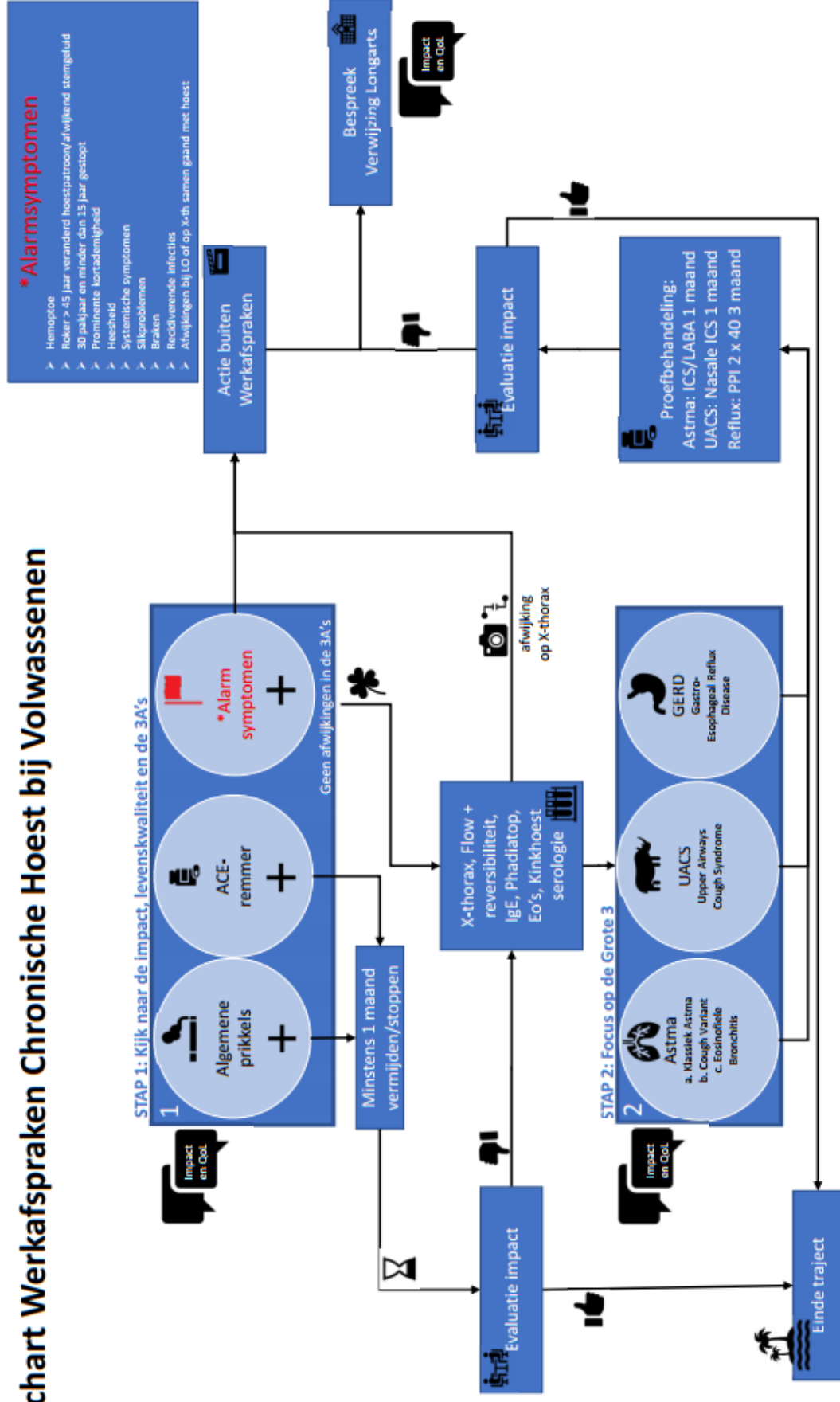


Flowchart Werkafspraken Chronische Hoest bij Volwassenen



Werkafspraken

Chronische Hoest bij Volwassenen



Bijlage bij de Flowchart Transmurale Werkafspraken regio Westelijke en Oostelijke Mijnstreek, versie 01.07.21

dr. B.L.P. Maesen en drs. M.G.H. Thijssen, afdeling Longziekten Zuyderland MC; prof. dr. J.W.M. Muris en drs. R.A. Fornaro, Kaderhuisartsen Oostelijke en Westelijke Mijnstreek

Probleemstelling

Hoesten is in de basis een fysiologisch mechanisme dat ertoe dient de luchtwegen schoon te houden en wordt gedefinieerd als het krachtig uitstoten van lucht mét keelgeluid.

Hoesten is echter ook een belangrijke reden om zich tot de huisarts te wenden; 10-38% van de consulten bij de huisarts betreffen hoestklachten. Chronische hoestklachten zijn een veel voorkomend probleem in de populatie, de prevalentie onder de bevolking bedraagt 12%. Het is voor de longarts de tweede reden van verwijzing, tot 40% van de nieuwe verwijzingen betreft "chronische hoest".

Ten gevolge van de COVID-19 pandemie is er enerzijds een toename van het aantal mensen met hoestklachten maar tevens is er een vertraging opgetreden in de diagnostiek en behandeling van chronische hoest. Door middels werkafspraken de verwijzstromen beter te regelen hopen we onze achterstanden in de eerste en tweede lijns zorg sneller terug te brengen.

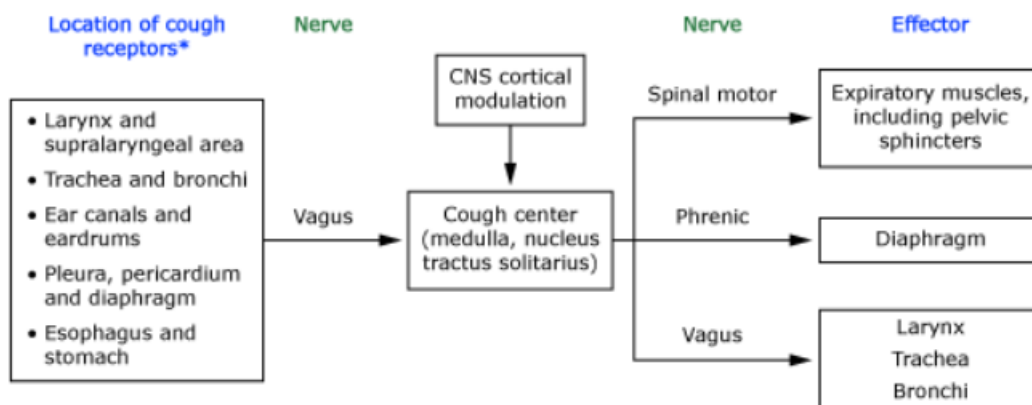
Doel werkafspraken chronische hoest

- handvat voor huisarts bij hoestproblematiek
- voorkomen vroegtijdige verwijzingen en E-consulten
- verbetering van informatieoverdracht bij verwijzing naar tweede lijn en terugverwijzing
- mogelijkheid voorafgaande aan het eerste poli bezoek al gericht vooronderzoek te plannen, zodat sneller een oplossing wordt gevonden voor patiënt
- uniforme werkwijze in de anderhalve lijn

Pathofysiologie van de hoest

De hoest reflexboog start door irritatie van de hoestreceptoren, gelegen in het epitheel van de bovenste en onderste luchtwegen, het pericard en de pleura, het diafragma, de slokdarm en de maag. Het zijn chemo- en mechanosensitieve receptoren, die hun signaal via afferente vezels van de nervus vagus naar het hoestcentrum in de medulla oblongata sturen. Hogere corticale centra beïnvloeden de respons van dit centrum in de nucleus solitarius en sturen efferente signalen via de spinale motor-, frenicus- en vagusvezels naar de expiratoire spieren, diafragma en larynx en veroorzaken zo de verschillende hoestfases.

Simplified schematic diagram of the cough reflex



* Cough receptors include rapid acting receptors (RAR), slow acting receptors (SAR), C fibers, and other cough receptors. Some receptors are mechanosensitive and others are chemosensitive. Impulses from these receptors are all carried by the vagus nerve.

Analyse chronische hoestklachten

Naar analogie van de NHG-standaard "Acuut hoesten" is een goede gedocumenteerde anamnese en lichamelijk onderzoek is bij de aanpak van chronisch hoesten essentieel en dient minstens te bevatten:

Vraag naar de oorzaak:

- o aard en duur van de hoest, dyspnoe en piepen
- o is onderliggend chronisch longlijden bekend?
- o Sluit alarmsymptomen (zie tabel 1) uit
- o bijkomende klachten zoals allergie, hyperreactiviteit, post-nasal drip, reflux passend bij astma, UACS of GERD
- o omgevingsfactoren: roken, contact met zieke vogels (psittacosis) of andere dieren (Q-koorts), reizen
- o medicijngebruik zoals ACE-remmers, overige factoren zoals aspiratie
- o Ga na wat de hulpvraag is, stel de impact van de hoest en invloed op levenskwaliteit vast (Punum Ladder, bijlage 1) en besteed ten slotte aandacht aan relevante co-morbiditeit.



Alarmsymptomen

Nota bene: wanneer er alarmsymptomen bestaan (zie tabel 1.), dan zijn deze werkafspraken **niet** van toepassing en is directe analyse van de signalen gewenst.

Tabel 1. Alarmsymptomen, waarbij deze werkafspraken niet van toepassing zijn

- Hemoptoe
- Roker, > 45 jaar, met nieuw of veranderd hoestpatroon of afwijkend stemgeluid
- Volwassenen, 55-80 jaar, met 30 pakjaren en actief roken of minder dan 15 jaar geleden gestopt
- Prominente kortademigheid, vooral in de nacht en in rust
- Heesheid
- Systemische symptomen: koorts, gewichtsverlies, perifeer oedeem met gewichtstoename
- Slikproblemen bij eten en drinken
- Braken
- Terugkerende longontstekingen
- Afwijkingen bij lichamelijk onderzoek van de thorax en/of afwijkingen op de thoraxfoto die samen gaat met de hoest

Bij het lichamelijk onderzoek is er naast het bepalen van de mate van ziektzijn en auscultatie (op indicatie percussie) van de thorax ook aandacht voor het onderzoek van het keel-, neus- en oorgebied.

Het hoesten wordt op basis van de duur van de klachten verdeeld in acute hoest (die minder dan 3 weken bestaat), subacute (tussen 3 en 8 weken) en chronische hoest (per definitie meer dan acht weken bestaand). Deze indeling is van belang om de onderliggende oorzaken beter te kunnen inschatten.

Chronische hoest

Chronische hoest bestaat per definitie langer dan 8 weken. De oorzaken van chronische hoest zijn talrijk en binnen één individu kunnen er meerdere tegelijk aanwezig zijn, die zich ook nog eens kunnen versterken.

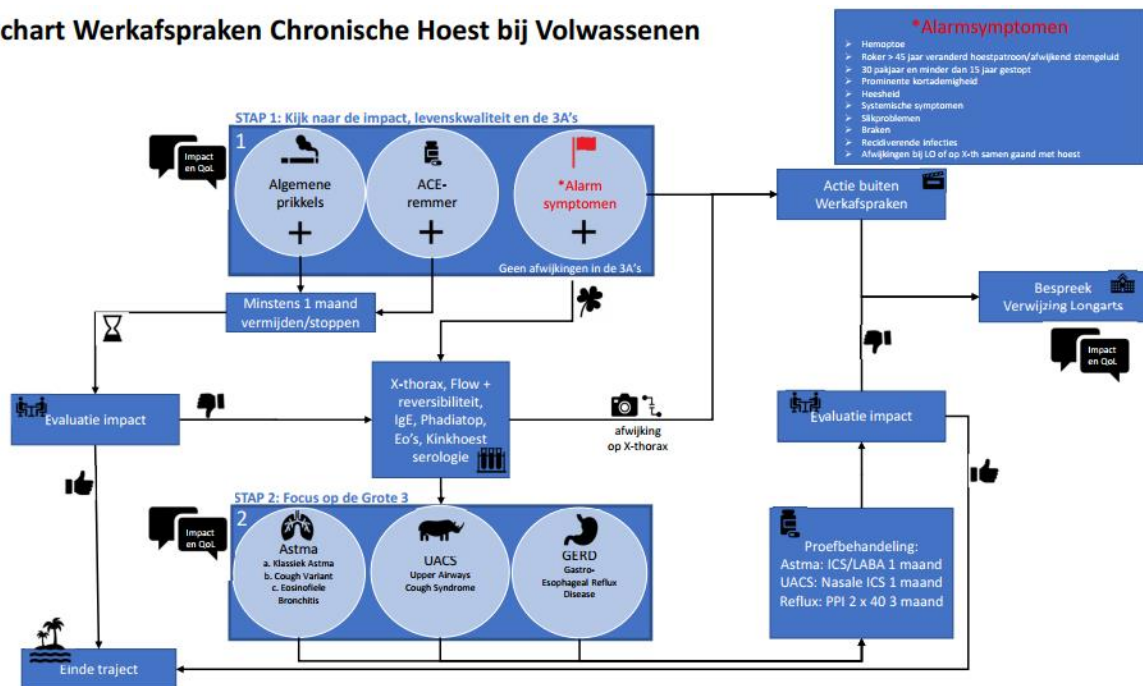
Een stapsgewijze aanpak van de diagnostiek kan helpen duidelijkheid te brengen over de oorzaak van de klachten. Dit is van belang vanwege de effecten die de klachten op de fysiek (spierpijn, vermoeidheid, incontinentie, kokhalzen en braken), de psyché (angst,

depressie) en het sociaal leven (isolatie, relationeel, werk gerelateerd) van de patiënt hebben. De kwaliteit van leven bij chronische hoesten blijkt nét zo ernstig gestoord als bij personen met ernstig COPD of een maligniteit! Zeker in de periode van de COVID-19 pandemie geven veel patiënten aan dat ze uit de maatschappij verstoten voelen.

Stappenplan Chronische hoest bij volwassenen

De onderstaande flowchart toont een stapsgewijze aanpak van chronische hoest in de eerste lijn. De onderstaande tekst biedt een uitleg van de stappen.

Flowchart Werkafspraken Chronische Hoest bij Volwassenen



Inventariseer de ernst en impact van de hoestklachten

Het is verstandig de ernst van de hoest en de invloed op de levenskwaliteit vast te leggen met een gevalideerde tool. Een voorbeeld is de "Punum Ladder" (zie Bijlage 1). Deze lijst wordt gebruikt om de impact en de ziektelast van het hoesten vast te leggen, hetgeen belangrijk kan zijn verdere aanpak van de analyse en behandeling te bespreken met de patiënt. Tevens kan de vragenlijst herhaald worden om het effect van een eventuele proefbehandeling te evalueren.

Uitsluiten Alarmsymptomen, ACE-1 en algemene prikkels (STAP 1 Flowchart)

Zoals gezegd: indien er begeleidende alarmsymptomen zijn (tabel 1) dan is evaluatie hiervan de eerste stap.

Bij twijfel kan laagdrempelig basaal aanvullend onderzoek worden verricht. Een Röntgenfoto van de thorax (X-thorax met dwarse opname) is daarbij essentieel. Wanneer een patiënt immuun competent is, niet rookt, geen ACE-remmer gebruikt en er op de X-thorax geen afwijkingen zichtbaar zijn, zijn longmaligniteiten, bronchiëctasieën, een persisterende pneumonie, sarcoïdose en tuberculose meestal uitgesloten.

Ander aanvullend onderzoek kan bestaan uit een *flow-volume curve met reversibiliteit* dan wel *laboratoriumonderzoek* waarbij met name wordt gedacht aan onderzoek naar atopisch lijden en post-viraal geïnduceerde klachten (IgE, phadiatop, absoluut aantal eosinofiele granulocyten en kinkhoestserologie).

Gebruik van ACE-1-remmers geeft tot bij 15% van de gebruikers een prikkelhoest. Door accumulatie van bradykinine worden de C-fibers extra gestimuleerd. De klachten ontstaan

tussen 1 week tot 6 maanden na het starten van het geneesmiddel. Vrouwen en een Aziatische achtergrond zijn risicofactoren voor deze bijwerking. Na het staken verminderen de klachten binnen enkele dagen tot een maand.

Wanneer *irriterende stoffen* in de omgeving aanwezig zijn, moet gepoogd worden die te elimineren. Het bespreekbaar maken en begeleiden van stoppen met roken (SMR) is hierbij een optie. Maar denk ook aan passief roken en expositie aan prikkels op het werk en bij vrijetijd besteding.

SMR geeft in de eerste weken na het stoppen aanvankelijk vaak een verergering van de hoestklachten en in combinatie met dyspnoe kan de hoest nog wel een jaar aanwezig zijn.

Analyseer de drie belangrijkste oorzaken en behandel op indicatie (STAP 2 Flowchart)

Wanneer er in de eerste stap geen alarm- of prikkels zijn gevonden of de eerste aanpak bij revisie (inclusief Punum Ladder) geen verbetering gaf, dient indien er aanvullend onderzoek verricht te worden (X-thorax, longfunctie en laboratorium onderzoek). Bij verdere analyse naar de etiologie van de hoest dient men zich te richten op de drie meest voorkomende oorzaken van chronische hoest: het astma cluster (20%), het KNO-cluster (30%) en het Maagdarm Lever-cluster (40%).

I. Het astma cluster

Klassiek astma gaat vaak gepaard aanvallen inclusief piepen en dyspnoe. Het cluster is te verdelen in klassiek astma, cough variant asthma en niet-allergische eosinofiele bronchitis (NAEB). In figuur 2. Staan de overeenkomsten en verschillen beschreven.

Anamnese: gaat in veel gevallen gepaard met een (familie)anamnese voor astma. Er is vaker sprake van gevoeligheid voor atopische/aspecifieke prikkels, dan wel allergische rhinitis en dermatitis. Bij *cough variant asthma* is hoesten soms het enige symptoom.

Onderzoek: In het bloedonderzoek kan er sprake zijn van een eosinofilie, het IgE kan verhoogd zijn en de Alatorp is mogelijk positief. Bij de spirometrie kan er sprake zijn van een variabele luchtwegvernauwing met een reversibiliteit 12% of meer en van 200 ml of meer in FEV1 waarde.

Behandeling: volgens het inhalatieformulair met beta-2-mimetica en corticosteroiden (ICS), overweeg een combinatie langwerkende beta-2-agonist (LABA) met ICS. Eventueel is er een rol voor leukotrieën-antagonisten.

NAEB is in 13-33% van de gevallen de oorzaak van chronische hoest. Er is een verhoogd risico op het ontwikkelen van astma en chronische luchtwegobstructie bij recidiverende klachten.

Anamnese: er is een relatie met een onderliggende atopische constitutie, zonder reversibiliteit of hyperreactiviteit.

Onderzoek: mogelijk is er ook een perifere eosinofilie (> 300 G/l).

Behandeling: volgens het inhalatieformulair corticosteroiden.

Tabel 2: kenmerken diagnostiek in het astma cluster

	Variable airway obstruction	Airway hyper-responsiveness	Eosinophilia
Asthma	+	+	+
Cough variant asthma	+/-	+	+
Eosinophilic bronchitis	-	-	+

II. Het KNO-cluster: Upper Airways Cough Syndrome (UACS)

UACS zien we onder andere bij al dan niet allergische rhinitis, nasopharyngitis en rhinosinusitis. Anamnese: er spelen klachten van verhoogde neusafvoer, post nasal drip (PND), maar in 20% zijn er sprake van een "silent" PND.

Onderzoek: bij lichamelijk onderzoek zijn er cobblestones (figuur 2.) en/of slijmdraden zichtbaar in de nasopharynx, verder zijn er vaak geen pathognomische bevindingen.

Figuur 2. Cobblestone aspect



Behandeling: de respons op therapie (bestaande uit nasale steroïden, eventueel aangevuld met anti-histaminica) bevestigd de diagnose. Het effect is na een maand te reviseren.

III. Het MDL-cluster

Gastro Esophageal Reflux Disease (GERD) is in 30 tot 40% van de gevallen de oorzaak van chronisch hoesten. Wanneer er geen respons is op empirische behandeling van astma en UACS, is GERD in meer dan 90% de oorzakelijke factor. Er zijn twee bijdragende mechanismen: enerzijds stimuleert maagzuur de distale slokdarm tot een esophageotracheobronchiële hoestreflex, anderzijds kan (micro-)aspiratie van maaginhoud de hoestreceptoren in de hogere en lagere luchtwegen stimuleren. Laryngopharyngeale reflux, ten gevolge van problemen met de bovenste versus de onderste slokdarmsfincter geeft mn. in verticale houding en bij inspanning hoog opgaande irritatie van de arythenoïden en de pharynx met lokaal erytheem en oedeem.

Anamnese: is er sprake van reflux, nachtelijke hoest met keelpijn, heesheid en tanderosie. Soms speelt er ook een moeilijk behandelbaar (gastric) asthma.

Behandeling: bestaat pragmatisch uit een hoge dosering PPI (bijvoorbeeld omeprazol 2 x 40 mg) gedurende minstens twee tot drie maanden is een optie. Wanneer er een klinische respons optreedt adviseert de MDL-arts na 4 weken de dosering af te bouwen tot de laagst mogelijke dosering. Bij nachtelijke hoest aan te vullen met famotidine (of een andere nog beschikbare H₂-receptor antagonist). Aanvullende lifestyleadviezen zijn aangeraden. Prokinetica hebben geen toegevoegde waarde.

Revisie van de proefbehandeling

Wanneer een proefbehandeling is gestart moet er een evaluatie volgen van het effect. De Punum Ladder kan gebruikt worden om de effecten te meten. Bij behandeling van het astma cluster en het UACS kan deze revisie na een maand plaatsvinden, bij GERD gerelateerde behandeling na 2-3 maanden.

Overweeg verwijzing voor verdere diagnostiek door de tweede lijn

Wanneer er geen duidelijke oorzaak van het hoesten wordt gevonden of de proefbehandeling onvoldoende respons heeft gegeven kan worden verwezen voor nadere analyse in de tweede lijn. Bespreek met patiënt wat het doel van de verwijzing is en vermeld dit in de verwijzing.

Om het diagnostisch proces te versnellen, worden de verwijsgegevens voor het maken van het Eerste Poli Bezoek (EPB) door een longarts beoordeeld. Gegevens van de anamnese, lichamelijk onderzoek, relevante onderzoeken en behandeling moeten minstens aangeleverd worden, zodat vooraf aan het eerste polibezoek eventueel reeds onderzoeken kunnen worden afgesproken.

Diagnostiek en advies in de tweede lijn

Pre-selectie van onderzoeken is dus afhankelijk van de input van de verwijzing. We proberen hierbij dubbele onderzoeken zo veel mogelijk te voorkomen. Bij productieve hoest kan vooraf een sputumkweek (banaal en TBC) aangezet worden. Wanneer er eerder géén reversibiliteit aangetoond werd, vindt een nieuwe flow met reversibiliteit plaats. Bij (ex-)rokers met een rookvoorgeschiedenis van 10 of meer pakjaren of wanneer er tevens sprake is van dyspnoe, wordt ook een diffusie en plethysmografie (meten van restrictie of airtrapping) ingepland.

Als er reversibiliteit werd aangetoond kan een histamedrempel, een NO-meting en een huid-allergentest worden verricht vóór het EPB. Ook bij ernstig vermoeden op het astmacluster (astma en NAEB) ondanks respons op de proefbehandeling met inhalatiesteroïden kunnen deze onderzoeken aangevraagd worden.

Bij UPCS kan na overleg met de KNO-arts een verwijzing worden geregeld voor een rhinolanryngoscopie. Bij verdenking op GERD is met de MDL afgesproken geen onderzoek vooraf aan te vragen.

Patiënten krijgen voor het EPB een hoest-gerelateerde vragenlijsten toegestuurd (Bijlage 2.). Deze bevat de Leicester Cough Questionnaire (LCQ), de Hull Airway Reflex Questionnaire (HARQ) en de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), waarmee uitgebreider dan in de eerste lijn de ernst en de impact van de hoest kan worden vastgesteld. Tevens kan hiermee ook een analyse- en behandelplan worden opgesteld en kan het effect van de behandeling worden gemeten.

Hiervoor is er verdiepingsonderzoek mogelijk, zie onderstaande tabel 2. In de lichtgrijze blokken de onderzoeken die in de eerste lijn kunnen plaatsvinden. De cursief geschreven onderzoeken zijn indien van toepassing vooraf aan het EPB aan te vragen.

Tabel 2. Verricht onderzoek en mogelijk verdiepingsonderzoek in de tweede lijn				
Astma cluster	KNO cluster	MDI cluster	Overige	Cough Hypersensitivity Syndrome
<i>Spirometrie met reversibiliteit Lab: IgE, alatop, eosinofielen</i>			<i>X-thorax + dwars Lab: COVID-19, pro-BNP</i>	
<i>Histamine provocatie test</i>	Verwijzing KNO	Barium slikfoto	<i>Sputum</i>	Capsaïcine provocatie test
<i>NO-meting</i>	Rhino-lanryngoscopie	24 h pH-meting (MUMC+)	<i>HRCT-thorax</i>	
<i>Allergenen huidtest</i>	CT-sinus	Manometrie (MUMC+)	Bronchoscopie	
<i>Geïnduceerd sputum</i>			Cardiale evaluatie	

De uitslagen van reeds uitgevoerde onderzoeken worden tijdens het EPB besproken. Wanneer er geen respons was op een behandeling in de eerste lijn wordt de therapietrouw tijdens die interventie(s) besproken. Ook in de tweede lijn wordt beoordeeld of er binnen de "Grote Drie" toch een oorzaak gevonden kan worden, waarbij ook gedacht wordt aan multifocale oorzaken.

Nader onderzoek door de MDL-arts is over het algemeen niet zinvol, want dat verandert de therapie niet. Alleen bij hele grote HD of intra-thoracale maag kan eventueel chirurgie plaatsvinden. Gastroscopie is alleen geïndiceerd bij alarmsymptomen, zoals gewichtsverlies en dysfagie (zie tabel 1), waarbij er dan bij een obstructie eigenlijk geen GERD is maar stasis van vocht en voedsel boven de stenose met reflux mn in liggende positie. pH-meting en

manometrie gebeurt alleen in MUMC, indien gewenst kunnen patiënten rechtstreeks met hen besproken worden.

Bij verdenking bijdrage van het KNO cluster wordt de casus in een multidisciplinair overleg besproken en in overleg met de KNO-arts verwezen voor verwijzing. Beeldvorming van het KNO-gebied vooraf is niet noodzakelijk. Eventueel kan analyse te zijner tijd via het Pluspunt geregeld worden, voorlopig echter in de tweede lijn.

Voor elke gestelde diagnose wordt de therapie geoptimaliseerd waarbij de therapietrouw en de respons regelmatig wordt besproken. Gedeeltelijk effectieve behandeling blijft gehandhaafd. Overweeg analyse naar andere oorzaken, zoals hieronder beschreven in Tabel 2.

Het Cough Hypersensitivity Syndrome (CHS)

Wanneer ook aanvullend onderzoek geen behandelbare diagnose oplevert kan een symptomatische behandeling van CHS overwogen worden. Dit beeld wordt gezien als overkoepelende sensorische hypergevoeligheid van verschillende fenotypes van hoest waar zowel perifere als centrale beïnvloeding lijkt te bestaan.

Indien er nog geen inhalatiesteroïden werden voorgeschreven, kan dit bij een positieve capsaiïne test worden overwogen.

Empirische behandeling

Indien er geen behandelbare oorzaak wordt gevonden, kan bij een hoge ziektelast een empirische medicamenteuze behandeling worden overwogen. Noscapine en codeïne worden hierbij niet meer geadviseerd, omdat er geen evident effect is en wel bijwerkingen optreden. Ook laag gedoseerde slow release morfine, zoals bij COPD in endstage voor behandeling van dyspnoe kan worden voorgeschreven, wordt wanneer er geen onderliggend lijden is aangetoond niet geadviseerd.

Bij lage levenskwaliteit tgv hoesten kan een proefbehandeling met gabapentine (tot 1800 mg/dag) worden overwogen. Dit middel werkt dempend op het hoestcentrum, maar heeft vaak dosisafhankelijke bijwerkingen (misselijkheid en vermoeidheid). Na stoppen van de medicatie verdwijnt het gunstige effect snel.

Een nieuw middel, Gefapixant, dat nu in fase III van het geneesmiddelenonderzoek wordt onderzocht is belovende resultaten. Het is een P2X3-receptorantagonist, dat de overprikkeling van de perifere receptoren remt. Het bijwerkingenprofiel lijkt gunstiger dan dat van gabapentine en betreft mn. smaakstoornissen.

Er dient altijd evaluatie plaats te vinden van de effectiviteit van empirische behandeling.

Niet-medicamenteuze behandeling

Medebehandeling van een logopedist kan zinvol zijn. Verwijzing naar een logopedist is geïndiceerd bij persisterende hoest na medicamenteuze behandeling en/of behandelde astma, rhinitis en reflux, inspiratoire kortademigheid (geassocieerd met laryngeale constrictie, samentrekken van de glottis en dysfonie).

Contra-indicaties voor een verwijzing naar een logopedist zijn: nog niet overwogen te stoppen met ACE remmers; wanneer evaluatie van een medicament nog niet gebeurd is; wanneer nog geen longfunctie gemeten is; wanneer onbehandelde rhinitis, astma of reflux; wanneer de astma nog niet beoordeeld is de afgelopen 2 jaar; wanneer onlangs bovenste luchtweginfectie.

Indicatoren voor verwijzing naar logopedie zijn een hoorbare inspiratie, glottale sluiting bij inademing, dysfonie, hoest die blijft bestaan, ondanks behandeling van de "Grote Drie".

Het SPEICH-C ('Speech Pathology Evaluation and Intervention for CHronic Cough') programma is een methode waarbij de patiënt het gevoel of de trigger van de hoest leert identificeren, de hoest leert onderdrukken of controleren, de laryngeale irritatie te verminderen en het stemgebruik wordt geoptimaliseerd. De logopedist stelt een behandelplan op bestaande uit (1) scholing, (2) controle- en afleidingstechnieken van de hoest, (3) stemhygiënische adviezen en (4) psycho-educatie en counseling. Met deze aanpak kan bij 88% van de patiënten een vermindering van symptomen gemeten worden.

Essentieel is altijd dat diagnostiek en behandeling van de 'Grote Drie' klaar en geëvalueerd is vooraleer logopedie te starten.

Terugkoppeling en terug verwijzing

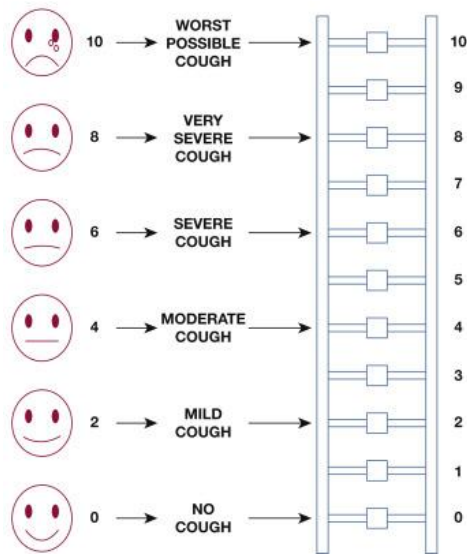
Patiënten die bij de beoordeling een onderliggende UACS lijken te hebben kunnen laagdrempelig met de kaderarts en de KNO-arts worden besproken. Indien men hier meerwaarde van verwacht is het mogelijk patiënt (ook in eerste instantie) te verwijzen naar de KNO-arts.

Een patiënt kan worden terugverwezen na afronden van de noodzakelijke onderzoeken, na instellen van behandeling dan wel met een behandeladvies en in overleg met patiënt. In de brief wordt dan de terugverwijzing benoemd.

Bijlage 1. Hoestvragenlijsten Eerste lijn (Engelstalige versie)

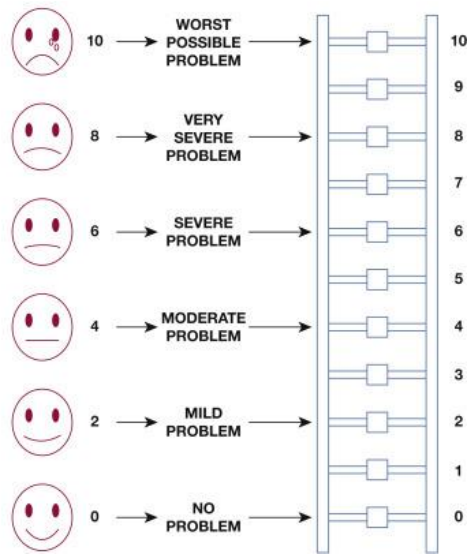
A

Please check the rung on the ladder that best describes the **severity of your cough taking timing, intensity, distress, and quality into account** over the past week.



B

Please check the box on the rung of the ladder that best describes your overall quality of life (satisfaction or happiness with life) related to your cough over the past week.

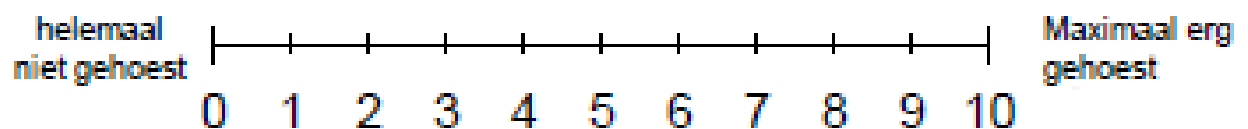


VAS Hoest

Naam:
Geboortedatum
Datum van invullen:

Hoe erg hebt u de afgelopen 24 uur gehoest?

Zet een kruisje op de horizontale lijn op de plaats die het best overeenkomt met uw situatie.



HOEST VRAGENLIJST

Deze vragenlijst is ontworpen om de gevolgen van het hoesten op diverse aspecten van uw leven te meten. Lees iedere vraag aandachtig en OMCIKTEL het antwoord dat de afgelopen twee weken het meest op u van toepassing is (slechts één antwoord per vraag). Beantwoord a.u.b. alle vragen, en zo eerlijk mogelijk.

In de afgelopen twee weken...	altijd	meestal	heel vaak	regelmatig	af en toe	zelden	nooit
1. had u door het hoesten last van pijn op de borstkas of in de maag?	1	2	3	4	5	6	7
2. had u door het hoesten last van slijmophoesten?	1	2	3	4	5	6	7
3. bent u door het hoesten vermoeid geraakt?	1	2	3	4	5	6	7
In de afgelopen twee weken...	nooit	zelden	af en toe	regelmatig	heel vaak	meestal	altijd
4. had u het idee het hoesten onder controle te hebben?	1	2	3	4	5	6	7
In de afgelopen twee weken...	altijd	meestal	heel vaak	regelmatig	af en toe	zelden	nooit
5. hoe vaak schaamde u zich voor het hoesten?	1	2	3	4	5	6	7
6. werd u ongerust door het hoesten?	1	2	3	4	5	6	7
7. verstoorde het hoesten uw werk of andere dagelijkse bezigheden?	1	2	3	4	5	6	7
8. bemerkte u dat het hoesten het plezier in het leven vergalde?	1	2	3	4	5	6	7
9. moest u hoesten van verflucht of andere prikkelende luchtjes?	1	2	3	4	5	6	7
10. hoe vaak werd uw nachtrust verstoord door het hoesten?	1	2	3	4	5	6	7
11. hoe vaak hoestte u op een dag?	1	2	3	4	5	6	7
12. voelde u zich gefrustreerd door het hoesten	1	2	3	4	5	6	7
13. was u het hoesten zat?	1	2	3	4	5	6	7

Vervolg op volgende pagina

REFLUX HOEST VRAGENLIJST

Hoeveel last hebt u in de afgelopen MAAND gehad van de onderstaande problemen?

0 = geen last/probleem 5 = ernstige/vaak last

Graag bij elke vraag het voor u best passende antwoord omcirkelen.

1. Heesheid of stemproblemen	0	1	2	3	4	5
2. Uw keel schrapen	0	1	2	3	4	5
3. Het gevoel dat er iets achter in uw neus of keel druppelt	0	1	2	3	4	5
4. Kokhalzen of braken als u hoest	0	1	2	3	4	5
5. Hoesten bij het gaan liggen of bij bukken	0	1	2	3	4	5
6. Snoerend gevoel rondom de borstkas of piepende ademhaling tijdens het hoesten	0	1	2	3	4	5
7. Zuurbranden, opgeven van maagzuur, opgeblazen gevoel (als u hiervoor medicijnen gebruikt, omcirkel dan 5)	0	1	2	3	4	5
8. Het gevoel een kriebel of een brok in de keel te hebben	0	1	2	3	4	5
9. Hoesten tijdens of vlak na het eten	0	1	2	3	4	5
10. Hoesten bij bepaalde soorten voedsel	0	1	2	3	4	5
11. Hoesten als u 's morgens opstaat	0	1	2	3	4	5
12. Hoesten dat wordt uitgelokt door te zingen of te spreken (bijvoorbeeld tijdens het telefoneren)	0	1	2	3	4	5
13. Vaker hoesten als u wakker bent dan als u slaapt	0	1	2	3	4	5
14. Een vreemde smaak in de mond	0	1	2	3	4	5