

Hıçkırık (Singultus)

Hakan DEMİRCİ, Mustafa GÜLŞEN

Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Ankara

TANIM

Hıçkırık, diafragma ve interkostal kasların istemsiz, intermitan ve spazmotik kontraksiyonudur. Sık karşılaşılan bir durumdur. Hemen herkesin zaman zaman yaşadığı bir durumdur. Nadiren uzun sürebilir ve bir takım istenmeyen sonuçlara yol açabilir ki bu yazıda patolojik hıçkırık ele alınacaktır.

Hıçkırık esnasında oluşan kas kontraksiyonu, ani bir inspirasyon ve glottisin kapanmasıyla son bulur ve bu esnada “hık” diye bir ses çıkar. Zaten İngilizcede kullanılan “hiccup” adı da bu sestən türetilmiştir. Hıçkırık dakikada genellikle 6-12 kadar olup, bu aralık 4-60 arasında değişebilmektedir (1).

Hıçkırık atakları, süresine göre 3 kategoriye ayrılmaktadır:

1. 48 saate kadar sürebilen hıçkırık atakları,
2. 48 saatten, 1 aya kadar sürebilen persistan hıçkırık,
3. 1 aydan daha uzun süren inatçı hıçkırık (Guinness Rekorlar kitabında Iowa’lı bir adamın 60 yıl hıçkırdığı bildirilmiştir).

EPİDEMİYOLOJİ

Persistan ya da inatçı hıçkırıkların insidans ve prevalansları hakkında yeterli bilgi yoktur. Hıçkırıkla ilgili olarak ırk, coğrafya veya sosyoekonomik değişkenler bakımından veri yoktur. 220 olguluk bir seride, inatçı hıçkırıkların etyolojisi incelenmiştir (2). Bu çalışmada hastaların yaklaşık %80 kadarının yaşlı erkekler olduğu ve hastaların çoğunluğunda komorbid durumlarının olduğu bildirilmiştir. Ancak çocukluk çağında da yaygındır; yetişkin erkeklerde kadınlara göre daha fazla

rastlanmaktadır. Bu komorbid durumlar arasında %20 oranında vasküler hastalıklar, %18 postoperatif durumlar, %17 santral sinir sistemi hastalıkları ve %5 duodenal ülser rapor edilmiştir.

İnatçı hıçkırıklar; malnütrisyon, kilo kaybı, halsizlik, dehidrasyon, insomnia ve mental strese yol açarak hastanın hayat kalitesini düşürür. 1958 yılında Papa XII. Pias’ın ölümüne hıçkırık katkıda bulunmuştur (3).

FİZYOPATOLOJİ

Hıçkırığı provoke eden mekanizmalar, tam olarak bilinmemektedir. Olguların yaklaşık %80’inde sol hemidiafragmanın unilateral kontraksiyonu söz konusudur. Patolojik hıçkırıklar ise genellikle bilateraldir.

Hıçkırık refleksi arkını, birkaç nöral yolak oluşturmaktadır:

- Sempatik zincirlerin yanı sıra, frenik ve vagus sinirlerini içine alan bir afferent yol
- Santral bir mediatör
- Frenik sinirle birlikte, glottis ve inspiratuvar interkostal kaslarla ilişkili aksesuar efferent bağlantıları içeren efferent yol

Santral bağlantılar iyi tanımlanamamıştır. Önceleri, medulla spinaliste C₃-C₅ arasındaki bir anatomik lokalizasyondan bahsedilirdi. Ancak şimdi medulla oblongata, beyin sapının retiküler formasyonu, nervus phrenicusun nükleusu ve hi-

potalamus arasındaki bir etkileşim olduğu düşünülmektedir (4). Van Dame ve arkadaşlarının olgusunda (5), sağ temporal lobunda glioblastoma multiforme saptanan hastanın hıçkırığının, rezeksiyon sonrası düzelmesi; temporal lobun, hıçkırığın kontrol merkeziyle ilgili olabileceğini düşündürmektedir. Hıçkırığın fizyolojik bir rolü olup olmadığı bilinmemektedir. In utero hıçkırık, inspiratuvar kasların proglanlanmış izometrik bir egzersizi olabilir.

ETYOLOJİ

Hıçkırık atakları; genellikle aşırı yemeye, karbonatlı içeceklerle, aerofajiye ve endoskopi esnasında mideye hava verilmesine bağlı olarak oluşan gastrik distansiyonla ortaya çıkar. Diğer sebepler arasında; çevresel ya da gastrointestinal ısının ani değişiklikleri, aşırı alkol alımı, ani heyecan veya diğer emosyonel stressler sayılabilir. Hıçkırık atakları; bir çalışmada, özofagusun proksimaline yerleştirilen balonların şişirildiği sağlıklı kişilerin %40'ında oluşturulmuştur (6).

Dirençli hıçkırıklar, altta yatan ciddi bir hastalığın göstergesi olabilir. Tablo 1'de persistan ve dirençli hıçkırıkların potansiyel nedenleri gösterilmiştir (1).

Santral sinir sistemi hastalıkları; vasküler, enfeksiyöz ve yapısal olaylarla hıçkırığa yol açarlar. Bu durumların hıçkırık refleksinin normal inhibisyonunu ortadan kaldırmak suretiyle, hıçkırığa yol açtıkları düşünülmektedir. En sık sebepler arasında A-V stroke, malformasyonlar, ensefalit, menenjit ve kafa travmaları sayılabilir.

Vagus ve diafragmatik sinir irritasyonu; dirençli hıçkırığın sık görülen nedenlerini oluşturur. Bu nedenler içinde ise en sık rastlanılanları guatr ve farenjitler.

Gastrointestinal hastalıklar içinde de en sık görülenleri; özofajitin eşlik ettiği reflü hastalığı, gastrik distansiyon ve aerofajidir. Özellikle özofageal kandidiazisle birlikte olduğunda, AIDS'in nadir görülen bir komplikasyonu olarak da hıçkırık karşımıza çıkabilir (7).

Torasik hastalıklar içinde en sık görülen neden, enfeksiyon ya da neoplazmalara bağlı olarak gelişen genişlemiş lenf nodlarıdır.

Çelik ve arkadaşları pacemaker implantasyonundan 1 ay sonra ortaya çıkan lead perforasyonuna bağlı 2 hıçkırık olgusunu sunmuşlardır (8). Toksik-metabolik nedenler içinde en sık

rastlanılanı, alkol kullanımıdır. Hıçkırık tedavisinde kullanılan bazı ilaçların, aynı zamanda hıçkırığa yol açabilmesi de ilginç bir durumdur (ör. steroid, opioid). Bu durum muhtemelen hıçkırığın oluşumunda, beyin sapı ve medullada yer alan dopamin, serotonin, opioid, kalsiyum kanalları gama amino bütirik asit (GABA) reseptörlerinin rol almaları ile ilgili olabilir.

Hıçkırığın myokardial iskeminin tek ana semptomu da olabileceği bildirilmiştir (9,10).

Psikolojik nedenler; tam bir medikal değerlendirme yapıp, diğer organik nedenler dışlandıktan sonra dikkate alınmalıdır.

HASTANIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hıçkırık ataklarına çok sık rastlandığından, detaylı bir araştırma gerektirmez. Ancak dirençli ve persistan hıçkırık söz konusu olunca, etyolojisinin araştırılması ve buna göre tedavinin planlanması gerekir. Pek çok hastada spesifik bir neden bulunamaz.

Anamnez

Dirençli hıçkırık nedenlerinin bir kısmı, detaylı bir anamnez ve fizik muayene ile ortaya konabilir. Anamnezde; hıçkırığın ne zamandan beri var olduğu, ciddiyeti, atakların süresi, hastanın dikkatini çeken herhangi bir faktörle ilişkili olup olmadığı, kullanılan tıbbi ilaçlar ve yasa dışı ilaçlar, eşlik eden hastalıklar, geçirilmiş operasyonlar, alkol kullanma dozu soruşturmalıdır. Hıçkırığın uykuda da olup olmadığı soruşturmalıdır. Şayet böyle bir durum varsa organik nedenler ön plana çıkmaktadır.

Fizik Muayene

Dış kulak yolu; kulak zarını irrite edebilecek enfeksiyon ya da yabancı cisimler gibi nedenleri dışlamak için, dikkatli bir şekilde muayene edilmelidir. Detaylı bir baş-boyun muayenesi; lenfadenopatileri ve tiroid büyümelerini ve nodülleri saptamak için önemlidir. Ayrıca tam bir nörolojik muayene (kraniyal sinirler dahil), göğüs oskültasyonu ve karın muayenesi de ihmal edilmemelidir. Hıçkırık; parmak uçlarıyla kaburgaların üzerinden kolayca palpe edilebilir.

Laboratuvar

- Tam kan sayımı, elektrolitler, üre, kreatinin, kalsiyum, karaciğer fonksiyon testleri ve amilaza rutin olarak bakılmamalıdır.

Tablo 1. Dirençli ve persistan hıçkırığın nedenleri

<ul style="list-style-type: none">• Santral sinir sistemi hastalıkları<ol style="list-style-type: none">1. Vasküler nedenler: İskemik/hemorajik stroke, arteriovenöz malformasyonlar, temporal arterit2. Enfeksiyonlar: Ensefalit, menenjit, beyin absesi, nörosifiliz, subfrenik abse3. Yapısal nedenler: Kafa travması, intrakraniyal neoplazmlar, beyin sapı neoplazmları, multipl skleroz, siringomyeli, hidrosefali, Parkinson hastalığı
<ul style="list-style-type: none">• Vagus ve diafragmatik sinirin irritasyonu<ol style="list-style-type: none">1. Guatr, farenjit, larenjit, boynun kist ve tümörleri2. Timpanik membranın tüy ya da yabancı cisimlerle irritasyonu
<ul style="list-style-type: none">• Gastrointestinal hastalıklar<ol style="list-style-type: none">1. Gastrik distansiyon, gastrit, peptik ülser hastalığı, gastrik kanser2. Pankreatit, pankreatik kanser3. Abdominal abse4. Safra kesesi hastalıkları5. İnflamatuvar barsak hastalığı6. Hepatitler7. Aerofaji-geğirti, özofajitler, özofageal distansiyon, özofageal stent uygulamaları
<ul style="list-style-type: none">• Torasik hastalıklar<ol style="list-style-type: none">1. Enfeksiyon ya da neoplazmlara bağlı lenfadenopatiler2. Pnömoni, ampiyem, bronşit, astma, plörit3. Aortik anevrizma, göğüs travması4. Mediastinit, mediastinal tümörler
<ul style="list-style-type: none">• Kardiovasküler hastalıklar<ol style="list-style-type: none">1. Myokardial iskemi ve enfarktüs, perikardit2. Pacemaker lead perforasyonu
<ul style="list-style-type: none">• Toksik - metabolik nedenler<ol style="list-style-type: none">1. Alkol, üremi, Diabetes mellitus2. Hipokarbi3. Hiponatremi, hipokalsemi, hipopotasemi
<ul style="list-style-type: none">• Postoperatif<ol style="list-style-type: none">1. Genel anestezi, entübasyon (glottisin uyarılması)3. Boynun ekstansiyonu (diafragmatik sinir köklerinin zorlanması)4. Gastrik distansiyon, organların traksiyonu
<ul style="list-style-type: none">• İlaçlar<ol style="list-style-type: none">1. Alfa metil dopa, kısa etkili barbitüratlar, deksametazon2. İntratekal morfin injeksiyon tedavisi
<ul style="list-style-type: none">• Psikojenik<ol style="list-style-type: none">1. Stress, heyecanlanma2. Konversiyon reaksiyonu, simulasyon (temaruz)
<ul style="list-style-type: none">• İdyopatik

- İlave testler ise hastanın spesifik semptomlarına veya risk faktörlerine göre planlanmalıdır. Risk grubundaki

hastalarda myokardial iskemiye araştırmak için elektro kardiyografi (EKG) çekilmelidir. Dispne ve/veya öksürük

semptomu olanlarda riografi ve gerekirse göğüs bilgisayarlı tomografi (BT), akciğer ve mediasten patolojisini araştırma da yararlıdır. Disfaji, regürjitasyon, bulantı-kusma gibi semptomları olanlarda üst gastrointestinal endoskopi gerekebilir.

- Beyin magnetik rezonans görüntüleme (MR), nörolojik semptomları olanlarda veya başağrısı artış gösterenlerde gerekebilir.
- Santral sinir sisteminin muhtemel enfeksiyonları veya muhtemel maligniteleri düşünülenlerde lomber ponksiyon gereklidir.
- Görüntüleme yöntemleri ile akciğer lezyonları saptanarlarda veya ciddi pulmoner semptomları olanlarda bronkoskopi gereklidir.
- Endoskopi ile izah edilemeyen disfajili olgularda, molitite bozukluğunu araştırmak gayesi ile özofageal manometri gereklidir.
- Açıklanamayan dispne veya hırıltılı solunum olanlarda akciğer fonksiyon testleri gereklidir.

Şekil 1'de hıçkırıklı hastaya yaklaşım, şematize edilerek özetlenmiştir.

TEDAVİ

Tedavi yaklaşımlarının çoğunluğu, kontrollü çalışmaların rehberliğinden yoksun gözlemlere dayanmaktadır. Bu konudaki literatür; olgu sunumları ve küçük serilerden ibarettir (1,11).

Tedavide ana prensip, altta yatan nedenin bulunup, o nedenin ortadan kaldırılmasıdır. Örneğin, reflü hastalığı saptanırsa proton pompası inhibitörü (PPI) tedavisi verilir; varsa enfeksiyonlar tedavi edilir, biyokimyasal anormallikler düzeltilir, fakat sıklıkla hıçkırıklar idyopatikdir.

Fiziksel Manevralar

Şayet herhangi bir neden bulunamazsa, fiziksel manevralarla birlikte verilen ampirik tedaviler, ilk seçeneği oluşturur. Fiziksel manevraların uygulanması kolaydır ve komplikasyonlara yol açma ihtimalleri zayıftır. Tablo 2'de bu manevralar görülmektedir.

Bu manevraların etkinliği sadece olgu sunuları ile desteklenmiştir, geçerli çalışmalarla teyit edilmemiştir.

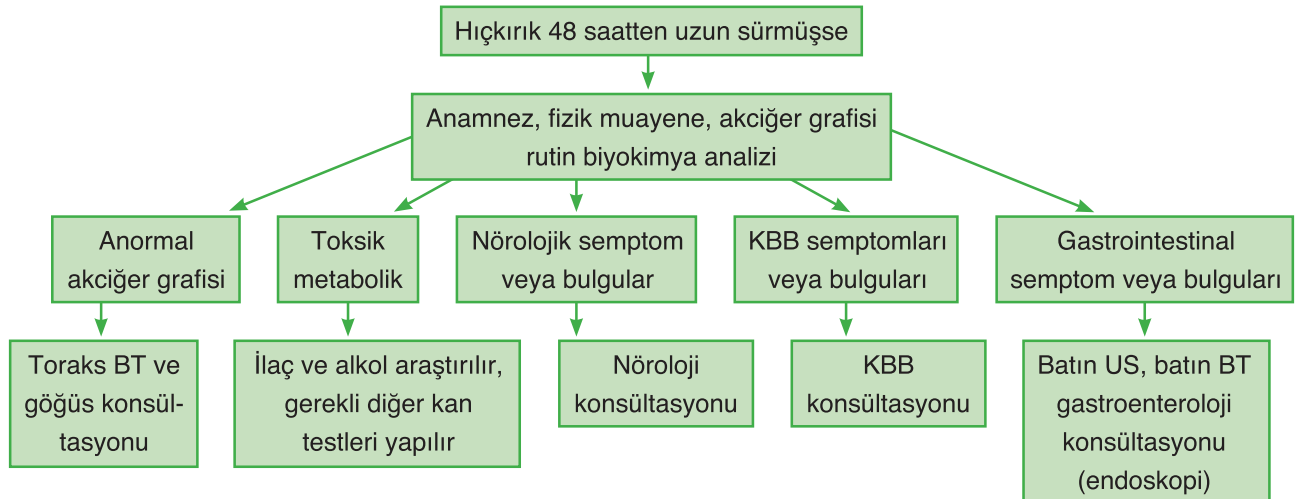
Medikal Tedavi

Şayet fiziksel manevralar, hıçkırığı durduramazsa o zaman ilaçlar kullanılmalıdır. Hıçkırık tedavisinde kullanılan ilaçlar Tablo 3'de sunulmuştur.

Tedaviyle birlikte hıçkırık kesilirse, ertesi gün de ilaç kesilir. İlaç tedavileri çoğunlukla 7-10 gün sürer. Şayet hıçkırık geçmezse, başka bir tedavi alternatifine geçmek gerekir.

Klorpromazin

Yukarıdaki ilaçların etkinliğini kıyaslayan çalışmalar bulunmamakla birlikte, hıçkırık tedavisinde ilk seçilecek ilaçlardan biri klorpromazin'dir. Bu ilacın etkinliği iyidir, düşük dozlarda genellikle iyi tolere edilir ve dünyada en yaygın kullanılan ilaçlardandır. Bir fenotiazin olan klorpromazin, hıçkırık



Şekil 1. İnatçı ve dirençli hıçkırıklı hastaya yaklaşım.

Tablo 2. Hiçkırık tedavisinde uygulanan fiziksel manevralar

<ul style="list-style-type: none">• Solunum siklusunun kesilmesi : Aksırma, ani iç çekme, tiroid kıkırdağına bası, valsava manevrası, nefes tutmak, bir naylon poşetin içine solunmak
<ul style="list-style-type: none">• Nazofarenksin irritasyonu :<ul style="list-style-type: none">- Kataterle nazofarenksin doğrudan uyarılması- Buzlu su ile gargara yapmak, uvulanın kaşıkla kaldırılması- Toz şeker, sert bir ekmek parçası, sirke veya yer fıstığı yağı yutmak- Bardağın karşı kenarından su içmek- Nazofarenksi bir pamuklu çöple uyarmak- Dili dışarı doğru çekmek- Limonu ısırmak- Korkutulmak, korkmak- Amonyak koklamak
<ul style="list-style-type: none">• Göz kürelerine basmak, karotis masajı, digital rektal masaj; vagal uyarıyı artırır
<ul style="list-style-type: none">• Dizleri göğüze doğru çekerek ya da yaslamak suretiyle göğüze baskı uygulamak

tedavisinde Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) onayı olan tek ilaçtır. Etkinliği küçük olgu serileriyle kanıtlanmıştır (12). Etkisini hipotalamusta dopamin antagonizmi ile yapmaktadır. Başlangıç dozu günde 3 kez 25 mg'dır. Doz, gerekirse günde 4 kez 50 mg'a kadar çıkartılabilir. İ.V. uygulama da oldukça etkilidir. Hipotansiyondan korunmak için hasta sırt üstü yatırılır; 500-1000 ml SF içinde infüzyon yapılır (tabletleri 100 mg, ampulleri 25 mg olarak piyasada vardır). Psikotik hastalıklar için yüksek dozda kullanıldığında, bazı yan etkiler söz konusu olabilmektedir (üriner retansiyon, glokom, deliryum). Düşük dozları genellikle iyi tolere edilir. Kısa süreli kullanımda ortaya çıkabilecek yan etkiler; distonik reaksiyonlar ve uyuşukluktur. Uzun süreli kullanımı tardiv diskinezi (yüz, ağız, dil, gövde ve ekstremitelerde kaslarında tekrarlayıcı nitelikte istem dışı gereksiz hareketlerle belirgin ekstrapiramidal sistem bozukluğu tablosu) riskini artırır. Klorpromazin, demansı olan yaşlılarda kontrendikedir.

Metoklopramide

Bir dopamin antagonisti olup, etkinliği olgu serileriyle gösterilmiştir (13). Alışılmış doz günde 3-4 kez 10 mg'dır. Yüksek dozda uzun süre kullanılırsa tardiv diskineziye yol açabilir.

Baklofen

Baklofen (Lioresal kap 10 mg, 2x5 mg/gün ve 3x20 mg/gün): Çizgili kas gevşeticisi olup, hiçkırık tedavisinde etkili olduğu gösterilmiştir. GABA analogu olup sinaptik transmisyonunda blokaj yapar. Hiçkırık tedavisinde klorpromazin kadar tercih

Tablo 3. Hiçkırık tedavisinde kullanılan ilaçlar

- Antipsikotikler (Klorpromazin, haloperidol)
- Antikonvülzanlar (Fenitoin, valproik asit, karbomezepin, gabapentin)
- Myorelaksanlar (Baklofen, siklobenzaprin)
- Santral sinir sistemi stimulanları (Metilfenidat)
- Antiaritmikler (Kinidin sülfat)
- Dopamin antagonistleri (Metoklopramid, domperidon)
- Trisiklik antidepressanlar (Amitriptilin)
- Diğer <ul style="list-style-type: none">• Nefopam (Santral etkili nonopioid analjezik)• Olanzapin, amantadin, marijuana• Defoaming ajanlar (ör. simetikon)• Nane yağı• PPI• Nifedipin• Midazolam• Lidokain• Dekametazon, sertraline

önceliğine sahiptir. Guelaud ve arkadaşlarının yaptığı 37 olguluk prospektif bir çalışmada (14), baklofene 18 olguda tam cevap (%48), 10 olguda da kısmi bir cevap alınmıştır (%27). En yaygın yan etkileri, uyuşukluk ve baş dönmesidir. Ataksi ve deliriuma da yol açabilir (Renal yetersizliği olanlarda delirium sık görülür).

Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler

Fiziksel manevralar ve ilaçlar, başarısız olduğunda bu tür tedaviler düşünülebilir. Bunlar arasında akupunktur ve hipnoz söz konusudur.

- İnatçı hıçkırığı olanlarda, akupunkturun yararlı olduğuna dair gözlemsel çalışmalar bildirilmiştir (15-18). Bunlardan Ge ve arkadaşlarının çalışmasında, inatçı hıçkırığı olan 16 kanser hastasında akupunkturla 13 olguda tam remisyona (%81), 3 olguda da (%19), kısmi bir düzelme sağlanmıştır (16). Chang ve arkadaşlarının çalışmasında ise, dirençli hıçkırığı olan 35 hastaya belirli akupunktur noktaları üzerinden infrared ışınlama tedavisi uygulanmış 34 hastada komplet, 1 hastada inkomplet cevap alınmıştır (17). Bu maksatla "süperlizer" markalı, bir fototerapi cihazı kullanılmıştır (Resim 1). 4 ekstremitede üzerindeki özel noktalara 3 dakika süreyle, 8 gün boyunca günde 1 kez uygulama yapılmıştır. Hastalar 6 ay süreyle takip edilmiştir. Cihaz, lineer polarize yakın-infrared ışınlama sağlamakta, derin subkutan dokulara etki etmektedir. 1.8 W'lık bir enerji sağlamaktadır, dalga boyu 600-1600 nm arasındadır.

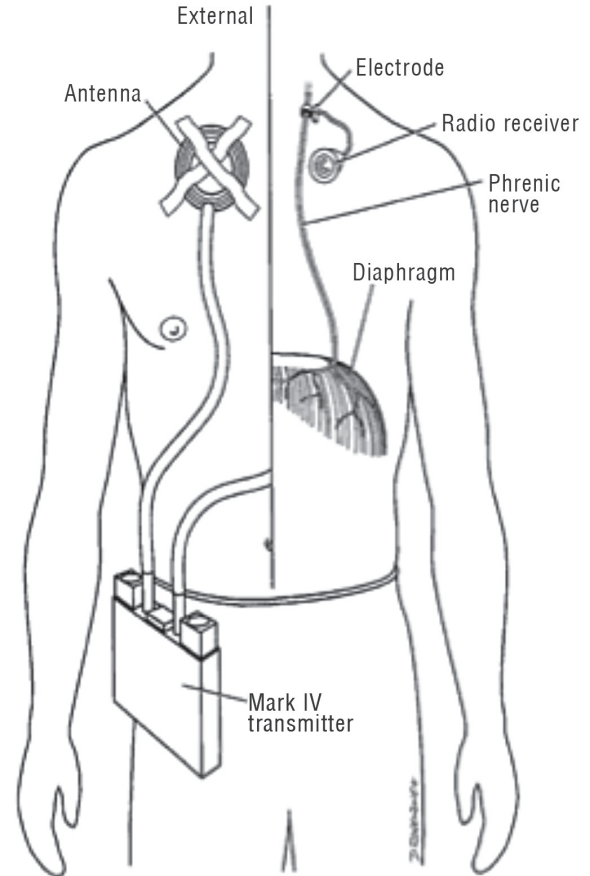


Resim 1. Superlizer fototerapi cihazı

Hong ve arkadaşları, Hepatit B taşıyıcısı olan, diğer tedavilere dirençli 2 olguda, elektroakupunktur uygulamasıyla, hıçkırığın tamamen düzeldiğini bildirmişlerdir (10). Bu olgularda hıçkırığın, virüsün doğrudan etkisine değil de, virüsle ilişkili gastrointestinal disfonksiyona bağlı olabileceği ileri sürülmüştür. Elektroakupunktur uygulamasının da bu bozukluğu düzelterek faydalı olduğu sanılmaktadır. Bazı inatçı olgularda, hipnozun yararlı olduğuna dair yayınlar vardır (1).

Cerrahi Yöntemler

Diafragmatik sinirin kesilmesi veya lokal anestezikle blokajının, refrakter olgularda başarılı olduğu bildirilmiştir (19). Dobelle, 13 yıl kadar sürmüş dirençli hıçkırığı olan 5 olguda, pacemaker implantasyonu ile başarılı olduğunu bildirmiştir (3) (Şekil 2). Hıçkırığı baskılamak için pacemakere çıkan devamlı stimuluslarla diafragmanın bir bakıma kilitlenmesi yaklaşımının, en kolay ve uygun yöntem olduğu araştırmacı tarafından bildirilmiştir. İşlemler lokal anestezi ile yapılmıştır.

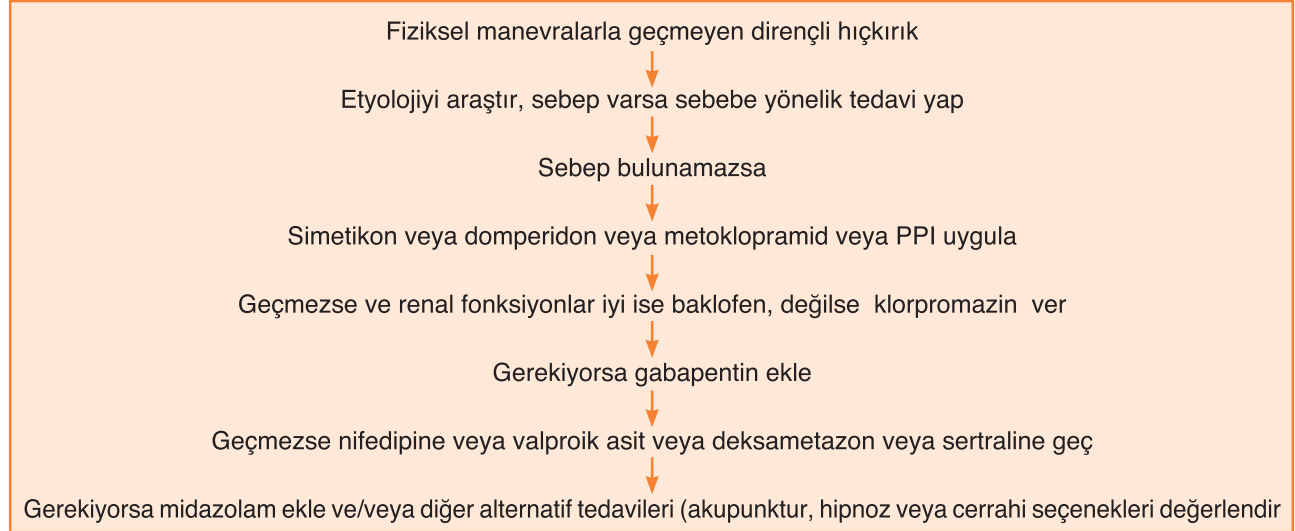


Şekil 2. Pacemaker implantasyonu

Monopolar katater, boyunda frenik sinire yerleştirilmiştir. Bu servikal implantasyon işlemi minimal invazivdir, stimülasyona yara iyileşmesinden sonra (20 gün sonra) başlanmaktadır. Stimülasyon başlar başlamaz hıçkırık durmakta, stimülasyon

kesildikten sonar 45 sn. içinde hıçkırık yeniden başlamaktadır. Payne'nin sunduğu olguda ise, vagus sinir stimülatörü ile, posterior fossa inmesine bağlı dirençli hıçkırık, tamamen düzelmiştir (3).

Hıçkırık tedavisindeki yaklaşım tarzını şematize edecek olursak

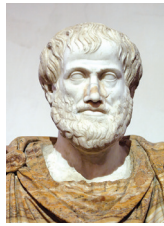


HIÇKIRIKLI HASTALARI BİLGİLENDİRME BROŞÜRÜ

- Hıçkırık; diafragma ve kaburgalar arası kasların, aralıklı olarak ortaya çıkan, spazmlı istemsiz kasılmalarıdır. Hemen herkesin zaman zaman yaşadığı bir durumdur. Ancak 48 saatten uzun sürdüğünde sebebinin araştırılması gerekir. Çünkü uzun süren hıçkırıklar; kişinin hayat kalitesini düşürür, halsizlik, kilo kaybı, beslenme bozukluğu ve strese yol açar.
- Hıçkırığın çok sayıda nedeni vardır. Genellikle midenin ani genişlemesine yol açan durumlar (aşırı yeme, karbonatlı ve gazlı içecekler, hava yutma), aşırı alkol alımı, ani heyecan ve stresle ortaya çıkar. Dirençli ve uzun süren hıçkırıklar bazen altta yatan hastalıklara bağlı olarak ortaya çıkabilir (kötü huylu tümörler, multipl skleroz, beyin damarlarını tutan hastalıklar, menenjit, guatr, farenjit, larenjit, reflü hastalığı, astım, bronşit, pnömoni, myokart enfarktüsü, diyabetes mellitus vs.). Bazı ilaçlar da dirençli hıçkırık nedeni olabilirler (alfa metil dopa, dizepam v.s.). Psikojenik nedenler ise, tam bir medikal değerlendirme yapıp, diğer önemli nedenler dışlandıktan sonra dikkate alınmalıdır.
- 48 saatten kısa süren hıçkırıklara sık rastlanır ve genellikle araştırma gerektirmezler. Daha uzun süren hıçkırıkların nedenleri mutlaka araştırılmalıdır. Bunun için bir dahiliye uzmanına müracaat edilmesi önerilir. Çoğu kişide, ayrıntılı bir hikaye ve fizik muayene, sebebin bilinmesi için yeterlidir. Ancak bazı hastalarda ileri tetkiklere ihtiyaç duyulabilir.
- Hıçkırığın altta yatan nedeni bulunursa, bu nedenin ortadan kaldırılması kesin çözüm şeklidir.
- Şayet hıçkırığın nedeni bulunamazsa öncelikle fiziksel manevralara başvurulur (nefesin tutulması veya bir poşetin içine solunulması; valsalva manevrası; yutak veya yumuşak dili uyarmak için soğuk su yudumlanması, bir çay kaşığı toz şeker yutulması; göz hücrelerinin üzerine nazıkçe basılması; dizlerin göğüse doğru baskı yapacak şekilde çekilmesi; dilin dışarı doğru çekilmesi v.s.).
- Şayet fiziksel manevralarla da hıçkırık geçmiyorsa, ilaçların kullanılması gerekir. Bu durumda acil servise ya da iç hastalıkları polikliniğine başvurulması gerekir.
- Şayet ilaç tedavileri de başarılı olmazsa; akupunktur, hipnoz, ya da cerrahi tedavi alternatifleri düşünülmelidir.

KAYNAKLAR

1. Up to date. 2013; 21:4.
2. Sovadjan JV, Cain JC. Intractable hiccup. Etiologic factors in 220 cases. Postgrad Med 1968; 43:72-7.
3. Payne BR, Tiel RL, Payne MS, Fisch B. Vagus nerve stimulation for chronic intractable hiccups. Case Report. J Neurosurg 2005; 102:935-7.
4. Kobayashi Z, Tsuchiya K, Uchihara T, et al. Intractable hiccup caused by medulla oblongata lesions; a study of an autopsy patient with possible neuromyelitis optica. J NeurolSci 2009; 285:241-5.
5. Büyükhatoğlu H, Sezen Y, Yıldız A, et al. Hiccups as a sign of chronic myocardial ischemia. South Med J 2010; 103:1184-5.
6. Fass R, Higa L, Kodner A, Mayer EA. Stimulus and site specific induction of hiccups in the oesophagus of normal subjects. Gut 1997; 41:590-3.
7. Albrecht H, Stellbrink HJ. Hiccups in people with AIDS. J Acquir Immune Defic Syndr 1994; 7:735.
8. Çelik T, Köse S, Bugan B, et al. Hiccup as a result of late lead perforation: report of two cases and review of the literature. Europace 2009; 11:963-5.
9. Davenport J, Duong M, Lanoix R. Hiccups as the only symptom of non-ST segment elevation myocardial infarction. Am J Emerg Med 2012; 30:266.
10. Hong L, Zhao Y, Zhang X et al. Reversel effect of electroacupuncture on the symptom of intractable hiccups in hepatitis B virus carriers. J Pain Symptom Management 2008; 35:335-6.
11. Friedman NL. Hiccups; a treatment review. Pharmacotherapy 1996; 16:986-95.
12. Marinella MA. Diagnosis and management of hiccups in the patient with advanced cancer. J Support Oncol 2009; 7:122-7.
13. Pinzower GR. Stop those hiccups! Anesth Analog 2007; 104:220.
14. Guelaud C, Similouski T, Bizec JL, et al. Baclofen therapy for chronic hiccup. Eur Respir J 1995; 8:235-7.
15. Lin YC. Acupuncture for persistent hiccups in a heart and lung transplant recipient. J Heart Lung Transplant 2006; 25:126-7.
16. Ge Ax, Ryan ME, Giaccone G, et al. Acupuncture treatment for persistent hiccups in patients with cancer. J Altern Complement Med 2010; 16:811-6.
17. Chang CC, Chang YC, Chang ST, et al. Efficacy of near-infrared irradiation on intractable hiccup in custom set acupoints:evidence-based analysis of treatment outcome and associated factors. Scand J Gastroenterol 2008; 43:538-44.
18. Schiff E, River Y, Oliven A, Odeh M. Acupuncture therapy for persistent hiccups. Am J Med Sci 2002; 323:166-8.
19. Lewis JH. Hiccups: causes and cures. J Clin Gastroenterol 1985; 7:539-52.



ARISTOTELES
(MÖ 384-MÖ 322)

Kendini bilmek, tüm bilgeliğin başlangıcıdır.