

HIV 感染者にみられた消化管合併症の臨床的検討

横浜市立市民病院感染症部

坂本 光男 足立 拓也 相楽 裕子

東京慈恵会医科大学内科学講座第二

吉 川 晃 司

(平成 11 年 10 月 12 日受付)

(平成 11 年 11 月 24 日受理)

Key words : HIV infection, gastrointestinal infection, amebiasis, sexually transmitted disease

要 旨

HIV 感染症における消化管合併症について臨床的検討を行った。1993 年 1 月から 1998 年 12 月までの 6 年間に横浜市立市民病院感染症部を受診した HIV 感染者 71 例のうち経過中に消化管合併症を併発したのは 26 例であった。男性 24 例、女性 2 例で、平均年齢は 44.7 歳、中央値は 42.5 歳であった。21 例が日本人、5 例が東南アジア人であった。消化管合併症発症時の CD4 値は平均 143/μl、中央値 32/μl であった。消化管合併症の内訳は食道カンジダ症 6 例、cytomegalovirus 性胃炎、胃カポジ肉腫各 1 例、赤痢アメーバ症 8 例、感染性腸炎 11 例、腸管病原体キャリア 3 例であった。

食道および胃の合併症は CD4 値の非常に低下した症例に多く、診断には内視鏡が有用であった。アメーバ症は CD4 値の保たれた症例でも発症していた。同性間性的接触の経験のある男性症例が多く、性行為によって HIV のみならず赤痢アメーバにも感染したものと考えられた。感染性腸炎およびキャリアからは原虫や抗酸菌などが多く検出された。通常の食品媒介感染症のほか、外国人や渡航歴を有する日本人など輸入感染症と考えられる症例もあった。消化管合併症は日和見感染症・腫瘍と考えられる疾患が主であったが、輸入感染症、食品媒介感染症、性感染症と考えられる疾患も認められた。さまざまな患者背景を考慮し、診断・治療にあたる必要があると考えられる。

[感染症誌 74 : 57~63, 2000]

序 文

HIV 感染症においては免疫機能の低下に伴いさまざまな合併症を併発する。なかでも消化管の合併症の頻度は高く、これを契機に HIV 感染症を発見される場合も少なくない¹⁾。HIV 感染症における消化管合併症では健常人に比較して症状が重篤であったり、複数の疾患を合併していたり、複

数の病原微生物が関与していることも多い。また経過も健常人の場合と異なり、再発、再燃を繰り返したりして死亡する場合もある。そこで今回横浜市立市民病院感染症部（以下当院）において過去 6 年間に経験した HIV 感染症にみられた消化管合併症について臨床的検討を行った。

対象および方法

1993 年 1 月から 1998 年 12 月までの 6 年間に当院を受診した HIV 感染者 71 例のうち経過中に

別刷請求先：(〒240-8555)横浜市保土ヶ谷区岡沢町56
横浜市立市民病院感染症部 坂本 光男

平成12年 1月20日

Table 1 Characteristics of the patients with gastrointestinal diseases associated with HIV infection (1)

| Case | Age | Sex | Gastrointestinal diseases | No of CD4 ⁺ (μ l) | Therapy | Prognosis | Extragastrointestinal diseases |
|------|-----|-----|---|-----------------------------------|------------------------------|-------------------|--|
| 1 | 64 | M | esophageal candidiasis | 35 | fluconazole | cure → dead | lung tuberculosis Kaposi's sarcoma of lung |
| 2 | 29 | M | esophageal candidiasis | 6 | fluconazole | cure | none |
| 3 | 48 | M | esophageal candidiasis | 6 | fluconazole | cure → dead | tuberculous lymphadenitis malignant lymphoma |
| 4 | 54 | M | esophageal candidiasis amebic colitis | 123 | fluconazole metronidazole | cure | <i>Pneumocystis carinii</i> pneumonia |
| 5 | 59 | M | esophageal candidiasis | 24 | itraconazole | cure → dead | <i>Pneumocystis carinii</i> pneumonia atypical mycobacteriosis progressive multifocal leukoencephalopathy |
| 6 | 29 | M | esophageal candidiasis | 2 | itraconazole | cure | malignant lymphoma |
| 7 | 29 | M | CMV gastritis gastric Kaposi's sarcoma giardiasis metagonimiasis yokogawai | 33 | ganciclovir ABV | cure | <i>Pneumocystis carinii</i> pneumonia Kaposi's sarcoma of skin, neck lymphnode and oral cavity |
| 8 | 38 | M | amebic liver abscess | 530 | metronidazole | cure | none |
| 9 | 51 | M | amebic liver abscess with colitis | 14 | metronidazole | cure → dead | <i>Pneumocystis carinii</i> pneumonia Kaposi's sarcoma of skin |
| 10 | 43 | M | amebic liver abscess with colitis | 183 | metronidazole PTAD | relapse → cure | none |
| 11 | 70 | M | amebic colitis with genital ulcer | 160 | no therapy | dead | none |
| 12 | 69 | M | amebic liver abscess with colitis | 612 | metronidazole PTAD | relapse → cure | none |
| 13 | 31 | M | amebic colitis | 817 | metronidazole | relapse → cure | none |
| 14 | 47 | M | amebic liver abscess with colitis giardiasis | 684 | metronidazole PTAD | cure | none |

ABV ; chemotherapy of doxorubicin, bleomycin and vindesin

PTAD ; percutaneous transhepatic abscess drainage

消化管の合併症を併発し、その原因が明らかとなった26例を対象とした。男性24例、女性2例、年齢は25から70歳で平均年齢は44.7歳、中央値は42.5歳であった。21例が日本人、5例が外国人であり、うち女性は2例で、すべてが東南アジア人であった。HIVの推定感染経路は男性24例のうち13例が同性間性的接触、10例が異性間性的接触、1例が血液製剤であった。女性2例は異性間性的接触であった。

消化管合併症発症時のCD4値は1~817/ μ lであり、平均143/ μ l、中央値32/ μ lであった。

消化管合併症の診断は上部消化管内視鏡所見、糞便あるいは胆汁の培養、鏡検による病原微生物

の検出、生検あるいは剖検による病理組織学的な診断、血清抗体価の上昇によって行った。

結 果

1) 消化管合併症の内訳

26例のHIV感染者にみられた消化管合併症の内訳をTable 1~2に示した。糞便検査にて病原微生物が検出されたにもかかわらず、下痢や腹痛などの消化器症状が認められなかった症例はキャリアとした。

食道カンジダ症は、全例上部消化管内視鏡による肉眼所見により診断された。CMV胃炎および胃カポジ肉腫は生検組織にて病理組織学的に診断された。赤痢アメーバ症では糞便もしくは胆汁の

Table 2 Characteristics of the patients with gastrointestinal diseases associated with HIV infection (2)

| Case | Age | Sex | Gastrointestinal disease | No of CD4 ⁺ (/μl) | Therapy | Prognosis | Extragastrointestinal diseases |
|------|-----|-----|---|---------------------------------|---|----------------------------|--|
| 15 | 45 | M | infective colitis (<i>Campylobacter jejuni</i>) | 43 | clarithromycin | cure | Kaposi's sarcoma of skin |
| 16 | 38 | M | colon tuberculosis | 22 | isoniazid rifampicin ethambutol | cure → dead | atypical mycobacteriosis herpes simplex virus infection penicilliosis tuberculous peritonitis |
| 17 | 56 | M | atypical mycobacterial colitis (MRSA, <i>Aeromonas hydrophila</i> , <i>Vibrio fluvialis</i>) | 39 | clarithromycin | dead | systemic atypical mycobacteriosis |
| 18 | 59 | M | CMV colitis | 2 | foscarnet | cure → dead | <i>Pneumocystis carinii</i> pneumonia malignant lymphoma |
| 19 | 42 | M | infective colitis (<i>Vibrio parahemolyticus</i>) | 257 | fosfomycin | cure | none |
| 20 | 39 | F | clonorchiasis sinensis | 1 | praziquanter | cure → returned to home | atypical mycobacteriosis herpes simplex virus infection |
| 21 | 34 | M | isosporiasis giardiasis | 11 | co-trimoxazole metronidazole | cure → returned to home | none |
| 22 | 38 | M | carrier (<i>Metagonimus yokogawai</i>) | 1 | praziquanter | eradicated | <i>Pneumocystis carinii</i> pneumonia |
| 23 | 28 | F | giardiasis | 5 | metronidazole | returned to home | unkown |
| 24 | 41 | M | colon tuberculosis | 29 | isoniazid rifampicin streptomycin pyrazinamide | cure | lung tuberculosis toxoplasmosis |
| 25 | 25 | M | carrier (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>) | 32 | isoniazid rifampicin streptomycin pyrazinamide | returned to home | lung tuberculosis toxoplasmosis |
| 26 | 55 | M | carrier (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>) | 51 | isoniazid rifampicin streptomycin pyrazinamide | dead | lung tuberculosis |

検鏡にて赤痢アメーバが検出されたものが5例、大腸鏡による生検組織にて病理組織学的に診断されたものが1例、血清抗体価上昇によるものが1例、剖検にて診断されたものが1例であった。感染性腸炎およびキャリアでは糞便培養で病原体が検出されたものが6例、糞便の検鏡で病原体が検出されたものが6例、大腸鏡による生検組織で病理組織学的に診断されたものが2例であった。

2) 消化管以外の AIDS 指標疾患の合併 (Table 1~2)

26例のうち AIDS を発症していたのは18例であり、消化管以外にも多彩な AIDS 指標疾患の合併が認められた。18例中12例で複数の指標疾患

の合併が認められた。

非定型抗酸菌症 (*M. avium*) 4例中1例、カポジ肉腫4例中1例では消化管にも病変が認められた。結核症6例中4例で糞便からも結核菌が分離され、このうち2例では下痢が認められた。残りの2例は下痢は認められず、喀痰からも結核菌が検出されていることよりキャリアと考えられた。なおこの2例については大腸鏡検査は施行されなかった。

3) 臨床的特徴

a) 食道カンジダ症

発症時の CD4 値は 2~123/μl で平均 32/μl、中央値 15/μl であった。全例男性で、推定感染経路は

同性間性的接触が4例, 異性間性的接触が2例であった。6例中5例に食道カンジダ症以外のAIDS指標疾患が合併していた。6例中4例でfluconazoleが, 2例でitraconazoleが投与され, 全例治癒した。しかしその後他の合併症で3例が死亡した。直接死因となったのは肺カポジ肉腫, 悪性リンパ腫, 進行性多巣性白質脳症であった。

b) CMV 胃炎, 胃カポジ肉腫

同一症例が相次いで合併したものである。同性間性的接触にて感染したと考えられる男性で, CD4値は33/μlであった。カポジ肉腫は胃の他に口腔内, 皮膚, 頸部リンパ節にも認められた。CMV性網膜炎は認められなかった。CMV p-65抗原(C7-HRP)は40,000白血球当たり19と陽性を示していた。CMV胃炎はganciclovirの静脈内投与により治癒した。胃カポジ肉腫に対してはプロテアーゼ阻害薬を含む抗HIV療法を行いつつ経過を観察していたが, 口腔内病変が急速に増大したためdoxorubicin, bleomycin, vindesinの3剤併用療法を6クール行った。その後の胃および皮膚生検組織ではカポジ肉腫は認められなかった。

c) 赤痢アメーバ症

全例男性で, 同性間性的接触により感染したと考えられる症例が8例中7例であった。そのうち1例はジアルジア症を合併していた。また8例中6例で梅毒血清反応が陽性であった。発症時のCD4値は14~817/μlで, 平均390/μl, 中央値356/μlであり, 500/μl以上の症例が4例あった。AIDS発症例は8例中2例のみであり, 1例はカリニ肺炎とカポジ肉腫, 1例はカリニ肺炎と食道カンジダ症を合併していた。この2例は赤痢アメーバ症の中ではCD4値が低かった。赤痢アメーバ症に対してはmetronidazoleの経口投与が行われ, 肝膿瘍を併発した5例中3例には経皮経肝膿瘍ドレナージが施行された, 腸炎と会陰部膿瘍を合併した症例は会陰部膿瘍から細菌感染を併発し, 確定診断以前に敗血症にて死亡したため治療は行われなかった。剖検にて膿瘍部より赤痢アメーバが検出された。この1例を除き7例は治癒した。7例中3例で再発がみられたが, 再治療によりいずれも赤痢アメーバは消失した。治癒した7例中1例は

Table 3 Microorganisms detected from patients and carriers of infectious colitis

| Pathogens | No of strains |
|-----------------------------------|---------------|
| <i>Giardia lamblia</i> | 4 |
| <i>Isohora belli</i> | 1 |
| <i>Metagonimus yokogawai</i> | 2 |
| <i>Clonorchis sinensis</i> | 1 |
| <i>Campylobacter jejuni</i> | 1 |
| <i>Vibrio parahaemolyticus</i> | 1 |
| <i>Vibrio fluvialis</i> | 1 |
| <i>Aeromonas hydrophila</i> | 1 |
| MRSA | 1 |
| <i>Mycobacterium tuberculosis</i> | 4 |
| <i>Mycobacterium avium</i> | 1 |
| Cytomegalovirus | 1 |
| Total | 19 |

MRSA肺炎, 敗血症のため死亡, 1例は通院せずその後の経過は不明である。

d) 感染性腸炎およびキャリア

感染性腸炎11例から16株, キャリアー3例から3株計19株の病原微生物が検出された。Table 3にその内訳を示す。複数病原微生物が検出されたのは3例で, 4種分離例が1例, 2種分離例が2例であった。4種分離の1例では*M. avium*感染症の経過中に*A. hydrophila*と*V. fluvialis*, その後MRSAが分離された。2種分離例のうち1例はイソスポーラとランブル鞭毛虫が, 1例は横川吸虫とランブル鞭毛虫がそれぞれ検出された。病原微生物検出時のCD4値は1~684/μlであり, 平均86/μl, 中央値30/μlであった。原虫・吸虫が検出された6例のうち3例は外国人であり, 日本人3例のうち1例は直前にタイへの渡航歴があった。食中毒原因菌が単独で検出されたのは2例で, いずれも外来通院中の症例であった。抗酸菌が検出された5例のうち4例は肺, リンパ節など腸管以外の臓器にも感染巣がみられた。CMVが検出された59歳の男性例は, 大腸鏡下直腸生検によって診断された。CD4は2/μlと極度に低下し, カリニ肺炎を合併していたが, 網膜や上部消化管にはCMV感染の所見は認められなかった。感染性腸炎のうち*M. avium*が検出された1例は, 腸炎から*M. avium*による敗血症を併発し死亡したが,

残りの症例では抗菌薬、抗原虫薬、抗結核薬、抗ウイルス薬の投与で改善した。改善した10例のうち2例は他の合併症のため死亡、3例は母国に帰国、1例は他院に転院した。死亡した2例の死因はペニシリウム症と小脳悪性リンパ腫であった。キャリアー3例のうち1例は肺結核のため死亡、1例は帰国、1例は駆虫された。

考 察

HIV 感染症における消化管疾患は重要な合併症であり、これまでも数々の報告がなされている²³⁾。通常は上部消化管において感染性病変がみられることは少ないが HIV 感染症ではしばしば日和見感染症がみられる⁴⁾。今回の検討でも食道カンジダ症、CMV 胃炎、胃カポジ肉腫といった日和見感染症、腫瘍が認められた。これら上部消化管の合併症の診断には内視鏡検査が有用であった。これらの合併症は消化管以外にもみられる場合があり、口腔カンジダ症や CMV 網膜炎、皮膚カポジ肉腫などの疾患を有する場合には消化管病変についても検索する必要があると考えられた。

下部消化管では通常でも感染性腸炎はしばしば認められるが、HIV 感染症においては検出される病原微生物が通常とは異なっていた。抗酸菌や原虫、寄生虫といった比較的病原性の低い病原体が多くみられた。これらの多くは AIDS 診断のための指標疾患に指定されている。当然のことながら CD4 陽性リンパ球数が著しく低下した症例が多く、消化管以外にも合併症を有していることが多かった。特に抗酸菌が検出された症例では肺やリンパ節などにも病変を有しており、全身感染症の部分症状として腸炎をきたしていると考えられた。糞便から結核菌が検出されたにもかかわらず、下痢、腹痛などの消化器症状の認められない症例も2例みられた。活動性肺結核ではしばしば糞便からも結核菌が検出されることが知られている⁹⁾。今回の2例では消化器症状が全く認められなかったこと、大腸鏡検査、組織学的検査が行われていないことより腸結核と診断するには不十分でありキャリアとした。HIV 感染症において結核および非定型抗酸菌症が合併した場合には消化管の病変の合併にも注意しなければならないと考え

られた。

また今回検出された原虫、寄生虫のなかにはイソスポーラ、ランブル鞭毛虫、肝吸虫など我が国ではまれな病原体がみられた。症例の多くは外国人や東南アジアへの渡航歴をもつ日本人であり、輸入感染症として本邦に持ち込まれた可能性が高い。東南アジア地域では腸管原虫・寄生虫症とともに HIV 感染症も流行している。外国人や海外で HIV に感染したと考えられる日本人症例の増加に伴いこのような輸入感染症と考えられる腸管原虫・寄生虫症を合併する症例も増加することが予想される。一般にこれらの原虫・寄生虫症は健常人では症状が軽度で無治療でも自然に寛解する場合も多いが、HIV 感染者では適切な治療が行われないと症状が重篤化したり、慢性化したりして致命的となることもある。イソスポーラが検出された外国人症例は1カ月以上にわたり慢性の下痢を呈し、脱水による腎前性の急性腎不全を併発した⁶⁾。肝吸虫が検出された外国人女性例も高度の水様性下痢を呈していたが、praziquantel の投与で改善した。肝吸虫は本邦を含めアジア地域に分布しており類似疾患にタイ肝吸虫がある。肝吸虫卵とタイ肝吸虫卵の鑑別は容易ではなく、この症例から検出された虫卵がタイ肝吸虫であった可能性も否定はできない。肝吸虫症およびタイ肝吸虫症では通常無症状であり、下痢などの症状を表すのは感染虫体数が増加した場合に限られる⁷⁾。肝吸虫が下痢の原因であったかどうか議論の余地はあるが、この症例は CD4 値が $1/\mu\text{l}$ であり、極度の免疫不全状態では通常と異なった症状を呈する可能性があると考えられた。それに対し横川吸虫が検出された症例では、CD4 値が $1/\mu\text{l}$ であったにもかかわらず全く下痢は認められず、免疫機能の低下と症状の重篤度とは必ずしも相関はみられなかった。診断には糞便の検鏡が有用であるが、1回のみ検査では検出されない場合があるので、疑わしい場合には繰り返し糞便検査を行うことが重要であると考えられた。

これらのまれな病原体に加え、腸炎ビブリオやカンピロバクターといった通常よくみられる病原菌も検出された。いずれも外来通院中の症例で

あった。これらは健常人でも発症することがあり、HIV 感染症に特有の合併症とはいえないが、細菌性食中毒の増加に伴い HIV 感染症においても合併する危険が高いと考えられる。カンピロバクターは海外では HIV 感染者の下痢の原因菌として最も多く分離されているとの報告があるが⁸⁾、我が国では報告例は少ない⁹⁾。今回の 2 例は CD4 値が比較的保たれていたこともあり、抗菌薬の投与ですみやかに改善された。

赤痢アメーバ症も多く認められた。腸炎のみならず、肝膿瘍や会陰部膿瘍を併発している症例がみられた。最近アメーバ赤痢は増加傾向にあるが、その要因として男性同性愛者における性行為に伴う感染が関与していることが指摘されている¹⁰⁾。今回の検討でも赤痢アメーバ症を合併した 8 例中 7 例が男性同性愛・両性愛者であり、性行為による感染が推定された。また本症を契機に HIV が診断された症例が 8 例中 7 例あった。味澤らの報告でも同様の指摘がされている¹¹⁾。男性同性愛者における性的接触は HIV と赤痢アメーバの共通の危険因子であり、赤痢アメーバ症の患者をみた場合には常に HIV 感染症の合併の有無を確認する必要があると考えられた。赤痢アメーバ症とジアルジア症を合併した症例が 1 例みられたが、ランブル鞭毛虫は先に述べたように輸入感染症としての側面のみならず、性感染症としての側面も持ち合わせていると考えられた。治療に対する反応性は良好であり、HIV 陰性者との間で特に差はみられなかった。ただし再発例が多いので十分量の治療を行った後、長期間にわたる観察が必要と考えられた。

HIV 感染症における消化管合併症は日和見感染症・腫瘍と考えられる合併症が主であったが、輸入感染症、食品媒介感染症、性感染症と考えられる疾患も含まれていた。プロテアーゼ阻害薬の導入とともに HIV 感染症の予後は改善されてきている¹²⁾。それに伴い日和見感染症・腫瘍の合併

は減少していくことが予想される一方で、変異株出現による予後の悪化も懸念されている。また CD4 値とは関係しない合併症も存在する。さまざまな患者背景を考慮し、診断・治療にあたる必要があると考えられる。

本論文の要旨は第 73 回日本感染症学会総会（1999 年 3 月、東京）において発表した。

文 献

- 1) 山田義也, 門馬久美子, 草刈幸次, 他: 食道カンジダ症で確診された AIDS の 1 例. 胃と腸 1994; 29: 1422-1424.
- 2) 吉田行哉, 橋本光代, 早川和雄, 他: 後天性免疫不全症候群 (AIDS) の 1 症例における消化管病変について. 日本消化器病学会誌 1988; 85: 1288-1294.
- 3) 増田剛太, 根岸昌功, 味澤 篤, 他: 日本人に発症した 2 例のクリプトスポリジウム症. 感染症誌 1991; 65: 1614-1619.
- 4) 山田義也: エイズの内視鏡検査. Gastroenterol Endosc 1998; 40: 991-997.
- 5) 八尾恒良, 櫻井俊弘, 山本淳也, 他: 最近の腸結核 10 年間の本邦報告例の解析. 胃と腸 1995; 30: 485-490.
- 6) 坂本光男, 足立拓也, 相楽裕子, 井関基弘: インスポラ症による下痢を初発症状とした外国人 AIDS の 1 例. 感染症誌 1998; 72: 643-646.
- 7) 青木克己: 肝吸虫症. 新熱帯感染症学(竹田美文, 多田 功, 南嶋陽一編), 南山堂, 東京, 1996; 304-306.
- 8) JM Molina, I Casin, P Hausfater *et al.*: *Campylobacter* infections in HIV-infected patients: clinical and bacteriological features. AIDS 1995; 9: 881-885.
- 9) 古西 満, 森 啓, 寺本正治, 他: *Campylobacter jejuni* 腸炎を発症した HIV 感染症の 3 例. 感染症誌 1997; 71: 1071-1073.
- 10) 増田剛太: 赤痢アメーバ大腸炎・クリプトスポリジウム症. 臨床と微生物 1998; 25: 309-312.
- 11) 味澤 篤: HIV 感染症にみられる腸管感染症. 日本の感染性腸炎 II (入交昭一郎, 斎藤 誠, 中谷林太郎, 松原義雄監修), 業根出版, 東京, 1996; 285-290.
- 12) 岡 慎一: 重症難治感染症の治療と進歩 1) HIV 感染症. 日内会誌 1998; 87: 2240-2244.

Gastrointestinal Diseases Associated with HIV Infection

Mitsuo SAKAMOTO, Takuya ADACHI & Hiroko SAGARA

Department of Infectious Diseases, Yokohama Municipal Citizen's Hospital

Koji YOSHIKAWA

Second Department of Internal Medicine, The Jikei University School of Medicine

A clinical studies were carried out on gastrointestinal diseases associated with HIV infection. During the 6 years between January 1993 and December 1998, 71 HIV infected cases visited to Yokohama Municipal Citizen's hospital, and 26 of them developed gastrointestinal complications during the course of their illness. They consisted of 24 males and 2 females, with the mean age of 44.7 years and the medial value of 42.5 years. Of the 26 patients, 21 were Japanese, and the remaining 5 were Southeast Asian. The mean CD4 count was 143/ μ l and the medial value was 32/ μ l at the time of development of complications. Gastrointestinal complications were esophageal candidiasis in 6 patients, cytomegalovirus (CMV) gastritis and gastric Kaposi's sarcoma in 1 patient each, amebiasis in 8 patients, infectious colitis in 11 patients, and asymptomatic pathogen carriers in 3 patients. Esophageal and gastric complications were common in patients with low count of CD4, and endoscopy was useful for diagnosis. Amebiasis developed even in patients with normal CD4 and was common in males with experience in homosexual contact. It seems that homosexual contact acquire not only HIV infection but also *Entamoeba histolytica* through sexual contact. Protozoan and acid-fast bacteria were detected at high rate in patients with infectious colitis and asymptomatic pathogen carriers. Besides food-born infections, imported infections were seen in foreign and Japanese patients who had traveled abroad. The gastrointestinal diseases associated with HIV infections for the most part were opportunistic infections or tumors but imported, food-born, and sexually transmitted infections were also observed. It seems necessary to take into consideration of varying background of patients in the treatment of gastrointestinal diseases associated with HIV infections.