

Soğuk Algınlığı *Cold Sickness*

Öz

Soğuk algınlığı; üst solunum yollarının akut, kendini sınırlayan enfeksiyonlarından biridir. İnsanlarda en sık görülen enfeksiyondur. Sık görülen semptomlar; burun tıkanıklığı, burun akıntısı, hapşırık, boğaz ağrısı, öksürük, baş ağrısı ve kırgınlıktır, ateşsiz olabilir ya da hafif ateş ile seyredebilir. Birçok virüse bağlı olabilmekle beraber %50'sinde etken rinovirüstür. Bulaş esas olarak insandan insana olmakla beraber kontamine sekresyonların el ya da solunum yolu ile yayılımı ile de olabilir. Yılın her döneminde olabilmektedir fakat en sık sonbahar ve ilkbaharda görülür. Kuluçka süresi 1-3 gündür, 7 güne kadar uzayabilir. Tedavide esas olan destek tedavisidir.

Abstract

The common cold is an acute, self limiting viral infection of the upper respiratory tract. The common cold is the most common infectious disease in humans. The common symptoms are nasal obstruction, rhinorrhea, sneezing, sore throat, cough, headache, myalgia, and fever are absent or mild. Many viruses may be involved, but 50% of the cases are caused by rhinovirus. Transmission occurs predominantly by person-to-person contact, with self-inoculation by contaminated secretions on hands and/or aerosol spread. Infections occur throughout the year, but peak activity occurs during autumn and spring. The incubation period is usually 1 to 3 days but occasionally is up to 7 days. Treatment is mainly supportive.

Soğuk algınlığı; üst solunum yollarının akut, kendini sınırlayan enfeksiyonlarından biridir. İnsanlarda en sık görülen enfeksiyondur. Burun tıkanıklığı, burun akıntısı, hapşırık, boğaz ağrısı, öksürük, baş ağrısı, kırgınlık başlıca semptomlardır. Ateşsiz ya da subfebril ateş ile seyredebilir. Birçok virusa bağlı olabilmekle beraber %50'sinde etken rinovirustur (1).

Etiyoloji

Rinovirus 100'den fazla serotipi ile soğuk algınlığının %50'sinden sorumlu iken respiratuvar sinsisyal virus (RSV), influenza, parainfluenza, adenovirus, nonpolio en-

Uzm. Dr. Aysun YAHŞI

Prof. Dr. Ergin ÇİFTÇİ

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim
Dalı

**Yazışma Adresleri /Address for
Correspondence:**

Dr. Aysun YAHŞI

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim
Dalı / Cebeci-Ankara

Tel/phone: +90 312 595 57 20

mail: aysunyahsi@yahoo.com

Anahtar Kelimeler:

Soğuk algınlığı, nezle, nazofarenjit, rinovirus.

Keywords:

Common cold, cold, nasopharyngitis, rhinovirus.

Geliş Tarihi - Received

17/06/2017

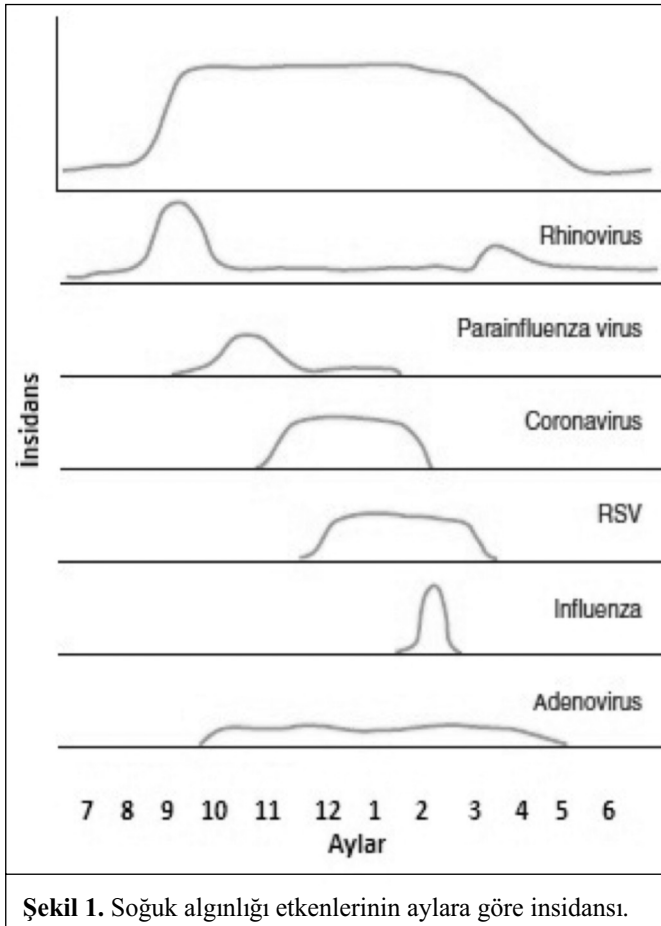
Kabul Tarihi - Accepted

20/07/2017

teroviruslar (echovirus ve coxsackievirus), bocavirus, coronavirus, human metapneumovirus de etken olabilir (2-4). Rinovirus, adenovirus, enterovirusların etken olduğu soğuk algınlığında hastalığı geçirme sonrası immünite gelişir; fakat birçok serotipin neden olabilmesi nedeniyle yeterli koruma sağlanmaz. RSV, parainfluenza, coronavirusa bağlı sekonder immünite gelişmez. Re-enfeksiyonlarda aynı etken ile enfeksiyon söz konusu ise hastalık genelde daha hafif ve kısa sürelidir (4,5).

Epidemiyoloji

Soğuk algınlığı yılın her mevsiminde görülebilmekle beraber sonbahar ve kış mevsimlerinde daha sık görülmektedir. Aylara göre daha sık görülen etkenlerde de değişiklikler gözlenir (Şekil 1). Kuzey yarımkürede, yılın ilk epidemisi Eylül ayında rinovirusa bağlı enfeksiyonlardaki artış ile başlar, bunu Ekim ve Kasım aylarında parainfluenza enfeksiyonlarındaki artış izler. Kış aylarında RSV, influenza ve coronavirus artışı izlenirken, adenovirusa bağlı soğuk algınlığı düşük oranda tüm yıl boyunca etken olabilir. Enteroviruslara bağlı soğuk algınlığı da tüm yıl boyunca olabilir fakat daha çok yaz mevsiminde görülür. Rinovirusa bağlı soğuk algınlığı Mart ve Nisan aylarında hafif artış göstererek yıllık epidemisini tamamlar (6-8).



Şekil 1. Soğuk algınlığı etkenlerinin aylara göre insidansı.

Küçük çocuklarda yılda 6-8 kez soğuk algınlığı gözlenebilirken, %10-15 çocukta bu sayı 12 kez/yıla çıkabilir. Yaşın artması ile soğuk algınlığı geçirme sıklığı azalır, adolesanlarda bu sayı 2-3 kez/yıla kadar düşer. İnsidansı belirleyen esas faktör; virusa maruziyettir. Bir yaşın altında gündüz bakımevinde kalan çocuklarda hastalık geçirme oranı evde bakılan çocuklardan %50 oranında daha fazladır. Bakımevinde geçirilen sürenin uzun olması hastalık riskini daha da artırır. Gündüz bakımevinde kalan, 1-3 yaş arası çocuklarda da hastalık insidansı daha yüksektir. İlkokula başlamayla beraber gündüz bakımevine gitmiş olan çocuklarda soğuk algınlığı geçirme oranı gitmeyen çocuklara göre daha azdır (9).

Patogenez

Bulaş 3 mekanizma ile gelişir: (1) Elle temas: Virus ile enfekte insan ve objeye elle temas ettikten sonra kişinin nazal ya da konjunktival mukozasına bulaş ile, (2) Öksürük sonrası oluşan küçük aerosollerin inhalasyonu ile, (3) Hapşırık sonrası ortaya çıkan büyük aerosollerin nazal ya da konjunktival mukozaya bulaşı ile (özellikle kapalı ortamda enfekte insanlarla temas sonrası).

Semptomlar, virusun solunum sisteminde yaptığı hasardan çok hastanın immünitesi ile ilişkilidir. Nazal ya da konjunktival mukozaya virusun yerleşmesinden sonra, virus nazofarengeal epitel hücre reseptörlerine tutunarak hücre içine girer. Enfekte hücrelerden salınan sitokinler (özellikle interlökin-8) polimorfonükleer hücre göçüne neden olur, bu hücreler nazal sekresyonda artışa ve mukosilyer klirensin yavaşlamasına sebep olur (4). Semptomların şiddeti mukozal IL-8 konsantrasyonu ile koreledir (10). Rinovirus, bradikinin ve albümin salınımı ile nazal submukozada vasküler permeabiliteyi artırarak da semptomu neden olabilir (9).

Influenza ve adenovirusa bağlı soğuk algınlığında enfekte nazal epitel hücrelerinde histolojik olarak hasar gözlenebilirken RSV ve rinovirus enfeksiyonlarında epitel hasarı genelde gözlenmez (9).

Kuluçka süresi çoğu viral etkende semptomların başlaması ile korele olarak 24-72 saat arasındadır (9). Semptomlar hastalığın genelde 2-3. günlerinde pik yapar, bazen 10-14 güne kadar uzayabilir. Çocukların küçük bir kısmında 3-4 haftaya kadar uzayan öksürük gözlenebilir. Büyük çocuklarda ve adolesanlarda semptomlar genelde 5-7 gün sürer, sigara içimi ve altta yatan akciğer hastalığı bu süreyi uzatabilir (1,8,11).

Viral atılım; genelde virusun vücuda alınmasından 3-5 gün sonra, semptomların başlaması ile beraber pik yapar, sonra azalarak 2 haftaya kadar uzayabilir (9).

Klinik

Soğuk algınlığında semptomlar; etkene ve hastanın yaşına göre değişir. Bebeklerde; ateş yüksekliği (38-39°C) büyük çocuklar ve adolesanlardan daha sıktır (9). Bebeklerde ve küçük çocuklarda; burun tıkanıklığı, burun akıntısı, hapşırık, halsizlik, boğaz ağrısı, baş ağrısı, postnazal akıntı, huzursuzluk, öksürük, beslenme ve uyku bozuklukları görülebilir (12). Büyük çocuklarda ilk semptom genelde boğazda yanma ya da boğaz ağrısıdır, bunu burun tıkanıklığı ve seröz burun akıntısı izler. Ayrıca halsizlik, iştahsızlık, kas ağrısı, düşük derecede ateş, baş ağrısı, burunda kaşıntı hissi olabilir (12).

Boğaz ağrısı genelde çabuk geriler, 2-3 gün içinde nazal semptomlar belirginleşir (9). Başlangıçta seröz olan burun akıntısı 1-3 gün içinde koyulaşır, pürülan hal alabilir. Burun akıntısının devam etmesi burun etrafında ekskoriyasyona sebep olabilir. Burun tıkanıklığının devam etmesi ağızdan nefes almaya, boğazda kuruluk ve yanmaya neden olur (12).

Öksürük; soğuk algınlığının üçte ikisinde görülür ve nazal semptomlar ile başlar, bazen 1-2 haftaya kadar sürebilir.

Soğuk algınlığında görülebilecek diğer semptom ve bulgular; ses kısıklığı, ön servikal lenfadenopati, gözlerde sulanmadır, kusma ve ishal nadir de olsa görülebilir (1,4,13). Semptomlar genelde bir haftada gerilerken, %10 hastada 2 haftaya uzayabilir (9).

İnfluenza, human metapneumovirus, RSV, adenovirusa bağlı soğuk algınlığında ateş ve konstitüsyonel semptomlar rinovirus ve coronavirusa göre daha sıktır (9).

Soğuk algınlığında fizik muayene bulguları üst solunum sistemine aittir. Nazal sekresyonda artış belirgindir. Burun akıntısının kıvamında ve rengindeki değişiklik sinüzit gelişimi veya bakteriyel süper-enfeksiyon gelişimini göstermez, polimorfonükleer hücre göçünü gösterir (9). Nazal mukozada ödem ve hiperemi, orofarenkste hiperemi saptanabilir (9). Orta kulak basınç değişiklikleri, komplike olmayan soğuk algınlığında sıktır. Bir çalışmada; 2-12 yaş arası soğuk algınlığı geçiren çocukların üçte ikisinde iki haftaya kadar uzayabilen orta kulak basınç anormallikleri olduğu gösterilmiştir (14). Orta kulaktaki basınç değişikliğinin sebebi net olarak bilinmemekle beraber viral nazofarenjitin östaki disfonksiyonuna neden olarak orta kulak basıncında anormallik yapabileceği düşünülmüştür (14).

Tanı

Soğuk algınlığında tanı; öykü ve fizik muayene ile konulur. Rutin laboratuvar testleri tanı ve tedavide yararlı

değildir. Nazal sürüntü, yıkama ya da aspirat örneklerinden polimeraz zincir reaksiyonu (PZR), hızlı antijen testi, viral kültür ile etken virus saptanabilir. Alerjik rinit ayırıcı tanısında nazal sürüntüde eozinofilinin gösterilmesi yararlı olabilir. Nazal sekresyonlarda polimorfonükleer hücre artışı komplike olmayan soğuk algınlığı tanısını destekler, süper-enfeksiyonu göstermez. Bakteriyel kültür veya antijen tarama testleri grup A streptokok ve *Bordetella pertussis* şüphesi varsa yararlı olabilir. Nazal örneklerde bakteriyel etkenlerin izolasyonu bakteriyel nazal enfeksiyon veya sinüzit tanısını desteklemez (9,15).

Ayırıcı Tanı

Alerjik, vazomotor rinit, rinitis medikamentoza, akut bakteriyel sinüzit, nazal yabancı cisim, boğmaca, burun ve sinüslerin yapısal anomalileri, streptokokozis ayırıcı tanıda düşünülmelidir (1,9,16). Fizik muayene ve anamnez bu hastalıkların ayırıcı tanısında yararlı olur.

Alerjik rinit: Hapşırık, kaşıntı ön planda, nazal eozinofili varlığı.

Vazomotor rinit: Hava değişikliği, irritan, gıda ile tetiklenme.

Rinitis medikamentoza: Dekonjestan kullanım öyküsü.

Akut bakteriyel sinüzit: Persiste eden öksürük, burun akıntısı (14 günden uzun), ateş, yüz ağrısı, baş ağrısı, periorbital ödem varlığı.

Nazal yabancı cisim varlığı: Tek taraflı, kanlı veya pürülan, kötü kokulu burun akıntısı.

Boğmaca: Kataral dönemin varlığı, giderek artan ve paroksizmal öksürük.

Burun ve sinüsün yapısal anomalileri: Nazal tıkanıklık veya konjesyon dışında semptom olmaması (öksürük, boğaz ağrısı, ateş gibi).

Streptokokozis: Yüksek ateş, mukopürülan burun akıntısı, burun çevresinde ekskoriyasyon varlığı ayırıcı tanıda önemlidir (1,9,16).

Tedavi

Antiviral Tedavi: Rinovirus enfeksiyonunda spesifik antiviral tedavi yoktur. Ribavirin, RSV'ye bağlı alt solunum yolu enfeksiyonlarında bazı durumlarda önerilmekte iken soğuk algınlığı tedavisinde rolü yoktur. Nöraminidaz inhibitörleri olan oseltamivir ve zanamivir çocuklarda influenzaya bağlı soğuk algınlığında semptomların süresini azaltabilir. Oseltamivir influenza ilişkili otitis media sıklığını azaltabilir. Fakat gerek influenzaya bağlı üst solunum yolu enfeksiyonlarını diğer etkenlerden ayırma-

nın zorluğu, gerekse etkin tedavi için ilk 48 saatte tedaviye başlamanın önemi nöraminidaz inhibitörlerinin pratikte kullanımını kısıtlamaktadır. Antibiyotik tedavinin soğuk algınlığında yeri yoktur. Olası yan etkilerin varlığı ve antibiyotik direnç gelişimine sebep olabilmesi nedeniyle gereksiz antibiyotik tedavisinden kaçınılmalıdır (9).

Destek tedavi: Soğuk algınlığında önerilen destek tedavidir.

Yeterli hidrasyonun sağlanması sekresyonların kıvamını azaltır, solunum mukozasını rahatlatır (17).

Topikal salin kullanımı semptomları ve diğer tedavilere olan gereksinimi azaltır, nazal mukozanın rahatlamasına, mukosilyer klirensin artmasına ve dekonjesyona yardımcı olur, okul devamsızlığını azaltır. Küçük çocuklarda nazal damla şeklindeki, daha büyük çocuklarda sprey ya da irrigasyon şeklinde kullanılabilir. Olası yan etkileri; burun kanaması ve mukozal iritasyondur (18,19). Kullanılan salin solüsyonunun steril olmasına dikkat edilmelidir, literatürde musluk suyu ile nazal irrigasyon yapılan bir olguda amibik ensefalit gelişimi rapor edilmiştir (20).

Nemlendirilmiş hava kullanımının soğuk algınlığı tedavisinde kullanımına ait yeterli çalışma bulunmamaktadır, Dünya Sağlık Örgütü buhar ve nemlendirici hava tedavilerini önermemektedir (17).

Semptomatik tedavi: Soğuk algınlığında çok yüksek ateş beklenmezken, ateşi olan çocuklarda asetaminofen (3 haftadan büyük çocuklarda) ve ibuprofen (6 haftadan büyük çocuklarda) kullanılabilir (9,21).

Antihistaminikler, dekonjestanlar, antitussifler, ekspektoranlar, mukolitikler, analjezikler ve kombinasyonları semptomatik tedavide kullanılabilirken, Amerikan Pediatri Akademisi 6 yaşın altındaki çocuklarda soğuk algınlığında bu tedavileri önermemektedir (9). Daha büyük çocuklarda da semptomatik tedavide olası yan etkiler göz önüne alınarak, yarar zarar hesabı yapılarak semptomatik tedavi verilebilir (9). Nazal obstrüksiyonda, topikal adrenerjik (ksilometazolin, oksimetazolin, fenilefrin) preparatlar 6 yaş ve üzeri çocuklarda nazal dekonjesyon için kullanılabilir. Fakat imidazolinlerin (ksilometazolin, oksimetazolin) sistemik emilim ile bradikardi, hipotansiyon, komaya sebep olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca nazal dekonjestanların uzun süreli kullanımı rinitis medikamentozoya neden olabilir (9). Oral adrenerjik tedavinin (fenilefrin ve pseudoefrin içerikli) sistemik yan etkileri (taşikardi, hipertansiyon gibi) daha belirgindir ve topikal tedaviden daha etkili değildir (9). Birinci kuşak antihistaminiklerin antikolinerjik etki göstererek

burun akıntısını %25-30 azaltabildiği bilinmekle beraber paradoksik hiperaktivite ve sedasyon yan etkileri de vardır. Nonsedatif antihistaminiklerin antikolinerjik etkisi de olmadığı için soğuk algınlığında kullanımı yoktur (9). Nazal ipratropium sprey kullanımı da burun akıntısını azaltabilirken burun kanaması ve iritasyonuna sebep olabilir (9,22). Boğaz ağrısı, baş ağrısı, miyalji varlığında analjezik tedavi kullanılabilir, Reye sendromuna sebep olabileceği için aspirin kullanılmamalıdır (9). Öksürük, soğuk algınlığında mukoza iritasyonuna ve postnazal akıntıya bağlıdır, özellikle burun akıntısının da belirgin olduğu durumlarda antihistaminikler etkili olabilir (9). Bir yaş üzeri çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonlarında bal verilmesi Dünya Sağlık Örgütü tarafından önerilmektedir (17,23). Özellikle gece öksürüğü olan 1 yaş üzeri çocuklarda yatmadan önce 5-10 mL bal verilmesi öksürüğü azaltabilir (9,23).

Özetle; komplike olmamış soğuk algınlığı kendini iyi sınırlayan bir hastalık olması nedeniyle tedavide esas önerilen destek tedavidir. Yeterli sıvı gıda alımı (su, sıcak içecekler) ve burunun salin ile çocuğun yaşına uygun olarak damla, sprey, irrigasyon şeklinde temizlenmesi tedavide esastır (9).

Komplikasyon

En sık görülen komplikasyon akut otitis mediadır. Anormal orta kulak basınçları otit gelişimine neden olabilir. Akut otitis media özellikle 6-11 aylık çocuklarda daha sıktır (4). Soğuk algınlığı geçiren çocukların %5-30'unda, özellikle infant ve gündüz bakımevine giden çocuklarda risk daha fazladır (9,12). Soğuk algınlığı semptomlarından birkaç gün sonra başlayan kulak ağrısı ve yeni başlayan ateş akut otit gelişimini gösterebilir. Semptomatik tedavi otit komplikasyonu gelişmesini önlemez (9,12).

Sinüzit, soğuk algınlığının bir diğer komplikasyonudur. Kendini sınırlayan sinüs inflamasyonu soğuk algınlığı patofizyolojisinin bir parçasıdır. Fakat soğuk algınlığı geçiren adolesanların %0.5-2'si, çocukların %5-13'ünde akut bakteriyel sinüzit komplikasyonu gelişebilir. 1-14 günden uzun süren burun akıntısı ve öksürük varlığı, ateş, yüz ağrısı, yüzde ödem bakteriyel sinüzit gelişimini gösterir (9,12).

Astım atak gelişimi ve bakteriyel pnömoni gelişimi de soğuk algınlığında görülebilecek diğer komplikasyonlardır (9). Soğuk algınlığında semptomatik tedavinin tüm bu komplikasyonları engellemediği bilinmektedir. Ayrıca soğuk algınlığında gereksiz antibiyotik kullanımı da komplikasyon gelişimini önlemediği gibi antibiyotik di-

renç gelişimine, antibiyotiğe bağlı yan etki görülmesine neden olur (9).

Korunma

Soğuk algınlığında korunmada esas enfekte insanlarla temas etmemek ve sık el yıkama alışkanlığıdır. Soğuk algınlığının az bir kısmında etkenin influenza olması nedeniyle yıllık influenza aşılması koruyucu olabilir. Risk grubunda palivizumab kullanımı RSV'ye bağlı alt solunum yolu enfeksiyonu görülmesini azaltabilirken üst solunum yolu enfeksiyonundan korunmada etkili değildir. Alkol bazlı el dezenfektanları ve virüsidal etkili temizleyicilerin kullanımı bulaşı azaltabilir (9).

Kaynaklar

1. Heikkinen T, Järvinen A. The common cold. *Lancet* 2003; 361: 51.
2. Boivin G, Abed Y, Pelletier G, et al. Virological features and clinical manifestations associated with human metapneumovirus: a new paramyxovirus responsible for acute respiratory-tract infections in all age groups. *J Infect Dis* 2002; 186: 1330.
3. Esper F, Boucher D, Weibel C, et al. Human metapneumovirus infection in the United States: clinical manifestations associated with a newly emerging respiratory infection in children. *Pediatrics* 2003; 111: 1407.
4. Pappas DE, Hendley JO. The common cold and decongestant therapy. *Pediatr Rev* 2011; 32: 47.
5. Kirkpatrick GL. The common cold. *Prim Care* 1996; 23: 657.
6. Monto AS. The seasonality of rhinovirus infections and its implications for clinical recognition. *Clin Ther* 2002; 24: 1987.
7. Sung RY, Murray HG, Chan RC, et al. Seasonal patterns of respiratory syncytial virus infection in Hong Kong: a preliminary report. *J Infect Dis* 1987; 156: 527.
8. Hendley JO. Epidemiology, pathogenesis, and treatment of the common cold. *Semin Pediatr Infect Dis* 1998; 9: 50.
9. Pappas DE, Hendley JO. In: Kliegman RM, Stanton BF, St Geme JW, Schor NF (Eds). *Nelson Textbook of Pediatrics*, 20th ed. Philadelphia: Elsevier, 2016: 2011-14.
10. Winther B, Brofeldt S, Grønberg H, et al. Study of bacteria in the nasal cavity and nasopharynx during naturally acquired common colds. *Acta Otolaryngol* 1984; 98: 315.
11. Aronson MD, Weiss ST, Ben RL, Komaroff AL. Association between cigarette smoking and acute respiratory tract illness in young adults. *JAMA* 1982; 248: 181.
12. Cherry JD, Mundi J, Shapiro NL. In: Cherry JD, Harrison GJ, Kaplan SL, Steinbach WJ, Hotez PJ (Eds). *Feigin and Cherry's Textbook of Pediatric Infectious Diseases*, 7th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2014: 132-39.
13. Pappas DE, Hendley JO, Hayden FG, Winther B. Symptom profile of common colds in school-aged children. *Pediatr Infect Dis J* 2008; 27: 8.
14. Winther B, Hayden FG, Arruda E, et al. Viral respiratory infection in schoolchildren: effects on middle ear pressure. *Pediatrics* 2002; 109: 826.
15. Long SS, Pickering LK, Prober CG. *Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases*, 4th ed. Philadelphia: Elsevier, 2012: 196-199.
16. Shields MD, Bush A, Everard ML, et al. BTS guidelines: Recommendations for the assessment and management of cough in children. *Thorax* 2008; 63 Suppl 3: iii1.
17. World Health Organization. Cough and cold remedies for the treatment of acute respiratory infections in young children, 2001. http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_FCH_CAH_01.02.pdf
18. King D, Mitchell B, Williams CP, Spurling GK. Saline nasal irrigation for acute upper respiratory tract infections. *Cochrane Database Syst Rev* 2015: CD006821.
19. Slapak I, Skoupá J, Strnad P, Horník P. Efficacy of isotonic nasal wash (seawater) in the treatment and prevention of rhinitis in children. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2008; 134: 67.
20. Yoder JS, Straif-Bourgeois S, Roy SL, et al. Primary amebic meningoencephalitis deaths associated with sinus irrigation using contaminated tap water. *Clin Infect Dis* 2012; 55: e79.
21. Kim SY, Chang YJ, Cho HM, et al. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for the common cold. *Cochrane Database Syst Rev* 2013: CD006362.
22. AlBalawi ZH, Othman SS, Alfaleh K. Intranasal ipratropium bromide for the common cold. *Cochrane Database Syst Rev* 2013: CD008231.
23. American Academy of Pediatrics. Cough and colds: Medicines or home remedies? <http://www.healthychildren.org/English/health-issues/conditions/ear-nose-throat/pages/Coughs-and-Colds-Medicines-or-Home-Remedies.aspx> (Accessed on August 23, 2011).