระยะแรก สอดคล้องกับพยาธิสรีรวิทยาของภาวะลำไส้อุดตันจากพังผืด โดยการอุดตันทำให้เกิดการคั่งของแก๊สและของเหลวเหนือจุดอุดตัน ส่งผลให้ลำไส้บีบตัวมากขึ้น ผู้ป่วยจึงมีอาการปวดท้องแบบ colicky pain และอาเจียนเป็นน้ำดี ขณะที่การตรวจ AAS และ CT abdomen พบการขยายตัวของลำไส้เล็กและตำแหน่งอุดตันบริเวณท้องน้อยด้านซ้าย สนับสนุนการวินิจฉัยภาวะลำไส้เล็กอุดตันจากพังผืด หลังได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ได้แก่ งดอาหาร ใส่สาย NG tube ให้สารน้ำและติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น การทำงานของลำไส้กลับคืนสู่ปกติและไม่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดเพิ่มเติม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

1. มีภาวะพร่องสารน้ำ (deficient fluid volume)
2. มีภาวะเสียสมดุลอิเล็กโทรไลต์ เนื่องจากการสูญเสียสารน้ำจากการอาเจียน การถ่ายเหลวและการคั่งของสารน้ำเหนือจุดอุดตันของลำไส้

ข้อมูลสนับสนุน

ข้อมูลอัตนัย (subjective data) ผู้ป่วยบอกว่ามีอาเจียนเป็นน้ำสีเขียว มีอาการปวดท้อง ปวดเป็นพัก ๆ แน่นท้อง ท้องอืด ถ่ายเหลวเป็นน้ำ และรู้สึกปากแห้ง คอแห้ง อ่อนเพลีย ไม่มีแรง

ข้อมูลปรนัย (objective data) เยื่อบุปากแห้ง อาเจียนเป็นน้ำดี Intake 150 mL ปริมาณปัสสาวะ 180 mL ใน 8 ชั่วโมง (ปกติ Urine output อย่างน้อย 30 mL/hr) ได้รับการรักษาโดยงดน้ำงดอาหารทางปาก ใส่สายระบายสิ่งคั่งจากกระเพาะ (NG tube) Potassium=3 mEq/L (ค่าปกติ = 3.5-5 mEq/L)

วัตถุประสงค์ 1. ผู้ป่วยมีภาวะสารน้ำสมดุล

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพ ได้แก่ เพื่อเฝ้าระวังภาวะพร่องสารน้ำและความไม่คงที่ของระบบไหลเวียนโลหิต

2. ประเมินภาวะพร่องสารน้ำ เช่น เยื่อบุช่องปากแห้ง ความตึงตัวของผิวหนัง กระหายน้ำ ปัสสาวะลดลง ประเมินอาการท้องอืด การขยายตัวของหน้าท้อง และการทำงานของลำไส้ด้วยการฟัง bowel sound

3. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา เพื่อทดแทนสารน้ำที่สูญเสียไป

4. บันทึกปริมาณสารน้ำเข้า-ออก (intake-output) รวมทั้งปริมาณสารคัดหลั่งจากสายระบาย และปริมาณอาเจียน เพื่อประเมินสมดุลสารน้ำและวางแผนการให้สารน้ำทดแทนได้อย่างเหมาะสม หากปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 ml ต่อชั่วโมง จึงรายงานแพทย์

5. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hematocrit, BUN และ Creatinine

เกณฑ์การประเมินผล สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ BP $\geq$ 90/60 mmHg HR 60–100 ครั้ง/นาที เยื่อบุช่องปากชุ่มชื้น Skin turgor ปกติ ไม่มีอาการกระหายน้ำ ปัสสาวะออกอย่างน้อย 30 mL/hr

วัตถุประสงค์ 2. ผู้ป่วยมีสมดุลอิเล็กโทรไลต์

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพและเฝ้าระวังภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะโพแทสเซียมต่ำ

2. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะอิเล็กโทรไลต์ผิดปกติ เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง ตะคริว ชา ปลายมือปลายเท้า คลื่นไส้ ซึม หรือสับสนเพื่อค้นหาความผิดปกติได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น

3. ให้สารน้ำและโพแทสเซียมคลอไรด์ (potassium chloride : KCL) ทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา พร้อมติดตามอาการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการให้สารน้ำและยา

4. ติดตามผลการตรวจระดับอิเล็กโทรไลต์ในเลือดตามแผนการรักษา เพื่อประเมินภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์

5. บันทึกปริมาณอาเจียน การถ่ายเหลว และสารคัดหลั่งจากสายระบายสิ่งคั่งจากกระเพาะ

เกณฑ์การประเมินผล สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ มีสมดุลอิเล็กโทรไลต์ (Potassium อยู่ในช่วง 3.5-5.0 mEq/L) ไม่มีอาการของภาวะอิเล็กโทรไลต์ผิดปกติ เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง กล้ามเนื้อกระตุกหรือเป็นตะคริว หัวใจเต้นผิดจังหวะสับสน ซึม หรือชัก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 2.เสี่ยงต่อภาวะลำไส้ขาดเลือด เนื่องจากแรงดันภายในลำไส้เพิ่มขึ้นจากการอุดตันของลำไส้

ข้อมูลอัตนัย (subjective data) ผู้ป่วยบ่นปวดท้องเป็นพัก ๆ ปวดท้องมากขึ้นเป็นระยะ แน่นท้อง ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน ไม่ผายลม รู้สึกท้องตึง แน่นท้อง

ข้อมูลปรนัย (objective data) พบท้องอืด (abdominal distension) หน้าท้องโป่งตึง เคาะได้เสียงโปร่ง (tympanic sound) กดเจ็บบริเวณท้อง ฟังเสียงลำไส้ ดังและถี่ (high-pitched bowel sound) เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง มีจุดอุดตัน บริเวณลำไส้เล็กส่วนล่างด้านซ้าย ร่วมกับการขยายตัวของลำไส้เล็กส่วนต้น

วัตถุประสงค์ 1. ป้องกันภาวะลำไส้ขาดเลือด (bowel ischemia)

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพใช้ Modified Early Warning Score (MEWS) เพื่อเฝ้าระวังภาวะช็อก การติดเชื้อ

2. ประเมินอาการของลำไส้อุดตันและภาวะลำไส้ขาดเลือด ได้แก่ ปวดท้องรุนแรง ประเมินจาก pain score มากกว่า 7 ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน ไม่ผายลมหรือถ่ายอุจจาระ

3. ประเมินหน้าท้อง ได้แก่ กดเจ็บ หน้าท้องแข็งเกร็ง rebound tenderness และฟังเสียงลำไส้

4. ติดตามผลตรวจ CBC, Serum lactate และ Electrolytes

5. ประเมินและติดตามปริมาณปัสสาวะให้มากกว่า 0.5 mL/kg/hr

วัตถุประสงค์ 2. ผู้ป่วยมีแรงดันภายในลำไส้ลดลงและการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงลำไส้เพียงพอ

กิจกรรมการพยาบาล

1. งดน้ำและอาหารทางปาก ตามแผนการรักษา เพื่อลดการคั่งของอาหารและของเหลวในลำไส้

2. ดูแลสาย Nasogastric tube ให้อยู่ในตำแหน่ง และบันทึกปริมาณ ลักษณะ สีของสิ่งระบายทุกเวร

3. ประเมินอาการท้องอืด ฟังเสียงลำไส้ (bowel sounds) เพื่อติดตามการลดลงของแรงดันภายในลำไส้

4. ประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน และบันทึกจำนวนครั้ง รวมทั้งปริมาณการสูญเสียสารน้ำ

5. ให้สารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ตามแผนการรักษา ทดแทนการสูญเสียช่วยการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงลำไส้

6. จัดทำนอนศีรษะสูงประมาณ 30-45 องศา เพื่อช่วยลดอาการคลื่นไส้และลดความเสี่ยงต่อการสำลักและดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียง พร้อมติดตามอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด

เกณฑ์การประเมินผล อาการปวดท้องลดลง ท้องอืดลดลง ไม่มีอาเจียนเพิ่ม ไม่มี rebound tenderness ไม่มี abdominal guarding ไม่มีไข้ ไม่มีภาวะช็อก Lactate ปกติ Urine output $\geq$ 0.5 mL/kg/hr ไม่มีข้อบ่งชี้ของ bowel ischemia

กรณีศึกษาที่ 2 ลำไส้ไม่เคลื่อนไหวหลังผ่าตัด (postoperative bowel ileus)

ประวัติผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 41 ปี ตั้งครรภ์ครั้งแรก (G1P0) อายุครรภ์ 39+1 สัปดาห์ มีประวัติ myoma uteri และเป็น HBV carrier ได้รับการผ่าตัดคลอดฉุกเฉินเนื่องจาก cephalopelvic disproportion (CPD) ภายใต้อาการ spinal anesthesia ร่วมกับ morphine ระยะเวลาผ่าตัด 45 นาที เสียเลือด 400 มิลลิลิตร แผลผ่าตัดแบบ low midline incision รายงานการผ่าตัดไม่พบการบาดเจ็บของลำไส้ ผู้ป่วยได้รับ morphine ระหว่างผ่าตัด 6 มก. หลังผ่าตัดได้รับ morphine, paracetamol และ tramadol ทางหลอดเลือดดำ

อาการและการตรวจร่างกาย ภายใน 4 ชั่วโมงหลังผ่าตัดเริ่มจิบน้ำ และ 7 ชั่วโมงหลังผ่าตัดมีอาเจียนเป็นน้ำดีประมาณ 50 มิลลิลิตร ร่วมกับคลื่นไส้ ท้องอืด และแน่นท้อง ต่อมา 14 ชั่วโมงหลังผ่าตัดอาเจียนเป็นน้ำดีประมาณ 400 มิลลิลิตร ท้องอืดมากขึ้นและปัสสาวะออกน้อย ฟังเสียงลำไส้ลดลง

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC (Hct = 34.2 Hgb = 11.6 WBC = 10,460) Electrolyte (Na = 134 K = 3.4 Cl = 104 CO₂ = 27) Calcium = 8.8 Magnesium = 2.4 Phosphate = 2.0 BUN = 8 Creatinine = 0.56

การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง (ultrasound) การตรวจมีข้อจำกัดเนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะอ้วน และพบลำไส้โป่งขยาย

การตรวจภาพรังสีช่องท้อง (Acute Abdomen Series: AAS) พบลมภายในช่องท้อง (pneumoperitoneum) ปริมาณเล็กน้อยบริเวณด้านหน้าของช่องท้อง (along the anterior abdomen) และพบฟองอากาศขนาดเล็กหลายแห่งตามแนวผนังหน้าท้องส่วนล่างด้านหน้า (multiple small air bubbles along the anterior lower abdominal wall) โดยลักษณะดังกล่าวอาจสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงภายหลังการผ่าตัด ทั้งนี้ควรพิจารณาร่วมกับอาการและอาการแสดงทางคลินิกเพื่อประเมินภาวะลำไส้ทะลุ (perforation)

การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง (computed tomography of the whole abdomen) พบลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่โป่งขยายโดยทั่วถึง โดยไม่พบตำแหน่งเปลี่ยนผ่านของลำไส้ (transition point) ที่ชัดเจน ซึ่งเข้าได้กับภาวะลำไส้หยุดการเคลื่อนไหว (bowel ileus) มากที่สุด

การวินิจฉัย (diagnosis) เป็นภาวะลำไส้ไม่เคลื่อนไหวหลังการผ่าตัด (postoperative bowel ileus)

การรักษา (management) โดยการงดน้ำและอาหารทางปาก การใส่สายสวนกระเพาะอาหารทางจมูก เพื่อระบายสิ่งคั่งในระบบทางเดินอาหาร การให้สารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ยาบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน ยาปฏิชีวนะให้ตามข้อบ่งชี้ ติดตามสัญญาณชีพและปริมาณสารน้ำเข้า-ออก และการส่งเสริมการลุกเดิน

ผลลัพธ์ (outcome) ผู้ป่วยเริ่มผายลม ลุกเดิน อาการท้องอืดลดลง ไม่มีอาเจียน การทำงานของลำไส้กลับคืนสู่ปกติ สามารถเริ่มรับประทานอาหารและถ่ายอุจจาระได้ในวันที่ 6 หลังผ่าตัด

อภิปรายกรณีศึกษาที่ 2

ภาวะลำไส้ไม่เคลื่อนไหวหลังผ่าตัด (postoperative ileus) เป็นภาวะที่การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลงชั่วคราวภายหลังการผ่าตัด อันเป็นผลจากหลายปัจจัยร่วมกัน ได้แก่ การกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก การอักเสบจากการผ่าตัด การหลังสารก่อการอักเสบ การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทลำไส้ และการใช้ยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ ส่งผลให้เกิดการคั่งของก๊าซและของเหลวภายในลำไส้ ผู้ป่วยจึงมีอาการท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน ไม่ผายลม และไม่ถ่ายอุจจาระ จนกว่าการทำงานของลำไส้จะกลับคืนสู่ภาวะปกติ^{5,11,14}

ผู้ป่วยรายนี้มีปัจจัยเสี่ยงหลายประการที่สัมพันธ์กับการเกิด postoperative ileus ได้แก่ การผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน การใช้ยาโอปิออยด์ (morphine และ tramadol) และภาวะโพแทสเซียมต่ำเล็กน้อย ($K = 3.4$ mEq/L) ซึ่งล้วนส่งผลให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง ผู้ป่วยเริ่มมีอาการอาเจียนเป็นน้ำดีและท้องอืดภายใน 7-14 ชั่วโมงหลังผ่าตัด โดยการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์พบลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่โป่งขยายทั่วถึงโดยไม่พบจุดอุดตัน (transition point) ซึ่งสอดคล้องกับการวินิจฉัยภาวะ postoperative ileus

ภายหลังได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ได้แก่ การงดน้ำและอาหารทางปาก การใส่สายสวนกระเพาะอาหารทางจมูก การให้สารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ การติดตามสมดุลสารน้ำ และการส่งเสริมการลุกเดิน ผู้ป่วยมีอาการท้องอืดและอาเจียนลดลง การทำงานของลำไส้กลับคืนสู่ภาวะปกติ และสามารถเริ่มรับประทานอาหารและถ่ายอุจจาระได้ในวันที่ 6 หลังผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการรักษาแบบไม่ผ่าตัดของภาวะ postoperative ileus

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล มีภาวะการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง (decreased gastrointestinal motility) เนื่องจากการหยุดการเคลื่อนไหวของลำไส้หลังผ่าตัด ส่งผลให้มีการคั่งของก๊าซและของเหลวภายในลำไส้

ข้อมูลอัตนัย (subjective data) ผู้ป่วยบ่นท้องอืด แน่นท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ไม่ผายลม ไม่ถ่ายอุจจาระ

ข้อมูลปรนัย (objective data) หน้าท้องโป่งตึง bowel sounds ไม่ได้ยิน การตรวจภาพรังสีช่องท้อง พบลมอยู่ภายในช่องท้อง บริเวณด้านหน้าของช่องท้อง และพบฟองอากาศขนาดเล็กหลายแห่งตามแนวผนังหน้าท้อง การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง พบลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่โป่งขยายโดยทั่วถึง โดยไม่พบตำแหน่งเปลี่ยนผ่านของลำไส้ (transition point) ที่ชัดเจน ซึ่งเข้าได้กับภาวะลำไส้หยุดการเคลื่อนไหว (bowel ileus) มากที่สุด

- วัตถุประสงค์**
1. ผู้ป่วยมีแรงดันภายในลำไส้ลดลง
 2. ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวของลำไส้กลับคืนสู่ภาวะปกติ

เกณฑ์การประเมินผล อาการท้องอืดลดลง หน้าท้องไม่โป่งตึง ผู้ป่วยเริ่มผายลมหรือถ่ายอุจจาระได้ bowel sound (5-30 ครั้ง/นาทีก) กลับมาใกล้เคียงปกติ ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้โดยไม่อาเจียน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะลำไส้ขยายตัวเพิ่ม ได้แก่ อาการปวดท้อง ท้องอืด แน่นท้อง คลื่นไส้ อาเจียน และประเมินระดับความรุนแรงของอาการทุก 4 ชั่วโมง หรือเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง
2. ประเมินหน้าท้อง โดยสังเกตลักษณะหน้าท้อง วัดเส้นรอบวงหน้าท้อง คลำความตึงของหน้าท้อง และฟังเสียงลำไส้ (bowel sounds) ทุก 4-8 ชั่วโมง เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของการขยายตัวของลำไส้
3. ดูแลให้ดื่มน้ำและอาหารทางปาก (NPO) เพื่อลดการกระตุ้นการทำงานของลำไส้ และดูแลสาย nasogastric tube ให้ทำงานได้ดีลดการสะสมของก๊าซและของเหลว
4. ให้สารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา พร้อมติดตามผล Electrolytes โดยเฉพาะ Hypokalemia อาจทำให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง
5. บันทึกสารน้ำเข้า-ออก (intake and output) เพื่อประเมินสมดุลสารน้ำ
6. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยลุกเดิน (early ambulation) เพื่อช่วยกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้
8. หลีกเลี่ยงการให้ยาโอปิออยด์ (opioids) โดยไม่จำเป็น และประเมินผลของยาที่มีผลต่อการเคลื่อนไหวของลำไส้ หากจำเป็นต้องใช้ยาแก้ปวด ควรใช้ตามแผนการรักษาและเฝ้าระวังผลข้างเคียง
9. ติดตามผล CBC ตามแผนการรักษาเพื่อเฝ้าระวังการติดเชื้อหรือภาวะแทรกซ้อน

บทสรุป

กรณีศึกษาทั้งสองรายแสดงให้เห็นว่า ภาวะลำไส้ไม่เคลื่อนไหวหลังผ่าตัด (postoperative ileus) และภาวะลำไส้อุดตันจากกลไกทางกายภาพ (mechanical bowel obstruction) มีอาการและอาการแสดงที่คล้ายคลึงกัน ได้แก่ ปวดท้อง ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน และไม่ผายลม แต่มีพยาธิสรีรวิทยา สาเหตุ และแนวทางการรักษาที่แตกต่างกัน โดยภาวะลำไส้อุดตันจากกลไกทางกายภาพเกิดจากการอุดตันของลำไส้ เช่น

พังผืดหลังผ่าตัด ส่วนภาวะลำไส้ไม่เคลื่อนไหวเกิดจากการลดลงของการเคลื่อนไหวของลำไส้ภายหลังการผ่าตัด โดยไม่มีการอุดตันทางกายภาพ จากกรณีศึกษาพบว่า ผู้ป่วยรายที่ 1 มีประวัติการผ่าตัดช่องท้องมาก่อน ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดพังผืดและภาวะลำไส้อุดตันจากกลไกทางกายภาพ ขณะที่ผู้ป่วยรายที่ 2 มีปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะลำไส้ไม่เคลื่อนไหวหลังผ่าตัด ได้แก่ การผ่าตัดฉุกเฉิน การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ การใช้ยาโอปิออยด์ และการเริ่มรับประทานอาหารก่อนการประเมินการทำงานของลำไส้

ดังนั้น พยาบาลควรมีความรู้และทักษะในการประเมินอาการ แยกความแตกต่างของทั้งสองภาวะ และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างทันที่ พร้อมทั้งส่งเสริมการฟื้นตัวของลำไส้ เช่น การลดการใช้ยาโอปิออยด์ที่ไม่จำเป็น การกระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายอย่างเหมาะสม และการประเมินความพร้อมก่อนเริ่มรับประทานอาหาร ซึ่งจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และส่งเสริมการฟื้นฟูสุขภาพหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง การคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง และการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการเฝ้าระวังและประเมินอาการของ bowel obstruction และ postoperative ileus หลังผ่าตัดคลอด โดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้สามารถวินิจฉัยและให้การดูแลรักษาได้อย่างรวดเร็ว ลดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO statement on caesarean section rates [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [cited 2026 Jul 28]. Available from: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/who-statement-on-caesarean-section-rates-frequently-asked-questions>
2. Betran AP, Ye J, Moller AB, Souza JP, Zhang J. Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. *BMJ Glob Health* 2021;6(6):e005671. doi: 10.1136/bmjgh-2021-005671.
3. Karunyawong P, Sukmanee J, Butchon R, Saeraneesopon T, Boonma C, Kunanusont C, et al. Trends and predictors of caesarean section in Thailand before and during the COVID-19 pandemic: a retrospective analysis of national hospitalisation data under the Universal Coverage Scheme. *BMJ Open* 2026;16(2):e096080. doi: 10.1136/bmjopen-2024-096080.
4. Sahu N, Kamboj S, Rana A, Mahey R. Small bowel obstruction after caesarean section: an unusual complication of surgical haemostatic agent. *BMJ Case Rep* 2025;18(1):e263277. doi: 10.1136/bcr-2024-263277.

5. Zlakishvili B, Sela HY, Tankel J, Ioscovich A, Rotem R, Grisaru-Granovsky S, Rottenstreich M. Post-cesarean ileus: an assessment of incidence, risk factors and outcomes. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2022 Feb;269:55-61. doi: 10.1016/j.ejogrb.2021.12.019.
6. Larsson C, Djuvfelt E, Lindam A, Tunón K, Nordin P. Surgical complications after caesarean section: a population-based cohort study. *PLoS One* 2021;16(10):e0258222. doi: 10.1371/journal.pone.0258222.
7. Yu S, Kerolus K, Jin Z, Bajrami S, Denoya P, Bergese SD. Multidisciplinary postoperative ileus management: a narrative review. *Medicina (Kaunas)* 2025;61(8):1344. doi: 10.3390/medicina61081344.
8. Ghimire P, Maharjan S. Adhesive small bowel obstruction: a review. *J Nepal Med Assoc* 2023;61(260):390-6. doi: 10.31729/jnma.8134.
9. Maienza E, Godiris-Petit G, Noullet S, Menegaux F, Chereau N. Management of adhesive small bowel obstruction: the results of a large retrospective study. *Int J Colorectal Dis* 2023;38(1):224. doi: 10.1007/s00384-023-04512-8.
10. Norton-Old KJ, Yuen N, Umstad MP. An obstetric perspective on functional bowel obstruction after cesarean section: a case series. *J Clin Gynecol Obstet* 2016;5(1):53-7. doi: 10.14740/jcgo390w.
11. Wells CI, Milne TGE, Seo SHB, Chapman SJ, Vather R, Bissett IP, et al. Post-operative ileus: definitions, mechanisms and controversies. *ANZ J Surg* 2022;92(1-2):62-68. doi: 10.1111/ans.17297.
12. Buchanan L, Tuma F. Postoperative ileus [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls; 2023 [cited 2026 Jul 28]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560780/>
13. McKechnie T, Anpalagan T, Ichhpuniani S, Lee Y, Ramji K, Eskicioglu C. Selective opioid antagonists following bowel resection for prevention of postoperative ileus: a systematic review and meta-analysis. *J Gastrointest Surg* 2021;25(6):1601-24. doi: 10.1007/s11605-021-04973-8.
14. Zhang P, Lin Y, Yi K, Ma Y, Yang T, An L, et al. Efficacy and safety of therapeutic means for postoperative ileus: an umbrella review of meta-analyses. *Langenbecks Arch Surg* 2025;410(1):198. doi: 10.1007/s00423-025-03739-z.
15. Ahmed HA, Bu Shurbak ZS, Babarinsa IA, Hussain Saleh HA, Khenyab N, Ahmed Z, et al. Small bowel injury during peritoneal entry at cesarean section: a five-year case series. *Cureus* 2022;14(11):e31072. doi: 10.7759/cureus.31072.

16. Lawrence S, Malacova E, Reutens D, Sturgess DJ. Increased maternal body mass index is associated with prolonged anaesthetic and surgical times for caesarean delivery but is partially offset by clinician seniority and established epidural analgesia. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2021;61(3):394-402. doi: 10.1111/ajo.13277.
17. Sommer NP, Schneider R, Wehner S, Kalff JC, Vilz TO. State-of-the-art colorectal disease: postoperative ileus. *Int J Colorectal Dis* 2021;36(9):2017-2025. doi: 10.1007/s00384-021-03939-1.
18. Choy KT, Le KDR, Kong JCH. Seprafilm® and adhesive small bowel obstruction in colorectal/abdominal surgery: an updated systematic review. *BMC Surg* 2024;24(1):291. doi: 10.1186/s12893-024-02581-2.
19. Drake A, Franklin N, Schrock JW, Jones RA. Auscultation of bowel sounds and ultrasound of peristalsis are neither compartmentalized nor correlated. *Cureus* 2021;13(5):e14982. doi: 10.7759/cureus.14982.
20. Coco D, Leanza S, Fiume I. Small bowel obstruction: a prognostic score index for surgery-a review. *Prz Gastroenterol* 2022;17(3):177-82. doi: 10.5114/pg.2022.118454.
21. Feister K, Konstantinoff K, Hamade M, Mellnick V. Pearls and pitfalls of imaging small bowel obstruction. *Can Assoc Radiol J* 2024;75(3):631-43. doi: 10.1177/08465371241230276.
22. Khawaja ZH, Gendia A, Adnan N, Ahmed J. Prevention and management of postoperative ileus: a review of current practice. *Cureus* 2022;14(2):e22652. doi: 10.7759/cureus.22652.
23. Zewdie S, Kefale B, Yalew M, Adane B, Kassa AA. Length of hospital stays after caesarean section delivery and associated factors in Northeast Ethiopia: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2025;15(2):e083357. doi: 10.1136/bmjopen-2023-083357.
24. Hinkle JL, Cheever KH, Overbaugh KJ, editors. *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing*. 15th ed. Philadelphia (PA): Wolters Kluwer; 2022.