

(19) 日本国特許庁(JP)

## 再公表特許(A1)

(11) 国際公開番号

WO2007/080971

発行日 平成21年6月11日 (2009.6.11)

(43) 国際公開日 平成19年7月19日 (2007.7.19)

(51) Int.Cl.	F I	テーマコード (参考)
<b>A61B 1/00</b> (2006.01)	A 61 B 1/00	332 D 4 C 061
<b>A61B 17/00</b> (2006.01)	A 61 B 17/00	32 O 4 C 160
	A 61 B 1/00	32 O A

審査請求 未請求 予備審査請求 未請求 (全 34 頁)

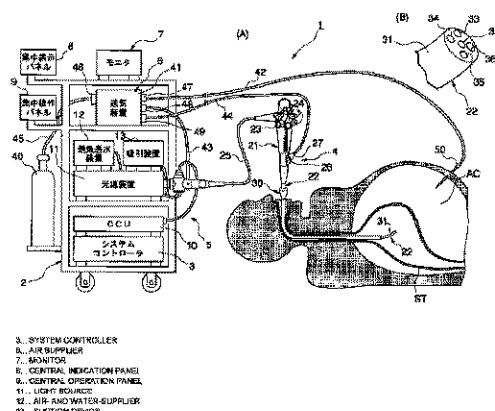
出願番号 特願2007-553948 (P2007-553948)	(71) 出願人 304050923 オリンパスメディカルシステムズ株式会社 東京都渋谷区幡ヶ谷2丁目43番2号
(21) 国際出願番号 PCT/JP2007/050332	
(22) 国際出願日 平成19年1月12日 (2007.1.12)	
(31) 優先権主張番号 11/331,974	(74) 代理人 100106909 弁理士 棚井 澄雄
(32) 優先日 平成18年1月13日 (2006.1.13)	(74) 代理人 100064908 弁理士 志賀 正武
(33) 優先権主張国 米国(US)	(74) 代理人 100094400 弁理士 鈴木 三義
(31) 優先権主張番号 60/759,120	(74) 代理人 100086379 弁理士 高柴 忠夫
(32) 優先日 平成18年1月13日 (2006.1.13)	(74) 代理人 100129403 弁理士 増井 裕士
(33) 優先権主張国 米国(US)	

最終頁に続く

(54) 【発明の名称】内視鏡用オーバーチューブ

## (57) 【要約】

患者の腹腔内の圧力と管腔臓器内の圧力を制御するため、内視鏡システムが、前記腹腔内のガス圧力を測定する第1の圧力センサと、前記管腔臓器内のガス圧力を測定する第2の圧力センサと、前記腹腔の送気および脱気を行うための第1のポートと、前記管腔臓器の送気および脱気を行うための第2のポートと、前記第2の圧力センサに接続された第3のポートとを、少なくとも有する送気装置と、前記送気装置に接続された内視鏡と、前記第1のポートに接続された気腹針と、前記第2のポートに接続された局注針とを備える。



**【特許請求の範囲】****【請求項 1】**

患者の腹腔内の圧力と管腔臓器内の圧力を制御可能な医療システムであって、前記腹腔内のガス圧力を測定する第1の圧力センサと、前記腹腔の送気および脱気を行うための第1のポートと、前記管腔臓器内のガス圧力を測定する第2の圧力センサと、前記管腔臓器の送気および脱気を行うための第2のポートと、を備え、前記第2のポートに接続され、前記第1及び第2の圧力センサの出力に応じて送気装置の送気／脱気を制御する医療システム。

**【請求項 2】**

請求項1に記載の医療システムであって、前記第2の圧力センサに接続された第3のポートを少なくとも有する送気装置と、前記送気装置に接続された内視鏡と、前記第1のポートに接続された気腹針と、前記第2のポートに接続された局注針と、をさらに備える。

10

**【請求項 3】**

請求項1に記載の医療システムであって、前記腹腔内圧と管腔臓器内圧とが所定の条件を満たすときに、前記管腔臓器内のガスを大気に放出する放出ユニットを、さらに備える。

20

**【請求項 4】**

請求項1に記載の医療システムであって、前記腹腔内圧と管腔臓器内圧とが所定の条件を満たすときに、前記管腔臓器内のガスを吸引する吸引ユニットを、さらに備える。

**【請求項 5】**

腹腔内に導入される第1の流路と、生体の自然開口から管腔器官内に導入される第2の流路と、前記第1の流路と前記第2の流路とを用いて管腔器官内の圧力が腹腔の圧力よりも低くなるように圧力を制御可能なコントローラと、前記コントローラによって管腔器官内の圧力が腹腔内の圧力以下になるように制御された状態で、管腔器官の内側から管腔器官の壁部に開口を形成する開口形成部材と、を備える医療システム。

30

**【請求項 6】**

請求項5に記載の医療システムであって、前記第1の流路を経皮的に腹腔内に導入するための導入部材をさらに備える。

**【請求項 7】**

請求項5に記載の医療システムであって、管腔器官にガスを共有するために前記第1の流路と結合されたガス供給部をさらに供え、前記コントローラによる圧力制御は、前記第1の流路を用いて腹腔内にガスを供給することと、前記第2の流路を用いて管腔器官内の圧力が腹腔内の圧力以下になるまで管腔器官内のガスをリリースすることを含む。

40

**【請求項 8】**

請求項7に記載の医療システムであって、管腔器官にガスを供給するために前記第2の流路と結合された供給部をさらに備え、前記コントローラは、前記第2の流路を介して管腔器官内のガスをリリースする前に、前記ガス供給部により管腔器官にガスを供給する。

**【請求項 9】**

請求項5に記載の医療システムであって、前記第1の流路を腹腔内に導入するために、前記開口とは異なる位置で管腔器官を貫通させる貫通部材をさらに備える。

**【請求項 10】**

50

請求項 9 に記載の医療システムであって、

更に、管腔器官にガスを共有するために前記第 1 の流路と結合されたガス供給部を供え

、  
前記コントローラによる圧力制御は、前記第 1 の流路を用いて腹腔内にガスを供給することと、前記第 2 の流路を用いて管腔器官内の圧力が腹腔内の圧力以下になるまで管腔器官内のガスをリリースすることを含む。

【請求項 11】

請求項 10 に記載の医療システムであって、

管腔器官にガスを共有するために前記第 2 の流路と結合されたガス供給部をさらに供え

、  
前記コントローラは、前記第 2 の流路を介して管腔器官内のガスをリリースする前に、前記ガス供給部により管腔器官にガスを供給する。

【請求項 12】

請求項 5 に記載の医療システムであって、

前記生体に挿入される挿入部と、

前記挿入部が挿通され前記挿入部を生体に挿入する際の挿入ガイドとなるオーバーチューブと、をさらに備え、

前記第 2 の流路は前記挿入部または前記オーバーチューブに沿って管腔器官に挿入される。

【請求項 13】

請求項 12 に記載の医療システムであって、

管腔器官にガスを供給するために前記第 1 の流路と結合されたガス供給部をさらに備え

、  
前記コントローラによる圧力制御は、前記ガス供給部からのガスを前記第 1 の流路を用いて腹腔内に流入させることと、前記第 2 の流路を用いて管腔器官内の圧力が腹腔内の圧力以下になるまで管腔器官内のガスをリリースすることを含む。

【請求項 14】

請求項 13 に記載の医療システムであって、前記コントローラによる圧力制御は、前記第 2 の流路を介して管腔器官内のガスをリリースする前に、前記第 1 の流路を介して管腔器官にガスを供給する。

【請求項 15】

請求項 5 に記載の医療システムであって、

前記第 2 の流路が設けられ前記生体に挿入される挿入部と、

前記挿入部の先端部に設けられた筒体であって、この筒体の先端側は前記挿入部の先端より突出している、また、この筒体の先端は管腔器官の内壁に押し当てられた際に筒体の内壁及び挿入部先端により空間を形成する筒体と、をさらに備え、

前記筒体を管腔器官の内壁に押し当てた際に、前記コントローラによる圧力制御は、前記筒体と管腔器官の内壁で形成する空間の流体を吸引することを含む。

【請求項 16】

請求項 7 に記載の医療システムであって、前記コントローラによる圧力制御は、管腔器官を大気に開放することを含む。

【請求項 17】

請求項 11 に記載の腹腔への医療システムであって、前記コントローラによる圧力制御は、管腔器官を大気に開放することを含む。

【請求項 18】

請求項 13 に記載の医療システムであって、前記コントローラによる圧力制御は、管腔器官を大気に開放することを含む。

【請求項 19】

請求項 5 に記載の医療システムであって、

前記コントローラによって管腔器官内の圧力が腹腔内の圧力以下になるように制御され

10

20

30

40

50

た状態で、生体の自然開口から挿入されると共に、前記管腔器官に形成された前記開口を通して腹腔に対して挿脱可能な挿入部を、さらに備える。

【請求項 20】

請求項 19 に記載の医療システムであって、前記第 1 の流路を有し、前記生体に挿入される挿入部をさらに備える。

【請求項 21】

請求項 19 に記載の医療システムであって、前記第 1 の流路を経皮的に腹腔内に導入するための導入部材を、さらに備える。

【請求項 22】

請求項 19 に記載の医療システムであって、

前記第 1 の流路を腹腔内に導入するために、前記開口とは異なる位置で管腔器官を貫通させる貫通部材を、さらに備え、

この貫通部材は前記第 1 の流路と結合されている。

【請求項 23】

請求項 19 に記載の医療システムであって、

前記生体に挿入される挿入部と、

前記挿入部が挿通され前記挿入部を生体に挿入する際の挿入ガイドとなるオーバーチューブと、をさらに備え、

前記第 1 の流路は前記挿入部または前記オーバーチューブに沿って管腔器官に挿入される、また、前記コントローラによる圧力制御は、前記オーバーチューブと前記デバイスとの間の空間を通じて圧力調整をすることを含む。

【請求項 24】

請求項 19 に記載の医療システムであって、

管腔器官にガスを共有するために前記第 1 の流路と結合されたガス供給部を、さらに備え、

前記コントローラによる圧力制御は、前記ガス供給部からのガスを前記第 1 の流路を用いて腹腔内に流入させることと、前記第 2 の流路を用いて管腔器官内の圧力が腹腔内の圧力以下になるまで管腔器官内のガスをリリースすることを含む。

【請求項 25】

請求項 19 に記載の医療システムであって、前記コントローラは、前記第 2 の流路を介して管腔器官内のガスをリリースする前に、前記第 1 の流路を介して管腔器官にガスを供給する。

【請求項 26】

請求項 19 に記載の医療システムであって、

前記第 1 の流路を腹腔内に導入するために、前記管腔器官を貫通させる貫通部材をさらに備え、

この貫通部材は前記第 1 の流路と結合されている。

【請求項 27】

請求項 26 に記載の医療システムであって、

管腔器官にガスを共有するために前記第 1 の流路と結合されたガス供給部を、さらに備え、

前記コントローラによる圧力制御は、前記ガス供給部からのガスを前記第 1 の流路を用いて腹腔内に流入させることと、前記第 2 の流路を用いて管腔器官内の圧力が腹腔内の圧力以下になるまで管腔器官内のガスをリリースすることを含む。

【請求項 28】

請求項 19 に記載の医療システムであって、

前記第 2 の流路が設けられ前記生体に挿入される挿入部と、

前記挿入部の先端部に設けられた筒体であって、この筒体の先端側は前記挿入部の先端より突出し、この筒体の先端は管腔器官の内壁に押し当てられた際に筒体の内壁及び挿入部先端により空間を形成する筒体と、をさらに備え、

前記筒体を管腔器官の内壁に押し当てた際に、前記コントローラによる圧力制御は、前記筒体と管腔器官の内壁で形成する空間の流体を吸引することを含む。

#### 【請求項 29】

請求項 19 に記載の医療システムであって、前記コントローラによる圧力制御は、前記管腔器官を大気に開放することを含む。

#### 【発明の詳細な説明】

#### 【技術分野】

#### 【0001】

本発明は、内視鏡システムおよびオーバーチューブに関する。

本願は、米国特許出願 11 / 331,974 号（2006 年 1 月 13 日出願）、および米国仮出願 60 / 759,120 号（2006 年 1 月 13 日）を基礎とし、その内容をここに援用する。 10

#### 【背景技術】

#### 【0002】

人体の臓器などに対して医療行為（観察、処置などを含む。以下、同じ）を行う場合には、腹壁を大きく切開する代わりに、腹壁に開口を複数開けて、開口のそれぞれに硬性の腹腔鏡や、鉗子等の処置具を挿入して手技を行う腹腔鏡手術が知られている。小さい開口を開けるだけで済るので、侵襲が少なく患者の回復が早いという利点を有する。

#### 【0003】

また、近年では患者への侵襲をさらに低減する手法として、患者の口や鼻、肛門などの自然開口から内視鏡を挿入して手技を行うことが提案されている。このような医療行為の一例は、米国特許第 5458131 号に開示されている。気腹した患者の口から軟性の内視鏡を挿入し、胃壁に形成した開口から腹腔に内視鏡を送り出す。内視鏡は、腹腔内のモニタに使用する。さらに、内視鏡に通した処置具と、胃に開けた他の開口や、肛門から S 状結腸に空けた開口に通した処置具とを使用して器官を処置する。腹腔内での手技が終了したら、処置具を抜いて開口を塞ぐ。開口を塞ぐ際には、開口の周囲の組織が束ねられるように吸引され、O リングで組織を締め付ける。 20

#### 【発明の開示】

#### 【発明が解決しようとする課題】

#### 【0004】

本発明の医療システムは、前記腹腔内のガス圧力を測定する第 1 の圧力センサと、前記腹腔の送気および脱気を行うための第 1 のポートと、前記管腔臓器内のガス圧力を測定する第 2 の圧力センサと、前記管腔臓器の送気および脱気を行うための第 2 のポートと、を備え、前記第 2 のポートに接続され、前記第 1 及び第 2 の圧力センサの出力に応じて送気装置の送気／脱気を制御する。 30

#### 【図面の簡単な説明】

#### 【0005】

【図 1】（A）は医療行為を行うデバイスの一例を含む医療システムの全体構成を示す図である。（B）は（A）の一部拡大図である。

#### 【図 2】送気装置の構成を示す図である。

【図 3】圧力調整のフローチャートである。

#### 【図 4】医療行為を説明する図であって、胃に開口を形成した図である。

【図 5】胃の開口を通して内視鏡を腹腔に導入して医療行為を行う場合の態様の一つを示す図である。

【図 6】（A）は他の態様に係る送気ルートを説明するための図である。（B）は（A）の栓の拡大図である。（C）は（A）の内視鏡の先端部分の拡大図である。（D）は局注針の拡大図である。 40

#### 【図 7】内視鏡に通した局注針を胃壁に貫通させて、腹腔を気腹する図である。

#### 【図 8】送気装置の構成を示す図である。

#### 【図 9】（A）は他の態様に係る送気ルートを説明するための図である。（B）は（A）

50

に示すオーバーチューブの拡大図である。

【図 10】圧力調整のフローチャートである。

【図 11】送気装置の構成を示す図である。

【図 12】内視鏡に通した局注針を胃壁に貫通させて腹腔を気腹する図である。

【図 13】オーバーチューブを胃壁に押し当てた図である。

【図 14】圧力調整のフローチャートである。

【図 15】オーバーチューブ内に胃壁を吸引した図である。

【図 16】吸引した胃壁に高周波ナイフで開口を形成する図である。

【図 17】他の様に係る送気ルートを説明するための図である。

【図 18】先端カバーの構成を示す断面図である。

10

【図 19】オーバーチューブ内に胃壁を吸引した図である。

【図 20】吸引した胃壁に高周波ナイフで開口を形成する図である。

【図 21】送排気用のチューブを内視鏡とは別に挿入する様子を示す図である。

【図 22】内視鏡の外側に送排気用のチューブを取り付けた様子を示す図である。

【図 23】オーバーチューブの外側に送排気用のチューブを取り付けた様子を示す図である。

【図 24】胃内気腹針を示す図である。

【図 25】図 24 の X-X V—X-X V 線に沿った断面図である。

20

【図 26】中咽頭と食道を通って胃の中に入る内視鏡を示す人間の胴の概略的側断面図である。

【図 27】胃壁を切開するために遠位チップに針電極を用いる内視鏡を示す人間の胴の概略的側断面図である。

【図 28】胃壁の切開部を通って腹腔内腔に入る内視鏡の概略的側断面図である。

【図 29】内視鏡を通して配置される - そして、胃の小さな切開部を拡張するために胃壁の切開部に配置される - 拡張バルーンの概略図である。

【図 30】腹腔内腔の中へ入り込む内視鏡とオーバーチューブを示す人間の胴の概略的側断面図である。

【図 31】図 28 と同様の人間の胴の概略的側断面図だが、胃と腸の膨張が腹腔内腔のサイズを削減していることを示している。

【図 32】(A) は (B) の A-A 線に沿って切り取られたオーバーチューブと内視鏡の断面図を示している（食道壁は示されていない）。(B) は第 1 実施例によるオーバーチューブの等角図を示しており、オーバーチューブが内視鏡とともに示されている。内視鏡の遠位端は胃の切開部から挿入されている。

30

【図 33】(A) は (B) の A-A 線に沿って切り取られた断面図を示している。(B) は第 2 実施例によるオーバーチューブの等角図を示しており、オーバーチューブが内視鏡とともに示されている。オーバーチューブと内視鏡は胃の切開部から挿入されている。

【図 34】(A) は (B) の A-A 線に沿って切り取られた断面図を示している。(B) は第 3 実施例によるオーバーチューブの等角図を示しており、オーバーチューブが内視鏡とともに示されている。オーバーチューブと内視鏡は胃の切開部から挿入されている。

【図 35】(A) は (B) の A-A 線に沿って切り取られた断面図を示している。(B) は第 4 実施例によるオーバーチューブの等角図を示しており、オーバーチューブが内視鏡とともに示されている。オーバーチューブと内視鏡は胃の切開部から挿入されている。

40

【図 36】(A) は (B) の A-A 線に沿って切り取られた断面図を示している。(B) は第 4 実施例によるオーバーチューブの等角図を示しており、オーバーチューブが内視鏡とともに示されている。オーバーチューブと内視鏡は胃の切開部から挿入されている。オーバーチューブの遠位端の破断図はオーバーチューブと内視鏡との間のガスシール図を示している。オーバーチューブの壁の開口部により、ガスは胃とオーバーチューブのルーメンとの間を流れることが可能になる。

【図 37】オーバーチューブと吸引装置の接続の概略図である。吸引装置はオーバーチューブのルーメンからガスを取り除く。2 装置間のバルブがオーバーチューブからの吸引を

50

制御する。

【図38】オーバーチューブへ自動ガス制御装置が接続されている場合に、オーバーチューブへのガスの注入とオーバーチューブからのガスの除去の両方を行うことができると示している代替的な実施例の概略図である。

【符号の説明】

【0006】

1	医療システム	
2	カート	
3	システムコントローラ	
4	内視鏡	10
5	内視鏡システム	
6	送気装置	
7	モニタ	
8	集中表示パネル	
9	集中操作パネル	
11	光源装置	
12	送気送水装置	
13	吸引装置	
21	操作部	
22	挿入部	20
23	アングルノブ	
24	ボタン	
25	ユニバーサルケーブル	
26	処置具挿入部	
27	栓	
30	オーバーチューブ	
31	湾曲部	
32	観察装置	
33	照明装置	
34	送気送水チャンネル	30
35	吸引チャンネル	
36	作業用チャンネル	
40	ポンベ	
41	送気装置	
42	チューブ	
43	チューブ	
44	チューブ	
45	高圧ガス用チューブ	
46	高圧口金	
47	気腹用口金	40
48	管腔用口金	
49	口金	
50	気腹針	
60	流路	
61	供給圧センサ	
62	コントローラ	
63	減圧器	
64	流路	
65	管路	
66	電空比例弁	50

6 7	電磁弁	
6 8	圧力センサ	
6 9	流量センサ	
7 1	電空比例弁	
7 2	電磁弁	
7 3	リリーフ弁	10
7 4	流量センサ	
7 5	圧力センサ	
7 6	設定操作部	
7 7	表示部	
8 0	処置具	
9 0	局注針	
9 1	栓	
9 5	シース	
9 6	針部材	
9 7	開口	
9 7	先端開口	
1 0 1	送気装置	
1 0 3	リリーフ弁	
1 0 3 , 1 0 5	リリーフ弁	20
1 0 4	圧力センサ	
1 0 5	リリーフ弁	
1 1 0	オーバーチューブ	
1 1 1	基端部	
1 1 2	可撓性筒部	
1 1 3	ポート	
1 2 1	送気装置	
1 2 2	吸引器	
1 2 3	空間	
1 3 0	高周波ナイフ	30
1 3 1	先端部	
1 4 1	送気装置	
1 4 2	先端フード	
1 4 3	突起	
1 4 4	リング	
1 4 5	空間	
1 6 0	チューブ	
1 6 0 , 1 6 1	チューブ	
1 6 1	チューブ	
1 7 0	チューブ	40
1 7 1	チューブ	
1 8 1	チューブ	
1 8 2	気密バルブ	
1 9 0	胃内気腹針	
1 9 1	気腹送気用ルーメン	
1 9 2	排気用ルーメン	
1 9 3	ルーメン	
1 9 4	開口	
1 9 5	開口	
1 9 6	開口	50

1 9 7	チューブ	
4 0 1	近位端	
4 0 2	遠位端	
4 0 3	食道	
4 0 4	胃	
4 0 5	オーバーチューブ	
4 0 6	幽門	
4 0 7	バルーン拡張器	
4 0 8	胃壁	
4 0 9	中咽頭	10
4 1 0	オーバーチューブ	
4 1 1	切開部	
4 1 2	腹腔内スペース	
4 1 3	小腸	
4 1 5	オーバーチューブ	
4 1 6	気密シール	
4 1 7	近位端	
4 1 8	管腔内スペース	
4 1 9	軟性内視鏡	
4 2 0	ガスポート	20
4 2 3	遠位端	
4 2 3	遠位チップ	
4 2 3	遠位端	
4 2 4	チューブ	
4 2 6	近位端	
4 2 7	接着テープ	
4 2 8	ルーメン	
4 2 8	ガスルーメン	
4 2 9	オーバーチューブ	
4 3 0	共通壁	30
4 3 2	チャネル	
4 3 3	ガスルーメン	
4 3 4	接続チューブ	
4 3 6	気密シール	
4 3 7	腹腔内スペース	
4 3 8	開口部	
A C	腹腔	
P a	圧力値	
P a	圧力値	
P s	圧力値	40
P O	開口	
P s	圧力値	
P s s	圧力値	
S O	開口	
S T	胃	
S W	胃壁	
W	ターゲット部位	

【発明を実施するための最良の形態】

【0007】

実施態様について以下に詳細に説明する。なお、以下において同じ構成要素には同一の

符号を付してある。また、重複する説明は省略する。

#### 【0008】

##### (第1の実施態様)

図1Aには、本実施態様で使用される医療システムが示されている。医療システム1は、カート2に搭載されたシステムコントローラ3と、生体に挿入される内視鏡4を含む内視鏡システム5と、送気システム6と、表示装置であるモニタ7と、集中表示パネル8と、集中操作パネル9とを備える。

#### 【0009】

システムコントローラ3は、医療システム1全体を一括して制御する。システムコントローラ3には、図示しない通信回線を介して、集中表示パネル8、集中操作パネル9、内視鏡システム5等が双方向通信を行えるように接続されている。10

#### 【0010】

内視鏡システム5は、患者の口から管腔器官や腹腔に対して医療行為を行うもので、軟性の内視鏡4と、カメラコントロールユニット(以下、CCUという)10と、光源装置11と、送気送水装置12と、吸引装置13を含んで構成されている。

#### 【0011】

内視鏡4は、術者が操作をする操作部21を有し、操作部21からは可撓性を有する長尺の挿入部22が延設されている。操作部21は、挿入部22の湾曲操作をするアングルノブ23や、各種のボタン24が配設されており、ユニバーサルケーブル25でシステム光源装置11等に接続されている。さらに、操作部21の側部には、処置具等を挿入する処置具挿入部26が設けられている。処置具挿入部26には、気密を保つ栓27が装着されている。なお、図1Aにおいて、内視鏡4は、体内への挿入をガイドするオーバーチューブ30内を通って胃ST内に挿入されているが、オーバーチューブは必ずしも必要ではない。20

#### 【0012】

挿入部22の先端には、湾曲操作可能な湾曲部31が設けられている。図1Bに示すように、挿入部22の先端面には、観察装置32、照明装置33、送気送水チャンネル34の先端開口、吸引チャンネル35の先端開口、作業用チャンネル36の先端開口が配設されている。

#### 【0013】

観察装置32は、観察光学系と撮像装置を有し、生体内の光学像を電気信号に変換し、ユニバーサルケーブル25を介してCCU10に出力する。CCU10は、観察装置32から送られる電気信号を映像信号に変換し、生体内の光学像をモニタ7や集中表示パネル8に表示させる。照明装置33は、照明窓とライトガイドを有し、光源装置11から供給される照明光で生体内を照明する。30

#### 【0014】

送気送水チャンネル34には、ユニバーサルケーブル25を通して送気送水装置12から送気、送水が行われる。吸引チャンネル35は、ユニバーサルケーブル25を通して吸引装置13に接続されている。作業用チャンネル36は、挿入部22内を通って操作部21の側部の処置具挿入部26に繋がっている。なお、内視鏡4の構成は、これに限定されるものではない。例えば、吸引チャンネル35を省略し、作業用チャンネル36を使って吸引するように構成しても良い。40

#### 【0015】

モニタ7には、CCU10から出力される映像信号を受けて、内視鏡画像が表示される。集中表示パネル8には、液晶ディスプレイ等の表示画面が取り付けられている。集中表示パネル9は、表示画面に内視鏡映像が出力されると共に、システムコントローラ3から取得する各装置の動作状況が集中表示される。集中操作パネル9には、例えば、タッチセンサを用いて各種操作や設定を入力できるように構成されている。集中操作パネル9を用いることで、各システムを遠隔操作できる。

#### 【0016】

送気システム 6 は、気腹用の流体の供給源であるボンベ 4 0 と、送気装置 4 1 と、送気装置 4 1 から患者に向けて延びるチューブ 4 2 , 4 3 , 4 4 とを主な構成要素とする。ボンベ 4 0 には、例えば高圧ガスである炭酸ガスが液化した状態で充填されている。ボンベ 4 0 からの延びる高圧ガス用チューブ 4 5 は、送気装置 6 の高圧口金 4 6 に連結されている。送気装置 4 1 には、高圧口金 4 6 の他に気腹用口金 4 7 と、管腔用口金 4 8 と、圧力測定用の口金 4 9 とが設けられている。

#### 【 0 0 1 7 】

気腹用口金 4 7 に接続されたチューブ 4 2 は、気腹針 5 0 が接続されている。管腔用口金 4 8 に接続されたチューブ 4 3 は、内視鏡 4 のユニバーサルケーブル 2 5 を通して送気送水チャンネル 3 4 に接続されている。圧力測定用の口金 4 9 に接続されたチューブ 4 4 は、内視鏡 4 の栓 2 7 から挿入され、作業用チャンネル 3 6 の先端に導かれている。各チューブ 4 2 ~ 4 4 は、シリコーン樹脂や、テフロン（登録商標）から製造されている。

10

#### 【 0 0 1 8 】

ここで、図 2 に送気装置 4 1 の構成の概略を示す。

送気装置 4 1 は、高圧口金 4 6 に接続される流路 6 0 に供給圧センサ 6 1 が設けられており、ボンベ 4 0 から供給される炭酸ガスの圧力を計測してコントローラ 6 2 に出力する。供給圧センサ 6 1 より下流には、減圧器 6 3 が設けられている。減圧器 6 3 は、高圧ガスを所定の圧力に減圧する。減圧器 6 3 の下流側では、第 1 流路 6 4 が気腹用口金 4 7 に向けて形成される共に、第 1 流路 6 4 から分岐する第 2 流路 6 5 が管腔用口金 4 8 に向かって延びている。

20

#### 【 0 0 1 9 】

第 1 流路 6 4 では、上流側から順番に第 1 電空比例弁 6 6 と、第 1 電磁弁 6 7 と、第 1 圧力センサ 6 8 と、第 1 流量センサ 6 9 と第 1 リリーフ弁 1 0 3 とが設けられている。第 1 電空比例弁 6 6 は、コントローラ 6 2 からの制御信号に基づいて、弁部に作用する減圧バネの力を変化させ、炭酸ガスの圧力を電気的に調整する。第 1 電空比例弁 6 6 では、炭酸ガスの送気圧を 0 ~ 8 0 mmHg の範囲内で調整する。第 1 圧力センサ 6 8 は、第 1 流路 6 4 を通じて腹腔 AC 内の圧力値 Pa を測定する。第 1 流量センサ 6 9 は、第 1 流路 6 4 を通る炭酸ガスの流量を測定してコントローラ 6 2 に出力する。第 1 リリーフ弁 1 0 3 は、コントローラ 6 2 の制御信号により開閉動作する電磁弁である。

#### 【 0 0 2 0 】

30

第 2 流路 6 5 では、上流側から順番に第 2 電空比例弁 7 1 と、第 2 電磁弁 7 2 と、第 2 リリーフ弁 7 3 と、第 2 流量センサ 7 4 とが設けられている。第 2 電空比例弁 7 1 は、コントローラ 6 2 の制御信号によって炭酸ガスの送気圧を 0 ~ 5 0 0 mmHg の範囲内で調整する。第 2 リリーフ弁 7 3 は、コントローラ 6 2 からの制御信号に基づいて開閉動作される電磁弁である。第 2 流量センサ 7 4 は、第 2 流路 6 5 を通る炭酸ガスの流量を測定してコントローラ 6 2 に出力する。

#### 【 0 0 2 1 】

さらに、圧力測定用の口金 4 9 には、第 2 圧力センサ 7 5 が接続されている。第 2 圧力センサ 7 5 は、胃 ST 内の圧力値 Ps を測定するもので、その出力はコントローラ 6 2 に入力される。なお、コントローラ 6 2 には、この他に設定操作部 7 6 と表示部 7 7 とが接続されている。設定操作部 7 6 及び表示部 7 7 は、送気装置 4 1 に固有の表示や、操作を受け付けるもので、例えば、送気装置 4 1 の前面パネルに設けられている。設定操作部 7 6 としては、電源スイッチや、送気開始ボタン、送気停止ボタンがあげられる。表示部 7 7 としては、供給圧センサ 6 1 の出力に基づいて表示をするガス残量表示部があげられる。

40

#### 【 0 0 2 2 】

次に、図 1 の医療システム 1 を用いて医療行為を行う場合の作用について説明する。

以下においては、生体の自然開口としての患者の口から内視鏡 4 を挿入して所望の医療行為を行う対象となる臓器や組織（以下、ターゲット部位という）を処置する手技について説明する。しかしながら、内視鏡 4 を挿入する自然開口は、口に限定されずに鼻や肛門

50

でも良い。また、医療行為としての処置には、縫合や、観察、切開、細胞の採取など種々の行為が当てはまる。

#### 【0023】

患者の口から内視鏡4の挿入部22を挿入し、挿入部22の先端を胃ST内に導く。また、気腹針50を患者の腹壁を通して腹腔ACに刺入する。

#### 【0024】

最初に、送気装置41からチューブ43を通して胃ST内に送気し、胃STを膨らませて切開目標部位を内視鏡4で確認できるようにする。このとき、術者は、図1に示す集中操作パネル9や、送気装置41を操作して、第2管路65を選択すると共に、胃STの内圧を設定する。図2に示すコントローラ62は、第2電空比例弁71を作動させ、第2電磁弁72を開く。第2電空比例弁71の開度は、第2流量センサ74の出力に基づいてコントローラ62が設定する。ポンベ40内の炭酸ガスは、第2流路65からチューブ43を通って内視鏡4の送気送水チャンネル34に導かれ、先端開口から胃ST内に送られる。炭酸ガスが流入することで胃ST内の圧力が上昇する。

10

#### 【0025】

胃ST内の圧力値Psは、作業用チャンネル36に挿入されたチューブ44を通して第2圧力センサ75で検出される。コントローラ62は、第2圧力センサ75の圧力値Ps(実測値)と、術者が設定した目標圧とを比較する。圧力値Psが目標圧に達していない場合には、目標圧と圧力値Psとの差に応じて第2電空比例弁71の開度を調整し、送気圧を変化させる。一方、圧力値Psが目標圧よりも大きくなった場合には、第2電磁弁72を閉じて胃STへの炭酸ガスの供給を停止し、必要に応じて第2リリーフ弁73を開いて大気放出する。このようにして、送気装置41は、胃ST内の圧力が所定圧に保たれるように制御する。

20

#### 【0026】

胃STの切開位置を確認するときには、内視鏡4の観察装置32で行う。このとき、高周波処置具や、クリップなどの留置具を用いて切開目標部位にマーキングを施しても良い。

20

#### 【0027】

送気システム6を運転させて腹腔ACを気腹し、胃壁を切開するときに他の臓器等を傷付けないようにする。このとき、術者は、集中操作パネル9や、送気装置41を操作して、チューブ42に送気するように選択する。さらに、腹腔ACの内圧を設定する。図2に示すコントローラ62は、第1電空比例弁66を作動させ、第1電磁弁67を開く。第1電空比例弁66の開度は、第1圧力センサ68及び第1流量センサの出力に基づいてコントローラ62が設定する。ポンベ40内の炭酸ガスは、第1流路64からチューブ42を通り、気腹針50から腹腔に送られる。炭酸ガスが流入することで腹腔ACの圧力が上昇する。腹腔ACの圧力値Paは、第1圧力センサ68で検出できる。腹腔ACの圧力を測定するときには、コントローラ62が第1電磁弁67を閉じる。ポンベ40から炭酸ガスの供給が停止されるので、所定時間経過した後の第1圧力センサ68の測定値を腹腔AC内の圧力値Paとする。

30

#### 【0028】

コントローラ62は、第1圧力センサ68で測定した腹腔ACの圧力値Pa(実測値)と、術者が設定した目標圧とを比較する。圧力値Paが目標圧に達していない場合には、目標圧と圧力値Paとの差に応じて第1電空比例弁66の開度を調整し、送気圧を変化させる。一方、圧力値Paが目標圧よりも大きくなった場合には、第1電磁弁67を閉じて腹腔ACの炭酸ガスの供給を停止する。その後、第1リリーフ弁103を開いて大気開放すると腹腔AC内の圧力値Paが下がる。このようにして、送気装置41は、腹腔ACの圧力が所定圧に保たれるように制御する。

40

#### 【0029】

なお、先に腹腔ACを気腹した場合には、胃STを膨らませるために腹腔ACの圧力よりも胃ST内の圧力を高くすれば良い。

50

## 【0030】

切開目標部位を確認したら、送気装置41で胃S T内を排氣して胃S T内の圧力値P sを腹腔A Cの圧力値P a以下にする。図3に示すように、第1電磁弁67を閉じて、第1圧力センサ68の圧力値P aを取得する(ステップS101)。次に、第2電磁弁72を閉じて、第2圧力センサ75の圧力値P sを取得する(ステップS102)。コントローラ62は、圧力値P a, P sの大小を比較し、胃S T内の圧力値P sが腹腔の圧力値P aよりも大きければ(ステップS103でY e s)、第2リリーフ弁73を開く(ステップS104)。第2リリーフ弁73は、送気装置41の第2流路65に設けられているので、送気送水チャンネル34を通して胃S T内の炭酸ガスが体外に排出される。この後、ステップS101に戻り、胃S T内の圧力値P sが腹腔A Cの圧力値P a以下になるまでステップS101～ステップS104を繰り返す。この間は、第2リリーフ弁73は開いたままなので、胃S Tの内圧が徐々に下がる。胃S T内の圧力値P sが腹腔A Cの圧力値P a以下になったら(ステップS103にてN o)、第2リリーフ弁73を閉じ(ステップS105)、ここでの処理を終了する。なお、胃S T内の圧力値P sが、圧力値P aよりも所定値だけ低い値になったときに、ステップS105に進むようにしても良い。

10

## 【0031】

胃S T内の圧力調整が終了したら、内視鏡4の作業用チャンネル36に切開用の処置具、例えば、高周波ナイフを通し、胃壁を切開する。なお、マーキング用に高周波ナイフを使用した場合には、そのまま切開を行える。

20

## 【0032】

図4に示すように、胃壁に開口P Oが形成されるが、胃S T内の圧力値P sが腹腔A C内の圧力値P a以下なので、炭酸ガスや、その他の流体(以下、流体という)が胃S Tから腹腔A Cへの流出を予防できる。このため、腹腔A Cを清潔に保つことができ、胃S T内と腹腔A C内の圧力コントロールという観点から感染症などを予防できる。

30

## 【0033】

胃壁を切開してできた開口P Oに内視鏡4及びオーバーチューブ30を通し、挿入部22を前進させて、腹腔A Cにアクセスする。このとき、送気装置41の第1流路64から炭酸ガスを送気し、腹腔A Cを気腹する。腹腔A C内で医療行為を行う間、第2電磁弁72は閉じたままでし、第2の流路65からの送気は行わない。なお、この段階で再び気腹を行うのは、腹腔A C内で医療行為を行うための空間を確保するためである。

## 【0034】

図5に示すように、気腹した腹腔A Cに内視鏡4を進ませて内視鏡4の先端面をターゲット部位Wに臨ませる。観察装置32でターゲット部位Wを観察しながら、作業用チャンネル36に通した処置具80で処置を行う。例えば、切除用の鉗子を作業用チャンネルに通し、組織を切除する。また、高周波処置具を作業用チャンネル36に通すと、ターゲット部位Wを焼灼することができる。焼灼時に発生する煙は、吸引チャンネル35や、送気装置41を用いて体外に排煙し、内視鏡4の視界を確保することが好ましい。

30

## 【0035】

医療行為が終了したら、内視鏡4及びオーバーチューブ30を胃S T内に引き戻す。胃壁を切開してから医療行為が終了するまでの間は、胃S T内に炭酸ガスを供給していないので、胃S T内の圧力値P sは、腹腔A Cの圧力値P a以下になっている。さらに、胃S Tの開口P Oは、オーバーチューブ30によって押し広げられているので、オーバーチューブ30を抜くことで、開口P Oは自然に閉じようとする。このため、内視鏡4及びオーバーチューブ30を胃S T内に引き戻しても、胃S Tから腹腔A Cに流体が流出することはない。

40

## 【0036】

ここで、術者は、内視鏡4及びオーバーチューブ30を胃S T内に引き戻す前に、胃S T内の圧力値P sが腹腔A Cの圧力値P a以下になっていることを確認しても良い。この場合には、胃S T内の圧力値P sを検出するために別の管路を患者の口(自然開口)から胃S Tに挿入し、管路に接続された圧力計の表示で圧力値P sを確認する。このようにす

50

ると、胃 S T から腹腔 A C への流体の流出をさらに確実に防止できる。なお、胃 S T 内の圧力値 P s が、腹腔 A C の圧力値 P a 以下になつていい場合には、図 3 の示すフローに従つて、胃 S T 内の圧力を下げる。

#### 【0037】

その後、胃 S T 内に戻した内視鏡 4 の作業用チャンネル 3 6 に縫合用の処置具を通して開口 P O を胃 S T 内から縫合する。開口 P O が完全に縫合されたことを確認するときには、リークテストを行うと良い。リークテストは、内視鏡 4 の送気送水チャンネル 3 4 から胃 S T 内に水を供給し、縫合箇所を水に浸す。縫合が不完全であれば胃 S T 内に気泡が発生する。気泡が発生しなかつたら、胃 S T 内の水を内視鏡 4 の吸引チャンネル 3 5 で吸引する。腹腔 A C への炭酸ガスの供給を停止し、チューブ 4 2 を気腹針 5 0 から外して腹腔 A C 内のガスを大気に放出する。また、コントローラ 6 2 が第 2 リリーフ弁 7 3 を開かせ、胃 S T 内の炭酸ガスを排出させる。これによつて、胃 S T 内は大気圧に戻る。その後、気腹針 5 0 を腹壁から抜去し、内視鏡 4 及びオーバーチューブ 3 0 を患者の口から引き抜く。10

#### 【0038】

以上、説明したように、この実施態様では、患者の口から挿入した内視鏡 4 を用いて腹腔 A C 内で医療行為を行う場合に、胃 S T に開口を開ける前に胃 S T 内の圧力値 P s が腹腔 A C の圧力値 P a 以下になるように圧力制御を行う。通常、胃壁の切開目標部位を確認するために胃 S T 内の圧力を腹腔 A C の圧力よりも高くする必要があるが、このような場合に、必要に応じて胃 S T 内の圧力をリリースすることで、胃 S T を切開したときに胃 S T 内から腹腔 A C への流体の流出を防止できる。このため、腹腔 A C を常に清浄な状態で保つことができ、感染症などを予防できる。20

#### 【0039】

また、この実施態様では、腹腔 A C で医療行為を行う間は、胃 S T 内の圧力値 P s が腹腔 A C の圧力値 P a 以下になるので、医療行為が終了した後に内視鏡 4 及びオーバーチューブ 3 0 を腹腔 A C から胃 S T 内に引き戻すときにも、胃 S T からの流体の腹腔 A C への流出を予防できる。導入時と同様に、腹腔 A C を常に清浄な状態で保つことができ、感染症などを予防できる。

#### 【0040】

##### (第 2 の実施態様)

図 6 A ~ 図 6 D に示すように、送気装置 4 1 の管腔用口金 4 8 は、チューブ 4 3 を介して内視鏡 4 の送気送水チャンネル 3 4 に接続されている。気腹用口金 4 7 は、チューブ 4 2 を介して、処置具である局注針 9 0 のルーメンに接続されている。局注針 9 0 は、内視鏡 4 の処置具挿入部 2 6 に取り付けられた栓 9 1 を通して作業用チャンネル 3 6 に通されている。この栓 9 1 は、二又に分岐しており、分岐した方の挿入孔からは、圧力測定用のチューブ 4 4 が挿入されている。30

#### 【0041】

局注針 9 0 は、保護用のシース 9 5 内を進退自在な針部材 9 6 を有する。針部材 9 6 の内部には、ルーメンが形成されている。ルーメンの基端部がチューブ 4 2 に接続されている。ルーメンの先端部は、針部材 9 6 の鋭利な先端部の近傍で、側方に向けて開口 9 7 を形成している。40

#### 【0042】

この実施態様における医療行為について説明する。なお、この実施態様は、気腹する際に炭酸ガスを供給するルートのみが第 1 の実施態様と異なる。

#### 【0043】

内視鏡 4 の作業用チャンネル 3 6 に局注針 9 0 を通し、送気装置 4 1 と接続してから、内視鏡 4 を患者の胃 S T 内に挿入する。

#### 【0044】

次に、送気送水チャンネル 3 4 に炭酸ガスを供給して胃 S T を膨らませる。胃 S T 内の圧力値 P s は、二又の栓 9 1 から挿入したチューブ 4 4 を通して送気装置 4 1 の第 2 圧力

センサ 75 で検出する。

**【0045】**

図 7 に示すように、局注針 90 の針部材 96 を前進させて、胃壁 SW を穿通させる。このとき、ルーメンの先端開口 97 が腹腔 AC に露出するまで局注針 90 を胃壁 SW に押し込む。

**【0046】**

腹腔 AC を気腹するときには、送気装置 41 の第 1 流路 64 から炭酸ガスを送気する。炭酸ガスは、局注針 90 内部のルーメンを通って、腹腔 AC の供給される。腹腔 AC の圧力値 Pa は、第 1 圧力センサ 68 ( 図 2 参照 ) で検出する。

10

**【0047】**

胃 ST の切開目標部位を確認するときには、胃 ST 内の圧力値 Ps を腹腔 AC の圧力値 Pa より高くする。

**【0048】**

胃壁 SW を切開するときには、送気装置 41 の第 2 リリーフ弁 73 ( 図 2 参照 ) を大気開放して胃 ST 内の圧力制御をする。胃 ST 内の圧力値 Ps が腹腔 AC の圧力値 Pa 以下になつたら、胃壁 SW を切開して開口 PO を形成する。内視鏡 4 を開口 PO を通して腹腔 AC に挿入するときには、局注針 90 を胃壁 SW から抜去する。胃壁 SW を切開して形成した開口 PO に内視鏡 4 及びオーバーチューブ 30 を通し、挿入部 22 を前進させて腹腔 AC にアクセスする。このとき、送気装置 41 の第 2 流路 65 から炭酸ガスを送気し、腹腔 AC を気腹してから医療行為を実施する。医療行為の間は、第 1 電磁弁 67 は閉じたままとし、第 1 流路 64 からの送気は行わない。以降の手順は、第 1 の実施態様と同様である。

20

**【0049】**

この実施態様では、胃 ST 内の圧力と腹腔 AC の圧力を制御することで胃 ST 内から流体が腹腔 AC に流入することを予防できる。腹腔 AC を常に清浄な状態で保つことができ、感染症などを予防できる。さらに、腹壁に気腹針 50 を刺入する必要がなくなるので、患者に外傷を与えることなく医療行為を行える。

**【0050】**

( 第 3 の実施態様 )

本実施態様に使用される送気装置の構成を図 8 に示す。

30

**【0051】**

送気装置 101 は、減圧器 63 から分岐する第 2 流路 65 に第 2 電磁弁 72 と、第 2 圧力センサ 104 と、第 2 流量センサ 74 と、第 2 リリーフ弁 105 とが順番に設けられた後、チューブ 43 に接続されている。第 1 、第 2 リリーフ弁 103 , 105 は、それぞれがコントローラ 62 の制御信号で大気開放可能な電磁弁である。

40

**【0052】**

図 9A に示すように、送気装置 101 の気腹用口金 47 から延びるチューブ 42 は、局注針 90 のルーメンに接続されている。管腔用口金 48 から延びるチューブ 43 は、オーバーチューブ 110 に接続されている。図 9B に示すように、オーバーチューブ 110 は、基端部 111 から長尺の可撓性筒部 112 が延びている。基端部 111 には、内視鏡 4 を挿入したときに、内視鏡 4 とオーバーチューブ 110 と間で気密構造を形成する気密バルブ ( 不図示 ) が内周にフランジ状に固着されている。気密バルブよりも先端側には、チューブ 44 が接続されるポート 113 が突設されている。ポート 113 は、オーバーチューブ 110 内に連通する孔が形成されている。

**【0053】**

医療行為を行うときには、胃 ST にオーバーチューブ 110 の内部を通して炭酸ガスを供給して膨らませ、腹腔 AC には局注針 90 を通して気腹する。胃壁を切開するときには、胃 ST 内の圧力値 Ps が腹腔 AC の圧力値 Pa よりも高くなっているので、図 10 に示すフローに従って圧力制御を実施する。

50

**【0054】**

最初に、第1電磁弁67を閉じ、所定時間経過後に第1圧力センサ68の圧力値Paを取得する(ステップS201)。さらに、第2電磁弁72を閉じ、所定時間経過後に第2圧力センサ104の圧力値Psを取得する(ステップS202)。コントローラ62は、圧力値Pa, Psの大小を比較し、胃ST内の圧力値Psが腹腔ACの圧力値Paよりも大きい場合には(ステップS203でYes)、第2リリーフ弁105を開く(ステップS204)。第2リリーフ弁105は、送気装置101の第2流路65に設けられているので、送気送水チャンネル34を通して胃ST内の炭酸ガスが体外に排出される。第2リリーフ弁105を開いたら、コントローラ62のタイマーが始動し、予め定められた時間になるまで待機する(ステップS205)。所定時間経過後に、第2リリーフ弁105を閉じ(ステップS206)、ステップS201に戻る。以降は、胃ST内の圧力値Psが腹腔ACの圧力値Pa以下になるまでステップS201～ステップS206を繰り返す。  
10

#### 【0055】

第2リリーフ弁105を所定時間だけ開放するのは、第2リリーフ弁105が第2流路65中にあるため、第2リリーフ弁105を開いたままでは第2圧力センサ104が胃ST内の正確な圧力を検出することが難しいからである。そして、胃ST内の圧力値Psが腹腔ACの圧力値Pa以下にならなければ(ステップS203にてNo)、ここでの処理を終了する。なお、胃ST内の圧力値Psが、圧力値Paよりも所定値だけ低い値になったときに、処理が終了するようにしても良い。

#### 【0056】

胃ST内の圧力値Psが腹腔AC内の圧力値Pa以下にならば、胃壁を切開して内視鏡4及びオーバーチューブ110を前進させ、腹腔ACにアクセスする。その後の医療行為は、第2の実施態様と同様である。  
20

#### 【0057】

この実施態様では、腹腔ACに向かう流路64と、胃ST内に向かう流路65のそれぞれに圧力センサ68, 104と、リリーフ弁103, 105を設けたので、独立して圧力調整を行うことができる。また、第2流路65に第2圧力センサ104を設けたので、圧力測定用のチューブを別途引き回す必要がなくなる。そのため、配管接続が楽になる。その他の効果は、第2の実施態様と同様である。

#### 【0058】

##### (第4の実施態様)

本実施態様に使用される送気装置の構成を図11に示す。  
30

#### 【0059】

送気装置121は、第2流路に第2リリーフ弁の代わりに吸引器122が接続されている。送気装置121と、内視鏡4及びオーバーチューブ110の接続は、第3の実施態様と同様である。

#### 【0060】

この医療システムにおける医療行為を説明する。図12に示すように、内視鏡4の挿入部22を胃ST内に挿入したら、局注針90で胃壁SWを穿通する。局注針90から腹腔ACに炭酸ガスを供給して気腹する。次に、オーバーチューブ110から炭酸ガスを供給し、腹腔AC内の圧力よりも胃ST内の圧力を高めて胃STを膨らませる。切開位置を確認したら、内視鏡4は固定したままでオーバーチューブ110を前進させる。図13に示すように、切開位置を含む胃壁SWにオーバーチューブ110の先端部を突き当てる。  
40

#### 【0061】

次に、胃壁SWを切開する前に胃ST内の圧力制御を行う。図14に示すように、第1電磁弁67を閉じて、所定時間経過した後に第1圧力センサ68の圧力値Paを取得する(ステップS301)。さらに、第2電磁弁72を閉じて、所定時間経過した後に第2圧力センサ104の圧力値Psを取得する(ステップS302)。圧力値Paよりも圧力値Psが大きい場合には(ステップS303でYes)、吸引器122を作動させる。第2電磁弁72が閉じているので、オーバーチューブ110内の炭酸ガスが吸引される。これと同時にタイマーを起動させ、所定時間経過するまで待機し(ステップS304)、吸引

器 122 を停止する(ステップ S305)。その後、ステップ S301 に戻る。ここまで の処理を繰り返し、圧力値 P<sub>s</sub> が圧力値 P<sub>a</sub> 以下になつたら(ステップ S303 で N<sub>o</sub>) 、ここでの処理を終了する。なお、胃 S T 内の圧力値 P<sub>s</sub> が、圧力値 P<sub>a</sub> よりも所定値だけ低い値になつたときに、処理が終了するようにしても良い。

#### 【0062】

吸引器 122 によってオーバーチューブ 110 と胃壁 SW で区画される空間は、周囲よりも相対的に圧力が低くなる。その結果、図 15 に示すように、切開目標部位を含む胃壁 SW がオーバーチューブ 110 の先端部に形成される空間 123 内に引き込まれる。局注針 90 を作業用チャンネル 36 から引き抜いて、代わりに高周波ナイフを通す。図 16 に示すように、高周波ナイフ 130 の先端部 131 で切開目標部位を切開して開口を形成する。この間、オーバーチューブ 110 内の圧力は、相対的に低く保たれているので、胃壁 SW に開口 P<sub>O</sub> が形成されてもオーバーチューブ 110 内から流体が腹腔 A C に流出することはない。内視鏡 4 及びオーバーチューブ 110 を開口 P<sub>O</sub> を通して前進させて腹腔 A C 内にアクセスし、必要な医療行為を実施する。この間に気腹が必要な場合には、オーバーチューブ 110 から実施する。医療行為が終了したら、内視鏡 4 を胃 S T 内、つまりオーバーチューブ 110 内に引き戻す。胃 S T 全体には送気していないので、胃 S T 内の圧力値 P<sub>s</sub> は腹腔 A C の圧力値 P<sub>a</sub> 以下であり、胃 S T から腹腔 A C に流体が流出することはない。

10

#### 【0063】

この実施態様では、胃 S T 全体を大気開放して圧力値 P<sub>s</sub> を下げる代わりに吸引器 122 で吸引するようにしたので、圧力調整に要する時間を短縮できる。さらに、吸引器 122 で吸引することで、切開目標部位を含む胃壁 SW がオーバーチューブ 110 内に引き込まれるので、胃壁 SW の外側と、他の臓器や腹壁との間の距離に設けることができる。このため、他の臓器を巻き込むことなく胃壁 SW を切開できる。その他の効果は、前記と同様である。

20

#### 【0064】

なお、胃 S T を膨らませ、切開目標部位に高周波処置具やクリップなどの留置具でマークイングを施しても良い。さらにマーキングを施した後、胃 S T を膨らませるために供給した炭酸ガスなどの気体を吸引器 122 で吸引して胃 S T 内の圧力を下げた後、オーバーチューブ 110 の先端部を胃壁 SW に突き当てて、オーバーチューブ 110 を含む胃壁 SW で区画された空間 123 を吸引するようにしても良い。

30

#### 【0065】

##### (第 5 の実施態様)

この実施態様における医療システムの概略を図 17 に示す。送気装置 141 の気腹用口金 47 は、局注針 90 のルーメンに接続される。胃内用口金 48 は、内視鏡 4 の送気送水チャンネル 34 に接続される。処置具挿入部 26 の栓 91 で分岐させたポートには、胃 S T 内の圧力測定用のチューブ 43 が挿入されている。なお、送気装置 141 は、図 6 に示す送気装置において、第 2 リリーフ弁 73 の代わりに、吸引器 122 を第 2 流量センサ 74 の下流側に設けた構成を有する。

40

#### 【0066】

内視鏡 4 は、挿入部 22 の先端に先端フード 142 が装着されている。図 18 に示すように、先端フード 142 は、円筒形状を有し、基端側の内周のリング状の突起 143 を内視鏡の先端面に突き当たる状態で、リング 144 で固定されている。

#### 【0067】

医療行為を行うときには、内視鏡 4 を胃 S T 内に挿入し、送気装置 141 からの送気で胃 S T を膨らませてから切開目標部位を確認する。切開目標部位を確認したら、第 4 の実施態様と同様にして切開目標部位を含む胃壁 SW に先端フード 142 を押し当てるから、局注針 90 を先端フード 142 内で前進させて胃壁 SW に局注針 90 を穿通させる。局注針 90 を通して送気装置 141 から炭酸ガスを腹腔 A C に供給して気腹する。次に、送気装置 141 は、第 2 電磁弁 72 を閉じて、吸引器 122 を稼動させる。図 19 に示すよう

50

に、内視鏡4の吸引チャンネル34を通して胃壁SWと、先端フード142とで形成される空間145の流体が吸引され、胃壁SWが先端フード142内に引き込まれる（先端フード142で囲まれた空間145の圧力が腹腔ACの圧力よりも低くなる）。その後、局注針90を抜いてから、作業用チャンネル36に高周波ナイフを通す。

#### 【0068】

図20に示すように、高周波ナイフ130の先端部131で切開目標部位を切開して開口を形成する。腹腔AC内の圧力値Paよりも先端フード142内の圧力値Pssは低いので、胃ST側から流体が腹腔ACに流出することはない。開口SOを通して内視鏡4を腹腔ACにアクセスさせ、必要な医療行為を実施する。腹腔ACの気腹は、内視鏡4のチャンネル34を通して行う。医療行為が終了したら、内視鏡4を胃ST内に引き戻す。胃ST全体には送気していないので、胃ST内の圧力値Psは腹腔ACの圧力値Pa以下であり、胃STから腹腔ACに流体が流出することはない。

10

#### 【0069】

この実施態様によれば、オーバーチューブを使用することなく、第4の実施態様と同様の効果が得られる。

#### 【0070】

以上、本発明の望ましい実施態様を説明したが、本発明は上記の実施態様に限定されることはない。本発明の趣旨を逸脱しない範囲で構成の付加、省略、置換、及びその他の交換が可能である。本発明は、上記の説明によって限定されることはなく、添付の特許請求の範囲によってのみ限定される。

20

#### 【0071】

例えば、胃STを膨らませることなく、腹腔ACのみに送気してから胃ST内の圧力制御をするステップを実施しても良い。

#### 【0072】

また、図21に示すように、内視鏡4とは別に、腹腔AC内を気腹するチューブ160と、胃ST内に送気するチューブ161とを挿入部22に沿って挿入しても良い。チューブ160は、送気装置の気腹用口金47に接続され、ルーメンを1つ又は2つ有する。チューブ160は、内視鏡4が胃壁を通して腹腔ACに導入されるときには、挿入部22と一緒に腹腔ACに導入される。切開前に腹腔ACを気腹をするときには、気腹針50又は局注針90を作業用チャンネル36から挿入して腹腔ACに送気する。チューブ161は、先端開口が胃ST内に留まるように挿入される。内視鏡4とは別にチューブ160, 161を挿入する場合でも、前記と同様の効果が得られる。

30

#### 【0073】

さらに、図22に示すように、内視鏡4の挿入部22の外周に送気用のチューブ170, 171を固定しても良い。腹腔ACを気腹するチューブ170は、1つ又は2つのルーメンを有し、挿入部22の先端まで延びている。胃ST内に送気するチューブ171の先端開口は、チューブ171よりも基端側に配置されている。チューブ171の先端位置は、内視鏡4の挿入部22と共に胃ST内に挿入可能で、胃壁を通して内視鏡4を腹腔ACに導入したときでも胃ST内に留まるような位置である。内視鏡4とは異なるチューブ170, 171を用いた場合でも、前記と同様の効果が得られる。

40

#### 【0074】

図23に示すように、オーバーチューブ110を腹腔ACの気腹用のルーメンとして用いる構成において、胃ST内に送気するチューブ181をオーバーチューブ110の外周に沿って固定しても良い。チューブ181は、オーバーチューブ110に固定されていないても良い。また、オーバーチューブ110内に送気用のルーメンを設け、このルーメンを通って気腹しても良い。なお、ポート113は、気密バルブ182よりも先端側に配置されている。切開前に腹腔ACを気腹をするときには、気腹針50又は局注針90を作業用チャンネル36から挿入して腹腔ACに送気する。

#### 【0075】

図24及び図25に示すような胃内気腹針190を用いても良い。胃内気腹針190は

50

、3つのルーメン191, 192, 193を有する。気腹送気用ルーメン191と、排気用ルーメン192は、胃内気腹針190の鋭利な先端の近傍の外周に開口194, 195を形成している。3つ目の胃内送排気用のルーメン193は、基端側、例えば、長さ方向の中間付近の外周に開口196を形成している。チューブ197は、3つの独立したルーメンを有し、それぞれのルーメンに胃内気腹針190のルーメン191~193が1つずつ接続されている。気腹用ルーメン191は、送気装置の気腹用口金47に接続される。排気用ルーメン192は、不図示の吸引装置に接続される。胃内送排気用のルーメン193は、送気装置の胃内用口金47に接続される。

#### 【0076】

胃内気腹針190は、内視鏡4とは別に、又は内視鏡4の作業用チャンネル36を通して胃ST内に挿入され、ルーメン193の開口196が胃ST内に残るように胃壁SWを穿通させる。腹腔送気用ルーメン191から送気して腹腔ACを気腹する。次に、胃内送排気用のルーメン193から胃ST内に送気して胃STを膨らませる。胃ST内の圧力調整をするときには、胃内送排気用のルーメン193を大気開放する。また、腹腔ACで高周波処置具を使用したときに発生する煙は、胃内気腹針190の排気用ルーメン192から排気する。この胃内気腹針190を使用すると、送気や排気、圧力調整を1本の針に集約することができる。

10

#### 【0077】

管腔器官を膨らませる管路と腹腔ACを気腹する管路とを生体の自然開口から挿入するときには、異なる自然開口から挿入しても良い。例えば、内視鏡を患者の口から挿入する一方で、気腹用のチューブを肛門から挿入し、大腸の壁部を通して腹腔ACに気体を供給しても良い。

20

#### 【0078】

所望の手技を行うために必要なデバイスとしては、上述した実施態様に記載された観察装置と作業用チャンネルを備えた内視鏡に限定されない。例えば、体内に挿入される挿入部の先端側に所望の処置を行うための処置部を備え、この処置部を体外から操作可能な操作部を設けたデバイス（以下、便宜上処置用デバイスという）を用いても良い。この場合には、カプセル内視鏡などのように飲み込み可能な観察装置で観察しながら医療行為を行う。

#### 【0079】

30

次に、本発明のオーバーチューブを用いて管腔器官内のガスを大気に排出する例について説明する。

#### 【0080】

経胃内視鏡的検査と経胃内視鏡的外科手術は、腹腔内で観察したり、生検材料を取得したり、さらには外科手術を行うための新たに発展中の技術である。典型的な場合、この手順は次のように行われる。図26に示されているように、患者の用意を整えた後で、近位端401と遠位端402を持つ軟性内視鏡419を、口、中咽頭409、食道403から胃404の中へ通す。胃を拡大して胃壁の襞をのばし、胃の中に、内視鏡を操作して胃壁を切開する理想的なサイトを突き止めるための内部の作業スペースをつくり出すために、胃はガス（典型的な場合は、空気）の送気を受ける。

40

#### 【0081】

胃に送気されたら、操作者は、胃壁の全層切開を行う胃壁のサイトを選択する。操作者が腹部のどの器官を検査、生検、もしくは外科手術を行うのかにより、操作者は、胃の後壁か、胃の前壁か、あるいは胃壁のその他の適切な位置を切開するために選択することができる。胃壁の切開はさまざまな技術を用いて行うことができる。図27に示されているように、1つの方法は、切開された組織へ止血効果を提供しながら、胃壁の組織を切り開くために、無線周波（RF）の切断電流もしくは凝固電流を用いて、内視鏡419を通る格納式の針を先端に装着した電極405を利用するものである。この手順の1つの変形手順の場合、胃壁に、内視鏡のおおよその直径と等しいか、あるいは直径よりもやや小さい切開部もしくは開口部をつくるように、切開の長さが選択される。図28に示されている

50

ように、切開部 411 が正確に寸法通りにつくられるのであれば、内視鏡 419 が胃 404 の壁を通過して腹腔内腔 412 へ入るときに、胃壁の組織は内視鏡の外面の回りに気密シールをつくり出すことになる。

#### 【0082】

もう 1 つの変形手順の場合、胃壁に小さな穴がつくられる。その後で、図 29 に示されているように、バルーン拡張器 407 がこの小さな穴から入れられ、胃壁 408 のほぼ中心に来るよう配置され、胃の小さな穴を内視鏡の遠位端 402 の通過を可能にさせる直径に拡張するのに十分な圧力で送気される。開口部が正確なサイズに拡張されるのであれば、内視鏡の遠位端 402 は、同時に内視鏡の外面と胃壁の間に気密シールをつくりだしながら、胃壁を通って腹腔内腔 412 の中へ滑り込むことが可能になる。

10

#### 【0083】

内視鏡それ自体を用いることもできるが、内視鏡にオーバーチューブを通過させることにもさまざまな利点がある。図 30 に示されているように、オーバーチューブ 410 の 1 つの利点は、中咽頭 409 や胃壁の切開部 411 を通る内視鏡の滑らかな通過を可能にされることにある。内視鏡が繰り返し、患者の中へ挿入されたり、患者から引き出されたりするのであれば、このルートに沿って導かれる内視鏡の通行はきわめて有用である。

#### 【0084】

もう 1 つの利点は、胃への送気に用いられるガスの量や圧力の制御を可能にせしめるようにオーバーチューブを改造できることにある。この便利さが本発明の目的である。

20

#### 【0085】

オーバーチューブを用いるのであれば(図 30)、胃壁の切開部 411 の長さは、内視鏡 419 が通り抜けるオーバーチューブ 410 の外面の回りに胃壁が気密シールを形成するように、決めるべきである。オーバーチューブと胃壁との間のこの気密シールはさまざまな目的に役立つ。第 1 に、内視鏡が腹腔内腔に維持されている間、胃の内容物が腹腔内腔 412 へ漏れるのをこれが防ぐことになる。第 2 に、これが体の中に 2 つの気密コンパートメントをつくり出すことになる。胃壁に切開が行われると、ガスは胃 404 の内部と腹腔内スペース 412 との間を自由に流れることができる。2 つのスペース間の連通の結果として、内視鏡技師は胃 404 のみあるいは腹腔内スペース 412 のみに独立的に送気することはできない。しかし、内視鏡が胃壁を通過して、内視鏡と胃壁との間に気密シールをつくり出すと、2 つの独立的な空間が生み出される。第 1 のものは、幽門 406 のところで胃と連結される小腸 413 が加わる胃 404 の内部である(図 32A および 32B を参照)。第 2 のものは、胃壁の切開部 411 がオーバーチューブ 410 でしっかりと塞がれているので、胃の内部 404 との連通から今度は孤立させられている腹腔内のスペース 412 である。このような状況では、ガス圧の大きさとこれらの 2 つのスペースの膨張度を独立的に制御できる。

30

#### 【0086】

手順の最初の部分では、内視鏡技師が切開サイトを選択して内視鏡で切開を行う目的で、胃の内部に十分な作業スペースをつくるために、胃にガスを送ることが重要である。しかし、胃壁に切開部がつくられて、内視鏡が腹腔内のスペースへ入ったら、胃への送気は不都合となる。一方では、図 31 に示されているように、膨張した胃 404 は、腹腔内腔 412 の中に突き出して、腹腔の容積を縮小させ、腹腔内のスペースでの内視鏡技師の内視鏡の操作や他器官へのアクセスを制約する。他方では、膨張した胃は腹部の他の器官の観察や操作を妨げて、処置を非効率的で困難にする可能性がある。胃に高いガス圧を与える第 2 の不都合は、このガスが幽門 406 を通って、小腸 413 にも送気し、これも膨張せることにある。小腸 413 がガスで膨張すると、小腸も腹腔内腔 412 の中の利用可能な作業スペースを縮小させ、内視鏡技師による腹部の他の器官の効果的な観察や作業を妨げる。したがって、胃の最初の送気は切開サイトの選択や胃壁に切開を行うために望ましいが、内視鏡が胃壁を通過して腹腔内腔の中で作業しているときには、胃を収縮するために胃の内部からガスを除去して、胃から小腸へのガスの通行を妨げられることが、きわめて有利である。図 28 が胃 404 と小腸 413 が収縮したときにつくり出される大き

40

50

な腹腔内のスペース 412 を示す一方、図 31 は膨張した胃 404 と膨張した小腸 413 がどのように腹腔内のスペース 412 のサイズを縮小させるのかを示している。

#### 【0087】

本発明の目的は、経胃内視鏡的な観察または外科手術の間に、胃および小腸の送気を制御することにある。具体的に言うと、説明されている装置は、意のままに胃と小腸の減圧ができるし、経胃内視鏡的処置中にガスが小腸へ流れ込むことを防止できる。

#### 【0088】

図 32A および 32B は、胃送気の制御を提供するオーバーチューブ 415 の実施例である。オーバーチューブ 415 は、患者の口と中咽頭（図示されていない）から食道 403 を通って患者の胃 404 の中へ入れられる。内視鏡 419 は、このオーバーチューブ 415 と胃壁の開口部 411 を通される。胃壁と内視鏡 419 の外面との間の気密シールが、胃と腸の内部のガスコンパートメントから腹腔内腔のガスコンパートメントを分離する。オーバーチューブの近位端 417 でのオーバーチューブ 415 と内視鏡 419 との間の気密シール 416 は、胃 404 からのガスがオーバーチューブの近位端から漏れ出るのを防止する。オーバーチューブ 415 の内面と内視鏡 419 の外面との間には、管腔内スペース 418 が存在する。この管腔内スペース 418 は、胃 404 および小腸 413 の内部スペースと、さらにはオーバーチューブ 415 の近位端 417 のガスポート 420 のルーメンと連続している。ガスポート 420 は、処置中に、胃 404 および腸 413 へガスを加えたり、そこからガスを取り除くことを可能にしている。

10

#### 【0089】

図 33A および 33B は、本発明のもう 1 つの実施例を示している。この実施例の場合、オーバーチューブ 415 は、腹腔内のスペース 412 にあるオーバーチューブの遠位端 423 によって、胃壁の切開部 411 から挿入される。胃壁の切開部の大きさは、胃壁とオーバーチューブの遠位チップ 423 との間に気密シールがつくられるようにする。このシールは、胃 404 と腸 413 の内部にある空間から、腹腔内の空間 412 を分離する。ルーメン付きチューブ 424 がオーバーチューブの外面に沿って配置される。このルーメンの遠位端は胃 404 の内部に開いている。このルーメンの近位端 426 は患者の外部にあるガスポート 420 に接続し、胃 404 および小腸 413 の内部へガスを加えたり、ここからガスを除去することができる。オーバーチューブの近位端 417 と内視鏡 419 の近位端との間の気密シール 416 は、腹腔内スペースのガスが管腔内スペースに沿ってオーバーチューブの近位端 417 から逃げるのを防いでいる。この実施例の場合、胃と小腸の中のガス圧は、ルーメン付きチューブ 424 のガスポート 420 から、ガスを追加もししくは除去することによって制御できる。ルーメン付きチューブ 424 はオーバーチューブ 415 にしっかりと取り付けられている。1 つの取り付け手段は接着テープ 427 の使用であるが、他の多くの手段も利用できる。

20

30

#### 【0090】

図 34A および 34B に示されている実施例の場合、胃 404 にガスを加えたり、そこからガスを除去するために用いられるルーメン 428 は、オーバーチューブ 415 の壁の一体的部分として押し出し成形された。図 34A は、A - A におけるオーバーチューブ 415 の断面を示しており、ガスルーメン 428 とオーバーチューブ 429 のルーメンが共通壁 430 を共有していることを示している。ガスルーメン 428 の遠位端は胃の中に開いている。ガスルーメンの近位端は、接続チューブ 434 により、ガスポート 420 と連通する。したがって、ガスポート 420 の中へ注入される - あるいは、そこから取り出される - ガスは、胃 404 および腸 413 へガスを加える - あるいは、そこから除去する - ことになる。

40

#### 【0091】

あるいは、図 35A および 35B に示されているように、オーバーチューブ 415 はガスルーメン 433 を受け入れるために設計されたチャネル 432 とともに押し出し成形することができる（その後で、接着剤でオーバーチューブ 415 へ接着される）。参照符号 431 は接着剤を示す。

50

### 【0092】

図36Aおよび36Bは、本発明のもう1つの代替的な実施例を示している。この実施例の場合、オーバーチューブ415は胃壁の切開部411から挿入され、オーバーチューブの遠位端423は腹腔内スペース437に存在する。胃壁の切開部411の大きさは、胃壁とオーバーチューブの遠位端423との間に気密シールがつくり出されるようにする。また、オーバーチューブの遠位端423は、オーバーチューブの遠位端423と内視鏡419の外面との間に機械的な気密シールを備える。この気密シール436は図36Aの参考符号439に示されている。気密シール436は、腹腔内空間437を、管腔内空間418と胃404および腸413の内部の空間から分離する。オーバーチューブ415の壁にある開口部438は、胃404および腸413の内部の空間が管腔内空間418と連通することを可能にさせる。管腔内空間418は、オーバーチューブ415の近位端417にある空気ポート420のルーメンとも連通する。オーバーチューブの近位端417にある気密シール416は、管腔内スペース418のガスがオーバーチューブの近位端から漏れることを防止する。空気ポート420からガスを追加もしくは除去することによって、腹腔内腔437のガス圧とは独立的に、胃404および腸413の中のガス圧を制御できる。オーバーチューブの近位端417の気密シール416とオーバーチューブの遠位端423の気密シール436が、オーバーチューブ415を通る内視鏡419の容易な摺動的通行を可能にする。

10

### 【0093】

図32A～36Bに示されているそれぞれの実施例の場合、空気ポート420を通るガスの通行はさまざまな手段で制御することができる。1つの手段は、胃と腸の中のガスが患者から逃げることを可能にさせるために、空気ポート420を常に開いたままにしておくことである。周囲の腹部の器官と腹腔内圧が絶えず胃と腸を圧縮するために作用するので、胃と腸に大気への出口を与えることは、これらの器官内の自由ガスの多くを排出させることを可能にさせ、それにより、これらの器官の腹腔内スペースへの出っ張りを削減する。

20

### 【0094】

図37に示されているように、胃と腸の内部のガス圧を制御するもう1つの手段は、内視鏡技師の制御下で開閉されるガスポート420にバルブを取り付けるというものである。典型的な場合、ガスポート420は吸引装置に接続されることになる。したがって、バルブを開けると、オーバーチューブの管腔内スペースから吸引が行われ、胃と腸の内部からガスが除去される。

30

### 【0095】

あるいは、空気ポートを、ポンプなどのガス源もしくは圧縮ガス源へ接続することもできる。この場合、バルブの開放は胃と腸の内部へガスを加えることになる。

### 【0096】

図38に示されているように、胃と腸の内部のガス圧を制御するもう1つの手段は、自動ガス制御装置へガスポート420を取りつけることである。この自動コントローラーは、必要な場合に、ガスを追加もしくは除去することによって、胃と腸の内部のガス圧を正確に所定の値に維持するか、あるいは内視鏡技師の制御下で、ガスポートから吸引することによって、胃と腸の中の全部のガスを自動的に除去することになる。

40

### 【0097】

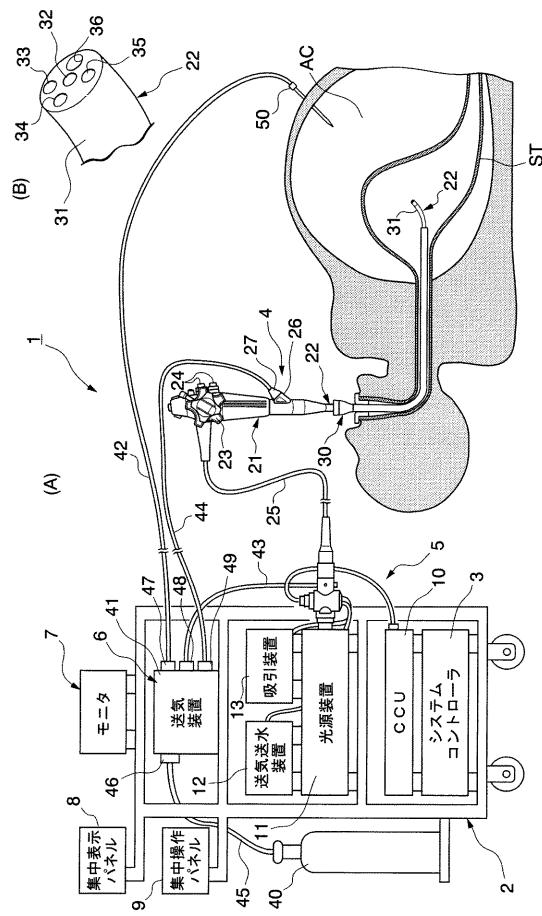
内視鏡とオーバーチューブとの間の気密シールは、業界で一般的に知られているいくつかの代替的な方法を用いてつくることができる。これらの方法の1つは、内視鏡の外面の回りに圧縮性シールをつくるために独立気泡ゴムを利用するものである。もう1つの一般的に用いられる方法は、ゴム、ポリマー、もしくはその他の材料でつくられた - 内視鏡を通す中心穴を持つ - 軟性隔膜を利用するものである。この中心穴は、内視鏡を中に通すとやや拡大して、気密シールをつくる。内視鏡とオーバーチューブの間をシールするその他の方法も当業者には知られている。オーバーチューブの中の前進とオーバーチューブからの回収を可能にさせるいかなるタイプの気密シールも適切である。

50

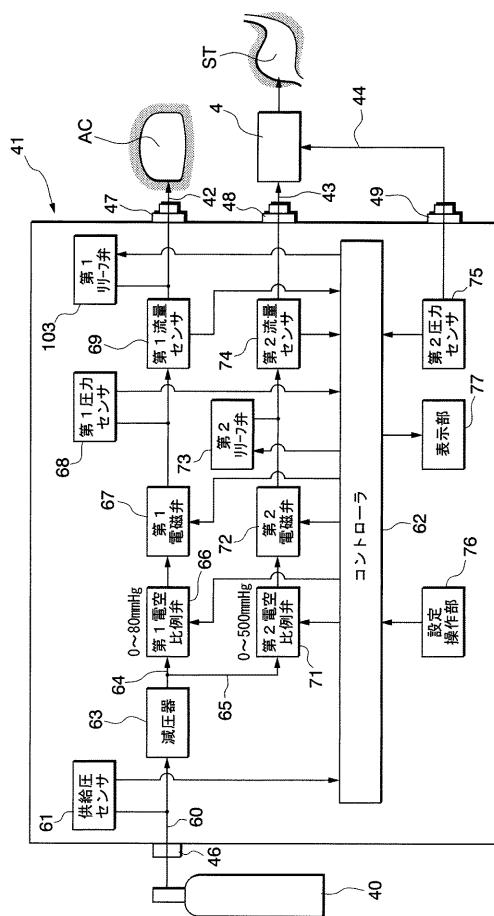
## 【0098】

胃の内視鏡術中は、典型的な場合、送気のために部屋の空気が用いられるが、CO<sub>2</sub>による送気は空気よりも体に速く吸収されるという利点がある。したがって、胃に送気するためにCO<sub>2</sub>が用いられ、この手順の間に、CO<sub>2</sub>が小腸に入って、小腸を拡張した場合、このCO<sub>2</sub>は送気に室内空気が用いられた場合よりも速い速度で吸収されることになる。この固有の高いCO<sub>2</sub>吸収率が小腸の収縮を迅速化し、腹腔内スペースにより大きな余裕をつくり、処置を容易に行えるようにする。

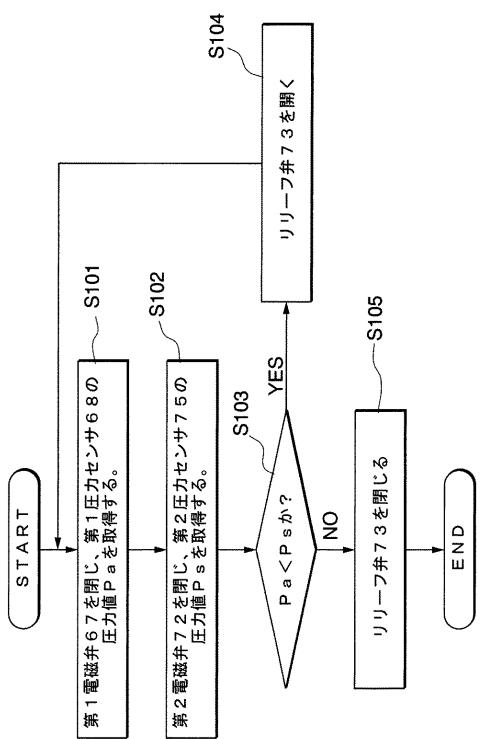
【図1】



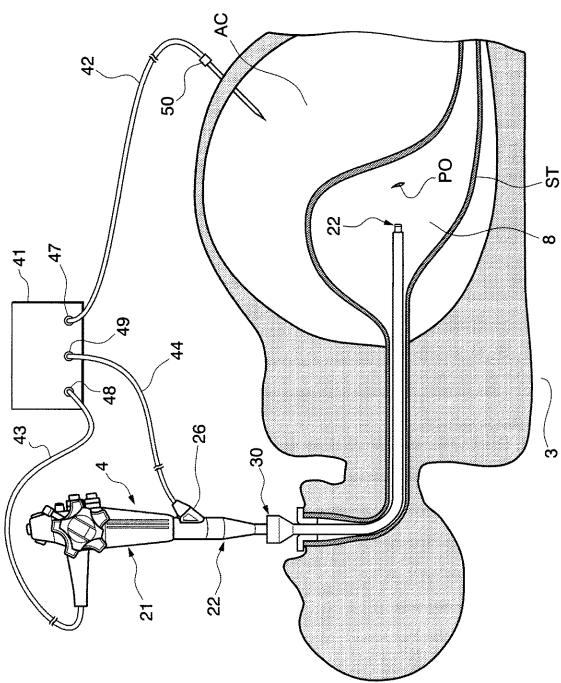
【図2】



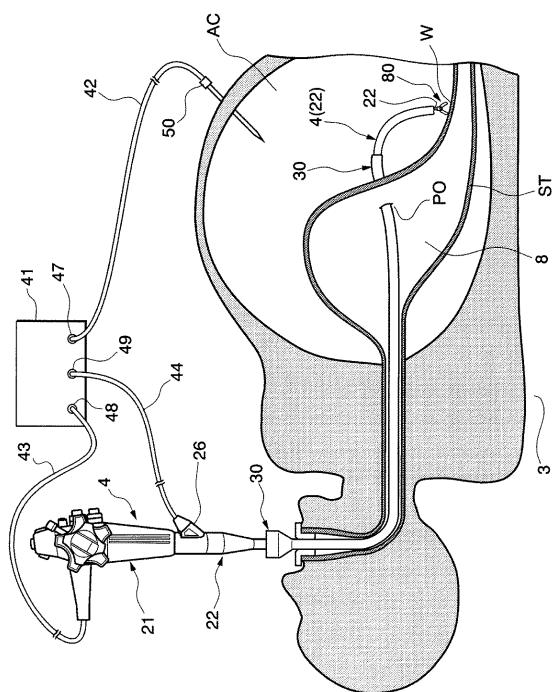
【図3】



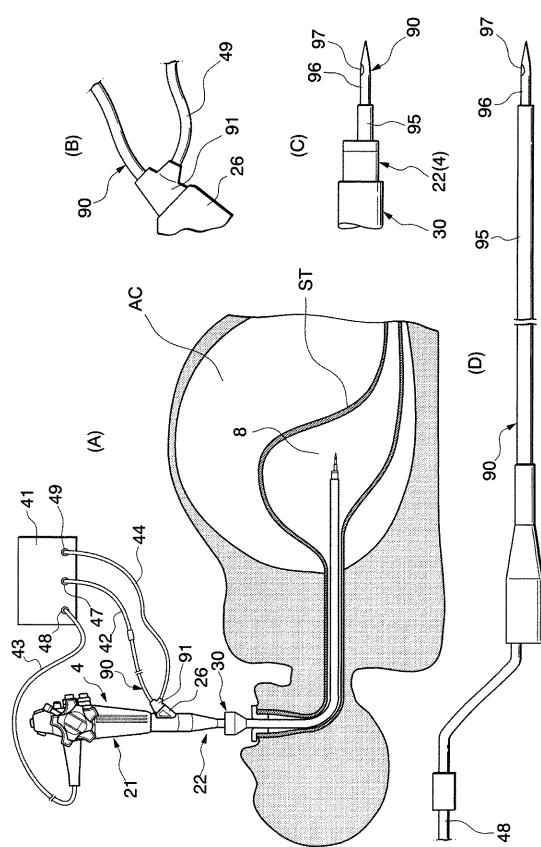
【図4】



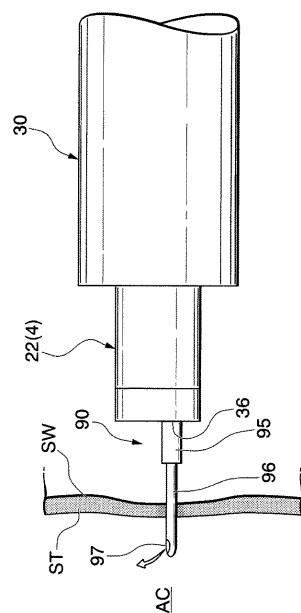
【図5】



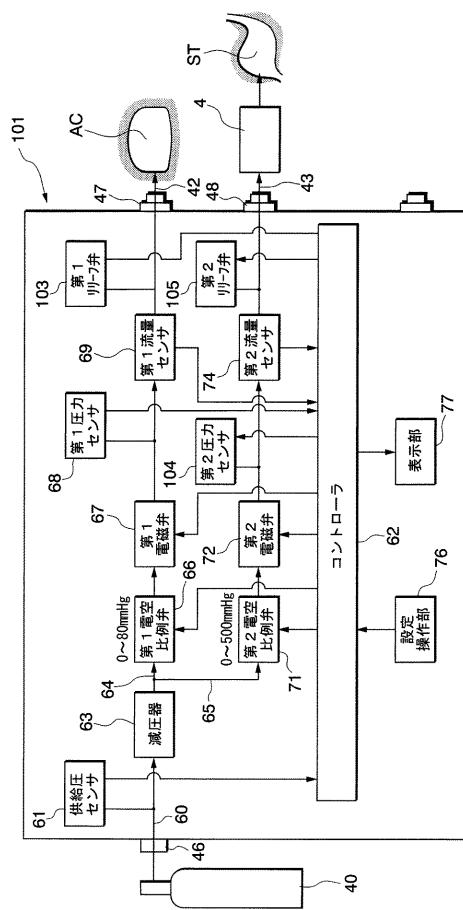
【図6】



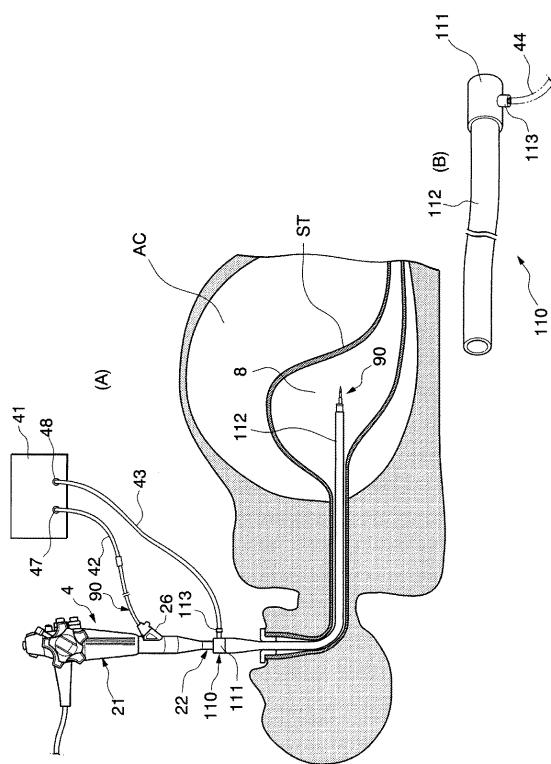
【図7】



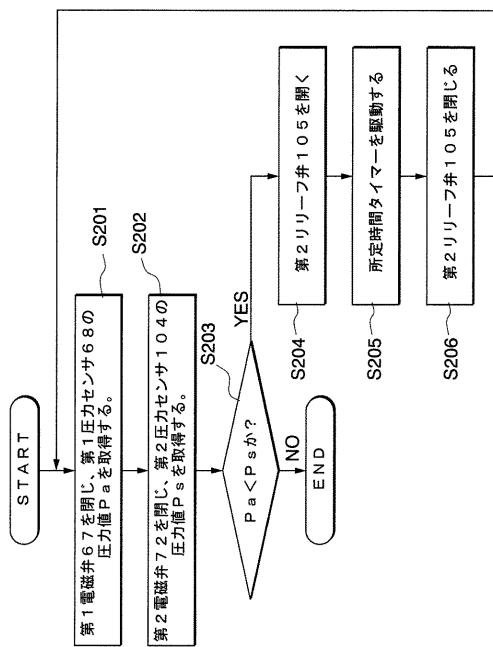
【図8】



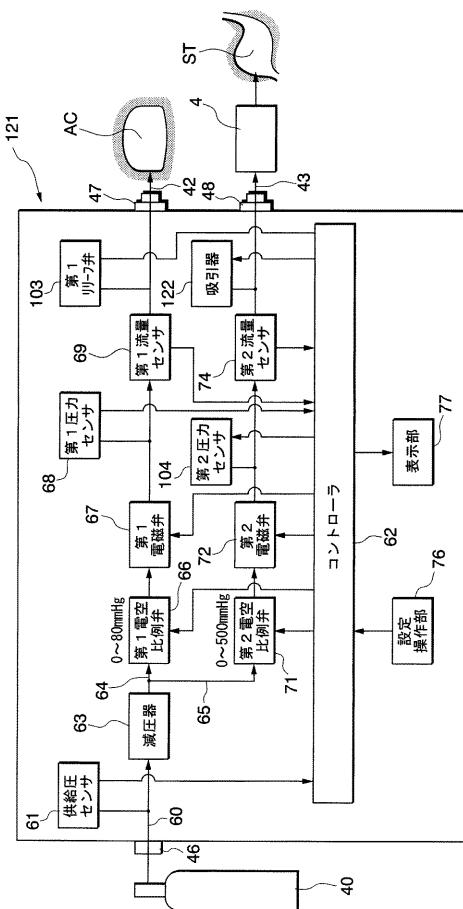
【図9】



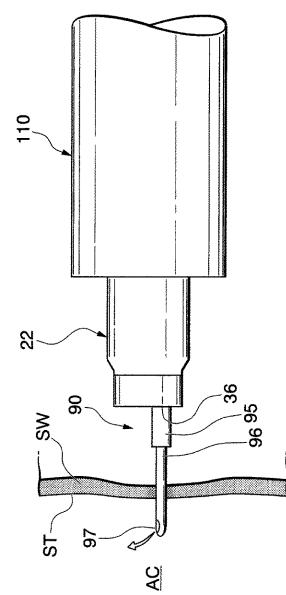
【図10】



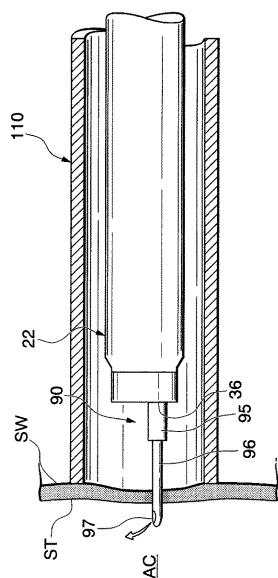
【図11】



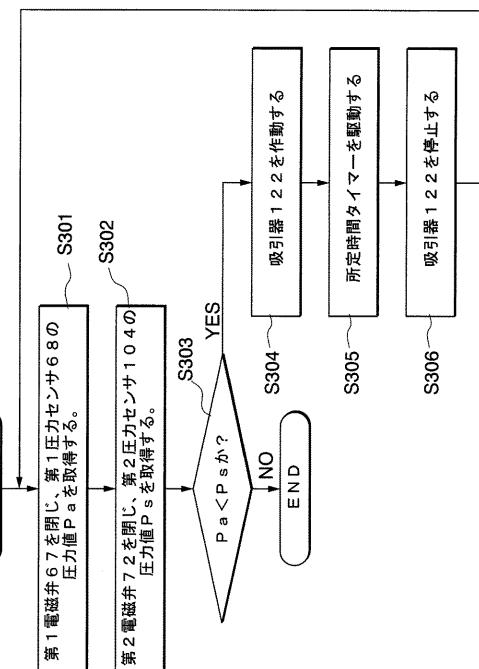
【図12】



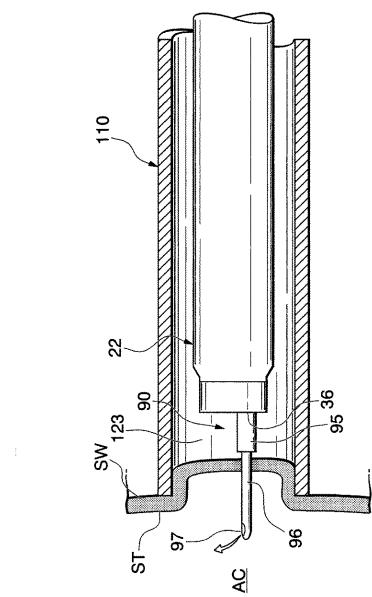
【図13】



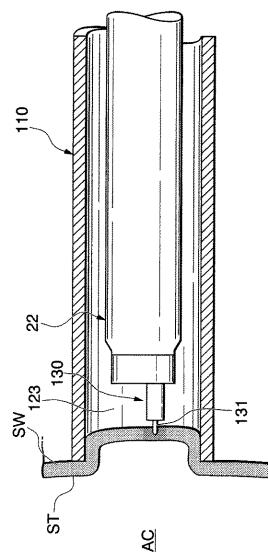
【図14】



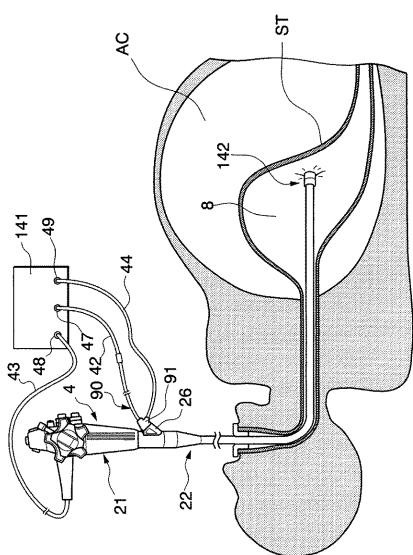
【図15】



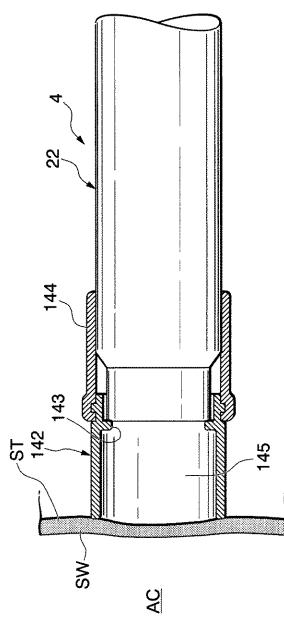
【図16】



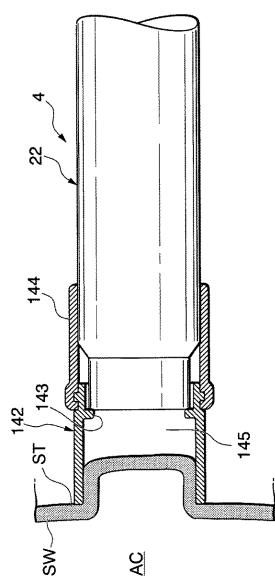
【図17】



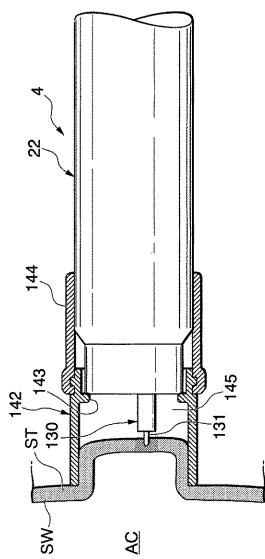
【図18】



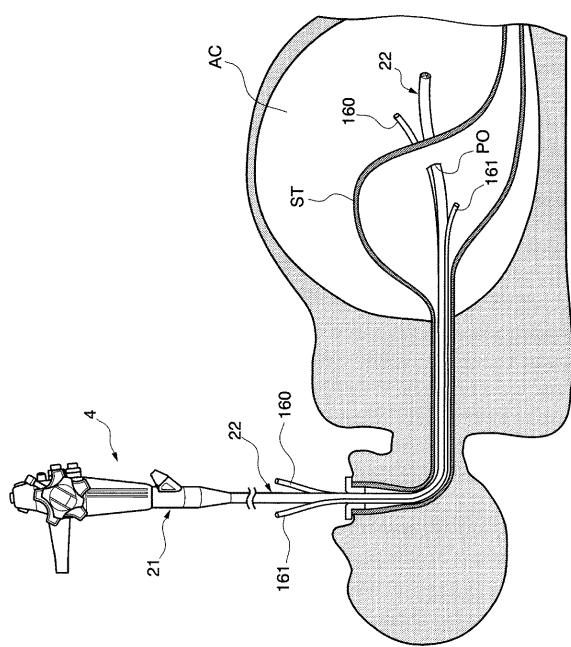
【図 19】



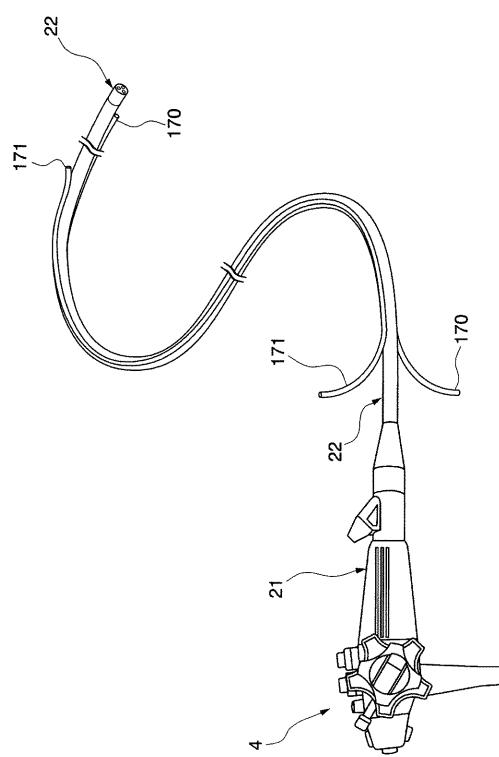
【図 20】



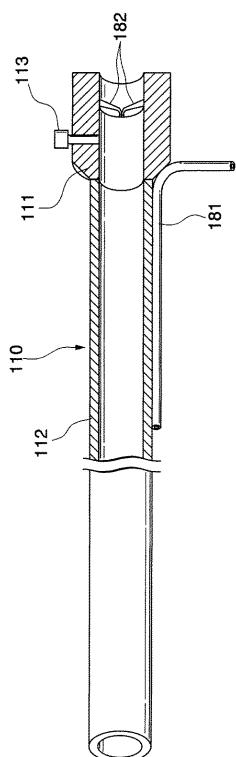
【図 21】



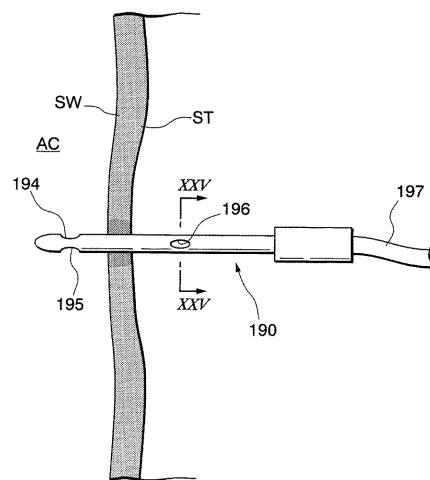
【図 22】



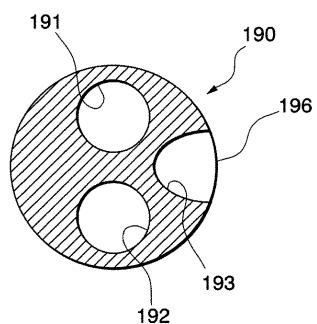
【図 2 3】



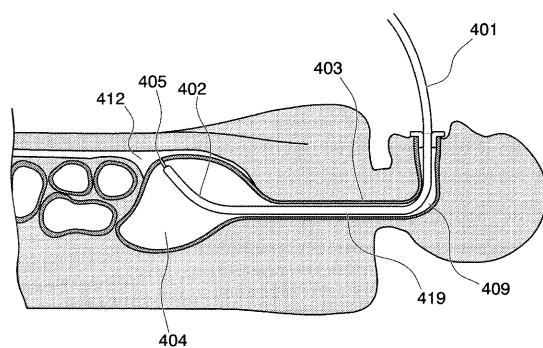
【図 2 4】



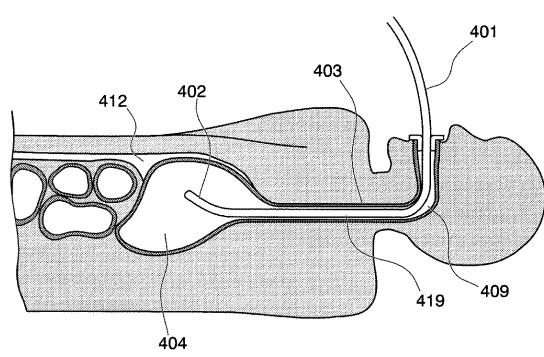
【図 2 5】



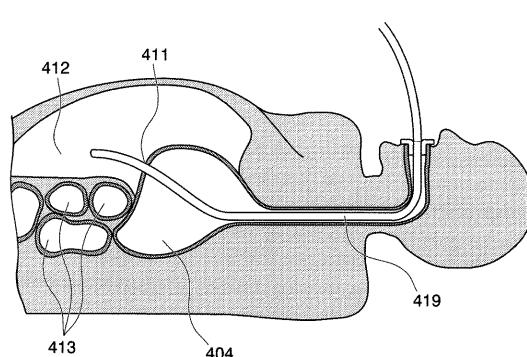
【図 2 7】



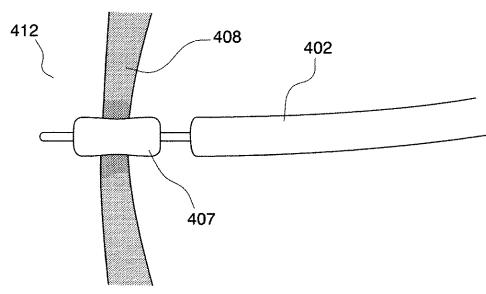
【図 2 6】



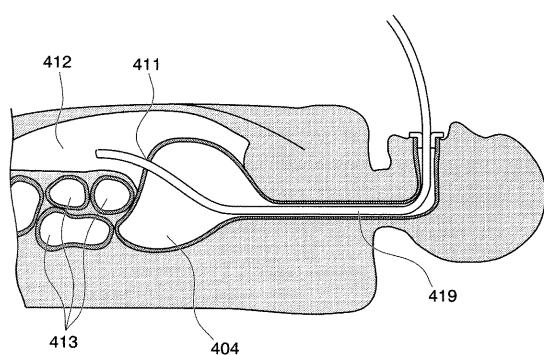
【図 2 8】



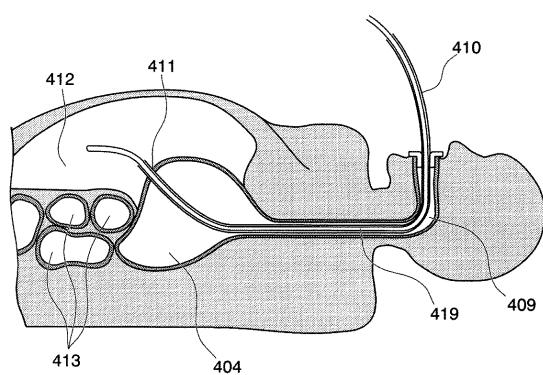
【図 2 9】



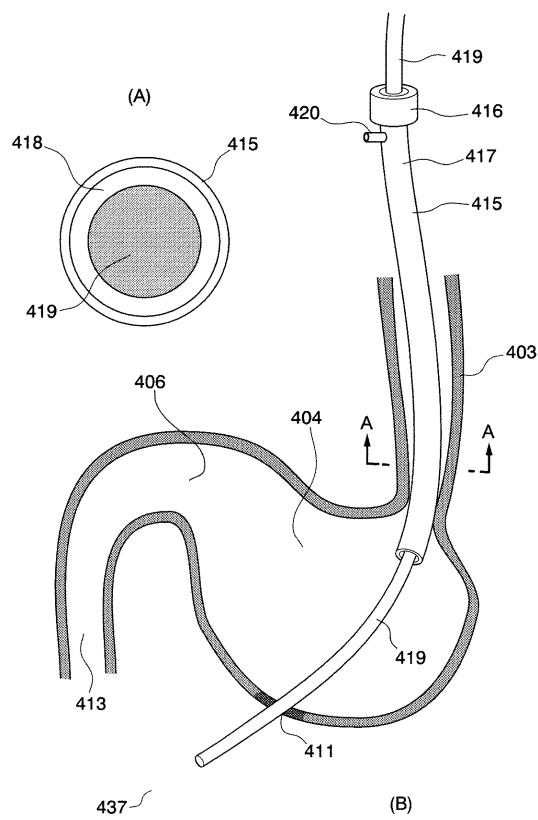
【図 3 1】



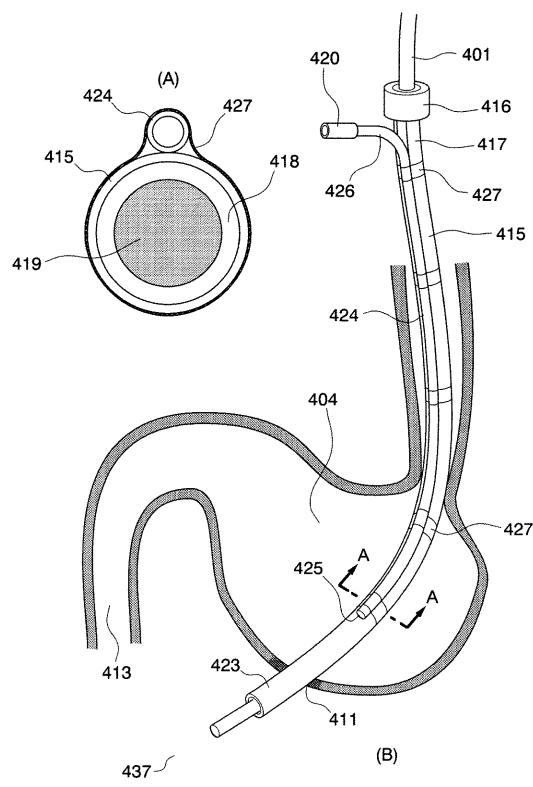
【図 3 0】



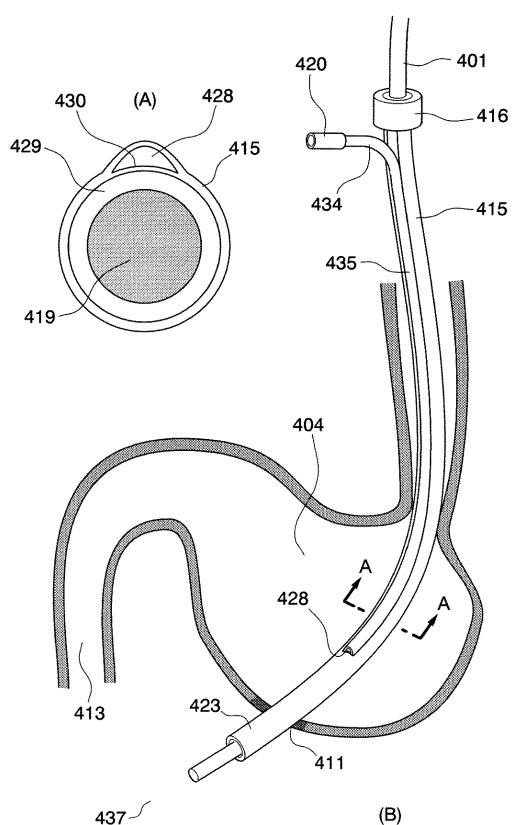
【図 3 2】



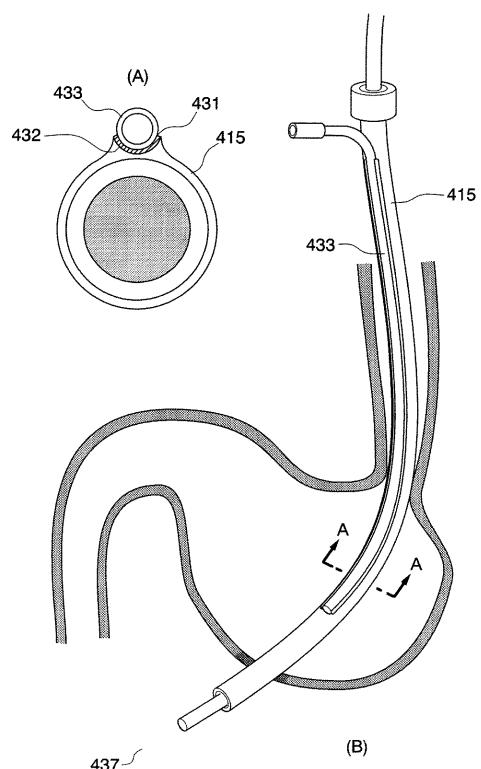
【図 3 3】



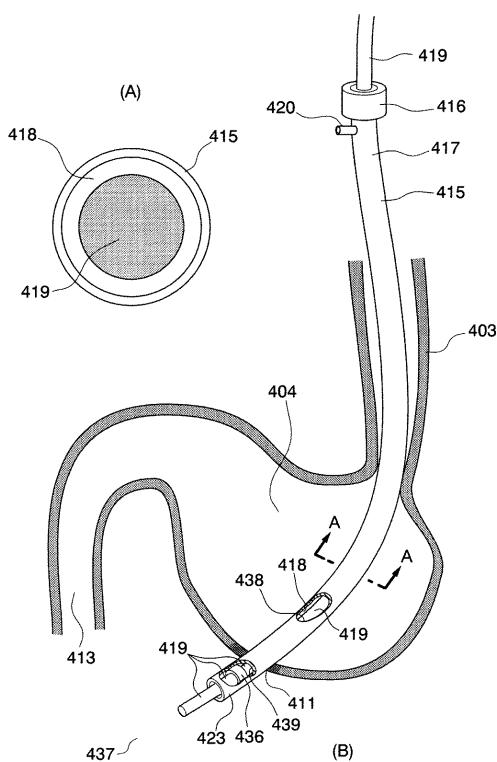
【図34】



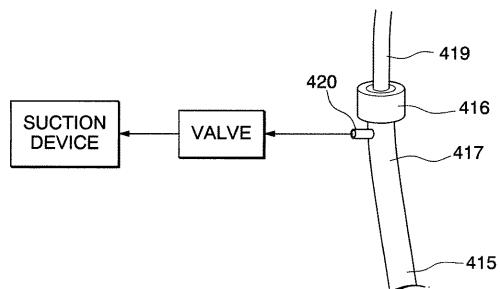
【図35】



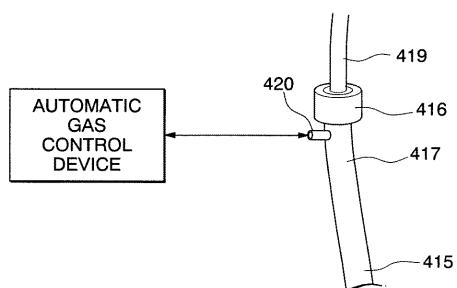
【図36】



【図37】



【図38】



## 【国際調査報告】

INTERNATIONAL SEARCH REPORT		International application No. PCT/JP2007/050332
A. CLASSIFICATION OF SUBJECT MATTER A61B1/00 (2006.01) i		
According to International Patent Classification (IPC) or to both national classification and IPC		
B. FIELDS SEARCHED Minimum documentation searched (classification system followed by classification symbols) A61B1/00		
Documentation searched other than minimum documentation to the extent that such documents are included in the fields searched Jitsuyo Shinan Koho 1922-1996 Jitsuyo Shinan Toroku Koho 1996-2007 Kokai Jitsuyo Shinan Koho 1971-2007 Toroku Jitsuyo Shinan Koho 1994-2007		
Electronic data base consulted during the international search (name of data base and, where practicable, search terms used)		
C. DOCUMENTS CONSIDERED TO BE RELEVANT		
Category*	Citation of document, with indication, where appropriate, of the relevant passages	Relevant to claim No.
X A	JP 2005-287839 A (Olympus Corp.), 20 October, 2005 (20.10.05), Par. Nos. [0073], [0074] & US 2005/0222491 A1	1, 2 3-29
A	JP 2005-287840 A (Olympus Corp.), 20 October, 2005 (20.10.05), Full text; all drawings & US 2005/0234391 A1	1-29
<input type="checkbox"/> Further documents are listed in the continuation of Box C. <input type="checkbox"/> See patent family annex.		
* Special categories of cited documents: "A" document defining the general state of the art which is not considered to be of particular relevance "E" earlier application or patent but published on or after the international filing date "L" document which may throw doubts on priority claim(s) or which is cited to establish the publication date of another citation or other special reason (as specified) "O" document referring to an oral disclosure, use, exhibition or other means "P" document published prior to the international filing date but later than the priority date claimed		
Date of the actual completion of the international search 26 February, 2007 (26.02.07)		Date of mailing of the international search report 06 March, 2007 (06.03.07)
Name and mailing address of the ISA/ Japanese Patent Office		Authorized officer  Telephone No.
Facsimile No.		

国際調査報告		国際出願番号 PCT/JP2007/050332										
<p><b>A. 発明の属する分野の分類（国際特許分類（IPC））</b> Int.Cl. A61B1/00(2006.01)i</p>												
<p><b>B. 調査を行った分野</b> 調査を行った最小限資料（国際特許分類（IPC）） Int.Cl. A61B1/00</p>												
<p><b>最小限資料以外の資料で調査を行った分野に含まれるもの</b></p> <table> <tr> <td>日本国実用新案公報</td> <td>1922-1996年</td> </tr> <tr> <td>日本国公開実用新案公報</td> <td>1971-2007年</td> </tr> <tr> <td>日本国実用新案登録公報</td> <td>1996-2007年</td> </tr> <tr> <td>日本国登録実用新案公報</td> <td>1994-2007年</td> </tr> </table>				日本国実用新案公報	1922-1996年	日本国公開実用新案公報	1971-2007年	日本国実用新案登録公報	1996-2007年	日本国登録実用新案公報	1994-2007年	
日本国実用新案公報	1922-1996年											
日本国公開実用新案公報	1971-2007年											
日本国実用新案登録公報	1996-2007年											
日本国登録実用新案公報	1994-2007年											
<p>国際調査で使用した電子データベース（データベースの名称、調査に使用した用語）</p>												
<p><b>C. 関連すると認められる文献</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>引用文献の カテゴリー*</th> <th>引用文献名 及び一部の箇所が関連するときは、その関連する箇所の表示</th> <th>関連する 請求の範囲の番号</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>X A</td> <td>JP 2005-287839 A (オリンパス株式会社) 2005.10.20, 段落【0073】 【0074】 &amp; US 2005/0222491 A1</td> <td>1, 2 3-29</td> </tr> <tr> <td>A</td> <td>JP 2005-287840 A (オリンパス株式会社) 2005.10.20, 全文全図 &amp; US 2005/0234391 A1</td> <td>1-29</td> </tr> </tbody> </table>				引用文献の カテゴリー*	引用文献名 及び一部の箇所が関連するときは、その関連する箇所の表示	関連する 請求の範囲の番号	X A	JP 2005-287839 A (オリンパス株式会社) 2005.10.20, 段落【0073】 【0074】 & US 2005/0222491 A1	1, 2 3-29	A	JP 2005-287840 A (オリンパス株式会社) 2005.10.20, 全文全図 & US 2005/0234391 A1	1-29
引用文献の カテゴリー*	引用文献名 及び一部の箇所が関連するときは、その関連する箇所の表示	関連する 請求の範囲の番号										
X A	JP 2005-287839 A (オリンパス株式会社) 2005.10.20, 段落【0073】 【0074】 & US 2005/0222491 A1	1, 2 3-29										
A	JP 2005-287840 A (オリンパス株式会社) 2005.10.20, 全文全図 & US 2005/0234391 A1	1-29										
<input type="checkbox"/> C欄の続きにも文献が列挙されている。		<input type="checkbox"/> パテントファミリーに関する別紙を参照。										
<p>* 引用文献のカテゴリー</p> <p>「A」特に関連のある文献ではなく、一般的技術水準を示すもの</p> <p>「E」国際出願日前の出願または特許であるが、国際出願日以後に公表されたもの</p> <p>「L」優先権主張に疑義を提起する文献又は他の文献の発行日若しくは他の特別な理由を確立するために引用する文献（理由を付す）</p> <p>「O」口頭による開示、使用、展示等に言及する文献</p> <p>「P」国際出願目前で、かつ優先権の主張の基礎となる出願</p> <p>「T」国際出願日又は優先日後に公表された文献であって出願と矛盾するものではなく、発明の原理又は理論の理解のために引用するもの</p> <p>「X」特に関連のある文献であって、当該文献のみで発明の新規性又は進歩性がないと考えられるもの</p> <p>「Y」特に関連のある文献であって、当該文献と他の1以上の文献との、当業者にとって自明である組合せによって進歩性がないと考えられるもの</p> <p>「&amp;」同一パテントファミリー文献</p>												
国際調査を完了した日 26. 02. 2007		国際調査報告の発送日 06. 03. 2007										
国際調査機関の名称及びあて先 日本国特許庁 (ISA/JP) 郵便番号 100-8915 東京都千代田区霞が関三丁目4番3号		特許庁審査官（権限のある職員） 谷垣 圭二	2Q 3010									
		電話番号 03-3581-1101 内線 3292										

---

**フロントページの続き**

(81)指定国 AP(BW,GH,GM,KE,LS,MW,MZ,NA,SD,SL,SZ,TZ,UG,ZM,ZW),EA(AM,AZ,BY,KG,KZ,MD,RU,TJ,TM),EP(AT,BE,BG,CH,CY,CZ,DE,DK,EE,ES,FI,FR,GB,GR,HU,IE,IS,IT,LT,LU,LV,MC,NL,PL,PT,RO,SE,SI,SK,TR),OA(BF, BJ,CF,CG,CI,CM,GA,GN,GQ,GW,ML,MR,NE,SN,TD,TG),AE,AG,AL,AM,AT,AU,AZ,BA,BB,BG,BR,BW,BY,BZ,CA,CH,CN,CO, CR,CU,CZ,DE,DK,DM,DZ,EC,EE,EG,ES,FI,GB,GD,GE,GH,GM,GT,HN,HR,HU,ID,IL,IN,IS,JP,KE,KG,KM,KN,KP,KR,KZ,L A,LC,LK,LR,LS,LT,LU,LV,LY,MA,MD,MG,MK,MN,MW,MX,MY,MZ,NA,NG,NI,NO,NZ,OM,PG,PH,PL,PT,RO,RS,RU,SC,SD,SE ,SG,SK,SL,SM,SV,SY,TJ,TM,TN,TR,TT,TZ,UA,UG,US,UZ,VC,VN,ZA,ZM,ZW

(72)発明者 上杉 武文

日本国東京都渋谷区幡ヶ谷2丁目43番2号 オリンパスメディカルシステムズ株式会社内

(72)発明者 野田 賢司

日本国東京都渋谷区幡ヶ谷2丁目43番2号 オリンパスメディカルシステムズ株式会社内

(72)発明者 三日市 高 康

日本国東京都渋谷区幡ヶ谷2丁目43番2号 オリンパスメディカルシステムズ株式会社内

(72)発明者 梶 国英

日本国東京都渋谷区幡ヶ谷2丁目43番2号 オリンパスメディカルシステムズ株式会社内

(72)発明者 バーロウ デヴィッド イー.

アメリカ合衆国 ペンシルバニア州クーパーズバーグ リッジ アヴェニュー 7121

F ターム(参考) 4C061 AA01 AA24 BB01 DD03 FF42 FF43 GG24 HH09 HH51 JJ11

JJ17

4C160 KK06 KK13 KK15 MM23

(注)この公表は、国際事務局（W I P O）により国際公開された公報を基に作成したものである。なおこの公表に  
係る日本語特許出願（日本語実用新案登録出願）の国際公開の効果は、特許法第184条の10第1項(実用新案法  
第48条の13第2項)により生ずるものであり、本掲載とは関係ありません。

专利名称(译)	内窥镜外套管		
公开(公告)号	<a href="#">JPWO2007080971A1</a>	公开(公告)日	2009-06-11
申请号	JP2007553948	申请日	2007-01-12
[标]申请(专利权)人(译)	奥林巴斯医疗株式会社		
申请(专利权)人(译)	オリンパスメディカルシステムズ株式会社		
[标]发明人	上杉武文 野田賢司 三日市高康 梶国英 バーロウデヴィッドイー		
发明人	上杉 武文 野田 賢司 三日市 ▲高▼康 梶 国英 バーロウ デヴィッド イー.		
IPC分类号	A61B1/00 A61B17/00		
CPC分类号	A61B5/03 A61B1/00135 A61B1/015 A61B2017/00278 A61M13/003 A61M2205/3331 A61M2205/3344 A61M2210/1021 A61M2210/1053		
F1分类号	A61B1/00.332.D A61B17/00.320 A61B1/00.320.A		
F-Term分类号	4C061/AA01 4C061/AA24 4C061/BB01 4C061/DD03 4C061/FF42 4C061/FF43 4C061/GG24 4C061/ /HH09 4C061/HH51 4C061/JJ11 4C061/JJ17 4C160/KK06 4C160/KK13 4C160/KK15 4C160/MM23		
代理人(译)	塔奈澄夫		
优先权	11/331974 2006-01-13 US 60/759120 2006-01-13 US		
其他公开文献	<a href="#">JPWO2007080971A5</a> <a href="#">JP5097558B2</a>		
外部链接	<a href="#">Espacenet</a>		

## 摘要(译)

为了控制患者的腹腔中的压力和中空器官中的压力，医疗系统包括：第一压力传感器，用于测量腹腔中的气体压力；以及第二压力传感器。用于吹入和排空腹腔的第一端口；第二压力传感器，用于测量中空器官中气体的压力；第二口用于吹入和排空中空器官。空气供应装置连接到第二端口，用于基于第一压力传感器和第二压力传感器的输出来控制空气的供应和排出；第三端口，其连接到空气供应设备中的第二压力传感器；内窥镜连接到供气装置；连接到第一端口的气腹针；穿刺针连接到第二端口。

