

## عرق شبانه

دکتر جمشید آیت‌اللهی\*

\* دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی یزد، دانشکده پزشکی، گروه بیماریهای عفونی و طب گرمسیری

### چکیده

عرق شبانه از شکایت‌های شایع بیماران سرپایی می‌باشد با این وجود مقالات مرتبط با آن اندک است. سل و بروسلوز از علل شایع تعریق شبانه در کشورهای در حال توسعه بوده و لنفوم از علل مهم تعریق شبانه در تمام مناطق دنیا است. سایر علل تعریق شبانه عفونت با ویروس HIV، رفلاکس معده به مری، آپنه انسدادی هنگام خواب، هیپرتیروئیدیسم، هیپوگلیسمی و علل کمتر شایع دیگر می‌باشد. مصرف بعضی داروها و مواد مانند داروهای ضد فشار خون، الکل و هروئین از علل دیگر تعریق شبانه هستند. علل مهم تعریق شبانه را با گرفتن شرح حال، معاینه بالینی، آزمایشهای مربوطه و انجام گرافی مناسب می‌توان تشخیص داد. (مجله طبیب شرق، سال ششم، شماره ۳، پائیز ۱۳۸۳، ص ۲۳۳ تا ۲۴۰)

### کلواژه‌ها: تعریق، عرق شبانه

تدوین این مقاله از کلمات کلیدی night sweats و nocturnal hyperhidrosis جهت جستجو در MEDLINE از سال ۱۹۶۶ تا ۲۰۰۴ و از کتاب طب داخلی هاریسون چاپ ۲۰۰۴ استفاده و در مجموع حدود ۳۴۰ مقاله و خلاصه مقاله مطالعه گردید. در جدول شماره یک تعدادی از عوامل عرق شبانه ذکر شده است.<sup>(۹-۲)</sup>

### شرح حال

با توجه به شیوع سل<sup>(۱۰)</sup> از بیمارانی که با شکایت تعریق شبانه مراجعه می‌کنند باید در مورد وجود تب، سرفه و سایر علائم سل سؤال شود. در شکل سل ریوی بیماران معمولاً از سرفه و تب خفیف و بی‌اشتهایی و کاهش وزن شکایت می‌کنند. در بعضی از مبتلایان به سل، قبل از ظهور سایر علائم بیماران ممکن است تا چندین هفته فقط از تعریق شبانه شکایت داشته باشند. در مناطقی مانند ایران بروسلوز یکی از علل مهم تعریق می‌باشد که در رابطه با این بیماری باید از وجود بیماری در سایر اعضای خانواده و مصرف لبنیات غیر پاستوریزه، به خصوص پنیر محلی سؤال نمود.<sup>(۱۱)</sup> عفونت HIV را نیز باید در نظر گرفت، یکی از شایعترین

عرق شبانه از شکایت نسبتاً شایع در بین بیماران سرپایی بوده ولی مقالات چاپ شده در این مورد کم می‌باشد. علت این علامت، بسیار متنوع و در کشورهای مختلف می‌تواند شیوع آن متفاوت باشد. برای مثال در کشورهای در حال توسعه، سل و بروسلوز از علل مهم عرق شبانه می‌باشند. با وجود اهمیت بیماری سل، بیماری‌های دیگر مانند ایدز، بیماری رفلاکس معده به مری، هیپوگلیسمی، آپنه انسدادی هنگام خواب، هیپرتیروئیدیسم و بیماریهای کمتر شایع دیگر نیز می‌توانند از علل تعریق شبانه باشند. مصرف بعضی از مواد و داروها مانند هروئین، الکل، ضد فشار خون‌ها، تب‌برها و غیره می‌توانند از علل این شکایت باشند. اگر با گرفتن شرح حال و معاینه دقیق علت آن مشخص نشد باید از آزمایشهای مختلف مانند شمارش سلولهای خونی، ESR، PPD، Anti HIV، تیروئید، گرافی قفسه سینه، CT scan شکم و سینه و سرانجام از بیوپسی مغز استخوان کمک گرفت. بیماران مراجعه کننده با شکایت عرق شبانه تعدادشان زیاد ولی شیوع واقعی آن مشخص نیست. از نظر تعریف، عرق شبانه به مواردی گفته می‌شود که لباس خواب بیمار خیس و بیمار مجبور به تعویض آن شود.<sup>(۱۱)</sup> جهت

تعریق شبانه شود. در یک مطالعه که علائم منونوکلئوز عفونی با سایر عفونتهای دستگاه تنفسی فوقانی مقایسه شد مشاهده گردید که تعریق شبانه به صورت مشخص در این بیماری شایعتر است.<sup>(۱۶)</sup> در هفته سوم بیماری در ۹۰ درصد بیماران آنتی بادی های هتروفیل مثبت می شود. در صورتیکه از نظر بالینی برای بیمار منونوکلئوز عفونی مطرح ولی آنتی بادی های هتروفیل مثبت نشوند می توان آنتی بادی Igm ضد آنتی ژن ویروس ابشتاین بار (anti-VCA) را اندازه گیری نمود زیرا این آنتی بادی تا هفته ها و ماه ها پس از ابتلا مثبت باقی می ماند.

زنان در سنین یائسگی اگر به علت تعریق شبانه مراجعه نمودند باید در مورد سایر علائم یائسگی از آنها سؤال نمود زیرا نارسایی تخمدان ها می تواند همراه با احساس گر گرفتگی باشد که این علائم در تعدادی از زنان هنگام شب بیشتر است.<sup>(۱۷)</sup> اگر شرح حال کمک کننده نبود می توان از اندازه گیری هورمون محرک فولیکول ها استفاده نمود. بیماران مبتلا به دیابت که در هنگام شب دچار هیپوگلیسمی می شوند ممکن است تنها علامت آنها عرق شبانه باشد<sup>(۱۸)</sup> که علت آن می تواند نخوردن یک وعده غذا یا فعالیت بدنی بیش از حد باشد. همچنین بیمارانی که در هنگام بعد از ظهر مقادیر زیاد انسولین تزریق می کنند در معرض هیپوگلیسمی شبانه هستند.<sup>(۱۹)</sup> موارد زیر نیز می توانند علت هیپوگلیسمی باشند: کنترل شدید دیابت، نارسایی کلیه، مصرف چند داروی ضد دیابت به صورت همزمان و سن بالا.<sup>(۱۹)</sup> یک ارتباط بین بیماری رفلاکس معده به مری (GERD) و تعریق شبانه مشاهده شده زیرا در اغلب موارد با درمان رفلاکس تعریق شبانه بیماران به طور کامل بهبود می یابد.<sup>(۲۰)</sup>

اگر بیمار با شکایت تعریق شبانه و بی قراری، تپش قلب، کاهش وزن و نا منظم شدن قاعدگی مراجعه کرد باید از نظر پرکاری تیروئید بررسی شود به خصوص اگر محیط زندگی بیمار گرم نباشد. از همراهان بیمار باید در مورد وضعیت بیمار در

شکایت های بیماران مبتلا به HIV تب یا بدون تعریق می باشد. علت تب و تعریق در این بیماران می تواند به علت خود عفونت HIV و یا در اثر عفونتهای فرصت طلب یا لنفوم باشد. بسیاری از بیماران آلوده به HIV که مبتلا به لنفوم می شوند از تب، کاهش وزن و عرق شبانه شاکی هستند.<sup>(۱۲)</sup> عفونتهای همراه HIV مانند مایکوباکتریوم توبرکلوزیس، مایکوباکتریوم آویوم کمپلکس و سایتومگالوویروس نیز باعث تب، کاهش وزن و تعریق شبانه می شوند. عفونت با مایکوباکتریوم آویوم کمپلکس معمولاً از عوارض دیررس عفونت به HIV می باشد و معمولاً زمانی مشاهده می شود که تعداد لنفوسیت های CD4 به کمتر از ۱۰۰ عدد در میلی متر مکعب رسیده باشند<sup>(۳)</sup> سل در بیماران آلوده به HIV می تواند به شکل معمولی آن یعنی تب، سرفه و تعریق شبانه تظاهر کند و یا به شکل های غیر معمول بیماری، همچنین در این بیماران سل خارج ریوی با شیوع بیشتری دیده می شود.<sup>(۳)</sup>

گاهی گرفتن شرح حال درباره مسافرت نیز کمک کننده است برای مثال هیستوپلاسموزیس می تواند تمام علائم سل ریوی مانند سرفه خلط دار طولانی مدت، کاهش وزن و تعریق شبانه را تقلید کند<sup>(۱۳)</sup> coccidioidomycosis نیز ممکن است با علائم سرفه، تب و تعریق شبانه خود نمایی کند.<sup>(۱۴)</sup> با توجه به موارد اعتیاد تزریقی باید به فکر آندوکاردیت نیز بود که می تواند همراه با علائم تب، لرز، تعریق و ضعف باشد. علت تعریق شبانه می تواند باکتری می گذردا در هنگام شب باشد.

شایعترین علامت هوچکین، تب پائین همراه با تعریق شبانه است. تب های موج همراه با تعریق شبانه ممکن است تا چندین هفته در بیماری هوچکین طول بکشد (Pel-Ebstein fevers) در بعضی از بیماران تعریق شبانه ممکن است تنها شکایت آنها باشد.<sup>(۱۵)</sup> گاهی در سایر لنفوم های غیر هوچکین نیز بیماران تعریق شبانه دارند. منونوکلئوز عفونی ناشی از ویروس ابشتاین بار (EBV) به خصوص در مرحله حاد بیماری می تواند سبب

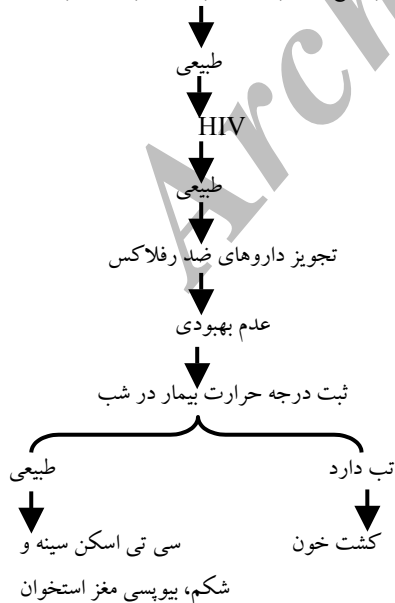
دیگر لنفوم، گرفتاری غدد لنفاوی محیطی بارزتر می باشد. برای تشخیص لنفوم بیوپسی نقش اساسی دارد.<sup>(۲۷)</sup> در هنگام معاینه، وجود لاغری شدید و عفونت بالینی کاندیدا در دهان می تواند به نفع نقص ایمنی باشد.<sup>(۲۸)</sup> در معاینه دهان و ته حلق باید به دنبال بافت های اضافه گشت که می تواند باعث آپنه انسدادی هنگام خواب شود. لرزش خفیف دست ها، آگزوفتالمی و افزایش رفلکس ها پیشنهاد دهنده پر کاری تیروئید می باشند.<sup>(۲۹)</sup>

وجود فشار خون بالا همراه با تعریق شبانه به نفع فئوکروموسیتوما است. اگر در زیر ناخن بیمار خطوط قرمز تیره (splinter hemorrhages) یا ندول های کوچک هموراژیک در کف دست یا پا (Janeway Lesion) یا ندول های کوچک حساس در لمس در کف انگشتان دست و پا (Osler's nodes) مشاهده شد و در سمع قلب نیز سوفل شنیده شد باید به فکر آندوکاردیت بود.<sup>(۳۰)</sup>

#### اگر شرح حال و معاینه کمک کننده نبود:

در صورتیکه بیمار با شکایت تعریق شبانه مراجعه ولی در شرح حال و معاینه بالینی نکته مثبتی پیدا نشود می توان طبق نمودار زیر عمل نمود:

CBC , PPD , ESR , CXR , Wright , TSH



هنگام خواب، مانند خرخر کردن، آپنه و خواب هنگام روز سؤال نمود. آپنه انسدادی هنگام خواب حدود ۴ درصد افراد میانسال را گرفتار<sup>(۳۱)</sup> و می تواند یکی از علل تعریق شدید شبانه باشد.<sup>(۳)</sup> چندین دارو نیز از علل تعریق شبانه می باشند که از میان آنها، داروهای ضد تب از جمله استامینوفن و آسپیرین شایعترین دسته می باشند.<sup>(۹)</sup> بعضی داروهای ضد فشار خون، ضد افسردگی، تاموکسیفن و نیاسین نیز علل احتمالی تعریق شبانه می باشند<sup>(۱۱)</sup> مصرف الکل به خصوص وابستگی به آن نیز باعث تعریق شبانه می شود. چند داروی دیگر نیز باعث تعریق شبانه می شوند که عبارتند از: Donepezil، ایندیناویر، سیکلوسپورین، interferon alfa-2a.<sup>(۳۲)</sup> مواردی چون ایسکمی قلب، هیجان، افسردگی و بیماریهای روماتولوژیک نیز می توانند سبب تعریق شبانه شوند.

بیماری که در دهه ششم تا هشتم زندگی است و با شکایت تعریق شبانه مراجعه می کند باید از وی راجع به علائمی چون حملات شدید سیانوتیک پوست برای چند دقیقه تا چند روز، اسهال آبکی، ویزینگ، کاهش فشار خون و ادم سؤال نمود. در صورتیکه علائم فوق نیز وجود داشت باید به فکر سندرم کارسینوئید افتاد که ناشی از توموری است که سروتونین و یک سری فراورده های بیولوژیک دیگر ترشح می کند.<sup>(۳۳)</sup>

بیماری فئوکروموسیتوما همراه با حملات سر درد، تپش قلب، تعریق و فشار خون می باشد. حملات بیماری چند دقیقه تا چند ساعت طول کشیده و تعداد حملات ممکن است یک بار در ماه تا چندین حمله در یک روز متغیر باشد.<sup>(۳۴)</sup>

#### معاینه بالینی

در هنگام معاینه باید به علائم بالینی به خصوص درجه حرارت بدن و فشار خون دقت نمود. وجود لنف آدنوپاتی<sup>(۳۵)</sup> یا اسپلنومگالی<sup>(۳۶)</sup> احتمال لنفوم یا لوسمی را مطرح می سازد. در تمام انواع لنفوم ها، معمولا غدد لنفاوی سفت و بدون حساسیت می باشند. در نوع هوچکین معمولا غدد لنفاوی گردن و در انواع

## جدول ۱: علل عرق شبانه

عوامل عفونی: سل، بروسلوز، HIV، کمپلکس مایکوباکتریوم آویوم، منونوکلئوز عفونی، عفونتهای قارچی مانند هیستوپلاسموزیس، کوکسیدیوایدومایکوزیس، آبسه های ریوی <sup>(۲)</sup> ، آندوکاردیت، ...
بد خیمی ها: لنفوم، لوسمی، ...
غدد: نارسایی تخمدان ها، هیپرتیروئیدیسم، هیپوگلیسمی شبانه (دیابت ملیتوس).
فتوکروموسیتوما، تو مورکارسینوئید، Takayasu's arteritis، Orchietomy <sup>(۳)</sup> و آرتریت تمپورال <sup>(۴)</sup>
داروها: ضد تب ها مانند سالیسیلات و استامینوفن، ضد فشار خون ها، فنوتیازین ها و موادی مانند الکل و هروئین
متفرقه: آپنه انسدادی هنگام خواب، بیماری رفلاکس معده به مری، بیماریهای گرانولوماتوز <sup>(۵)</sup> ، chronic fatigue syndrome، هیپرپلازی غدد لنفاوی <sup>(۶)</sup> ، پنومونی مزمن ائوزینوفیلیک <sup>(۷)</sup> ، Diabetes insipidus <sup>(۸)</sup> ، آنتزین پرینزمثال <sup>(۹)</sup> ، Anxiety، حاملگی <sup>(۹)</sup>

با گرفتن شرح حال و معاینه دقیق می توان تعداد تشخیص های افتراقی را به حداقل رساند و بر اساس بیشترین احتمالات طبق جدول شماره ۲ تعدادی از آزمایشها را درخواست نمود.

## جدول ۲: بررسی بیمار بر اساس علائم و نشانه های موهود

علائم و نشانه ها	اقدام لازم
تب، تماس با افراد مسلول، تماس جنسی، اعتیاد تزریقی، مصرف لبنیات غیر پاستوریزه، سرفه، کاهش وزن	PPD، گرافی قفسه صدی، شمارش سلولهای خونی، ESR، Wright، آزمایشات HIV، کشت خون
منوپوز	تجویز هورمون
لنف آدنوپاتی در غیاب علائم عفونت	بیوپسی از غدد
علائم عفونت دستگاه تنفسی فوقانی	CBC، 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
سوء هاضمه	تجویز histamine H2 blocker
عدم تحمل گرما، اگزوفتالموس، لرزش	آزمایشهای تیروئید
فشار خون متغیر، حملات سر درد و طپش قلب	آزمایش کاتکولامین یا متانفرین ها در ادرار ۲۴ ساعته
حملات سیانوز، اسهال آبکی، ویزینگ، هیپوتانسیون یا ادم	اگر سطح ۵- هیدروکسی ایندول استیک اسید (5-HIAA) در ادرار زیاد باشد باعث اثبات تشخیص می شود. بعضی مواد غذایی و داروها باعث مثبت شدن کاذب این آزمایش می شوند.
خونریزی زیر ناخن، ضایعات Janeway	کشت خون
Osler's nodes و سوفل جدید قلبی	الکتروکاردیوگرام
اگر هیچ علامت و نشانه ای به جز تعریق شبانه وجود نداشت	از نمودار یک استفاده شود

مطرح باشد، باید داروهای ضد رفلاکس تجویز و در صورت عدم پاسخ باید درجه حرارت شبانه روزی بیمار کنترل تا وجود یا عدم وجود تب آشکار شود. در صورت اثبات تب باید به فکر بیماریهایی چون لنفوم و آندوکاردیت افتاد. محیطهای کشت خون در خواستی باید بتوانند میکروبهای گرم منفی HACEK (Haemophilus species, Kingella) را نیز پوشش دهند. (Kingella) زیرا این عوامل عفونی قادر به رشد در محیطهای کشت معمولی نیستند.<sup>(۳۴)</sup> با انجام سی تی اسکن سینه و شکم و بیوپسی مغز استخوان می توان ضایعات نئوپلاستیک یا بیماریهای گرانولوماتوز را تا حدودی مشخص و بررسی ها را کامل نمود. در صورتیکه تمام آزمایشها و بررسی های فوق طبیعی باشند باید به بیمار اطمینان داد که مبتلا به بیماریهای بدخیم نبوده و در صورتیکه دارای علائم و نشانه های جدیدی آشکار شد مجدداً برای بررسی مراجعه نماید. همچنین به بیماران باید آموزش داد که خودشان قادر باشند غدد لنفاوی بدن خود را بررسی نمایند.

آزمایشهای شمارش سلولهای خونی، Wright، PPD، TSH و گرافی قفسه سینه معمولاً همه جا در دسترس و مقرون به صرفه است و کمک به رد خیلی از بیماریهای احتمالی می کنند. با آزمایش ESR و طبیعی بودن آن می توان خیلی از علل تعریق شبانه که در شروع بیماری هنوز علائم اصلی آنها ظاهر نشده را مانند آندوکاردیت و آرتریت تاکایاسو (Takayasu's arteritis) کنار گذاشت.<sup>(۳۱)</sup> در ۹۰ درصد موارد آندوکاردیت، کشت خون مثبت و ESR بالا می باشد. اکوکاردیوگرافی نیز به تشخیص آندوکاردیت کمک می کند.<sup>(۳۳)</sup> آرتریت تاکایاسو یک بیماری مزمن التهابی آنورت و شاخه های آن با علت نامشخص می باشد. 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 ESR از خصوصیات این بیماری بوده ولی غیر اختصاصی می باشد. برای تشخیص قطعی باید آئورتوگرافی انجام داد.<sup>(۳۳)</sup>

اگر بررسی های فوق منفی و احتمال رفلاکس معده به مری

## References

## منابع

1. Smetana GW. Diagnosis of night sweats. JAMA 1993; 270: 2502-3.
2. Marrie TJ. Pneumonia, including necrotizing pulmonary infections (lung abscess). In: Isselbacher KJ, ed. Harrison's Principles of Internal Medicine. 16<sup>th</sup> ed. New York: McGraw Hill; 2004. PP.1528- 41.
3. Moore CB. Night sweats in prostatic cancer. JAMA 1969; 208:155.
4. Morris GC, Thomas TP. Night sweats presentation 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: 1385-7.
6. McCluskey DR, Buckley MR, McCluggage WG. 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; 234:1252-3.
9. Fred HL. Night sweats. Hosp Pract 1993; 28: 88.

۱۰. آیت اللهی جمشید. درمان سل (راهنمای برنامه کشوری) یزد. انتشارات طب گستر با همکاری معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، سال ۱۳۷۹، ص ۵.

۱۱. آیت اللهی جمشید. نوروبروسلوز. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد. سال یازدهم، شماره سوم، پائیز ۱۳۸۲، ص ۲ - ۷۰.

12. Aboulaflia DM, Mitsuyasu RT. Neoplasms in the acquired immunodeficiency syndrome. In: Kelley WN, Scholossberg D, eds. Textbook of internal medicine. 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Raven; 1997. PP. 1895 -7.
13. Bennett JE. Histoplasmosis. In: Isselbacher KJ, ed. Harrison's Principles of Internal Medicine. 16<sup>th</sup> ed. New York: McGraw Hill; 2004.PP. 1179- 80.
14. El-Ani AS, Elwood CM. A case of coccidioidomycosis with unique clinical features. Arch Intern Med 1978; 138: 142-2.
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: 2074-7.
16. Lambore S, McSherry J, Kraus AS. Acute and chronic symptoms of mononucleosis. J Fam Pract 1991; 33: 33-7.
17. McAllister M. Menopause: providing comprehensive care for women in transition. Lippincotts Prim Care Pract 1998; 2: 256-70.
18. Gale EA, Tattersall RB. Unrecognized nocturnal hypoglycemia in insulin- treated diabetics. Lancet 1979; 1: 1049-52.
19. Powers AC. Diabetes mellitus. In: Isselbacher KJ, ed. Harrison's Principles of Internal Medicine 16<sup>th</sup> ed. New York: McGraw Hill; 2004.PP. 2152-60.
20. Reynolds WA. Are night sweats a sign of esophageal reflux? [Letter] J Clin Gastroenterol 1989; 11: 590-1.
21. Young T, Palta M, Dempsey J, et al. The occurrence of sleep- disordered breathing among middle- aged adults. N Engl J Med 1993; 328: 1230-5.
22. Physicians' desk reference. 53<sup>rd</sup> ed. Montvale, N J: Medical Economics; 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 management. Baillieres Clin Endocrinol 1992; Metab 6:143.
25. Williamson HA JR. Lymph adenopathy in a family 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; 90:130-3.
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; 30:662-5.
29. Koutras DA. Subclinical hyperthyroidism. *Thyroid* 1999; 9:311-6.
30. Bayer AS. Diagnosis and management of infective endocarditis and its complication. *Circulation* 1998; 98:2936-8.
31. Deklein E. Fever of unknown origin (FUO): Diagnostic procedures in a prospective multicenter study of 167 patients. *Medicine* 1997; 76: 401-4.
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 Rev Med* 1997; 48: 25-8.

Archive of SID

## *Night Sweats*

Ayatollahi J., MD\*

*Night Sweats are a common outpatient complaint, yet literature on the subject is scarce. Tuberculosis, brucellosis and lymphoma are diseases in which night sweats are a dominant symptom, but these are infrequently found to be the cause of night sweats in modern practice. While these diseases remain important diagnostic considerations in patients with night sweats, other diagnoses to consider include human immunodeficiency virus, gastroesophageal reflux disease, obstructive sleep apnea, hyperthyroidism, hypoglycemia, and several less common diseases.*

*Antihypertensives, antipyretics, other medications, and drugs of abuse such as alcohol and heroin may cause night sweats. Serious causes of night sweats can be excluded with a thorough history, physical examination, and directed laboratory and radiographic studies. If a history and physical do not reveal a possible diagnosis, physicians should consider wright, a purified protein derivative, complete blood count, human immunodeficiency virus test, thyroid – stimulating hormone test, erythrocyte sedimentation rate evaluation, chest radiograph, and possibly chest and abdominal computed tomographic scans and bone marrow biopsy.*

**KEY WORDS:** *Night, Sweats*

\*Tropical and Infectious disease dept, Faculty of medicine, Yazd University of Medical Sciences and health services, Yazd, Iran.