

# 花蓮地區肝硬化、肝癌死亡年齡及生活習慣初探討 - 以花蓮市某區域教學醫院資料庫為例

鄭穆良<sup>1</sup> 林軒毓<sup>2</sup> 謝泉發<sup>3</sup>

花蓮門諾醫院 <sup>1</sup>腸胃內科 <sup>2</sup>家庭醫學科  
<sup>3</sup>聯新國際醫院 院長室

## 摘 要

2020年因為慢性肝病及肝硬化(以下簡稱慢性肝病)死亡的國人中,花蓮縣的標準化死亡率(每10萬人口26.6人)為全台灣標準化死亡率(每10萬人口10.3人)的兩倍之多<sup>1</sup>。其相關危險因子值得吾人關注。本研究自花蓮市某區域教學醫院資料庫,納入管理之慢性B、C型肝炎病人,排除酒精性肝病等其他死亡原因,並排除死亡年齡76歲以上者,最後共100位因慢性肝病或肝癌死亡個案列為統計對象。以病歷回溯死亡病人的生活習慣(過量飲酒、吸菸、嚼食檳榔)。結果:因慢性肝病死亡的個案中,有不良習慣的平均死亡年齡(52.9歲)顯著低於無不良習慣者(61.5歲)( $P=0.004$ )。在有不良生活習慣的族群中,B型肝炎患者的平均死亡年齡有低於C型肝炎患者的趨勢,尤其在肝癌死亡的個案中兩者有顯著的差異( $P=0.038$ )。多變項分析顯示,慢性肝病死亡的個案中,不良生活習慣與小於平均死亡年齡有顯著相關( $OR=15.7$ ,  $P=0.013$ )。結論:慢性B、C肝病患有不良生活習慣者,因慢性肝病死亡的平均年齡較低。有不良生活習慣的B型肝炎患者,因肝癌死亡的平均年齡較C型肝炎患者為低。除了B、C型肝炎防治外,要減少慢性B、C肝病患因慢性肝病造成的中壯年死亡,改善生活習慣應是重要的努力方向。

**關鍵詞:** 慢性肝病死亡 (Chronic liver disease death)  
肝硬化死亡 (Liver cirrhosis death)  
肝癌死亡 (Hepatocellular carcinoma death)  
過量飲酒 (Excessive drinking)  
吸菸 (Tobacco use)  
嚼食檳榔 (Betel quid chewing)

## 引 言

肝病長期以來被認為是臺灣的「國家疾病」<sup>1,2</sup>,自1984年台灣逐步全面實施B型肝炎疫苗預防注射,2003年起健保署開放慢性B、C

型肝炎抗病毒藥物及干擾素健保給付,2017起逐步有計畫性的將直接作用抗病毒藥物(Direct-acting antiviral agent, DAA)納入C型肝炎健保給付,台灣十大死因中,慢性肝病及肝硬化(以下簡稱慢性肝病)在2015年後已降至第10名,

B、C 肝的抗病毒藥物治療，對於慢性肝病的死亡率有顯著的影響。然根據衛福部資料統計 2020 年台灣慢性肝病標準化死亡率為每 10 萬人口 10.3 人，花蓮縣為每 10 萬人口 26.6 人，為花蓮地區十大死亡第 8 名，且在其 13 鄉鎮市肝硬化死亡率大於每 10 萬人口 60 人的鄉即有 2 個（圖一），顯見花蓮縣肝硬化死亡除了 B、C 肝炎外尚有其他相關危險因子值得吾人關注。

資料顯示，花蓮地區未注射疫苗族群之 B 型肝炎盛行率為 15-20%<sup>3</sup>，鄉村地區達 30-35%<sup>4</sup>，而慢性 C 型肝炎之盛行率高達 20%<sup>5</sup>。除了病毒外，根據過往研究顯示，不良的生活習慣如過量飲酒、吸菸、嚼食檳榔等，亦會加劇慢性肝病進展<sup>6</sup>，而過往研究發現東部鄉村地區過量飲酒的盛行率亦較高<sup>7,8</sup>。本研究目的即在於探討與花蓮地區慢性肝病或肝癌死亡年齡與 B、C 型肝炎及生活習慣之相關性。

## 材料與方法

### 一、研究設計與對象

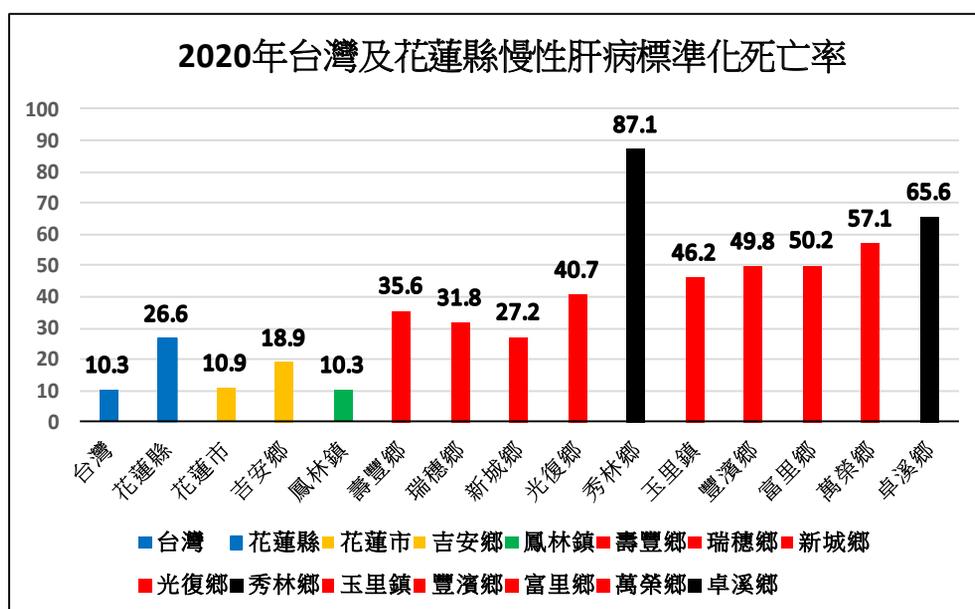
本研究分析衛生福利部公開資料及花蓮市某區域教學醫院資料庫，並以該醫院 2008 年至 2019 年納入管理之慢性 B、C 型肝炎病人為對象，排除酒精性肝病等其他死亡原因，並排除

死亡年齡 76 歲以上者。透過病歷回溯方式取得研究個案之人口學特徵（性別、死亡年齡）、死亡原因、感染之病毒性肝炎、不良生活習慣（過量飲酒、吸菸、嚼食檳榔）等資料；過量飲酒定義為持續喝酒大於 5 年，吸菸及嚼食檳榔以病歷紀錄為依據。

我們另將 2019 年花蓮縣 13 鄉鎮慢性肝病死亡率模擬處理大量傷患分類法及現在災難情境之檢傷分類法 (Simple triage and rapid treatment (START)<sup>9</sup>，將花蓮縣 13 鄉鎮慢性肝病依標準化死亡率分為黑、紅、黃、綠等四級，標準化死亡率大於每十萬人口 60 人標示為黑色，標準化死亡率大於花蓮縣平均但小於每 10 萬人口 60 人標示為紅色，標準化死亡率介於花蓮縣及台灣地區平均者標示為黃色，標準化死亡率低於台灣地區平均者標示為綠色<sup>1</sup>。

### 二、資料處理與分析

敘述性統計以平均死亡年齡和標準差呈現，並依死因、性別、病毒性肝炎以及有無不良生活習慣分類。分析性統計以死因、性別、病毒性肝炎、以及不良生活習慣進行分層分析，統計方法使用獨立樣本 T 檢定。多變項分析以死亡年齡是否小於全體收案對象之平



圖一：2019 年台灣，花蓮縣及十三鄉鎮慢性肝病肝硬化標準化死亡率。

均死亡年齡(55 歲)作為結果，以病毒性肝炎、不良生活習慣校正，進行邏輯迴歸分析。本研究統計分析以 SPSS version 20.0 (IBM Co., Armonk, NY, USA) 軟體進行，p 值 <0.05 為具有統計上顯著差異。

## 結 果

細部分析發現 2019 年花蓮縣慢性肝病標準化死亡有 2 個鄉鎮高於每十萬人口 60 人(圖一)。

從該院資料庫共登錄及在案管理慢性 B、C 型肝炎人數為 6983 人，其中死亡人數為 532 人，當中以肝癌或慢性肝病為死亡主因者共 263 人，以酒精肝炎為死亡主因者共 109 人，76 歲(含)以上死亡人數為 54 人，排除 76 歲(含)以上死亡以及因酒精性肝病死亡的個案後，計 100 筆死亡資料納入分析。

全體收案對象之平均死亡年齡為  $55.5 \pm 9.4$  歲；男性 64 位，平均死亡年齡為 54.5 歲；女性佔 36 位，平均死亡年齡為 57.1 歲。其中肝癌死亡有 43 位，慢性肝病死亡有 57 位。全體收案對象平均死亡年齡為 55.5 歲。肝癌死亡的平均死亡年齡為 56.7 歲；其中 HBV 平均死亡年齡為 54.6 歲，HCV 平均死亡年齡為 60.1 歲，HBV+HCV 平均死亡年齡為 60.7 歲。慢性肝病死亡的平均死亡年齡為 54.5 歲；其中 HBV 平均死亡年齡為 53.2 歲，HCV 平均死亡年齡為 56.0 歲，HBV+HCV 平均死亡年齡為 55.3 歲。全體收案對象中，有不良生活習慣的平均死亡年齡為 54.2 歲，無不良生活習慣的平均死亡年齡為 59.0 歲(表一)。

探討不良生活習慣對死亡年齡的影響，發現在慢性肝病死亡個案中，有不良生活習慣者的平均死亡年齡(52.9 歲)顯著低於無不良習慣

表一：研究對象基本資料敘述統計及平均死亡年齡之分析 (n=100)

| 變項                | 個數 (%)   | 平均死亡年齡 ± 標準差       | P 值   |
|-------------------|----------|--------------------|-------|
| 平均死亡年齡            |          | $55.45 \pm 9.417$  |       |
| 性別                |          |                    | 0.187 |
| 男                 | 64(64.0) | $54.52 \pm 9.695$  |       |
| 女                 | 36(36.0) | $57.11 \pm 8.786$  |       |
| 罹患肝癌、肝硬化          |          |                    | 0.252 |
| 罹患肝癌              | 43(43.0) | $56.70 \pm 9.630$  | 0.189 |
| 肝癌 - 慢性 B 型肝炎 *   | 27(62.8) | $54.63 \pm 11.088$ |       |
| 肝癌 - 慢性 C 型肝炎 **  | 13(30.2) | $60.08 \pm 4.769$  |       |
| 肝癌 -HBV+HCV***    | 3(7.0)   | $60.67 \pm 7.572$  |       |
| 罹患肝硬化             | 57(57.0) | $54.51 \pm 9.226$  | 0.557 |
| 肝硬化 - 慢性 B 型肝炎 *  | 29(50.9) | $53.21 \pm 9.689$  |       |
| 肝硬化 - 慢性 C 型肝炎 ** | 22(38.6) | $56.00 \pm 8.886$  |       |
| 肝硬化 -HBV+HCV***   | 6(10.5)  | $55.33 \pm 8.687$  |       |
| 不良生活習慣            |          |                    | 0.023 |
| 有                 | 73(73.0) | $54.15 \pm 8.663$  |       |
| 無                 | 27(27.0) | $58.96 \pm 10.596$ |       |

\*：慢性 B 型肝炎患者。

\*\*：慢性 C 型肝炎患者。

\*\*\*：合併患有慢性 B 型肝炎和 C 型肝炎患者。

者(61.5 歲) ( $p=0.004$ )；肝癌死亡個案中則無顯著差異。有不良生活習慣的族群中，依死因分層，探討病毒性肝炎對死亡年齡的影響，顯示在肝癌死亡個案中，B 型肝炎患者平均死亡年齡(54.2 歲) 顯著低於 C 型肝炎患者(60.3 歲) ( $p=0.038$ )；慢性肝病死亡個案中則無顯著差異。依死因和不良習慣的種類分層，探討性別

對死亡年齡的影響，發現除了慢性肝病死亡且有嚼食檳榔者之外，女性平均死亡年齡有低於男性的趨勢，但都沒有達到統計上的顯著(表二)。

以死亡年齡是否小於全體收案對象平均死亡年齡(55 歲) 做為依變項，進行多變項分析。發現慢性肝病死亡個案中，有不良習慣

表二：不同生活習慣及死亡原因之平均死亡年齡分析

| 變項                      |       | 個數 | 平均死亡年齡 | P 值   |
|-------------------------|-------|----|--------|-------|
| 不良生活習慣                  | 有     | 27 | 54.15  | 0.023 |
|                         | 無     | 73 | 58.96  |       |
| 肝癌死亡<br>不良生活習慣          | 有     | 27 | 56.37  | 0.776 |
|                         | 無     | 16 | 57.25  |       |
| 肝癌死亡且有不良生活習慣<br>病毒性肝炎   | HBV*  | 16 | 54.19  | 0.038 |
|                         | HCV** | 10 | 60.30  |       |
| 過量飲酒<br>性別              | 男     | 20 | 56.60  | 0.399 |
|                         | 女     | 3  | 52.67  |       |
| 吸菸<br>性別                | 男     | 20 | 55.85  | 0.433 |
|                         | 女     | 2  | 51.50  |       |
| 嚼食檳榔<br>性別              | 男     | 16 | 56.94  | 0.777 |
|                         | 女     | 4  | 55.75  |       |
| 慢性肝病死亡<br>不良生活習慣        | 有     | 46 | 52.85  | 0.004 |
|                         | 無     | 11 | 61.45  |       |
| 慢性肝病死亡且有不良生活習慣<br>病毒性肝炎 | HBV*  | 24 | 51.25  | 0.276 |
|                         | HCV** | 17 | 54.47  |       |
| 過量飲酒<br>性別              | 男     | 27 | 53.15  | 0.667 |
|                         | 女     | 16 | 51.88  |       |
| 吸菸<br>性別                | 男     | 26 | 52.35  | 0.902 |
|                         | 女     | 10 | 51.90  |       |
| 嚼食檳榔<br>性別              | 男     | 21 | 52.00  | 0.598 |
|                         | 女     | 11 | 53.91  |       |

\*：慢性 B 型肝炎患者。

\*\*：慢性 C 型肝炎患者。

者死亡年齡小於 55 歲之風險是無不良習慣者的 15.7 倍 ( $p=0.013$ )。在肝癌死亡個案中，不良生活習慣、B 型肝炎和 C 型肝炎都未與較小的死亡年齡顯著相關 (表三)。

## 討 論

花蓮地區慢性肝病標準化死亡率明顯高於全台灣 (2020 年花蓮每 10 萬人口 26.6 人，台灣每 10 萬人口 10.3 人)<sup>1</sup>。其中，中壯年死亡對社會經濟的衝擊更為重大。本研究顯示，因慢性肝病死亡的個案中，有不良生活習慣者平均死亡年齡顯著低於無不良習慣者。可見花蓮地區不良生活習慣與慢性肝病死亡有顯著相關，值得探討及努力。

根據台灣健保資料庫的研究，慢性肝病死亡的危險因子中，影響程度由高到低依次為 B 型肝炎、酒精、吸菸及 C 型肝炎。B 型肝炎感染者死於慢性肝病的風險會提升為 6.63 倍，吸菸的男性為 2.01 倍，吸菸的女性為 0.71 倍，C 型肝炎感染者為 1.80 倍<sup>10</sup>。

一項對於花東偏鄉地區的田野調查，由五家醫院共同進行，訪查成年人喝酒，吸菸及嚼食檳榔等生活習慣，總共 2077 份有效問卷，喝酒盛行率為 29%-74%，其中七成地區大於 50%，吸菸盛行率為 22%-63%，其中一成地區大於 50%，嚼食檳榔盛行率為 14%-69%，其中三成地區大於 50%<sup>11</sup>，顯示花東偏鄉地區成年人喝酒盛行率高且普遍，其次為嚼食檳榔。

美國國家衛生院 (National Institutes of Health NIH) 定義一單位 (A standard drink) 酒精量約為 14 克純酒精，相當於是 12 盎司啤酒 5%、5 盎司葡萄酒 12% 或 1.5 液體蒸餾酒 40%<sup>12</sup>，男性患嚴重酒精相關肝病的門檻是 10

年內每天攝入 60-80 克酒精 (約 4.3-5.7 單位酒精)<sup>13,14,15</sup>，而女性似乎因每天飲酒 20-40 克 (約 1.4-2.8 單位酒精)，而患同樣程度的肝損傷的風險增加<sup>14,16</sup>。

Rehm J RR 等人研究，以喝酒量相對於慢性肝病風險，D-0 (不喝酒) 相對於慢性肝病風險為 1，D-I (每日一單位酒精) (女性每日攝取 <19.9 公克酒精，男性每日攝取 <39.9 公克酒精) 相對風險為 1.3 倍，D-II (每日二單位酒精) (女性每日攝取 20-39.9 公克酒精，男性每日攝取 40-59.9 公克酒精) 相對風險為 9.5 倍，D-III (每日三單位酒精) (女性每日攝取 >40 公克酒精，男性每日 > 攝取 60 公克) 酒精相對風險為 13.0 倍<sup>17</sup>。

本研究於收案死亡年齡排除 76 歲以上死亡，主要是針對於中壯年慢性肝病、肝癌死亡與 B、C 肝炎及生活習慣相關因子之探討。收案的死因，並不包含酒精性肝病，可能因此排除了部分過量飲酒的個案。但仍然發現無論是死於肝癌或慢性肝病，女性過量飲酒者平均死亡年齡皆有低於男性過量飲酒者的趨勢。雖然統計上無顯著意義，卻也暗示在女性族群中，過量飲酒可能是更需要被注意的肝病死亡危險因子 (表二)。

不良生活習慣可能會加速慢性肝病的惡化。依據林等人過去在台灣東部研究，相較於無病毒性肝炎且無不良生活習慣者，慢性 B 型肝炎患者若合併過量飲酒，發展成肝硬化或慢性肝病併發症的風險會增加為 27.5 倍；若合併嚼食檳榔，風險會增加為 25 倍；若合併吸菸，風險會增加為 14.7 倍。慢性 C 型肝炎患者若合併過量飲酒，風險會增加為 78.6 倍；若合併嚼食檳榔，風險會增加為 48.2 倍；若合併吸菸，

表三：多變項邏輯迴歸分析表

| 變項       | 慢性肝病死亡 |        |               | 肝癌死亡  |        |               |
|----------|--------|--------|---------------|-------|--------|---------------|
|          | p 值    | OR     | OR 95% CI     | p 值   | OR     | OR 95% CI     |
| 慢性 B 型肝炎 | 0.178  | 0.188  | 0.018-2.020   | 0.139 | 12.936 | 0.435-384.739 |
| 慢性 C 型肝炎 | 0.068  | 0.114  | 0.011-1.177   | 0.952 | 0.919  | 0.060-14.034  |
| 不良生活習慣   | 0.013  | 15.743 | 1.810-136.909 | 0.052 | 4.928  | 0.988-24.568  |

風險會增加為 17.4 倍。本研究更進一步探討慢性肝病最嚴重的併發症—死亡，證實不良生活習慣與較低的死亡年齡相關。

我們的研究顯示，有不良生活習慣族群，C 型肝炎比 B 型肝炎無論是慢性肝病死亡或肝癌死亡，平均死亡年齡皆較長 (54.47 歲 /51.25 歲，60.30 歲 /54.19 歲)，尤其在肝癌死亡達到顯著意義，此結果可能是 C 型肝炎感染時間較晚，同時造成肝硬化較為緩慢有關<sup>18</sup>，值得進一步探討 (表二)。

Wen C-P 等人研究報告，男性吸菸者的死亡率明顯高於非吸菸者。吸菸對肝硬化疾病的風險增加有顯著關係，儘管女性吸菸者為少數，但女性吸菸者的風險通常高於男性<sup>19,20</sup>。在本篇研究中，有抽菸習慣者，女性平均死亡年齡無論是慢性肝病死亡或肝癌死亡，平均死亡年齡皆有低於男性的趨勢 (51.90 歲 /52.35 歲，51.50 歲 /55.85 歲)，儘管皆無顯著意義 (表二)。

本篇研究因收案時已排除酒精性肝病死亡個案，因此以個別生活習慣比較死亡風險時，喝酒者相對風險為負相關，我們認為是收案造成統計偏差，因此僅將喝酒、抽菸及嚼食檳榔同時列入統計。其次本研究的最主要的限制在於根據病歷記錄收集酒精攝取，抽菸及嚼食檳榔病史，無法量化每日酒精攝取量，只將之區分為喝酒 > 5 年 (含已戒酒) 及無喝酒史。

吾人對於花蓮地區慢性肝病防治策略，應對於不同死亡率之鄉鎮有所不同，尤其是慢性肝病死亡率為紅色及黑色之鄉鎮，除了 B、C 型肝炎的治療外，節制飲酒，戒菸及戒檳榔更應同步進行。

## 致謝

本文章完成及發表有賴於下列門諾醫院同工之幫忙：

慢性肝病防治小組：潘秀美、蔡淑真

預防醫學科：謝巧安、陳逸瑄

社區健康部：宋惠萍、毛秀麗

## 聲明

本研究並無接受任何來源之贊助，也無任

何利益衝突。

## 參考文獻

1. 衛生福利部統計處：109年死因統計。https://dep.mohw.gov.tw/DOS/lp-5069-113.html.
2. Chen DS. Hepatocellular carcinoma in Taiwan. *Hepato Res* 2007; 37 (Suppl 2): S101-5.
3. HH, Lin SS, Chiang Y, et al. Trend of hepatitis virus infection in freshman classes at Two high school in Hualien, Taiwan from 1991 to 1999. *J Med Virol* 2002;67:472-6.
4. HH, Li YH, Yu JH, et al. Ethnic and Geographic Variations in the Prevalence of Hepatitis A, B and C among Aboriginal Villages in Hualien, Taiwan. *J Formos Med Assoc* 1992; 91: 691-3.
5. 鄭穆良、林軒毓。嚼食檳榔為脂肪肝之危險因子—以台灣東部鄉村地區慢性C型肝炎患者為研究對象。內科學誌 2020; 31: 425-31。
6. Lin HH, Wang LY, Shaw CK, et al. Combined effects of chronic hepatitis virus infections and substance -use habits on chronic liver diseases in Taiwanese aborigines. *J Formos Med Assoc* 2002; 101: 826-34.
7. 陳慶餘、沈友仁。花蓮縣山地鄉原住民健康問題盛行率之初步調查。中華民國公共衛生學會雜誌。1992; 11: 13-9。
8. 張錫金。花蓮縣光復鄉阿美族肥胖與動脈粥狀硬化危險因子之相關性研究。慈濟大學原住民健康研究所碩士論文2004。https://hdl.handle.net/11296/744x3n
9. Benson M, Koenig KL, Schultz CH. Disaster triage: START, then SAVE—a new method of dynamic triage for victims of a catastrophic earthquake. *Prehosp Disaster Med* 1996; 11: 117-24.
10. Lo WC, Ku CC, Chiou ST, et al. Adult mortality of diseases and injuries attributable to selected metabolic, lifestyle, environmental, and infectious risk factors in Taiwan: a comparative risk assessment. *Popul Health Metr* 2017; 15(1):17.
11. 花蓮慈濟醫院-109年度醫院總額風險移撥款之IDS改善計劃成果報告。2020.12
12. National Institutes of Health NIH https://www.niaaa.nih.gov/alcohol-effects-health/overview-alcohol-consumption/what-standard-drink
13. Ferner RE, Chambers J. Alcohol intake: Measure for measure. *BMJ* 2001; 323:1439.
14. Bruha R, Dvorak K, Petrtyl J. Alcoholic liver disease. *World J Hepatol* 2012; 4(3):81-90.
15. Mellinger JL. Epidemiology of alcohol use and alcoholic liver disease. *Clin Liver Dis (Hoboken)* 2019; 13(5): 136-9.
16. Sharma P, Arora A. Clinical presentation of alcoholic liver disease and non-alcoholic fatty liver disease: spectrum and diagnosis. *Transl Gastroenterol Hepatol* 2020; 5:19.
17. Rehm J RR, Monteiro M, Gmel G, et al. Alcohol use. Comparative quantification of health risks. Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. World Health Organization: Geneva; 2004:959-1108.
18. Poynard T, Bedossa P, Opolon P. Natural history of liver fibrosis progression in patients with chronic hepatitis C.

Lancet 1997;349: 825-32.

19. Wen C-P, Tsai SP, Chen C-J, Cheng T-Y. The mortality risks of smokers in Taiwan: Part I: Cause-specific mortality. *Prev Med* 2004; 39(3): 528-35.

20. Wen CP, Tsai SP, Chen CJ, Cheng TY, Tsai MC, Levy DT. Smoking attributable mortality for Taiwan and its projection to 2020 under different smoking scenarios. *Tob Control* 2005; 14 (Suppl 1): i76-80.

## The Correlation between age of Death and Life Habits in Patients with Liver Cirrhosis or Liver Cancer in Hualien Area

Mu-Liang Cheng<sup>1</sup>, Hsuan-Yu Lin<sup>2</sup>, and Chun-Fa Hsieh<sup>3</sup>

<sup>1</sup>*Department of Gastroenterology, <sup>2</sup>Department of Family Medicine, Mennonite Christian Hospital, Hualien, Taiwan;*

<sup>3</sup>*Superintendent Office, Landseed International Hospital, Taoyuan, Taiwan*

The standard molality rate of chronic liver disease in Hualien country is two-fold higher than that in whole Taiwan area in 2020. Life habits such as alcohol drinking, smoking, may increase the severity of chronic liver disease. We aimed to investigate the relationship of life habits and age of death in patients with chronic liver disease in Hualien. Methods: Based on the medical database of a regional teaching hospital in Hualien, 532 patients with chronic hepatitis B or C who died between 2008 and 2019 were searched out. After excluding alcohol liver disease and the age older than 76, 100 deaths related to liver cirrhosis and cancer were recruited into the final analysis. Results: For the patients with liver cirrhosis, the mean age of death with inappropriate life habits was significantly lower than that without inappropriate habits (52.9 vs 61.5 years,  $P=0.004$ ). For the patients having inappropriate life habits, the mean age of death in patients with hepatitis B was significantly lower than that with hepatitis C (54.2 vs 60.3 years,  $P=0.038$ ). Multi-variate analysis showed that patients with inappropriate life habits were significantly correlated to the earlier mortality in chronic liver disease (OR 15.7,  $P=0.013$ ). Conclusion: In addition to the prevention and treatment of hepatitis B and C, educating the patients to maintain appropriate life habits is important to reduce the early mortality in these patients. (*J Intern Med Taiwan* 2022; 33: 57-63)