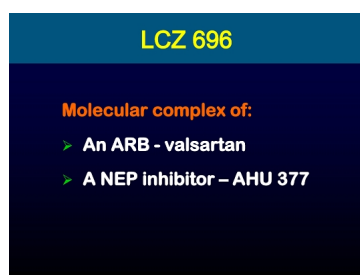


TS Phan Đăng Bội Linh - Khoa Nội TM

Thuốc nghiên cứu LCZ696, một chất ức chế Neprilysin và thuốc Angiotensin (ARNI), đã chứng minh hiệu quả vượt trội so với các chế độ ACE song song rất rõ ràng trong điều trị bệnh nhân suy tim mạn tính, theo một nghiên cứu đã được trình bày tại Đại hội tim mạch châu Âu (ESC) gần đây tại Barcelona, Tây Ban Nha.



Trong thử nghiệm PARADIGM-HF, LCZ696, một kết hợp của các chế độ thuốc valsartan và các chế độ Neprilysin – Sacubitril (AHU377), trong đó AHU377 là tiền chất, khi vào cơ thể sẽ nhanh chóng chuyển thành chất có hoạt tính LBQ657 qua quá trình de-ethyl hóa nhờ esterase, cho thấy hiệu quả cao hơn 20 % ý nghĩa so với enalapril 20 mg/ ngày trong giảm tử vong tim mạch hay nhập viện vì suy tim (21,8 so với 26,5%; $p = 0,0000002$).

Neprilysin là một endopeptidase trung tính, có tác động thoái biến nhiều peptide hoạt động mạnh mẽ như sinh, bao gồm natriuretics peptide, bradykinin và adrenomedullin. Nếu các chế độ neprilysin sẽ làm tăng nồng độ của các chất này, chúng là ví dụ của hoạt hóa quá mức thận kinh – hormon mà góp phần cơ chế, giữ natri và cải thiện các đáp ứng bất lợi. Vì các kết hợp các chất hormone renin-angiotensin và neprilysin có tác động tốt hơn so với dùng đơn lẻ trong nghiên cứu thử nghiệm, nhưng trong thử nghiệm lâm sàng với các kết hợp này liên quan đến giảm tác động phụ mà cần nghiêm trọng.

Thư c m i t t h n c ch ACE trong th nghi m suy tim l n

Vi t b i Biên t p viên

Th hai, 10 Tháng 11 2014 20:12 - L n c p nh t cu i Th ba, 11 Tháng 11 2014 05:11

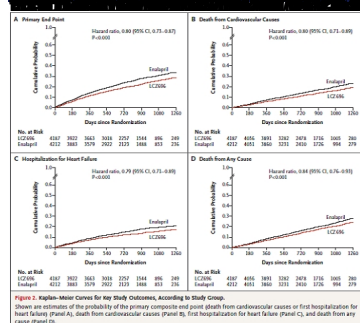
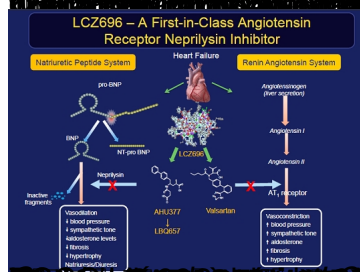
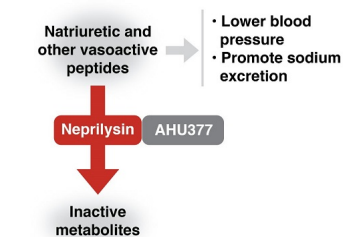


Table 2. Primary and Secondary Outcomes.*

Outcome	LCZ696 (N=4187)	Enalapril (N=4212)	Hazard Ratio or Difference (95% CI)	P Value
Primary composite outcome — no. (%)				
Death from cardiovascular causes or first hospitalization for worsening heart failure	914 (21.8)	1117 (26.5)	0.80 (0.73–0.87)	<0.001
Death from cardiovascular causes	558 (13.3)	693 (16.5)	0.80 (0.71–0.89)	<0.001
First hospitalization for worsening heart failure	537 (12.8)	658 (15.6)	0.79 (0.71–0.89)	<0.001
Secondary outcomes — no. (%)				
Death from any cause	711 (17.0)	835 (19.8)	0.84 (0.76–0.93)	<0.001
Change in KCCQ clinical summary score at 8 mo†	–2.99±0.36	–4.63±0.36	1.64 (0.63–2.65)	0.001
New-onset atrial fibrillation‡	84 (3.1)	83 (3.1)	0.97 (0.72–1.31)	0.83
Decline in renal function§	94 (2.2)	108 (2.6)	0.86 (0.65–1.13)	0.28

* Hazard ratios were calculated with the use of stratified Cox proportional-hazard models. P values are two-sided and were calculated by means of a stratified log-rank test without adjustment for multiple comparisons.

† Scores on the Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ) range from 0 to 100, with higher scores indicating fewer symptoms and physical limitations associated with heart failure. The treatment effect is shown as the least-squares mean (±SE) of the between-group difference.

‡ A total of 2670 patients in the LCZ696 group and 2638 patients in the enalapril group who did not have atrial fibrillation at the randomization visit were evaluated for new-onset atrial fibrillation during the study.

§ A decline in renal function was defined as end-stage renal disease or a decrease of 50% or more in the estimated glomerular filtration rate (eGFR) from the value at randomization or a decrease in the eGFR of more than 30 ml per minute per 1.73 m², to less than 60 ml per minute per 1.73 m².