Langvinnur hósti

• Yfirlitsgrein •

Össur Ingi Emilsson[1,2,3] læknir

Gunnar Guðmundsson[1,2] læknir

[1]læknadeild Háskóla Íslands, lungnadeild Landspítala , [3]lungna-, ofnæmis- og svefnrannsókn, heilbrigðisvísindasvið, Uppsala universitet, Uppsala, Svíþjóð

Fyrirspurnum svarar Össur Ingi Emilsson,
oingi@hi.is

Greinin barst 26. ágúst 2026,
samþykkt til birtingar 14. október 2026

ÁGRIP

Langvinnur hósti er algengur í almennu þýði, með algengi um 10% meðal fullorðinna. Hann getur skýrst af ýmsum sjúkdómum í og utan loftveganna, svo sem astma, lungnateppu, krabbameini, sýkingum, reykingum, sem aukaverkun lyfja og fleira. Einnig getur langvinnur hósti verið sjúkdómur út af fyrir sig. Slíkur hósti hefur alla jafna mikil áhrif á lífsgæði sjúklinga. Uppvinnsla hósta ætti alltaf að fela í sér fráblásturspróf og röntgenmynd af lungum, en frekari rannsóknir stýrast af klínískri birtingarmynd. Þegar hósti er þrálátur þrátt fyrir meðferð á mögulegum skýringum hans, eða ef engin skýring finnst eftir uppvinnslu, er skýringin oftast að taugaviðbragðið sem framkallar hósta er orðið ofurnæmt. Skýring þess er ekki að fullu ljós, en bæði hefur verið sýnt að net skyntauga í loftvegunum er oft þéttara, og að hæfileiki miðtaugakerfis til að dempa hóstann er minnkaður. Í þeim tilfellum má beita meðferðum sem miðar að því að minnka taugaviðbragð hóstans. Þessi yfirlitsgrein fer nánar í uppvinnslu, skýringar á meingerð og meðferð sjúklinga með langvinnan hósta, greinir frá nýjungum í meðferð og íslenskum rannsóknarverkefnum á langvinnum hósta.

Inngangur

Hósti er í grunninn mikilvægt varnarviðbragð til þess að koma í veg fyrir ásvelgingu og stuðla að hreinsun loftvega. Hins vegar birtist hósti okkur oftast í starfi sem sjúkdómseinkenni. Langvinnur hósti er ein algengasta kvörtun innan heilsugæslu.[1] Hann getur haft mikil áhrif á líf fólks og talið er að allt að 10% fullorðinna séu með langvinnan hósta.[2,3] Ef hósti er mikill skerðir hann lífsgæði og það fylgja hjásjúkdómar eins og þvagmissir, yfirlið og raddbreytingar og þetta getur leitt til félagslegrar einangrunar, þunglyndis og erfiðleika í samböndum.[4] Margir sjúkdómar geta tengst langvinnum hósta. Þar má nefna flesta lungnasjúkdóma, langvinnar nefbólgur, vélindabakflæði, reykingar, aukaverkun angíótensín-umbreytiensíms (ACE) hemla og loftvegasýkingar, en það er orðið betur þekkt að flestir sem eru með langvarandi hósta sem aðalumkvörtun hafa svipaða klíníska birtingarmynd.[5] Þeir eru oftast með mikið næmi fyrir ertandi efnum í umhverfi eins og ilmvötnum, þvottaefnum og köldu lofti og það leiðir til kitlingstilfinningar í hálsi og þörf fyrir að hósta. Þetta bendir til þess að það sé aukið næmi hjá taugabrautum sem stýra hósta. Rannsóknir sýna að þetta aukna næmi skýrist af tveimur þáttum: 1) Af auknu næmi taugaviðtaka í loftvegunum, þar sem margir ólíkir taugaviðtakar setja of auðveldlega af stað hóstaviðbragð við áreiti. 2) Úrvinnsla þessara taugaboða í miðtaugakerfinu er skert, þar sem meðal annars hæfnin til að bæla niður viðbragðið er minnkuð miðað við fríska.[5] Þetta hefur leitt til þess að farið er að hugsa um heilkenni ofurnæms hósta sem sérstaka greiningu, og hefur í sumum löndum fengið sérstakan ICD-10 greiningarkóða. Þetta hefur verið kallað heilkenni langvinns hósta.

Skilgreining á langvinnum hósta

Það er löng hefð fyrir því að útskýra langvinnan hósta eftir tímalengd. Áður var algengt að styðjast við þrjá mánuði og var það byggt á skilgreiningu á langvinnri berkjubólgu. Nýrri skilgreining gerir ráð fyrir átta vikum.[4] Flestar klínískar lyfjarannsóknir við langvinnum hósta í dag krefjast þess að hóstinn hafi ekki svarað hefðbundnum meðferðum og verið til staðar í yfir eitt ár.[6] Sumir sjúklingar hósta daglega í mörg ár en hjá öðrum kemur sjúkdómurinn og fer og þannig er erfitt að gera skilgreiningu sem byggir eingöngu á tímaþætti. Algengt er að heilkenni langvinns hósta sé misgreint sem endurteknar

öndunarfærasýkingar, astmi sem svarar illa meðferð eða versnun á langvinnri lungnateppu, og sjúklingar hafa oft farið í gegnum ítarlegar og jafnvel endurteknar rannsóknir áður en komist er að greiningu.[4,7]

Lýðheilsuþættir

Hósti er algengt læknisfræðilegt vandamál sem veldur umtalsverðri sjúkdómsbyrði.[2] Vegna þess að skilgreining langvinns ofurnæmis hósta krefst útilokunar annarra greininga og á sér ekki skýran greiningarkóða er ekki ljóst nákvæmlega hver tíðni sjúkdómsins er. Þó hafa safngreinar metið tíðnina um 10% í almennu fullorðnu þýði.[2,3] Hann virðist vera algengari í ríkari löndum miðað við fátækari lönd.[8] Um 2/3 eru konur og algengasti aldurinn er milli 50 og 60 ára.[9] Þannig er talið að einhverjir kynbundnir þættir séu í miðlægri stýringu á hósta. Stundum er langvinnur hósti lyfjaorsakaður, og á það helst við um aukaverkun ACE-hemla, en sú aukaverkun á ekki við um hamla á angíótensín viðtaka (ARB).[10] Langvinnur hósti getur einnig verið arfgengur, og skiptir þá máli hvort um er að ræða hósta með eða án uppgangs. Þurr hósti er með skýrari erfðaþátt, hósti með uppgangi virðist einnig erfast en tengist mögulega fremur fjölskyldulægni í reykingavenjum.[11]

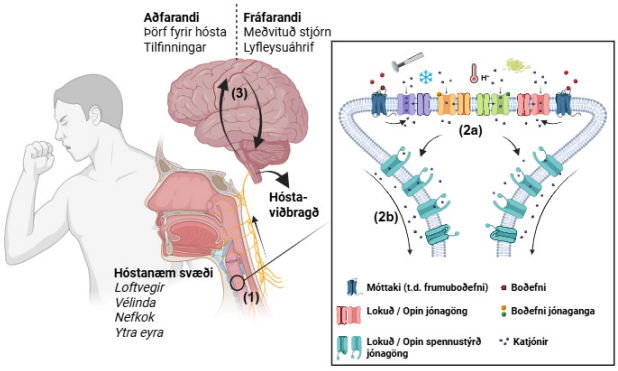
Áhrif á sjúklinga

Langvinnur hósti hefur mikil áhrif á bæði sjúkling og þá sem eru í kringum hann.[4,12] Áhrif á lífsgæði sjúklinga eru oft töluverð, og getur meðal annars leitt til aukinna fjarvista frá vinnu og almennt minnkaðrar vinnugetu.[2] Algengustu orsakir fyrir því að sjúklingar með hósta leita læknisaðstoðar eru áhyggjur af alvarlegum undirliggjandi sjúkdómi, uppköst, mikil þreyta, truflanir á svefni, þvagmissir, skammast sín félagslega fyrir hóstann, erfiðleikar að tala í síma og truflun fyrir fjölskyldu, vini og vinnufélaga. Margir hjásjúkdómar geta fylgt eins og þvagmissir, taltruflanir og þunglyndi.[13-15] Þvagmissir er mun algengari hjá konum og veldur skerðingu á lífsgæðum hjá þeim, en oft greina konur ekki frá honum nema sérstaklega sé spurt um hann. Þessi margvíslegu neikvæðu áhrif á heilsu má meta með sérstökum spurningalistum um áhrif hósta á lífsgæði, en í klínískri vinnu er algengara að biðja sjúklinga um að meta áhrif hóstans með tölu á kvarða frá 0-10.[4]

Orsakir og meingerð

Hósti er mikilvægt varnarviðbragð sem kemur í veg fyrir ásvelgingu og sér um að hreinsa slím og óhreinindi úr loftvegum. Þannig er algengt að þeir sem eru með skert hóstaviðbrögð eins og þeir sem eru með taugasjúkdóma fái endurteknar ásvelgingslungnabólgur sem eru ekki alltaf orsakaðar af sýklum.[16]

Þetta varnarviðbragð fer gegnum skyntaugar í skreyjutaug (*vagus*) sem eru aðallega í barkakýli og stærri loftvegum (Mynd 1). Viðtakar þessara tauga eru margskonar, enda getur ýmist áreiti sett af stað þessi viðbrögð, svo sem agnir, mengun, kuldi, lyktir, titringur og fleira. Skilaboðin berast svo til heilastofns þar sem unnið er úr boðunum, að vissu leyti með viðbrögðum



Mynd 1. *Skýringarmynd af hóstaviðbragði. Varnarviðbragðið hósti ræsist venjulega við ertingu á hóstanæmum svæðum loftvegarins, aðallega í barkakýli og stærri loftvegum (1). Þar sitja margir ólíkir tauganemar á skyntaugafrumum skreyjutaugar, sem nema ýmist áreiti svo sem agnir, mengun, kulda, lyktir, titring og fleira (2a). Við næga virkjun þessara nema opnast spennustýrð jónagöng og boðspenna berst til heilastofns (2b). Í heilastofni er unnið úr boðunum sem geta vakið hósta beint, en jafnframt berast boð áfram til æðri heilastöðva þar sem meðvituð hóstaþörf og tengd tilfinningaviðbrögð verða til. Fráfarandi brautir frá berki gera viljastýrða bælingu hósta mögulega og liggja einnig að baki lyfleysuáhrifum. Samspil uppstígandi og niðurstígandi brauta getur haft áhrif á hvort hósti útleysist eða ekki (3). Mynd gerð í BioRender.com*

frá heilaberki, og er það líklegast kynjamunur í þessari miðlægu úrvinnslu sem skýrir aukið hóstanæmi meðal kvenna.[17,18]

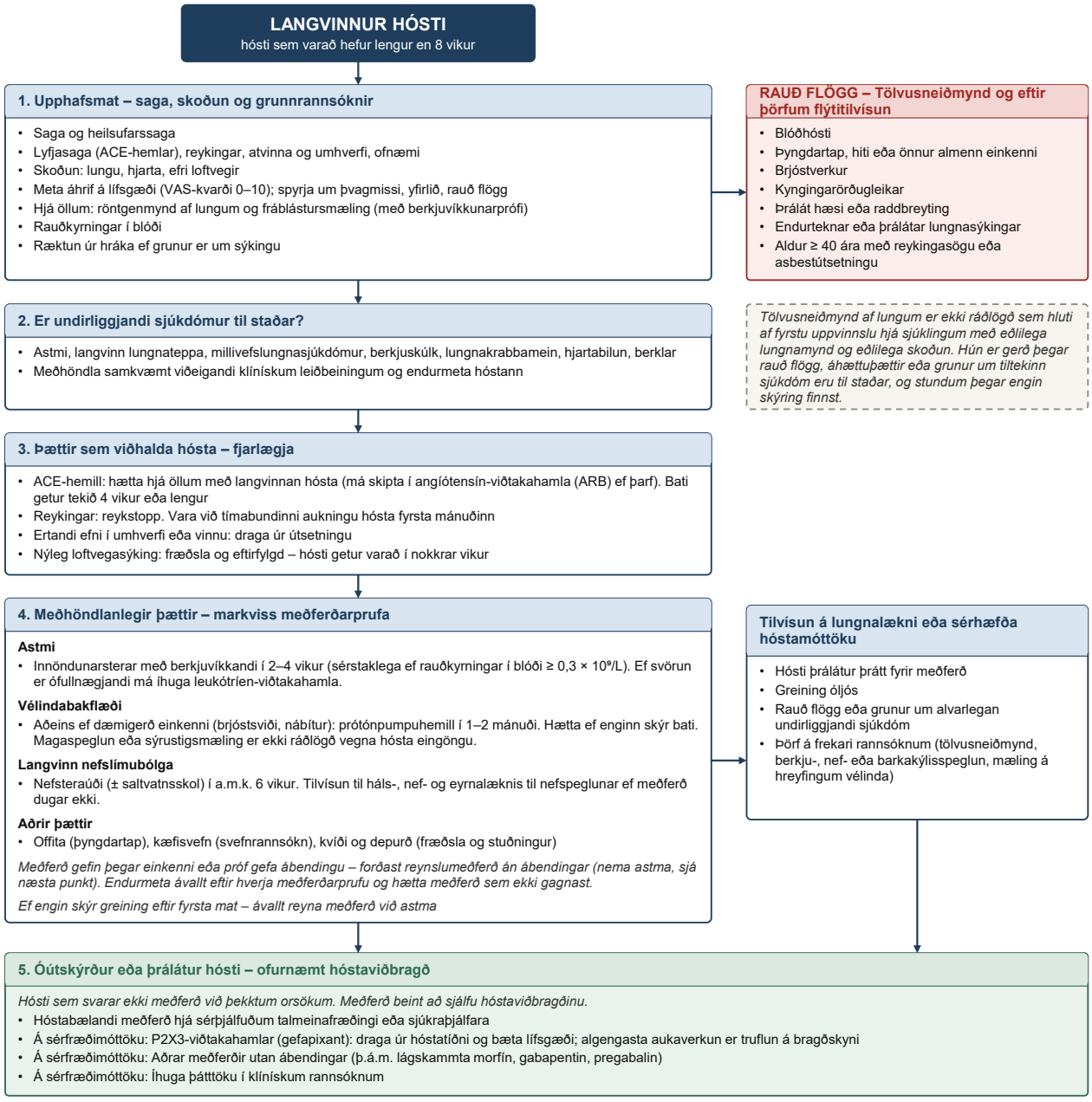
Hjá sjúklingum með ofurnæmt hóstaviðbragð fer þetta varnarviðbragð af stað við óþarflega lítið áreiti. Misjafnt er þó milli sjúklinga hvers kyns áreiti sjúklingar eru næmir fyrir, sem væntanlega skýrist af því hvaða viðtakar og taugabrautir eru næmastar hjá hverjum og einum sjúklingi. Misjafnt er hvort þetta ofurnæmi í hóstaviðbragði sé tilkomið vegna eða samhliða eiginlegum lungnasjúkdómi (þrálátur hósti), eða hvort taugaviðbragðið sé aukið út af fyrir sig (óútskýrður hósti). Bæði þrálátur og óútskýrður hósti virðast þó hafa svipaða meingerð.

Hósti kemur einnig fram við vissa taugasjúkdóma, og ber þar helst að nefna hið nýlega skilgreinda CANVAS heilkenni (*Cerebellar Ataxia, Neuropathy, and Vestibular Areflexia Syndrome*). Sá sjúkdómur veldur eins og nafnið gefur til kynna úttaugakvilla, óregluhreyfingum, og viðbragðsmissi í jafnvægiskerfi innra eyra. Sjúkdómurinn kemur oft fram á fullorðinsárum, og algengt er að sjúklingar með þetta heilkenni fái fyrst langvinnan hósta, jafnvel mörgum árum áður en annarra taugaeinkenna verður vart.[19] Hér að neðan verður farið nánar í helstu svipgerðir langvinns hósta.

Svipgerðir langvarandi hósta

Astmahósti

Astmi er oft á tíðum klínísk greining, að minnsta kosti eru fá próf sem útiloka hann. Stundum er hósti eina einkenni astma. Þar getur rauðkyrningabólga verið heppilegur lífvísir um að hósti stafi af astma. Það er helst mælt með annaðhvort rauðkyrningum í blóði eða magni níturoxíðs í útönduðu lofti.[4] Við hóstaafbrigði af astma lagast hóstinn venjulega með innöndunarsterum og berkjuvíkkandi lyfjum. Ef greiningin er óljós má gera berkjuauðertnipróf eins og metakólínpróf.[4] Hins vegar er ekki mögulegt að gera þessi sérhæfðu próf á öllum sjúklingum, og þess vegna mæla núverandi klínískar leiðbeiningar frekar með



Aðlagað úr British Thoracic Society Clinical Statement on chronic cough in adults (Thorax 2023) og ERS leiðbeiningum um langvinnan hósta (Eur Respir J 2020).

Mynd 2. *Flæðirit fyrir upphafsmat, uppvinnslu og meðferð á langvinnum hósta. (Mynd aðlöguð úr Middleton's Allergy: Principles and practice (29) með leyfi höfunda)*

að sjúklingar með langvinnan hósta fái að prófa meðferð með innöndunarsterum í 2-4 vikur.[4]

Bakflæði og langvinn nefslímubólga

Umdeilt er hvert hlutverk bakflæðis, ásvelgings og nefslímubólgu er í langvinnum hósta. Vélindabakflæði er mjög algengt. Safngreinar hafa ekki sýnt að prótónpumpuhemlar hafi mikil áhrif ef ekki eru til staðar hefðbundin einkenni bakflæðis (nábítur og brjóstsviði).[20] Ef hefðbundin einkenni bakflæðis eru til staðar getur hósti hins vegar stundum batnað með prótónpumpuhemlum, sérstaklega hjá sjúklingum í yfirþyngd.[21]

Langvinn nefslímubólga er einnig algeng, sést oft hjá sjúklingum með langvinnan hósta og hefur því lengi verið talin möguleg skýring á hósta. Á hinn bóginn er hósti ekki algeng kvörtun sjúklinga með langvinna nefslímubólgu.[22] Einnig batnar sjúklingum með hósta og langvinna nefslímubólgu stundum við meðferð á nefslímubólgunni eingöngu, og því hafa farið vaxandi kenningar um að hér sé oft frekar um samhliða kvilla að ræða frekar en beint orsakasamhengi.[23]

Hósti af völdum lyfja

Hér er langoftast um að ræða aukaverkun frá angíótensín-umbreytiensíms (ACE) hemlum. Þetta gerist vegna þess að ACE-hemlar auka almennt næmið eða fyrir hósta. Um 5-35% sjúk-

linga sem nota ACE-hemla fá langvinnan hósta. Það þurfa ekki að vera nein ákveðin tengsl í tíma við lyfjagjöfina og því getur hóstinn komið þónokkru eftir að meðferð hefst. Auðvelt er að breyta lyfjagjöf með því að gefa ARB í stað ACE- hemla, enda hafa þeir ekki þessa aukaverkun. ACE-hóstinn gengur oftast yfir á innan við fjórum vikum, en getur í sumum tilfellum tekið lengri tíma.[24] Aðrar lyfjameðferðir valda mun sjaldnar hósta. Lyf eins og Sitagliptin virðist geta aukið hósta hjá fólki með ofnæmi, kalsíum hamlar geta valdið versnun á bakflæðistengdum hósta, og augndropar eins og latanoprost geta farið úr táragöngunum og niður í hálsinn og valdið ertingu.[25]

Langvinnur hósti í öðrum sjúkdómum

Hósti tengist langflestum langvinnum öndunarfærasjúkdómum, veldur skertum lífsgæðum og getur jafnvel tengst verri sjúkdómshorfum.[12] Eitt af algengustu upphafseinkennum lungnakrabbameina er hósti. Þurr hósti er mjög algengur í millivefssjúkdómum með tíðni um 30-90%, og svarar yfirleitt illa meðferð.[26]

Reykingar eru einnig algeng orsök fyrir langvinnum hósta sem hægt er að koma í veg fyrir. Þó ætti að vara sjúklinga við að fyrsta mánuð af reykstoppi er hósti oft aukinn áður en hann fer að minnka, og getur oft tekið nokkra mánuði að ganga yfir að fullu.

Mat á hósta

Mikilvægt er að taka vandaða sjúkrasögu, skoða sjúkling og rannsaka til þess að finna meðhöndlanlega sjúkdóma sem gætu orsakað hóstann (Mynd 2).[4] Þannig þarf að ganga úr skugga um að það sé ekki illkynja sjúkdómur, sýking, aðskotahlutur eða notkun á ACE-hemlum sem skýrir hóstann. Dæmi um rauð flögg eru meðfylgjandi brjóstverkur, almenn einkenni eins og þyngdartap og hiti, endurteknar sýkingar, kyngingarörðugleikar, og blóðhósti. Gott er að meta hve mikil áhrifin á sjúkling eru, til dæmis með VAS-kvarða fyrir hósta. Allir sjúklingar ættu að gangast undir fráblástursmælingu og röntgenmynd af lungum. Tölvusneiðmynd er ekki ráðlögð hjá þeim sem eru með eðlilega röntgenmynd af lungum og eðlilega líkamsskoðun, nema rauð flögg séu til staðar eða ef reykingasaga er til staðar.

Rannsóknir og meðferð helstu orsaka hósta

Þar sem astmi er ein algengasta meðhöndlanlega ástæða hósta, er mikilvægt að íhuga þá greiningu. Fyrir utan hefðbundna sögu og blástursþróf fyrir og eftir berkjuvíkkandi lyf, er hægt að leita astma, til dæmis með því að láta sjúklinga mæla hámarks útflæði heima (HÚF-mælir) og sjá hvort það séu sveiflur milli daga. Einnig er hægt að gera metakólín- eða histamín próf, sem afhjúpar auðertni í berkjum. Hægt er að leita að rauðkyrningum í blóði og einnig er hægt að mæla níturoxíð (NO) í útöndunarlofti (FeNO). Einnig er algengt, ef sagan gefur sterkan grun um astma, að prófa meðferð með innöndunarsterum (gjarnan með berkjuvíkkandi lyfi) í 2-4 vikur.[4]

Ef einkenni bakflæðis eru til staðar er ráðlegt að prófa sýruhamlandi lyf í 1-2 mánuði, og hætta síðan meðferð ef ekki fæst skýr bati. Almennt er ekki mælt með magaspeglun eða sólarhringsmælingu á sýrustigi til að leita að vélindabakflæði, nema önnur einkenni en hóstinn gefi ábendingu.

Ef um er að ræða einkenni frá efri loftvegum sem benda til langvinnrar nefslímubólgu er oftast gagnlegt að reyna meðferð með nefsteraúða. Ef slík meðferð gagnast ekki má vísa til háls-, nef- og eyrnalæknis til nánari skoðunar með nefspeglun.

Meðferð beint að hóstaviðbragðinu

Ef engin orsök finnst fyrir hósta, eða ef hóstinn svarar ekki meðferð við mögulegum orsakavöldum, er hóstinn kallaður annaðhvort óútskýrður eða þrálátur hósti. Þessi hósti er talinn orsakaður af ofurnæmu hóstaviðbragði, eins og nánar var útskýrt að ofan.[4] Fjölmargir tauganemar taka þátt í þessu viðbragði, og er það eflaust ástæða þess að tilraunameðferðir með hindrun á þessa viðtaka hafa oft ekki gefið góða raun. Hins vegar hafa rannsóknir á einum sérstökum taugaviðtaka, nefndur P2X3, sýnt að hindrun hans geti haft áhrif á hósta. Þetta hefur leitt til þróunar lyfs sem kallast gefapixant, hemli á P2X3, sem lækkar tíðni hósta og bætir lífsgæði sjúklinga.[6] Fleiri lyf í sama flokki eru í þróun. Helsta aukaverkun þessa lyfs er truflun á bragðskyni sem kemur fram hjá rétt rúmum helmingi sjúklinga.

Aðrar lyfjameðferðir hafa ekki formlega ábendingu við langvinnum hósta, en sumar rannsóknir benda til að lágskammta morfín með hægu frásogi, 5-10mg tvisvar á dag, geti haft jákvæð áhrif. Hærri skammtar bæta ekki við virknina. Þá má einnig gefa Gabapentín sem hefur sýnt í skömmtum allt að 1800mg á dag að geta minnkað hóstatíðni, en því miður eru aukaverkanir oft hindrun á notkun þess lyfs. Þá hefur Pregabalín 300mg á dag haft áhrif á hósta.[18]

Meðferðir aðrar en með lyfjum hafa einnig verið reyndar, og hafa gefið góða raun, jafnvel í hópi sjúklinga sem hafa reynt margar lyfjameðferðir án árangurs. Þar er meðferð í höndum sérþjálfaða sjúkraþjálfara og talmeinafræðinga hjálpleg, og hefur getað dregið úr hóstatíðni sjúklinga um allt að helming og bætt lífsgæði.[27] Sú meðferð er án aukaverkana, og ætti því að íhuga hana hjá flestum sjúklingum með erfiðan langvinnan hósta. Meðal annars má komast í slíka meðferð gegnum hóstamóttöku lungnadeildar Landspítala.

Rannsóknir á langvinnum hósta á Íslandi

Ýmis rannsóknarverkefni eru í gangi á vegum Landspítala og Háskóla Íslands sem tengjast langvinnum hósta. Á Landspítala hefur nú verið sett á fót klínísk gæðaskrá um langvinnan hósta sem jafnframt verður byggt á við skráningu sjúklinga í stórt evrópskt rannsóknarverkefni á langvinnum hósta sem nefnist NEuroCOUGH.[28] Verið er að þýða og staðla ýmsa spurningalista varðandi hósta og unnið að betri skilgreiningu á langvinnum hósta í almennu þýði. Unnið er að þróun nýrra mælitækja til að mæla hósta hlutlægt í gegnum mælingar á hljóðupptökum frá sjúklingum; slík mælitæki gætu gert okkur kleift að meta hlutlægt umfang vandans og fylgjast betur með meðferðarsvörun. Að lokum er unnið að rannsókn ýmissa lífmerkja hjá sjúklingum með langvinnan hósta sem gætu hjálpað okkur að skilja og vonandi meðhöndla betur þennan erfiða sjúkdóm.

Lokaorð

Langvinnur hósti er algengt vandamál sem hefur mikil áhrif á líf og líðan sjúklinga. Með auknum skilningi á meingerð sjúkdómsins hefur meðferðarmöguleikum þessara sjúklinga fjölgað. Skýrar klínískar leiðbeiningar geta einnig fækkað óþarfa rannsóknum (mynd 2), en sjúklingar með langvinnan hósta fara oft í gegnum afar margar og stundum óþarfar rannsóknir áður en greiningin er sett. Landspítali býður nú upp á sérhæfða hóstamóttöku fyrir sjúklinga með langvinnan hósta sem ekki svarar hefðbundinni meðferð. Hægt er að vísa á þá móttöku með tilvísun á göngudeild lungnamóttöku Landspítala. Landspítali varð nýverið þátttakandi í stóru evrópsku rannsóknarverkefni á langvinnum hósta, sem nefnist NEuroCOUGH,[28] sem mun vonandi auka enn frekar skilning okkar á sjúkdómnum og bæta meðferð sjúklinga.

Heimildir

1. Wändell P, Carlsson AC, Wettermark B,et al. Most common diseases diagnosed in primary care in Stockholm, Sweden, in 2011. Family practice. 2013;30(5):506-13.
2. Johansson H, Johannessen A, Holm M, et al, et al. Prevalence, progression and impact of chronic cough on employment in Northern Europe. Eur Respir J. 2021;57(6):2003344.
3. Song W-J, Chang Y-S, Faruqi S, et al. The global epidemiology of chronic cough in adults: a systematic review and meta-analysis. Eur Respir J. 2015;45(5):1479-81.
4. Morice AH, Millqvist E, Bieksiene K, et al. ERS guidelines on the diagnosis and treatment of chronic cough in adults and children. Eur Respir J. 2020;55(1).
5. Mazzone SB, Chung KF, McGarvey L. The heterogeneity of chronic cough: a case for endotypes of cough hypersensitivity. The Lancet Respiratory medicine. 2018;6(8):636-46.
6. McGarvey LP, Birring SS, Morice AH, et al. Efficacy and safety of gefapixant, a P2X(3) receptor antagonist, in refractory chronic cough and unexplained chronic cough (COUGH-1 and COUGH-2): results from two double-blind, randomised, parallel--group, placebo-controlled, phase 3 trials. Lancet. 2022;399(10328):909-23.
7. Backer V, Porsborg A, Hansen V, et al. A register-based study: cough - a frequent phenomenon in the adult population. BMC Pulmonary Medicine. 2022;22(1).
8. Abozid H, Patel J, Burney P, et al. Prevalence of chronic cough, its risk factors and population attributable risk in the Burden of Obstructive Lung Disease (BOLD) study: a multinational cross-sectional study. eClinicalMedicine. 2024;68:102423.
9. Walz L, Illergård K, Arpegård J, et al. Characteristics, demographics, and epidemiology of possible chronic cough in Sweden: A nationwide register-based cohort study. Plos One. 2024;19(7):e0303804.
10. Coley K, John C, Ghouse J, et al. Genomics of chronic dry cough unravels neurological pathways. European Respiratory Journal. 2025;66(3):2402341.
11. Emilsson ÖI, Johansson H, Johannessen A, et al. Heritability of cough across two generations: the RHINESSA study. ERJ open research. 2024;10(4):00071-2024.
12. Emilsson Ö I. The burden and impact of chronic cough in severe disease. Curr Opin Support Palliat Care. 2022;16(4):183-7.
13. Ögefeldt S, Wistbacka GÖ, Schalling E, et al. Voice problems in chronic cough: prevalence and implications for health and sick leave in a Northern European population. BMC Pulmonary Medicine. 2025;25(1).
14. Dicpinigaitis PV. Prevalence of stress urinary incontinence in women presenting for evaluation of chronic cough. ERJ open research. 2021;7(1):00012-2021.
15. Arinze JT, Hofman A, de Roos EW, et al. The interrelationship of chronic cough and depression: a prospective population-based study. ERJ open research. 2022;8(2).
16. Miske LJ, Hickey EM, Kolb SM, et al. Use of the mechanical in-exsufflator in pediatric patients with neuromuscular disease and impaired cough. Chest. 2004;125(4):1406-12.
17. Mazzone SB, Farrell MJ. Heterogeneity of cough neurobiology: Clinical implications. Pulm Pharmacol Ther. 2019;55:62-6.
18. Morice AH, Jakes AD, Faruqi S, et al. A worldwide survey of chronic cough: a manifestation of enhanced somatosensory response. European Respiratory Journal. 2014;44(5):1149-55.
19. Hirons B, Cho PSP, Rhatigan K, Shaw J, Curro R, Rugginini B, et al. Repeat expansions in*RFC1*gene in refractory chronic cough. ERJ open research. 2025;11(1):00584-2024.
20. Chang AB, Lasserson TJ, Gaffney J, et al. Gastro-oesophageal reflux treatment for prolonged non-specific cough in children and adults. Cochrane Database Syst Rev. 2011;2011(1):Cd004823.
21. Descazeaux M, Brouquières D, Didier A, et al. Obesity Predicts Treatment Response to Proton Pump Inhibitor Therapy in Patients with Chronic Cough. Lung. 2020;198(3):441-8.
22. O'Hara J, Jones NS. "Post-nasal drip syndrome": most patients with purulent nasal secretions do not complain of chronic cough. Rhinology. 2006;44(4):270-3.
23. Parker SM, Smith JA, Birring SS, et al. British Thoracic Society Clinical Statement on chronic cough in adults. Thorax. 2023;78(Suppl 6):s3-s19.
24. Dicpinigaitis PV. Angiotensin-converting enzyme inhibitor-induced cough: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. Chest. 2006;129(1 Suppl):169s-73s.
25. Shim J, Song WJ, Morice AH. Drug-Induced Cough. Physiological Research. 2020:S81-S92.
26. Carvalho Da Silva MA, Mouro De Santos Rolo RM, Pereira Catarata MJ, De Sousa Antunes Dias Padrão EF. Cough in idiopathic pulmonary fibrosis: what is new. Breathe. 2025;21(2):240176.
27. Chamberlain Mitchell SA, Garrod R, Clark L, Douiri A, Parker SM, Ellis J, et al. Physiotherapy, and speech and language therapy intervention for patients with refractory chronic cough: a multicentre randomised control trial. Thorax. 2017;72(2):129-36.
28. Cho PSP, Birring SS, McDowell C, Brown T, Hull JH, Smith JA, et al. The NEuroCOUGH Chronic Cough Registry: a protocol for a pan-European observational study. ERJ open research. 2025;11(5):00289-2025.
29. B. TRDMS. Approaches to the Patient With Chronic Cough. In: A. W. Burks REOH, D. H. Broide, L. B. Bacharier, G. K. Khurana Hershey, R. S. Peebles, S. R. Durham, & M. Akdis (Eds.), editor. Middleton's allergy: Principles and practice 10th ed. ed: Elsevier; 2026. p. 1050-61.

doi 10.17992/lbl.2026.11.918

ENGLISH SUMMARY

Chronic cough – a review

Ossur Ingi Emilsson[1,2,3]
Gunnar Guðmundsson[1,2]

[1]Faculty of medicine, University of Iceland, Reykjavik, Iceland, [2]Department of Respiratory Medicine, Landspitali, Reykjavik, Iceland, [3]Department of Medical Sciences, Respiratory, Allergy and Sleep Research, Uppsala University, Uppsala, Sweden

Correspondance: Ossur Ingi Emilsson,
oingi@hi.is

Key words: *Chronic cough, work-up, epidemiology, clinical guidelines, refractory chronic cough, cough hypersensitivity*

Chronic cough is common in the general population, with a prevalence of about 10% among adults. It can be caused by a range of conditions within and outside the airways, such as asthma, COPD, cancer, infections, and smoking, or it can occur as an adverse effect of medication, among other causes. Chronic cough can also be a disease in its own right. It generally has a major impact on patients' quality of life. The workup of cough should always include spirometry and a chest radiograph, and further investigations are guided by the clinical presentation. When cough persists despite treatment of possible underlying causes, or when no cause is found after workup, it is most often because the neural reflex that triggers cough has become hypersensitive. The reasons for this are not fully understood, but studies have shown that the network of sensory nerves in the airways is often more dense and that the central nervous system's ability to suppress cough is reduced. In these cases, treatments aimed at dampening the cough reflex can be used. This review covers the workup, pathophysiology, and management of patients with chronic cough in more detail, describes new developments in treatment, and current Icelandic research projects on chronic cough.