

实用临床妇产科 疾病诊疗学

SHIYONG LINCHUANG FUCHANKE
JIBING ZHENLIAOXUE

韩晓云等 主编

FUCHANKE



上海交通大学出版社
SHANGHAI JIAO TONG UNIVERSITY PRESS

实用临床妇产科 疾病诊疗学

SHIYONG LINCHUANG FUCHANKE
JIBING ZHENLIAOXUE

韩晓云等 主编



上海交通大学出版社
SHANGHAI JIAO TONG UNIVERSITY PRESS

内容提要

本书在参阅了大量国内外相关文献的基础上编写而成。全书共分为22章，分别介绍了女性生殖器官发育及其解剖、妇产科常用检查、女性生殖系统炎症、女性生殖系统肿瘤、生殖内分泌疾病、妊娠滋养细胞疾病、子宫内膜异位症与子宫腺肌病、不孕症、新助孕技术、妊娠生理、妊娠诊断、出生缺陷的预防、病理妊娠、妊娠高血压疾病、妊娠合并症、正常分娩与产程处理、异常分娩、分娩并发症、产科休克、正常产褥、产褥期疾病以及妇产科常用护理操作技术等。书中既有传统内容的讲述，又有新技术的应用。本书内容丰富，方法具体，有较强的科学性、指导性和可操作性，适用于妇产科医生案头参考，亦可对医学院校学生有所帮助。

图书在版编目（CIP）数据

实用临床妇产科疾病诊疗学 / 韩晓云等主编. --上海：上海交通大学出版社，2018
ISBN 978-7-313-19033-8

I. ①实… II. ①韩… III. ①妇产科病—诊疗 IV. ①R71

中国版本图书馆CIP数据核字(2018)第048251号

实用临床妇产科疾病诊疗学

主 编：韩晓云 等	
出版发行：上海交通大学出版社	地 址：上海市番禺路951号
邮政编码：200030	电 话：021-64071208
出 版 人：谈 毅	
印 制：北京虎彩文化传播有限公司	经 销：全国新华书店
开 本：889mm × 1194mm 1/16	印 张：33.5
字 数：1072千字	插 页：2
版 次：2018年6月第1版	印 次：2018年6月第1次印刷
书 号：ISBN 978-7-313-19033-8/R	
定 价：198.00元	

版权所有 侵权必究
告读者：如发现本书有印装质量问题请与印刷厂质量科联系
联系电话：0769-85252189

编委会

主 编

韩晓云 刘长红 孙 艳 许芬英
梁雪芳 李艳梅

副主编（按姓氏笔画排序）

马美瑛 付久园 朱小晖 杨星梅
宋敬红 张红梅

编 委（按姓氏笔画排序）

马美瑛（甘肃省临夏市民族医院）
王小惠（山东省临清市人民医院）
王晓华（承德医学院附属医院）
付久园（承德医学院附属医院）
朱小晖（湖北省天门市第一人民医院）
刘长红（山东省泰安市妇幼保健院）
许芬英（枣庄市山亭区人民医院）
孙 艳（枣庄市山亭区人民医院）
李艳梅（泰安岱岳高铁社区卫生服务中心）
杨星梅（山东省潍坊市妇幼保健院）
杨晓燕（邢台医学高等专科学校第二附属医院）
肖艳平（承德医学院附属医院）
宋敬红（山东省平原县妇幼保健计划生育服务中心）
张红梅（山东省青州市妇幼保健院）
范永瑞（山东省冠县中心医院）
赵胜伟（山东省东阿县妇幼保健院）
拜如霞（云南省第一人民医院）
梁雪芳（山东省惠民县人民医院）
韩晓云（济宁医学院附属医院）
潘苗苗（三峡大学第一临床医学院
〈湖北省宜昌市中心人民医院〉）



韩晓云

女，大学本科，2006年毕业于齐齐哈尔医学院临床医学妇产专业。从事产科临床诊疗、教学与科研工作十余年，在围产医学及产科复杂疑难疾病诊疗方面积累了丰富的临床经验，对产科各种疑难疾病具有独特的见解。近年来主持和参与各级、各类科研课题三项，发表学术论文五篇，主编学术专著一部。



刘长红

女，1976年11月出生，毕业于泰山医学院临床医学系，本科，学士学位，中共党员，就职于泰安市妇幼保健院产科，2007年聘为主治医生。参加工作十多年来，在省级、国家级刊物上发表论文数篇，在各种省市技能比赛中成绩优异。擅长产科并发症的诊断与治疗。



孙艳

女，现任枣庄市山亭区人民医院妇产科主任。2003年毕业于山东省潍坊医学院临床医学系，曾担任枣庄市第一届、第二届生殖委员，2017年担任枣庄市妇科肿瘤委员会委员。从业以来，先后发表省级论文六篇，国家级论文三篇，其中一篇被SCI收录。

前言

preface

随着医学模式的转变和传统医学观念的更新,妇产科学的许多诊疗技术都取得了长足的进步。现代医学日新月异的发展促进了妇产科学的基础理论、诊断和治疗技术的发展。工作在临床第一线的各级医务人员面临着知识更新以及临床应用的实际问题,为此我们组织了一些有丰富临床经验的医务工作者,编写了这部《实用临床妇产科疾病诊疗学》,希望对临床工作者有所裨益。

本书在参阅了大量国内外相关文献的基础上编写而成。全书共分为 22 章,分别介绍了女性生殖器官发育及其解剖、妇产科常用检查、女性生殖系统炎症、女性生殖系统肿瘤、生殖内分泌疾病、妊娠滋养细胞疾病、子宫内膜异位症与子宫腺肌病、不孕症、新助孕技术、妊娠生理、妊娠诊断、出生缺陷的预防、病理妊娠、妊娠高血压疾病、妊娠合并症、正常分娩与产程处理、异常分娩、分娩并发症、产科休克、正常产褥、产褥期疾病以及妇产科常用护理操作技术等。书中既有传统内容的讲述,又有新技术的应用。本书内容丰富,方法具体,有较强的科学性、指导性和可操作性,适用于妇产科医生案头参考,亦可对医学院校学生有所帮助。

由于水平和经验有限,书中存在的疏漏或不当之处,恳请广大同行及读者不吝批评指正。

《实用临床妇产科疾病诊疗学》编委会

2017 年 11 月

目 录

CONTENTS

第一章 / 女性生殖器官发育及其解剖

第一节 女性生殖器官发育	(1)
第二节 女性生殖器官解剖	(3)

第二章 / 妇产科常用检查

第一节 生殖道细胞学检查	(20)
第二节 女性生殖器官活组织检查	(23)
第三节 性激素检查	(28)
第四节 阴道后穹窿穿刺	(28)
第五节 羊水检查	(29)
第六节 超声检查	(32)
第七节 妇科肿瘤标志物检查	(39)
第八节 阴道分泌物检查	(43)
第九节 基础体温测定	(44)
第十节 输卵管通畅检查	(46)

第三章 / 女性生殖系统炎症

第一节 外阴炎症	(52)
第二节 外阴溃疡	(53)
第三节 前庭大腺炎	(55)
第四节 前庭大腺囊肿	(57)
第五节 滴虫性阴道炎	(57)
第六节 念珠菌性阴道炎	(59)
第七节 阿米巴性阴道炎	(60)
第八节 宫颈炎症	(61)
第九节 盆腔炎性疾病	(66)
第十节 生殖器结核	(69)

第四章 / 女性生殖系统肿瘤

第一节	外阴良性肿瘤	(72)
第二节	外阴上皮内瘤变	(73)
第三节	外阴癌	(75)
第四节	阴道实性良性肿瘤	(83)
第五节	阴道癌	(84)
第六节	宫颈上皮内瘤变	(94)
第七节	子宫颈癌	(98)
第八节	子宫肌瘤	(125)
第九节	子宫内膜癌	(127)
第十节	输卵管良性肿瘤	(142)
第十一节	原发性输卵管癌	(143)
第十二节	卵巢交界瘤	(148)
第十三节	卵巢恶性肿瘤	(150)

第五章 / 生殖内分泌疾病

第一节	痛经	(168)
第二节	闭经	(169)
第三节	性早熟	(172)
第四节	经前期综合征	(175)
第五节	围绝经期综合征	(177)
第六节	多囊卵巢综合征	(179)
第七节	功能失调性子宫出血	(191)
第八节	高泌乳素血症	(194)
第九节	卵巢过度刺激综合征	(198)

第六章 / 妊娠滋养细胞疾病

第一节	绒毛膜癌	(203)
第二节	葡萄胎	(205)
第三节	侵蚀性葡萄胎	(207)

第七章 / 子宫内膜异位症与子宫腺肌病

第一节	子宫内膜异位症	(210)
第二节	子宫腺肌病	(219)

第八章 / 不孕症

第一节 受孕的必备条件·····	(223)
第二节 不孕的原因·····	(225)
第三节 不孕症的检查·····	(231)
第四节 不孕症的治疗·····	(234)
第五节 不孕症的预防·····	(241)

第九章 / 新助孕技术

第一节 人工授精技术·····	(249)
第二节 配子移植技术·····	(251)
第三节 合子/胚胎输卵管内移植·····	(253)
第四节 体外受精与胚胎移植·····	(253)
第五节 单精子显微注射受精技术·····	(262)
第六节 胚胎冷冻保存—移植技术·····	(264)
第七节 精液冷冻·····	(265)
第八节 植入前遗传诊断·····	(266)

第十章 / 妊娠生理

第一节 胚胎形成与胎儿发育·····	(269)
第二节 胎儿附属物的形成及其功能·····	(272)
第三节 妊娠期母体适应性变化·····	(277)

第十一章 / 妊娠诊断

第一节 早期妊娠诊断·····	(282)
第二节 中、晚期妊娠诊断·····	(284)
第三节 胎儿姿势、胎产式、胎先露及胎方位·····	(286)

第十二章 / 出生缺陷的预防

第一节 产前咨询与预防·····	(289)
第二节 产前筛查·····	(293)
第三节 产前诊断·····	(297)
第四节 孕期用药·····	(299)

第十三章 / 病理妊娠

第一节 妊娠剧吐·····	(307)
第二节 母子血型不合·····	(309)

第三节	胎儿窘迫.....	(311)
第四节	巨大胎儿.....	(314)
第五节	胎儿生长受限.....	(317)
第六节	胎儿畸形.....	(320)
第七节	多胎妊娠.....	(324)
第八节	前置胎盘.....	(328)
第九节	胎盘早剥.....	(331)
第十节	胎膜病变.....	(334)
第十一节	脐带异常.....	(341)
第十二节	羊水量异常.....	(343)
第十四章 / 妊娠期高血压疾病		
第一节	病因学.....	(348)
第二节	病理生理.....	(351)
第三节	分类和诊断标准.....	(353)
第四节	临床监测.....	(354)
第五节	预 测.....	(356)
第六节	预 防.....	(358)
第七节	治 疗.....	(359)
第八节	并发症的诊断和治疗.....	(366)
第十五章 / 妊娠合并症		
第一节	妊娠合并病毒性肝炎.....	(370)
第二节	妊娠期肝内胆汁淤积症.....	(373)
第三节	妊娠合并心脏病.....	(375)
第四节	妊娠合并糖尿病.....	(379)
第五节	妊娠合并贫血.....	(382)
第六节	妊娠合并甲亢.....	(384)
第七节	妊娠合并肾脏疾病.....	(387)
第八节	妊娠合并急性阑尾炎.....	(390)
第九节	妊娠合并急性肠梗阻.....	(394)
第十节	妊娠合并急性胰腺炎.....	(396)
第十一节	妊娠期急性子宫扭转.....	(399)
第十二节	妊娠合并急性胆囊炎.....	(400)
第十三节	妊娠合并卵巢肿瘤蒂扭转.....	(403)
第十四节	妊娠合并宫内感染.....	(405)

第十五节 妊娠期生殖道感染性疾病·····	(411)
第十六章 / 正常分娩与产程处理	
第一节 分娩动因·····	(423)
第二节 决定分娩的因素·····	(425)
第三节 枕先露的分娩机制·····	(434)
第四节 先兆临产及临产的诊断·····	(436)
第五节 正常产程和分娩的处理·····	(437)
第六节 新生儿处理·····	(449)
第十七章 / 异常分娩	
第一节 胎位异常·····	(455)
第二节 产道异常·····	(464)
第三节 产力异常·····	(470)
第十八章 / 分娩并发症	
第一节 羊水栓塞·····	(474)
第二节 子宫破裂·····	(477)
第三节 子宫翻出·····	(479)
第十九章 / 产科休克	
第一节 产科休克的病理生理特点·····	(481)
第二节 失血性休克·····	(482)
第三节 感染性休克·····	(487)
第四节 过敏性休克·····	(490)
第五节 神经源性休克·····	(490)
第六节 心源性休克·····	(491)
第二十章 / 正常产褥	
第一节 产褥期母体的生理变化·····	(492)
第二节 产褥期的处理及保健·····	(494)
第三节 泌乳生理·····	(497)
第四节 母乳喂养·····	(499)
第五节 哺乳期的用药问题·····	(502)

第二十一章 / 产褥期疾病

第一节 产褥感染..... (504)

第二节 产褥期抑郁症..... (506)

第三节 产褥期中暑..... (508)

第四节 晚期产后出血..... (509)

第二十二章 / 妇产科常用护理操作技术

第一节 常用产科护理技术..... (512)

第二节 常用妇科护理技术..... (515)

第三节 常用产科手术的护理..... (517)

第四节 常用妇科手术的护理..... (521)

参考文献..... (526)

第一章 女性生殖器官发育及其解剖

第一节 女性生殖器官发育

女性生殖器官的发育分两个阶段:性未分化阶段与分化阶段。

一、性未分化阶段(胚胎 6~7 周前)

此期男女胚胎具有相同原始的性腺、内生殖器与外生殖器。

(一)原始性腺形成

胚胎卵黄囊(yolk sac)处的原始生殖细胞(primordial germ cell)沿后肠(hind gut)肠系膜迁移到相当于第 10 胸椎水平处的体腔背部的间质中。到达此区域的原始生殖细胞开始诱导中肾和体腔上皮邻近的间胚叶细胞增殖,形成一对生殖嵴(genital ridge)。生殖嵴表面覆盖一层柱状体腔上皮,称为生发上皮。胚胎第 6 周时,生发上皮内陷并增生成条索状垂直伸入生殖嵴的间胚叶组织中,形成性索。部分性索细胞包围着每个原始生殖细胞。

(二)内生殖器始基形成

内生殖器始基形成略晚于原始性腺。约在胚胎第 6 周时,起源于原肾(pronephros 或 first kidney)的中肾(mesonephros)。中肾管(mesonephric duct 或 Wolffian duct)逐渐下行,并开口于原始泄殖腔(primitive cloaca)。此时,在中肾管外侧,体腔上皮向外壁中胚叶凹陷成沟,形成副中肾管(paramesonephric duct 或 Müllerian duct)。副中肾管头部开口于体腔,尾端下行并向内跨过中肾管,双侧副中肾管在中线融合。此时胚胎同时含有中肾管和副中肾管两种内生殖器官始基。

(三)雏形外生殖器形成

雏形外生殖器形成约在胚胎第 5 周,原始泄殖腔两侧组织成褶,并在中线上部融合,形成生殖结节(genital tubercle)。尿直肠隔(urorectal septum)将原始泄殖腔褶分隔成前后两部分:前方为尿生殖褶(urogenital fold),后方为肛门褶(anal fold)。尿生殖褶两侧再生一对隆起,称阴唇—阴囊隆突(labioscrotal swelling)。

二、性分化阶段

直到胚胎第 12 周,临床上才可以明显区分性别。性分化取决于睾丸决定因子和雄激素。

(一)性腺分化

胚胎 6 周后,原始性腺开始分化。Y 染色体短臂 IA1A 区有一个 Y 基因性决定区(sex determining region Y gene, SRY)。SRY 编码的一种蛋白质(可能是睾丸决定因子, testis-determining factor, TDF)通过其相应的受体,一方面导致性腺皮质退化,另一方面促使性索细胞转化为曲细精管的支持细胞(sertoli cell);同时使间胚叶细胞衍变为间质细胞(Leydig's cell)。此时,睾丸形成。

若胚胎细胞不含 Y 染色体,约在胚胎第 12 周,原始性腺发育。原始生殖细胞分化成初级卵母细胞(primary oocyte),源自体腔上皮的性索皮质的扁平细胞发展为颗粒细胞,与源自间质的卵泡膜细胞围绕卵母细胞,构成原始卵泡(primitive follicle),卵巢形成。此后,卵巢沿生殖嵴逐渐下降,到达盆腔内的特定位置。

(二) 内生殖器衍变

内生殖器衍变约在胚胎第 8 周,衍化为睾丸的支持细胞分泌一种糖蛋白,称为副中肾管抑制因子(Müllerian inhibiting factor,MIF),可使副中肾管退化。同时作为一种信号,MIF 启动睾丸间质细胞分泌睾酮。睾酮作用于中肾管,使其分化成输精管(vas deferens)、附睾(epididymis)、射精管(ejaculatory duct)以及精囊(seminal vesicle)。

若无 MIF,副中肾管不退化。约在胚胎第 9 周,双侧副中肾管上段形成输卵管;下段融合,其间的纵行间隔消失,形成子宫阴道管,并衬以柱状上皮。与泌尿生殖窦(urogenital sinus)相连部位的子宫阴道管腔内充满上皮细胞,其部分来自泌尿生殖窦。混合的上皮细胞团凸入泌尿生殖窦,称为副中肾管结节(müllerian tubercle)。泌尿生殖窦上端细胞增生,形成实质性的窦—阴道球(sino-vaginal bulb),并进一步增殖形成阴道板(vaginal plate)。阴道板逐渐扩展,增大了子宫和泌尿生殖窦之间的距离。同时,阴道板将泌尿生殖窦分为两部分:上部分形成膀胱与尿道;下部分化成真正的尿生殖窦和阴道前庭。自胚胎 11 周起,阴道板中心部分细胞退化,发生腔化,形成阴道。

缺少 MIF,中肾管退化。约 1/4 的妇女留有中肾管的残痕,如发生在卵巢系膜(mesovarium)的卵巢冠(epoophoron)、卵巢旁冠(paraphoron)以及子宫旁和阴道侧壁的中肾管囊肿(gartner's duct cyst)(图 1-1)。

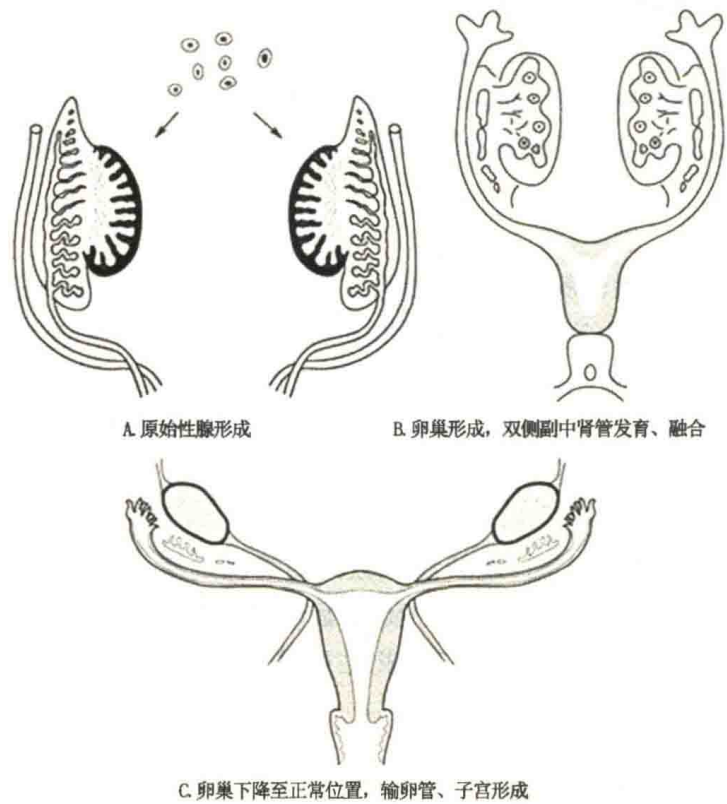


图 1-1 卵巢及内生殖器发育

(三) 外生殖器发育

在内生殖器官分化同时,睾丸间质细胞分泌的雄激素在雏形外阴细胞内 5 α -还原酶(5 α -reductase)作用下,转变为二氢睾酮(dihydrotestosterone),并与其相应受体结合,使生殖结节分化为阴茎,泌尿生殖褶融合、闭合;同时使阴唇—阴囊隆突发育成阴囊。

若无睾酮的作用,生殖结节逐步缓慢地增大,形成阴蒂,同时泌尿生殖褶形成小阴唇;阴唇—阴囊隆突发育成大阴唇(图 1-2)。

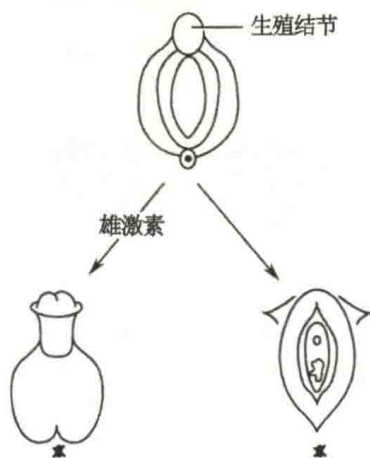


图 1-2 外生殖器形成

(拜如霞)

第二节 女性生殖器官解剖

女性生殖器官包括内、外生殖器官。内生殖器官位于骨盆内,骨盆的形态及其大小与分娩密切相关;骨盆底组织又承托内生殖器官,协助保持其正常位置。内生殖器官与盆腔内其他器官相邻,而且血管、淋巴及神经也有密切联系。盆腔内某一器官病变可累及邻近器官。骨盆、内生殖器官及其相邻器官三者关系密切,相互影响。因此,本章对骨盆及盆腔内相关的器官也一并介绍。

一、骨盆

骨盆及其附属组织承托内生殖器官及其相邻器官,协助保持其正常位置。若骨盆及其组织异常,则可发生相应的妇科病变。同时,骨盆为胎儿娩出的骨产道,骨盆的结构、形态及其组成骨间径与阴道分娩密切相关。骨盆形态或组成骨间径线异常可引起分娩异常。因此,清晰地了解骨盆的解剖、形态和大小,将有助于提高妇科、产科的临床诊断和治疗技能。

(一)骨盆的类型

根据骨盆的形状,骨盆可大致分为 4 种类型:①女性型骨盆。②男性型骨盆。③类人猿型骨盆。④扁平型骨盆。这种分类是以骨盆入口的前、后两部的形态作为基础的(图 1-3);在骨盆入口最长横径处虚拟一条线,将骨盆分为前、后两部分,后面的部分决定骨盆的形状,而前面的部分表示它的变异。很多女性骨盆不是单一型的,而是混合型的。例如,某一个女性型骨盆可以伴有男性型的倾向,即骨盆后部是女性型的,而前部是男性型的。

1.女性型骨盆

骨盆入口呈横椭圆形,髂骨翼宽而浅,入口横径较前后径稍长,耻骨弓较宽,坐骨棘间径 $\geq 10\text{ cm}$ 。骨盆侧壁直,坐骨棘不突出,骶骨既不前倾,亦不后倾,骶坐骨切迹宽度 > 2 横指。女性型骨盆为女性正常骨盆,最适宜分娩。在我国妇女,根据现有资料,占 52.0%~58.9%。

2.男性型骨盆

骨盆入口略呈三角形,两侧壁内聚,坐骨棘突出,耻骨弓较窄,坐骨切迹窄呈高弓形,骶骨较直而前倾,导致出口后矢状径较短。因男性骨盆呈漏斗型,往往造成难产。此型骨盆较少见,在我国妇女中仅占 1.0%~3.7%。

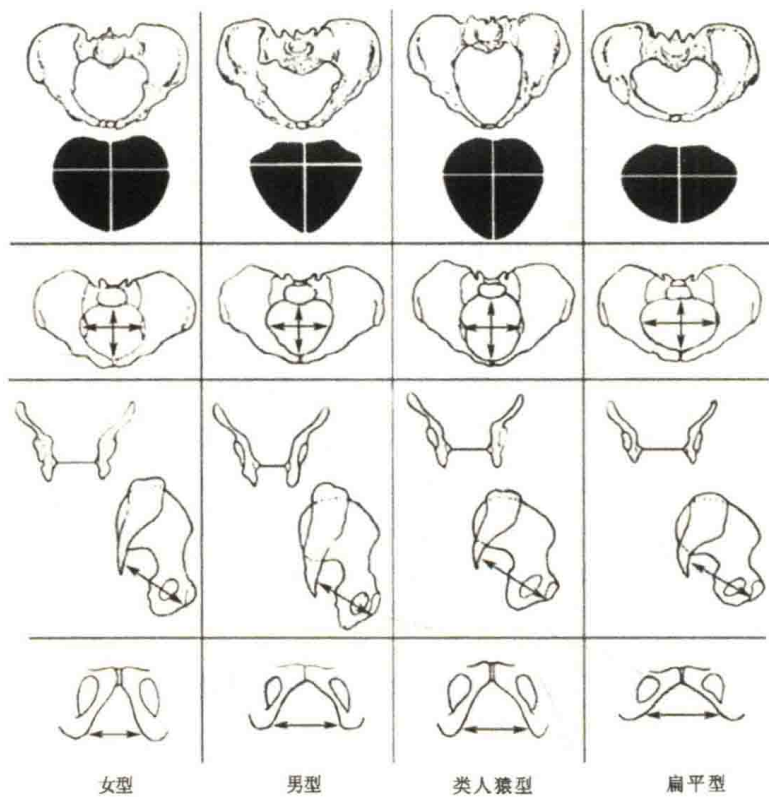


图 1-3 4 种基本骨盆

3.类人猿型骨盆

骨盆入口呈长椭圆形，骨盆入口、中骨盆和骨盆出口的横径均缩短，前后径稍长。坐骨切迹较宽，两侧壁稍内聚，坐骨棘较突出，耻骨弓较窄，但骶骨向后倾斜，故骨盆前部较窄而后部较宽。骶骨往往有 6 节且较直，故骨盆较其他类型深。在我国妇女中占 14.2%~18.0%。

4.扁平型骨盆

骨盆入口呈扁椭圆形前后径短而横径长。耻骨弓宽，骶骨失去正常弯度，变直后翘或深弧型，故骶骨短而骨盆浅。在我国妇女中较为常见，占 23.2%~29.0%。

女性骨盆的形态、大小除种族差异外，还受遗传、营养与性激素的影响。上述 4 种基本类型只是理论上归类，临床多见混合型骨盆。

(二)骨盆的组成

骨盆由骨骼、韧带及关节组成。

1.骨盆的骨骼

骨盆系由骶骨、尾骨及左右两块髋骨组成。每块髋骨又由髂骨、坐骨及耻骨融合而成(图 1-4)。骶骨形似三角，前面凹陷成骶窝，底的中部前缘凸出，形成骶岬(相当于髂总动脉分叉水平)。骶岬是妇科腹腔镜手术的重要标志之一及产科骨盆内测量对角径的重要据点。

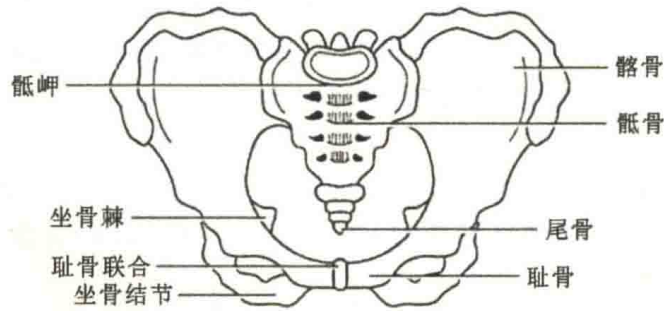


图 1-4 正常女性骨盆(前上观)

2. 骨盆的关节

骶骨与髌骨之间以骶髌关节相连；骶骨与尾骨之间以骶尾关节相连；两耻骨之间有纤维软骨，形成耻骨联合(图 1-5)。骶尾关节为略可活动的关节。分娩时，下降的胎头可使尾骨向后。若骨折或病变可使骶尾关节硬化，尾骨翘向前方，致使骨盆出口狭窄，影响分娩。在妊娠过程中，骨盆的关节松弛，可能是由于激素的改变所致。妇女的耻骨联合于早中期妊娠时开始松弛，在妊娠最后 3 个月更为松弛，但分娩后立即开始消退，一般产后 3~5 个月可完全消退。妊娠过程中，耻骨联合宽度增加，经产妇比初产妇增宽得更多，而且在分娩后很快转为正常。X 线研究发现：足月妊娠时，由于骶髌关节向上滑动引起耻骨联合较明显的活动性，最大的耻骨联合移位是在膀胱截石卧位时。此移位可以使骨盆出口的直径增加 1.5~2.0 cm。

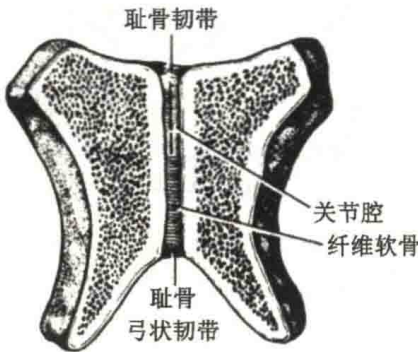


图 1-5 耻骨联合冠状面

3. 骨盆的韧带

有两对重要的韧带：骶结节韧带与骶棘韧带。骶结节韧带为骶、尾骨与坐骨结节之间的韧带；骶棘韧带则为骶、尾骨与坐骨棘之间的韧带(图 1-6A)。

骶棘韧带宽度即坐骨切迹宽度，是判断中骨盆是否狭窄的重要指标。妊娠期受性激素的影响，韧带较松弛，各关节的活动性亦稍有增加，有利于胎儿娩出。

(三) 骨盆分界

以耻骨联合上缘、髌耻线及骶岬上缘的连线为界，将骨盆分为上下两部分：上方为假骨盆(又称大骨盆)，下方为真骨盆(又称小骨盆)(图 1-6B)。

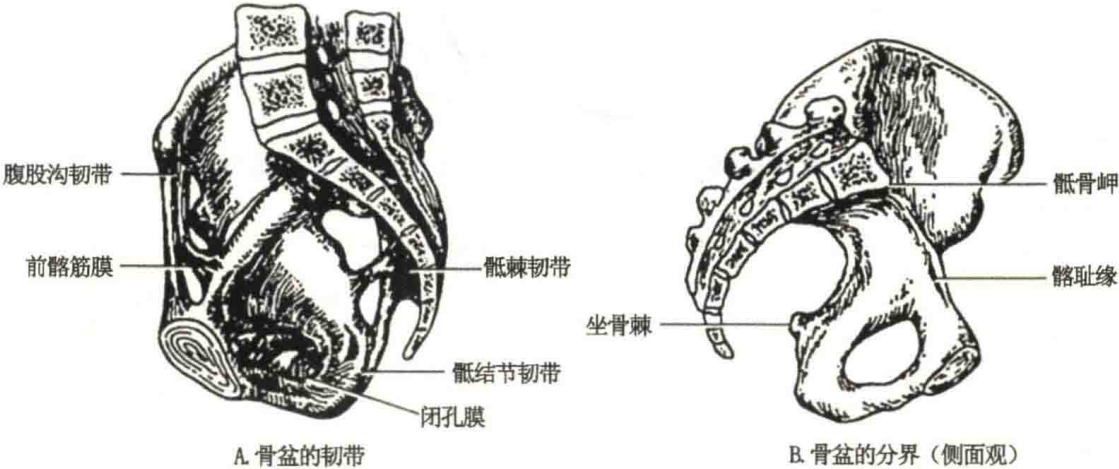


图 1-6 骨盆的韧带及其分界

假骨盆的前方为腹壁下部组织，两侧为髌骨翼，后方为第 5 腰椎。假骨盆与分娩无关，但其某些径线的长短关系到真骨盆的大小，测量假骨盆的径线可作为了解真骨盆情况的参考。

真骨盆是胎儿娩出的骨产道，可分为 3 部分：骨盆入口、骨盆腔及骨盆出口。骨盆腔为一前壁短、后壁长的弯曲管道：前壁是耻骨联合，长约 4.2 cm；后壁是骶骨与尾骨，骶骨弯曲的长度约 11.8 cm；两侧为坐骨、坐骨棘及骶棘韧带。坐骨棘位于真骨盆腔中部，在产程中是判断胎先露下降程度的重要骨性标志。