

CAN THIỆP NỘI MẠCH LẤY HUYẾT KHỐI Ở BỆNH NHÂN ĐỘT QUY NHỒI MÁU NÃO CẤP DO TẮC ĐỘNG MẠCH CẢNH HAI BÊN: BÁO CÁO CA BỆNH

Phan Nhân Hiền^{1,✉}, Đỗ Đặng Khánh¹

Bùi Văn Đoài¹, Lê Tuấn Linh^{1,2}

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Tắc cấp động mạch cảnh hai bên là một tình trạng đột quy rất hiếm gặp và có tiên lượng rất xấu nếu không được can thiệp kịp thời. Tái thông dòng chảy hai bên sớm nhất là lựa chọn duy nhất để bảo tồn chức năng thần kinh của bệnh nhân. Chúng tôi báo cáo ca lâm sàng bệnh nhân nữ 44 tuổi có tiền sử suy tim, rung nhĩ; sau khi đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn 6 giờ bệnh nhân đột ngột hôn mê với điểm Glasgow (GCS) 6 điểm. Cắt lớp vi tính sọ-mạch não ghi nhận tắc hoàn toàn động mạch cảnh chung phải và tắc hoàn toàn động mạch cảnh trong trái từ đoạn gốc. Bệnh nhân được can thiệp lấy huyết khối cơ học bằng phương pháp hút huyết khối đơn thuần tuần tự từng bên. Tái thông động mạch cảnh cả hai bên được ghi nhận tại thời điểm 46 phút tính từ khi chọc động mạch đùi và đạt tái thông hoàn toàn (TICI 3) cả hai bên. Sau 24 giờ bệnh nhân hồi phục tốt, tình hoàn toàn (GCS 15 điểm), NIHSS 4 điểm. Qua ca lâm sàng này chúng tôi muốn mô tả một bệnh cảnh lâm sàng hiếm gặp tắc động mạch cảnh hai bên, khởi phát nặng nề, cần được can thiệp tái thông nhanh chóng.

Từ khoá: Nhồi máu não, tắc động mạch cảnh, hút huyết khối.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy nhồi máu não cấp do tắc động mạch lớn là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn phế nặng. Trong đó tắc động mạch cảnh trong, động mạch não giữa một bên hay động mạch thân nền là bệnh cảnh thường gặp và đã có nhiều bằng chứng khẳng định hiệu quả của điều trị tái thông bằng can thiệp nội mạch.¹ Tuy nhiên, với bệnh cảnh tắc đồng thời các mạch lớn hai bên cùng lúc như tắc động mạch cảnh, động mạch não giữa hai bên cấp tính, là tình trạng hiếm gặp với chỉ < 1% các trường hợp, gây nhiều khó khăn trong xử trí.² Các trường hợp thường có tình trạng lâm sàng lúc khởi phát

rất nặng nề, phần lớn rơi vào hôn mê sớm với tỉ lệ tử vong cao nếu không được tái thông nhanh chóng. Tuy vậy, chiến lược xử trí những bệnh nhân này còn rất hạn chế và giới hạn trong các báo cáo ca lâm sàng và chưa được đề cập đến trong các hướng dẫn hiện nay.^{2,3}

Chúng tôi báo cáo ca lâm sàng nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học, chiến lược can thiệp và kết quả điều trị của một trường hợp tắc động mạch cảnh chung một bên phối hợp tắc động mạch cảnh trong bên đối diện được ở bệnh nhân trẻ tuổi sau thay máy tạo nhịp vì rung nhĩ được tái thông hoàn toàn bằng can thiệp hút huyết khối đơn thuần tuần tự có kết quả hồi phục lâm sàng tốt.

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bệnh nhân nữ, 44 tuổi, có tiền sử suy tim, rung nhĩ đã đặt máy tạo nhịp tim vĩnh viễn một buồng 7 năm, đang dùng liều chống đông

Tác giả liên hệ: Phan Nhân Hiền

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Email: drphanhienhmu@gmail.com

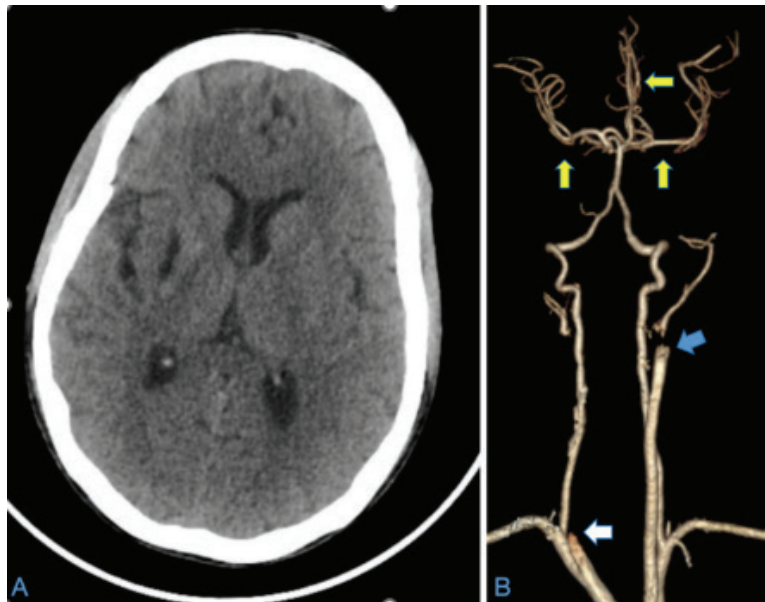
Ngày nhận: 18/03/2026

Ngày được chấp nhận: 08/05/2026

Rivaroxaban 10 mg/ngày và Cordarone 100 mg/ngày vào viện do khó thở kèm phù và cổ chướng, được xét thay máy tạo nhịp tim. Siêu âm Doppler tim trước can thiệp cho thấy tình trạng van ba lá hở mức độ nhiều, buồng thất phải giãn kèm chức năng tâm thu thất phải giảm và không phát hiện huyết khối trong buồng tim. Siêu âm Doppler động mạch cảnh và động mạch đốt sống ngoài sọ không thấy bất thường. Xét nghiệm đông máu lúc vào viện có PT: 26%, INR : 2,34, khi nhập viện bệnh nhân được chuyển sang dùng Enoxaparin (Lovenox, Sanofi, Pháp) 60 mg/0,6 ml/ ngày, xét nghiệm trước lúc thay máy tạo nhịp là PT: 70%, INR: 1,28, APTT 29 giây; bệnh nhân được dùng thuốc chống đông trước thủ thuật thay máy tạo nhịp 24 giờ.

Sau khi được thay máy tạo nhịp 6 giờ bệnh

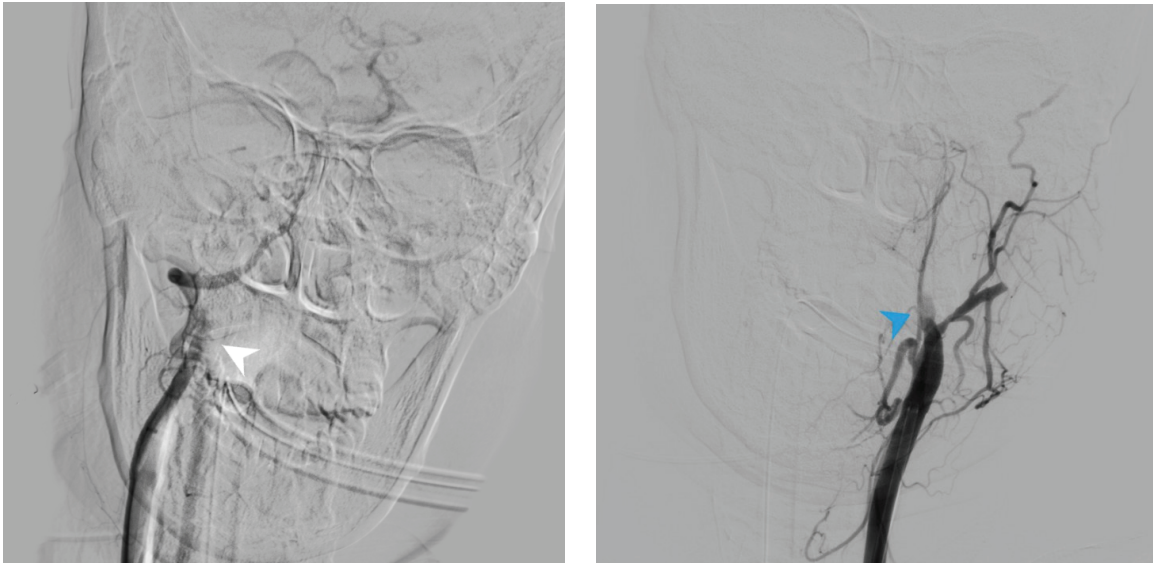
nhân đột ngột xuất hiện tình trạng hôn mê GCS 6 điểm, kèm tình trạng liệt tứ chi ưu thế nửa người trái (cơ lực bên phải 2/5, cơ lực bên trái 1/5), NIHSS 19 điểm. Đồng tử 2 bên giãn, bên phải 5 mm, bên trái 4 mm, không còn phản xạ ánh sáng. Chụp cắt lớp vi tính sọ - mạch não được thực hiện 40 phút kể từ khi khởi phát triệu chứng đầu tiên: trước tiêm cho thấy bệnh nhân không có xuất huyết, không phát hiện các vùng giảm tỉ trọng do nhồi máu ở hai bán cầu não (ASPECT hai bên 10 điểm), tắc hoàn toàn động mạch cảnh chung phải và động mạch cảnh trong trái từ đoạn gốc, tuần hoàn bàng hệ qua hệ tuần hoàn sau tốt. Bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu não cấp tính do tắc động mạch cảnh chung phải và động mạch cảnh trong trái, được chỉ định tái thông tối cấp (Hình 1).



Hình 1. [A] Hình ảnh CLVT sọ não không tiêm: không phát hiện các vùng giảm tỉ trọng (ASPECT 10 điểm). [B] Hình ảnh CT-A : tắc hoàn toàn ĐM cảnh chung phải (mũi tên trắng) và ĐM cảnh trong trái (mũi tên xanh) từ đoạn gốc, tuần hoàn bàng hệ tốt (các mũi tên vàng)

Bệnh nhân được chuyển ngay tới phòng can thiệp, được sử dụng an thần Midazolam (Zodalan) 5 mg/1ml x 1 ống và giãn cơ

Suxamethonium clorid (100 mg x 1 lọ) dưới sự theo dõi của một bác sỹ gây mê hồi sức.



Hình 2. Hình ảnh chụp mạch cho thấy tắc hoàn toàn ĐM cảnh chung phải (Hình 2A. mũi tên trắng) và ĐM cảnh trong trái (Hình B. mũi tên xanh) từ đoạn gốc



**Hình 3. A, B. Hình ảnh chụp mạch sau tái thông hai bên động mạch cảnh;
C. Các cục huyết khối được hút ra**

Dưới hướng dẫn của siêu âm, một Sheath 8F (Terumo, Nhật Bản) được đưa vào động mạch đùi chung phải dựa trên kỹ thuật Seldinger. Sau đó chúng tôi đưa lần lượt Porteur 8F (Neuron MAX, Penumbra, Hoa Kỳ) và ống hút React 6F (Medtronic, Hoa Kỳ) lên động mạch cảnh chung phải: hút áp lực âm một lần lấy ra được vài mảnh huyết khối đỏ sẫm dai, chụp lại thấy động mạch cảnh chung phải tái thông hoàn toàn TIC1 3. Tiếp tục dùng

Porteur 8F và ống hút React 6F đến ĐM cảnh trong trái, dùng áp lực âm hút một lần ra được vài mảnh huyết khối đen nhỏ. Tuy nhiên, sau khi chụp lại động mạch cảnh trong trái vẫn còn tắc, ống hút tiếp cận vị trí huyết khối khó khăn, vì vậy chúng tôi tiếp tục đưa vi ống thông Rebar 2.4 F (Medtronic, Hoa Kỳ) đồng trục với vi dây dẫn Avigo 0.014" (Medtronic, Hoa Kỳ) đi qua được chỗ tắc để đưa ống hút tiếp cận vị trí huyết khối. Dùng áp lực âm hút huyết khối

lần hai lấy ra thêm được 01 mảnh huyết khối đen dài 15 mm, chụp lại thấy tái thông động mạch cảnh trong trái hoàn toàn TIC1 3. Thời gian tính từ lúc chọc động mạch đùi đến lúc tái thông động mạch cảnh chung phải là 22 phút, tới lúc tái thông động mạch cảnh trong trái là 46 phút.

Sau can thiệp 12 giờ bệnh nhân được rút ống nội khí quản, cắt can thần với tình trạng tỉnh táo hoàn toàn GCS 15 điểm, cơ lực được cải thiện bên phải 5/5, bên trái 4/5, điểm NIHSS 4 điểm. Chụp cắt lớp vi tính sọ não sau 24 giờ không phát hiện tình trạng chuyển dạng xuất huyết. Sau can thiệp bệnh nhân tiếp tục được điều trị tại bệnh viện một thời gian dài do tình trạng suy tim nặng tràn dịch ổ màng và nhiễm khuẩn bệnh viện, sau 1 tháng bệnh nhân xuất viện với triệu chứng thần kinh hồi phục hoàn toàn, sau 3 tháng mRS 0.

Việc công bố ca lâm sàng ẩn danh này được sự đồng ý của bệnh nhân và do thiết kế nghiên cứu hồi cứu nên sự đồng ý của hội đồng đạo đức được miễn trừ.

III. BÀN LUẬN

Ca lâm sàng của chúng tôi mô tả một bệnh cảnh hiếm gặp của đột quỵ nhồi máu não cấp do tắc đồng thời hai động mạch cảnh gồm động mạch cảnh chung phải và động mạch cảnh trong trái từ gốc, trên nền một bệnh nhân trẻ tuổi có rung nhĩ. Dù lâm sàng khởi phát nặng nề, nhưng bệnh nhân có một số yếu tố tiên lượng thuận lợi gồm thời gian khởi phát sớm, chưa có biến đổi nhu mô và tuần hoàn bàng hệ tốt từ hệ tuần hoàn sau trên phim chụp cắt lớp vi tính sọ- mạch não trước can thiệp. Nhờ đó, can thiệp lấy huyết khối cơ học bằng kỹ thuật hút trực tiếp đã đạt tái thông hoàn toàn cả hai bên động mạch cảnh trong 46 phút từ lúc chọc động mạch đùi, với kết cục lâm sàng tốt sau 90

ngày với mRS 0.

Tắc đồng thời các động mạch lớn của tuần hoàn trước hai bên là tình huống lâm sàng hiếm, thường khởi phát nặng và có nguy cơ tử vong cao nếu không được tái thông kịp thời. Một số báo cáo trước đây đã ghi nhận các trường hợp tương tự như tắc động mạch cảnh trong hai bên, tắc ĐM não giữa hai bên hoặc tổn thương kết hợp giữa động mạch cảnh trong và động mạch não giữa đối bên (bảng 1). Tại Việt Nam, Mai Duy Tôn và cộng sự đã báo cáo một trường hợp tắc động mạch cảnh trong hai bên ở bệnh nhân rung nhĩ, được can thiệp phối hợp ống hút và stent kéo huyết khối đồng thời hai bên, đạt TIC1 3 sau 48 phút và mRS2 sau 30 ngày. Các chiến lược can thiệp đồng thời hoặc tuần tự đều có thể được áp dụng, tùy thuộc vào nguồn lực, kinh nghiệm và mức độ sẵn có của phương tiện can thiệp, can thiệp đồng thời hai bên cùng lúc mang lại hiệu quả thời gian tái thông sớm hơn, tuy nhiên trong điều kiện chúng tôi khi chỉ có một bác sỹ trực cấp cứu đột quỵ việc đợi nguồn lực đủ có thể làm chậm hơn thời gian tái thông của bệnh nhân.²

Ở bệnh nhân chúng tôi tuy tắc mạch lớn thời gian dưới 4,5 giờ nhưng chúng tôi quyết định không dùng thuốc tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch vì nhiều lý do: thứ nhất do bệnh nhân xét nghiệm gần nhất trước thời điểm nhồi máu não có INR cao hơn bình thường; thứ hai đối với các tắc mạch não đồng thời hai động mạch lớn hiệu quả của tiêu huyết khối không đủ bằng chứng như các bệnh nhân tắc động mạch lớn đơn thuần và các nguy cơ chuyển dạng chảy máu cũng chưa được kiểm chứng; thứ ba bệnh nhân vừa trải qua thủ thuật có xâm lấn là cấy máy tạo nhịp khi dùng tiêu sợi huyết có thể gây biến cố chảy máu, tụ máu thành ngực vị trí đặt máy.^{4,5}

Bảng 1. So sánh các ca lâm sàng can thiệp ĐM cảnh/ĐM não giữa hai bên đã được báo cáo trong y văn

Tác giả (năm)	Triệu chứng lâm sàng	Điểm NIHSS	Giới/ tuổi	Vị trí tắc	Thời gian khởi phát triệu chứng tới can thiệp	Phương pháp lấy huyết khối	Can thiệp đồng thời hai bên/ tuần tự mỗi bên	Kết quả sau can thiệp
Dietrich và cộng sự (2014) ⁶	Liệt nửa người, nói khó	Không có dữ liệu	Nam/72	ĐM não giữa hai bên	3 giờ	Hút + stent kéo huyết khối	Tuần tự	Di chứng nhẹ
Pop và cộng sự (2014) ⁷	Liệt nửa người	19	Nữ/78	ĐM não giữa phải + ĐM cảnh trong trái	3.5 giờ	Stent kéo huyết khối	Đồng thời	Hồi phục hoàn toàn
Pop và cộng sự (2014) ⁷	Liệt nửa người	18	Nữ/66	ĐM cảnh trong phải + ĐM não giữa trái	1 giờ	Stent kéo huyết khối	Đồng thời	Di chứng nặng
Larrew và cộng sự (2019) ⁸	Mất ý thức	Không có dữ liệu	Tuổi trung niên (không có dữ liệu giới tính)	ĐM cảnh trong hai bên	2 giờ	Hút	Đồng thời	Tử vong
Mai và cộng sự (2022) ⁹	Liệt tứ chi, giảm ý thức	32	Nữ/62	ĐM cảnh trong hai bên	3.5 giờ	Hút + stent kéo huyết khối	Đồng thời	Di chứng nhẹ
Ca lâm sàng của chúng tôi	Liệt tứ chi	19	Nữ/44	ĐM cảnh chung phải + ĐM cảnh trong trái	2 giờ	Hút	Tuần tự	Di chứng nhẹ

Các dữ liệu y văn cho thấy hút huyết khối trực tiếp là một chiến lược hợp lý trong điều trị tắc mạch lớn. Nghiên cứu đa trung tâm của Hamouda cho thấy hút đơn thuần có hiệu quả kỹ thuật và kết cục lâm sàng tương đương stent kéo huyết khối hoặc kỹ thuật phối hợp, nhưng thời gian thủ thuật ngắn hơn và nguy cơ bóc tách động mạch thấp hơn.¹⁰ Miguel Ramírez-Torres và cộng sự cũng ghi nhận nhóm hút huyết khối trực tiếp có thời gian thủ thuật ngắn hơn, tỷ lệ tái thông tốt hơn và kết cục chức năng sau 3 tháng thuận lợi hơn so với các chiến lược không sử dụng hút huyết khối.¹¹ Thành phần của huyết khối có nguồn gốc từ tim khác với huyết khối hình thành tại chỗ; giàu tiểu cầu và fibrin hơn và dễ vỡ vụn hơn các loại huyết khối khác nên hút huyết khối đơn thuần mang lại lợi ích hơn dùng stent kéo huyết khối.^{12,13} Nghiên cứu của Fan cho thấy rằng khi tắc mạch lớn ở bệnh nhân rung nhĩ, hút huyết khối trực tiếp có tỷ lệ tái thông lần đầu tiên cao hơn dùng stent, thời gian thủ thuật cũng ngắn hơn có ý nghĩa thống kê và sự cải thiện điểm NIHSS lúc ra viện cũng tốt hơn.¹⁴

Ngoài thời gian tái thông, tuần hoàn bàng hệ là yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến kết cục.¹ Ở ca lâm sàng này, mặc dù bệnh nhân bị tắc ĐM cảnh hai bên, tuần hoàn bàng hệ từ hệ tuần hoàn sau vẫn được bảo tồn tốt, có thể đã góp phần duy trì tưới máu nhu mô não cho đến khi tái thông thành công. Điều này phù hợp với các nghiên cứu cho thấy bệnh nhân có tuần hoàn bàng hệ trung bình hoặc tốt có khả năng đạt kết cục chức năng thuận lợi cao hơn rõ rệt so với nhóm bàng hệ kém.¹⁵

Sự xuất hiện nhồi máu não ngay sau thủ thuật thay máy tạo nhịp ở bệnh nhân có rung nhĩ liên quan đến tình trạng huyết khối buồng tim sẵn có và các yếu tố khởi phát trong giai đoạn can thiệp. Rung nhĩ là yếu tố nguy cơ đã được xác định rõ ràng đối với đột quỵ, đặc biệt trong bối cảnh huyết khối tiểu nhĩ trái có thể

hình thành âm thầm và trở thành nguyên nhân gây tắc mạch não.^{4,16} Việc dùng thuốc chống đông đường uống Rivaroxaban, giúp ngăn hình thành cục máu đông, với liều dùng khuyến cáo là 15 - 20 mg/ngày, tuy nhiên ở bệnh nhân của chúng tôi với cân nặng khoảng 40 kg thì liều dùng 10 mg/ngày là hợp lý. Bệnh nhân của chúng tôi tuy siêu âm tim trước thủ thuật không có huyết khối nhưng động tác thay máy tạo nhịp làm thay đổi vị trí điện cực trong buồng tim có thể làm bong mảnh huyết khối đã có sẵn mà không được phát hiện ra lúc siêu âm với nhiều mảnh rời đã gây tắc đồng thời hai động mạch lớn cùng lúc.^{4,17}

Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế: thứ nhất, chúng tôi mô tả một ca lâm sàng riêng lẻ, các trường hợp trong y văn cũng chỉ được mô tả dạng ca lâm sàng nên chưa đủ tính khái quát hóa; thứ hai, chưa có trường hợp so sánh để khẳng định lợi ích của phương pháp can thiệp được lựa chọn liệu đã tối ưu chưa. Một tập hợp thống kê các bệnh cảnh lâm sàng tương tự ở nhiều trung tâm trong một thời gian dài nên được thực hiện để đưa ra những hướng dẫn điều trị có độ tin cậy hơn.

IV. KẾT LUẬN

Ca bệnh này cho thấy tắc cấp động mạch cảnh hai bên cùng lúc có thể khởi phát với biểu hiện lâm sàng rất nặng, nhưng vẫn có thể đạt tái thông hoàn toàn sớm và phục hồi thần kinh tốt khi được chẩn đoán kịp thời và can thiệp tái thông tối cấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Prabhakaran S, Gonzalez NR, Zachrisson KS, et al. 2026 Guideline for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2026;
2. Chen TY, Chang WL, Chen PY, Hsiao

CL, Lin SK. Acute and chronic bilateral internal carotid artery occlusion. *Acta Neurol Taiwan*. 2021;30:128-140.

3. Kwon SU, Lee SH, Kim JS. Sudden coma from acute bilateral internal carotid artery territory infarction. *Neurology*. 2002;58(12):1846-1849.

4. Van Gelder IC, Rienstra M, Bunting KV, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) Developed by the task force for the management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC), with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC. Endorsed by the European Stroke Organisation (ESO). *European heart journal*. 2024;45(36):3314-3414.

5. Liu G, Zhu H, Li L, et al. Effectiveness of collateral status on clinical outcomes in patients with established large infarct: a prospective cohort study. *International Journal of Surgery*. 2025;111(12):9342-9352.

6. Dietrich U, Graf T, Schäbitz W-R. Sudden coma from acute bilateral m1 occlusion: successful treatment with mechanical thrombectomy. *Case Reports in Neurology*. 2014;6(2):144-148.

7. Pop R, Manisor M, Wolff V, et al. Endovascular treatment in two cases of bilateral ischemic stroke. *CardioVascular and Interventional Radiology*. 2014;37(3):829-834.

8. Larrew T, Hubbard Z, Almallouhi E, Banerjee C, Moss M, Spiotta AM. Simultaneous bilateral carotid thrombectomies: a technical note. *Operative Neurosurgery*. 2020;18(5):E143-E148.

9. Mai DT, Vu DL, Nguyen Q-A, Huu AN, Nguyen MA, Dao VP. Simultaneous mechanical thrombectomy for bilateral acute internal carotid artery occlusion. *Radiology Case Reports*. 2022;17(1):142-146.

10. Hamouda AM, Kendall N, Pennington Z, et al. Outcomes of combined mechanical thrombectomy versus stent retriever or contact aspiration in acute ischemic stroke: an updated network meta-analysis. *Journal of neurointerventional surgery*. 2025;

11. Ramírez-Torres M, Fuentes B, Fernández-Prieto A, et al. Direct Aspiration as First-Line Technique for Acute Intracranial Internal Carotid Artery Occlusion: Preliminary Results. *Neurointervention*. 2026;21(1):6-18.

12. Staessens S, Vandelanotte S, François O, et al. Association between thrombus composition and etiology in patients with acute ischemic stroke treated by thrombectomy. *Stroke*. 2025;56(4):1026-1035.

13. Vandelanotte S, Staessens S, François O, et al. Association between thrombus composition and first-pass recanalization after thrombectomy in acute ischemic stroke. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*. 2024;22(9):2555-2561.

14. Fan H, Li Z, Li Y, et al. Comparison of a direct aspiration first pass technique vs. stent retriever thrombectomy for the treatment of acute large vessel occlusion stroke in the anterior circulation with atrial fibrillation. *Frontiers in Neurology*. 2023;14:1138993.

15. Winkelmeier L, Kniep H, Thomalla G, et al. Arterial collaterals and endovascular treatment effect in acute ischemic stroke with large infarct: a secondary analysis of the TENSION trial. *Radiology*. 2025;314(2):e242401.

16. Chu S-Y, Jiang J, Wang Y-L, Sheng Q-H, Zhou J, Ding Y-S. Pacemaker-detected atrial fibrillation burden and risk of ischemic stroke or thromboembolic events—A cohort study. *Heart & Lung*. 2020;49(1):66-72.

17. Fisher M, Kase CS, Stelle B, Mills Jr RM. Ischemic stroke after cardiac pacemaker implantation in sick sinus syndrome. *Stroke*. 1988;19(6):712-715.

Summary

MECHANICAL THROMBECTOMY IN A PATIENT WITH ACUTE ISCHEMIC STROKE CAUSED BY BILATERAL CAROTID ARTERY OCCLUSION: A CASE REPORT

Acute bilateral carotid artery occlusion is an extremely rare cause of stroke and is associated with a very poor prognosis if not treated promptly. Early bilateral recanalization is the only effective option to preserve neurological function. We report the case of a 44-year-old woman with a history of heart failure and atrial fibrillation. Six hours after permanent pacemaker implantation, she suddenly became comatose with a Glasgow Coma Scale (GCS) score of 6. Computed tomography angiography revealed complete occlusion of the right common carotid artery and complete occlusion of the left internal carotid artery at its origin. The patient underwent mechanical thrombectomy using a direct aspiration-first approach performed sequentially on each side. Successful bilateral carotid artery recanalization was achieved 46 minutes after femoral artery puncture, with a final TICl score 3 on both sides. At 24 hours after reperfusion, the patient showed marked neurological improvement, returned to full consciousness (GCS 15), with a NIHSS score of 4. This case highlights a rare but severe clinical presentation requiring immediate endovascular intervention to achieve rapid recanalization and optimize neurological outcomes.

Keywords: Ischemic stroke, carotid artery occlusion, aspiration thrombectomy.