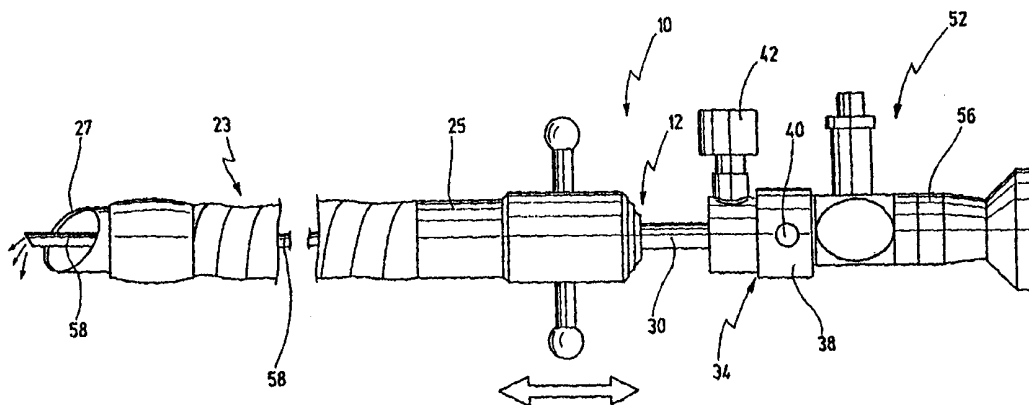


<p>(51) Internationale Patentklassifikation ⁷ : A61M 16/04</p>	<p>A2</p>	<p>(11) Internationale Veröffentlichungsnummer: WO 00/47263</p> <p>(43) Internationales Veröffentlichungsdatum: 17. August 2000 (17.08.00)</p>
<p>(21) Internationales Aktenzeichen: PCT/EP00/01138</p> <p>(22) Internationales Anmeldedatum: 11. Februar 2000 (11.02.00)</p> <p>(30) Prioritätsdaten: 199 05 840.7 12. Februar 1999 (12.02.99) DE 199 39 971.9 24. August 1999 (24.08.99) DE</p> <p>(71) Anmelder (für alle Bestimmungsstaaten ausser US): KARL STORZ GMBH & CO. KG [DE/DE]; Mittelstrasse 8, D-78532 Tuttlingen (DE).</p> <p>(72) Erfinder; und (75) Erfinder/Anmelder (nur für US): BERCI, George [US/US]; Suite 409, 1271 Stoner Avenue, Los Angeles, CA 90025 (US). LIPP, Markus [DE/DE]; Hinkelsteinerstrasse 8, D-55128 Mainz (DE). PRÄDEL, Christian [DE/DE]; Lohmehlenning 53, D-78532 Tuttlingen (DE).</p> <p>(74) Anwälte: WELLER, Wolfgang usw.; Witte, Weller & Partner, Postfach 105462, D-70047 Stuttgart (DE).</p>		<p>(81) Bestimmungsstaaten: US, europäisches Patent (AT, BE, CH, CY, DE, DK, ES, FI, FR, GB, GR, IE, IT, LU, MC, NL, PT, SE).</p> <p>Veröffentlicht <i>Ohne internationalen Recherchenbericht und erneut zu veröffentlichen nach Erhalt des Berichts.</i></p>

(54) Title: DEVICE FOR INTRODUCING AN INTUBATION TUBE INTO THE TRACHEA

(54) Bezeichnung: VORRICHTUNG ZUM EINFÜHREN EINES INTUBATIONSTUBUS IN DIE TRACHEA



(57) Abstract

The invention relates to a device (10) for introducing an intubation tube (23) into the trachea. The inventive device comprises a shaft (12), a receiving element arranged at the distal end of said shaft (12) to which a proximal end (25) of an intubation tube (23) can be mounted and a coupling (34) arranged at the proximal end of the shaft (12) for coupling an endoscope (52) thereto.

(57) Zusammenfassung

Eine Vorrichtung (10) dient zum Einführen eines Intubationstubus (23) in die Trachea. Die Vorrichtung weist einen Schaft (12), eine am distalen Ende des Schaftes (12) angeordnete Aufnahme, an die ein proximales Ende (25) eines Intubationstubus (23) anbringbar ist und eine am proximalen Ende des Schaftes (12) angeordnete Kupplung (34) zum Ankoppeln eines Endoskopes (52) auf.

LEDIGLICH ZUR INFORMATION

Codes zur Identifizierung von PCT-Vertragsstaaten auf den Kopfbögen der Schriften, die internationale Anmeldungen gemäss dem PCT veröffentlichen.

AL	Albanien	ES	Spanien	LS	Lesotho	SI	Slowenien
AM	Armenien	FI	Finnland	LT	Litauen	SK	Slowakei
AT	Österreich	FR	Frankreich	LU	Luxemburg	SN	Senegal
AU	Australien	GA	Gabun	LV	Lettland	SZ	Swasiland
AZ	Aserbaidshan	GB	Vereinigtes Königreich	MC	Monaco	TD	Tschad
BA	Bosnien-Herzegowina	GE	Georgien	MD	Republik Moldau	TG	Togo
BB	Barbados	GH	Ghana	MG	Madagaskar	TJ	Tadschikistan
BE	Belgien	GN	Guinea	MK	Die ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien	TM	Turkmenistan
BF	Burkina Faso	GR	Griechenland	ML	Mali	TR	Türkei
BG	Bulgarien	HU	Ungarn	MN	Mongolei	TT	Trinidad und Tobago
BJ	Benin	IE	Irland	MR	Mauretanien	UA	Ukraine
BR	Brasilien	IL	Israel	MW	Malawi	UG	Uganda
BY	Belarus	IS	Island	MX	Mexiko	US	Vereinigte Staaten von Amerika
CA	Kanada	IT	Italien	NE	Niger	UZ	Usbekistan
CF	Zentralafrikanische Republik	JP	Japan	NL	Niederlande	VN	Vietnam
CG	Kongo	KE	Kenia	NO	Norwegen	YU	Jugoslawien
CH	Schweiz	KG	Kirgisistan	NZ	Neuseeland	ZW	Zimbabwe
CI	Côte d'Ivoire	KP	Demokratische Volksrepublik Korea	PL	Polen		
CM	Kamerun	KR	Republik Korea	PT	Portugal		
CN	China	KZ	Kasachstan	RO	Rumänien		
CU	Kuba	LC	St. Lucia	RU	Russische Föderation		
CZ	Tschechische Republik	LI	Liechtenstein	SD	Sudan		
DE	Deutschland	LK	Sri Lanka	SE	Schweden		
DK	Dänemark	LR	Liberia	SG	Singapur		
EE	Estland						

Vorrichtung zum Einführen eines Intubationstubus in die Trachea

Die Erfindung betrifft eine Vorrichtung zum Einführen eines Intubationstubus in die Trachea.

Die Einführung eines Intubationstubus in die Trachea ist ein äußerst schwierig durchzuführender Vorgang, der insbesondere bei Kindern und im Falle von Mißbildungen nur sehr schwierig durchzuführen ist. Ein Intubationstubus besteht meist in Form eines Schlauches aus Kunststoffmaterialien, der, nachdem er in die Luftröhre eingeführt wird, dort mit Hilfe eines aufblasbaren Ballons am Ende gesichert wird, um das freibleibende Volumen der Trachea abzuschließen. Dazu muß der Tubus unter der Epiglottis und durch die Stimmbänder hindurchgeführt werden. Dieser Bereich ist nur eingeschränkt von außen her ersichtlich.

Insbesondere bei Kleinkindern ist dieser Vorgang äußerst schwierig durchzuführen und muß mit größter Vorsicht durchgeführt werden, um die vorgenannten Körperteile nicht zu verletzen.

Insbesondere bei Notfällen muß der Tubus ggf. sehr rasch gesetzt werden, um eine alsbaldige Sauerstoffversorgung sicherzustellen. Bei Notfällen, bspw. bei Verätzungen oder Vergiftungen von Kleinkindern, ist die Intubation noch bei Bewußtsein des Kindes durchzuführen, das sich dabei üblicherweise stark wehrt.

Es besteht daher ein Bedarf an einer Vorrichtung, mit der ein solcher Tubus rasch, zielgerecht und sicher in die Trachea eingeführt werden kann. Dabei besteht außerdem der Wunsch, das distale Ende des Tubus während des Einführvorganges andauernd im Blickfeld zu haben bzw. das Verschieben dieses Endes visuell beobachten zu können.

Es ist daher Aufgabe der vorliegenden Erfindung, eine entsprechende Vorrichtung zum Einführen eines Intubationstubus in die Trachea zu schaffen.

Erfindungsgemäß wird die Aufgabe durch eine Vorrichtung mit einem Schaft, mit einer am distalen Ende des Schaftes angeordneten Aufnahme, an die ein proximales Ende eines Intubationstubus anbringbar ist, und mit einer am proximalen Ende des Schaftes angeordneten Kupplung zum Ankoppeln eines Endoskopes gelöst.

Durch das Vorsehen einer Aufnahme am distalen Ende des Schaftes kann der Intubationstubus sicher und festsitzend an die Vorrichtung angebracht werden. Dieser Vorgang kann vor dem eigent-

lichen Eingriff schon vorbereitet werden, d.h. abhängig von dem Alter und der Größe des Patienten kann ein entsprechender geeigneter Intubationstubus an die Vorrichtung angebracht werden. Übliche Längen von Intubationstuben reichen von etwa 12 cm bei Kleinkindern bis etwa 35 cm bei Erwachsenen. Das Vorsehen einer Kupplung zum Ankoppeln eines Endoskopes am proximalen Ende erlaubt es nun, direkt an die Vorrichtung ein optisches Instrument anzubringen, über das der Einführvorgang dauernd visuell beobachtet werden kann. Es kann vorgesehen sein, das Endoskop so anzukoppeln, daß dieses integraler Bestandteil der Vorrichtung ist und daher auch fest und unlösbar angekoppelt sein kann.

In diesem Fall sind dann die Länge der Vorrichtung, die Länge des Intubationstubus und die Länge des Endoskopschaftes so aufeinander abzustimmen, daß das distale Ende des Endoskopes gerade im Bereich des distalen Endes des Intubationstubus zum Liegen kommt. Sowohl der Intubationstubus als auch das Endoskop sind festsitzend jedoch lösbar an der Vorrichtung anbringbar, so daß der Zusammenbau aus diesen drei Bauelementen ein kompaktes und schlankes Gebilde darstellt, das vom Operateur einfach zu handhaben ist und diesem zugleich die Möglichkeit gibt, visuell das Einführen zu beobachten. Das Endoskop kann dabei starr, semi-flexibel oder auch flexibel sein.

Nach Setzen des Intubationstubus kann das Endoskop wieder abgekoppelt und abgenommen werden, und auch die Vorrichtung kann vom proximalen Ende des Intubationstubus gelöst werden, so daß dieser dann an die entsprechenden Beatmungsgeräte oder dgl. angeschlossen werden kann. In dieser Ausgestaltung ist die Vorrichtung insbesondere geeignet, bei operativen Vorgängen einge-

setzt zu werden, bei denen zuvor optimale Längen und Größen von Intubationstubus und Endoskop bereitgestellt werden können.

In einer weiteren Ausgestaltung der Erfindung ist die Länge des Schaftes veränderbar.

Diese Maßnahme hat den erheblichen Vorteil, daß über die Längenveränderung des Schaftes mit ein und derselben Vorrichtung an die jeweils vorhandenen Gegebenheiten angepaßt werden kann. Das bedeutet, durch die Längenveränderung des Schaftes kann das angekoppelte Endoskop so hin- und herverschoben werden, daß jeweils der gewünschte Sichtbereich erhalten wird, also insbesondere das Endoskop im Bereich des distalen Endes des Beatmungsschlauches zum Liegen kommt, und zwar unabhängig davon, wie lang der Intubationstubus ist. Anders ausgedrückt, kann eine einzige derartige Vorrichtung mit einem längenveränderbaren Schaft für unterschiedliche Längen an Intubationstuben eingesetzt werden, so daß nicht mehrere, auf eine ganz bestimmte Länge eines Intubationstubus bzw. ganz bestimmte Endoskope abgestimmte Vorrichtungen bereitgestellt werden müssen.

Dies ist insbesondere auch in Notfällen hilfreich, bei denen bspw. nur gerade ein bestimmter Intubationstubus vorliegt und entsprechend auch nur ein bestimmtes Endoskop, so daß durch Längenveränderung des Schaftes dann die jeweils optimale Beobachtungsposition für den Einführvorgang durchgeführt werden kann.

Bei anatomischen Anomalien kann dann durch Längenveränderung des Schaftes das Endoskop hin- und herbewegt werden, um jeweils optimale Sichtbedingungen zu schaffen, so daß auch bei solchen

Anomalien rasch und atraumatisch der Intubationstubus in die Trachea eingeführt werden kann.

In einer weiteren Ausgestaltung der Erfindung ist der Schaft teleskopartig aufgebaut.

Diese Ausgestaltung hat den Vorteil, daß der Schaft trotz der Längenveränderbarkeit ein schlankes Bauelement darstellt und daß der Stauraum der Vorrichtung relativ gering ist. Bei Nichtgebrauch kann der Schaft teleskopartig zusammengeschoben werden.

In einer weiteren Ausgestaltung ist der Schaft rohrförmig.

Diese Maßnahme hat den Vorteil, daß der Schaft des Endoskopes durch den Schaft hindurchgeschoben werden kann und allseits von diesem umgeben und somit geschützt ist. Die rohrförmige Ausbildung des Schaftes ermöglicht dann auch, weitere Instrumente oder auch ggf. andere Medien wie Gase oder Flüssigkeiten durch diesen hindurchzuführen.

In einer weiteren Ausgestaltung der Erfindung ist der Schaft aus mehreren teleskopartig ineinanderverschiebbaren Rohren aufgebaut.

Diese Maßnahme vereinigt auf konstruktiv einfache Art und Weise zum einen die Längenveränderbarkeit des Schaftes und zugleich die Ausbildung als Rohr zum Durchführen oder zum Durchleiten von Instrumenten oder Medien.

In einer weiteren Ausgestaltung der Erfindung ist am proximalen Ende der Vorrichtung ein Gasanschluß angeordnet, der mit dem Innenraum des hohlen Schaftes verbunden ist.

Diese Maßnahme hat den erheblichen Vorteil, daß schon beim Setzen des Intubationstubus lebensnotwendiger Sauerstoff zugeführt werden kann, was insbesondere bei Notfällen lebensentscheidend sein kann. Dadurch ist der Operateur bei Notfällen, in denen eine Erstickungsgefahr droht, schon beim Zuführen des Intubationstubus in der Lage, auch gleichzeitig Sauerstoff zuzuführen und muß nicht abwarten, bis nach Setzen des Intubationstubus ein Sauerstoffanschluß bewerkstelligt wird.

In einer weiteren Ausgestaltung der Erfindung ist am distalen Ende der Vorrichtung eine Handhabe angeordnet, über die die Vorrichtung handhabbar ist.

Diese Maßnahme hat den erheblichen Vorteil, daß der Operateur die Vorrichtung beim Einführen des Intubationstubus über die Handhabe fest und sicher in einer Hand halten und führen kann, so daß ihm die andere Hand für andere Manipulationen freisteht.

In einer weiteren Ausgestaltung der Erfindung ist die Aufnahme am distalen Ende des Schaftes der Vorrichtung zum Anbringen des Intubationstubus als Zapfen ausgebildet, auf den ein Ende des Intubationstubus aufschiebbar ist.

Diese Maßnahme hat den Vorteil, daß durch einen einfachen Aufschiebevorgang der Intubationstubus an die Vorrichtung angebracht werden kann und dementsprechend, nach Setzen des Intubationstubus, auch dieser Zusammenbau wieder gelöst werden kann.

In einer weiteren Ausgestaltung der Vorrichtung ist die Aufnahme als Hohlzapfen ausgebildet, in den ein proximales Ende des Intubationstubus einschiebbar ist.

Diese Maßnahme hat den Vorteil, daß durch das Einführen des Intubationstubus in den Hohlzapfen eine radial schlanke Bauweise erzielt werden kann.

In einer weiteren Ausgestaltung der Erfindung ist der Zapfen leicht konisch ausgebildet.

Diese Maßnahme hat den Vorteil, daß der Intubationstubus fest haftend, jedoch nach wie vor lösbar auf der Aufnahme sitzt und daß durch die konischen aneinanderliegenden Flächen eine ausreichende Dichtfläche vorhanden ist, um ein Entweichen von Gas, das durch die Vorrichtung und den Intubationstubus hindurchgeführt wird, zu verhindern.

In einer weiteren Ausgestaltung der Erfindung ist der Schaft derart ausgebildet, daß ein Schaft des Endoskopes von proximal durch die Vorrichtung hindurchschiebbar ist.

Diese Maßnahme hat den Vorteil, daß durch einen einfachen Einschlebevorgang das Endoskop in die Vorrichtung eingeführt wird, der empfindliche Endoskopschaft vom Schaft der Vorrichtung umgeben und geschützt ist, so daß letztendlich vom proximalen Ende der Vorrichtung lediglich der an dieses angekoppelte Optikkopf des Endoskopes vorsteht. Dabei werden vorzugsweise semi-flexible Endoskope eingesetzt, d.h. deren Endoskopschaft ist in der Lage, den Krümmungen, die ein Intubationstubus beim Einführen in die Trachea einnimmt, zu folgen.

In einer weiteren Ausgestaltung der Erfindung ist der Schaft derart ausgebildet, daß auch bei eingeschobenem Endoskop noch ein Gas durch den Schaft hindurchführbar ist.

Diese Maßnahme hat den Vorteil der Multifunktionalität dahingehend, daß trotz eingeschobenem Endoskop auch noch durch den Schaft ein Beatmungsgas hindurchgeführt werden kann.

In einer weiteren Ausgestaltung der Vorrichtung ist vorgesehen, daß diese über deren Länge mit einem Schlitz versehen ist, über den die Vorrichtung an einen Schaft eines Endoskopes anlegbar ist.

Diese Maßnahme ist dann von besonderem Vorteil, wenn die Vorrichtung an ein starres Endoskop angelegt werden soll, dessen Schaft am distalen Ende abgeknickt ist, ein sogenanntes Intubations-Fiberskop. Durch Vorsehen eines Schlitzes kann nun die Vorrichtung im geradlinig verlaufenden Bereich des Schaftes, also nach dem distalseitigen Knick des Schaftes, an diesen in einer radialen Bewegung angelegt und dann Richtung proximalem Ende verschoben und mit dem Endoskop verkoppelt werden. Es können dann Drehschieber vorgesehen sein, die nach Anlegen der Vorrichtung an den Schaft des Endoskopes über den Schlitz gedreht werden und so ein seitliches Abfallen der Vorrichtung sperren.

In einer weiteren Ausgestaltung ist vorgesehen, daß die Vorrichtung über die Kupplung an das Endoskopgehäuse anklammerbar ist.

Diese konstruktiv besonders einfache Ausgestaltung hat den Vorteil, daß die Vorrichtung an einem vorhandenen herkömmlichen Endoskop ohne eine besondere Anpassung des Endoskops im Bereich des Endoskopgehäuses befestigt werden kann. Eine Schraube kann zur Verbesserung der Klemmwirkung vorgesehen sein.

In einer weiteren Ausgestaltung der Erfindung ist die Kupplung als Rastmechanismus zum Verrasten der Vorrichtung mit dem Endoskop ausgebildet oder ist mittels einer Überwurfmutter-Gewinde-Verbindung an dem Endoskopgehäuse befestigbar.

Im Fall eines Rastmechanismus zum Verrasten der Vorrichtung am Endoskop ist weiterhin bevorzugt, wenn der Rastmechanismus zumindest eine Kugelraste aufweist, und wenn am Endoskopgehäuse zumindest eine Vertiefung ausgebildet ist, in die die Kugelraste eingreift.

Die Befestigung der Vorrichtung über eine in eine Vertiefung am Endoskop einrastende Kugelraste hat den besonderen Vorteil, daß die Vorrichtung schnell am Endoskop sicher haltend befestigt und eben so schnell wieder gelöst werden kann.

Dabei ist es weiterhin bevorzugt, wenn die Vertiefung als umfängliche Nut am Endoskop ausgebildet ist.

Diese Maßnahme hat den Vorteil, daß beim Anbringen der Vorrichtung an dem Endoskop nicht auf eine bestimmte Drehorientierung der Vorrichtung in bezug auf die Achse des Endoskopes geachtet werden muß, weil sich die Vorrichtung bei dieser Ausgestaltung in jeder Drehstellung um die Endoskoplängsachse an diesem befestigen läßt.

Als weitere Ausgestaltung ist vorgesehen, die Befestigung der Vorrichtung am Endoskopgehäuse durch eine Bajonettverriegelung auszugestalten.

In einer weiteren Ausgestaltung der Erfindung ist die Kupplung einstückig mit dem Endoskop ausgebildet.

Diese Maßnahme hat den Vorteil, daß die Vorrichtung fest mit dem Endoskop verkuppelt ist.

In einer weiteren Ausgestaltung der Erfindung ist das Endoskop mit einer Kamera versehen.

Diese Maßnahme hat den Vorteil, daß der Operateur mit beiden Augen das jeweilige Bild erfassen kann und die schwierige Anatomie und ggf. Anomalien erkennen und darauf reagieren kann, so daß der Tubus möglichst atraumatisch und zutreffend sitzend eingeführt werden kann.

Es versteht sich, daß die vorstehend genannten und die nachstehend noch zu erläuternden Merkmale nicht nur in der jeweils angegebenen Kombination, sondern auch in anderen Kombinationen oder in Alleinstellung verwendbar sind, ohne den Rahmen der vorliegenden Erfindung zu verlassen.

Ausführungsbeispiele der Erfindung sind in der Zeichnung dargestellt und werden in der nachfolgenden Beschreibung näher erläutert. Es zeigen:

- Fig. 1 einen Längsschnitt eines ersten Ausführungsbeispiels einer erfindungsgemäßen Vorrichtung mit längenveränderbarem Schaft in Form von drei Teleskoprohren in vollständig ausgezogenem Zustand,
- Fig. 2 eine der Fig. 1 entsprechende Schnittdarstellung in völlig zusammengeschobenem Zustand der Vorrichtung, wobei ein Abschnitt eines Intubationstubus gezeigt ist, der auf eine Aufnahme aufschiebbar ist,
- Fig. 3 eine Seitenansicht der Vorrichtung von Fig. 2 in eingeschobenem Zustand mit proximaler Kupplung, wobei gerade ein Endoskop von proximal her in die Vorrichtung eingeschoben wird,
- Fig. 4 eine stirnseitige Ansicht der Vorrichtung von distal,
- Fig. 5 eine stirnseitige Ansicht der Vorrichtung von proximal,
- Fig. 6 einen Zusammenbau aus der Vorrichtung, einem Endoskop und einem Intubationstubus,
- Fig. 7 einen Längsschnitt eines weiteren Ausführungsbeispiels einer Vorrichtung, die über eine Feststellschraube mit einem Endoskop verkoppelt ist,
- Fig. 8 die Vorrichtung von Fig. 7 in einer weiteren teleskopartig ausgezogenen Betriebsstellung,

Fig. 9 einen Längsschnitt eines weiteren Ausführungsbeispiels einer Vorrichtung mit einer Kupplung über eine Kugelraste, und

Fig. 10 einen Längsschnitt eines weiteren Ausführungsbeispiels einer erfindungsgemäßen Vorrichtung, die einstückig mit einem Endoskop gekoppelt ist.

In den Zeichnungen ist eine erfindungsgemäße Vorrichtung in der Gesamtheit mit der Bezugsziffer 10 versehen.

Aus der Schnittdarstellung von Fig. 1 ist ersichtlich, daß die Vorrichtung 10 einen mittigen zentralen Schaft 12 aufweist, an dessen distalem Ende 14 eine Aufnahme 16 angeordnet ist.

Die Aufnahme 16 weist ein etwa hohlrohrförmiges Gehäuse 18 auf, von dem distal ein hohlzylindrischer Zapfen 20 vorspringt. Die Außenseite 22 des Zapfens 20 dient dazu, wie das insbesondere aus der Darstellung von Fig. 2 ersichtlich ist, darauf ein proximales Endstück 25 eines Intubationstubus 23 passend aufzuschieben. Zapfen 20 und proximales Endstück 25 verlaufen leicht konisch, wodurch der Intubationstubus 23 festsitzend und dichtend auf den Zapfen 20 aufsetzbar ist.

Der Intubationstubus 23 besteht, wie an sich bekannt, aus einem Schlauch aus Kunststoffmaterial und weist eine Länge von etwa bis zu 12 cm zur Intubation von Kleinkindern, bis etwa 35 cm zur Intubation von Erwachsenen auf.

Wie aus den Fig. 1 und 2 ersichtlich, stehen von der Außenseite des Gehäuses 18 radial gegenüberliegend zwei Stäbe 26, 26' mit

einem kugeligen Ende vor, wobei diese Stäbe 26, 26' als Handha-
be 24 für die Vorrichtung 10 dienen.

Der Schaft 12 besteht aus drei teleskopartig ineinanderschieb-
baren Rohren 28, 29 und 30.

Das Rohr 28 mit dem größten Durchmesser ist an seinem distalen
Ende mit dem Gehäuse 18 gleitend jedoch unverlierbar verbunden.

In das Rohr 28 ist das Rohr 29 eingesetzt, in das wiederum das
Rohr 30 eingesetzt ist.

O-Ringe 46, 47, 48 sorgen für eine gasdichte, jedoch teleskop-
artig ineinanderschieb-
bare Beweglichkeit der Rohre 28, 29 und
30 untereinander.

Es ist auch möglich, das Rohr mit dem kleinsten Durchmesser am
Gehäuse anzubringen und auf dieses die anderen Rohre
teleskopartig aufzuschieben.

Das proximale Ende des Schaftes 12, in der dargestellten Ausge-
staltung also das proximale Ende des Rohres 30, ist mit einer
Kupplung 34 verbunden.

Die Kupplung 34 weist, wie das aus der Schnittdarstellung von
Fig. 1 und 2 ersichtlich ist, eine Bajonettführung 36 auf. Die-
se Bajonettführung dient zur Führung eines in den Fig. 1 und 2
nicht dargestellten Verriegelungsringes 38, wie er aus den Fig.
3, 5 und 6 ersichtlich ist. Zum Verdrehen des Ringes 38 steht
radial ein Stift 40 vor, wie das noch nachfolgend näher erläu-
tert wird.

Aus der Schnittdarstellung von Fig. 1 ist zu erkennen, daß der Innenraum des Rohres 30 über einen seitlich abgehenden Stichkanal 44 mit der Außenseite verbunden ist. Auf diesem Stichkanal 44 ist ein Gasanschluß 42 montiert, wie er aus den Fig. 3, 5 und 6 ersichtlich ist. Es ist also möglich, ein Gas, bspw. Sauerstoff, über den Gasanschluß 42 von proximal nach distal durch die Vorrichtung 10 hindurchzuführen, wobei dann das Gas über eine Öffnung 50 am distalen Ende des Zapfens 20 austritt, bzw. bei auf diesen aufgeschobenem Intubationstubus 23 dann in den Intubationstubus 23 eingeführt wird.

Fig. 1 zeigt den Schaft 12 mit seiner Maximallänge, d.h. die drei Rohre 28, 29 und 30 sind zu einer Maximallänge teleskopartig auseinandergezogen.

Fig. 2 zeigt den Schaft 12 bzw. die Rohre 28, 29, 30 in maximal eingeschobenem Zustand.

Der Längenunterschied zwischen Fig. 1 und 2 gibt also das Maß der Längenveränderbarkeit des Schaftes 12 bzw. der Vorrichtung 10.

In Fig. 3 ist dargestellt, wie gerade ein Endoskop 52 von proximal her durch die Vorrichtung 10 hindurchgeschoben wird.

Das Endoskop 52 wird so weit vorgeschoben, bis dessen Kuppelungsstück 54 durch die aus der Stirnansicht von Fig. 5 ersichtliche schlüssellochartige Öffnung 37 der Kupplung 34, die der Kontur des Kuppelungsstückes 54 entspricht, hindurchgetreten ist. Durch Drehen des Verriegelungsringes 38 über den Stift 40

wird dann das vollständig eingeschobene Endoskop 52 mit der Kupplung 34 bzw. der Vorrichtung 10 verriegelt.

Dieser Zustand ist in Fig. 6 dargestellt, d.h. der Verriegelungsring 38 wurde gegenüber der Stellung von Fig. 3 etwa um 90° gedreht, um die Verriegelung zu bewerkstelligen. Aus Fig. 6 ist ferner ersichtlich, daß auf das distale Ende der Vorrichtung 10 ein Intubationstubus 23 aufgeschoben worden ist.

Die Länge des Schaftes 58 des Endoskopes 52 ist so gewählt, daß dessen distales Ende im Bereich des distalen Endes 27 des Intubationstubus 23 zum Liegen kommt. Dadurch ist es möglich, über das Endoskop 52 visuell die jeweilige Lage bzw. den Einführungszustand des distalen Endes 27 des Intubationstubus 23 zu beobachten. Durch Ein- und Ausfahren der teleskopartig ineinanderverschiebbaren Rohre 28, 29 und 30 kann nun das distale Ende des Endoskopes 52 in eine Relativstellung zum distalen Ende des Intubationstubus 23 gebracht werden, bei der jeweils optimale Sichtverhältnisse vorliegen.

Außerdem ist möglich, mit ein- und derselben Vorrichtung 10 unterschiedlich lange Intubationstuben einzusetzen, wobei dann bei einer bestimmten Endoskoplänge entsprechend die Länge des Schaftes durch Ein- bzw. Ausziehen der Rohre 28, 29 und 30 angepaßt wird. Bei Kleinkindern wird bspw. ein Endoskop mit einem Schaftdurchmesser von 2 mm und ein Tubus von 5 mm Außendurchmesser eingesetzt.

Zum Einführen eines Intubationstubus 23 wird der in Fig. 6 dargestellte Zusammenbau bewerkstelligt, also der Intubationstubus 23 auf den Zapfen 20 festsitzend aufgeschoben und ein Endoskop

52 angekoppelt. Dieser Zusammenbau wird unter der Epiglottis und durch die Stimmbänder geführt. Dabei wird die Zunge des Patienten über einen Laryngoskopspatel fixiert. Je nach Auswahl des Endoskops als starres, semi-flexibles oder flexibles Endoskop kann dessen Schaft einer Krümmung des Intubationstubus mehr oder weniger stark folgen. Bei einem semi-flexiblen Endoskop kann der Schaft um etwa $\pm 30^\circ$ gebogen werden, je nach den anatomischen Gegebenheiten der Trachea. Es können bei bekannten Anomalien auch entsprechend gekrümmte Endoskope eingesetzt werden.

Anschließend wird der Tubus gelöst und in die Trachea vollständig eingeschoben, bis an die Luftröhrengabelung herangebracht und dort fixiert, wobei üblicherweise am distalen Ende des Intubationstubus 30 ein aufblasbarer Ballon vorhanden ist. Zum Lösen des Intubationstubus 23 können ein oder zwei Finger der Hand, die den Zusammenbau über die Handhabe 24 hält, das proximale Endstück 25 des Intubationstubus 23 von dem Zapfen 20 abschieben. Der Zusammenbau aus Vorrichtung 10 und Endoskop 52 kann nach wie vor zur Beobachtung herangezogen werden. Die Vorrichtung 10 wird dann samt Endoskop 52 wieder entfernt.

Die Vorrichtung 10 dient somit als Fixateur sowohl für den Intubationstubus als auch für die Beobachtungsoptik und stellt eine einfach und kompakt bauende Baueinheit zur Einführung eines Intubationstubus ein.

Soll schon beim Einführen Sauerstoff oder Beatmungsluft zugeführt werden, so kann dies über den seitlichen Gasanschluß bewerkstelligt werden.

Wie in Fig. 6 durch einen Doppelpfeil dargestellt, erlaubt die Längenveränderung des Schaftes 12 eine jeweils optimale Anpassung an die jeweilige Situation des Patienten, so daß auch bei schwierig zugänglichen Luftröhren, bspw. bei Mißbildungen oder bei Kleinkindern, ein rasches, sicheres und atraumatisches Einführen ermöglicht ist.

Soll anstatt einer direkten visuellen Beobachtung durch das Endoskop ein Bild über Videomonitor sichtbar gemacht werden, kann zusätzlich eine Kamera angesetzt werden, oder das Endoskop kann schon mit einer integrierten Kamera versehen sein, also schon als Videoendoskop ausgebildet sein. Durch Vergrößerung des Videobildes können anatomische Anomalien genau erkannt werden. Insbesondere bei der Intubation von Neugeborenen oder Säuglingen ist das besonders hilfreich. Der Operateur sieht das ggf. vergrößerte Videobild in seiner Arbeitsrichtung, so daß dieser die schwierige Anatomie und ggf. Anomalien deutlich erkennen kann und den Intubationstubus trotz dieser Schwierigkeiten zutreffend einführen kann.

Die Fig. 7 und 8 zeigen ein weiteres Ausführungsbeispiel einer Vorrichtung 80, die an ein Endoskop 102 angekoppelt ist. Das Endoskop 102 ist ein flexibles Endoskop. Auch die Vorrichtung 80 ist längenveränderbar ausgebildet und weist dazu distal-seitig einen Rohrfortsatz 82 auf, in den ein Rohrstück 84 eingeschoben ist. In dieses Rohrstück 84 ist ein weiteres Rohrstück 86 eingeschoben.

In Fig. 7 sind diese drei Rohrstücke teleskopartig ineinander eingeschoben dargestellt.

Eine Kupplung 88 zum Verbinden mit dem Endoskop 102 ist als proximalseitig vorstehendes Rohrstück ausgebildet, das auf einen entsprechenden Abschnitt des Optikkopfes 104 des Endoskops 102 aufschiebbar ist. Über eine radiale Feststellschraube 90 kann die Vorrichtung 80 am Endoskop 102 fixiert werden.

Der Optikkopf 104 des Endoskops 102 erstreckt sich über einen konisch verjüngenden Abschnitt 106 zu einem langerstreckten Schaft 108. Der konisch verjüngende Abschnitt 106 reicht durch den Innenraum der ineinandergeschobenen Rohre 84 und 86 hindurch. Eine Innenfläche 92 des innersten Rohres 96 dient als Aufnahme für einen Intubationstubus 98, und zwar für dessen proximales Ende 96.

Der Außendurchmesser des proximalen Endes 96 ist dabei so gewählt, daß er passend in die Aufnahme 92 eingeschoben werden kann. Für einen festen sicheren Sitz können Aufnahme 92 und proximaler Endabschnitt 96 konisch verlaufen.

Ein Ringflansch 100 bildet einen Anschlag für die Tiefe des Einschubens des Intubationstubus 98 in die Aufnahme 92.

Vom innersten Rohr 86 steht radial eine Handhabe 94 vor, über die nicht nur die Vorrichtung 80 beim Koppeln mit dem Endoskop 102 gehandhabt werden kann, sondern diese Handhabe 94 dient auch dazu, die teleskopartig ineinandergeschobenen Rohre 84 und 86 zu verschieben.

Ein solcher längsverschobener Zustand ist in Fig. 8 dargestellt.

In Fig. 9 ist ein weiteres Ausführungsbeispiel einer erfindungsgemäßen Vorrichtung 110 dargestellt, deren Kupplung 114 zum Verkuppeln mit einem Endoskop 120 einen Kugelrastmechanismus 116 aufweist. Dazu ist an der Außenseite des Endoskopes 120 eine Nut 118 eingeschnitten, in die die entsprechend federbelasteten Kugeln der Kugelraste, die an der Innenseite der Kupplung 114 gehalten sind, einrasten können, wenn die Vorrichtung 110 auf das Endoskop 120 aufgeschoben wird. Am gegenüberliegenden Ende der Kupplung 114 ist eine Aufnahme 112 in Form eines Rohr- bzw. Hohlzapfens vorgesehen, in den, wie zuvor beschrieben, ein proximaler Endabschnitt 96 des Intubationstubus 98 eingeschoben werden kann. Dieser Intubationstubus 98 kann identisch wie der zuvor in Zusammenhang mit Fig. 7 und 8 beschriebene ausgebildet sein, daher wurden auch dieselben Bezugsziffern verwendet.

In Fig. 10 ist eine weitere Ausgestaltung einer erfindungsgemäßen Vorrichtung 144 dargestellt, die fest über Stege 142 mit einem Endoskop 140 verbunden ist. Der Steg 142 stellt somit die Kupplung zum hier festen und unlösbaren Verkuppeln der Vorrichtung 144 mit dem Endoskop 140 dar.

Die Aufnahme für den Intubationstubus 98 wird wieder durch ein rohrförmiges Ende der Vorrichtung 144 ausgebildet, in die der proximale Endabschnitt 96 des Intubationstubus 80 eingeschoben ist. Auch hier können wieder die entsprechenden Flächen leicht konisch ausgebildet sein.

Patentansprüche

1. Vorrichtung zum Einführen eines Intubationstubus (23; 98) in die Trachea, mit einem Schaft (12), mit einer am distalen Ende (14) des Schaftes (12) angeordneten Aufnahme (16; 92; 112), an die ein proximales Ende (25; 96) eines Intubationstubus (23; 98) anbringbar ist, und mit einer am proximalen Ende (32) des Schaftes (12) angeordneten Kupplung (34; 88; 114) zum Ankoppeln eines Endoskopes (52; 102; 120; 140).
2. Vorrichtung nach Anspruch 1, dadurch gekennzeichnet, daß die Länge des Schaftes (12) veränderbar ist.
3. Vorrichtung nach Anspruch 2, dadurch gekennzeichnet, daß der Schaft (12) teleskopartig aufgebaut ist.
4. Vorrichtung nach einem der Ansprüche 1 bis 3, dadurch gekennzeichnet, daß der Schaft (12) rohrförmig ist.
5. Vorrichtung nach Anspruch 4, dadurch gekennzeichnet, daß der Schaft (12) aus mehreren teleskopartig ineinanderschlebbaren Rohren (28, 29, 30; 82, 84, 86) aufgebaut ist.
6. Vorrichtung nach einem der Ansprüche 1 bis 5, dadurch gekennzeichnet, daß am proximalen Ende (32) ein Gasanschluß (42) angeordnet ist, der mit dem Innenraum des hohlen Schaftes (12) verbunden ist.

7. Vorrichtung nach einem der Ansprüche 1 bis 6, dadurch gekennzeichnet, daß am distalen Ende (14) eine Handhabe (24; 94) angeordnet ist, über die die Vorrichtung (10; 110) handhabbar ist.
8. Vorrichtung nach einem der Ansprüche 1 bis 7, dadurch gekennzeichnet, daß die Aufnahme (16) als Zapfen (20) ausgebildet ist, auf den ein proximales Ende (25) des Intubationstubus (23) aufschiebbar ist.
9. Vorrichtung nach einem der Ansprüche 1 bis 7, dadurch gekennzeichnet, daß die Aufnahme (92; 112) als Hohlzapfen ausgebildet ist, in den ein proximales Ende (96) des Intubationstubus (98) einschiebbar ist.
10. Vorrichtung nach Anspruch 8 oder 9, dadurch gekennzeichnet, daß der Zapfen (20) leicht konisch ausgebildet ist.
11. Vorrichtung nach einem der Ansprüche 1 bis 10, dadurch gekennzeichnet, daß der Schaft (12) derart ausgebildet ist, daß ein Schaft (58) eines Endoskopes (52) von proximal durch die Vorrichtung (10) hindurchschiebbar ist.
12. Vorrichtung nach Anspruch 11, dadurch gekennzeichnet, daß der Schaft (12) derart ausgebildet ist, daß auch bei eingeschobenem Endoskop (52) noch ein Gas durch den Schaft (12) hindurchführbar ist.
13. Vorrichtung nach einem der Ansprüche 1 bis 10, dadurch gekennzeichnet, daß diese über deren Länge mit einem Schlitz

versehen ist, über den die Vorrichtung an einen Schaft eines Endoskopes anlegbar ist.

14. Vorrichtung nach einem der Ansprüche 1 bis 13, dadurch gekennzeichnet, daß die Vorrichtung (80) über die Kupplung (88) an das Endoskop (102) anklemmbar ist.
15. Vorrichtung nach einem der Ansprüche 1 bis 13, dadurch gekennzeichnet, daß die Kupplung (114) einen Rastmechanismus (116) zum Verrasten mit dem Endoskop (120) aufweist.
16. Vorrichtung nach Anspruch 15, dadurch gekennzeichnet, daß der Rastmechanismus (116) zumindest eine Kugelraste aufweist, und daß am Endoskop (120) zumindest eine Vertiefung ausgebildet ist, in die die Kugelraste eingreift.
17. Vorrichtung nach Anspruch 16, dadurch gekennzeichnet, daß die Vertiefung als umfängliche Nut (118) ausgebildet ist.
18. Vorrichtung nach einem der Ansprüche 1 bis 13, dadurch gekennzeichnet, daß die Vorrichtung mittels einer Überwurfmutter-Gewinde-Verbindung am Endoskop befestigbar ist.
19. Vorrichtung nach einem der Ansprüche 1 bis 13, dadurch gekennzeichnet, daß die Kupplung (34) mittels einer Bajonettverriegelung am Endoskop (52) befestigbar ist.
20. Vorrichtung nach einem der Ansprüche 1 bis 19, dadurch gekennzeichnet, daß auf dem distalen Ende (14) ein Intubationstubus (23; 98) angebracht ist, und daß am proximalen Ende (33) ein Endoskop (52; 102; 120) angekoppelt ist.

21. Vorrichtung nach einem der Ansprüche 1 bis 13, dadurch gekennzeichnet, daß diese einstückig mit dem Endoskop (140) ausgebildet ist.
22. Vorrichtung nach einem der Ansprüche 1 bis 21, dadurch gekennzeichnet, daß das Endoskop starr (52), semi-flexibel oder flexibel (102) ausgebildet ist.
23. Vorrichtung nach Anspruch 22, dadurch gekennzeichnet, daß das Endoskop (52) mit einer Kamera versehen ist.

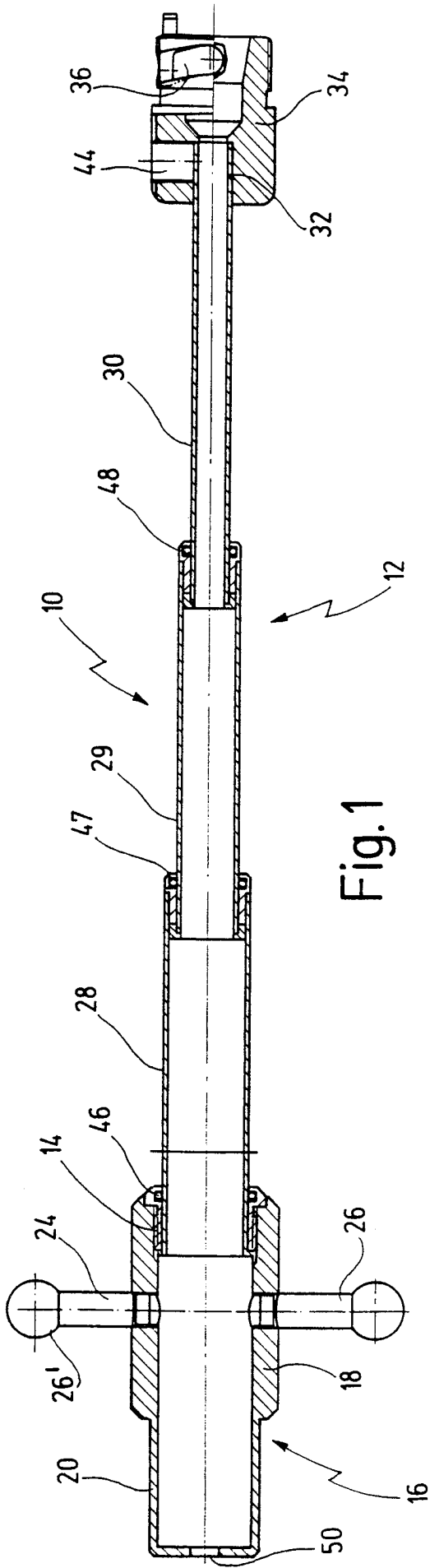


Fig. 1

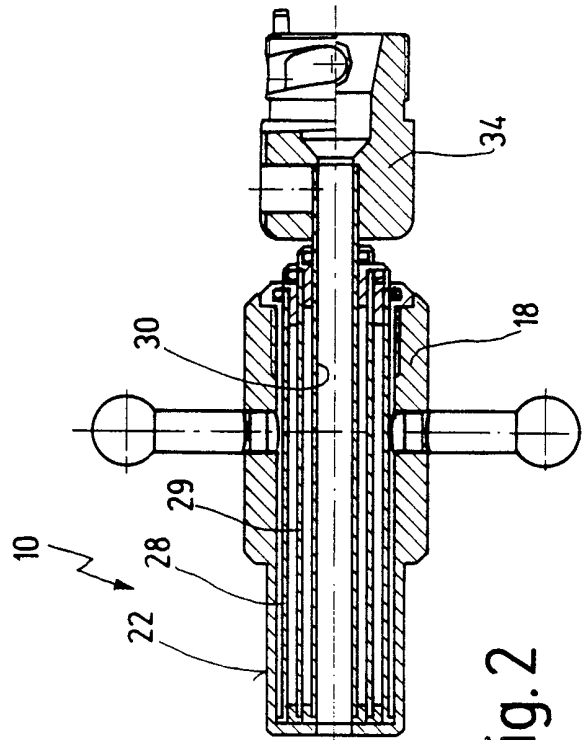
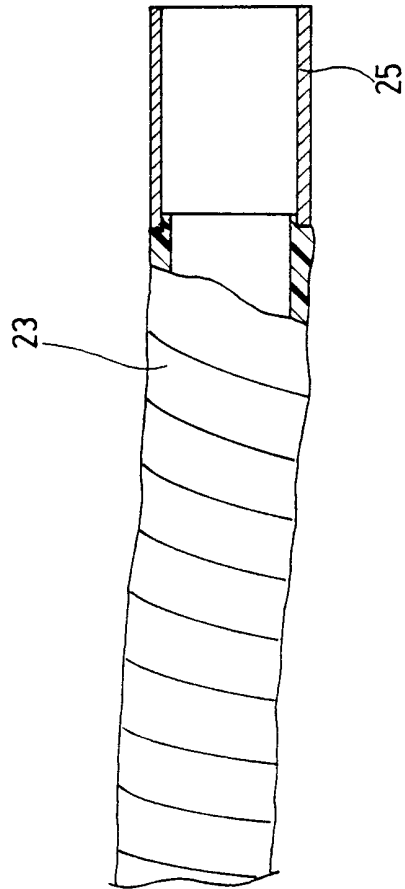
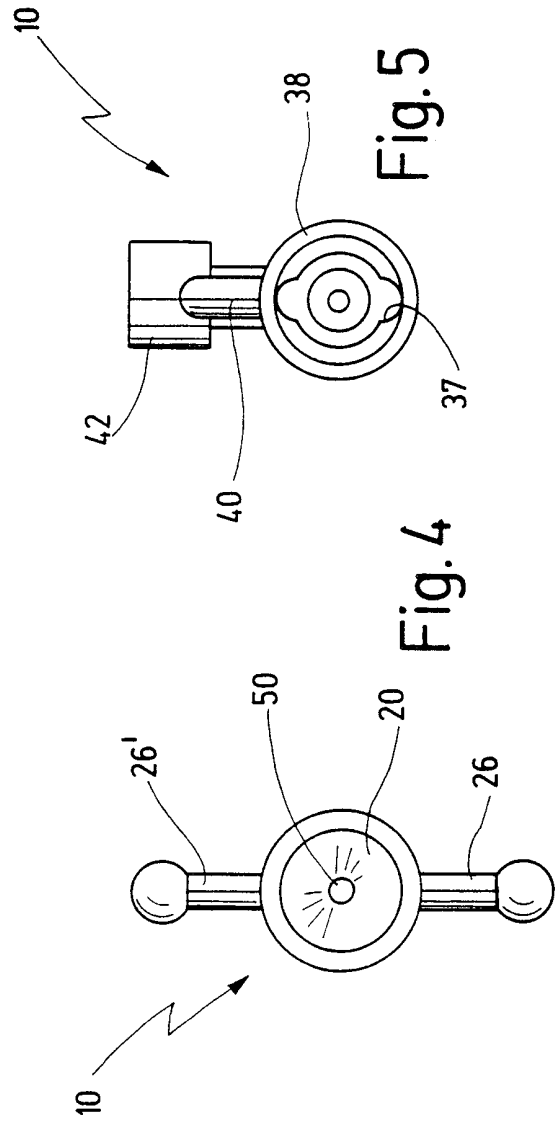
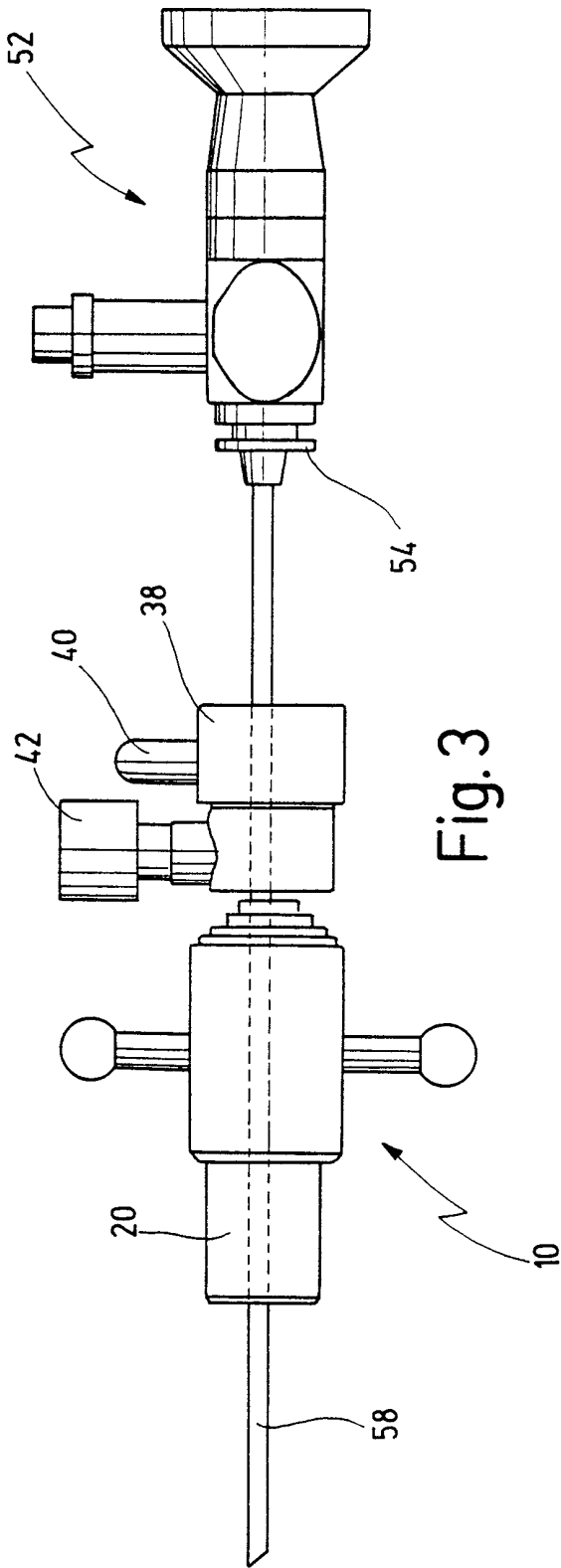
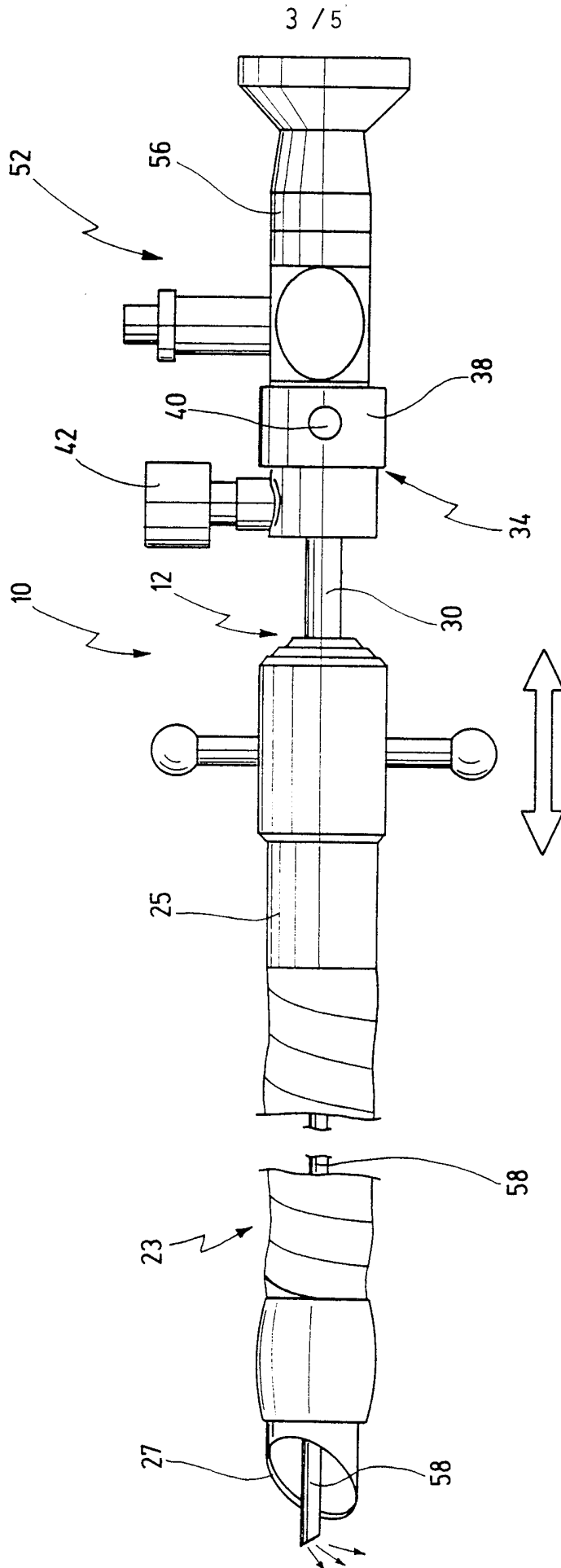


Fig. 2







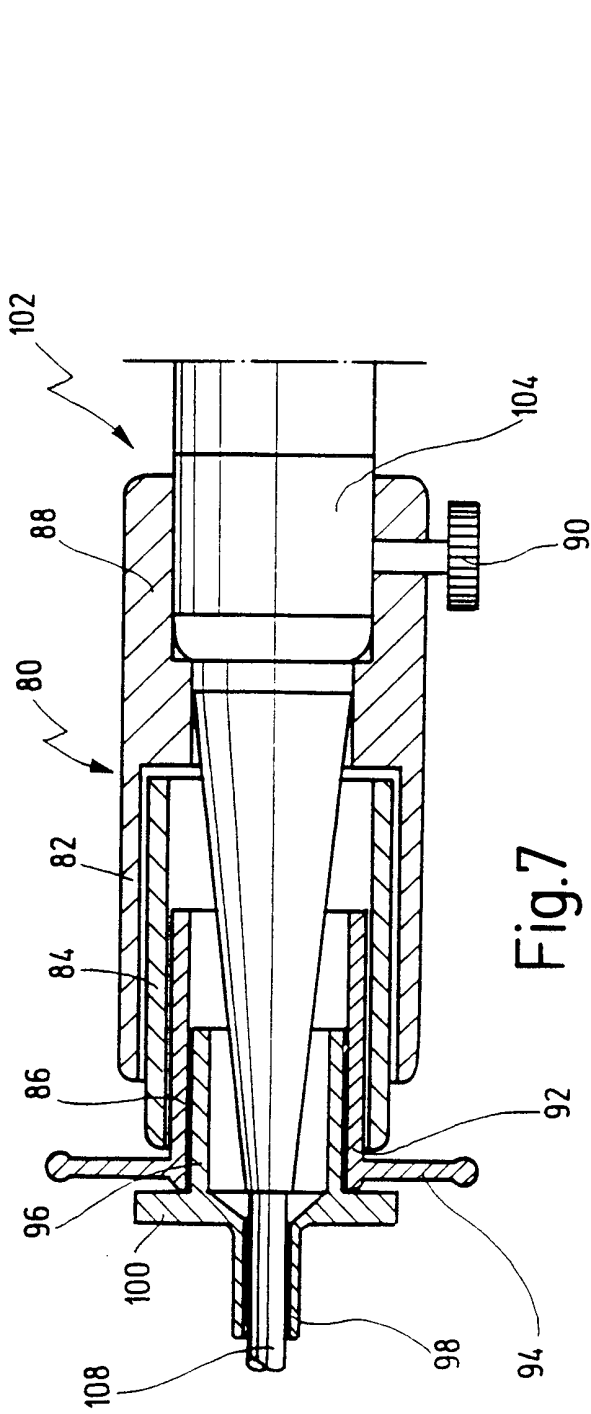


Fig. 7

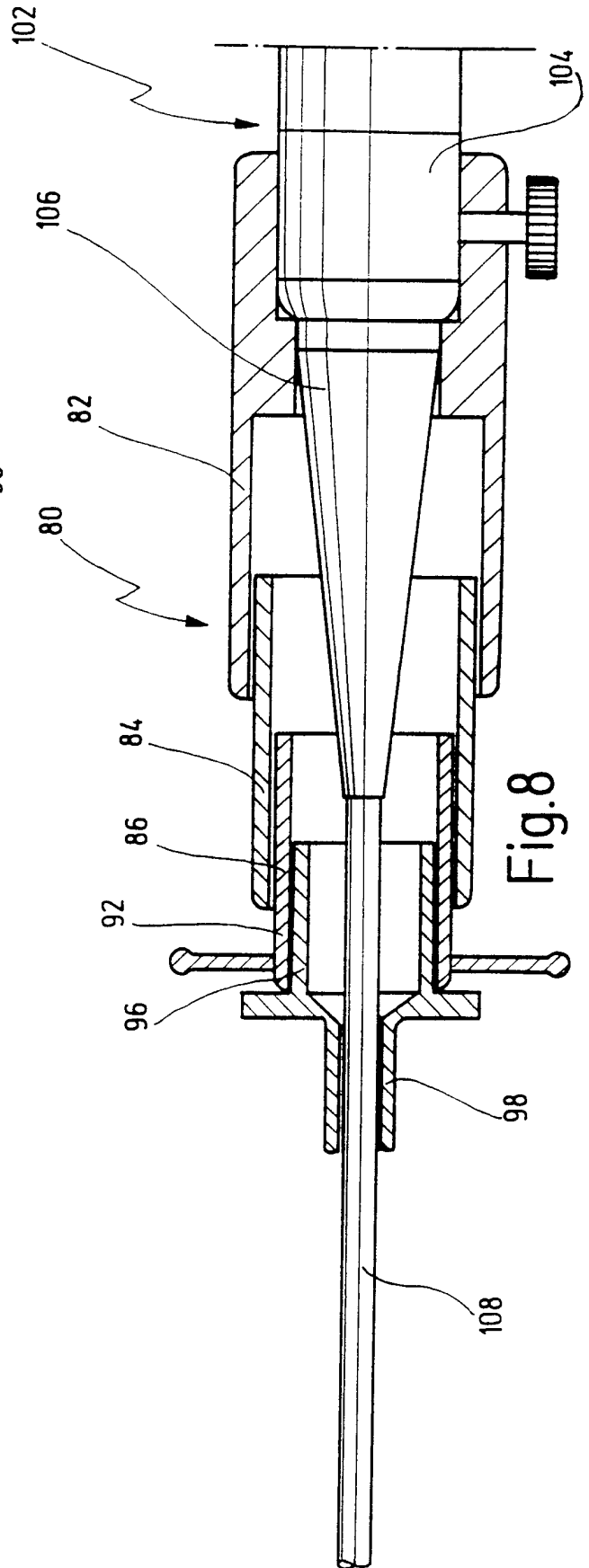


Fig. 8

