

FORDYPNINGSSTOFF TIL HELSEPERSONELL

Les også brosjyren: Gode råd TREG MAGE OG FORSTOPPELSE HOS GRAVIDE OG AMMENDE

Generelt om treg mage og forstoppelse (obstipasjon)

Avføringens hyppighet, mengde og konsistens varierer mye, også hos personer med normal tarmfunksjon. Treg mage kan rent subjektivt defineres som ubehag ved ikke å få avføring ofte nok, lett nok eller fullstendig nok. Ved forstoppelse er avføringen hard, tørr og vanskelig å trykke ut, og avføringsmønsteret er gjerne endret i forhold til normalen. Følelse av å være oppblåst og smerter i mageregionen kan forekomme. Forstoppelse forekommer gjerne ved avføring sjeldnere enn to ganger per uke.

Gravide: Økt risiko for treg mage og forstoppelse

Treg mage og forstoppelse er et vanlig problem blant gravide, spesielt mot slutten av svangerskapet. Forekomsten hos gravide er mellom 10–40 %¹. I en multinasjonal studie blant over 9000 kvinner rapporterte 8,3 % å ha brukt et reseptfritt laksantia i svangerskapet².

Gravide er mer utsatt for treg mage og forstoppelse på grunn av økt væskeopptak fra tarmen og langsommere tarmpassasje. Dette er en del av normale fysiologiske endringer i svangerskapet. Det er særlig høyere progesteronnivåer som virker avslappende på glatt muskulatur i mage-tarmkanalen som gjør tarmpassasjen langsommere.

Lite fysisk aktivitet, svangerskapskvalme/oppkast, lavt væskeinntak, småspising, høydose jerntilskudd og undertrykkelse av avføringstrangen (defekasjonsrefleksen) øker også risikoen for treg mage og forstoppelse. I tillegg har enkelte legemidler forstoppelse som bivirkning (f.eks. opiater, metoklopramid, ondansetron).

Kvinner som er plaget med treg mage og forstoppelse før svangerskapet, og gravide med svangerskapskvalme, er mer utsatt enn andre.

Behandlingsprinsipper

Behandling av treg mage og forstoppelse kan bidra til å bedre eller fjerne plagene. Ikke-farmakologiske tiltak bør alltid forsøkes først. Slike råd er beskrevet i brosjyren.

Reseptfrie legemidler til egenomsorg, kan brukes av gravide og ammende i kortere perioder (Se Tabell). Helsepersonell på apotek har da et særlig ansvar for å gi informasjon om riktig bruk av disse legemidlene.

Ved betydelig og vedvarende treg mage eller forstoppelse bør gravide og ammende diskutere behandlingsalternativer med legen sin. Det gjelder også dersom hun ikke får god nok effekt av de reseptfrie midlene oppført i tabell 3. Det finnes også reseptpliktige avføringsmidler, som eventuelt kan forskrives av lege.

Reseptfrie legemidler

Legemidler mot treg mage og forstoppelse (laksantia) inndeles etter hvilken effekt de har på tarmen (Se Tabell). Midlene finnes som tabletter, pulver, teer, miksturer, dråper, stikkpiller og rektalklyster.

En systematisk litteraturgjennomgang av randomiserte kontrollerte studier (RCT) på reseptfrie legemidler mot forstoppelse blant ikke-gravide fant god dokumentasjon på effekt av makrogol

(=polyetylenglykol (PEG)) og senna, og moderat dokumentasjon på effekt av fibertilskudd, fruktbaserte midler, stimulerende avføringsmidler og magnesiumbaserte produkter³.

En systematisk litteraturgjennomgang av RCT studier på behandling av gravide med forstoppelse, fant at fibertilskudd bidro til at kvinnene fikk avføring oftere og avføringen var mykere. Ved valg mellom stimulerende og romoppfyllende avføringsmidler, var de stimulerende mest effektive, men kunne også gi mer magesmerter og diaré⁴. Ingen tilsvarende RCT studier av tilfredsstillende vitenskapelig kvalitet har blitt utført blant post partum kvinner⁵.

Tabell: Oversikt over reseptfrie midler mot treg mage og forstoppelse^{*6-8}

Type	Virkning	Eksempler	Bruk hos gravide	Bruk hos ammende
Osmotisk virkende midler	Binder vann og gir en avførende effekt. Virkning etter 1–3 dager.	Laktulose, makrogol**	OK – 1. valg	OK – 1. valg
Romoppfyllende midler	Øke tarmaktiviteten ved å gi tarmen mer å jobbe med. Virkning etter 1–3 dager.	Loppefrø (Ispaghula), hvetekli, linfrø	OK – 1. valg	OK – 1. valg
Stimulerende midler (kontakt-laksantia)	Øker peristaltikken ved å stimulere glatt muskulatur i tarmen. Virkning etter 6-12 timer.	Senna, bisakodyl, natriumpikosulfat	2. valg. Kun kortvarig bruk.	2. valg Kun kortvarig bruk.
Klystermidler	Tømmer tykktarmen raskt ved å bløtgjøre avføringen og gi lokal tarmstimulerende effekt. Virkning innen 5–20 minutter	Microlax, bisakodyl rektalvæske, glyserol	Ved hard forstoppelse: Kun kortvarig bruk.	Ved hard forstoppelse: Kun kortvarig bruk.
Bløtgjørende midler	Virker ved å gjøre tarminnholdet mykere. Virkning innen 2–8 timer.	Flytende parafin, lakserolje	Bør fortrinnsvis ikke brukes.	2. valg Kun kortvarig bruk.

* Det finnes også reseptpliktige legemidler mot forstoppelse. ** tilsvarer polyetylenglykol (PEG)

Romoppfyllende midler/ Osmotisk virkende midler

Gravide og ammende som har behov for et avføringsmiddel bør fortrinnsvis anbefales romoppfyllende/osmotisk virkende midler. Disse midlene øker tarmkontraksjonene fordi de øker volumet av tarminnholdet. Når tarmen utspiles, stimuleres de strekkfølsomme sansecellene i tarmveggen. Tarmbevegelsene blir da kraftigere.

Både romoppfyllende og osmotisk virkende midler kan brukes av gravide og ammende, ettersom preparatene absorberes i ubetydelig grad.

Etter keisersnitt er det vanlig med mindre fysisk aktivitet og enkelte ganger bruk av opioider. Ved mange av landets barselavdelinger gis derfor laktulose forebyggende til disse kvinnene.

Tarmstimulerende midler (også kalt kontaktlaksantia)

Som i befolkningen for øvrig anses kontaktlaksantia som andrevalg også hos gravide. Gruppen omfatter blant annet senna, bisakodyl og natriumpikosulfat. Disse virker ved å stimulere glatt muskulatur i tarmen og øke de rytmiske sammentrekningene (peristaltikken) i fordøyelseskanalen som driver tarminnholdet fremover. Tarmstimulerende laksantia kan ved langvarig og hyppig bruk gi elektrolyttforstyrrelser, behov for økende dose og forbigående redusert egen tarmaktivitet, og bør derfor begrenses til maksimalt én uke sammenhengende ved egenbehandling. Gravide bør oppfordres til å kontakte lege dersom symptomene forverres eller ikke bedres innen én uke.

Bruk av tarmstimulerende midler under graviditet er lite undersøkt, men ettersom de virker lokalt i tarmen og i svært liten grad absorberes systemisk, forventes det ikke at fosteret påvirkes.^{6,7} Det er heller ikke rapportert uønskede eller skadelige effekter på graviditeten,

foster eller nyfødt⁶. I en studie av 506 barn eksponert for senna-preparater i svangerskapet ble det ikke funnet økt risiko for fosterskade⁹.

Tarmstimulerende midler passerer ikke eller i ubetydelig grad over i morsmelk, og kan brukes av ammende på tilsvarende måte som resten av befolkningen⁸.

Bløtgjørende midler (f.eks. flytende parafin og lakserolje) fremmer avføring ved å gjøre tarminnholdet mykere og/eller stimulere peristaltikk. Enkelte kilder anbefaler at disse ikke bør brukes av gravide, generelt, i tredje trimester og/eller tett opp mot fødsel^{7,10,11}. Årsaken til slik anbefaling begrunnes enten med teoretiske betraktninger vedrørende sikkerhet eller med manglende dokumentasjon på effekt og sikkerhet hos gravide.

En studie av 103 gravide ved termin viste at en engangsdose lakserolje (60 ml) utløste fødselsstart innen 24 timer hos 58% av kvinnene, sammenlignet med 4% i kontrollgruppen¹².

Klysterformuleringer, inkludert mikroklyster, kan brukes i korte perioder av gravide og ammende ved uttalt forstoppelse og når romoppfyllende midler ikke bedrer forstoppelsen. Klysterformuleringer virker oppmykende og smørende på avføringen og volumøkende i endetarmen, noe som igjen fremmer avføringstrangen. Feilbruk kan gi skade på tarmveggen og elektrolyttforstyrrelser, og bør kun brukes i korte perioder (lik anbefaling som for befolkningen generelt).

Praktisk bruk av avføringsmidler ved treg mage og forstoppelse

Osmotisk virkende midler og romoppfyllende midler virker vanligvis innen 1–3 dager, tarmstimulerende midler virker som regel samme dag (etter 6–12 timer), og klystermidler virker raskest, vanligvis innen 5–20 minutter.

Ved forstoppelse vil man ofte ha behov for først å tømme tarmen med klyster for å få ut avføring fra endetarmen, for så å benytte perorale avføringsmidler. Siden refleksjonen for tømning av endetarmen kan være svekket, kan det være nødvendig med klyster noen dager etter hverandre (gjærne på morgen). Etter at tarmen er tømt, kan man med romoppfyllende/osmotisk virkende avføringsmidler holde tarminnholdet mykt. Fiberrik kost, rikelig væsketilførsel, regelmessige måltider uten småpising mellom måltidene og mosjon er viktig for å få tarmen til å fungere normalt igjen. Det bør settes av tid etter frokost for tarmtømming. Når avføringen igjen er blitt normal, er det tid for gradvis å slutte med romoppfyllende eller osmotisk virkende avføringsmiddel. Det er ikke uvanlig at man lar det gå noen uker før dette forsøkes.

Om romoppfyllende/osmotiske midler ikke gir tilstrekkelig effekt, kan tarmstimulerende legemidler forsøkes i inntil 1 uke.

Praktisk dosering av avføringsmidler

Bristolskalaen¹³ er en skala som klassifiserer avføringskonsistensen i syv ulike kategorier fra fast avføring til flytende avføring. Skalaen kan være til hjelp for å fastsette riktig dosering av laksantia.

1.		Separate harde klumper, kan ligne på nøtter.	Øke dosering av avføringsmidler.
2.		Pølseformet med klumper.	Øke dosering av avføringsmidler.
3.		Ser ut som en pølse med sprekker på overflaten.	Beholde dosering av avføringsmidler.
4.		Slange eller pølseformet, myk og smidig.	Beholde dosering av avføringsmidler.
5.		Myke klumper med markerte kanter.	Redusere dosering av avføringsmidler.
6.		Myke klumper med et grøtlignende utseende, ujevne kanter.	Redusere dosering av avføringsmidler.
7.		Helt flytende uten faste klumper.	Redusere dosering av avføringsmidler.

Figur. Bristolskalaen: Dosering av legemidler ved treg mage gjøres ved å vurdere utseende på avføring

Perinealskade ved fødsel

Det er vanlig med mindre rifter i området mellom skjeden og endetarmen (perinealskade). Smertefulle rifter eller manglende tilheling i endetarm/skjede etter fødselen kan føre til at kvinnen undertrykker avføringsrefleksen og utvikler avføringsproblemer. Ved sår og rifter mellom skjede og endetarm kan man ved å støtte mellomvevet med en hånd, gjøre tømming av endetarmen (defekasjonen) mindre ubehagelig. Kvinner med perinatale skader anbefales å bruke laktulose i opptil 2 uker postoperativt for å holde avføringen myk¹⁴.

Hemorroider

Gravide og ammende som er plaget med hemorroider, bør tilbys informasjon med fokus på kosthold, fysisk aktivitet og væskeinntak. Hvis symptomene fortsatt er plagsomme, kan kvinnene anbefales kortisonholdige og lokalbedøvende salver og stikkpiller mot hemorroider i korte perioder (vi anbefaler maksimalt 1 uke sammenhengende av kortisonholdige salver). Systemisk opptak av slike legemidler er ubetydelig, og regnes som trygge å bruke hos gravide

og ammende. Alcos-Anal salve virker lokalt i endetarmen. Den inneholder natriumoleat med lokalt virkende, karsammentrekkende og kløestillende effekt samt hjelpestoffer som sikrer riktig konsistens og smøring. Preparatet kan brukes av gravide.

Blod i avføringen

Hemoroider er den vanligste årsaken til friskt blod i avføringen hos unge, friske mennesker. Dersom kvinnen rapporterer om blod og slim i avføringen er det likevel et alarmsymptom som krever nærmere utredning hos lege.

Mistanke om misbruk av avføringsmidler

Ved vedvarende eller høyt forbruk av avføringsmidler, hos en gravid eller ammende kvinne, kan det være snakk om misbruk. Informasjon om risiko ved overforbruk av avføringsmidler, bør da gis.

Referanser:

1. Heaton KW, Radvan J, Cripps H, et al. Defecation frequency and timing, and stool form in the general population: a prospective study. *Gut* 1992;33:818-24.
2. Lupattelli A, Spigset O, Twigg MJ, Zagorodnikova K, Mårdby AC, Moretti ME, Drozd M, Panchaud A, Hämeen-Anttila K, Rieutord A, Gjergja Juraski R, Odalovic M, Kennedy D, Rudolf G, Juch H, Passier A, Björnsdóttir I, Nordeng H. Medication use in pregnancy: a cross-sectional, multinational web-based study. *BMJ Open*. 2014 Feb 17;4(2):e004365.
3. Chang L, Chey WD, Imdad A, et al. American Gastroenterological Association–American College of Gastroenterology clinical practice guideline: pharmacological management of chronic idiopathic constipation. *Am J Gastroenterol*. 2023;118(6):936–954.
4. Rungsiprakarn P, Laopaiboon M, Sangkomkamhang US, et al. Interventions for treating constipation in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 9. Art. No.: CD011448. DOI: 10.1002/14651858.CD011448.pub2. (søkedato: 01.03.2026).
5. Turawa EB, Musekiwa A, Rohwer AC. Interventions for preventing postpartum constipation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;8:CD011625.
6. Nilssen LS, Nordeng H. [G7 Graviditet og Legemidler](#). In: Norsk Legemiddelhandbok (sist oppdatert mai 2019). <https://www.legemiddelhandboka.no/> (søkedato 27.02.2026).
7. Schaefer C, Peters PWJ, Miller RK. *Drugs during pregnancy and lactation: treatment options and risk assessment*. Oxford: Elsevier; 2014.
8. Nordeng H, Nilssen LS. [G8 Amming og legemidler](#). In: Norsk Legemiddelhandbok (sist oppdatert desember 2025). <https://www.legemiddelhandboka.no/> (søkedato 27.02.2026).
9. Gomes CF, Sousa M, Lourenço I, et al. Gastrointestinal diseases during pregnancy: what does the gastroenterologist need to know? *Ann Gastroenterol*. 2018 Jul-Aug;31(4):385-394.
10. Rao SSC, Qureshi WA, Yan Y, Johnson DA. Constipation, Hemorrhoids, and Anorectal Disorders in Pregnancy. *Am J Gastroenterol*. 2022 Oct 1;117(10S):16-25.
11. Acs N, Bánhidý F, Puhó EH, et al. Senna treatment in pregnant women and congenital abnormalities in their offspring—a population-based case-control study. *Reprod Toxicol* 2009; 28: 100-4.
12. Garry D, Figueroa R, Guillaume J, Cucco V: Use of castor oil in pregnancies at term. *J Altern Ther Health Med* 2000;6:77-79.
13. Lewis SJ, Heaton KW. Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. *Scand J Gastroenterol*. 1997;32(9):920-4.
14. Laine K, Baghestan E, Olsen IP, et al. [Perinealskade og analsfinkterskade ved fødsel](#). In: Metodebok, Fødselshjelp (NGF) (sist oppdatert juni 2025). <https://metodebok.no/> (søkedato 27.02.2026).

Fordypningsstoffet er utgitt av en tverrfaglig forfattergruppe og utarbeidet på grunnlag av tilgjengelig litteratur og ressurser på publiseringstidspunktet i samråd med eksterne sakkyndige. Brosjyren må ikke erstatte kontakt med, undersøkelse hos eller behandling av kvalifisert helsepersonell. Helsepersonell er selv ansvarlig for bruk av brosjyrens innhold i rådgivning eller pasientbehandling

Forfattergruppe: H. Nordeng (farmasøyt, Farmasøytisk institutt, UiO), M. Falck (barnelege, Oslo universitetssykehus), A.M. Brænd (helsestasjonslege, Institutt for helse og samfunn, UiO), A.D. Midtsund (helsesykepleier, Oslo kommune) og G.C. Havnen (farmasøyt, RELIS Sør-Øst, Tryggmammamedisin.no).

Gjennomlest av: Kristine Heitmann, farmasøyt, RELIS Vest og Trygg Mammamedisin.

Illustratør: Cathrine Sandmæl (Bristolskalaen).

Revidert utgave februar 2026. Det kan siteres fra brosjyren dersom kilden oppgis.

