



T.C. Sağlık Bakanlığı
Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu



Cilt:2 Sayı:4
Nisan 2015

Türkiye Akılcı İlaç Kullanımı Bülteni



Akılcı İlaç Kullanımı ve İlaç Tedarik Yönetimi Dairesi

Türkiye Akılcı İlaç Kullanımı Bülteni, doktorlara ve diğer sağlık hizmet sunucularına ilaçlar ve tedavi stratejileri hakkında kapsamlı, karşılaştırmalı, güncel, güvenilir ve tarafsız bilgi sağlayarak ülkemizde ilaçların akılcı kullanımının yaygınlaştırılmasına katkı sunmayı amaçlamaktadır.

www.akilcilac.gov.tr

EDİTÖR Uzm. Ecz. Elif SARIGÖL	Yayın Kurulu Prof. Dr. İrfan ŞENCAN Prof. Dr. Özkan ÜNAL Dr. Ali ALKAN Ecz. Mesil AKSOY Dr. Dyt. Pınar GÖBEL Uzm. Dr. Ali Boray BAŞCI	Danışma Kurulu Prof. Dr. Ahmet AKICI Prof. Dr. Ateş KARA Doç. Dr. Hasan TEZER
ÇEVİRİ Sağ. Uzm. Yrd. Ayşe ARSLAN		
DÜZELTMEN Uzm. Dr. Kubilay ORANSAY		

İLETİŞİM ADRESİ: Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Söğütözü Mahallesi 2176. Sok. No:5
PK 06520 Çankaya/ANKARA

Tel:+90 (312) 218 30 00 F:+90 (0312) 218 34 60

Soru ve önerilerinizi akilci.ilac@titck.gov.tr e-posta adresine gönderebilirsiniz.

İçindekiler

Editörün Önsözü	3
Çocukluk Dönemi Öksürüklerinde İlaç Tedavileri.....	4
Danielle F Wurzel, Julie M Marchant, Anne B Chang (Aust Prescr 2014;37:115-9)	
Çeviren: Sağ. Uzm. Yrd. Ayşe ARSLAN	

Editörün Önsözü

Çocuklarda öksürüğün uygun yönetimi doğru değerlendirmeye bağlıdır. Başlangıçta tanı çoğunlukla belirsizdir. Uygun reçetelemeye yol göstermesi için çocuklarda öksürüğün doğru tanısı, kapsamlı bir klinik öykü ve muayeneye bağlıdır. Öksürük ile ilgili rehberler ve algoritmalar tanısal doğruluğu daha da artırmaktadır ve çocuklarda öksürük tedavisinde daha etkili reçeteleme yapmak için yardımcı olabilmektedir. Akılcı İlaç Kullanımı Bülteni'nin Nisan 2015 sayısında çevirisi yapılmış olan makalede, çocukluk döneminde karşılaşılan öksürüklerin tanı ve tedavisinde dikkat edilmesi gereken hususlar ele alınmıştır.

Çocukluk Dönemi Öksürüklerinde İlaç Tedavileri

(*Australian Prescriber* dergisinin izniyle orijinal metinden çevrilmiştir.)

Orijinal makaleye aşağıdaki bağlantı üzerinden ulaşılabilir.

[*Danielle F Wurzel, Julie M Marchant, Anne B Chang, Drug treatments of childhood coughs \(Aust Prescr 2014;37:115-9\)*](#)

<http://www.australianprescriber.com/magazine/37/4/article/1511.pdf>

Özet

Çocuklarda öksürüğün uygun yönetimi doğru değerlendirmeye bağlıdır. Başlangıçta tanı çoğunlukla belirsizdir.

Akut öksürük, sıklıkla viral bir enfeksiyondan kaynaklanmaktadır ve çoğu zaman özel bir tedavi gerektirmez. Eğer yabancı bir cisim ya da pnömoni gibi daha ciddi bir rahatsızlık öyküsü varsa acil tedavi gerekli olabilmektedir.

Kronik öksürüğü olan çocuklar tedavi edilirken, pediatriye özel algoritmalar kullanılmalıdır. Belirli bir neden aranmadan ilaçların ampirik kullanımından kaçınılmalıdır.

Öksürüğün alternatif belirli bir nedeni olmadığı durumda, kronik balgamlı öksürük (en az dört hafta süren) sıklıkla uzayan bakteriyel bronşitten kaynaklanmaktadır. Bu durumda, antibiyotiklerin kullanma endikasyonu vardır.

Anahtar Kelimeler: astım, bronşektazi, bronşiyolit, bronşit, krup, boğmaca, pnömoni

Giriş

Öksürük, Avustralya'da, aile hekimlerine ve eczacılara en yaygın başvuru semptomudur. Avustralya'da yapılan bir çalışmada 'solunum rahatsızlığı olgularının üçte birinde (%28,7) doktora gitme gerekliliği olduğu, dörtte birinin (%23) ise okul ya da iş izni gerektirdiği gösterilmiştir.¹ Bir çocuk ilk defa öksürük ile başvurduğunda, kesin tanının belirlenmesi her zaman mümkün değildir.

Akut Öksürük

Bir çocukta akut öksürük; kendi kendine iyileşen viral kaynaklı akut solunum yolu enfeksiyonundan, şiddetli akut solunum yolu hastalığına ya da altta yatan kronik bir hastalığın akut görüntüsüne kadar çeşitli patolojiler gösterebilmektedir. Uygun durum yönetimi, doğru değerlendirmeye bağlıdır. Hasta öyküsü aşağıdakileri içermelidir: ²

- Öksürük süresi (akut < 2 hafta, sub-akut 2-4 hafta, kronik > 4 hafta)
- Öksürüğün özellikleri (boğmaca, balgamlı veya kuru öksürük)
- Tıkanma atakları ve önceki solunum yolu hastalığı hakkında sorular
- Eşlik eden hırıltı-hışıltı
- Kilo kaybı, iştah kaybı ya da döküntü gibi diğer semptomlar
- Bağışıklanma öyküsü.

Ayırıcı tanıda, yabancı cisim aspirasyonu, pnömoni ve boğmaca gibi diğer tedavi edilebilir enfeksiyonların ve bronşektazi gibi altta yatan akciğer hastalıklarının göz önünde bulundurulması önemlidir.

Komplike Olmayan Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları

Genellikle, küçük çocukların yılda 6-12 kereye kadar akut solunum yolu enfeksiyonu geçirdikleri söylenmektedir. Bununla birlikte, 600 aileyi kapsayan Melbourne merkezli bir toplum çalışmasında, enfeksiyon görülme sıklığının daha az olduğu ve yaşa bağımlı bir eğilim sergilendiği gösterilmiştir (bkz. Tablo).¹ Enfeksiyonlar ortalama olarak 6,3 gün sürmekte (aralık 1-70 gün) ve küçük çocuklarda öksürüğün ortadan kalkması muhtemelen daha uzun bir zaman almaktadır (en küçük yaş grubunda 6,8 gün ve en büyük grupta 5,5 gün).

Tedavi Düzenleme

Viral akut solunum yolu enfeksiyonlarında destekleyici tedavi, tedavinin temelini oluşturmaktadır. İlgili semptomlar için parasetamol ve ibuprofen faydalıdır. Reçetesiz satılan öksürük ve soğuk algınlığı ilaçları (OTC; Over The Counter)*, kanıtlanmış etkinliğin olmaması ve güvenlik riskinden dolayı önerilmemektedir.³ (*ÇN: Özgün metinde bu ilaçların OTC olarak satıldığına değinilmiştir. Türkiye’de OTC uygulaması yoktur; özgün metinden birebir çeviri yapıldığı için OTC olarak belirtilmiştir.) Terapötik Ürünler İdaresi bu ürünlerin 6 yaş altındaki çocuklarda kullanılmamasını ve 6-11 yaş aralığındaki çocuklarda ise sadece bir doktor tavsiyesi ile kullanılmasını önermektedir.⁴ (**ÇN: Ülkemizde de Sağlık Bakanlığı tarafından üst solunum yolu enfeksiyonlarının semptomlarına yönelik olarak kullanılan ilaçlarda, ilaç içeriklerine göre, en alt yaş sınırı 4 yaş altı olmak üzere 6 yaş altında kullanım kontrendike ve 12 yaş altında da kullanım önerilmez şeklinde doktor önerisi ile kullanılmasının sınırlandırılması şeklinde düzenleme yapılmıştır.)

Bal^{5,6} ve buharlaşan mentollü merhem⁷ gece öksürüğünün etkisini azaltabilir. Bir yaş üstü çocuklar için gece yatmadan önce bir çay kaşığı bal önerilmesi uygundur. Botulizm riski nedeniyle bir yaşın altındaki çocuklarda bal kullanımından kaçınılmalıdır.

Tablo. Çocuklarda ve Genç Yetişkinlerde Komplike Olmayan Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonlarının Avustralya’daki Sıklığı¹

Yaş (Yıl)	Yılda Ortalama Görülen Olgu Sıklığı
0 - 1	3,8
2 - 3	3,3
4 - 5	2,8
6 - 10	2,2
11 - 20	2,0

Hafif üst solunum yolu enfeksiyonu ile ilişkili akut öksürüğün, büyük olasılıkla viral kaynaklı olması nedeniyle, tedavide antibiyotik kullanımından kaçınılmalıdır. Son zamanlarda yapılan bir Cochrane araştırmasında, sağlıklı çocuklarda influenzaya maruziyetin doğrulandığı ya da şüphelenildiği durumlarda, oseltamivirin, semptomların ilk hafiflemesi için geçen süreyi 29 saate kadar kısalttığı bildirilmiştir (%95 güven aralığı 12-47 saat, $p=0,001$).⁸ Bununla birlikte astımlı çocuklarda bir etki görülmemiştir. Oseltamivirin, özellikle ilk 12 saat içinde başlandığı durumlarda, 1-5 yaş arasındaki çocuklarda otitis media riskini azaltabildiği, ancak kusma riskinde belirgin bir artışla ilişkilendirildiği bildirilmektedir.⁹ Laboratuvar-temelli polimeraz zincir reaksiyon (PCR) teknikleri, hızlı influenza tanısı yapılabilmesine olanak sağlamaktadır.¹⁰

Akut öksürüğün yönetimi aşağıdaki rehberlik ve önerileri içermelidir:

- Öksürüğün beklenen süresi (beklenen 5-7 gün, fakat 3 haftaya kadar uzayabilir)
- Ne zaman aile hekimine tekrar gelinmeli ve ne zaman acil tıbbi yardım aranmalı (örneğin; şüpheli yabancı cisim, takipne, dispne, kusma, beslenmede yetersizlik, geçmeyen ateş, letarji)
- Pasif sigara dumanı maruziyetinden kaçınma

Akut öksürüğün belirli nedenleri

Akut öksürüğü olan bir çocukta, bir takım özgün hastalıkların düşünülmesi gerekmektedir. Bu hastalıkların çoğu kendine özel semptomlara ve belirtilere sahiptir.

Krup

Havlar tarzda 'gürültülü' öksürüğün akut ya da sub-akut başlangıcı, ses kısıklığı, üst hava yolu tıkanıklığı bulgusu olan ya da olmayan hırıltı (stridor) krupun özellikleridir. Genellikle viral bir üst solunum yolu enfeksiyonu (örneğin rinore, ateşle birlikte olan ya da olmayan boğaz ağrısı) ile başlamakta ve tipik olarak 1-6 yaş arası çocukları etkilemektedir.

Bu yaş aralığı dışında olan ya da ciddi veya tekrarlayan hırıltısı ya da diğer semptomları olan çocukların altta yatan bir hava yolu lezyonu açısından dikkatle değerlendirilmeleri gerekmektedir. Trakeit ya da epiglotit gibi bakteriyel kaynaklı hırıltısı olan çocuklar genellikle daha toksik görünmektedirler.

Krup tedavisinde iki gün üst üste 1–2 mg/kg oral prednizolon verilmesi, etkilidir. Oral 0,15 mg/kg deksametazon verilmesi, uygun bir alternatiftir. Şiddetli krupta, istirahat halinde devam eden hırıltı, artan yorgunluk, belirgin taşikardi ve yaklaşan hipoksi durumunda (örneğin; letarji ve artan duyarlılık) çocuğun hemen bir acil sağlık merkezine gönderilmesi önerilmektedir. Solunum tıkanıklığını daha da kötüleştirebileceği için, boğaz muayenesi gibi olası acı verici müdahalelerden kaçınılmalıdır.

Pnömoni

Pnömonili çocuklarda genellikle öksürük, ateş ve takipne vardır, ancak bazen ateş ve üst karın ağrısı ile birlikte ortaya çıkmaktadır. Hastalığın ciddiyetinin belirtileri hırıltı ve interkostal çekilmeyi içermektedir. Hırıltı (ıslık gibi solunum sesi), bakteriyel pnömonide genellikle mevcut değildir.

Pnömoniden şüphelenilen bütün çocuklarda, akciğer röntgen grafisi çekiminin rutin olarak uygulanması gerekli değildir. Ancak; atipik görünümlü (tekrarlayan pnömoni, uzun süren ateş, plevral efüzyon belirtileri) ya da hastaneye yatış gerektiren şiddetli pnömonili her çocukta bu tetkikin yaptırılması düşünülmelidir.¹¹

Antimikrobiyal tedavi uygulama önerileri çocuğun yaşına, genel durumuna, altta yatan hastalık varlığına (risk faktörlerine), hipoksemi varlığına, solunum yolu ile ilgili olmayan semptomlara (kusma gibi), semptomların süre ve şiddetine ve komplikasyonların varlığına göre değişmektedir. Antimikrobiyal tedavi için rehberlere başvurulmalıdır.¹¹⁻¹³

Subakut başlangıçlı ve belirgin öksürüğü olan (beraberinde baş ağrısı ya da boğaz ağrısı olan veya olmayan) ya da iyileşme göstermeyen bir çocuk için mikoplazma pnömonisinden şüphelenilmelidir.¹³

Toplum kökenli pnömonide hastaneye yatış için endikasyonlar şunları içerir:

- Bakteriyel pnömoniden şüphelenilen çok küçük çocuklar (6 aydan küçük)¹²
- Hipoksemi ve solunum güçlüğü belirtileri içeren orta dereceden şiddetliye kadar pnömoni varlığının klinik kanıtı¹²
- Daha ciddi hastalıklara zemin hazırlayan önemli eş zamanlı hastalıklar ya da faktörler, örneğin; immün yetmezlik, konjenital kalp hastalığı, bronşektazi¹¹
- Artan virülans ile birlikte bir patojene sekonder olarak şüphelenilen ya da doğrulanan pnömoni, örneğin; toplum kökenli metisiline dirençli *Staphylococcus aureus* (MRSA)¹²
- Dehidrasyon ya da oral tedaviyi tolere edememe¹¹
- Belirgin ebeveyn kaygı ya da endişesi¹¹
- Uygun bakım sağlayamayan ya da tedavi planına uyamayan aile¹²
- Toksik-görünümlü çocuk, örneğin; solgun ya da siyanotik, letarjik ya da yatıştırılmayan şekilde duyarlı
- Komplike pnömoni, örneğin; ampiyem
- Oral antibiyotiğe 48 saat sonra zayıf cevap.

Pnömoniden şüphelenilen bütün çocuklar, semptomların tamamen geçtiğinden emin olana kadar düzenli olarak takip edilmelidir. Semptomlar devam etmediği sürece takip eden basit pnömonide tekrar akciğer röntgeni rutin olarak uygulanmaz.¹¹

Bronşiyolit

Akut olarak öksürük, takipne (zayıf beslenme ile birlikte olan ya da olmayan) ve sıklıkla beraberinde viral ön belirti öyküsü olan iki yaş altı çocuklarda viral bronşiyolit olabilmektedir. Klinik muayenede göğüs oskültasyonunda yaygın hırıltı ve raller ile birlikte hiperinflasyon gözlenir. Respiratuvar sinsityal virüs, bronşiyolit ile ilişkili en yaygın enfeksiyondur.

Apne, hipoksi (oksijen saturasyonu \leq %92), dehidrasyon ya da zayıf beslenmesi olan her infant, beraberinde hidrasyon tedavisi olan ya da olmayan ilave oksijen tedavisi için hastaneye yatış gerektirmektedir. Çocuklar iyileşme göstermeden önce ilk 72 saat içinde

sıklıkla daha da kötüleşmektedirler. Diğer semptomların düzelmesinden sonra öksürük 2-3 hafta devam edebilmektedir. Viral bronşiyolitte antibiyotiklerin, steroidlerin ya da astım ilaçlarının rutin kullanımına ilişkin bir kanıt bulunmamaktadır.

Boğmaca (Pertusis)

Boğmaca (boğmaca öksürük), tipik olarak, ani öksürük nöbetleri, inspiratuvar boğmaca öksürüğü sesi ya da öksürme sonrası kusma ile birlikte iki hafta ya da daha fazla süren öksürükle kendini gösterir. Nazofarengeal aspirat ya da nazofarinks sürüntüsünde PCR ile pozitifliğin doğrulanması önerilmektedir. Eğer yüksek bir klinik şüphe varsa test sonuçlarını almadan önce antibiyotik başlanmalıdır. Klaritromisin (7 gün boyunca 12 saatte bir, oral 500 mg'a kadar 7,5 mg/kg) ya da eritromisin (7 gün boyunca 6 saatte bir, oral 250 mg'a kadar 10 mg/kg,) önerilmektedir.^{13***} (***)ÇN: Ülkemizdeki uygulama: Klaritromisin (7 gün boyunca 12 saatte bir, oral 500 mg'a kadar 15 mg/kg/gün iki dozda), ayrıca özellikle yaşamın ilk üç ayında azitromisin (12-20 mg/kg/gün tek doz)) Semptomların düzelmesi (semptomların başlangıcından 1-2 hafta içinde) ve enfeksiyon süresinin kısalması için tedaviye erken başlanmalıdır. Hastalar, üç haftadan daha uzun süren öksürükten sonra nadiren bulaştırıcıdır ve bu durumda antibiyotikler önerilmemektedir.

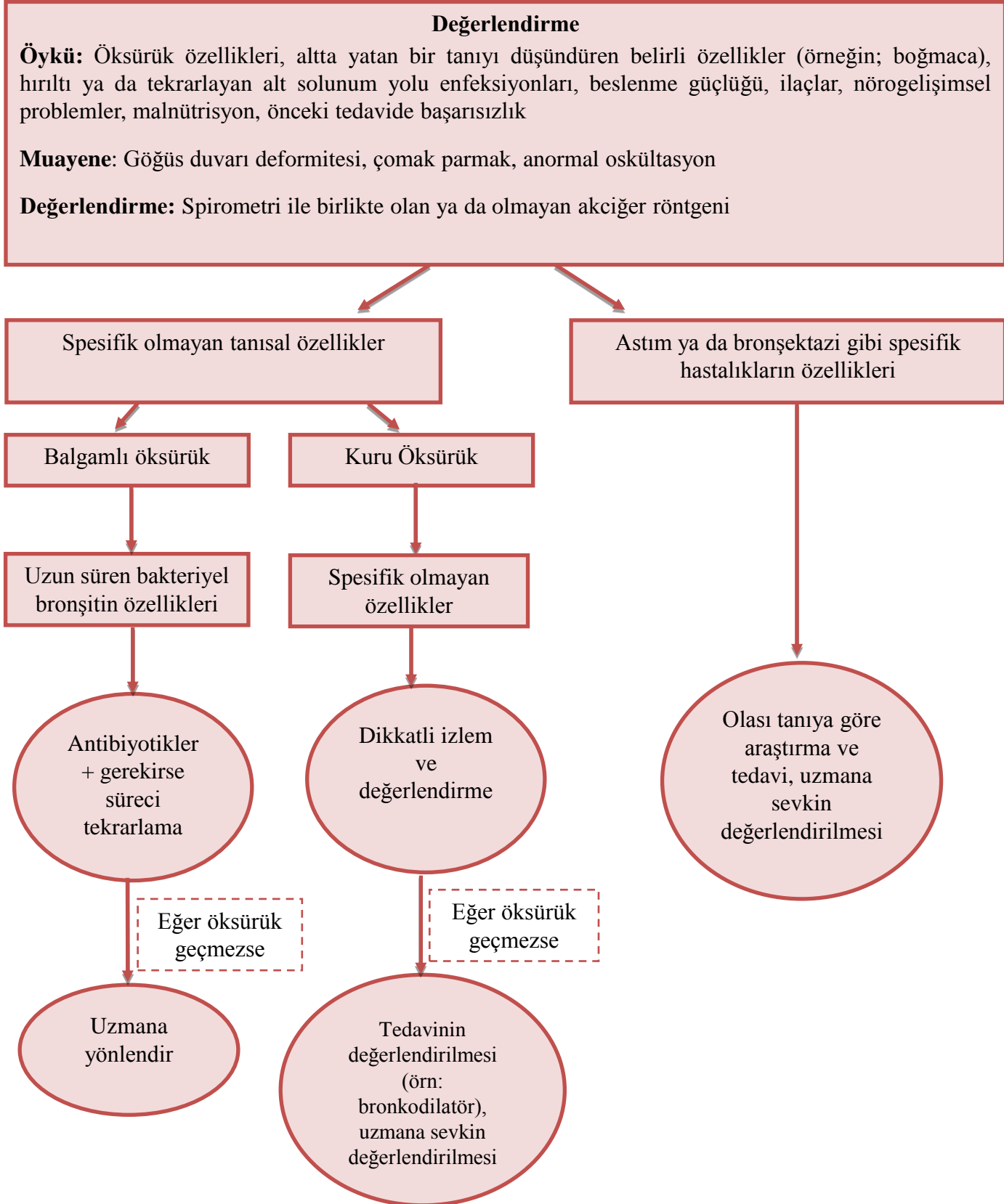
Kronik Öksürük

Çocuklardaki kronik öksürüğün yaygın nedenleri yetişkinlerinkinden farklıdır¹⁴, bu nedenle astım, rinit ve gastro-özofageal reflü hastalıklarına yönelik yetişkin-tip yönetim yaklaşımları uygulanmaz. Kronik öksürük için solunum yolu pediyatristlerine yapılan 346 yeni sevki kapsayan çok merkezli bir çalışmada, en yaygın tanıların, uzun süren bakteriyel bronşit (%41), astım (%15,9) ve bronşektazi (%9) olduğu gösterilmiştir. Çocukların %13,9'unda öksürük, belirli bir tanı olmadan düzelmiştir.¹⁵

Detaylı bir solunum öyküsü ve muayenenin yanı sıra, kronik öksürük algoritmasının (bkz. Şekil)¹⁶ kullanılması, kronik öksürüğün değerlendirilmesi ve tanısında yardımcı olmaktadır.

Şekil: Sadeleştirilmiş Pediyatrik Kronik Öksürük Algoritması

Referans 16'dan uyarlanmıştır



Öksürük algoritması, yaşam kalitesini önemli ölçüde artırmakta ve öksürüğün süresini kısaltmaktadır.¹⁶ Bu yaklaşım, spirometri (5 yaş üstü bir çocukta) ve akciğer röntgenine ek olarak öksürüğün nedeninin belirlenmesine (sistemik öykünün alınması ve eksiksiz muayene yoluyla) dayanmaktadır. Bir uzmana sevk için gerekli endikasyonlar kutuda listelenmiştir.

Kutu Kronik Çocukluk Çağı Öksürüklerinde Uzman Sevki İçin Genel Endikasyonlar

Etiyolojisi belli olmayan kronik öksürük (>4 hafta) (büyüme geriliği ile birlikte olan ya da olmayan)
Şüpheli hava yolu malformasyonu, örneğin; trakeo-özofageal fistül, damar halkası (vasküler ring)
Öksürük ve beslenme güçlüğü (şüphelenilen aspirasyon hastalığı)
Kronik akciğer hastalığının klinik özellikleri örneğin; çomak parmak
Devam eden oskültasyon bulguları örneğin; krepitasyon
Tekrarlayan pnömoniler
Akciğer röntgeninde ya da spirometride anomaliler
Tedaviye yanıtta başarısızlık, örneğin; astımda

Uzun Süren Bakteriyel Bronşit

Uzun süren bakteriyel bronşit, Avustralyalı çocuklarda kronik balgamlı öksürüğün en yaygın nedenidir.^{14,16}

Şu şekilde tanımlanmaktadır:

- Dört haftadan daha fazla süren öksürük
- İki haftalık antibiyotik tedavisine yanıt
- Farklı bir nedeni gösteren belirli işaretlerin olmaması.

Önceden gelen bir viral enfeksiyon öyküsü yaygındır. Uzun süren bakteriyel bronşit, 1-3 yaş arası erkek çocuklarında kız çocuklarına göre daha yaygındır.

Alt solunum yolu bakteriyel enfeksiyonuna, sıklıkla bronko alveolar lavaj örnekleme ile tanı konulmaktadır ve genellikle aktif hava yolu enflamasyonunu düşündüren artmış nötrofil sayısı eşlik etmektedir. Bulunan başlıca bakteriyel organizmalar *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* ve *Streptococcus pneumoniae*'dir. Kronik öksürüğün diğer nedenleri

dışlandıktan sonra, 2 hafta süre ile amoksisilin-klavulanat kullanımı önerilmektedir. Öksürüğün tamamen geçtiğinden emin olmak için çocuklar 2-3 hafta sonra izleme alınmalıdır. Kronik öksürüğün başka bir nedenine ilişkin klinik şüphenin olduğu ya da antibiyotik tedavisine karşın öksürüğün devam ettiği her çocukta akciğer röntgeni uygulanmalıdır.

Bronşektazi

Bronşektazi, balgamlı öksürüğü düşündüren bir diğer önemli nedendir ve aşağıdaki özellikleri taşıyan her çocukta bronşektaziden şüphelenilmelidir:

- Sekiz haftadan uzun süren kronik balgamlı öksürük
- Bir yılda antibiyotiklere yanıt veren kronik balgamlı öksürüğün iki veya daha fazla tekrarlama (4 haftadan fazla süren)
- Uygun antibiyotik tedavisine karşın altı haftadan uzun süren göğüs radyografisindeki değişiklikler.¹⁷

Bronşektazi olduğu bilinen çocuklarda antibiyotik tedavisine genellikle balgamlı öksürüğün başlangıcında başlanmaktadır. Antibiyotik seçimi, alt hava yolu kültürüne, yerel düzeyde antibiyotik duyarlılık durumlarına ve hastanın klinik seyrinin ağırlığına göre yapılmalıdır. Semptomların oral antibiyotik tedavisine hızlı ve yeterli yanıt vermediği durumda, hastalar intravenöz antibiyotik uygulaması için hastaneye yatırılmalıdır. Düzenli fizyoterapi, fiziksel egzersiz, tetikleyicilerden kaçınma (örneğin tütün dumanı) ve rutin aşılama önerilmektedir.¹⁷ Aborjin çocuklar ve Torres Strair Adası'nda yaşayan çocuklar bronşektazi açısından yüksek risk altındadırlar ve doktorlar, öksürüğün bu eski topluluklar tarafından daha önceden bildirilmemiş olabileceğini göz önünde bulundurmalarıdır.¹⁸

Astım ve Kronik Öksürük

Astım kronik öksürüğe neden olabilirken, diğer semptomlar olmadan izole kronik öksürük çocuklarda nadiren astımdan kaynaklanır.^{19,20} Astımda genellikle görülen diğer semptomlar; hırıltı, dispne, göğüste sıkışma hissi ya da egzersiz sınırlanmasıdır. Egzama, saman nezlesi, alerjiler veya birinci derece akrabalarda astım öyküsü gibi risk faktörleri çoğu zaman mevcuttur.

Beş yaş üstü çocuklarda spirometri ve hava yolu duyarlılığının ölçülmesi (örneğin egzersiz provokasyonu) astım tanısında yardımcı olabilmektedir. Atopi varlığı, astımı kronik öksürüğün diğer nedenlerinden ayırmamaktadır. Astım tedavilerine önceki yanıtlar yardımcı olabilmektedir, bununla birlikte tek bir seferde oluşan yanıt çocukta mutlaka astım olduğu anlamına gelmemektedir.

Astımın yönetimi için rehberler Avustralya Ulusal Astım Konseyi'nden temin edilebilmektedir (www.nationalasthma.org.au/handbook).

Sonuç

Uygun reçetelemeye yol göstermesi için çocuklarda öksürüğün doğru tanısı, kapsamlı bir klinik öykü ve muayeneye bağlıdır. Öksürüğün yapısı ve kronik olması, öksürüğün belirli bir nedene dayandığına ilişkin önemli tanısal ipuçları sağlamaktadır. Öksürük ile ilgili rehberler ve algoritmalar tanısal doğruluğu daha da artırmaktadır ve çocuklarda öksürük tedavisinde daha etkili reçeteleme yapmak için yardımcı olabilmektedir.

Kaynaklar

1. Leder K, Sinclair MI, Mitakakis TZ, Hellard ME, Forbes A. A community-based study of respiratory episodes in Melbourne, Australia. *Aust N Z J Public Health* 2003;27:399-404.
2. Chang AB, Landau LI, Van Asperen PP, Glasgow NJ, Robertson CF, Marchant JM, et al. Cough in children: definitions and clinical evaluation. *Med J Aust* 2006;184:398-403.
3. Smith SM, Schroeder K, Fahey T. Over-the-counter medications for acute cough in children and adults in ambulatory settings. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;8:CD001831.
4. Therapeutic Goods Administration. OTC cough and cold medicines for children - Final outcomes of TGA review. Canberra: Australian Government Department of Health; 2012. www.tga.gov.au/industry/otc-notices-cough-cold-reviewoutcomes.htm [cited 2014 Jul 11]
5. Cranswick N. Cough and cold remedies for children. *Aust Prescr* 2013;36:e1.
6. Oduwole O, Meremikwu MM, Oyo-Ita A, Udoh EE. Honey for acute cough in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;3:CD007094.
7. Paul IM, Beiler JS, King TS, Clapp ER, Vallati J, Berlin CM Jr. Vapor rub, petrolatum, and no treatment for children with nocturnal cough and cold symptoms. *Pediatrics* 2010;126:1092-9.
8. Jefferson T, Jones MA, Doshi P, Del Mar CB, Hama R, Thompson MJ, et al. Neuraminidase inhibitors for preventing and treating influenza in healthy adults and children. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;4:CD008965.
9. Winther B, Block SL, Reisinger K, Dutkowski R. Impact of oseltamivir treatment on the incidence and course of acute otitis media in children with influenza. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2010;74:684-8.
10. Foo H, Dwyer DE. Rapid tests for the diagnosis of influenza. *Aust Prescr* 2009;32:64-7
11. Harris M, Clark J, Coote N, Fletcher P, Harnden A, McKern M, et al. British Thoracic Society guidelines for the management of community acquired pneumonia in children: update 2011. *Thorax* 2011;66 Suppl 2:ii1-23.
12. Bradley JS, Byington CL, Shah SS, Alverson B, Carter ER, Harrison C, et al. The management of community-acquired pneumonia in infants and children older than 3 months of age: clinical practice guidelines by the Pediatric Infectious Diseases Society and the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis* 2011;53:e25-76.
13. Antibiotic Expert Group. eTG complete [internet]. Melbourne: Therapeutic Guidelines Limited; 2010. www.tg.org.au [cited 2014 Jul 11]
14. Marchant JM, Masters IB, Taylor SM, Cox NC, Seymour GJ, Chang AB. Evaluation and outcome of young children with chronic cough. *Chest* 2006;129:1132-41.
15. Chang AB, Robertson CF, Van Asperen PP, Glasgow NJ, Mellis CM, Masters IB, et al. A multicenter study on chronic cough in children: burden and etiologies based on a standardized management pathway. *Chest* 2012;142:943-50.
16. Chang AB, Robertson CF, van Asperen PP, Glasgow NJ, Masters IB, Teoh L, et al. A cough algorithm for chronic cough in children: a multicenter, randomized controlled study. *Pediatrics* 2013;131:e1576-83.
17. Chang AB, Bell SC, Byrnes CA, Grimwood K, Holmes PW, King PT, et al. Chronic suppurative lung disease and bronchiectasis in children and adults in Australia and New Zealand. *Med J Aust* 2010;193:356-65.
18. Morey MJ, Cheng AC, McCallum GB, Chang AB. Accuracy of cough reporting by carers of Indigenous children. *J Paediatr Child Health* 2013;49:E199-203.
19. McKenzie S. Cough – but is it asthma? *Arch Dis Child* 1994;70:1-2.
20. Wright AL, Holberg CJ, Morgan WJ, Taussig LM, Halonen M, Martinez FD. Recurrent cough in childhood and its relation to asthma. *Am J Respir Crit Care Med* 1996;153:1259-65.