

Risikofaktorer

Ved en rask eller ukontrollert oppstigning pga. utstyrfeil eller panikk, kan det lett oppstå barotraume (lunngesprengning hvis man har holdt pusten under oppstigning) og trykktallsyke. Nærdrukning kan også være mulig.

Risikofaktorer:

- Redusert allmenntilstand før dykk (sykdom/bakrus)
- Ufjellt dekompressjonstid
- Maksimal utnyttelse av tabell
- Gjentatte dykk samme dag eller påfølgende dager
- Ugunstig dykkeprofil (jo-jo-dykk)
- Tidligere trykktallsyke
- Anstrengende dykk
- Dykking i kaldt vann
- Alder over 45 år, overvekt
- Manglende opplæring/sviktende sikkerhetsrutiner
- Fysisk aktivitet etter dykk (stauing av utstyr)
- Flyreiser/høyfellsoppganger kort tid etter dykk
- Røyking
- Inntak av kaffe/te/alkohol (vanndrivende)

Diagnose

Det er viktig med rask og korrekt diagnose. Invalliderende trykktallsyke kan oppstå raskt eller gradvis i løpet av de første timene etter dykk.

Dersom det har gått mer enn 24 timer fra siste dykk til symptomene oppstår, er det mindre sannsynlig at de skyldes trykktallsyke.

Trykktallsyke kan ligne akutte neurologiske sykdommer med progredierende, oftest flekkvise paresesier, smerter i store ledd, pareser, paralyse, hodepine, utmatthet, svimmelhet eller ustøhet.

Røntgen eller annen bildelediagnostikk har liten plass i den initiale utredning umiddelbart ved mistanke om lungeskade, men kan utelukke annen patologi.

Det viktigste er å få en god anamnese med nøyaktig tidspunkt for opptrøden av symptomer i forhold til dykket, og en god neurologisk vurdering med henblikk på sensibilitet, kraft, hurtighet, koordinasjon og balanse.

Hvis pasienten har dykket siste døgn, bør diagnosen trykktallsyke eller barotraume vurderes inntil dette er avkrefet i samråd med dykkekyndig lege.

Symptomer/funn Dykkerelatert Andre årsaker

Symptomer/funn	Dykkerelatert sykdom	Andre årsaker
Paresesier	TFS	Stram drakt/hansker/seler
Smerter i store ledd	TFS	Belastningsskader
Smerter i øre	Barotraume	Infeksjon
Smerter i bithuler	Barotraume	Infeksjon
Hodepine	TFS	CO ₂ -retensjon, tensjonshodepine
Kraftsvækkelse	TFS	Fysisk anstrengelse
Utalt tretthet	TFS	Barotraume med trommehinne perf.
Svimmelhet	TFS	Altemobar vertigo, Otolittstein
Hudkløe, marmorering	TFS	Huddiløse
Tung pust	TFS	Nærdrukning, barotraume
Hoste	TFS	Nærdrukning, barotraume
Kvalme	TFS	Sjøgang, forurenset pustegass

Primærbehandling

Bevisstløse pasienter skal ha vanlig førstehjelp med etablering av frie luftveier og adekvat ventilasjon. Puster pasienten selv, skal det gis 100% oksygen på tettstittende maske med reservoar så raskt som mulig. Gassstrøm bør være minst 10 liter per minutt. Ved redusert bevissthet legges pasienten i stabilt sideleie.

Videre behandling:

- Venfion i stor vene
- Infusjon med Ringger acetat eller NaCl 0,9% 1000 ml, 20 ml/min.
- Rikelig å drikke dersom pasienten er våken, men ikke vandrivende væsker som kaffe, te eller alkohol
- Ved kramper gis diazepam 5-10 mg i.v. eller 10-20 mg rektalt
- Ved smerter kan gis paracetamol 1000 mg
- Nøye overvåking før og under transport

Melding om og vurdering av behov for trykkammerbehandling:

Frembrt pasienten noen av de ovennevnte symptomer eller funn etter å ha dykket, bør en kontakte dykkerlege ved nærmeste trykkammer.

Ring 113 og be om å få snakke med nærmeste dykkerlege.

Sørg for å ha foretatt en klinisk undersøkelse av pasienten, inklusiv en orienterende neurologisk undersøkelse, samt innhente relevante anamnesticke opplysninger.

Om det ikke er øyeblikkelig hjelp, men det haster litt med å få kontakt med dykkerlege, ring:

Oslo: Oslo universitetssykehus Ullevål, tlf. 22 93 22 41

Bergen: Haukeland universitetssykehus, tlf. 55 36 17 00

Tromsø: Universitetssykehuset Nord-Norge, benytt kun 113

Ved andre dykkerrelaterte spørsmål (ikke øyeblikkelig hjelp): Ring Seksjon for hyperbarmedisin, Haukeland universitetssykehus man-fre kl. 08:00-16:00, tlf. 55 97 39 74

Transport

Dersom det foreligger sentralnervøse symptomer er det viktig med rask transport til nærmeste trykkammer med kvalifisert følge. Pasienten skal hele tiden puste 100% oksygen. Ved bruk av helikopter/luftambulansse tilstrebtes maksimal kabinhøyde 300 m.o.h. Pasienter med mindre alvorlige skal også til trykkammer, men da er ikke tidsfaktoren like avgjørende. Transportmåte og prioritet avgjøres i samråd med dykkerlege.

Hvilke opplysninger bør innhentes

Den viktigste opplysning er om pasienten har dykket de siste 24 timer. Videre bør en spørre om:

- var pasienten i god form før dykket?
- dato og klokkeslett for når dykket startet
- dybde, varighet og med hvilken pustegass?
- hvordan forløp dykket? (Anstrengende? Kaldt?)
- var det trykkutiligningsproblemer?
- ble det dykket etter Norske dykke- og behandlingstabeller eller etter computer? Varsling fra computer?
- når oppsto de første symptomer, under nedstigning, på bunnen, under oppstigning eller etter dykket?
- hvordan utviklet symptomene seg senere?

Dykelogg, dybdemåler og ev. dykkecomputer bør følge med pasienten til trykkammer hvis mulig.

NB! Undersøk alltid meddykker, som også skal følge med til trykkammer dersom vedkommende har symptomer, eller ved overskredet tabell.

Ved alvorlige ulykker er det viktig at utstyret tas vare på og sendes til Høgskolen i Bergen, Dykkerutdanningen for undersøkelse.

Norges Dykkerforbund har en ulykkeskomisjon som gjennomgår sportsdykkerulykker, mens yrkesdykkerulykker skal meldes til Arbeidsstilsynet.

Seksjon for hyperbarmedisin