

Interhospital Trauma Conference: A Case Report and Review Article of Blunt Hollow Viscus Organ Injury

วริศ วีระวัฒนตระกูล
ภริณยู เจริญวานิช
พลอยทิพย์ จันทร์ศิริโยธิน

บทคัดย่อ

จากการประชุมอภิปรายด้านศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ ผ่านระบบออนไลน์ในวันที่ 25 กันยายน พ.ศ.2566 โดยมีหน่วยศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น เป็นเจ้าภาพเตรียมกรณีศึกษา มีโรงพยาบาลศูนย์และคณะแพทยศาสตร์ที่มีการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านศัลยกรรมเข้าร่วมอภิปรายเป็นจำนวนมาก กรณีศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ ผู้บาดเจ็บชายไทย อายุ 33 ปี ภูมิลำเนาอยู่ต่างอำเภอ ขับรถจักรยานยนต์ชนรถทกล้อ ตรวจพบมีของเหลวในช่องท้อง จากอัลตราซาวด์ (FAST – positive) สัญญาณชีพไม่คงที่ โรงพยาบาลต้นทางได้ตรวจประเมินและให้การรักษาเบื้องต้นแล้วจึงส่งตัวมายังโรงพยาบาลขอนแก่นและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นการบาดเจ็บของดูโอดินัม ลำไส้ใหญ่ ตับ ลำไส้เล็ก และซัวลำไส้ (mesentery) ลักษณะการดูแลผู้บาดเจ็บตั้งแต่ที่ห้องฉุกเฉิน ห้องผ่าตัด การเตรียมและการเลือกวิธีผ่าตัด ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ แสดงถึงความซับซ้อนของการตัดสินใจในแนวทางการรักษา การประชุมในครั้งนี้ได้รับความร่วมมือในการอภิปรายเป็นอย่างดี ทำให้การอภิปรายเป็นไปอย่างราบรื่นและเรียบร้อย

* กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น.

บทนำ

การบาดเจ็บช่องท้อง (blunt abdominal trauma) มักได้รับการประเมินเบื้องต้น (primary survey) ในขั้นตอน circulation and hemorrhage control เมื่อประเมินส่วนท้องจากลักษณะทางคลินิก ได้แก่ การดู (inspection) และการคลำ (palpation) ร่วมกับการทำ focused assessment sonography for trauma (FAST) เพื่อค้นหาของเหลวในช่องท้องที่อาจเป็นเลือดหรือของเหลวในลำไส้¹ ความรุนแรงสามารถเป็นได้ตั้งแต่ระดับปานกลางจนถึงระดับวิกฤตที่ส่งผลให้เกิดภาวะช็อก โดยเฉพาะจากการเสียเลือด (hemorrhagic shock) การดูแลผู้บาดเจ็บช่องท้องที่เหมาะสมจึงเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ผลการรักษาเป็นที่น่าพอใจ

กรณีศึกษาในครั้งนี้นี้จึงเป็นการนำกรณีการบาดเจ็บช่องท้องจากหลายอวัยวะ (multiple abdominal organ trauma) ที่มีอาการไม่คงที่มาศึกษาถึงการดูแลตั้งแต่ห้องโรงพยาบาลต้นทางจนถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ข้อมูลผู้บาดเจ็บและการอภิปรายจากที่ประชุม

อาการนำ: ชับรถจักรยานยนต์ชนรถหกล้อ ปวดท้อง

ประเด็นอภิปรายที่ 1: การดูแลผู้บาดเจ็บเบื้องต้นก่อนส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัด การตรวจประเมินผู้บาดเจ็บเบื้องต้น (primary survey) ดังนี้

- A: no stridor, on hard collar
- B: decreased breath sound right lung, on oxygen mask with bag 10 LPM
- C: pulse rate 150 bpm, BP 46/26 mmHg, generalized abdominal tenderness with FAST: positive at hepatorenal and splenorenal pouch, and cul-de sac, no active external bleeding
- D: E2V1M5 pupil 3 mm RTLBE
- E: abrasion at left flank

ทางโรงพยาบาลต้นทางได้ทำการใส่ท่อช่วยหายใจ ใส่สายระบาย (intercostal drainage: ICD) ที่ช่องอกขวา ให้สารน้ำ (Acetar) ทั้งหมด 2 ลิตร ใส่สายสวนปัสสาวะได้ปัสสาวะสีเหลืองใส ให้ยาปฏิชีวนะ และเตรียมยากระตุ้นความดันอะดรีนาลีนไปกับรถส่งตัว

ที่ประชุมได้อภิปรายและได้ข้อสรุปว่า ควรใส่สายระบายช่องอกก่อนใส่ท่อช่วยหายใจ และการให้ยากระตุ้นความดันในภาวะช็อกจากการเสียเลือด ควรเลือกการรักษานี้เป็นอย่างสุดท้าย การรักษาหลักควรเป็นการให้สารน้ำ โดยเฉพาะส่วนประกอบของเลือด อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลชุมชนมีข้อจำกัดด้านการจัดเก็บส่วนประกอบของเลือดที่ยังไม่เพียงพอ

ประเด็นอภิปรายที่ 2: การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ห้องฉุกเฉิน

เมื่อผู้ป่วยบาดเจ็บมาถึงห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น ผู้บาดเจ็บยังคงมีภาวะช็อก ผู้รักษาจึงได้ให้เลือด Packed red cell (PRC) group O low titer ทันที ทำให้ความดันของผู้บาดเจ็บดีขึ้น BP 80/60 mmHg จึงพิจารณารีบส่งตัวผู้ป่วยบาดเจ็บไปยังห้องผ่าตัดโดยด่วน

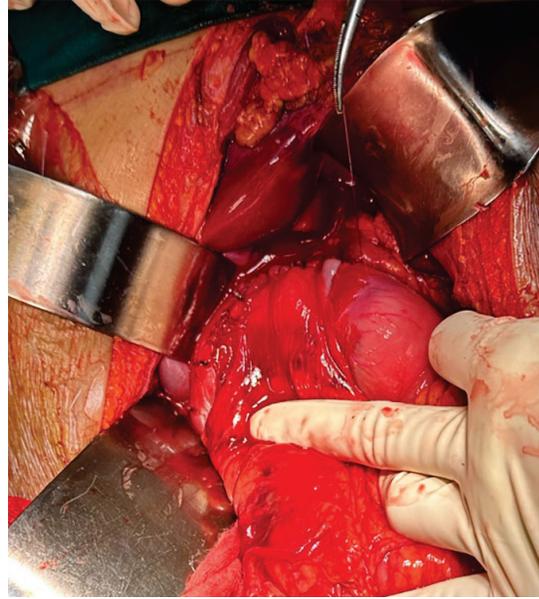
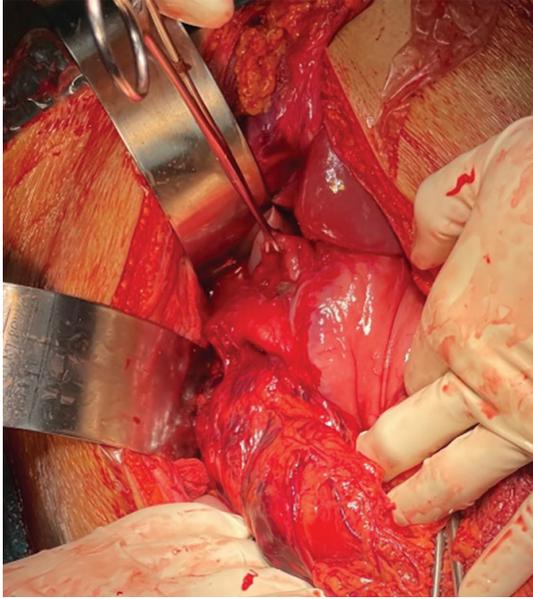
ที่ประชุมได้อภิปรายถึงหลักการในการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดในภาวะช็อกจากการเสียเลือดมากที่เรียกว่า massive transfusion protocol (MTP) ซึ่งมีหลักการคือ ต้องให้ส่วนประกอบของเลือดเป็นอัตราส่วน 1:1:1 เพื่อรักษาภาวะเลือดไม่แข็งตัว (coagulopathy) อันจะนำมาสู่วงจรอุบาทว์ (vicious cycle หรือในภาษาอังกฤษคือ lethal triad) การที่โรงพยาบาลมี MTP จะมีการให้ Group O low titer PRC จำนวน 2 ยูนิต ณ ห้องฉุกเฉิน จากนั้นจึงตามด้วย PRC และ fresh frozen plasma (FFP) จากคลังเลือดมาอย่างต่อเนื่องจนกว่าจะควบคุมการเสียเลือดได้ การพิจารณาตัดสินใจรักษาและห้ามเลือดด้วยการทำ Resuscitative Endovascular Balloon Occlusion of Aorta (REBOA) ยังเป็นวิธีที่มีข้อจำกัด เนื่องจากยังไม่ได้มีการเตรียมพร้อมที่เพียงพอ อาจทำให้การรักษาผู้ป่วยล่าช้าออกไป ส่วนการทำ emergency department thoracotomy (EDT) ก็ยังไม่มีข้อบ่งชี้ในผู้ป่วยบาดเจ็บรายนี้อย่างชัดเจน และควรมีการสื่อสารกับห้องผ่าตัด และ วิสัญญีแพทย์ ว่าต้องการเตรียมการอะไรเพิ่มเติมเป็นพิเศษ โดยในผู้ป่วยรายนี้ควรมีการเตรียม เลือด และส่วนประกอบของเลือด ให้เพียงพอ, อุปกรณ์ในห้องผ่าตัด ควรมี suction 2 ตัว และมี set Thoracotomy ไว้หากต้องมีการทำ Resuscitative thoracotomy ในห้องผ่าตัด

ประเด็นอภิปรายที่ 3: การเตรียมผ่าตัดและเลือกวิธีผ่าตัด

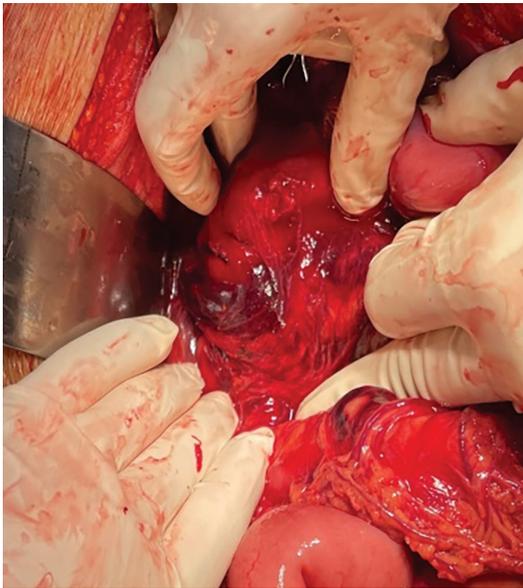
การบาดเจ็บที่ตรวจพบในห้องผ่าตัดคือ

- Hemoperitoneum 2,500 ml
- 1st part duodenal laceration 5 cm, 2nd part duodenal laceration 1 cm
- Stable right retroperitoneal hematoma zone 2
- Serosal tear of transverse colon 4 cm
- Transverse colon mesenteric injury with bleeding
- Small bowel mesenteric injury with bowel gangrene 20 cm
- Laceration 5 cm at liver segment 5

Operative procedure: exploratory laparotomy to bleeding control at omentum and mesentery, hepatorrhaphy, primary duodenal repair, small bowel resection, temporary abdominal closure



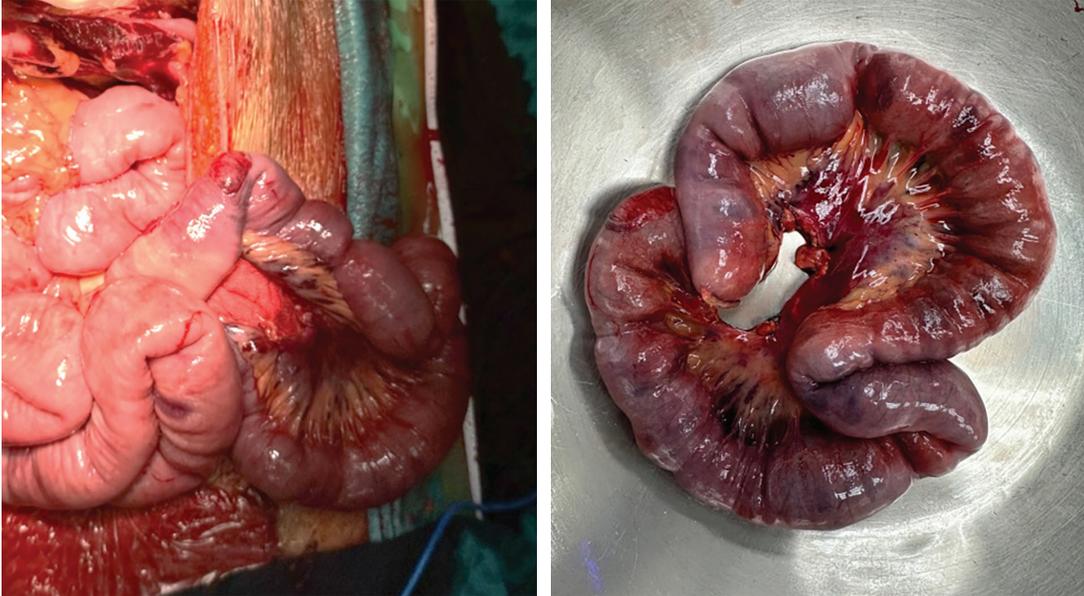
ภาพที่ 1 รอยฉีกขาดที่ลำไส้เล็กส่วนต้นขนาด 5 เซนติเมตร ก่อนและหลังการเย็บซ่อม



ภาพที่ 2 แสดงรอยฉีกขาดที่ลำไส้เล็กส่วนต้น ส่วนที่ 2 ขนาด 1 เซนติเมตร



ภาพที่ 3 รอยปริที่ชั้นกล้ามเนื้อที่ลำไส้ใหญ่ ขนาด 4 เซนติเมตร



ภาพที่ 4 การบาดเจ็บของลำไส้เล็ก และการฉีกขาดของขั้วลำไส้ส่งผลให้ลำไส้ขาดเลือด

Estimated blood loss: 5500 ml

เนื่องจากสัญญาณชีพของผู้บาดเจ็บไม่คงที่ หลังจากผู้บาดเจ็บมาถึงโรงพยาบาล ควรตัดสินใจทำ damage control surgery ตั้งแต่แรก โดยลำดับการผ่าตัดให้เริ่มจากการห้ามเลือด การทำ 4-quadrant packing เพื่อห้ามเลือด อาจเลือกทำเฉพาะบางราย ไม่มีความจำเป็นจะต้องทำทุกราย โดยในรายนี้มี mesenteric bleeding และ liver injury จากนั้นจัดการตำแหน่งที่มี GI spillage คือ duodenal laceration ซึ่งในรายนี้ใช้การเย็บแบบ continuous suture เพื่อความรวดเร็ว แล้วจัดการ small bowel gangrene ด้วย staple และยังไม่ต่อลำไส้เข้าด้วยกัน ตำแหน่งที่มีการบาดเจ็บของลำไส้ใหญ่ หากไม่แน่ใจควรตัดตั้งแต่การผ่าตัดครั้งแรก

High grade duodenal injury อาจพิจารณาทำ protective procedure ตั้งแต่ในการผ่าตัดรอบแรก เนื่องจากถ้ามีการรั่ว ผู้บาดเจ็บจะมีภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้อาการแย่ลง

ประเด็นอภิปรายที่ 4: การดูแลผู้ป่วยที่หอบผู้ป่วยหนักและการวางแผนผ่าตัดครั้งถัดไป

ทางผู้รักษาได้ทำการส่ง Rotational Thromboelastometry (ROTEM) เพื่อค้นหาความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือดให้เร็วที่สุด พบผลผิดปกติที่ CT ของ INTEM และ A5 ของ FIBTEM ซึ่งรักษาโดยการให้ FFP และ cryoprecipitate การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บวิกฤต ให้ความสำคัญภาวะ lethal triad ได้แก่ coagulopathy, acidosis, และ hypothermia และปัจจุบัน

ภาวะแคลเซียมต่ำ (hypocalcemia) มีบทบาทในเรื่องของการรอดชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ได้รับเลือดปริมาณมาก ควรติดตามระดับแคลเซียมอย่างต่อเนื่องและพิจารณาให้แคลเซียมทางหลอดเลือด นอกจากนี้ ต้องมีการเฝ้าระวังอวัยวะภายในล้มเหลวหลายระบบ (multiple organ failure) รวมถึงการวางแผนเพื่อผ่าตัดครั้งถัดไปในระยะเวลาที่เหมาะสม

การบาดเจ็บที่ดูโอดินัมในผู้ป่วยบาดเจ็บรายนี้ ที่ประชุมตั้งประเด็นในเรื่องการทำ protective procedure เนื่องจากการบาดเจ็บมี 2 ตำแหน่งและมีขนาดใหญ่ จึงควรทำ triple ostomy หรือ pyloric exclusion with gastrojejunostomy เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการรั่วของลำไส้ อย่างไรก็ตาม ไม่พบการรั่วของดูโอดินัมในการผ่าตัดครั้งที่สอง ผู้บาดเจ็บรักษาตัวในโรงพยาบาลนอนแกล่นรวม 23 วัน และได้ส่งตัวกลับโรงพยาบาลชุมชนเพื่อทำกายภาพบำบัด

ที่ประชุมได้เสนอแนะเพิ่มเติมในเรื่องของการเตรียมการเพื่อทำ REBOA และ EDT ที่สามารถทำได้ในห้องฉุกเฉิน ซึ่งควรเตรียมความพร้อมด้านระบบประสานงาน บุคลากรทั้งแพทย์และพยาบาล และอุปกรณ์ที่จำเป็น

การรับผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องที่มีสัญญาณชีพไม่คงที่ ควรเน้นการนำผู้ป่วยบาดเจ็บไปผ่าตัดให้เร็วที่สุดเพื่อทำการผ่าตัดห้ามเลือด ร่วมกับทีมวิสัญญีช่วย resuscitation ไปพร้อมๆกัน

ประเด็นอภิปราย (Discussion)

โรงพยาบาลขอนแก่นมีการจัดเก็บทะเบียนผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ (trauma registry) มาอย่างยาวนาน ปัญหาอุบัติเหตุจราจรถือเป็นสาเหตุสำคัญของการบาดเจ็บและเสียชีวิต โดยยานพาหนะที่พบว่าจะเกิดอุบัติเหตุบ่อยที่สุด ได้แก่ จักรยานยนต์ ซึ่งมีมากถึงร้อยละ 85² การบาดเจ็บช่องท้องเป็นการบาดเจ็บที่พบได้บ่อยในอุบัติเหตุจราจร แต่การบาดเจ็บของลำไส้และ mesentery นั้นพบได้น้อยในกลไกการบาดเจ็บแบบ blunt³

เกณฑ์การทำนายโอกาสเกิด blunt bowel injury

มีการนำระบบคะแนนพยากรณ์โอกาสในการเกิด blunt bowel injury โดยใช้ทั้งอาการทางคลินิก ผลเลือด และลักษณะทางรังสี มาพิจารณาร่วมกัน มีการแบ่งการทำนาย blunt bowel/mesenteric injury (BBMI) ที่มีต้องได้รับการผ่าตัด จากการประเมินเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง แบ่งเป็น mesenteric signs ได้แก่ hemoperitoneum, mesenteric stranding, mesenteric hematoma, active arterial mesenteric vessel extravasation, irregular beading of the mesenteric vessel, abrupt termination of mesenteric vessel และ bowel signs ได้แก่ bowel wall discontinuity, free intra- or retroperitoneal air,

bowel wall thickening, decreases bowel wall enhancement, mesenteric pneumoperitoneum พบว่า mesenteric pneumoperitoneum และ bowel wall discontinuity เป็นลักษณะสำคัญที่บ่งชี้ถึงการบาดเจ็บของลำไส้ที่ต้องได้รับการผ่าตัด^{4,5} มีการนำลักษณะทางคลินิกมาใช้เป็นเกณฑ์การทำนาย ได้แก่ grade 4 or higher mesenteric injury (any size of mesenteric hematoma, combined with bowel wall thickening or adjacent interloop fluid) ร่วมกับมีผลเลือดที่เม็ดเลือดขาวมากกว่า 17,000 /microliter หรือ ปวดท้อง โดยถ้ามีลักษณะทางรังสีดังกล่าวจะเพิ่มโอกาสเกิดลำไส้บาดเจ็บ 9 เท่า และถ้ามีเม็ดเลือดขาวสูงหรือปวดท้องร่วม จะเพิ่มโอกาสเกิด 19.2 เท่า^{6,7} หากเข้าเกณฑ์ดังกล่าวจึงมีคำแนะนำให้ผ่าตัด

การบาดเจ็บของดูโอดีนัมชนิดซับซ้อน (complex duodenal trauma)

AAST duodenum injury grade จะสัมพันธ์กับ AIS scale โดยการบาดเจ็บชนิดซับซ้อนจะหมายถึงระดับ 3 ขึ้นไป ได้แก่ การฉีกของดูโอดีนัมมากกว่า 50 เปอร์เซ็นต์ รวมถึงการบาดเจ็บต่อ ampulla of Vater หรือ ท่อน้ำดีส่วนปลาย (distal common bile duct: CBD) หรือการฉีกขาดของดูโอดีนัมร่วมกับส่วนหัวของตับอ่อน (massive disruption of duodenopancreatic complex) หรือ ดูโอดีนัมเน่าจากการขาดเลือด (devascularization)⁸ การรักษาจึงต้องพิจารณา 2 ประเด็น ได้แก่ การซ่อมแซมส่วนที่บาดเจ็บ (repair, resection, reconstruction: 3R) และการผ่าตัดเสริม (ancillary procedures) ในกรณีที่มีการบาดเจ็บมีความซับซ้อนและมีโอกาสร้ายสูง ได้แก่ blunt injury, defect ขาดมากกว่า 75% circumference, การบาดเจ็บต่อดูโอดีนัมส่วนที่ 1 หรือ 2, การผ่าตัดล่าช้าเกิน 24 ชั่วโมง, และ มีการบาดเจ็บร่วมของ CBD⁹

หลักการผ่าตัดเสริม ได้แก่ decompression, drainage, และ distal enteral access¹⁰ สามารถท่องจำเป็นตัวย่อว่า 3D จะขอกว่าในรายละเอียดถัดไป

Decompression คือการเบี่ยงเส้นทางของน้ำย่อยและน้ำดีให้มีทางระบายออก เพื่อให้มีของเหลวผ่านจุดที่บาดเจ็บน้อยที่สุด มีตัวย่อ คือ 3D เช่นกัน ได้แก่ pyloric exclusion¹¹ (diversion of gastric content), duodenostomy (triple ostomy), และ diverticularization¹² ปัจจุบันนิยมทำ pyloric exclusion และ triple ostomy ในขณะที่การทำ duodenal diverticularization ยังคงมีที่ใช้ใน complex stomach, duodenum, and pancreas trauma¹³ และการทำ duodenostomy ร่วมกับ gastrostomy และ feeding jejunostomy ได้ถูกดัดแปลงเป็น nasogastric insertion และ retrograde jejunostomy เพื่อระบายของเหลวจากดูโอดีนัมและกระเพาะอาหาร

Drainage คือการวางสายระบายรอบคูโอดินัมที่บาดเจ็บ นิยมใช้เป็นระบบปิด (closed suction drain) โดยอาจมีประโยชน์ในแง่ของการทำให้เป็น controlled fistula ในกรณีที่มีรู⁸

Distal enteral access ในที่นี้หมายถึง feeding jejunostomy สำหรับเป็นช่องทางให้อาหารผ่านทางเดินอาหาร

ในผู้บาดเจ็บรายนี้มีเกณฑ์ทำ ancillary procedure ได้แก่ การเป็น blunt mechanism และตำแหน่งที่บาดเจ็บอยู่ส่วนที่ 1 และ 2 แต่ไม่ได้ทำ อย่างไรก็ตาม ผู้บาดเจ็บมีอาการและสัญญาณชีพที่ดีขึ้นตามลำดับ อาจอธิบายได้จากปัจจัยอื่นๆที่ส่งเสริมให้ผู้บาดเจ็บมีอาการที่ดีขึ้นแม้ไม่ได้ทำ ancillary procedure เพื่อควบคุมการรั่ว ภาวะที่ทำให้โอกาสรั่วสูง เช่น ภาวะช็อก แลคเตตที่สูง ภาวะเลือดเป็นกรด เป็นต้น¹⁴

สรุป

การบาดเจ็บช่องท้องโดยเฉพาะส่วนคูโอดินัมเป็นภาวะสำคัญที่นำมาซึ่งทุพพลภาพและการเสียชีวิต วิธีจัดการกับคูโอดินัมที่บาดเจ็บได้แก่ การผ่าตัดซ่อมแซมส่วนที่บาดเจ็บ (3R) และการผ่าตัดเสริม (3D) การรักษาผู้บาดเจ็บจะต้องคำนึงตั้งแต่ห้วงก่อนถึงโรงพยาบาล การประเมินและดูแลภาวะวิกฤตเบื้องต้นที่โรงพยาบาลต้นทาง การจัดการที่ห้องฉุกเฉินที่เหมาะสม นำผู้บาดเจ็บไปผ่าตัดได้รวดเร็วทันท่วงที การดูแลต่อเนื่องจากที่หอผู้ป่วยหนัก และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งทุกระยะควรมีการประสานงานเพื่อผลการรักษาที่ดีที่สุด

เอกสารอ้างอิง

1. Advanced trauma life support (ATLS®): the ninth edition - PubMed [Internet]. [cited 2024 Jul 21]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23609291/>
2. Daengpruan N. 27 YEARS ANNIVERSARY TRAUMA REGISTRY 1997-2023.
3. Smyth L, Bendinelli C, Lee N, Reeds MG, Loh EJ, Amico F, et al. WSES guidelines on blunt and penetrating bowel injury: diagnosis, investigations, and treatment. World J Emerg Surg. 2022 Mar 4;17(1):13.
4. Bonomi AM, Granieri S, Gupta S, Altomare M, Cioffi SPB, Sammartano F, et al. Traumatic hollow viscus and mesenteric injury: role of CT and potential diagnostic-therapeutic algorithm. Updat Surg. 2021 Apr 1;73(2):703-10.
5. Faget C, Taourel P, Charbit J, Ruyer A, Alili C, Molinari N, et al. Value of CT to predict surgically important bowel and/or mesenteric injury in blunt trauma: performance of a preliminary scoring system. Eur Radiol. 2015 Dec 1;25(12):3620-8.

6. McNutt MK, Chinapuvvula NR, Beckmann NM, Camp EA, Pommerening MJ, Laney RW, et al. Early surgical intervention for blunt bowel injury: The Bowel Injury Prediction Score (BIPS). *J Trauma Acute Care Surg*. 2015 Jan;78(1):105.
7. Wandling M, Cuschieri J, Kozar R, O'Meara L, Celii A, Starr W, et al. Multi-center validation of the Bowel Injury Predictive Score (BIPS) for the early identification of need to operate in blunt bowel and mesenteric injuries. *Injury*. 2022 Jan 1;53(1):122–8.
8. Bolaji T, Ratnasekera A, Ferrada P. Management of the complex duodenal injury. *Am J Surg*. 2023 Apr 1;225(4):639–44.
9. Snyder WH, Weigelt JA, Watkins WL, Bietz DS. The surgical management of duodenal trauma. Precepts based on a review of 247 cases. *Arch Surg Chic Ill 1960*. 1980 Apr;115(4):422–9.
10. Feliciano D, Mattox K, Moore E. *Trauma, Ninth Edition*. 9th edition. New York: McGraw-Hill Education / Medical; 2020. 1440 p.
11. Degiannis E, Krawczykowski D, Velmahos GC, Levy RD, Souter I, Saadia R. Pyloric exclusion in severe penetrating injuries of the duodenum. *World J Surg*. 1993;17(6):751–4.
12. Kelly G, Norton L, Moore G, Eiseman B. The continuing challenge of duodenal injuries. *J Trauma*. 1978 Mar;18(3):160–5.
13. da Costa Ferreira CP, Lima NS, Mortati MCG, Ribeiro MA, Taha MIA, Perlingeiro JAG, et al. Duodenal diverticulization as treatment of complex duodeno-pancreatic lesions: Case report. *Int J Surg Case Rep*. 2020 Jan 1;66:298–303.
14. Weale RD, Kong VY, Bekker W, Bruce JL, Oosthuizen GV, Laing GL, et al. Primary repair of duodenal injuries: a retrospective cohort study from a major trauma centre in South Africa. *Scand J Surg SJS Off Organ Finn Surg Soc Scand Surg Soc*.