

مقایسه یافته های اکوکاردیوگرافیک در بیماران مبتلا به سیروز کبدی با و بدون آسیت با افراد سالم

مهرداد کاشی فرد (MD)*^۱، مهرداد ساروی (MD)^۲، حسن طاهری (MD)^۱، رسول بحرینی (MD)^۳

۱- گروه داخلی دانشگاه علوم پزشکی بابل
۲- گروه قلب و عروق دانشگاه علوم پزشکی بابل
۳- دانشگاه علوم پزشکی بابل

دریافت: ۸۸/۶/۲۰، اصلاح: ۸۸/۹/۱۸، پذیرش: ۸۸/۱۲/۱۹

خلاصه

سابقه و هدف: سیروز کبدی اغلب ارگانها و سیستم های بدن را گرفتار می کند و اختلال در کارکرد قلبی گزارش شده در سیروز، پیشنهاد کننده کاردیومیوپاتی تاخیری در این بیماران می باشد. لذا این مطالعه با هدف بررسی عملکرد قلبی با استفاده از اکوکاردیوگرافی در بیماران سیروتیک با گروه کنترل انجام شد.

مواد و روشها: این مطالعه مورد - شاهدی بر روی ۱۵ بیمار سیروتیک بدون آسیت، ۱۵ بیمار سیروتیک با آسیت متوسط تا شدید (بر اساس معیارهای بالینی، آزمایشگاهی، سونوگرافی و آندوسکوپی) و ۱۵ فرد سالم بعنوان گروه کنترل انجام شد. گروه شاهد از بین اطرافیان بیمار انتخاب گردیدند. تمامی افراد توسط اکوکاردیوگرافی مورد ارزیابی از نظر کارکرد قلب قرار گرفتند. سن، جنس، فشار خون و یافته های اکوکاردیوگرافیک برای تمامی افراد ثبت و مورد مقایسه قرار گرفت.

یافته ها: ضربان قلب در گروه بدون آسیت $96/6 \pm 8/39$ با آسیت $89/73 \pm 5/11$ و در گروه کنترل $76 \pm 6/87$ بود. اندازه دهلیز چپ $40/2 \pm 2/57$ در بدون آسیت، $35/2 \pm 2/93$ در گروه با آسیت و $31/27 \pm 0/88$ در گروه کنترل بود. اندازه دهلیز راست $42/8 \pm 2/76$ در بدون آسیت، $42 \pm 1/51$ در با آسیت و $31/4 \pm 0/91$ در گروه کنترل بود. اندازه انتهای سیستولی $46/73 \pm 3/97$ در بدون آسیت، $43/4 \pm 1/8$ در با آسیت و 41 ± 1 در گروه کنترل) و دیاستولی بطن چپ $30/73 \pm 1/94$ در بدون آسیت، $31/2 \pm 1/74$ در با آسیت و $27/27 \pm 0/7$ در گروه کنترل بود. نسبت E/A $0/55 \pm 0/15$ در بدون آسیت، $0/67 \pm 0/1$ در با آسیت و در گروه کنترل $1/28 \pm 0/2$ بود که در بیماران سیروتیک با و بدون آسیت بطور معنی داری بیشتر از گروه کنترل بود ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: نتایج مطالعه نشان داد که سیروز سبب افزایش اندازه حفرات قلبی و اختلال عملکرد دیاستولی در بیماران سیروتیک می شود.

واژه های کلیدی: سیروز، آسیت، اکوکاردیوگرافی.

مقدمه

محیطی و فشار خون می شود. علائم بالینی این گردش خون هایپرینامیک شامل پوست گرم، آنژیوم عنکبوتی، اریتم پالمار و نبض جهنده (bounding) می باشد (۳). اختلالات قلبی و یافته های نوار قلب و یافته های مکانیکی مخصوص در هنگامی که استرس خاصی و یا فعالیت فیزیکی زیادی انجام

سیروز مرحله نهایی بیماری های کبدی است (۱). بیماران مبتلا همواره در معرض خطر پیشرفت عوارض بالقوه بسیاری می باشند که یکی از آنها عوارض قلبی-عروقی می باشد (۲). بیماران مبتلا به سیروز گردش خون هایپرینامیکی داشته که سبب افزایش برون ده قلبی و ضربان قلب و کاهش مقاومت عروقی

این مقاله حاصل پایان نامه آقای دکتر رسول بحرینی دستیار داخلی و طرح تحقیقاتی شماره ۱۳۸۲۵۴ دانشگاه علوم پزشکی بابل می باشد.
* مسئول مقاله:

بوده که این اختلاف از نظر آماری معنی دار نبود. در گروه سیروزی با آسیت ۷ زن و ۸ مرد و در گروه بدون آسیت ۶ زن و ۹ مرد و در گروه سالم نیز ۲ زن و ۱۳ مرد بودند. علت ایجاد سیروز در افراد با آسیت و بدون آسیت تفاوت معنی داری نداشت (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی علل ایجادکننده سیروز در بیماران سیروتیک با و بدون آسیت مورد مطالعه

اتیولوژی	وضعیت	سیروز با آسیت	سیروز بدون آسیت
هپاتیت B	+	۹	۹
	-	۶	۶
هپاتیت C	+	۱	-
	-	۱۴	۱۵
الکل	+	-	۱
	-	۱۵	۱۴
سیروز صفراوی	+	-	-
	-	۱۵	۱۵
کریپتوزئیک	+	۵	۵
	-	۱۰	۱۰

تعداد ضربان قلب در گروههای سیروز بدون آسیت و با آسیت بطور معنی داری بالاتر از افراد سالم می باشد ($p=0/02$) همچنین تعداد ضربان قلب در افراد سیروز بدون آسیت نیز به طور معنی داری بالاتر از افراد مبتلا به سیروز با آسیت بوده است ($p=0/025$). فشار خون سیتولیک ($p=0/04$)، فشار خون دیاستولیک ($p=0/03$) و میانگین فشار شریانی ($p=0/02$) در افراد سالم بطور معنی داری بالاتر از افراد سیروزی با آسیت و بدون آسیت بوده است ولی اختلاف معنی داری بین افراد بدون آسیت و با آسیت وجود نداشت. اندازه دهلیز چپ ($p=0/03$)، اندازه دهلیز راست ($p=0/04$)، دیامتر انتهایی دیاستولی بطن چپ ($p=0/006$) و دیامتر بطن چپ در انتهای سیستول ($p=0/001$) افراد سالم بطور معنی داری کوچکتر از افراد بیمار بود که اختلاف معنی داری بین اندازه دهلیز چپ ($p=0/003$) و دیامتر انتهایی دیاستولی بطن چپ ($p=0/000$) بین افراد با و بدون آسیت وجود داشت.

میانگین کسر تخلیه جهشی بطن چپ (LVEF) بین افراد سالم و افراد سیروزی بدون آسیت و با آسیت اختلاف معنی داری داشت ($p=0/000$) ولی در افراد سیروزی با و بدون آسیت اختلاف معنی داری نداشت است ($p=0/495$). نسبت کسر تخلیه جهشی در افراد سالم نیز بطور معنی داری بالاتر از دو گروه دیگر بوده است ($p=0/03$) ولی در افراد سیروزی با و بدون آسیت اختلاف معنی داری وجود نداشت است. ($p=0/111$).

ضخامت دیواره بین بطنی (IVST) ($p=0/000$)، زمان استراحت هم حجم (IVRT) ($p=0/000$) و ضخامت دیواره خلفی (PWT) ($p=0/000$) نیز در افراد سالم بطور معنی داری کمتر از افراد سیروزی بوده است (جدول شماره ۲).

می شود بیشتر نشان داده می شوند (۴و۵). افزایش ضخامت دیواره بطن چپ و افزایش سفتی سپتوم بین بطنی و اختلال فونکسیون دیاستولیک قلبی در بررسی اکوکاردیوگرافیک با درجات متغیری از برون ده قلبی گزارش شده است (۶). Valeriano و همکاران که در مطالعه خود به بررسی عملکرد قلب در بیماران سیروزی با و بدون آسیت پرداختند، نشان دادند که ابعاد بطن راست و دهلیزهای چپ و راست بطور معنی داری در گروه مبتلا به سیروز بیشتر از گروه کنترل است. همچنین E/A در بیماران با آسیت بطور معنی داری کمتر از افراد با سیروز بدون آسیت و گروه کنترل بود. همچنین نتیجه گیری کردند که سیروز کبدی با بزرگ شدن حفره های سمت راست قلب همراه می باشد و ناکارایی دیاستولیک و افزایش فشار خون ریوی از جمله وقایعی هستند که در بیماران سیروز کبدی با آسیت رخ می دهد (۷).

توجه به اختلالات قلبی در بیماران سیروزی و اهمیت نقش آن در شکایت بیمار بخصوص تنگی نفس و در نظر داشتن این اختلالات قبل از تجویز برخی داروها که الکترولیتها را تغییر داده و بر میوکارد موثر هستند حائز اهمیت بالینی است (۴) این امر دانش کافی و توجه به وضعیت قلبی عروقی بیماران سیروزی را زیادتیر می کند و با توجه به اینکه مطالعات انجام شده در این زمینه محدود می باشد این مطالعه با هدف تعیین کارکرد قلب در بیماران مبتلا به سیروز کبدی با و بدون آسیت و مقایسه آن با افراد سالم انجام شد.

مواد و روشها

این مطالعه مورد - شاهدهی به روش نمونه گیری آسان بر روی مراجعین به درمانگاه گوارش بیمارستان شهید یحیی نژاد بابل انجام شد. ۳۰ بیمار مبتلا به سیروز کبدی با و بدون آسیت (بر اساس معیارهای بالینی، آزمایشگاهی، سونوگرافی و آندوسکوپی) و علت یابی (هپاتیت B و C، الکل، سیروز صفراوی اولیه و کریپتوزئیک) در افرادی که هیچگاه آسیت نداشته اند و افرادی که آسیت متوسط تا شدید داشته اند و ۱۵ فرد سالم که توسط متخصص داخلی سلامت شان تایید شده بود، از میان بستگان بیماران انتخاب شدند. افراد با بیماری مهم قلبی - عروقی، ریوی، کلیوی، خونریزی گوارشی در ۲ هفته اخیر و سرطان کبد وارد مطالعه نشدند.

برای همه افراد اکوکاردیوگرافی بوسیله یک متخصص و توسط دستگاه Ving Med مدل CF750 انجام شد که در صورت مصرف دیورتیک و بتابلوکر، ۴۸ ساعت پس از قطع دارو اکوکاردیوگرافی انجام می شد و ضربان قلب، فشار خون سیستولیک و دیاستولیک (توسط فشار سنج جیوه ای) و میانگین فشار شریانی (فشار سیستول + فشار دیاستول $\times 2$) بخش بر ۳ نیز ثبت گردید. سپس اطلاعات توسط آزمونهای Fisher s exact ، Tukey و Anova مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و $p < 0/05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

میانگین سن مبتلایان در گروه سیروز بدون آسیت $52/873 \pm 8/21$ سال، در گروه سیروز با آسیت $49/94 \pm 5/48$ سال و در افراد سالم $55/47 \pm 5/77$ سال

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف معیار ضربان قلب، فشار خون و یافته های اکوکاردیوگرافیک در بیماران سیروتیک با و بدون آسیت و گروه کنترل

متغیر	سیروز بدون آسیت mean±SD	سیروز با آسیت mean±SD	سالم mean±SD	P-value Anova	P-Value Tukey *
ضربان قلب	۹۶/۶ ± ۸/۳۹	۸۹/۷۳ ± ۵/۱۱	۷۶ ± ۶/۸۷	۰/۰۲	۰/۰۲۵
فشارخون سیستولیک	۱۰۲ ± ۱۱/۱۵	۱۰۱/۶۷ ± ۳/۰۹	۱۱۷/۶۷ ± ۵/۶۳	۰/۰۴	۰/۹۹۲
فشارخون دیاستولیک	۷۳/۶۷ ± ۴/۴۲	۷۶ ± ۲/۸	۷۹/۳۳ ± ۲/۵۸	۰/۰۳	۰/۱۵۲
میانگین فشار شریانی	۸۳/۷۶ ± ۷/۰۹	۸۴/۲۷ ± ۱/۶۲	۹۱/۸۷ ± ۲/۳۳	۰/۰۲	۰/۹۲۶
دیامتر دهلیز چپ	۴۰/۲ ± ۲/۵۷	۳۵/۲ ± ۲/۹۳	۳۱/۲۷ ± ۰/۸۸	۰/۰۳	۰/۰۰۰
دیامتر دهلیز راست	۴۲/۸ ± ۲/۷۶	۴۲ ± ۱/۵۱	۳۱/۴ ± ۰/۹۱	۰/۰۴	۰/۴۸۴
دیامتر انتهای دیاستولی بطن چپ	۴۶/۷۳ ± ۳/۹۷	۴۳/۴ ± ۱/۸	۴۱ ± ۱	۰/۰۰۶	۰/۰۰۳
دیامتر انتهای سیستولی بطن چپ	۳۰/۷۳ ± ۱/۹۴	۳۱/۲ ± ۱/۷۴	۲۷/۲۷ ± ۰/۷	۰/۰۰۱	۰/۶۹۳
زمان تسریع آئورتی	۸۱/۱۳ ± ۶/۱۵	۸۷/۸۷ ± ۶/۱۲	۹۴/۴۷ ± ۳/۳۶	۰/۰۰۵	۰/۰۰۴
زمان تسریع ریوی	۱۱۷/۵۳ ± ۱۱/۱۹	۱۲۶/۷۳ ± ۱۴/۴۲	۱۷۳/۶ ± ۶/۹۶	۰/۷۵۱	۰/۰۷۷
حداکثر سرعت آئورتی	۱۰۳/۰۷ ± ۱۳/۳۸	۱۰۹ ± ۱۲/۰۸	۱۰۵/۴ ± ۶/۹۵	۰/۰۰۰	۰/۳۲۲
حداکثر سرعت ریوی	۸۹/۶۷ ± ۹/۹	۷۸/۲ ± ۱۰/۰۴	۷۱/۷۴ ± ۶/۳۵	۰/۰۱۵	۰/۱۱
پرشدهی زودرس آئورتی (E)	۵۶/۹۳ ± ۱۳/۴	۶۳/۶۷ ± ۶/۰۷	۸۸/۴ ± ۵/۸۴	۰/۰۱۰	۰/۱۲
انقباض دهلیزی (A)	۱۰۳/۳۳ ± ۱۶/۶۵	۹۵/۵۳ ± ۱۵/۳۷	۶۹/۶۷ ± ۹/۳۹	۰/۰۰۳	۰/۲۹۷
نسبت E/A	۰/۵۵ ± ۰/۱۵	۰/۶۷ ± ۰/۱	۱/۲۸ ± ۰/۲	۰/۰۰۳	۰/۱۱۱
کسر جهشی بطن چپ	۵۷/۶۷ ± ۵/۵۵	۵۹/۲۷ ± ۲/۴۶	۷۱/۴ ± ۲/۷۲	۰/۰۰۰	۰/۴۹۵
ضخامت دیواره داخلی بطن	۱۱/۸ ± ۰/۹۴	۱۲/۳۳ ± ۱/۲۳	۹/۴ ± ۰/۶۳	۰/۰۰۰	۰/۲۹۷
زمان استراحت هم حجم	۱۸۳ ± ۱۹/۳۱۵	۱۸۱/۰۷ ± ۸/۸۴	۹۷/۱۳ ± ۴/۲۲	۰/۰۰۰	۰/۸۹۲
ضخامت دیواره خلفی	۱۱/۲۷ ± ۰/۸۸	۱۱/۰۷ ± ۰/۸	۸/۷۳ ± ۲/۴۶	۰/۰۰۰	۰/۹۳۶

* معنی داری بین افراد سیروتیک با و بدون آسیت

RAD :Right Atrium Diameter

ESLVD :End Systolic Left Ventricle Diameter

PUAT: Pulmonary Acceleration Time

PUV_{max}: Pulmonary Maximal velocity

A: Atrium contraction

PWT :Posterior Wall Thickness

IVRT :Isovolomic Relaxation Time (early part of diastole)

LAD :Left Atrium Diameter

EDLVD :End Diastolic Left Ventricle Diameter

AOAT :Aortic Acceleration Time

AOV_{max}: Aortic Maximal velocity

E :Early Filling Of Atrium

IVST :Inter Ventricle Septum Thickness

بحث و نتیجه گیری

گروه بیمار بطور معنی داری کمتر از گروه کنترل بوده است (۸). در مطالعه Dazzani نیز میانگین فشار شریانی در افراد سالم بطور معنی داری بیشتر از بیماران سیروتیک مبتلا و غیر مبتلا به آسیت بوده است (۱۰) که همسو با نتایج مطالعه حاضر می باشد. در این مطالعه اندازه دهلیز چپ در افراد سیروتیک با آسیت بطور معنی داری بالاتر از گروه کنترل بود، همچنین در افراد سیروزی با آسیت نیز دیامتر دهلیز چپ به طور معنی داری بیشتر از افراد سیروزی بدون آسیت بوده است. در مورد اندازه حفره دهلیز راست نیز اندازه دهلیز در افراد سالم بطور معنی داری کمتر از افراد بیمار بوده است. ولی بین افراد سیروزی بدون آسیت و افراد سیروزی با آسیت، اختلاف معنی داری مشاهده نشده است. Valeriano و همکارانش که به مقایسه عملکرد قلبی در بیماران سیروتیک با آسیت و بدون آسیت پرداخته اند. نشان دادند که اندازه های دهلیز راست و چپ در مقایسه با گروه

نتایج مطالعه نشان داد که ضربان قلب، در بیماران سیروزی بدون آسیت و با آسیت بطور معنی داری بالاتر از گروه کنترل بوده است. تعداد ضربان قلب در افراد سیروزی بدون آسیت حتی از افراد سیروزی با آسیت نیز بطور معنی داری بالاتر بوده است. Feirdmam و همکاران نیز در مطالعه خود نشان دادند که در افراد سیروزی تعداد ضربان قلب بیشتر از افراد نرمال می باشد (۸). در مطالعه دیگری که توسط Torregrosa و همکاران انجام شده بود، بیماران سیروتیک با و بدون آسیت تعداد ضربان قلب بیشتری نسبت به گروه کنترل داشتند (۹) که شبیه نتایج مطالعه حاضر می باشد.

در مطالعه حاضر فشار خون سیستولیک، دیاستولیک و فشار متوسط شریانی در افراد سالم بطور معنی داری بیشتر از گروه های بیمار بوده است. در مطالعه Feridman نیز مشاهده شد که میانگین فشار شریانی و مقاومت محیطی در

گروه سیروز با آسیب و گروه سیروز بدون آسیب اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد. در مطالعه Rabie و همکاران گزارش گردید که نسبت کسر تخلیه جهشی در بیماران سیروتیک پایین تر از افراد غیر سیروتیک می باشد (۱۳) که شبیه نتایج مطالعه حاضر می باشد.

با توجه به نتایج این مطالعه می توان گفت که سیروز کبدی با بزرگی حفرات قلبی همراه است و عملکرد بد دیاستولی اتفاق دیگری است که در بیماران سیروزی رخ می‌دهد. لذا باید کلیه بیماران سیروزی را جهت کشف اختلالات قلبی تحت بررسی با اکوکاردیوگرافی قرار دارد.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از پرسنل محترم بخش گوارش و قلب بیمارستان شهید یحیی نژاد بابل بخاطر همکاری‌شان در انجام این تحقیق تقدیر می‌گردد.

کنترل بطور معنی‌داری افزایش یافته است (۷). این نتایج در مطالعه Huonker که عملکرد قلب را در بیماران سیروز الکلی بررسی کرده است نیز تأیید شده است (۱۱). Wong نیز در مطالعه‌ای که تحت عنوان پاسخ قلبی به ورزش در سیروز انجام داد، مشخص کرد که در افراد سیروزی بزرگی دهلیز چپ نسبت به افراد نرمال مشاهده می‌شود (۱۲). در مطالعه حاضر اندازه انتهای دیاستولی بطن چپ و اندازه انتهای سیتولی بطن چپ در افراد سیروزی افزایش یافته بود. در مطالعه Wong نیز ضخیم‌شدگی دیواره بطن چپ در افراد سیروزی گزارش شده است (۱۲). همچنین افزایش حجم انتهای دیاستولی بطن چپ در مطالعه Feridman تأیید شده است (۸). در مورد کسر تخلیه جهشی بطن چپ اگرچه اختلاف معنی‌داری بین دو گروه سیروزی مشاهده نشد. ولی کسر تخلیه در افراد مبتلا به طور معنی‌داری نسبت به گروه کنترل پایین تر بوده است. این نتیجه کاملاً با مطالعه Feridman همسو می باشد (۸). در مطالعه حاضر نسبت کسر تخلیه جهشی در گروه سالم بطور معنی‌داری بالاتر از گروه بیمار بوده است ولی بین

Echocardiographic Findings in Cirrhotic Patients with and without Ascites Compared to Normal

M. Kashifard (MD)^{1*}, M. Saravi (MD)², H. Taheri (MD)¹, R. Bahreini (MD)³

1. Department of Internal Medicine, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

2. Department of Cardiology, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

3. Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

J Babol Univ Med Sci;12(4); Oct-Nov 2010

Received: Sep 11th 2009, Revised: Dec 9th 2009, Accepted: Mar 10th 2010.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Liver cirrhosis involves most organs and systems. Abnormalities in cardiac function have been reported in liver cirrhosis, suggesting a latent cardiomyopathy in these patients. So the aim of this study was to evaluate the cardiac function by echocardiography in cirrhotic patients and controls.

METHODS: This case-control study was carried out on 15 cirrhotic patients without ascites, 15 cirrhotic patients with moderate-to-severe ascites (based on clinical criteria, laboratory, ultrasound and endoscopy), and 15 healthy controls. Controls were selected from the relatives of cirrhotic patients. All persons were evaluated echocardiography. Sex, age, blood pressure and echocardiographic findings were recorded and compared.

FINDINGS: Heart rate (96.6 ± 8.39 in without ascites, 89.73 ± 5.11 in ascites and 76 ± 6.87 in controls), left atrium diameters (40.2 ± 2.57 in without ascites, 35.2 ± 2.93 in ascites and 31.27 ± 0.88 in controls) and right (42.8 ± 2.76 in without ascites, 42 ± 1.51 in ascites and 31.4 ± 0.91 in controls), left ventricle end systolic (46.73 ± 3.97 in without ascites, 43.4 ± 1.8 in ascites and 41 ± 1 in controls) and diastolic (30.73 ± 1.94 in without ascites, 31.2 ± 1.74 in ascites and 27.27 ± 0.7 in controls) diameters and E/A ratio (0.55 ± 0.15 in without ascites, 0.67 ± 0.1 in ascites and 1.28 ± 0.2 in controls) in cirrhotic patients with and without ascites was significantly higher than control group ($p < 0.05$).

CONCLUSION: Results showed that liver cirrhosis is associated with enlarged cardiac chamber and diastolic dysfunction.

KEY WORDS: Cirrhosis, Ascites, Echocardiography.

*Corresponding Author;

Address: Department of Internal Medicine, Ayatollah Roohani Hospital, Babol, Iran

Tel: +98 111 2238301-4

E-mail: mehrdadkashifard@yahoo.com

References

1. Lata J, Vanasek T, Stiburek O. Liver cirrhosis and its treatment. *Vnitr Lek* 2009;55(9):774-8.
2. Jang JW. Current status of liver diseases in Korea: liver cirrhosis. *Korean J Hepatol* 2009;15(Suppl 6):S40-9.
3. Al-hamoudi WK. Cardiovascular changes in cirrhosis: Pathogenesis and clinical implications. *Saudi J Gastroenterol* 2010;16(3):145-53.
4. Naschitz JE, Slobodin G, Lewis RJ, Zuckerman E, Yeshurun D. Heart diseases affecting the liver and liver diseases affecting the heart. *Am Heart J* 2000;140(1):111-20.
5. Girgrah N, Reid G, MacKenzie S, Wong F. Cirrhotic cardiomyopathy: does it contribute to chronic fatigue and decreased health-related quality of life in cirrhosis? *Can J Gastroenterol* 2003;17(9):545-51.
6. Garcia-Estan J, Ortiz MC, Lee SS. Nitric oxide and renal and cardiac dysfunction in cirrhosis. *Clin Sci (Lond)* 2002;102(2):213-22.
7. Valeriano V, Funaro S, Lionetti R, et al. Modification of cardiac function in cirrhotic patients with and without ascites. *Am J Gastroenterol* 2000; 95(11):3200-5.
8. Feridman HS, Fernando H. Ascites as a marker for the hyperdynamic heart of laennec's cirrhosis. *Alcohol Clin Exp Res* 1992;16(5):968-70.
9. Torregrosa M, Aguade S, Dos L, et al. Cardiac alternations in cirrhosis: reversibility after liver transplantation. *J Hepatol* 2005;42(1):68-74.
10. Dazzani M, Micati P, Caraceni P, et al. Transthoracic electrical bioimpedance: a non-invasive technique for the evaluation of the haemodynamic alterations in patients with liver cirrhosis. *Dig Liver Dis* 2005;37(10):786-92.
11. Huonker M, Schumacher YO, Ochs A, Sorichter S, Keul J, Roosle M. Cardiac function and haemodynamics in alcoholic cirrhosis and the effects of the transjugular intrahepatic portosystemic stent shunt. *Gut* 1999;44(5):743-8.
12. Wong F, Girgrah N, Graba J, Allidina Y, Liu P, Blendis L. The cardiac response to exercise in cirrhosis. *Gut* 2001;49(2):268-75.
13. Rabie RN, Cazzaniga M, Salerno F, Wong F. The use of E/A ratio as a predictor of outcome in cirrhotic patients treated with transjugular intrahepatic portosystemic shunt. *Am J Gastroenterol* 2009;104(10):2458-66.