

Tarmkanalens funktionsrubbningar

Bodil Ohlsson, Medicinkliniken, Universitetssjukhuset, Malmö
Mikael Truedsson, Sorgenfrimottagningen, Malmö

Inledning

Det finns olika slag av funktionella tarmrubbningar (Faktaruta 1), men Irritable Bowel Syndrome (IBS) är den vanligaste med en prevalens runt 10–15% i befolkningen (1). En internationell arbetsgrupp har utarbetat kriterier för klassifikation av de olika rubbningarna. Denna är baserad på patientens symtom, de s k Rom III-kriterierna (Faktaruta 2) (2).

Sjukdomen är vanligast bland kvinnor, och människor i alla åldrar drabbas. Orsaken till symtomen vid IBS är okänd, men flera olika mekanismer har sannolikt betydelse inom såväl arv som miljö, exempelvis kost, genomgången gastroenterit, visceral sensibilitet, motorikstörningar och psykologiska trauman.

Patogenes

Motorikstörningar

En störd motorik i mag-tarmkanalen är väl dokumenterad vid IBS. Man har beskrivit en ökad gastrokolisk reflex hos dessa patienter. Studier har visat en ökad motorik i sigmoideum efter födointag (3).

Visceral sensibilitet

Upplevelse av smärta har en komplicerad bakgrund och modifieras av inlärning, emotionella upplevelser, kulturella och psykosociala faktorer. Vid IBS har en ökad känslighet för distention av kolon och rektum påvisats (4). Visceral hyperalgesi kan även

Indelning av funktionella tarmrubbningar

Irritable Bowel Syndrome
Funktionell uppspändhet
Funktionell förstoppning
Funktionell diarré
Ospecifierad funktionell tarmsjukdom

Rom III-kriterierna

Återkommande buksmärta eller obehag under minst 3 dagar/månad de 3 senaste månaderna. Symtomdebut för minst 6 månader sedan och med minst 2 av 3 kännetecken:

1. smärtan lättar vid tarmtömning
2. smärtan är associerad med ändrad avföringsfrekvens
3. smärtan är associerad med ändrad avföringskonsistens.

Kriterier som stödjer IBS-diagnosen

1. Färre än 3 tarmtömningar/vecka eller fler än 3 tarmtömningar/dag
2. Hård avföring ("harlortar")
3. Lös eller vattnig avföring
4. Krystning vid tarmtömning
5. "Urgency" (bråttom till toalett)
6. Känsla av ofullständig tarmtömning
7. Slem i avföringen
8. Buksvullnad, känsla av uppblåsthet i buken

utlösas av andra stimuli såsom inflammation, infektion och föda. Denna visceral hyperalgesi har man sett är korrelerad till

kognitiva och psykosociala faktorer (5). Den rapporterade smärtan är således inte bara ett uttryck för patofysiologiska förändringar i smärtregistreringen från tarmen och upp till centrala nervsystemet, utan även ett uttryck för individens förmåga eller oförmåga att handskas med kroppens signaler. Den samtidiga förekomsten av en ökad gastrokolisk reflex och visceral hyperalgesi gör att normala fysiologiska fenomen som födoingest ger upphov till smärta.

Infektioner

Det är välkänt att tarminfektioner kan utlösa IBS. Prospektiva studier har visat att 3–30% av patienter med genomgången bakteriell enterit utvecklar IBS-symtom. Även virala enteriter kan ge upphov till IBS. På samma sätt kan man se att 6–17% av de som lider av IBS har fått detta efter en enterit. Denna så kallade postinfektiösa IBS tilldrar sig ett stort forskningsintresse men man vet inte mekanismen bakom (6). Möjligen kan problemen bero på förändrad bakterieflora. Denna form av IBS har bäst prognos.

Kostfaktorer

Kosten har sannolikt ingen primär etiologisk betydelse för uppkomsten av IBS, men kan bidra till patienternas symtom. Fibrer påskyndar passagetiden genom kolon och leder till en ökad fecesvolym. En fiberfattig kost kan bidra till förstoppning och man anser att IBS-patienter ska ha fibertillskott som förstahandsmedel. Dock kan fibrer förvärra magbesvären. Genom att magen får mer att arbeta med, kan både smärtan och gasbildningen öka.

Födoämnesintolerans diskuteras ibland som orsak till mag-tarmbesvär. Intolerans är dock väldigt sällsynt och förklarar sällan besvären. Många patienter med IBS har svårt för att tåla gasbildande födoämnen, såsom lök, kål, bönor och andra baljväxter. Problemet brukar vara att försöka få patienterna att äta. Många utesluter det ena födoämnet efter det andra tills de till slut har en undermålig kost. Troligtvis är det den ökade gastrokoliska reflexen samtidigt med visceral hyperalgesi som ger smärtan, och inget specifikt födoämne.

Psykologiska mekanismer

Sambandet mellan psykologiska faktorer och IBS har varit föremål för många studier. Ibland IBS-patienter finns en överrepresentation av olika psykiatriska diagnoser såsom depression, hypokondri och ångest (7). Psykologiska faktorer orsakar sannolikt inte IBS, men har däremot betydelse för hur individen upplever sina symtom, deras svårighetsgrad och förmågan att hantera dem. Man har sett i studier att IBS-patienter har sämre coping-förmåga än normalpopulationen.

Övrigt

Bakteriell överväxt i tunntarmen som förklaring till IBS-liknande symtom har diskuterats. Man har inte kunnat hitta att andelen patienter med bakteriell överväxt är högre hos IBS-patienter än bland normalpopulationen, men om man jämför friska kontroller och IBS-patienter har patienterna högre bakteriehalt i tunntarmen än kontrollerna (8). Vilken betydelse detta har är osäkert. Patienter med ätstörningar har hög frekvens av mag-tarmbesvär som kan kvarstå resten av livet. Om mag-tarmproblem är den primära orsaken till anorexi eller sekundär till sjukdomen vet man inte.

Diagnostik

För diagnosen IBS krävs kroniska eller återkommande symtom som inte kan förklaras av organiska avvikelser i mag-tarmkanalen, samt att patienten uppfyller de s k Rom III-kriterierna (Faktaruta 2, s 121) (2). Utredningen av en patient med misstänkt funktionell tarmrubbing bör i första hand ske i primärvården. Endast vid svårare fall av IBS, eller när patienten kräver en "second opinion" remitteras patienten till sjukhus för bedömning. Patientens symtom, symtomduration och ålder avgör utredningens omfattning. En ung patient med fleråriga, klassiska IBS-symtom bör endast genomgå en minimal utredning (Faktaruta 3). Däremot bör en patient med nytillkomna symtom, förändrad karaktär på symtomen eller debut i högre ålder (> ca 40 år) utredas mera omsorgsfullt, Faktaruta 4, och förslag i Tabell 1.

Tabell 1. Symtom och utredning av de vanligaste sjukdomarna i mag-tarmkanalen

Symtom	Utredning	Tänkbar diagnos
Obehag i övre delen av magen	Gastroskopi	Dyspepsi, ulcus
Kraftiga smärtor i övre delen av buken	Ultraljud, (CT-buk)	Gallsten, pankreatit
Besvär av mjölk eller gasbesvär	Laktosbelastning, laktasgenotypning	Laktosintolerans
Malabsorption i kombination med diarré eller förstoppning	Gastroskopi med tunntarmsbiopsi, endomysie- eller transglutaminasantikroppar	Celiaki
Akut insjuknande i diarré	Fecesodling	Infektiös enterit
Vattning diarré	Koloskopi med biopsi	Mikroskopisk kolit
Blodig diarré, höga inflammationsparametrar	Koloskopi, kapselendoskopi	Inflammatorisk tarmsjukdom
Steatorré	Amylas, trioleintest	Pankreasinsufficiens, ileumsjukdom (Mb Crohn)
Kronisk diarré efter galloperation eller ileumsjukdom	⁷⁵ Se-HCAT-skintigrafi, test med gallsaltsbindare	Gallsaltsmalabsorption
Diarré och illaluktande gaser vid dysmotilitet och tunntarmsdivertiklar	Tunntarmsröntgen, B-folat, Hoffman test (gallsyradekonjugeringstest)	Bakteriell överväxt
Blödning, viktnedgång, hög ålder	Koloskopi	Malignitet

Enkel diagnostik

- Anamnes
- Somatiskt status inklusive rektoskopi
- Hb, vita, CRP, kalcium/albumin, TSH och F-Hb x 3

I anamnesen bör man vara observant på larmsymtom (Faktaruta 4). Kort anamnes (< 4 veckor) på ändrade avföringsvanor hos en patient > 40 år bör föranleda utredning med koloskopi, speciellt om det finns en förstegradssläkting med koloncancer. Det är viktigt att man en gång för alla tar upp en ordentlig anamnes och gör en basal utredning, då annars behandlingsbara, organiska sjukdomar kan döljas i denna grupp.

Om patienten har diarré som enda symptom, kan det vara tecken på inflammatorisk tarmsjukdom, gallsaltsmalabsorption eller celiaki (Tabell 1). Kalprotektin, som är ett protein med antibakteriella egenskaper, frisätts från vita blodkroppar i tarmen och kan påvisas i feces. Analys av kalprotektin kan användas som komplement i utredningen av misstänkt inflammatorisk tarmsjukdom. Lätt förhöjda värden förekommer

Larmsymtom eller tecken som inte i första hand leder misstanken till IBS

Sådana fall utreds enligt Tabell 1.

- Kort symtomduration med ett progressivt kliniskt förlopp
- Debut efter 40-års ålder
- Avvikande laboratorieprover såsom hög CRP eller anemi
- Blödning
- Feber
- Nattlig eller ständig diarré
- Viktnedgång

vid IBS, medan kraftigt förhöjda värden talar för inflammatorisk tarmsjukdom. Diarré i kombination med feber bör föra tanken till infektion.

Vid laktosintolerans klagar patienten över riklig gasbildning, uppkördhet och illaluktande diarré efter intag av mjölkprodukter. För att säkerställa diagnosen kan man göra en laktosbelastning eller genotypbestämning.

När det gäller barn med mag-tarmbesvär hänvisas till kapitlet Vanliga problem under småbarnsåren, s 151.

Behandling

Allmänt omhändertagande

Redan vid den första konsultationen kan man genom anamnesen misstänka att patienten har funktionell tarmsjukdom. Det är viktigt att man tidigt berättar för patienten vad man misstänker. Samtidigt bör man tala om att en viss utredning kommer att göras för att utesluta organisk sjukdom och bekräfta diagnosen. Man måste från början göra upp ett kontrakt på hur stor utredning som ska göras. Annars är det lätt att den ena undersökningen efter den andra beställs. Många gånger finns det en stark oro hos patienten att det ska röra sig om allvarlig sjukdom, t ex malignitet. Ibland behöver patienten en basal utredning för att lugna dennes oro. Extensiv utredning bör undvikas då det kan leda till ökad fixering vid sjukdomen.

Sedan diagnosen är satt är det viktigt att patienten förstår att hon eller han har fått en diagnos. Detta är första steget av bekräftelse för patienten och att få denne att kunna acceptera och lära sig att leva med sina besvär. Många gånger är vi inom professionen dåliga på att ge information om funktionella besvär då vi inte kan ge en organisk förklaring. Man måste förklara sjukdomens natur och förmedla till patienten att man känner sig säker på diagnosen. Detta kan vara den viktigaste terapeutiska åtgärden. Man får berätta att tillståndet ofta är långvarigt, recidiverande och ibland livslångt, att det inte finns någon varaktig bot, men att tillståndet inte leder till några komplikationer.

Målsättningen är att hjälpa patienten att hantera och lindra symtomen. Man måste gå igenom livsstilsfaktorer, aktuella livshändelser, patientens personlighet och eventuell oro och ångest. Det är viktigt med kontinuitet och långsiktighet i sjukvårdskontakt.

Kostförändringar

Många patienter med IBS kan få symtomlindring genom kostförändring. Många tål

inte gasbildande livsmedel som lök, vitlök, purjolök, kål, bönor, linser, ärtor, paprika, rädisor, äpplen, bananer, selleri och livsmedel som innehåller sorbitol och xylitol. Vissa märker att fet mat förvärrar besvären. Fiberrik mat kan ge ökade buksmärtor och gasbesvär. Dietistkonsultation kan vara värdefull för att göra en kostregistrering och för rådgivning. Många gånger framkommer det att patienten har en undermålig kost ur nutritionssynpunkt. En del behöver minska sitt fiberintag medan andra behöver öka det. Om man tillför en fiberrik diet och inte är van vid det kan man initialt få ökade mag-tarmbesvär som kan gå över när magen vant sig. Man måste alltid prova en diet i minst 3–4 veckor innan man kan uttala sig om effekten.

Det finns inga vetenskapligt baserade kostrekommendationer för IBS-patienter. Man rekommenderar därför samma kost som gäller generellt för befolkningen och som ges ut av Livsmedelsverket (Svenska Näringsrekommendationer (SNR 2005)). En viktig och grundläggande princip är också att patienterna äter regelbundet. Åtstörningar måste uteslutas. Buksmärtorna kan ge upphov till ett anorektiskt beteende med för litet eller felaktigt näringsintag. Ofta får man uppmuntra och stötta patienterna till att äta trots att de får ont. Många gånger är det inte ett specifikt födoämne som ger besvär, utan orsaken till smärtorna är aktiveringen av den gastrokoliska reflexen vid födointag.

Motion

Det finns studier som tyder på att fysisk aktivitet kan minska buksmärtorna. Mer forskning behövs emellertid inom detta område.

Psykologiska behandlingsmetoder

Patienter med svåra symtom, som är behandlingsrefraktära med konventionell terapi, utgör ett stort kliniskt problem. Psykologiska behandlingsmetoder kan vara ett värdefullt komplement till annan medicinsk behandling. Dynamisk psykoterapi, kognitiv beteendeterapi, avslappning, hypnos och patientskolor har i studier förbättrat tarmsymtomen (9,10). Hypnosbehandling har uppvisat övertygande goda resultat

vad beträffar buksmärter och IBS. Problemet med dessa metoder är att tillgängligheten är mycket begränsad.

Läkemedelsbehandling

Få läkemedel har övertygande visats ha bättre effekt än placebo vid behandling av IBS. Placeboeffekten är betydande och i olika studier har 30–60% av patienterna svarat gynnsamt på placebo. Inget läkemedel kan förväntas ha effekt på alla symtom vid IBS, men vissa enskilda symtom kan minskas (Terapirekommendationerna, s 126). Det är därför viktigt att patienten informeras om vilka behandlingseffekter man kan förvänta sig, så att förväntningarna på läkemedelsbehandlingen är rimliga.

Man har i många år forskat mycket kring serotonin och olika agonister/antagonister till serotoninreceptorerna. Inget av dessa preparat ha dock blivit registrerade i Sverige pga att effekten varit för liten i relation till placebo. Intresset för dessa läkemedel har kraftigt minskat, och forskningen kring flera preparat som genomgått långtgående prövningar har nu lagts ned.

Smärtbehandling

Spasmolytika

Spasmolytika av papaverintyp är förstahandsvalet som analgetikum vid funktionella buksmärter. Det har en relaxerande effekt på glatt muskulatur i mag-tarmkanalen. Papaverin används då man kliniskt sett en god effekt, men det saknas studier som styrker effekten vid IBS.

Biverkningarna är få och det föreligger ingen risk för vanebildning. Man kan ta medlet vid behov eller som kontinuerlig medicinering.

Antidepressiva läkemedel

Tricykliska och tetracykliska antidepressiva är de mest studerade medlen och har visats ha gynnsam effekt på buksmärter vid IBS i många studier. I en nyligen publicerad Cochrane-analys samt i guidelines för behandling av IBS är man dock tveksam till effekten, då många studier inom området inte håller tillräckligt hög vetenskaplig kvalitet (11,12). Amitriptylin, klomipramin och mianserin används och ges vanligtvis i lägre doser än vid behandling av depressioner.

Effekten av dessa medel beror på en direkt-effekt på det enteriska nervsystemet och är inte en effekt av att man behandlar patienten för psykiska besvär. Man kan börja med 10–20 mg av något av dessa läkemedel och successivt öka dosen. Effekten är bättre hos personer med IBS och övervägande diarrébesvär än hos dem med förstoppning, som kan försämrats pga medlens antikolinerga effekter. Om personer med samtidiga depressiva besvär svarar bättre på denna behandling är inte klarlagt. Behandling med SSRI-preparat har ingen effekt mot de gastro-intestinala symtomen vid IBS, men ökar det allmänna välbefinnandet (12). Även om evidensgraden inte är så hög, är det i praktiken dessa läkemedel man provar hos patienter med otillräcklig effekt av spasmolytika.

Antikolinergika

Antikolinergika har relaxerande effekt på glatt muskulatur och har därför företrädesvis använts då buksmärta varit ett dominerande symtom. Något vetenskapligt stöd för effekt vid IBS har man inte. Antikolinerga biverkningar är vanliga, vilket gör långtidsbehandling tveksam.

Analgetika

Morfin och morfinliknande preparat som kodein och tramadol har en positiv effekt på buksmärter, men kan samtidigt försämra motoriken och på sikt ge upphov till förlångsammad magsäckstömning och obstipation och därmed ökade smärter. Dessutom är dessa läkemedel starkt vanebildande och bör användas med stor försiktighet vid dessa tillstånd med tanke på att IBS är en kronisk sjukdom som kräver mångårig medicinering.

Paracetamol och NSAID har ingen effekt mot visceral smärta och ska därför inte användas vid IBS. Akupunktur, som troligtvis frisätter endogena opioider, har visat sig vara utan effekt vid IBS

Medel mot förstoppning

Bulkmedel

Bulkmedel (ispaghula, spannmålsfibrer och sterkuliagummi) är förstahandsval vid förstoppning. En del patienter har dock ingen effekt av bulkmedel. En del får mer buksmärter och gasbesvär av bulkmedel. Om

Terapirekommendationer – Behandling av funktionella tarmrubbingar	
Samtliga patienter	Information om tillståndets natur, kost och livsföring Psykologiskt omhändertagande Läkarkontinuitet
Vid buksmärtor	Spasmolytika Tricykliska/tetracykliska antidepressiva Antikolinergika
Vid förstoppning	Fiberrik kost Rikligt vätskeintag Fysisk aktivitet Bulkmedel Osmotiskt verkande medel Tarmirriterande medel
Vid diarré	Loperamid Bulkmedel Gallsaltsbindare
Vid gasbesvär	Dimetikon

inte bulkmedel fungerar är i första hand osmotiskt verkande medel aktuella att använda.

Osmotiskt verkande medel

Laktulos och laktitol bryts ned av tjocktarmens bakterieflora, varvid organiska syror, främst mjölksyra bildas. Dessa ger en bulkeffekt genom att osmotiskt binda vatten. Osmotiskt verkande medel är förstahandsvalet vid behandling av förstoppning hos barn när råd om kost, livsföring och toalettrutiner haft otillräcklig effekt. Ökad gasbildning kan vara en besvärande biverkning vid denna medicinering.

Makrogol respektive polyetylen glykol verkar också via en osmotisk effekt. De utgör värdefulla och väl tolererade alternativ vid behandling av kronisk förstoppning. Medlen kan även användas för peroral behandling av fekalom och ges då i högre dos (8 dospåsar/dag) under 2–3 dagar.

Tarmirriterande laxermedel

Till gruppen av tarmirriterande medel hör bisakodyl, natriumpikosulfat och sennaglykosider. De stimulerar tarmperistaltiken genom en direkt verkan på tarmväggens nervplexa. Senna kan även ingå i en del örtteer. Man har tidigare sagt att dessa medel kan användas vid tillfällig, kortvarig förstoppning men bör undvikas som långtidsbehandling annat än i speciella fall. Man har antagit att de har en vanebildande ef-

fekt. Det finns dock ingen forskning som stöder att så skulle vara fallet, denna risk är starkt överdriven (13). Man har sett att patienter som använt dessa medel i upp till 20 år inte har utvecklat tolerans med dosökning som följd. Man ska dock vara observant på missbruk hos en del patienter med psykiska besvär och ätstörningar.

Prokinetiska läkemedel

Metoklopramid tillhör gruppen prokinetiska läkemedel. Långtidsbehandling med metoklopramid bör undvikas pga risk för neurologiska biverkningar. Det finns ingen vetenskaplig dokumentation som stöder att någon av de nu tillgängliga prokinetiska medlen skulle ha någon positiv effekt vid förstoppning.

Klysma

Klysma (t ex Microlax, Resulax) och andra rektalt verkande medel (Relaxit) har sin plats vid behandling av rektumobstipation eller när tömningssvårigheter är dominerande problem. Dessa läkemedel kan med fördel användas till barn med förstoppningsbesvär.

Medel mot diarré

Loperamid och Loperamidoxid kan prövas vid diarrébesvär som man inte kan hitta någon annan förklaring till. Problemet är att en del patienter får buksmärtor av preparaten. Man kan pröva bulkmedel även vid

diarré eftersom dessa binder vätska och därmed minskar besvären. Om inte detta har tillräcklig effekt får man pröva gallsaltsbindare (kolestipol eller kolestyramin), ensamt eller i kombination med loperamid och loperamidoxid. Kolestipol är inte registrerat för behandling av diarré men används ändå. Man börjar med 1–2 doser/dag av gallsaltsbindare och ökar dosen tills effekt erhålls, eller till den angivna maximala dosen enligt Fass.

Medel vid meteorism

Gasbesvär är ett stort problem för många patienter. Detta är ett symptom som är svårt att behandla. Dimetikon kan prövas vid gasbesvär när kostomläggning inte haft tillräcklig effekt. Effekten är dock måttlig. Dubbel dos mot vad som rekommenderas i Fass kan prövas.

Divertikelsjukdom

Divertikelsjukdom är vanligt i västvärlden. Mellan 50 och 70% av befolkningen > 80 år har divertiklar (14). Vanligen uppstår divertiklar i colon descendens och sigmoideum (90%). Patogenesen till divertikelbildning i kolon anses vara lågt fiberinnehåll i kosten och förstoppning, vilket leder till ökat tryck i tarmen varvid tarmväggen ger efter. Av patienter med divertikulosis drabbas 5% av divertikulit. Inflammationen uppstår när tarminnehåll stagnerar i divertiklarna.

Klinik

De vanligaste symptomen vid divertikulit är lågt sittande, ofta vänstersidiga, buksmärter, feber, blodig avföring och allmän sjukdomskänsla. Vid undersökning finner man en febril patient med ömhet i vänstra, nedre kvadranten. Vid rektalpalpation kan man finna blodtillblandad avföring. En sigmoideumdivertikulit kan likna en akut appendicit när colon sigmoideum är lång och slingrig och när över till högra nedre kvadranten av buken. Ibland kan patienten få urinvägsbesvär när den inflammerade tarmen retar urinblåsan.

Vid tarmperforation har patienten påverkat allmäntillstånd och tecken till lokal eller generell peritonit.

Diagnos

Provtagning på vårdcentralen bör inkludera Hb, CRP, LPK och urinsticka. CT-undersökning är rekommenderad radiologisk undersökning för säkerställande av diagnos vid differentialdiagnostiska övervägande.

Differentialdiagnoser

De vanligaste differentialdiagnoserna är akut appendicit, inflammatorisk tarmsjukdom, bakteriell tarminfektion, cystit, pyelit, koloncancer och gynekologisk sjukdom.

Behandling och uppföljning

Om patienten kan försörja sig per os och är opåverkad av sin divertikulit kan behandlingen skötas polikliniskt på vårdcentralen. En kombinationsbehandling med kinolon, t ex ciprofloxacin, och metronidazol är förstahandsalternativ vid divertikulit. De första dagarna bör patienten endast äta flytande kost. Smärtlindring med lätta opioider och paracetamol kan krävas initialt. Patienten rekommenderas också att öka sitt fiberinnehåll i kosten.

Vid generell peritonit och tarmperforation måste oftast operation tillgripas.

Efter genomgången konservativ behandling följs patienten upp med koloskopi för att utesluta malignitet.

Referenser

1. Hungin APS, Whortwhell PJ, Tack J, Mearin F. The prevalence, patterns and impact of irritable bowel syndrome: an international survey of 40 000 subjects. *Aliment Pharmacol Ther.* 2003;17:643–50.
2. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. *Gastroenterology.* 2006;130:1480–91.
3. Rogers J, Henry MM, Misiewicz JJ. Increased segmental activity and intraluminal pressures in the sigmoid colon of patients with the irritable bowel syndrome. *Gut.* 1989;30:634–41.
4. Posserud I, Syrous A, Lindström L, Tack J, Abrahamsson H, Simrén M. Altered rectal perception in irritable bowel syndrome is associated with symptom severity. *Gastroenterology.* 2007;133:1113–23.

5. Dorn SD, Palsson OS, Thiwan SIM, Kanazawa M, Clark WC, van Tilburg MAL, Drossman DA, Scarlett Y, Levy RL, Ringel Y, Crowell MD, Olden KW, Whitehead WE. Increased colonic pain sensitivity in irritable bowel syndrome is the result of an increased tendency to report pain rather than increased neurosensory sensitivity. *Gut*. 2007;56:1202–9.
6. Dunlop SP, Jenkin D, Spiller RC. Distinctive clinical, psychological, and histological features of postinfective irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol*. 2003;98:1578–83.
7. Palsson OS, Drossman DA. Psychiatric and psychological dysfunction in irritable bowel syndrome and the role of psychological treatments. *Gastroenterol Clin North Am*. 2005;34:281–303.
8. Posserud I, Stotzer PO, Björnsson ES, Abrahamsson H, Simrén M. Small intestinal bacterial overgrowth in patients with irritable bowel syndrome. *Gut*. 2007;56:802–8.
9. Whorwhell PJ. Review article: The history of hypnotherapy and its role in the irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther*. 2005;22:1061–7.
10. Bengtsson M, Ulander K, Börgdal EB, Christensson AC, Ohlsson B. A course of instruction for women with irritable bowel syndrome. *Patient Educ Couns*. 2005;62:118–22.
11. Quartero AO, Meineche-Schmidt V, Muris J, Rubin G, de Wit N. Bulking agents, antispasmodic and antidepressant medication for the treatment of irritable bowel syndrome (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2005;CD003460.
12. Spiller R, Aziz Q, Creed F, Emmanuel A, Houghton L, Hungin P, Kumar D, Rubin G, Trudgill N, Whorwhell P. Guidelines on the irritable bowel syndrome: mechanisms and practical management. *Gut*. 2007;56:1770–98.
13. Muller-Lissner SA, Kamm MA, Scarpignato C, Wald A. Myths and misconceptions about chronic constipation. *Am J Gastroenterol*. 2005;100:232–42.
14. Jacobs DO. Clinical practice. Diverticulitis. *N Engl J Med*. 2007 Nov 15; 357 (20) 2057–66.

Preparat¹

Smärtbehandling

Spasmolytika av papaverintyp

Papaverin

Papaverin Recip Recip, tabletter 40 mg

Tricykliska antidepressiva medel

Amitriptylin, klomipramin, mianserin

se kapitlet Förstämningssyndrom, s 945.

Antikolinergika

Hyoscyamin

Egazil Duretter BioPhausia, depottabletter 0,2 mg

Analgetika

Paracetamol, NSAID, morfin, kodein, tramadol

se kapitlet Smärtbehandling, s 812.

Laxantia

Bulkmedel

Ispaghula

Agiolax Meda, granulat

Lunelax Recip, granulat, granulat dospåse, pulver till oral suspension, pulver till oral suspension dospåse

Vi-Siblin Recip, granulat, granulat dospåse

Vi-Siblin S Recip, granulat, granulat dospåse

Spannmålsfibrer

Fiberform Recip, dosgranulat 3,5 g

Fiberform Mix Recip, granulat till oral lösning dospåse

Sterkuliagummi

Inolaxol Solvay Pharma, granulat dospåse, granulat, oralt pulver, oralt pulver dospåse

Osmotiskt aktiva medel

Laktitol

Importal Ex-Lax Novartis, oralt pulver dospåse 10 g

Laktulos

Duphalac Solvay Pharma, oral lösning 670 mg/ml

Laktipex Solvay Pharma, oralt pulver dospåse 10 g

Laktulos Alternova Alternova, sirap 667 mg/ml

Laktulos Apelsin Recip Recip, oral lösning 670 mg/ml

Laktulos Recip Meda, oral lösning 670 mg/ml, oralt pulver dospåse

Magnesiumoxid

Salilax Orion Pharma, granulat till oral suspension dospåse

Makrogol

Forlax Solvay Pharma, pulver till oral lösning dospåse 10 g

1. Aktuell information om parallellimporterade förpackningar och generika kan fås via apotek.

Polyetylenglykol + mineralsalter

Movicol Norgine, pulver till oral lösning dospåse 13,8 g
Movicol Junior Neutral Norgine, pulver till oral lösning dospåse 6,9 g

Tarmirriterande medel

Bisakodyl

Dulcolax Boehringer Ingelheim, enterotabletter 5 mg, suppositorier 10 mg
Toilax Orion Pharma, enterotabletter 5 mg

Natriumpikosulfat

Cilaxoral Ferring, orala droppar 7,5 mg/ml
Laxoberal Boehringer Ingelheim, orala droppar 7,5 mg/ml, kapslar 2,5 mg

Sennaglykosider

Pursennid Ex-Lax Novartis, tabletter 12 mg

Motilitetsstimulerande medel

Metoklopramid

Primperan sanofi-aventis, suppositorier 20 mg, tabletter 10 mg

Klyзма

Bisakodyl

Toilax Orion Pharma, rektalsuspension 10 mg/5 ml

Laurylsulfat inkl kombinationer

Microlax McNeil, rektallösning

Natriumdokusat inkl kombinationer

Klyx Ferring, rektallösning

Sorbitol

Resulax BioPhausia, rektallösning 8,5 g

Medel vid diarré

Loperamid

Dimor Nordic Drugs, tabletter 2 mg
Imodium Janssen-Cilag, oral lösning 0,2 mg/ml, tabletter 2 mg
Loperamid Mylan, kapslar 2 mg

Loperamidoxid

Primodium Janssen-Cilag, tabletter 1 mg

Kombinationsmedel

Loperamid + dimetikon

Imodium Plus Janssen-Cilag, tabletter 2 mg/125 mg

Gallsaltsbindande medel

Kolestyramin

Questran Bristol-Myers Squibb, pulver till oral suspension dospåse 4 g
Questran Loc Bristol-Myers Squibb, pulver till oral suspension dospåse 4 g

Kolestipol

Lestid Pfizer, oralt pulver 5 g, tabletter 1 g

Medel vid gasbesvär

Dimetikon

Dimetikon Recip Recip, kapslar 100 mg, 200 mg
Minifom AstraZeneca, kapslar 100 mg, 200 mg, orala droppar 100 mg/ml

Kombinationsmedel

Dimetikon + loperamid
Se Diarré, ovan