

일과성 흑암시와 관련된 안과적, 전신적 임상양상: 6년간 내원 환자 임상고찰

Ocular and Systemic Manifestation of Amaurosis Fugax: Six-Year Observational Study

문태환 · 채주병

Tae Hwan Moon, MD, Ju Byung Chae, MD

충북대학교 의과대학 안과학교실

Department of Ophthalmology, Chungbuk National University College of Medicine, Cheongju, Korea

Purpose: To investigate the prevalence of ocular and systemic disease causing amaurosis fugax and to discuss the ocular and systemic manifestation of each disease.

Methods: Consecutive patients who had amaurosis fugax were retrospectively studied from 2007 to 2013. Carotid evaluation using Doppler was performed in all patients. Ocular and medical histories were taken and bilateral ophthalmic evaluation performed.

Results: This study included 35 patients. The mean age of patients was 63 years and 27 patients were male; 29 unilateral and 6 bilateral eyes were involved. Associated systemic disease included hypertension (54.3%) and diabetes mellitus (34.2%). The most frequent cause of amaurosis fugax was retinal artery occlusion (28.6%) followed by ocular ischemic syndrome (22.9%), other vascular diseases (11.4%), and retinal vein occlusion (5.7%). The remaining 31.4% patients with amaurosis fugax had no vascular disease. Clinically significant stenosis of the internal carotid artery was observed in 16 patients (45.7%) and 6 of these patients (37.5%) had retinal artery occlusion disease.

Conclusions: Prevalence and clinical manifestation of amaurosis fugax is very complex. Patients with transient visual disturbance are at risk for retinal artery occlusion, ocular ischemic syndrome and other diseases which cause visual loss. Therefore, careful history taking and urgent systemic and ophthalmic evaluations should be performed.

J Korean Ophthalmol Soc 2015;56(5):732-736

Key Words: Amaurosis fugax, Carotid doppler ultrasonography, Carotid stenosis, Ocular ischemic syndrome, Retinal artery occlusion

■ Received: 2014. 8. 14. ■ Revised: 2014. 10. 15.

■ Accepted: 2015. 4. 9.

■ Address reprint requests to **Ju Byung Chae, MD**
Department of Ophthalmology, Chungbuk National University
Hospital, #776 1sunhwan-ro, Seowon-gu, Cheongju 362-711,
Korea
Tel: 82-43-269-6335, Fax: 82-43-269-5263
E-mail: jbchae@chungbuk.ac.kr

* This study was presented as a poster at the 110th Annual Meeting
of the Korean Ophthalmological Society 2013.

* This work was supported by the research grant of Chungbuk
National University in 2013.

일과성 흑암시(Amaurosis fugax)는 갑자기 발생하는 일시적인 시력소실을 의미한다. 대개 전체 시야의 소실로 나타나며, 시력소실은 수 초에서 수 분 이내에 정상으로 회복된다. 환자들은 이러한 증상에 대하여 “흐리게 보인다”, “시야 전체가 까맣게 보인다”, “그림자가 보인다” 등으로 다양하게 표현한다.

일과성 흑암시는 여러 가지 원인에 의하여 발생하며, 병인에 따라 혈관 폐쇄와 저관류와 같은 순환계의 문제, 안구 자체, 신경계, 특발성의 원인으로 나누어 볼 수 있다.^{1,2} 이 중에서도 경동맥 협착 및 안구의 혈관폐쇄성질환이 가장 많은 원인이 되는 것으로 여러 보고를 통하여 알려졌다

며,^{1,6} 일과성 허혈성 발작, 전신성 홍반성 루푸스와 같은 질환이 원인^{7,8}이 되어 그 전구증상으로도 나타날 수 있다. 두통, 결절성 다발동맥염, 호산구성 혈관염 등에서는 혈관 연축으로 일과성 흑암시가 발생할 수도 있고 운동에 의해 유발될 수 있다는 보고^{9,10}도 있다. 발살바 조작 후에 일과성 흑암시가 발생한 국내 보고도 있다.¹¹ 과거에는 원인을 찾을 수 없는 경우도 많았지만, 진단 기술의 발달에 따라 원인이 밝혀지지 않는 경우는 매우 드물게 되었다.

대개의 일과성 흑암시는 정상으로 회복되나 시신경이나 망막의 경색이 발생한 경우 시력 소실이 지속될 수 있으며, 경동맥 협착, 뇌경색과 같은 전신질환에 동반될 수 있으므로 빠른 진단을 필요로 한다. 따라서 일과성 흑암시로 내원한 환자들의 감별진단이 중요하다.

아직까지 일과성 흑암시로 안과에 처음 내원한 환자들에 대한 최종적 진단명 분포 및 빈도, 전신적 질환에 관련한 정확한 국내보고가 없는 실정이다. 이에 저자들은 일과성 흑암시로 환자들이 안과에 초진 내원했을 때 원인 질환의 분포 및 빈도, 이와 관련된 안과적, 전신적인 임상 양상에 대해 조사하여 진단 및 치료에 도움이 되고자 하였다.

대상과 방법

2007년 1월부터 2013년 7월까지 충북대학교병원 안과에 초진 내원한 환자 중 과거력상 일과성 흑암시의 에피소드가 있었던 환자들의 의무기록을 후향적으로 분석하였다. 환자가 호소하는 증상이 일과성 흑암시에 해당하는지 알아보기 위하여 시야의 전체 혹은 부분적 침범 여부, 지속 시간, 발생 양상, 빈도 등의 병력 청취 내용을 분석하였다. 일과성 흑암시는 수 초에서 수 분간 지속되며, 시야를 전체적 혹은 부분적으로 침범하는 일시적인 시력소실로 정의하였다. 환자가 호소하는 증상이 일과성 흑암시라고 판단되면, 이들의 감별진단을 위하여 나이, 성별을 비롯해 고혈압, 당뇨, 부정맥, 고지혈증 등의 전신질환 유무 및 안과질환 유무, 수술력 등을 조사하였으며, 양안에 대한 안과적 검사가 진행되었다. 시력검사는 진용한시력표를 이용하였으며, 각각적굴절검사를 통해 최대교정시력을 측정하였다. 직접, 간접 대광반사 및 구심성동공운동장애 유무를 확인하여 허혈성 질환의 진단에 도움을 주고자 하였다. 안압은 골드만 압평안압계를 이용하였다. 전안부 검사는 세극등현미경을 이용하여 눈물막, 각막, 앞방, 홍채, 수정체 이상 여부를 확인하였다. 시야 이상 확인을 위해 양안 시야검사를 시행하였다. 안저검사는 숙련된 한 명의 망막전문의에 의하여 시행되었고, 이상 소견이 관찰된 경우 감별 진단을 위하여 안저사진, 황반부 빛간섭단층촬영, 형광안저촬영검사를 시행하

였다. 모든 환자에서 경동맥초음파검사를 시행하여 경동맥 협착이나 plaque가 존재하는지 확인하였으며, 필요에 따라 심초음파검사를 시행하여 좌심방혈전, 판막질환 등의 색전을 유발할 수 있는 요소가 있는지 확인하였다. 임상적으로 의미가 있는 경동맥 협착은 경동맥에 색전을 유발할 수 있는 plaque가 존재하거나 50% 이상의 협착이 존재하는 경우로 정의하였으며, 신경과 전문의의 판독 소견을 이용하였다.

결 과

조사 기간 동안 총 35명이 일과성 흑암시로 안과에 초진 내원하였다. 평균 나이는 63.77세(30-83세), 남자가 27명으로 높은 비율을 차지하였다. 82.9%(29명)의 환자에서 단안에 침범하였으며, 동반된 전신질환으로는 당뇨 34.2% (12명), 고혈압 54.3% (19명), 심뇌혈관질환 14.3% (3명)이었다(Table 1).

일과성 흑암시의 양상을 살펴보면, 시야의 전체적인 소실이 있는 경우가 68.6% (24명)였으며, 부분적 소실이 31.4%(11명)에서 나타났다. 지속시간은 수 초에서 수 시간으로 광범위하게 분포하였다. 증상이 1-2회 나타난 뒤 내원한 경우가 80% (28명)로 가장 많았으며, 한 달에 1-2회가 5명(14.3%), 심한 경우 하루에 수차례 발생하는 경우도 5.7% (2명)의 빈도로 조사되었다. 내원 당시 부분적 혹은 전체적 시야 이상을 호소한 11명에서는 시야검사를 시행하였으며, 54.5% (6명)은 정상, 전체적 시야결손이 나타난 경우가 27.3% (3명), 환자가 호소한 부위의 부분적 결손이 18.2% (2명)으로 나타났다.

일과성 흑암시로 초진 내원한 환자 35명의 질환의 분포 및 빈도를 살펴보면 망막동맥폐쇄가 10명(28.6%)으로 단일 질환 중 가장 높은 비율을 보였으며, 안저혈증후군이 8명(22.9%), 망막정맥폐쇄가 2명(5.7%), 당뇨망막병증이나 뇌졸중, 심방세동 등의 기타 혈관 질환이 4명(11.4%)으로 나

Table 1. Basic characteristics of patients with amaurosis fugax (n = 35)

	Results
Sex (M:F)	27:8
Age at initial visit (years, range)	63.77 ± 12.59 (30-83)
Eye involved (n, %)	
Unilateral	29 (82.9)
Bilateral	6 (17.1)
Underlying disease	
Hypertension	19 (54.3)
Diabetes mellitus	12 (34.3)
Cardiovascular disease*	5 (14.3)

Values are presented as mean ± SD unless otherwise indicated.

*Myocardial infarction, angina, stroke.

Table 2. Carotid doppler findings of the patients with amaurosis fugax

	Retinal artery occlusion (n = 10)	Retinal vein occlusion (n = 2)	Ocular ischemic syndrome (n = 8)	Other vascular disease (n = 4)	No vascular disease (n = 11)
Clinically significant stenosis (%) [*]	6 (60)	0	6 (75)	2 (50)	2 (18.2)

^{*}Plaque that can cause emboli or stenosis up to 50% of diameter.

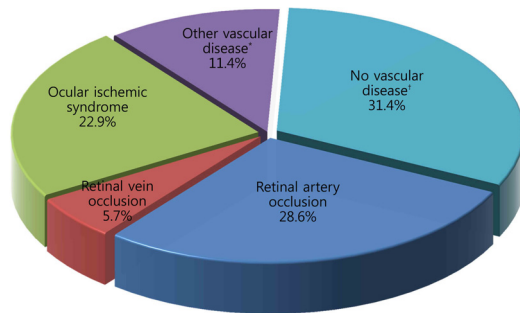


Figure 1. Disease distribution of new patients with amaurosis fugax. ^{*}Diabetic retinopathy, atrial fibrillation; [†]Transient ischemic attack, migraine, panuveitis.

타났다. 혈관 질환이 없이 일과성 흑암시가 나타난 환자가 11명(31.4%)으로, 일과성 뇌허혈 발작, 편두통, 전부 포도막염이 진단되었다(Fig. 1).

일과성 흑암시로 내원한 35명의 환자들에 대하여 모두 경동맥 초음파를 시행하였으며, 이들 중 16명(45.7%)에서 혈전을 유발할 수 있는 경동맥 협착 또는 혈관벽의 plaque가 확인되었다. 경동맥 협착 소견이 있는 환자 16명의 질환 분포를 살펴보면, 망막 동맥 폐쇄나 정맥 폐쇄 등의 혈관폐쇄 관련 질환을 보인 환자가 6명(37.5%), 안허혈증후군이 6명(37.5%)으로 동일한 빈도를 보였다. 이 외에 일과성 뇌허혈 발작이 2명(12.5%), 기타 혈관질환으로 분류된 뇌졸중과 심방세동이 각각 1명으로 조사되었다. 망막정맥폐쇄 환자에서는 경동맥 협착이나 plaque가 관찰되지 않았다(Table 2).

고 찰

일과성 흑암시에 대한 첫 보고는 1875년 Gowers¹²가 심장질환 환자에서 나타난 증례를 발표한 것이며, 이후 여러 연구를 통해 보고되고 있다. 1952년 Fisher^{13,14}는 경동맥에서 유래된 plaque가 망막혈관에서 관찰되는 것을 보고하였으며, 일과성 흑암시가 경동맥 질환과 연관성이 있다고 하였다. The Amaurosis Fugax Study Group²에서는 일과성 흑암시의 발생 원인에 대하여 색전성, 혈액학적 원인, 안과적 질환, 신경과적 질환, 특발성으로 분류하였다. 이처럼 일과성 흑암시는 단순하게는 안구건조증과 같은 안과적 질환에서부터 뇌졸중, 심장 질환과 같은 전신적 질환까지 다양한

질환에서 나타날 수 있으므로, 일과성 흑암시의 감별진단에 있어서 환자에 대한 자세한 병력 청취가 무엇보다 중요하며, 이를 토대로 안과적, 전신적 검사를 시행하여 일과성 흑암시의 유발 원인을 찾아야 한다. 환자는 모든 증상이 소실된 뒤에 병원에 방문하는 경우가 대부분이므로, 병원 방문 당시 호소하는 증상보다는 일과성 흑암시가 발생한 당시에 대한 환자의 표현을 자세히 청취하는 것이 필요하다.

환자의 전신질환에 대한 병력 청취는 일과성 흑암시의 감별진단에 기본적인 토대가 되므로, 고혈압, 당뇨, 심뇌혈관 질환, 고지혈증, 편두통 등이 있는지 자세히 조사하여야 한다.

환자의 나이는 일과성 흑암시의 발생 원인을 감별하는데 도움이 된다. 환자의 나이가 45세 이상인 경우, 일시적인 시력 소실의 원인이 색전이나 경동맥 협착과 같은 혈관폐쇄성일 가능성이 높다. 이에 대해 Poole et al¹⁵은 임상적으로 의미 있는 경동맥 협착을 예측하는 데 있어서 나이가 가장 중요한 요소라고 하였다. 환자의 나이가 45세 미만인 경우에 Tippin et al¹⁶은 대상 환자 중 일과성 흑암시의 원인이 허혈성인 경우는 없었으며, 편두통 등의 신경학적 원인이 가장 많았다고 하였다. 본 연구에서는 45세 이상의 환자가 35명 중 32명으로 압도적으로 많았으며, 20명이 혈관폐쇄성 질환으로 62.5%의 높은 빈도를 보였다. 45세 미만의 환자는 총 3명이었으며, 편두통이 1예, 당뇨망막병증 1예, 원인 미상이 1예로, 45세 미만의 환자에서도 혈관 관련 질환이 일과성 흑암시를 유발하였다.

일과성 흑암시의 발생 빈도 및 진행 양상을 조사하는 것은 발생 원인 질환을 찾는 데에 도움이 된다. 증상이 반복되고 서서히 진행되는 양상을 보인다면 경동맥 협착과 같은 혈액학적 원인일 가능성이 높다. 증상이 갑작스럽게 한번 발생한 경우에는 색전에 의한 혈관 폐색의 가능성을 고려해 보아야 한다. 본 연구에서는 안허혈증후군으로 진단된 8예의 환자 중 5예에서 반복되는 증상을 호소하였으며, 망막동맥폐쇄 10명의 환자들은 모두 한 번의 증상이 갑자기 발생하였다고 하였다.

증상 발생 시 통증이 동반된다면 혈관 연축이나 경동맥 협착이 원인일 가능성이 높다. Burde¹는 안동맥이나 중심망막동맥의 연축이 발생하면 일과성 흑암시와 함께 편두통이 발생하며, 경동맥 협착이 원인인 경우 만성적인 안구 및 구

후부위 통증이 발생할 수 있다고 하였다. 본 연구에서 안구 통증을 호소한 증례는 없었으며, 이는 증례 수가 적었고, 이와 관련된 문진이 되지 않았기 때문일 가능성이 있다.

위에 제시한 병력 청취가 성공적으로 이루어진다면, 이를 토대로 한 다양한 안과적, 전신적 검사를 통해 원인 질환을 찾을 수 있다. 일과성 흑암시 환자가 안과에 초진 내원한 경우, 우선 안과적 질환 유무를 확인하기 위한 검사가 체계적으로 진행되어야 할 것으로 생각된다.

세극등 현미경 검사를 통해서 일과성 흑암시를 유발할 수 있는 전안부 질환 유무를 확인하여 이를 감별하는 것이 필요하다. 안검염, 안구건조증, 각막염, 폐쇄각 녹내장, 홍채섬모체염에 의해 일과성 흑암시가 발생한 보고가 있으며,^{4,17-19} 세극등 현미경을 통해 안검, 눈물막, 각막, 전방에 대한 자세한 검사가 이루어져야 한다. 시야검사를 통해 시야결손이 전체적 혹은 부분적인지 파악하고, 시야 결손이 일시적인 것인지, 혹은 영구적 소실인지 여부를 확인하는 것은 원인 질환을 찾는 데에 도움이 될 것으로 생각된다.

일과성 흑암시의 감별진단을 위해서 안과적으로 안저 검사와 형광안저촬영이 기본적으로 시행된다. 본 연구에서 35명 중 20명(57%)은 망막혈관폐쇄, 안허혈증후군이 원인으로 높은 비중을 차지한다. 따라서 병력 청취 및 전안부 검사상 다른 특정한 원인질환이 밝혀지지 않았다면 망막혈관폐쇄, 안허혈증후군을 우선적으로 염두에 두고 안저검사와 형광안저촬영을 시행, 이들을 감별해야 할 것으로 생각된다.

안과적 검사를 통해 진단이 되지 않은 경우에는 내과, 신경과 등과 관련한 전신적인 검사가 진행되어야 하는데, 혈액검사를 통해 빈혈이나 적혈구 증가증 등의 혈액학적 질환²⁰이나 고지혈증, 당뇨 등의 다양한 정보를 얻을 수 있다.

Immediate sedimentation rate (ESR)이나 C-reactive protein (CRP) 검사를 통해 측두동맥염 등의 혈관염 진단에 도움이 될 수 있다. 망막동맥폐쇄의 기전으로 Hayreh et al²¹은 색전, 혈액학적, 세로토닌에 의한 혈관연축을 제시하였다. 색전, 혈액학적 문제에 의해 발생하는 일과성 흑암시 환자에서 경동맥 협착 및 경동맥 내 plaque가 그 원인인 경우가 가장 흔하다고 알려졌고,^{21,22} 망막동맥폐쇄에서는 경동맥 협착 정도보다는 plaque의 존재 여부가, 안허혈증후군에서는 경동맥 협착 정도가 더 의미 있는 요소라는 보고가 있다.^{23,24} 따라서 경동맥 초음파의 시행을 통해 경동맥 협착 정도 및 plaque 존재 여부를 파악하는 것이 중요하다. 그리고 경동맥 질환과 심장질환이 동반되어 있는 환자들은 심장 판막질환이나 좌심방혈전 등의 심장인성의 색전 가능성을 확인하기 위해 심초음파 검사 또한 병행하여야 한다. 만약 경동맥 초음파나 심초음파 소견이 정상이더라도 경동맥

이나 심장질환에 의한 색전의 가능성을 배제하여서는 안된다. 경동맥 초음파로 확인 가능한 범위에서 벗어난 부위에 plaque 등의 병변이 있을 수 있으며, 경동맥 초음파에 감지되지 않는 미세색전(Microemboli)에 의해서도 망막동맥의 색전은 가능하기 때문이다.²¹ 심초음파의 경우 경식도 심초음파로 발견되는 병변을 경흉부 심초음파로 발견하기 어려운 경우가 있으므로, 경흉부 심초음파를 시행한 경우 미발견된 병변이 있을 가능성을 염두에 두어야 한다.

본 연구는 일과성 흑암시의 질환 분포 및 전신적 임상상에 대한 첫 국내 보고라는 데에 의의가 있으며, 일과성 흑암시를 호소한 환자가 안과로 초진 내원하였을 때 병력 청취나 검사를 통한 감별 진단에 도움이 될 것이라고 생각한다. 본 연구의 제한점은 연구 대상인원이 35명으로 비교적 적었으며, 후향적 연구의 특성상 시야검사나 혈액 검사 등 체계적인 감별 진단에 필요한 검사들이 시행되지 않았던 환자들이 있었다.

결론적으로 일과성 흑암시로 안과에 초진 내원한 환자의 69% (24명)에서 혈관관련질환이 관찰되었으며, 이들 중 16명(45.7%)에서 혈전을 유발할 수 있는 경동맥 협착 또는 혈관벽의 plaque가 확인되었다. 혈관관련질환이 진단되지 않은 환자는 31% (11명)로, 이들은 일과성 허혈성 발작, 편두통, 전부 포도막염 등으로 진단되었다. 일과성 흑암시는 다양한 원인으로 발생할 수 있는 현상이며, 전신적 문제 없이 단순한 질환에 의해서도 나타날 수 있으나, 심각한 시력저하를 유발하는 망막동맥폐쇄질환이나 안허혈증후군의 초기증상일 수 있으므로, 전신적인 검사를 포함한 철저한 검사가 필요하다.

REFERENCES

- 1) Burde RM. Amaurosis fugax. An overview. J Clin Neuroophthalmol 1989;9:185-9.
- 2) The Amaurosis Fugax Study Group. Current management of amaurosis fugax. Stroke 1990;21:201-8.
- 3) Hayreh SS, Zimmerman MB. Amaurosis fugax in ocular vascular occlusive disorders: prevalence and pathogenesis. Retina 2014;34:115-22.
- 4) Bacigalupi M. Amaurosis Fugax-A Clinical Review. The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice 2006;4.
- 5) Kim NR, Chin HS. Progression of impending central retinal vein occlusion to the ischemic variant following intravitreal bevacizumab. Korean J Ophthalmol 2010;24:179-81.
- 6) Lee DH, Lee SJ, Yoon IN. Clinical progress in impending central retinal vein occlusion. Korean J Ophthalmol 2010;24:83-8.
- 7) Miller FW, Santoro TJ. Nifedipine in the treatment of migraine headache and amaurosis fugax in patients with systemic lupus erythematosus. N Engl J Med 1984;311:921.
- 8) Shaw HE Jr, Osher RH, Smith JL. Amaurosis fugax associated with

- SC hemoglobinopathy and lupus erythematosus. Am J Ophthalmol 1979;87:281-5.
- 9) Heckmann JG, Gaul C, Neundörfer B, et al. Vasospastic amaurosis fugax. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2003;74:149.
 - 10) Jehn A, Frank Dettwiler B, Fleischhauer J, et al. Exercise-induced vasospastic amaurosis fugax. Arch Ophthalmol 2002;120:220-2.
 - 11) Jo YJ, Yun YJ, Kwag JY, Kim JY. Valsalva maneuver-induced amaurosis fugax. J Korean Ophthalmol Soc 2010;51:779-83.
 - 12) Gowers WR. On a case of simultaneous embolism of central retinal and middle cerebral arteries. Lancet 1875;106:794-6.
 - 13) Fisher M. Transient monocular blindness associated with hemiplegia. AMA Arch Ophthalmol 1952;47:167-203.
 - 14) Fisher CM. Observations of the fundus oculi in transient monocular blindness. Neurology 1959;9:333-47.
 - 15) Poole CJ, Ross Russell RW, Harrison P, Savidge GF. Amaurosis fugax under the age of 40 years. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1987;50:81-4.
 - 16) Tippin J, Corbett JJ, Kerber RE, et al. Amaurosis fugax and ocular infarction in adolescents and young adults. Ann Neurol 1989; 26:69-77.
 - 17) Kathleen BD, James JC. Practical viewing of the optic disc, 1st ed. Burlington: Butterworth-Heinemann, 2003;269-344.
 - 18) Ravits J, Seybold ME. Transient monocular visual loss from narrow-angle glaucoma. Arch Neurol 1984;41:991-3.
 - 19) Sørensen PN. Amaurosis fugax. A unselected material. Acta Ophthalmol (Copenh) 1983;61:583-8.
 - 20) Houwerzijl EJ, van Haelst PL, van Doormaal JJ, Gans RO. Clinical reasoning and decision-making in practice. A 31-year-old woman with transient monocular blindness and polycythaemia. Ned Tijdschr Geneesk 2005;149:125-31.
 - 21) Hayreh SS, Podhajsky PA, Zimmerman MB. Retinal artery occlusion: associated systemic and ophthalmic abnormalities. Ophthalmology 2009;116:1928-36.
 - 22) Wijman CA, Gomes JA, Winter MR, et al. Symptomatic and asymptomatic retinal embolism have different mechanisms. Stroke 2004;35:e100-2.
 - 23) Hayreh SS, Podhajsky P. Ocular neovascularization with retinal vascular occlusion. II. Occurrence in central and branch retinal artery occlusion. Arch Ophthalmol 1982;100:1585-96.
 - 24) Mizener JB, Podhajsky P, Hayreh SS. Ocular ischemic syndrome. Ophthalmology 1997;104:859-64.

= 국문초록 =

일과성 흑암시와 관련된 안과적, 전신적 임상양상: 6년간 내원 환자 임상고찰

목적: 일과성 흑암시를 주소로 안과에 초진 내원한 환자들의 원인 질환의 분포 및 빈도, 이와 관련된 안과적, 전신적인 임상 양상에 대해 조사하고자 한다.

대상과 방법: 6년 동안 일과성 흑암시를 주소로 안과에 초진 내원하여 안과 진료 및 경동맥 관련 검사를 받은 모든 환자를 대상으로 후향적으로 의무기록을 분석하였다. 초진 시 시행 받은 안과적 검사 및 흑암시의 원인 조사를 위한 경동맥 관련 검사를 분석하고, 그에 따른 흑암시의 원인 질환 종류 및 질환 빈도, 경동맥 협착 정도를 조사하였다.

결과: 조사기간 중 총 35명이 일과성 흑암시를 주소로 안과에 초진 내원하였다. 환자의 평균나이는 63세였으며, 남자가 27명, 여자가 8명이었다. 29명(82.9%)의 환자에서 단안에 발생하였고, 6명(17.1%)에서 양안에 발생하였다. 당뇨환자는 34.2%, 고혈압환자는 54.3% 이었다. 가장 흔한 원인 질환은 망막동맥폐쇄였으며(10명), 그 외에 안허혈증후군(8명), 망막정맥폐쇄(2명), 기타 혈관 관련 질환(4명) 이 일과성 흑암시를 유발하였다. 진단된 혈관관련 이상이 없이 일과성 흑암시만 있는 경우는 31.4%(11명)였다. 모든 환자에서 경동맥 초음파 검사를 시행하였으며, 경동맥 협착 소견을 보인 환자는 45.7%(16명)였다. 경동맥 협착 소견을 보인 16명 중 6명에서 망막의 혈관폐쇄 관련 질환이 있었으며, 안허혈증후군이 6명, 일과성 허혈성 발작이 2명, 뇌졸중과 심방세동이 각각 1명으로 조사되었다.

결론: 일과성 흑암시는 다양한 원인으로 발생할 수 있는 현상이며, 전신적 문제 없이 단순한 발작소견으로 보일 수도 있으나, 심각한 시력저하를 유발하는 망막동맥폐쇄질환이나 안허혈증후군의 초기증상일 수 있으므로, 전신적인 검사를 포함한 철저한 검사가 필요하다. <대한안과학회지 2015;56(5):732-736>