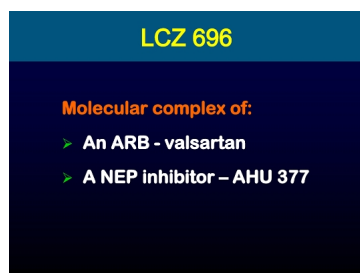


TS Phan Đăng Bội Linh - Khoa Nội Tim

Thuốc nghiên cứu LCZ696, một chất ức chế Neprilysin và thuốc thụt Angiotensin (ARNI), đã được chứng minh hiệu quả vượt trội so với các thuốc ACE so sánh 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 thuốc thụt valsartan và các thuốc 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 dụng thoái biến nhiều peptide hoạt động sinh, bao gồm natriuretics peptide, bradykinin và adrenomedullin. Nó ức chế neprilysin sẽ làm tăng nồng độ của các chất này, chúng là các tiền chất của hormone renin-angiotensin – hormone mà góp phần cơ chế, giữ natri và các chất khác đáp ứng bù đắp. Vì các kết hợp các chất thụt renin-angiotensin và neprilysin có tác dụng tốt hơn so với dùng đơn thuần trong nghiên cứu thử nghiệm, như trong thử nghiệm lâm sàng với các kết hợp này liên quan đến giảm tác dụng phụ cơ chế nghiêm trọng.

Thuốc m ức chế ACE trong th nghiệm suy tim

Viết bởi Biên tập viên

Thứ hai, 10 Tháng 11 2014 20:12 - Lần cập nhật cuối Thứ ba, 11 Tháng 11 2014 05:11

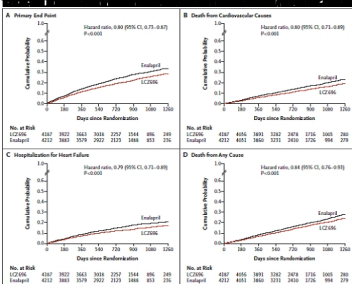
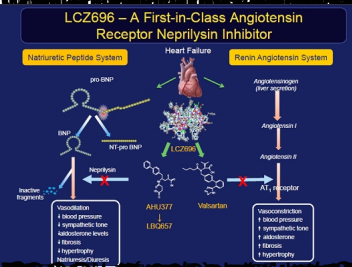
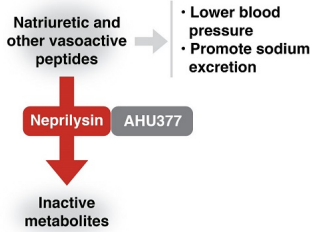


Figure 2. Kaplan-Meier Curves for Key Study Outcomes, According to Study Group. Shows an estimate of the probability of the primary composite end point (death from cardiovascular causes or first hospitalization for heart failure [Panel A], death from cardiovascular causes [Panel B], first hospitalization for heart failure [Panel C], and death from any cause [Panel D]).

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.