

## Acute Lumbar Paraspinal Compartment Syndrome after Weightlifting - A Case Report -

Ji-Yoon Ha, M.D., Jun-Seok Lee, M.D., Yong-Soo Cho, M.D., Ki-Won Kim, M.D.

J Korean Soc Spine Surg 2018 Sep;25(3):133-139.

Originally published online September 30, 2018;

<https://doi.org/10.4184/jkss.2018.25.3.133>

Korean Society of Spine Surgery

Asan Medical Center 88, Olympic-ro 43 Gil, Songpa-gu, Seoul, 05505, Korea

Tel: +82-2-483-3413 Fax: +82-2-483-3414

©Copyright 2017 Korean Society of Spine Surgery

pISSN 2093-4378 eISSN 2093-4386

The online version of this article, along with updated information and services, is  
located on the World Wide Web at:

<http://www.krspine.org/DOIx.php?id=10.4184/jkss.2018.25.3.133>

---

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

# Acute Lumbar Paraspinal Compartment Syndrome after Weightlifting - A Case Report -

Ji-Yoon Ha, M.D., Jun-Seok Lee, M.D., Yong-Soo Cho, M.D.\*, Ki-Won Kim, M.D.\*

Department of Orthopedic Surgery, St. Paul's Hospital, College of Medicine, The Catholic University of Korea, Seoul, Korea

\*Department of Orthopedic Surgery, Yeouido St. Mary's Hospital, College of Medicine, The Catholic University of Korea, Seoul, Korea

**Study Design:** Case report.

**Objectives:** To report 2 cases of acute lumbar paraspinal compartment syndrome due to weightlifting.

**Summary of Literature Review:** Acute lumbar paraspinal compartment syndrome is very rare, but it causes muscle necrosis and acute renal failure. Therefore, it should be treated immediately.

**Materials and Methods:** A 31-year-old male patient and a 30-year-old male patient visited the emergency room due to severe back pain. The left paraspinal compartment pressure of the 31-year-old patient was measured as 35 mm Hg using the Whitesides technique. The paraspinal compartment pressure of the 30-year-old patient was measured as 22 mm Hg on the left side and 30 mm Hg on the right side. We diagnosed acute lumbar paraspinal compartment syndrome and performed a fasciotomy. This study received Institutional Review Board approval (ID: SC18ZESE0032).

**Results:** Lab findings improved after fasciotomy. The operative wounds healed after fasciocutaneous flap placement.

**Conclusions:** Acute lumbar paraspinal compartment syndrome is very rare, but should be considered in patients with severe back pain.

**Key Words:** Paraspinal compartment syndrome, Fasciotomy, Rhabdomyolysis

급성 구획 증후군은 근막에 둘러싸인 폐쇄된 구획 내의 조직 압 증가로 인해 혈액 순환 장애를 초래하여 모세혈관 순환이 조직 생존에 필요한 정도 이하로 저하된 상태이다.<sup>1)</sup> 이러한 조직의 손상과 염증 반응에 의해 다시 구획 내 압력이 증가하면 허혈성 근 괴사, 섬유화로 인한 관절 구축 및 신경 손상 등으로 인한 기능 소실이 발생하는 질환이다. 급성 구획 증후군은 응급 치료가 필요한 질환으로, 조기 진단이 중요하며 즉시 근막 절개술을 시행하여 구획 내 압력을 낮추고 모세혈관 순환을 회복시켜줘야 한다.<sup>2)</sup>

1881년, Volkmann<sup>3)</sup>이 주관절 및 전완부의 구획 증후군으로 인한 근육과 신경의 괴사가 발생함을 처음으로 보고한 이래로 여러 저자들에 의해 구획 증후군의 보고가 있었다. 하지만 대부분의 보고들은 주로 상지 및 하지에 발생한 구획 증후군에 관련된 내용이었다. 요추부 척추 주위 근육에 발생한 구획 증후군에 대해서는 전 세계적으로 사례가 극히 드물며 Peck<sup>4)</sup>에 의하여 1981년 처음 보고되었고 국내에서는 아직 보고된 바가 없다. 근력 운동 후 요추부 척추 주위 근육에 구획 증후군이 발생한 환자 2예를 경험하였기에 문헌 고찰과 함께 보고하는 바이다.

## 증례 보고 1

31세 남자로 응급실 내원 1주일 전부터 하루 2시간 정도 근력운동을 시작하였으며, 내원 1일 전부터 악화된 좌측 요통을 주소로 본원 응급실로 내원하였다. 과거력상 등 근육 강화를 위한 데드리프트(deadlift)를 약 1주 전부터 시행하였으며, 당뇨병 고혈압 등의 질환과 복용 중인 약물도 없었다. 주 1~2회, 소주 1병 정도의 음주력이 있으며 비흡연자였다.

응급실 내원 당시 심한 좌측 요통을 호소하였으며 좌측 하부 요추 주변으로 압통과 척추 주위 근육의 팽팽한 부종이 관찰되

**Received:** February 8, 2018

**Revised:** April 9, 2018

**Accepted:** August 6, 2018

**Published Online:** September 30, 2018

**Corresponding author:** Ki-Won Kim, M.D.

Department of Orthopedic Surgery, Yeouido St. Mary's Hospital, College of Medicine, the Catholic University, 63 ro 10 Yeongdeungpo-gu, Seoul, 07345 Korea

**ORCID ID:** Ki-Won Kim: <https://orcid.org/0000-0002-8249-1098>

**TEL:** +82-2-3779-1192, **FAX:** +82-2-783-0252

**E-mail:** junband@naver.com

었다. 요추부 굴곡 및 신전시 더욱 심한 통증을 호소하였다. 하지의 근력 및 감각은 정상이었으며 하지 직 거상 검사는 음성이었다. 양측 허벅지, 둔부, 종아리 통증은 호소하지 않았다. 통증 조절을 위하여 파라마셋(paramacet), 페치딘(pethidine)을 투여하였으나 호전이 없으며, 앙와위(supine) 자세에서 한쪽 다리를 올렸을 때 요통이 악화되는 양성 신장 징후(positive stretch sign)를 보였다.

혈액 검사 소견상 myoglobin 1000.00 이상(normal,  $\leq 70$ ), aspartate aminotransferase (AST) 201 U/L (normal, 7~36 U/L), alanine aminotransferase (ALT) 172 U/L (normal, 5~40 U/L), lactate dehydrogenase (LDH) 855 IU/L (normal, 200~400 IU/L), creatinine phosphokinase (CPK) 10035 U/L (normal, 56~244 U/L), erythrocyte sedimentation rate (ESR) 3 mm/h (normal, 0~10 mm/h), c-reactive protein (CRP) 2.00 mg/L(normal, 0.1~5.0 mg/L)로 확인되었다. 소변 색깔이 적갈색을 띠고 있었으며, 소변 검사상 myoglobin 1000.00 이상(normal, negative), ketone +++ 100 positive (normal, negative), protein + 30 positive(normal, Negative)로 확인되었다. X-ray 검사에서 요추 전만 소실 관찰되었으며(Fig. 1), magnetic resonance imaging (MRI) 검사에서 좌측 요추부 척추 기립근의 부종 소견이 관찰되었다(Fig. 2). Whitesides 방법을 이용하여 측정한 좌측 요추부 척추 기립근의 조직압은 35 mmHg 이었다.

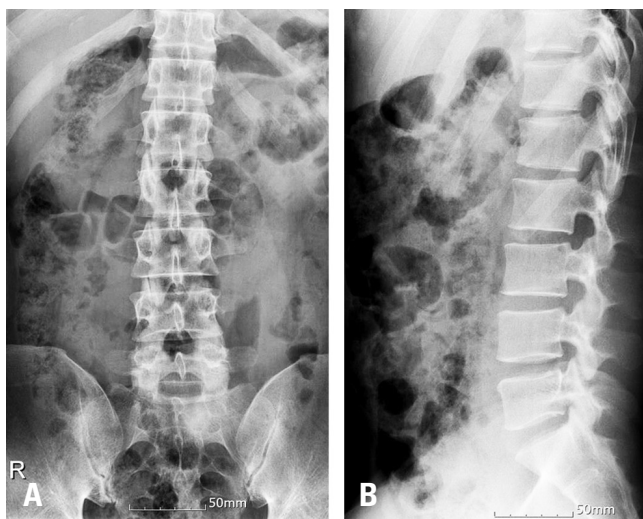
환자는 요추부 좌측 척추 주위 근육의 구획 증후군 진단 하에 요통 발생 시점으로부터 46시간, 응급실 내원 시점으로부터 8시간 후 근막 절개술을 시행하였다. 수술 시 제 2요추에서 제 1천추 사이의 극근(spinalis), 최장근(longissimus), 다열근

(multifidus)은 허혈 상태로 인한 회색 빛을 띠고 있었으며 심한 부종 소견이 관찰되었다. 근막 절개술 시행한 후 혈액 순환 개선으로 인한 근육 색의 회복을 확인할 수 있었다. 근막 절개 부위는 근육의 부종이 심하여 일차 봉합은 시행하지 않았다. 수술 이후 통증은 즉시 크게 호전되었다. 근막 절개술 후 2일째부터 매일 총 15차례 창상 세척 및 변연 절제술 시행하였고 2일 간격으로 Vacuum-Assisted wound Closure (VAC) system을 장착하였다. 근막 절개술 후 22일째 성형외과에서 근막 피판술 시행하였다. 퇴원 전 시행한 혈액 검사에서 AST, ALT, LDH는 모두 정상이었으며 CPK는 534 U/L로 호전되었다(Table 1, Fig. 6).

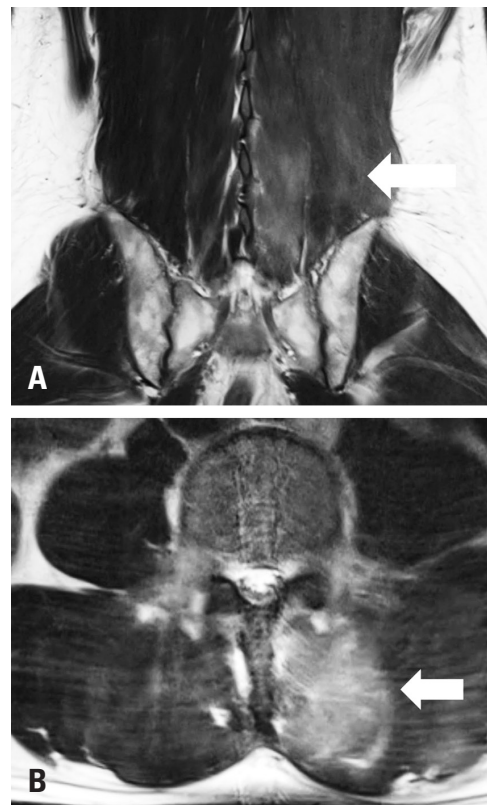
## 증례 보고 2

30세 남자로 응급실 내원 1일 전 허리 근력운동 이후부터 악화된 극심한 요통을 주소로 내원하였다. 과거력상 당뇨병 고혈압 등의 질환이나 복용 중인 약물도 없었으며 비흡연자였다.

응급실 내원 당시 심한 양측 요통을 호소하였으며 운동 범위



**Fig. 1.** Lumbar X-ray. (A) Lumbar anteroposterior X-ray not showing ileus. (B) Lumbar lateral X-ray showing loss of lumbar lordosis.



**Fig. 2.** Lumbar magnetic resonance imaging. (A) T2-weighted coronal magnetic resonance imaging showing high signal intensity at the left multifidus muscle and the longissimus muscle (arrow). (B) T2-weighted axial magnetic resonance imaging showing high signal intensity at the left erector spinae muscle (arrow).

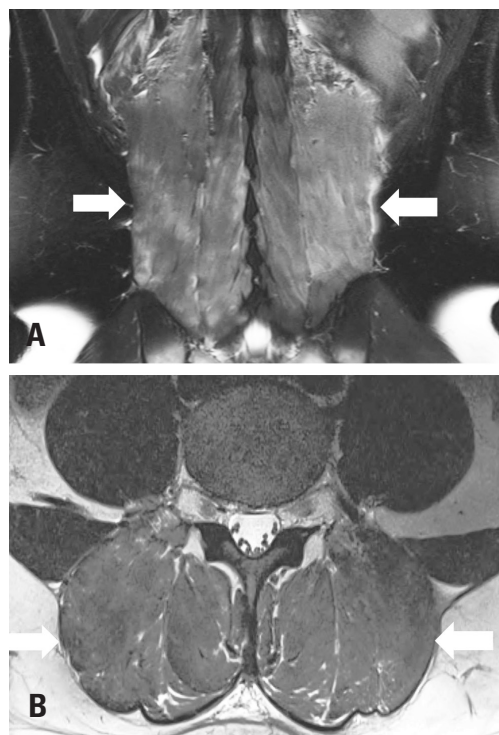


제한 및 팽팽한 부종이 관찰되었다. 요추부 굴곡 및 신전 시 더욱 심한 통증을 호소하였다. 하지의 근력 및 감각은 정상이었으며 하지 직 거상 검사에서 음성소견 확인되었다. 양측 허벅지, 둔부, 종아리 통증은 없었다. 파라마셋(paramacet), 페치딘(pethidine)을 투여하였으나 요통은 호전되지 않았으며, 앙와위(supine) 자세에서 한쪽 다리를 올렸을 때 요통이 악화되는 양성 신장 징후(positive stretch sign)가 확인되었다.

혈액 검사 소견상 myoglobin 1000.00 이상, AST 316 U/L, ALT 66 U/L, LDH 2241 IU/L, CPK 39200 U/L, ESR 8 mm/h, CRP 2.83 mg/L 확인되었다. 소변 색깔은 적갈색이었으며, 소변 검사상 myoglobin 932.00 ng/mL, ketone ++ 50 positive, protein + 30 positive 확인되었다. X-ray 검사에서 요추 전만 소실 관찰되었으며(Fig. 3), MRI 검사에서 양측 요추 척추 기립근의 부종 소견이 관찰되었으며 농양 등의 감염 소견은 관찰되지 않았다(Fig. 4). Whitesides 방법을 이용하여 측정한 좌측 요추부 척추 기립근의 조직압은 22 mmHg 이었으며 우측 요추부 척추 기립근의 조직압은 30 mmHg 이었다.

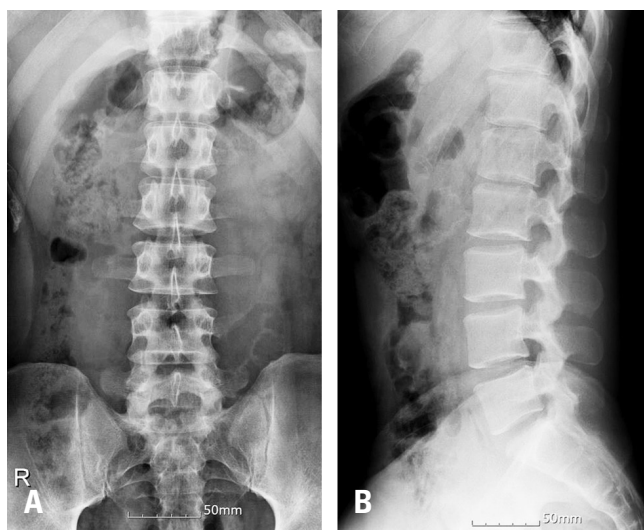
환자는 요통 발생 시점으로부터 42시간, 응급실 내원 시점으로부터 38시간 후 근막 절개술을 시행하였고 제 10흉추에서 제 5요추의 극근, 최장근, 다열근의 허혈, 근 괴사 소견 및 심한 부종이 관찰되었다(Fig. 5). 근막 절개술 시행한 후 혈액 순환 회복을 확인하였다. 수술 부위는 부종이 심하여 봉합은 시행하지 않았으며 수술 후 환자는 통증이 크게 감소되었다고 하였다. 근막 절개술 후 2일째부터 2일 간격으로 총 8차례 창상 세척 및 변연 절제술, Vacuum-Assisted wound Closure (VAC) system 장착 시행하였다. 조직 검사 결과 근육의 섬유화를 동반

한 만성 염증 소견 확인되었다. 근막 절개술 후 18일째 성형외과에서 근막 피판술 시행하였다. 퇴원 전 시행한 혈액검사에서



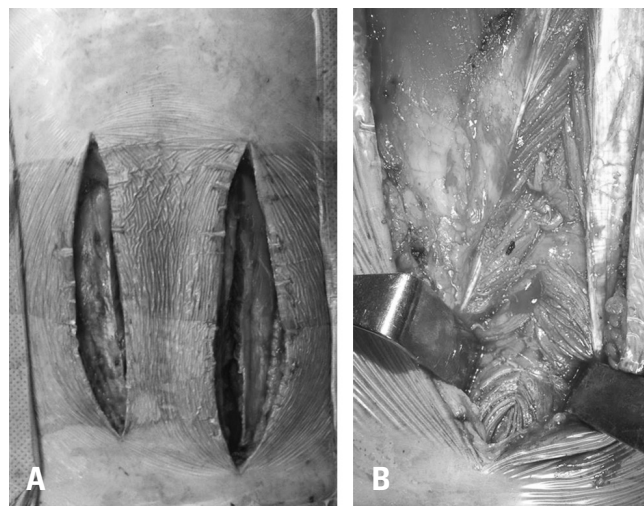
**Fig. 4.** Lumbar magnetic resonance imaging.

(A) T2-weighted coronal magnetic resonance imaging showing bilateral high signal intensity and edema at the multifidus, longissimus, iliocostalis lumborum, and quadratus lumborum muscles (arrows). (B) T2-weighted axial magnetic resonance imaging showing bilateral high signal intensity at the erector spinae muscles (arrows).



**Fig. 3.** Lumbar X-ray.

(A) Lumbar anteroposterior X-ray not showing ileus. (B) Lumbar lateral X-ray showing loss of lumbar lordosis.

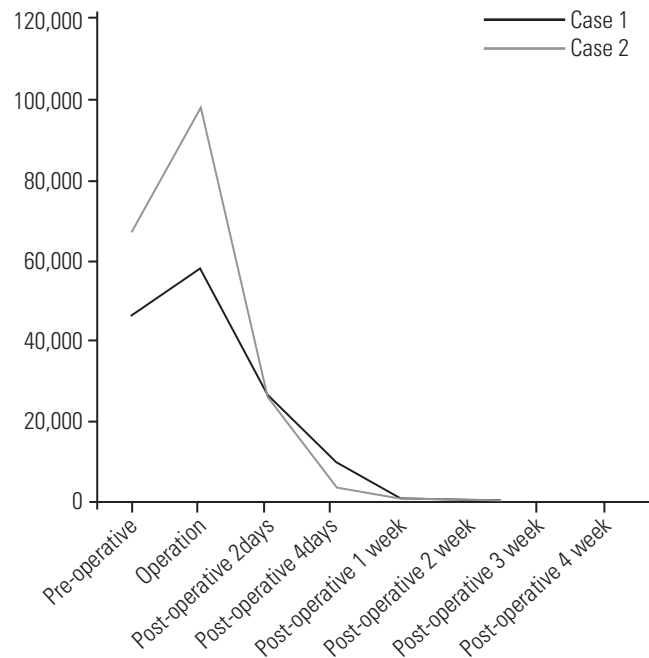


**Fig. 5.** Intraoperative clinical photo of case 2.

(A) The color of the erector spinae had changed in several areas. (B) The color of the erector spinae had changed to gray.

**Table 1.** Changes in lab findings over time of case 1 and case 2

	Pre-operative (ER)	Operation	Post-operative 2days	Post-operative 4days	Post-operative 1 week	Post-operative 2 weeks	Post-operative 4 weeks (case 1) 3 weeks (case 2)
creatinine phosphokinase (U/L)	Case 1 46020 Case 2 67200	58440 98000	26830 27100	10035 4010	1200 792	164 211	534 93
lactate dehydrogenase (IU/L)	Case 1 3909 Case 2 3048	4536 3930	2202 1094	855 591	497 343	464 315	372 289
aspartate aminotransferase (U/L)	Case 1 278 Case 2 316	615 1084	403 464	331 166	51 41	35 23	35 23
alanine aminotransferase (U/L)	Case 1 72 Case 2 66	216 250	184 197	203 146	93 82	60 40	38 39

**Fig. 6.** Creatine phosphokinase levels over time.

Hemoglobin, AST, ALT, LDH, CPK, ESR, CRP는 모두 정상이었다(Table 1, Fig. 6).

## 고찰

급성 요추부 척추 주위 근육의 구획 증후군은 보고된 바가 드물며 현재까지 보고된 논문으로는 스키 타고 난 후,<sup>5)</sup> 근력운동 후,<sup>6)</sup> 복부 대동맥 수술 후 발생한 사례<sup>7)</sup>가 있다.

척추 주위 근육은 척추 기립근을 의미하며 해부학적으로 척추 주위 근육은 근막에 의하여 싸여 있다. 복부에서는 요추의 횡돌기에 부착된 흉요근막의 전방부 막으로 이루어져있으며 등쪽에서는 극상돌기 내측 및 극상돌기간 인대에서 유래하는 흉요근막의 후방부 막으로 이루어져 있다. 근막은 아래로는 장골능과 천추에 부착하고 위쪽으로는 여섯번째 늑골에 부착한다. 척추 기립근은 요배근막에 의해 둘러싸여 있다. 요근과 요방형근에서는 각각의 고유 근막이 존재하며 이들은 척추 주변 근육들과 연결되지 않는다. 척추 주변의 근막은 생리학적으로 닫힌 공간을 만들어 척추를 신전하거나 발살바법 시행시 척추 주변 근육 구획의 압력이 상승하게 된다. 엎드린 자세에서는 척추 주변 근육내 압력이 3~8 mmHg이나 운동시에는 21 mmHg까지 상승하게 된다.<sup>2,8)</sup> 폐쇄된 공간 안에서 조직 압력이 증가하게 되면 이로 인한 혈관 내피세포 파괴, 모세혈관 누출, 단백질 손실 등으로 인하여 국소 혈액 순환 장애를 초래하여 모세혈관 순환이 조직 생존에 필요한 정도 이하로 감소하게 된다. 본 증

례의 경우 첫 번째 증례에서는 좌측 조직압이 35 mmHg로 측정되었으며 두 번째 증례에서는 좌측 조직압이 22 mmHg, 우측 조직압이 30 mmHg로 측정되었다.

급성 요추부 주위 구획 증후군 환자는 요추 염좌 환자와 증상이 비슷하나 훨씬 심한 통증을 호소하며 요추부의 능동적 혹은 수동적 운동에서 심한 통증이 발생한다. 요추 주변 근육으로 압통이 발생하며 통증으로 인하여 요추 전만이 소실되기도 한다. 신경근이 척추 주변 근육을 지나가지 않기 때문에 하지 직 거상 검사나 역 하지 직 거상 검사 시행 시에는 통증의 발생이 없다. 하지만 후방 일차 분지의 감각 분지가 척추 주변 근육을 지나가므로 근육 주변으로 감각 저하가 발생할 수 있다.<sup>9)</sup> 본 증례의 경우 하지 직 거상 검사, 역 하지 직 거상 검사에서 특이소견은 없었으며 감각 저하도 관찰되지 않았다.

급성 요추부 구획 증후군 환자에서 혈액검사에서는 혈청 myoglobin과 CPK의 증가, myoglobinuria, creatinin 상승 소견이 확인된다.<sup>10)</sup> 급성 구획증후군의 경우 횡문근융해증(rhabdomyolysis)과 동반되어 나타나며, 급성 세뇨관 괴사(acute tubular necrosis)로 인한 급성 신손상이 발생한 경우 혈청 myoglobin, CPK, creatinin의 증가, myoglobinuria가 발생하게 된다. 흔히 급성기 염증 지표는 정상이나 AST와 ALT는 증가된다. 본 2예의 증례에서는 모두 혈청 myoglobin, CPK, AST, ALT의 증가 소견을 확인할 수 있었으며 ESR, CRP, BUN, Cr은 정상이었다. 첫 번째 증례에서 AST, ALT는 수술 후 4주째 정상 범위까지 감소하였으며 두 번째 증례에서는 3주째 정상 범위까지 감소하였다.

요추부 척추 주위 근육 구획 증후군이 의심되는 환자에게는 적극적으로 수분공급을 해주어야 하며 myoglobin의 파괴를 방지하기 위해 뇨 알칼리화를 시행하여야 하며 신독성 약물 사용을 피해야 한다. 골절 감별을 위하여 단순 방사선 검사 촬영이 필요하다. 부종이나 혈종을 확인하기 위해서 CT나 MRI 검사를 고려해야 하며 괴사나 허혈성 병변, 종양, 농양 등을 확인하는 데는 enhance MRI가 도움이 된다. Enhance MRI의 경우, gadolinium 흡수가 감소된 경우 근육 괴사가 있음을 알 수 있다. 또한 척추 주변 근육 내 압력 측정이 척추 주위 근육 구획 증후군을 진단하는데 도움을 줄 수 있다.

횡문근 융해증 소견이 있거나 근육 내 압력이 높아 구획 증후군으로 진단이 된 경우 응급 근막 절개술을 시행하여야 한다. 본 증례에서는 높은 조직압, 극심한 동통, 근육과 주변 조직의 미만성 부종, 혈액검사에서 CPK, LDH, AST, ALT 증가 확인되어 구획 증후군 진단 후 Wiltse 접근법을 이용하여 수술적 감압술 이후 2일 후 다시 변연 절제술 시행하였으며 이후 Vacuum-Assisted wound Closure (VAC) system을 이용하여 지속적인 창상 관리를 시행하였으며 각각 18일과 22일에 근막 피판술을

시행하였다.

운동 후 발생한 척추 주위 근육의 급성 구획 증후군은 현재까지 매우 드물게 보고 되었다. 저자들이 보고한 2예의 증례를 통하여 요통을 호소하는 환자들 중 최근 근력 운동을 시작하면서 요통이 지속되던 중 갑자기 통증이 악화된 경우, 통증 조절을 위하여 아클로펜(aclofen), 파라마셋(paramacet), 페치딘(pethidine)을 투여하였으나 호전이 없으며, 앙와위(supine) 자세에서 한쪽 다리를 올렸을 때 요통이 악화되는 양성 신장 징후(positive stretch sign)를 보이는 경우, 소변 색깔이 적갈색을 띠는 경우에 구획 증후군을 의심해 볼 필요가 있다. 또한, 혈청 및 소변에서 myoglobin 상승, 혈청 CK 상승한 경우에 척추 주위 근육의 구획 증후군으로 진단할 수 있으며, CT나 MRI에서 척추 주위 근육의 부종 및 괴사 소견을 확인하거나 높은 조직압을 확인하는 것이 척추 주위 근육의 구획 증후군을 진단하는 데 도움을 줄 수 있다. 양성 신장 징후(positive stretch sign)는 앙와위(supine) 자세에서 한쪽 다리를 올려 수동적으로 요추 전만을 감소시키고 척추 기립근을 신전시켜 요통을 유발하는 검사로 무릎을 신전한 상태로 다리를 들어올려 30~70도 사이에서 하지 방사통 발생 유무를 확인하는 하지 직거상 검사와 차이가 있다.

요추부 척추 주위 근육의 구획 증후군은 진단과 치료가 지연될 경우 급성 신부전이 발생할 수 있으므로 조기 진단 및 응급 치료를 필요로 하는 정형외과적 응급 상황의 하나이다. 따라서 조기 진단과 빠른 감압으로 혈액 순환을 회복시키는 것이 예후에 가장 중요한 인자이며, 발생 가능한 원인과 상황을 잘 인지하고 환자의 임상적 증상을 세심히 관찰하는 것이 필요하다. 본 2 증례에서 진단 시기에 차이는 있었지만 근막 절제술 이후 통증 호전이나 근막 피판술 후 상처 회복 등, 치료 경과나 예후에는 차이가 없었다. 임상적으로 요추부 척추 주위 근육의 구획 증후군이 강력히 의심된다면 조직압의 측정 등으로 빠르게 진단해야 할 뿐만 아니라 응급 근막 절개술 및 적절한 치료를 시행하여야 한다. 근막 절개술 이후, VAC system 치료를 하는 경우 효과적인 창상 관리를 할 수 있었다.

## REFERENCES

1. Matsen FA 3<sup>rd</sup>. Compartmental syndrome. An unified concept. Clin Orthop Relat Res. 1975 Nov;113:8-14. DOI: 10.1097/00003086-197511000-00003.
2. Whitesides TE, Heckman MM. Acute compartment syndrome. Update on diagnosis and treatment. J Am Acad Orthop Surg. 1996 Jul;4(4):209-18. DOI: 10.5435/00124635-199607000-00005.

3. Volkmann R. Ischaemic muscle paralyses and contractures. 1881. *Clin Orthop Relat Res*. 2007 Mar;456:20–1. DOI: 10.1097/BLO.0b013e318032561f.
4. PECK D. Evidence for the existence of compartment syndromes of the epaxial muscles. *Anat Rec*. 1981;198:199–201.
5. Carr D, Gilbertson L, Frymoyer J, et al. Lumbar paraspinous compartment syndrome. a case report with physiologic and anatomic studies. *Spine (Phila Pa 1976)*. 1985 Nov;10(9):816–20. DOI: 10.1097/00007632-198511000-00007.
6. Minnema BJ, Neligan PC, Quraishi NA, et al. A case of occult compartment syndrome and nonresolving rhabdomyolysis. *Journal of General Internal Medicine*. 2008 Mar;23(6):871–74. DOI: 10.1007/s11606-008-0569-1.
7. Ferreira J, Galle C, Aminiam A, et al. Lumbar paraspinous rhabdomyolysis and compartment syndrome after abdominal aortic aneurysm repair. *Journal of Vascular Surgery*. 2003 Jan;37(1):198–201. DOI: 10.1067/mva.2003.108.
8. Songcharoen P, Chotigavanich C, Thanapipatsiri S. Lumbar paraspinous compartment pressure in back muscle exercise. *J Spinal Disord*. 1994 Feb;7(1):49–53. DOI: 10.1097/00002517-199407010-00007.
9. Bogduk N. A reappraisal of the anatomy of the human lumbar erector spinae. *J Anat*. 1980 Oct;131(3):525–40.
10. Paryavi E, Jobin CM, Ludwig SC, et al. Acute exertional lumbar paraspinous compartment syndrome. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2010 Dec; 35(25):1529–33. DOI: 10.1097/brs.0b013e3181ec4023.

## 근력 운동 후 발생한 급성 요추부 척추 주위 근육의 구획 증후군 - 증례 보고 -

하지윤 • 이준석 • 조용수\* • 김기원\*

가톨릭대학교 의과대학 성바오로병원 정형외과학교실, \*가톨릭대학교 의과대학 여의도성모병원 정형외과학교실

**연구 계획:** 증례 보고

**목적:** 근력 운동 후 발생한 급성 요추부 척추 주위 근육의 구획 증후군 증례 2예를 보고하고자 한다.

**선행 연구문헌의 요약:** 급성 요추부 척추 주위 근육의 구획 증후군은 매우 드물게 발생하지만 근육 조직의 과사와 급성 신부전을 일으킬 수 있다. 따라서 즉각적인 치료가 필요하다.

**대상 및 방법:** 31세와 30세 남자 환자가 극심한 요통으로 응급실로 내원하였다. 31세 환자에서 Whitesides 방법을 이용하여 측정된 구획압은 35 mmHg로 확인되었다. 30세 환자에서는 좌측에서 22 mmHg, 우측에서 30 mmHg로 측정되었다. 급성 요추부 척추 주위 근육의 구획 증후군으로 진단하고 근막 절개술을 시행하였다.

**결과:** 근막 절개술 이후 혈액 검사는 호전되었다. 근막 피판술 후 수술 부위 상처도 회복되었다.

**결론:** 급성 요추부 척추 주위 근육의 구획 증후군은 매우 드물게 발생하지만 극심한 요통을 호소하는 환자의 경우에 고려되어야 한다.

**색인 단어:** 척추 주위 근육 구획 증후군, 근막 절개술, 횡문근 용해증

**약칭 제목:** 급성 요추부 척추 주위 근육의 구획 증후군

**접수일:** 2018년 2월 8일

**수정일:** 2018년 4월 9일

**게재확정일:** 2018년 8월 6일

**교신저자:** 김기원

서울시 영등포구 63로 10 가톨릭대학교 의과대학 여의도성모병원 정형외과학교실

**TEL:** 02-3779-1192

**FAX:** 02-783-0252

**E-mail:** junband@naver.com