

# Tocolysis나 Cerclage 시술 없이 23일간 유지된 쌍태아의 지연 분만 1예

고려대학교 의과대학 산부인과학교실

김지원 · 설현주 · 박현태 · 홍순철 · 오민정 · 김해중 · 김영태 · 김선행 · 이규완

## A Case of Delayed-interval Delivery Without Tocolysis nor Cerclage Operation

Ji Won Kim, MD., Hyun Joo Seol, MD., Hyun Tae Park, MD., Soon Cheol Hong, MD., Min Jeong Oh, MD.,  
Hai Joong Kim, MD., Young Tae Kim, MD., Sun Haeng Kim, MD., Kyu Wan Lee, MD.

*Department of Obstetrics and Gynecology, College of Medicine, Korea University, Seoul, Korea*

With the widespread introduction of assisted reproductive techniques, the incidence of multiple pregnancies has increased dramatically in recent years. As a result, preterm labors in the second trimester, premature rupture of the membrane of one fetus are now more commonly encountered. Despite advances in neonatal care, extremely premature newborns have very high mortality and long term morbidity. Spontaneous cessation of labor following delivery of first twin is uncommon. In selected cases, when one fetus is delivered vaginally very prematurely, the remaining fetus can be retained in uterus to hope for a delayed interval delivery which may improve neonatal survival and decrease neonatal morbidity among the latter born siblings. We present a case of delayed interval delivery in twin pregnancy without prophylactic tocolysis or cerclage operation with brief review.

**Key words:** Delayed delivery, Twins

### 서 론

최근 산모의 고령화와 보조 생식 기술의 발달로 인해 다태 임신의 빈도가 눈에 띄게 증가하고 있는 추세이다. 다태 임신은 임신 중독증, 임신성 당뇨, 조기 진통, 자궁 내 발육 부전 등의 합병증이 단태 임신에 비해 높을 뿐만 아니라, 조산의 위험성이 높아 이에 따른 합병증과 사망 등이 문제가 되고 있다. 다태 임신에서 제1 태아 분만 후 진통이 자연 소실되어 상당한 시간이 지난 후 제2, 제3 태아를 분만하는 경우를 지연 분만이라고 한다. 이는 잔류 태아의 감염 및 성장 지연, 자궁 출혈, 잔존 태반에 의한 혈액 응고 이상 등의 합병증 등이 발생할

수 있으나, 지연 분만한 태아의 이환율 및 사망률을 감소시킬 수 있다. 1880년 Carson<sup>1</sup>이 44일간의 지연 분만을 최초로 보고한 이후 최근까지 전세계적으로 약 40여건 이상이 보고되었으며, 국내에서는 5건의 지연 분만이 보고되고 있다.<sup>2,6</sup>

저자들은 임신 제 24주 3일경 조기 양막 파수로 제1 태아를 분만한 후 분만 진통이 자연 소실되어, 자궁수축 억제제의 사용이나 자궁경부결찰술 등의 처치 없이 제2 태아의 분만을 23일간 지연시켜 27주 5일경 제2 태아를 분만한 예를 경험하였기에 보고하는 바이다.

### 증 례

환 자 : 유O혜

접수일 : 2007. 11. 16.  
주관책임자 : 홍순철  
E-mail: novak082@naver.com

**나 이** : 28세

**산과력** : 0-0-0-0

**월경력** : 월경 주기는 30일 간격으로 규칙적이었으며 지속기간은 5일 정도이며 양은 보통이었다. 최종 월경일은 2006년 5월 31일로 기억하고 있었으며, 분만 예정일은 2007년 3월 6일이었다.

**과거력** : 2003년도에 양측 난소 자궁내막종으로 양측 난소 낭종 절제술을 시행하였으며, 2004년 2월에 골반 유착 박리술을 받았던 것 이외에 특이 사항 없었으며, 임신 중 약물이나 흡연, 음주 등의 기왕력도 없었다.

**가족력** : 특이 사항 없었다.

**현병력** : 환자는 타 병원에서 2006년 6월 13일 남자 채취하여, 2006년 6월 16일 배아 이식하여, 쌍태 임신된 분으로, 정기적 산전 진찰을 받아 오던 중 최근 질 분비물이 증가하였으나 검사없이 지냈다고 하며, 임신 23주 4일경 물과 같은 양상의 질 분비물이 있어 전원되었다.

**입원 시 진찰 소견** : 내원시 신장 162 cm, 체중 58.5 kg, 혈압 110/70 mmHg, 맥박 102회/분, 호흡수 22회/분, 체온은 37.0℃ 였으며, 전신 상태는 양호하였다. 산과 진찰 소견에서 외음부와 질은 정상 소견을 보였고, 자궁 경부 개대는 1 cm 미만, 자궁 경부 소실은 되지 않은 상태였으나, 물과 같은 분비물이 자궁 경부를 통해 흘러나오고 있었으며, Nitrazine pH 검사에서 양성 소견을 보였고, 질 분비물 및 소변 배양 검사는 시행하지 않았다. 이학적 검사상 복부 통증 및 압통 등의 특이 소견은 보이지 않았다.

**입원 시 초음파 소견** : 복부 초음파 소견에서 쌍태였으며, 제1 태아는 자궁 우측에 두위로 위치하며 아두대횡경 (biparietal diameter, BPD)은 5.92 cm (24주 2일 크기), 복부 둘레 (abdominal circumference, AC)는 19.4 cm (23주 6일 크기), 장골 길이 (femur length, FL)는 3.92 cm (23주 2일 크기)로 예상 태아 체중은 612 g (23주 5일 크기) 였으며, 태반은 자궁 후반부에 위치하였고, 양수는 거의 남아 있지 않았다. 제2 태아는 자궁 좌측에 두위로 위치하며 아두대횡경은 25.64 cm (23주 2일 크기), 복부 둘레는 19.0 cm (23주 4일 크기), 장골 길이는 4.15 cm (24주 1일 크기)로 예상 태아 체중은 612 g (23주 3일 크기) 였으며,

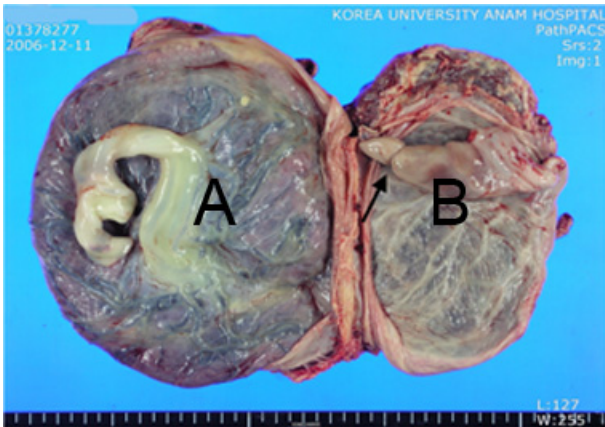
태반은 자궁 후반부에 위치하며, 양수지수는 7.9 였다. 질식 초음파에서 자궁 경부 길이는 3.3 cm 이었다.

**입원 시 검사 소견** : 혈액형은 O형 (Rh 양성), 혈액검 사상 백혈구 수치는 16180/ $\mu$ l, 호중구 84.2%로 백혈구 및 호중구가 증가된 소견을 보였고, 혈색소는 9.5 g/dl, 혈소판은 355.000/ $\mu$ l 이었고, 혈청내 C-반응 단백 수치 (C-reactive protein: CRP)는 59.85 mg/L로 증가되어 있었다. 혈청 매독 반응 및 B형 간염, C형 간염 검사는 음성이었으며 인간면역결핍바이러스에 대한 항체도 음성이었으며, 뇨검사서 특이 소견은 보이지 않았다. 그 외에 시행한 혈액응고검사와 단순 흉부 방사선촬영 및 심전도 검사도 정상이었다.

**입원 후 경과** : 내원후 지속적인 양수 유출은 있었으나, 자궁 수축이나 발열 소견은 보이고 있지 않아, 자궁 내 감염 방지를 위해 ampicillin 750 mg을 매 6시간마다 정맥 투하하였으며, betamethasone 12 mg을 24시간 간격으로 2차례 투여하였다. 입원 3일째 C-반응 단백 수치는 16 mg/L로 감소하였고, 발열 등의 감염 소견이나 자궁 수축은 관찰되고 있지 않아, 산모 절대 안정하면서 경과 관찰하였다.

입원 6일째부터 진통 없는 불규칙적인 자궁 수축을 간헐적으로 보이다가 입원 7일째, 골반 중압감 및 변의를 호소하여, 내진을 시행하였다. 내진 소견상 우측 태아의 태위가 +1 정도의 소견을 보였고 진통이 진행되어 제1 태아가 분만되었다. 분만된 제1 태아는 여아로 660 gm이었으며, Apgar score는 1분 3점, 5분 7점으로 출생 즉시 기관 삽관 및 기계적 인공호흡을 실시하였다.

제1 태아를 분만한 후 더 이상의 진통이 진행되지 않았으며, 분만 이후 제1 태아의 태반은 만출시키지 않고 자궁 경관 근처에서 black silk 2-0로 탯줄 상반부를 묶었다. 제1 태아 분만 후 시행한 복부 초음파에서 자궁하분절에 약 3.4×1.5 cm 크기의 혈종이 관찰되었으며, 제2 태아의 양수의 가장 깊은 pocket은 2.05 였다. 자궁 내 감염을 방지하기 위해 예방적으로 이전 투여 중이던 ampicillin 750 mg을 6시간 간격으로 유지하였으며, metronidazole 500 mg을 8시간 간격으로 투여하였다. 산모는 주기적으로 제2 태아의 안녕 확인을 위한 초음파 검사, 감염 감



**Fig. 1.** 제2 태아 분만 후 분만된 태반; 이양막이음모태반 (diamniotic dichorionic placenta) (A) 제2 태아의 태반 (B) 제2 태아 분만후 분출된 제1 태아의 태반; 제1 태아의 태반(B)은 위축되어 있고 black silk 2-0 (화살표)로 묶여있는 것을 확인할 수 있다. 제2 태아의 태반 (A)은 제1 태아의 태반 (B)에 비하여 크기가 크고 정상적 발달 소견을 보이고 있다.

시를 위한 혈액 검사 (CBC, CRP) 및 지속적인 태아 심음 및 자궁 수축 감시를 시행하였다.

임신 지속 기간동안 양수의 누수는 지속되었으나, 발열이나 복부 압통 등의 임상적인 자궁내 감염 증상은 보이지 않았으며, 백혈구 수치 및 중성구 수치 모두 정상화 되었고, C-반응 단백은 2.8 mg/L에서 4.6 mg/L 사이로 유지되어, 입원 20일경 metronidazole 투여를 중지하였다.

임신 27주 3일경 백혈구 수치는 11.110/ $\mu$ L, 호중구 수치 77.4%, C-반응 단백 수치는 6.58 mg/L로 다시 증가하는 소견을 보여, betamethasone을 다시 2차례 투여하였으며, metronidazole을 다시 투여했으나, 임신 27주 5일경 지속적인 항생제 투여에도 백혈구 수치가 15.040/ $\mu$ L, 호중구 수치가 78.6%로 증가하였으며, 태동이 감소하면서, beat-to-beat variability가 5 ppm 이하로 감소하는 소견이 관찰되어, 분만을 결정하였고, 제2 태아는 둔위로 인해 제왕절개술을 시행하였다. 분만된 제2 태아는 여아로 960 gm 이었으며, Apgar score는 1분 6점, 5분 9점으로 비교적 양호하였다. 제1 태아는 출생 후, 호흡곤란증후군 (Respiratory distress syndrome, RDS) 소견을 보여, 8일간 기계적 인공 호흡을 유지하였으며, 이후에도 기관지폐이형성증 (bronchopulmonary distress, BPD) 및 무기폐로 인해

2차례 더 기관 삽관 및 기계적 인공 호흡을 시행하였으며, 미숙아 망막증 (retinopathy of prematurity, ROP)으로 인해 범망막광응고술을 실시하였다. 뇌 초음파 결과, 1~2등급 정도의 뇌실내 출혈 소견이 관찰되었으며, 심초음파에서 동맥관개존증 (patent ductus arteriosus, PDA) 소견이 보여, 보존적 치료를 실시하였다. 입원 중, 폐렴과 패혈증으로 인해 치료를 받았으며, 그 외에도 황달, 괴사소장대장염, 대사산증, 고혈당증, 저나트륨혈증, 빈혈 등으로 인해 보존적 치료를 받은 후 출생 143일째 퇴원하였다. 제2 태아의 경우, 출생 직후는 비교적 양호하였으나, 당일 산소포화도가 74%까지 감소하여, 기관 삽관 및 기계적 인공 호흡을 실시하였으며, 안정화되어 다음날 발관하였으며, 호흡곤란증후군 및 그 외 미숙아 망막증, 뇌실내 출혈, 괴사소장대장염의 소견은 보이지 않았다. 뇌초음파에서 경한 정도의 수두증 소견을 보였으며, 심초음파에서 동맥관개존증의 소견을 보여 치료하였으며, 그 외에도 황달, 저나트륨혈증, 고혈당증에 대해 보존적 치료를 받은 후, 출생 120일째 퇴원하였다.

산모는 수술 이후 상태 양호하였으며 특히 사항 없이 회복하였고, 수술 5일째에 퇴원하였다.

## 고 찰

현재까지 보고된 증례가 많지 않고 임신을 지속시킬 수 있는 확실한 방법이 없어 다태 임신의 지연 분만에 있어서 표준화된 치료원칙은 아직 성립되어 있지 않은 상태이다.

지연 분만을 시도하기 전에 우선 지연 분만이 가능한 경우를 선별하는 것이 중요하다. 태아의 병상, 단일 용모막, 전치 태반, 태반 조기 박리, 임신 중독증과 같은 상황은 없어야 하며,<sup>7,9</sup> 제1 태아가 둔위 등의 이유로 제왕절개에 의한 분만을 해야 하는 경우에는 제2 태아의 지연 분만이 불가능하다.<sup>9</sup> 자궁내 감염의 경우는 아직까지는 논쟁의 여지가 있다. 분만 후 산모에서 균혈증이 발생한 증례가 있으며,<sup>10</sup> 또한 용모양막염이 발생한 경우, 태아가 사망한 예가 있다.<sup>10</sup> 그러나 제1 태아가 감염이 있는 경우의 지연 분만에서 잔류 태아의 양수 배양이

음성을 보인 예가 발표된 적이 있으며,<sup>11</sup> 제1 태아에서 용모양막염을 보인 경우, 모체의 감염은 임신 유지 기간 동안 항생제 사용에 의해 잘 조절이 되었고, 제2 태아에서도 좋은 예후를 보인 예도 있다.<sup>12</sup> 위에서 언급한 내용에 따르면, 제1 태아에서의 용모양막염이 지연 분만을 시도하는 데 있어서 절대 금기가 되지는 않을 것이라고 생각된다.

다음으로 생각해봐야 할 것은 제1 태아 분만시의 임신 주수이다. 제1 태아의 제태 연령이 어릴수록 이상적이라는 보고들이 있다. Arias<sup>7</sup>과 Seince 등<sup>13</sup>은 제1태아의 분만 시기를 임신 28주 이하를 기준으로 하였으며, 임신 30주<sup>8</sup>, 31주<sup>11</sup>, 32주<sup>7</sup>를 기준으로 하기도 하였으며, 공통적으로 제1 태아의 분만시기가 빠를수록 잔류 태아의 생존률 향상에 도움이 되는 경향을 보였다.<sup>14</sup> 또한 Oyelese 등<sup>15</sup>은 제1 태아의 분만 시기 및 분만 간격에 따른 주산기 신생아 사망률과의 상관관계를 조사하였는데, 제1 태아가 22-23주경에 분만되고 제2 태아와의 분만 간격이 3주 미만인 경우가 주산기 사망률이 가장 낮은 것으로 나타났고, 지연 간격이 3주가 될 때까지는 임신 지연 기간이 길면 길수록 사망률이 더욱 감소하는 것으로 나타났지만, 제1 태아가 24주 이후에 분만되는 경우나, 두 태아간의 분만 간격이 4주 이상인 경우는 지연 임신이 제2 태아의 주산기 생존률 향상에 도움이 되지 않는 것으로 보고하였다.<sup>15</sup>

지연 분만의 가장 중요한 합병증이며, 실패의 주원인으로 자궁 내 감염이 있다. 자궁내 잔류 태아로의 상행 감염을 방지하기 위해 제대를 자궁 경부 근처에서 결찰하여 최대한 짧게 남겨두어 자궁 경부 내에 위치하게 하고 잦은 내진을 자제하고, 내진이 필요한 경우에는 질경을 사용하여 무균적으로 시행하는 등의 방법을 쓰고 있다.<sup>16,17</sup> 또한 초음파를 통해 자궁 경부의 길이, 개대 정도를 파악하고,<sup>5</sup> 주기적인 질 분비물의 배양검사를 통해 용모양막염과 관련이 있는 불현성 세균질증을 진단하는데 도움이 될 수 있다.<sup>12</sup> 예방적인 항생제 사용은 감염의 예방 효과나 임신 지연 효과를 볼 수 있는지는 논란의 여지가 많고, 일부 저자들은 항생제의 사용이 분만간 시간을 유의하게 연장시키지 않으며 감염성 합병증의 예

방에도 효과가 없다고 보고하기도 하였으나,<sup>18,19</sup> 임신 지연 효과가 없더라도 제2 태아가 자궁 내 감염에 대한 고위험군에 속하므로 예방적 항생제를 사용하는 것이 합당하다는 의견이 대다수이다.<sup>10,16</sup> Cristinelli 등<sup>12</sup>은 질, 양수 및 태반 등에서 여러 개의 세균학상 검체를 채취한 후, 첫 번째 분만 도중이나 분만 직후에 비경구적으로 광범위 항생제를 시작하여 72시간 동안 유지 후 경구 항생제로 변경하고, 필요할 경우 배양결과에 따라 7일간 유지하도록 권유하고 있다. 필요한 경우, 개별적으로 치료적 항생제를 사용하기도 한다. 본 증례에서는 예방적으로 경험적 항생제를 사용하였으며, 제1 태아의 분만 후 혈액 검사 소견에서 염증을 나타내는 수치들이 안정화 되었다가 다시 증가 추세를 보여 자궁 내 감염 의심하에 제2 태아의 분만을 결정하였으나, 분만 후 태반조직검사상 감염의 소견은 보이고 있지 않았다. 예방적 항생제의 사용이 자궁 내 감염을 근본적으로 치료할 수는 없으나 추가적인 감염을 예방할 수는 있다고 생각된다.

일부의 증례는 질식 자궁경부결찰술을 시행하였다. 결찰술을 시행하는 것이 감염의 위험성을 높인다는 보고도 있으나,<sup>12</sup> 그 결과 양막의 외부 노출을 줄여주고 산모의 활동을 가능하게 하였으며, 결찰술 그 자체가 용모양막염의 위험성을 높이지 않는다는 보고도 있다.<sup>19</sup> 이전에 발표된 여러 증례에서 다른 방법의 결찰술을 시도하였기 때문에 통계적인 분석은 불가능하지만, 결찰술을 실시한 경우에서 평균적으로 지연 분만의 기간을 연장시키고 있다.<sup>12</sup> 다른 저자는 분만 지연 효과가 통계적으로 유의하지 않고, 자궁경부결찰술의 적응증에 대한 정의가 부족할 뿐 아니라 제2 태아의 생존율에도 영향을 미치지 않는 것으로 보고하고 있다.<sup>20</sup> 아직까지는 전향적 연구가 없어, 결론 내리기는 힘들다.

제2 태아의 태반 박리나 자궁내 감염 소견이 배제된 경우에 자궁수축억제제를 사용하는 경우도 있으나, 아직까지는 이에 대해서도 이견이 많다. 일부 저자들은 자궁수축억제제를 사용하는 것을 권유하고 있으며,<sup>7,9</sup> Trivedi 등<sup>20</sup>은 통계적으로 유의하지는 않으나, 자궁수축억제제의 사용이 지연 분만의 기간을 37일에서 45.9일로 연장시켰다고 보고하였다. 그러나 자궁수축이 없을 경

우에는 필요치 않다는 의견도 있으며,<sup>19</sup> 본 증례에서는 제1 태아의 분만 전 ESR, CRP가 상승하는 등 임상적으로 자궁 내 감염의 가능성을 배제할 수 없어 자궁수축억제제는 사용하지 않았다. 몇몇 저자들은 부작용을 줄이기 위해 nifedipine을 사용하기도 하였다.

본 증례는 다태임신에서 제1 태아의 자연분만 후 자궁 수축이 소실되는 경우 안정 및 적절한 고식적 치료를 통해 자연 분만이 잔존 태아의 생존을 및 이환율을 향상시킬 수 있음을 보여 주었으며, 자연 분만에서 치료 방향에 대해 문헌 고찰을 실시하였다.

### 참고문헌

- Carson JL. Twins born with interval of fourty four days. *BMJ* 1880; 1: 242.
- Choi DS, Kim WY, Shim SD, Kim JG. Delayed interval delivery in twin pregnancy. *Korean J Obstet Gynecol* 1992; 35: 920-7.
- Lee HJ, Jun JK, Kim MK, Yoo WJ, Shim SS, Park JS, et al. Delayed Interval Delivery after Cerclage Operation in a Case of Twin Pregnancy with One Fetal Delivery. *Korean J Obstet Gynecol* 2006; 49: 1771-8.
- Lee SH, Lee JS, Choi SR, Seo YS, Yang SH, Kim JH. A Case of Delayed Delivery of Second Twin. *Korean J Obstet Gynecol* 2004; 47: 966-9.
- Song TB, Jeong J, Kim YH, Kim EK. Delayed interval delivery in multiple gestations. *Arch Gynecol Obstet* 2000; 263: 185-7.
- Wui JH, Jang MJ, Oh SY, Han KS, Choi YS, Hong SY. Delayed delivery of the second twin. *Korean J Obstet Gynecol* 2006; 49: 213-8.
- Arias F. Delayed delivery of multifetal pregnancies with premature rupture of membranes in the second trimester. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 170: 1233-7.
- Kalchbrenner MA, Weisenborn EJ, Chyu JK, Kaufman HK, Losure TA. Delayed delivery of multiple gestations: maternal and neonatal outcomes. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 179: 1145-9.
- Porreco RP, Sabin ED, Heyborne KD, Lindsay LG. Delayed interval delivery in multifetal pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 178: 20-3.
- Abboud P, Boury C, Bory JP, Leroux B, Harika G, Gabriel R, et al. Delayed deliveries in multiple pregnancies: is this reasonable? *Contracept Fertil Sex* 1998; 26: 356-62.
- Farkouh LJ, Sabin ED, Heyborne KD, Lindsay LG, Porreco RP. Delayed interval delivery: extended series from a single maternal-fetal medicine practice. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183: 1499-503.
- Cristinelli S, Fresson J, Andre M, Monnier Barbarino P. Management of delayed interval delivery in multiple gestations. *Fetal Diagn Ther* 2005; 20: 285-90.
- Seince N, Aissaoui F, Bolie S, Chitrit Y, Uzan M. Delayed delivery in twin pregnancy. *Gynecol Obstet Fertil* 2003; 31: 46-8.
- Fayad S, Bongain A, Holhfeld P, Janky E, Durand Reville M, Ejnes L, et al. Delayed delivery of second twin: a multicentre study of 35 cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003; 109: 16-20.
- Oyelese Y, Ananth CV, Smulian JC, Vintzileos AM. Delayed interval delivery in twin pregnancies in the United States: Impact on perinatal mortality and morbidity. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192: 439-44.
- Benden D, Miller M, Hatoum N. 39 day delay in delivery of twins. A case report. *J Reprod Med* 2001; 46: 1071-7.
- Zhang J, Johnson CD, Hoffman M. Cervical cerclage in delayed interval delivery in a multifetal pregnancy: a review of seven case series. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003; 108: 126-30.
- Antsaklis A, Daskalakis G, Papageorgiou I, Aravantinos D. Conservative treatment after miscarriage of one fetus in multifetal pregnancies. Report of three cases and review of the literature. *Fetal Diagn Ther* 1996; 11: 366-72.
- Wittmann BK, Farquharson D, Wong GP, Baldwin V, Wadsworth LD, Elit L. Delayed delivery of second twin: report of four cases and review of the literature. *Obstet Gynecol* 1992; 79: 260-3.
- Trivedi AN, Gillett WR. The retained twin/triplet following a preterm delivery an analysis of the literature. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1998; 38: 461-5.

### 「국문초록」

최근 몇 년간 전 세계적으로 보조 생식 기술이 발전하면서, 다태임신이 빈도가 증가하고 있다. 이에 따라 조기 진통, 한 태아의 조기 양막 파수와 같은 문제들과 직면하게 되었다. 신생아의 치료 기술이 증가하였음에도 극심한 조산(extremely premature newborns)의 경우, 사망률과 장기 이환율이 매우 높은 실정이다. 다태아에서 제1 태아의 분만후 진통이 자연 소실되는 것은 드문 일이다. 몇몇의 경우 제1 태아를 분만한 이후, 제2 태아의 분만을 지연시켜 신생아의 생존율이 증가되고 장기 이환율이 감소한 예가 있다. 저자들은 예방적 자궁 수축 억제제나 자궁 경부 결찰술과 같은 시술 없이 23일간 유지된 자연 분만 1예 경험하였기에 문헌 고찰과 함께 보고하는 바이다.

**중심단어:** 쌍태아, 자연분만