

SURE OPPSTØT OG HALSBRANN HOS GRAVIDE 17

FORDYPNINGSSTOFF TIL HELSEPERSONELL

Les også brosjyren: *GODE RÅD MOT SURE OPPSTØT OG HALSBRANN HOS GRAVIDE OG AMMENDE*

Forekomst og årsak: Halsbrann og sure oppstøt forekommer hos 40–85 % av alle gravide og tiltar ofte i hyppighet og alvorlighetsgrad mot slutten av graviditeten¹. Halsbrann og sure oppstøt (gastroøsofageal refluks; reflukssykdom) skyldes at surt mageinnhold presses opp gjennom lukkemuskelen nederst i spiserøret (den gastroøsofageale sfinkteren) og opp mot svelget. Det sure innholdet irriterer slimhinnene og kan gi en inflammasjon/betennelse i spiserøret. Dette kjennes som sure oppstøt, halsbrann eller brystbrann.

Gravide er oftere plaget med halsbrann og sure oppstøt enn ikke-gravide, på grunn av forhøyede progesteronnivåer i svangerskapet. Progesteron reduserer muskeltonus i den gastroøsofageale sfinkteren og gir en dårligere lukking av denne. Samtidig øker trykket mot magesekken (ventrikkelen) etter hvert som fosteret vokser, noe som kan presse mageinnhold oppover. Dette øker risikoen for halsbrann og sure oppstøt.

Halsbrann og kvalme samtidig: Mange gravide med svangerskapskvalme vil samtidig være plaget med halsbrann og sure oppstøt. Noen av legemidlene mot halsbrann og sure oppstøt kan også forverre kvalmen. Helsepersonell bør spørre om dette og undersøke om det er nødvendig med tiltak.

Behandling: Førstevalg ved sure oppstøt og halsbrann hos gravide og ammende er generelle, ikke-medikamentelle tiltak for å forebygge symptomer (som også gjelder øvrig befolkning). Helsepersonell bør kjenne rådene om levevaner og endringer av kosthold (se brosjyren *Gode råd mot sure oppstøt og halsbrann hos gravide og ammende*), og informere om disse.

Behandling med legemidler brukes først hvis kvinnen fortsatt har plagsomme symptomer etter at kostholds- og livsstilsendringer er gjennomført. En studie fant at ca. 30 % av gravide hadde brukt legemidler mot halsbrann og sure oppstøt i svangerskapet².

Legemidler ved reflukssykdom deles inn i tre hovedgrupper basert på virkningsmekanismen:

- 1) *Legemidler som mekanisk hindrer refluks:* alginat
- 2) *Legemidler som nøytraliserer det sure ventrikkelinholdet:* syrenøytraliserende midler (antacida)
- 3) *Legemidler som hemmer utskillelse av syre i ventrikkelen*
 - a) Histamin H₂-blokkere
 - b) Protonpumpehemmere

En systematisk litteraturgjennomgang av fire randomiserte kontrollerte studier (RCT'er) med totalt 358 kvinner, konkluderte med at behandling med legemidler ga bedre symptomlindring enn enten placebo eller kostholds- og livsstilsendringer alene³.

1) Alginat

Alginat er vanligvis det middelet som prøves først ved reflukssykdom hos gravide. Ved lette besvær kan effekten være god, men det gir vanligvis ikke tilstrekkelig effekt ved mer uttalte plager. Middelet er reseptfritt, og finnes som både mikstur og tyggetabletter. Alginat absorberes ikke systemisk, og det er derfor ingen risiko for barnet ved bruk av alginat under svangerskapet eller ved amming.

Viktig informasjon til kvinnen: *tyggetablettene skal tygges helt i stykker før de svelges* for at tablettene skal løses opp fullstendig. Hvis tablettene ikke løses opp vil det ikke dannes nok skum og effekten blir dårligere. For at alginat skal legge seg som et «lokk» over mageinnholdet, bør det inntas 30 minutter *etter* hvert måltid, samt ved sengetid. Effekten kommer i løpet av noen få minutter og kan vare i opptil 3–4 timer.

2) Syrenøytraliserende midler (antacida)

Antacida kan brukes av gravide og ammende. Legemidlene absorberes ikke, men virker lokalt i ventrikkelen. Antacida egner seg kun til lette refluksplager, gjerne periodevise plager. Dosering: 1–2 tabletter kan tas ved behov. Effekten kommer raskt (etter få minutter), men varer kun et par timer.

Viktig informasjon til kvinnen: Hvis kvinnen har behov for antacida flere ganger daglig over tid (for eksempel mer enn fire ganger daglig), bør hun oppsøke lege for å vurdere videre behandling.

Advarsel: syrenøytraliserende midler som inneholder kalsiumkarbonat kan i store doser gi såkalt **kalsium-alkali-syndrom** (CAS). Gravide har økt risiko for dette syndromet på grunn av fysiologisk endringer i svangerskapet. Dehydrering ved oppkast kan forsterke risikoen. Kalsiumdoser som regnes som trygge for andre, kan utløse CAS hos gravide⁴. For å være på den sikre siden bør derfor gravide helst unngå syrenøytraliserende legemidler som kun inneholder kalsiumkarbonat.

3) Legemidler som hemmer utskillelse av syre i ventrikkelen

H₂-blokkere (Famotidin)

Dersom bruk av alginat eller antacida ikke gir god nok effekt, kan det være grunnlag for å bruke famotidin, en H₂-blokker (H₂-reseptorantagonist). H₂-blokkere har vist seg å være effektive ved behandling av halsbrann hos gravide kvinner³. Dokumentasjon fra flere tusen gravide tyder på at bruk av famotidin ikke er forbundet med økt risiko for fosterskade⁵.

Famotidin kan brukes av ammende da legemiddelet i liten grad går over i morsmelk⁶. Den teoretisk beregnede dosen barnet tilføres via morsmelk er 0,01 mg/kg/dag⁷. Dette er en liten mengde i forhold til terapeutisk dose hos barn (famotidin: 0,5 mg/kg/dag)⁶.

Viktig informasjon til kvinnen: effekten kommer etter ca. ½ time og varer i inntil 12 timer. Det er mulig å kombinere H₂-blokkere med antacida for å få en rask lindring og en langvarig effekt.

Det finnes et preparat som inneholder både en H₂-blokker (famotidin) og antacida (magnesiumhydroksid og kalsiumkarbonat). Dette kan gi både rask og mer langvarig lindring av halsbrann. Preparatet kan også brukes av gravide og ammende.

Protonpumpehemmere (PPI)

Data fra flere tusen gravide har ikke vist noen holdepunkter for fosterskade etter bruk av PPI'er i svangerskapet^{5,8}. Dokumentasjonsgrunnlaget er best for omeprazol, som derfor er førstevalget. Det foreligger mer begrenset dokumentasjon for lansoprazol og pantoprazol. Resultatene for omeprazol kan overføres til esomeprazol, som er en speilvendt variant (enantiomer) av det samme virkestoffet. Bruk i svangerskapet bør skje i samråd med lege.

PPI'er er ustabile i surt miljø og vil derfor trolig brytes ned i barnets mage/tarm før systemisk opptak vil kunne finne sted. Amming anses derfor som forenlig med bruk av PPI'er⁷. Omeprazol foretrekkes blant PPI'ene da vi har lengst klinisk erfaring med dette legemidlet hos ammende⁷.

Tabell 1. Legemidler som brukes ved halsbrann og sure oppstøt⁵⁻⁷.

Legemiddel-gruppe	Legemiddel (virkestoff)	Virkning	Anbefaling i svangerskapet	Anbefaling i ammeperioden
Legemidler som mekanisk hindrer refluks	Alginat	Danner et «lokk» oppå ventrikkelinholdet og stenger dermed for refluks	Kan brukes	Kan brukes
Antacida	Aluminium- og magnesiumforbindelser Kalsiumkarbonat	Nøytraliserer det sure ventrikkelinholdet	Kan brukes Kalsiumkarbonat bør unngås i høye doser	Kan brukes
H ₂ -blokkere	Famotidin ¹	Reduserer syresekresjonen ved å blokkere histamin H ₂ -reseptorer	Kan brukes hvis ikke alginat eller antacida bedrer symptomene.	Kan brukes når alginat eller antacida ikke gir fullgod symptomlindring.
Protonpumpehemmere	Omeprazol ¹ Esomeprazol ^{1,2} Lansoprazol ² Pantoprazol ^{1,2}	Reduserer syresekresjonen ved å hemme transporten av protoner (H ⁺ -ioner) ut i ventrikkellumen	Kan brukes etter samråd med lege hvis ikke andre legemiddelgrupper mot refluks sykdom bedrer symptomene. Omeprazol er foretrukket grunnet størst dokumentasjonsgrunnlag	Kan brukes hvis ikke andre legemiddelgrupper bedrer symptomene. Omeprazol er foretrukket grunnet lengst klinisk erfaring hos ammende

¹Reseptfritt i minste pakningsstørrelse. ²Ikke anbefalt til gravide i Felleskatalogen. Felleskatalogtekstene er utarbeidet av legemiddelprodusentene og gir ofte mer restriktive anbefalinger om bruk ved graviditet og amming enn produsentnøytrale kilder, blant annet som følge av myndighetskrav. Våre råd er basert på en samlet vurdering av alle tilgjengelige data og klinisk erfaring om bruk av legemidler under graviditet og amming.

Enkelte studier har vist en sammenheng mellom bruk av syrehemmende legemidler i svangerskapet og økt risiko for astma hos barnet⁹. Funnene er imidlertid sprikende, og det er uavklart om risikoøkningen skyldes legemiddeleksponering eller forhold knyttet til mors sykdom.

Referanser:

- Gomes CF, Sousa M, Lourenço I, et al. Gastrointestinal diseases during pregnancy: what does the gastroenterologist need to know? *Ann Gastroenterol* 2018;31:385-394.
- Lupattelli A, et al. Medication use in pregnancy: a cross-sectional, multinational web-based study. *BMJ Open* 2014; 4: e004365.
- Phupong V, Hanprasertpong T. Interventions for heartburn in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;9:CD011379.
- Forsdahl S, Nordmo E. Kalsiumkarbonat og risiko for kalsium-alkali-syndrom. *Norsk Farmaceutisk Tidsskrift* 2015; 2: 21.
- Schaefer C, Peters PWJ, Miller RK, editors. *Drugs during pregnancy and lactation: treatment options and risk assessment*. 3rd ed. London: Academic Press; 2015.
- Nordeng H, Nilssen LS. [G8 Amming og legemidler](#). In: *Norsk Legemiddelhandbok* (sist oppdatert desember 2025). <https://www.legemiddelhandboka.no/> (søkedato 27.02.2026).

7. Hale, Thomas W., and Kaytlin Krutsch. 2025–2026. *Hale's Medications & Mothers' Milk 2025–2026: A Manual of Lactational Pharmacology*. New York: Springer Publishing.
8. Peron A, et al. Use of proton pump inhibitors during pregnancy: A systematic review and meta-analysis of congenital malformations. *Reprod Toxicol*. 2023 Aug;119:108419.
9. Lai T, Wu M, Liu J, et al. Acid-suppressive drug use during pregnancy and the risk of childhood asthma: a meta-analysis. *Pediatrics*. 2018;141(2):e20170889

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 ansvarlige 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: provisorfarmasøyt Åse Ertesvåg, Vitusapotek.

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

