

SEMIOLOGIA - EXAME FÍSICO ABDOME

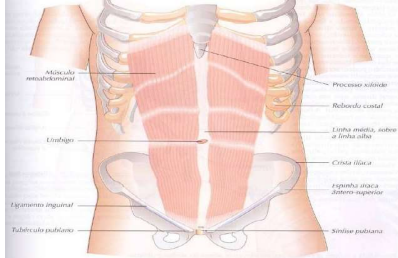
Nyara Mourão - T. XXVII

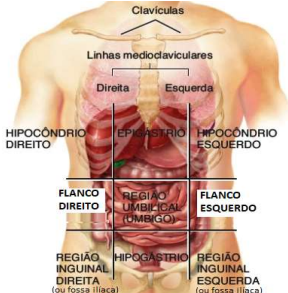
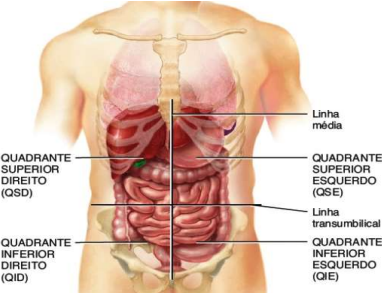
Metodologia: Posição relaxada e confortável, Decúbito dorsal, braços ao lado do corpo, Exposição total do abdome (genitália coberta)/ Esvaziar bexiga, Aquecer mãos e estetoscópio, unhas curtas, Examinar pelo lado direito do paciente, Deixar o exame de áreas dolorosas para o final

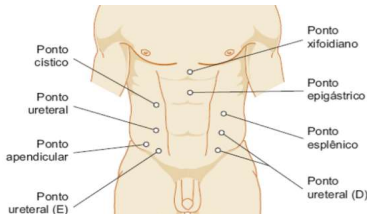
EXAME FÍSICO ABDOMINAL

Sequência do exame	1) Inspeção
	2) Ausculta
	3) Percussão
	4) Palpação

Divisão Anatômica



Pontos de referência anatômica	<p>Rebordos costais, o ângulo de Charpy, a cicatriz umbilical, as cristas e as espinhas ilíacas anteriores, o ligamento inguinal ou de Poupart e a sínfise púbica.</p> 
--------------------------------	---

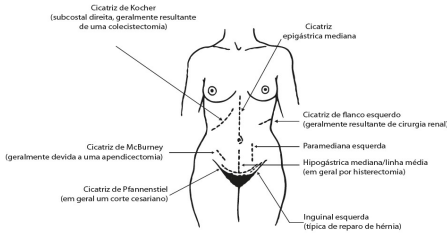




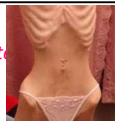

Regiões anatômicas	 
--------------------	--

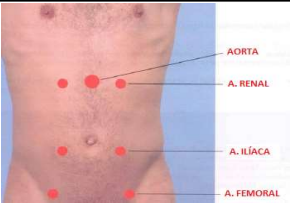
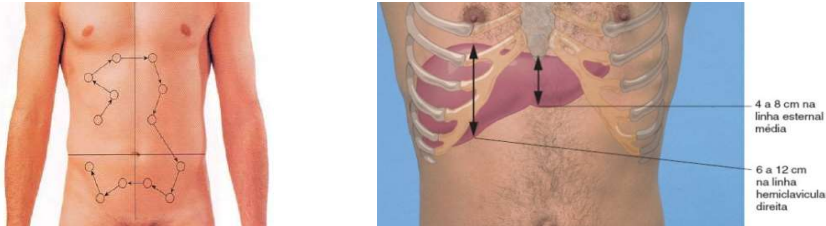
Pontos Dolorosos (completar depois)	
-------------------------------------	--

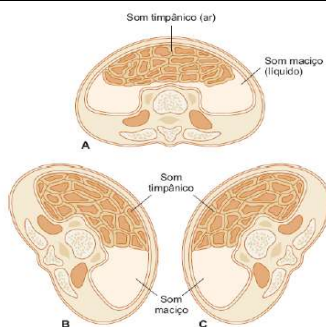
1) INSPEÇÃO

Estática (olhar)

Abaulamentos, retrações	<p>Abdome é simétrico e irregular. O abaulamento ou a retração o torna assimétrico e irregular, indicando anormalidade.</p> <p>- Principais causas: hepato e esplenomegalia, útero grávido, tumores, retenção urinária, aneurisma de aorta, megacólon chagásico (fecaloma), Hernia umbilical, incisional ou epigástrica, lipomas, diástase do reto abdominal</p> <p>- Dado semiológico fundamental é a localização → Ter em mente projeções das vísceras</p>
	  <p>DIÁSTASE HÉRNIA UMBILICAL</p>
Pele e anexos	<p>Coloração, cicatrizes, lesões elementares, estrias, manchas hemorrágicas, distribuição de pelos</p> <p>- Sinal de Gray-Turner. Equimose dos flancos. Pode ocorrer na pancreatite necro-hemorrágica e indica grave comprometimento da víscera.</p>
Cicatriz Umbilical	<p>Contorno, Localização, Hérnia (protuso - para fora), Inflamação na cicatriz umbilical (onfalite).</p> <p>- Geralmente plana ou retraída.</p> <p>- Protusão (pra fora): hérnia, acúmulo de líquido, gravidez, infecções.</p> <p>- Sinal de Cullen: Equimose periumbilical, resultante de hemorragia retroperitoneal. Pode surgir na pancreatite aguda e na ruptura de gravidez ectópica.</p>

Cicatriz na parede abdominal	Flanco direito: colecistectomia (Kocher)	
	Flanco esquerdo: colectomia	
	Fossa ilíaca direita: apendicectomia (McBurney), herniorrafia	
	Fossa ilíaca esquerda: herniorrafia	
	Hipogástrio: histerectomia	
Linha média: laparotomia ou corte cesariano (Plannenstiel)		
Região lombar: nefrectomia		
Linha vertebral: laminectomia		
Veias Superficiais	Circulação colateral: Braquicefálica, cava superior, cava inferior e porta (ou cabeça de medusa).	
Forma e Volume		
Abdome atípico ou normal	Simétrico e pode ser levemente abaulado	
Abdome Globoso ou protuberante	Globalmente aumentado. Pode ser observado: <i>gravidez avançada, ascite, distensão gasosa, obesidade, pneumoperitônio, obstrução intestinal, grandes tumores policísticos do ovário e hepatoesplenomegalia volumosa</i>	
Abdome em ventre ou betráquio	Estando o paciente em decúbito dorsal, observase franco predomínio do diâmetro transversal sobre o anteroposterior.Ex: <i>ascite em fase de regressão e é consequência da pressão exercida pelo líquido sobre as paredes laterais do abdome.a gravidez avançada, ascite, distensão gasosa, obesidade , pneumoperitônio, obstrução intestinal, grandes tumores policísticos do ovário e hepatoesplenomegalia volumosa</i>	
Abdome pendular ou ptótico	Com o paciente de pé, as vísceras pressionam a parte inferior da parede abdominal, produzindo neste local uma protrusão.Ex: <i>flacidez do abdome no período puerperal, ou em pessoas emaciadas cuja parede abdominal tenha perdido sua firmeza.</i>	
Abdome em avental	Pessoas com <i>obesidade de grau elevado</i> , devido ao acúmulo de tecido gorduroso na parede abdominal. Neste tipo, a parede abdominal pende “como um avental” sobre as coxas do paciente.	
Abdome escavado	Parede abdominal está retraída. Ex: <i>Pessoas emagrecidas, geralmente portadoras de doenças consuntivas, principalmente malignas do sistema digestivo</i>	
Dinâmica (observar movimento)		
Hérnias	<i>Manobra de valsava:</i> expiração forçada, sopra mão ou braço <i>Manobra de Smith Bases</i> : flexão de tronco ou elevação das pernas	
Movimentos respiratórios	Homem -> respiração Toracoabdominal, com uso da parte superior do abdome. Porém, em condições dolorosas ou processos inflamatórios do abdome (peritonite) , esse movimento tende a desaparecer e ficar predominantemente torácica, com abd rígido.	
Pulsações	Podem ser observadas (e palpadas) no abdome de pessoas magras e quase sempre refletem as pulsações da aorta abdominal. Quando há hipertrofia do ventrículo direito, podem surgir pulsações na região epigástrica. Os aneurismas da aorta abdominal provocam pulsações na área correspondente à dilatação.	
Movimentos peristálticos visíveis	Normais (pessoas magras, na região mesogástrica) ou indicam processo obstrutivo de alças intestinais (analisar a localização, direção e sentido das ondas peristálticas) -> Abdome rígido + peristaltismo visível (ondas de Kussmaul) = Obstrução (síndrome de Koeing ou tumor fantasma)	
2) AUSCULTA		
É importante que se realize a ausculta do abdome antes de se realizar a percussão e a palpação, pois estas podem estimular o peristaltismo e encobrir uma hipoatividade dos ruídos hidroaéreos.		
Semiotécnica	<ul style="list-style-type: none">• Usar estetoscópio, paciente em decúbito dorsal com área abdominal desnuda• Divida o abdome em 4 ou 9 e Permaneça por 2 minutos em cada região. (5 a 34 ruídos hidroaéreos)• <5 Silêncio abdominal - <i>íleo paralítico</i>• >34 Borborígmicos - <i>Diarreia e occlusão intestinal</i>	
Ruídos hidroaéreos	<ul style="list-style-type: none">• Ruídos de timbre agudo a cada 5-10 seg, decorrente da movimentação de gases e líquidos no interior do trato gastrointestinal devido ao peristaltismo.• Podem estar normais, aumentados ou diminuídos de intensidade ou ausentes (silêncio abdominal)• Descrição ao exame: RHA+	

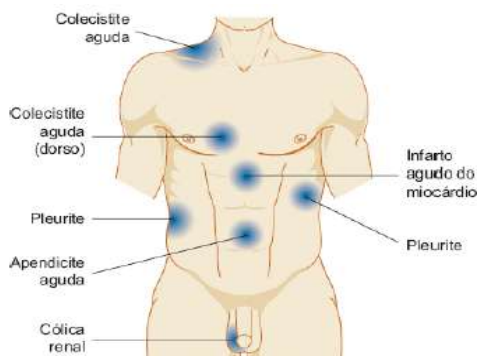
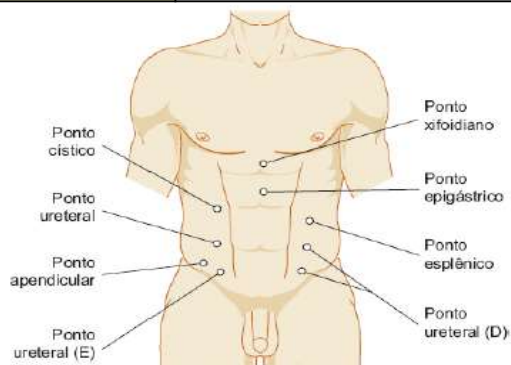
Sopros	<p>Sopros sistólicos ou sistodiastólicos (contínuos), por estreitamento da luz de algum vaso de médio ou grande calibre, fístula arteriovenosa ou sopro placentário a partir do 5º mês de gestação</p> 
3) PERCUSSÃO	
Objetivos: Avaliação da sonoridade do abdome, Determinar o limite superior do fígado, determinar, determinar a área de maciez hepática, pesquisa de ascite.	
Semiotécnica	<ul style="list-style-type: none"> Ouvido do examinador < 1m Até 3 repetições Sequenciais
Sonoridade do abdome	
Timpanismo	<p>Indica a presença de ar dentro de uma víscera oca. Em condições normais, é percebido em quase todo o abdome, porém é mais nítido na área de projeção do fundo do estômago</p> <p>Espaço de Traube: Espaço semilunar do sexto ao décimo primeiro espaços intercostais, tendo como limites: gradeado costal, baço, pâncreas, cólon, rim e estômago. Normalmente quando percutido apresenta timpanismo</p>
Hipertimpanismo	<p>Aumento da quantidade de ar: Flatulência, sub oclusão intestinal, oclusão intestinal (gastrectasia, meteorismo, obstrução intestinal, vôlvulo, pneumoperitônio)</p>
Submaciez	<p>Menor quantidade de ar ou superposição de uma víscera maciça.</p>
Maciez	<p>Observa nas áreas de projeção do fígado, baço e útero gravídico ou provenientes das seguintes alterações:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hipocôndrio Direito: Hepatomegalia Hipocôndrio Esquerdo: Esplenomegalia Epigástrica: Aumento do Lobo E hepático, TU gástrico ou pancreático Pélvica: útero gravídico, bexiga cheia, TU de bexiga ou utero Flancos ou difusa: Ascite Fossa ilíaca: alças intestinais com fezes e TU ovario
Determinação do limite superior do fígado e da área de maciez hepática	
Semiotécnica	<ul style="list-style-type: none"> Começo do exame: hemitórax direito na linha hemiclavicular desde a origem na clavícula até chegar no 4º ou 5º espaço intercostal, daí deve-se desviar para fora; neste ponto deve ser audível o som claro pulmonar. Na altura do 5º ou 6º espaço intercostal, deve-se ouvir som submaciço - limite superior do fígado. Continuando - se a percussão para dentro, para baixo ou para fora, consegue-se delimitar com facilidade a área de maciez hepática. Não achar esse som maciço pode significar atrofia, pneumoperitônio ou a alça intestinal entre fígado e parede costal. <p>Sinal de Jobert: hipertimpanismo na região hepática. Indica a presença de ar entre o fígado e o diafragma -> Pneumoperitônio. Pode ser causado por ruptura de víscera oca.</p> <p>Sinal de Torres-homem: Percussão muito dolorosa na região hdo fígado - Característico de abscesso hepático</p>
	
Pesquisa de ascite	
Ascite de grande volume (>1500ml)	<ul style="list-style-type: none"> Grande quantidade de líquido com aumento abdominal, A cicatriz umbilical se torna plana ou protusa. Percussão por piparote: Pede ao paciente para colocar amão na linha mediana do abdome, assim, o médico dá petelecos em uma das extremidades do abdome e sente na outra extremidade se há ondas de choque; caso seja possível sentir, é ascite (líquido facilita propagação das ondas).
Ascite de médio volume (<1500ml)	<ul style="list-style-type: none"> Quando o Sinal do piparote é negativo; Pesquisa de Maciez Móvel: posiciona o paciente em decúbito lateral direito e percute-se todo o abdome, se houver ascite, encontra-se timpanismo no flanco esquerdo e maciez no flanco direito. Em seguida, o paciente se posiciona em decúbito lateral esquerdo, e se houver ascite, haverá o oposto, isto é, timpanismo no hemiabdomen direito e maciez móvel no esquerdo. Semi círculo de skoda: Maciez ao redor e na região mesogastrica estará timpânico
Ascite de pequeno volume (<500 ml)	<ul style="list-style-type: none"> Pesquisa de piparote no baixo ventre, em pé e com a bexiga vazia; USG é método ideal para diagnosticar a ascite de baixo volume
Segundo o slide do Professor: Toque retal - Abaulamento fundo de saco de Douglas (<300mL), Maciez móvel (0,3 - 1L), Skoda (1-3L), Piparote (>3L)	



Semicírculo de Skoda

4) PALPAÇÃO

Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar o estado da parede abdominal Explorar a sensibilidade abdominal, provocando ou exacerbando uma dor, relatada ou não pelo paciente durante a anamnese Reconhecer as condições anatómicas das vísceras abdominais e detectar alterações de sua consistência.
Reconhecimento a palpação	<ul style="list-style-type: none"> Fígado, rins, aorta abdominal, ceco, cólon transverso, cólon sigmoide. Em condições especiais e transitórias, reconhece-se o estômago, o delgado, o pâncreas, as vias biliares e o peritônio.
Palpação Superficial	
Sensibilidade	Palpar de leve ou apenas roçar a parede abdominal com objeto pontiagudo. Se esta manobra despertar dor é porque existe hiperestesia cutânea .
Pontos dolorosos	
Ponto cístico	Colecistite aguda (dor referida em outros locais). Esse ponto relaciona-se com o Sinal de Murphy (inspiração)
Ponto Uretetral E/D	Colica renal (Migração do calculo)
Ponto Apendicular/ McBurney	Peritonite e apendicite. (Apendicite ->Relaciona-se com o Sinal de Blumberg, Rovsing e Dunphy .)
Ponto Xifoidiano	Dor nas cólicas biliares, gastropatias (esôfago e estômago), duodenopatias, esofagites, as úlceras e as neoplasias.
Ponto epigástrico	Sensível nos processos inflamatórios do estômago (gastrite), nos processos ulcerosos e tumorais.
Ponto Esplênico	Dor no infarto esplênico



Resistência da Parede abdominal

Contratura Voluntária	Ela cessa desviando a atenção do paciente, solicitar-lhe que respire profundamente ou que flexione a perna.
Contratura Involuntária	É um reflexo visceromotor, cujo estímulo se origina no peritônio inflamado. Pode ser Localizada ou generalizada

Continuidade da Parede abdominal


Semiotécnica	Desloca a mão que palpa por toda a parede e, ao encontrar uma área de menor resistência, tentase insinuar uma ou mais polpas digitais naquele local. Desse modo, é possível reconhecer diástases e hérnias.
Diástase	Aumento do espaço entre os músculos reto abd, reduzindo sua força e permitindo a passagem de um ou mais dedos entre eles (perpendicularmente) ou de porções intestinais ao esforço; diferença principal (da hérnia) é a ausência de saco herniário ou anel palpável.
Hérnia	Solução de continuidade por onde penetram uma ou mais estruturas intra-abdominais. Congênita ou adquirida. À inspeção, nota-se tumefação na região da hérnia, e, à palpação, consegue-se reconhecer o orifício ou a área da parede abdominal. - Pode pedir que o paciente tussa

Pulsações

Pulsações Epigástricas	Contrações do ventrículo direito (ictus cordis) hipertrofiado ou pulsação da aorta abdominal (principalmente em pessoas magras)
Dilatação Aneurismática	Deve haver pulsação + massa palpável ou reconhecimento de alteração da forma do vaso

Palpação Profunda

Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> Investigar os órgãos da cavidade abdominal e eventuais "massas palpáveis" ou "tumorações" e analisar suas características semiológicas. Em condições normais não se consegue distinguir o estômago, o duodeno, o intestino delgado, as vias biliares e os cólons ascendente e descendente. Todavia, consegue-se palpar colón transverso e sigmoide. No encontro de órgãos, massas palpáveis ou tumorações, analisa-se: Localização, forma, volume (forma e tamanho de azeitona, limão, etc), sensibilidade (dor), consistência (cística, borrachosa, dura), mobilidade e pulsatilidade
----------	---

Palpação do fígado	
Semiotécnica	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente em decúbito dorsal, parede abdominal relaxada. • Palpa-se o hipocôndrio direito, o flanco direito e o epigastro indo da cicatriz umbilical à reborda costal → de baixo para cima. • Segue-se com a palpação junta à reborda costal, coordenando-a com os movimentos respiratórios. • Deve-se utilizar a técnica de Lemos Torres (bimanual) ou de Mathieu (em garra), palpando sempre de baixo para cima.
O que avaliar	<p>1º - BORDA HEPÁTICA: Distância da reborda costal dada em cm ou em dedos transversos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pequenas hepatomegalias: até dois dedos transversos ultrapassando o rebordo costal no final da inspiração. • Médias hepatomegalias: até quatro dedos transversos • Grandes hepatomegalias: mais de quatro dedos transversos podendo alcançar a cicatriz umbilical • Espessura da borda: fina ou romba • Superfície: lisa ou irregular • Consistência: diminuída, normal ou aumentada • Sensibilidade: indolor ou dolorosa. <p><i>Obs.: cabe ressaltar q ue toda hepatomegalia é palpável, mas nem todo fígado palpável está com seu volume aumentado.</i></p> <p>2º - SUPERFÍCIE HEPÁTICA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lisa ou nodular. • Número: nódulos isolados ou múltiplos. • Consistência: dura ou cística. • Sensibilidade: a dor é causada por condições patológicas que estiram a cápsula de Glisson. • Quanto ao diâmetro: micronódulos (<2 cm), macronódulos (> 2 cm). <p><i>Obs.: As causas mais comuns de hepatomegalia são: insuficiência cardíaca direita, colestase extra-hepática, cirrose, esquistossomose, hepatite, esteatose, neoplasias e linfomas.</i></p>
	
Palpação da vesícula biliar	
Semiotécnica	Igual a palpação da borda hepática
O que avaliar	<ul style="list-style-type: none"> • Impalpável: estado normal. • Palpável em condições patológicas: processos inflamatórios, infecciosos e neoplásicos das vias biliares extra-hepáticas. Normalmente associada a obstrução de ducto cístico (calculosa ou inflamatória) → Vesícula hidrópica (acúmulo de secreção). • Sensibilidade dolorosa: Sinal de Murphy <p><i>OBS: Regra ou sinal de Courvoisier: vesícula biliar palpável em paciente icterico é sugestiva de neoplasia pancreática maligna, que, na maioria das vezes, localiza-se na cabeça do pâncreas.</i></p>
Palpação do baço	
Semiotécnica	<ul style="list-style-type: none"> • Semelhante à palpação hepática (porém no quadrante superior esquerdo) • Se não palpável, realizar na posição de Shuster (paciente em decúbito lateral D com o MIE flexionado sobre o abdome em um ângulo de 90, o ombro esquerdo é elevado e deixado sobre a cabeça. • Fazer manobra bimanual ou em garra → Mathieu Cardarelli. • Avaliar o espaço de traube (percussão)
O que avaliar	<p>Característica morfológica principal é a distância entre a reborda costal e a extremidade inferior do baço, medida em centímetros ou em dedos transversos. Referência: linha hemiclavicular esquerda.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Impalpável: no estado normal (mede 13 x 8 x 3,5 cm; pesa entre 180 a 200 g). • Palpável: quando atinge o dobro de seu tamanho (esplenomegalia). • Hiperesplenismo: esplenomegalia + anemia + leucopenia + trombocitopenia. • Superfície: Lisa (hipertensvo, inflamatório), Irregular (linfomas) <p>Causas de esplenomegalia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vasculares (hipertensão portal); • infecciosas e parasitárias: Volume aumentado (até 3-4 cm), mole, borda cortante e extremamente doloroso (febre tifoide, hepatite viral, doença de chagas, malária, endocardite) • Hematológicas (anemias hemolíticas); • Neoplásicas; • Metabólicas; • Colagenoses (artrite reumatóide). • Grandes: esquistossomose, cirrose hepática, calazar e leucemia mieloide crônica. • Junto com dor: periesplenite.
Classificação de acordo com o aumento do baço	<ul style="list-style-type: none"> • Grau I: Baço palpável sob o rebordo costal • Grau II: Baço palpável entre o rebordo costal e uma linha transversal a cicatriz umbilical • Grau III: Baço palpável abaixo da cicatriz umbilical

Classificação segundo patologias	<ul style="list-style-type: none">• Baço Infeccioso agudo: Volume aumentado até 3-4 cm, mole, borda cortante e extremamente doloroso. (<i>Malária e endocardite</i>)• Baço Crônico: Volume aumentado, duro, borda romba e indolor (<i>Esquistossomose, linfomas e malária</i>)• Baço Crônico: Volume muito aumentado até a Fossa Iliaca Dir. , borda romba, duro e indolor (<i>LMC, mielofibrose e leishmaniose</i>)		
<div></div>			
Palpação do Intestino			
Ceco	<ul style="list-style-type: none">• O Ceco é facilmente reconhecido na fossa ilíaca direita.• Mão espalmada sobre a região da fossa ilíaca direita, fazendo-se pressão em direção a espinha ilíaca → sentido latero-lateral; entre espinha ilíaca anterossuperior e umbigo.• Manobra acessória: compressão do cólon com a mão esquerda, enquanto se apalpa com a direita.• Área mais sensível ou massa palpável = inflamação crônica.		
Cólon transverso	<ul style="list-style-type: none">• Sua localização é variável, geralmente percebido na região mesogástrica. Desliza-se ambas as mãos de cima para baixo e de baixo para cima; é percebido como uma corda de direção transversal que rola sob os dedos do examinador		
Cólon Sigmoide	<ul style="list-style-type: none">• Semelhante à palpação do cólon transverso, realizada no sentido látero-lateral no quadrante inferior esquerdo do abdome; é percebido como uma corda de consistência firme e pouco móvel.• Megasigmoide: a alça dilatada desloca-se medialmente, podendo ser palpada em outras regiões do abdome, podendo adquirir consistência pastosa ou pétreas, caso tenha fezes.		
Palpação do Rim			
	<ul style="list-style-type: none">• Paciente em decúbito dorsal ou lateral, pelo método bimanual, onde uma das mãos é colocada na região lombar com a finalidade de projetar o rim para adiante e a outra palpa a região do flanco; sente-se a subida e descida do polo inferior do rim durante os movimentos respiratórios (superfície lisa, contorno arredondado e consistência firme). □ • Manobra da captura do rim: aumenta-se a pressão exercida por ambas as mãos no final da inspiração e início da expiração e percebe-se o deslocamento súbito em direção ascendente. <p>- <i>Manobra de Guyon: bimanual em decúbito dorsal;</i> - <i>Manobra de Israel: bimanual em decúbito lateral esquerdo;</i> Goelet (em pé com o joelho direito apoiado em cadeira em 90°).b</p>		
<div></div>			

SINAIS PROPEDÊUTICOS	
Sinal de Murphy	Interrompe a respiração por dor à palpação do hipocôndrio direito. Indica <i>peritonite local e colecistite aguda</i>
Sinal de Giordano	Punho percussão lombar positiva, indicativo de <i>Pielonefrite</i>
Sinal de Torres-Homem	Percussão muito dolorosa na região do fígado - Característico de <i>abscesso hepático</i>
Sinal de Blumberg	Dor à descompressão brusca pode ser <i>peritonite</i> e no ponto de McBurney , pode ser indicativo de <i>apendicite</i>
Sinal de Jobert	Hipertimpanismo na região hepática. Indica a presença de ar entre o fígado e o diafragma. Pode ser causado por ruptura de víscera oca.
Descompressão Brusca	Se dor, pode indicar <i>peritonite</i> , dor em fossa ilíaca esquerda pode indicar <i>Diverticulite</i>
SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL	
Sinal de Blumberg	Dor à descompressão brusca pode ser <i>peritonite</i> e no ponto de McBurney , pode ser indicativo de <i>apendicite</i>
Sinal de Rovsing	Dor no quadrante inferior direito ao realizar a palpação do quadrante inferior esquerdo do abdome. Pode indicar <i>apendicite aguda</i>
Sinal de Dunphy	Dor à percussão do ponto de McBurney ou dor ao tossir. Pode ser indicativo de <i>apendicite</i> .
Sinal de Lapinski	Dor à compressão do ceco contra a parede posterior do abdome, enquanto o doente eleva o membro inferior direito. Pode ser indicativo de <i>apendicite</i> .
Sinal do Psoas	Dor no quadrante inferior direito ao fazer flexão ativa ou hiperextensão passiva do Membro inferior direito (pode ser feito hiperextensão em decúbito lateral esquerdo). Pode indicar <i>apendicite aguda</i>
Sinal do Obturador	Dor à rotação interna do quadril direito flexionado em decúbito. Pode ser indicativo de <i>apendicite</i> .
Sinal de Martoreli	Dor referida no abdome ao realizar a punho percussão no calcâneo. Pode indicar <i>colecistite ou peritonite</i>
Sinal de Murphy	Interrompe a respiração por dor à palpação do hipocôndrio direito. Indica <i>peritonite local e colecistite aguda</i>

SINAIS DE HEMORRAGIA PERITONEAL						
Sinal de Cullen	Equimose em região periumbilical. Indicativo de hemorragia retroperitoneal. Pode ser encontrado em pancreatite necro-hemorrágica.					
Sinal de Gray-Turner	Equimose em região de flancos. Indicativo de hemorragia retroperitoneal. Pode ser encontrado em pancreatite necro-hemorrágica.					
Sinal de Fox	Equimose em região inguinal e base do pênis. Indicativo de hemorragia retroperitoneal. Pode ser encontrado em pancreatite necro-hemorrágica.					
Sinal de Laffont	Dor referida no ombro direito. É indicativo de hemorragia retroperitoneal, pois o sangue na cavidade peritoneal irrita o nervo frênico.					
Sinal de Kehr	Dor referida na região infra escapular. O sinal de Kehr no ombro esquerdo é um sinal clássico de ruptura de baço					
OUTROS TESTES, SINAIS E SINTOMAS						
Sinal de Mannkopf	Sinal que consiste na aceleração do pulso radial quando se comprime um ponto doloroso.					
Triade de Charcot	Icterícia, febre e dor abdominal em hipocondrio direito -> Colangite (inflamação das vias biliares)					
Abdome Agudo	Dor localizada na região abdominal que seja suficiente para fazer com que o paciente procure auxílio médico e que não tenha diagnóstico prévio, com duração inferior a 6-24h.					
Lembretes na dor Abdominal	<ul style="list-style-type: none">• Dor precede vômito nas condições cirúrgicas• Vômito precede a dor nas condições não cirúrgicas• Dor abdominal + Diarréia -> Geralmente causa NÃO cirúrgica• Dor Abdominal + Fezes sanguinolentas pode-se pensar em colite (inf. Cólon) ou neoplasia de Mankopf• Dor abdominal + anorexia e perda de Peso tem causa Orgânica• Dor abdominal + febre alta desde o início -> Colangite, ITU, Enterite infecciosa, Pneumonia• Dor abdominal + febre em período tardio -> Infecção localizada - Diverticulite, apendicite e colecistite					
ABDOME AGUDO	Caract.	Inflam.	Obstrut.	Perf.	Hemorrag.	Vascular
	Dor	Mod – Forte	Mod	Fortíssima	Forte	Leve - Mod
	Palpação	“Plastrão”	Distensão	“Tábua” Pneumoperitônio	Macicez móvel	ndn
	RHA	↓	↑	Ausente	↓ ou ausente	normal
	Importante	Idade, apêndice, vesícula, pâncreas, divertículos, DIP, DII	Cirurgia prévia, chagas, hérnias, neop. cólon, bolo áscaris	Uso AINH, úlcera péptica, perfuração intestinal	Gravidez ectópica, trauma, romp. Baço, rotura aneurisma aorta	Arritmia cardíaca, tromboilia, ateromas, aneurisma de aorta íntegro, IAM