

## دکتر جمشید آیت اللهی

استادیار بیماری‌های عفونی و گرمسیری، مرکز تحقیقات بیماری‌های عفونی و گرمسیری، دانشگاه علوم پزشکی یزد

شیوع کمتری دارند. مصرف بعضی از داروها و مواد، مانند داروهای کاهش دهنده فشار خون، الکل و هروین از علل دیگر تعریق شبانه هستند. علل مهم تعریق شبانه را می‌توان با گرفتن شرح حال، انجام معاینه بالینی، و درخواست آزمایش‌های مربوط و روش‌های تصویربرداری مناسب تشخیص داد.

**واژه‌های کلیدی:** تعریق، عرق، شبانه

فصلنامه بیماری‌های پوست، بهار ۱۳۸۴؛ ۳۱: ۲۲۲-۲۲۴

عرق شبانه از شکایت‌های شایع بیماران سرپایی است. با این وجود تعداد مقالات منتشر شده در این رابطه کم است. تعریق شبانه از علایم مهم در بیماری‌های سل، بروسلوز و لنفوم است اگر چه در طبابت مدرن این بیماری‌ها کمتر عامل تعریق شبانه هستند. سایر علل تعریق شبانه شامل عفونت با ویروس HIV، رفلاکس معده - مری، آپنه انسدادی هنگام خواب، هیپرتیروئیدسم، هیوگلیسمی و علل دیگری هستند که

## مقدمه

عرق شبانه یک شکایت نسبتاً شایع در بیماران سرپایی بوده ولی مقالات چاپ شده در این مورد کم است. علت این علامت، بسیار متنوع است و شیوع این علل می‌تواند در کشورهای مختلف متفاوت باشد، برای مثال در کشورهای در حال توسعه، بیماری‌های سل و بروسلوز از علل مهم عرق شبانه هستند. با وجود اهمیت بیماری سل، بیماری‌های دیگر مانند بروسلوز، ایدز، بیماری رفلاکس معده - مری، هیوگلیسمی، آپنه انسدادی هنگام خواب، هیپرتیروئیدسم و بیماری‌های دیگر که شیوع کمتری دارند نیز می‌توانند از علل تعریق شبانه باشند. مصرف بعضی از مواد و داروها مانند هروین، الکل، داروهای کاهش دهنده فشار خون، تب برها و غیره می‌توانند از علل این شکایت باشند. اگر با گرفتن شرح حال و معاینه دقیق علت آن

مشخص نشد باید از آزمایشات مختلف مانند شمارش کامل سلول‌های خونی، اندازه‌گیری میزان رسوب سلول‌های قرمز خون، تست جلدی توپر کولین، ارزیابی بیمار از نظر عفونت HIV و آزمایشات عملکرد غده تیروئید، رادیوگرافی قفسه سینه، سیتی اسکن شکم و سینه و سرانجام از بیوپسی مغز استخوان کمک گرفت.

تعداد بیماران مراجعه کننده با شکایت عرق شبانه زیاد است ولی شیوع واقعی این مشکل مشخص نیست. از نظر تعریف، عرق شبانه به مواردی گفته می‌شود که لباس خواب بیمار خیس و بیمار مجبور به تعویض آن شود (۱). در جدول شماره ۱ برخی علل عرق شبانه ذکر شده است (۹-۲).

با گرفتن شرح حال و انجام معاینه دقیق می‌توان تشخیص‌های افتراقی را به حداقل رساند و با در نظر داشتن محتمل‌ترین تشخیص بر اساس جدول شماره ۲ آزمایشات لازم را درخواست کرد.

مؤلف مسوول: دکتر جمشید آیت اللهی - یزد، صفابیه، بیمارستان شهید صدوقی، مرکز تحقیقات بیماری‌های عفونی و گرمسیری

جدول شماره ۱- علل تعریق شبانه

داروها و مواد اعتیاد آور	علل عفونی
تب برها	باکتری‌ها و مایکوباکتری‌ها
سالیسیلات	سل
استامینوفن	کمپلکس مایکوباکتریوم آویوم
داروهای کاهش دهنده فشار خون	بروسلوز
فتوتیازین‌ها	آبسه های ریوی
الکل	آندوکار دیت
هروئین	ویروس‌ها
متفرقه	HIV
	EBV
آپنه انسدادی هنگام خواب	قارچ‌ها
بیماری رفلاکس معده - مری	هیستوپلاسموز
بیماری‌های گرانولوماتوز	کوکسیدیوماپکوز
سندرم خستگی مزمن	بدخیمی‌ها
هیپرپلازی غدد لنفاوی	بیماری هوچکین
پنومونی مزمن انوزینوفیلیک	لنفوم‌های غیر هوچکینی
دیابت بی مزه	لوسمی
آنژین پریزمنال	اختلالات غدد درون ریز و روماتولوژیک
حاملگی	نارسایی تخمدان‌ها
اضطراب	پرکاری تیروئید
	هیپوگلیسمی شبانه (دیابت شیرین)
	فتو کروموسیتوم
	تومور کارسینوئید
	آرتریت تاکایاسو
	آرتریت تمپورال

علائم و نشانه‌ها	اقدام لازم
تب، تماس با افراد مسلول، رفتار جنسی پرخطر، اعتیاد تزریقی، مصرف لبنیات غیرپاستوریزه، سرفه، کاهش وزن	تست جلدی توپرکولین، رادیوگرافی قفسه سینه، شمارش کامل سلول‌های خون، اندازه‌گیری میزان رسوب سلول‌های فرمز، ارزیابی‌های مربوط به عفونت با HIV و کشت خون
بزرگی عقده‌های لنفاوی در غیاب علائم عفونت	بیوپسی از عقده‌های لنفاوی
علائم عفونت دستگاه تنفسی فوقانی	شمارش کامل سلول‌های خون، آنتی بادی هتروفیل یا anti-VCA
دیابت	بررسی هیپوگلیسمی شبانه
وزن زیاد، خواب آلودگی هنگام روز، خرخر شبانه، دهان و حلق کوچک	بررسی وضعیت خواب
عدم تحمل گرما، آگزوفتالموس، ترمور	آزمایشات عملکرد تیروئید
فشارخون متغیر، حملات سردرد و طپش قلب	آزمایشات کانتکولامین، یا متانفرین‌ها در ادرار ۲۴ ساعته
حملات سیانوز، اسهال آبکی، ویزینگ، هیپوتانسیون یا ادم	اگر سطح ۵-هیدروکسی ایندول استیک (5-HIAA) در ادرار زیاد باشد تشخیص سندرم کارسینوئید می‌شود. بعضی مواد غذایی و داروها باعث نتیجه مثبت کاذب این آزمایش می‌شوند.
خونریزی زیر ناخن، ضایعات Janeway's	کشت خون
Osler's nodes و سوفل جدید قلبی	الکتروکاردیوگرام
اگر هیچ علامت و نشانه‌ای به جز تعریق شبانه وجود نداشت	از نمودار شماره ۱ استفاده شود

### شرح حال

با توجه به شیوع سل لازم است از بیمارانی که با شکایت تعریق شبانه مراجعه می‌کنند در مورد وجود تب، سرفه و سایر علائم سل سؤال شود (۱۰). در سل ریوی معمولاً بیماران از سرفه، تب خفیف، بی‌اشتهایی و کاهش وزن شکایت می‌کنند. در بعضی از مبتلایان به سل، قبل از ظهور سایر علائم ممکن است بیمار تا چندین هفته فقط از تعریق شبانه شکایت داشته باشد. در مناطقی مانند ایران بروسلوز یکی از علل مهم تعریق شبانه است که لازم است در خصوص سابقه وجود این بیماری در سایر اعضای خانواده و مصرف لبنیات غیرپاستوریزه، به خصوص پنیر محلی سؤال کرد (۱۱).

در بیمارانی که با شکایت تعریق شبانه مراجعه می‌کنند

عفونت با HIV را نیز باید در نظر گرفت. یکی از شایع‌ترین شکایت‌های بیماران مبتلا به HIV تب یا بدون تعریق است. علت تب و تعریق در این بیماران می‌تواند به علت خود عفونت HIV یا در اثر عفونت‌های فرصت طلب یا لنفوم باشد. بسیاری از بیماران آلوده به HIV که مبتلا به لنفوم می‌شوند از تب، کاهش وزن و عرق شبانه شاکی هستند (۱۲). عفونت‌های همراه HIV مانند مایکوباکتریوم توپرکلوزیس، مایکوباکتریوم آویوم کمپلکس و سایتومگالوویروس نیز باعث تب، کاهش وزن و تعریق شبانه می‌شوند. عفونت با مایکوباکتریوم آویوم کمپلکس معمولاً از عوارض دیررس عفونت به HIV است و معمولاً زمانی مشاهده می‌شود که تعداد لنفوسیت‌های CD4 به کمتر از ۱۰۰ عدد در میلی‌متر مکعب رسیده باشند. سل در

نارسایی تخمدان‌ها می‌تواند همراه با احساس گر گرفتگی باشد که این علایم در تعدادی از زنان هنگام شب بیشتر است (۱۷). اگر شرح حال کمک کننده نبود می‌توان از اندازه‌گیری هورمون محرک فولیکول‌ها استفاده کرد. بیماران مبتلا به دیابت که در هنگام شب دچار هیپوگلیسمی می‌شوند ممکن است تنها با تعریق شبانه تظاهر کنند (۱۸). علت این امر می‌تواند نخوردن یک وعده غذا یا فعالیت بدنی بیش از حد باشد. همچنین بیمارانی که در هنگام بعد از ظهر مقادیر زیاد انسولین تزریق می‌کنند در معرض هیپوگلیسمی شبانه هستند. موارد زیر نیز می‌توانند علت هیپوگلیسمی باشند: کنترل شدید دیابت، نارسایی کلیه، مصرف چند داروی ضد دیابت به صورت همزمان و سن بالا (۱۹).

یک ارتباط بین بیماری رفلاکس معده - مری و تعریق شبانه مشاهده شده است زیرا در اغلب موارد با درمان رفلاکس تعریق شبانه بیماران به طور کامل خوب می‌شوند (۲۰).

اگر بیمار با شکایت تعریق شبانه و بی‌قراری، تپش قلب، کاهش وزن و نامنظم شدن قاعدگی مراجعه کرد، به خصوص اگر محیط بیمار گرم نباشد باید از نظر پرکاری تیروئید بررسی شود.

از همراهان بیمار باید در مورد وضعیت بیمار در هنگام خواب، مانند خرخر کردن، آپنه و خواب هنگام روز سوال شود. آپنه انسدادی هنگام خواب حدود ۴٪ افراد میانسال را گرفتار (۲۱) و می‌تواند یکی از علل تعریق شدید باشد (۷). چندین دارو نیز از علل تعریق شبانه هستند که شایع‌ترین آن‌ها، داروهای تب بر از جمله استامینوفن و آسپیرین هستند (۹). بعضی داروهای کاهنده فشار، فشار خون، ضد افسردگی، تاموکسیفن و نیاسین نیز از علل احتمالی تعریق شبانه هستند (۱). مصرف الکل به خصوص وابستگی به آن

بیماران آلوده به HIV می‌تواند به شکل معمولی یعنی تب، سرفه و تعریق شبانه یا به شکل‌های غیر معمول تظاهر کند. در این بیماران، سل خارج ریوی شیوع بیشتری دارد (۳).

گاهی پرسیدن سوال در مورد سابقه مسافرت نیز کمک کننده است. برای مثال هیستوپلاسموز می‌تواند تمام علایم سل ریوی مانند سرفه خلط‌دار طولانی مدت، کاهش وزن و تعریق شبانه را تقلید کند (۱۳). کوکسید یوایدو مایکوز نیز ممکن است با علایم سرفه، تب و تعریق شبانه تظاهر کند (۱۴). با توجه به موارد اعتیاد تزریقی باید به فکر آندوکاردیت نیز بود که می‌تواند همراه با علایم تب، لرز تعریق و ضعف باشد. علت تعریق شبانه می‌تواند باکتری می‌گذرد در هنگام شب نیز باشد.

شایع‌ترین علامت بیماری هوچکین تب پایین همراه با تعریق شبانه است. تب‌های مواج همراه با تعریق شبانه ممکن است تا چندین هفته در بیماری هوچکین طول بکشد (Pel-Ebstein fevers). در بعضی از بیماران ممکن است تنها شکایت تعریق شبانه باشد (۱۵). گاهی در لنفوم‌های غیر هوچکینی نیز بیماران تعریق شبانه دارند.

منونوکلئوز عفونی ناشی از ویروس ایشتاین بار (EBV) به خصوص در مرحله حاد بیماری می‌تواند سبب تعریق شبانه شود. در یک مطالعه که علایم منونوکلئوز عفونی با سایر عفونت‌های دستگاه تنفسی فوقانی مقایسه شد، مشاهده گردید که تعریق شبانه به صورت مشخص در این بیماری شایع‌تر است (۱۶). در هفته سوم بیماری در ۹۰٪ بیماران، آنتی‌بادی‌های هترو فیل مثبت می‌شود. در صورتی که منونوکلئوز عفونی از نظر بالینی برای بیمار مطرح باشد ولی آنتی‌بادی‌های هترو فیل مثبت نشوند، می‌توان آنتی‌بادی Igm ضد آنتی‌ژن ویروس ایشتاین بار (anti-VCA) را اندازه‌گیری کرد زیرا این آنتی‌بادی تا هفته‌ها و ماه‌ها پس از ابتلا مثبت باقی می‌ماند.

لازم است در خانم‌هایی که در سنین یانسگی مراجعه

در معاینه دهان و حلق باید به دنبال بافت‌های اضافه گشت که می‌تواند باعث آینه اسدادی هنگام خواب شود. ترمور خفیف دست‌ها اگر ویتامینی و افزایش رفلکس‌ها پرکاری تیروئید را مطرح می‌کنند (۲۹). همراهی پر فشاری خون با تعریق شبانه به نفع فنوکروموسیتوم است. اگر در زیر ناخن بیمار خطوط قرمز تیره (splinter hemorrhages) یا ندول‌های کوچک هموراژیک در کف دست یا پا یا ندول‌های کوچک حساس در لمس در کف انگشتان دست یا مشاهده و در سمع قلب نیز سوفل شنیده شد باید به فکر آندوکاردیت بود (۳۰).

در صورتی که بیمار با شکایت تعریق شبانه مراجعه نماید ولی در شرح حال و معاینه بالینی یافته مشخصی پیدا نشود می‌توان طبق نمودار شماره ۱ عمل کرد.

نیز باعث تعریق شبانه می‌شود. برخی داروهای دیگر که باعث تعریق شبانه می‌شوند عبارتند از: *indivavir* ، *interferon alfa-2a* و *cyclosporine* ، *donepezil* (۲۲).

مواردی چون ایسکمی قلبی، هیجان، افسردگی و بیماری‌های روماتولوژیک نیز می‌توانند سبب تعریق شبانه شوند.

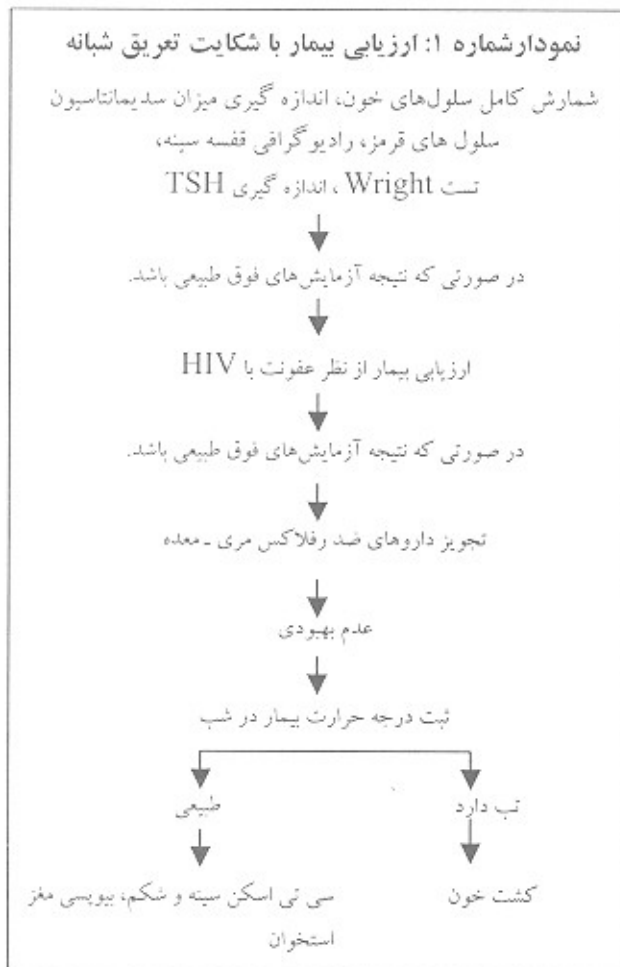
لازم است از بیماری که در دهه ششم تا هشتم زندگی است و شکایت تعریق شبانه مراجعه کرده است راجع به علایمی چون حملات شدید سیانوتیک پوست برای چند دقیقه تا چند روز، اسهال آبکی، ویزینگ، کاهش فشار خون و ادم سؤال کرد. در صورت وجود علایم فوق باید به سندرم کارسینوئید فکر کرد که علت آن وجود توموری است که سروتونین و تعدادی فرآورده‌های بیولوژیک دیگر ترشح می‌کند (۲۳).

بیماری فنوکروموسیتوم همراه با حملات سردرد، تپش قلب، تعریق و فشار خون است. حملات بیماری چند دقیقه تا چند ساعت طول کشیده و تعداد حملات ممکن است از یک بار در ماه تا چندین حمله در یک روز متغیر باشد (۲۴).

### معاینه بالینی

در هنگام معاینه باید به علایم بالینی به خصوص درجه حرارت بدن و فشار خون دقت کرد. بزرگی عقده‌های لنفاوی یا اسپلنومگالی احتمال لنفوم یا لوسمی را مطرح می‌کند (۲۵، ۲۶). در تمام انواع لنفوم‌ها، معمولاً عقده‌های لنفاوی سفت و بدون حساسیت هستند. در بیماری هوچکین معمولاً عقده‌های لنفاوی گردن و در لنفوم‌های غیر هوچکینی، گرفتاری عقده‌های لنفاوی محیطی بارزتر است. برای تشخیص لنفوم، بیوپسی نقش اساسی دارد (۲۷).

در هنگام معاینه وجود لاغری شدید و عفونت بالینی کاندیدا در دهان می‌تواند به نفع نقص ایمنی باشد (۲۸).



مری مطرح باشد باید داروهای ضد رفلاکس تجویز شود. در صورت عدم پاسخ، لازم است درجه حرارت بیمار در طول شبانه روز کنترل شود تا وجود یا عدم وجود تب آشکار شود. در صورت اثبات تب باید به بیماری های چون لنفوم و آندوکاردیت فکر کرد. محیط های کشت خون درخواستی باید بتوانند میکروب های گرم منفی *Haemophilus species*, *Actinobacillus*, *Cardiobacterium*, *Eikenella* and *Kingella* را نیز پوشش دهند، زیرا این عوامل عفونی در محیط های کشت معمولی رشد نمی کنند (۳۴). با انجام سی تی اسکن سینه و شکم و بیوپسی مغز استخوان می توان ضایعات نئوپلاستیک یا بیماری های گرانولوماتوز را تا حدودی مشخص و بررسی ها را کامل کرد. در صورتی که تمام آزمایش ها و بررسی های فوق طبیعی باشند می توان به بیمار اطمینان داد که به بیماری های بدخیم مبتلا نشده است و در صورتی که دارای علائم و نشانه های جدیدی شد مجدداً برای بررسی مراجعه کند. همچنین لازم است به بیماران آموزش چگونگی معاینه عقده های لنفاوی داده شود تا خودشان امکان بررسی این عقده ها را داشته باشند.

## منابع

- 1-Smetana GW. Diagnosis of night sweats. JAMA 1993; 270: 2502-3.
- 2-Marrie TJ. Pneumonia, including necrotizing pulmonary infections (lung abscess). In: Kasper DL, Braunwald E, Fauci A, et al (eds). internal medicine. New York: McGraw-Hill; 2004: 1528-41.
- 3-Moore CB. Night sweats in prostatic

شمارش کامل سلول های خون، تست جلدی توریکولین، آزمایش Wright، اندازه گیری TSH و رادیوگرافی قفسه سینه در عین حال که معمولاً در دسترس هستند و هزینه زیادی را به بیمار تحمیل نمی کنند به کنار گذاشتن بسیاری از تشخیص های افتراقی کمک می کنند. با اندازه گیری سدیمانتاسیون سلول های قرمز و طبیعی بودن آن می توان بسیار از علل تعریق شبانه مانند آندوکاردیت و آرتریت تاکایاسو را که هنوز در مراحل ابتدایی بوده و علائم اصلی آنها ظاهر نشده را کنار گذاشت (۳۱). در ۹۰٪ موارد آندوکاردیت کشت خون مثبت و میزان سدیمانتاسیون سلول های قرمز بالاتر از حد طبیعی است. اکوکاردیوگرافی نیز به تشخیص آندوکاردیت کمک می کند (۳۲). آرتریت تاکایاسو یک بیماری مزمن التهابی آنورت و شاخه های آن با علت نامشخص است. در این بیماری، نبض اندام فوقانی کاهش می یابد. علائمی چون ضعف، تب، عرق شبانه، درد مفاصل و کاهش وزن ماه ها قبل از گرفتاری عروق مشاهده می شود. افزایش میزان سدیمانتاسیون سلول های قرمز از خصوصیات این بیماری ولی غیراختصاصی است. برای تشخیص قطعی باید آنورتوگرافی انجام داد (۳۳).

- cancer. JAMA 1969; 208: 155.
- 4-Morris GC, Thomas TP. Night sweats- presentaion of an often forgotten diagnosis. Br J Clin Pract 1991; 45: 145.
- 5-Adlakha A, Kang E, Adlakha K, Ryu JH. Nonproductive cough, dyspnea, malaise and night sweats in a 47- year-old woman. Chest 1996; 109: 1385-87.
- 6-McCluskey DR, Buckley MR, McCluggage

- 6-Gordon DS. Night Sweats and swollen glands. Lancet 1998; 351: 722.
- 7-Gordon DS. Night sweats: two other causes. JAMA 1994; 271: 1577.
- 8-Raff SB, Gershberg H. Night sweats. A dominant symptom in diabetes insipidus. JAMA 1975; 234: 1252-53.
- 9-Fred HL. Night sweats. Hosp Pract 1993; 28: 88.
- ۱۰- آیت اللهی ج. درمان سل (راهنمای برنامه کشوری) یزد: انتشارات طب گستر با همکاری معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۱۳۷۹: ۵.
- ۱۱- آیت اللهی ج. نوروبروسلوز. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد. ۱۳۸۲؛ ۱۱: ۷۲-۷۰.
- 12-Aboulafia DM, Mitsuyasu RT. Neoplasms in the acquired immunodeficiency syndrome. In: Kelley WN, Schollossberg D (eds). Textbook of internal medicine. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1997: 1895-97.
- 13-Bennett JE. Histoplasmosis. In: Kasper DL, Braunwald E, Fauci A (eds). Harrison's Principles of Internal Medicine. New York: McGraw-Hill; 2004: 1179-80.
- 14-El-Ani AS, Elwood CM. A case of coccidioidomycosis with unique clinical features. Arch Intern Med 1978; 138: 142.
- 15-Gobbi PG, Pieresca C, Ricciardi L, et al. Night sweats in Hodgkin's disease. A manifestation of preceding minor febrile pulses. Cancer 1990; 65: 2074-77.
- 16-Lambore S, McSherry J, Kraus AS. Acute and chronic symptoms of mononucleosis. J Fam Pract 1991; 33: 33-37.
- 17-McAllister M. Menopause: Providing comprehensive care for women in transition. Lippincotts Prim Care Pract 1998; 2: 256-70.
- 18-Gale EA, Tattersall RB. Unrecognised nocturnal hypoglycaemia in insulin-treated diabetics. Lancet 1979; 1: 1049-52.
- 19-Powers AC. Diabetes mellitus. In: Kasper DL, Braunwald E, Fauci A, (eds). Harrison's Principles of Internal Medicine . New York: McGraw-Hill; 2004: 2152-60.
- 20-Reynolds WA. Are night sweats a sign of esophageal reflux? [letter]. J Clin Gastroenterol 1989; 11: 590-91.
- 21-Young T, Palta M, Demsey J, et al. The occurrence of sleep-disordered breathing among middle-aged adults. N Engl J Med 1993; 328: 1230-35.
- 22-Montvale NJ. Medical Economics. Physicians Desk Reference, 1999.
- 23- Norheim I. Malignant carcinoid tumors: An analysis of 103 patients with regard to tumor localization, hormone production, and survival. Ann Surg 1987; 206: 115.
- 24-Daly PA, Landsberg L. Pheochromocytoma: Diagnosis and mangagement. Baillieres Clin Endocrinol 1992; Metab 6: 143.
- 25-Williamson HA JR. Lymphadenopathy in

- Practice: A descriptive study of 240 cases. *J Fam Pract* 1985; 20: 449.
- 26-McIntyer OR, Ebaugh FG. Palpable spleens: Ten years follow up. *Ann Intern Med* 1979; 90: 130-33.
- 27-Hauke RJ, Armitage JO. A new approach to non-Hodgkin's lymphoma. *Intern Med* 2000; 39: 197-200.
- 28-Rex JH. Practice guidelines for treatment of candidiasis. *Clin Infect Dis* 2000; 30: 662-65.
- 29-Koutras DA. Subclinical hyperthyroidism. *Thyroid* 1999; 9: 311-16.
- 30-Bayer AS. Diagnosis and management of infective endocarditis and its complication. *Circulation* 1998; 98: 2936-38.
- 31-Deklein E. Fever of unknown origin (FUO): Diagnostic procedures in a prospective multicenter study of 167 patients. *Medicine* 1997; 76: 401-04.
- 32-Heidenreich PA. Echocardiography in patients with suspected endocarditis: A cost-effective analysis. *Am J Med* 1999; 107: 198-200 .
- 33-Hashimoto H. Takayasu's arteritis and giant cell (temporal or cranial) arteritis. *Intern Med* 2000; 39: 4-7.
- 34-Das M. Infective endocarditis caused by HACEK microorganism. *Annu Rec Med* 1997; 48: 25-28.