

## Amendment to the National HIV Clinical Management Guidelines for Adults and Adolescents

### The chapter 12.3 Second line ART on page 62 to 64 of English version

Amendment to this chapter is based on the fact that :

- 1- Darunavir/ritonavir (DRV/r) has recently been recommended by WHO as second-line regimen for PLHIV for whom DTG-based first-line regimens are failing
- 2- DRV/r (400 mg/50 mg) has recently been prequalified by the WHO as a fixed-dose combination at a price of US \$17.50/pack for use in LMICs.

#### Protease inhibitor in 2<sup>nd</sup> line ART regimen: Atazanavir /ritonavir

- Atazanavir / ritonavir is one of the 2 preferred protease inhibitors (with Darunavir /ritonavir) for use in the standard 2<sup>nd</sup> line ART. It is equivalent efficacy to LPV/r, has less metabolic side effects, and is taken just once daily.
- ATV/r 300mg/100mg is taken once daily with food in combination with 2NRTI drugs.
- ATV/r should not be used if the patient is taking rifampicin (In TB patients on rifampicin, double dose lopinavir/r should be used).
- Proton pump inhibitors and other gastric acid lowering drugs should be avoided as they decrease the absorption of ATV/r.
- Others major drug-interactions are described. The list of these drugs is available in: <https://www.drugs.com/drug-interactions/atazanavir-index.html?filter=3>
- ATV may increase the PR and QT intervals, so increasing risk of arrhythmia.
- The incidence of Chronic Kidney Diseases increased gradually with increasing exposure to ATV/r. DRV/r must be preferred for patients with chronic renal insufficiency.
- Potential side effects include:
  - Rash, which is usually self-limiting within 2 weeks, however ATV/r should be stopped if severe.
  - Icterus (jaundice) which if asymptomatic, and ALT/AST are N then is of no concern.
  - Headache, nausea, raised liver enzymes.
  - Long term metabolic complications: lipodystrophy, diabetes, hyperlipidemia
  - Osteopenia and osteoporosis
- See **Error! Reference source not found.**, page 49 of the English version.
- For information on the NRTI drugs see above sections on 1<sup>st</sup> line ARV agents.

#### Protease inhibitor in 2<sup>nd</sup> line ART regimen: Darunavir /ritonavir

- DRV/r is one of the 2 preferred protease inhibitors (with Atazanavir / ritonavir) for use in the standard 2<sup>nd</sup> line ART.
- DRV/r is superior to LPV/r, mainly because of a longer durability with fewer side effects and treatment discontinuation<sup>1</sup>.
- DRV/r seems equivalent to ATV/r in terms of virological efficacy but superior for combined virologic efficacy and tolerability<sup>2,3</sup>. However, no RCT comparing the 2 drugs as part of second-line regimen is available.
- DRV/r has a high genetic barrier leading to a very low proportion of resistance associated mutations and lost phenotypic susceptibility in case of therapeutic failure<sup>4,5</sup>
- DRV/r 800mg/100mg is taken once daily with food in combination with 2NRTI drugs for patients failing a DTG-based first line, without previous exposure to protease inhibitors.

<sup>1</sup>C Orkin, HIV Med 2013 ; <sup>2</sup> Lennox JL, Ann Intern Med 2014; <sup>3</sup> Santos JR, HIV Med 2018; <sup>4</sup> Lathouwers E, J Med Virol 2021; <sup>5</sup> Lathouwers E, HIV Res Clin Prat 2020 ; <sup>6</sup> Ebrahim I, J Antimicrob Chem 2020 ; <sup>7</sup> Ryom L, Lancet HIV 2018; <sup>8</sup> Costagliola D, JID 2020 ; <sup>9</sup> Virginia A Triant, JID 2020

- DRV/r should not be used if the patient is taking rifampicin. Studies evaluating the strategy of doubling the dose of DRV/r to twice daily (to overcome reduced darunavir levels resulting from rifampicin-associated increased clearance) resulted in an unacceptable risk of hepatotoxicity<sup>6</sup>. (In TB patients on rifampicin, double dose lopinavir/r should be used.)
- Other major drug-interactions are described. The list of these drugs are available in: (<https://www.drugs.com/drug-interactions/darunavir-index.html?filter=3>).
- The cumulative use of DRV/r was associated with increasing risk of cardiovascular disease in the D.A.D study<sup>7</sup> while it was not reported in a French cohort<sup>8</sup>. The lower duration of exposure to DRV/r in the French cohort, 1 year, as compared to 2.5 years in the D.A.D study could explain this difference. Awaiting further data, ATV/r is preferred for patients with cardiovascular risk factors (family history of premature coronary artery disease, diabetes, hypertension, dyslipidemia, prior cardiovascular events, smokers)<sup>9</sup>.
- Potential side effects include:
  - Rash, which is usually self-limiting within 2 weeks, however DRV/r should be stopped if severe.
  - Diarrhea, nausea
  - Elevated liver and pancreatic enzymes
  - Headache
  - Long term metabolic complications: diabetes, hyperlipidemia
  - Osteopenia and osteoporosis
- See **Error! Reference source not found.**, page 49 of the English version.
- For information on the NRTI drugs see above sections on 1<sup>st</sup> line ARV agents.

Table 20 Standard 2nd line ART regimens

1 <sup>st</sup> Line Regimens Failure	Preferred 2 <sup>nd</sup> Line Regimens
TDF (or ABC) + 3TC +DTG	AZT + 3TC + ATV/r OR AZT + 3TC + DRV/r
TDF (or ABC) + 3TC + (EFV or NVP)	AZT + 3TC +DTG
AZT + 3TC + EFV (or NVP)	TDF (or ABC) + 3TC +DTG
AZT + 3TC + DTG	TDF + 3TC + ATV/r OR TDF + 3TC + DRV/r
2 NRTI + any PIs*	Refer to NCHADS Technical Working Group on Care and Treatment for discussion

*Note: if patient has HBsAg positive and the failure regimen contained TDF in 1st line it is recommended to keep it in the 2nd line regimen.*

*\*If patients on PI contained regimen, the 2nd line ART regimen will be based on genotype testing and medical history. DTG and/or DRV/r-based regimen could represent an option.*

<sup>1</sup> C Orkin, HIV Med 2013 ; <sup>2</sup> Lennox JL, Ann Intern Med 2014; <sup>3</sup> Santos JR, HIV Med 2018; <sup>4</sup> Lathouwers E, J Med Virol 2021; <sup>5</sup> Lathouwers E, HIV Res Clin Prat 2020 ; <sup>6</sup> Ebrahim I, J Antimicrob Chem 2020 ; <sup>7</sup> Ryom L, Lancet HIV 2018; <sup>8</sup> Costagliola D, JID 2020 ; <sup>9</sup> Virginia A Triant, JID 2020

## **Conclusion**

LPV/r must be removed from PI-based second-line option and reserved only for patients treated by rifampicin with double dose of LPV/r.

DRV/r and ATV/r must be the 2 preferred options for PI-based second-line regimen for PLHIV for whom DTG-based first-line regimens are failing and discussed case by case according to the tolerability in different population:

- Existence of cardiovascular risk factors: prefer ATV/r
- Chronic kidney disease: prefer DRV/r
- Chronic liver disease: prefer ATV/r

**សេចក្តីកែតម្រូវគោលការណ៍ណែនាំជាតិស្តីពីការគ្រប់គ្រងក្លីនិក និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍  
សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងៗ ទំព័រទី ១០៩ ដល់ ១១៧  
ត្រង់ជំពូកទី ១២ ចំណុច ១២.៣ អំពីរូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជំងឺ២**

ការកែតម្រូវ ជំពូកនេះ គឺផ្អែកទៅលើព័ត៌មានថ្មីៗ ដូចខាងក្រោម៖

១- ឱសថ Darunavir/ritonavir (DRV/r) ត្រូវបានអង្គការសុខភាពពិភពលោកផ្តល់អនុសាសន៍ ឲ្យប្រើជាបឋមឱសថជំងឺ២ សម្រាប់ព្យាបាលអ្នកជំងឺរាជ័យជាមួយការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជំងឺ១ ដែលរបបឱសថមានឱសថ Dolutegravir (DTG) ។

២- ឱសថ DRV/r (៤០០ ម.ក្រ/៥០ ម.ក្រ) បានទទួលស្គាល់គុណភាព (pre-qualified) ដោយអង្គការសុខភាពពិភពលោក ជាឱសថរួមបញ្ចូលគ្នាក្នុងគ្រាប់តែមួយ (fixed-dose combination) ក្នុងតម្លៃ ១៧.៥០/១កំប៉ុង សម្រាប់ប្រទេសដែលមានចំណូលទាប និងមធ្យម។

**ឱសថ Protease inhibitor (PI) ក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជំងឺ២: Atazanavir /ritonavir (ATV/r)**

- ឱសថ Atazanavir/ritonavir (ATV/r) គឺជាជម្រើសមួយក្នុងចំណោមឱសថ២មុខ ក្នុងក្រុម protease inhibitor (PI) (ជាមួយឱសថ Darunavir/ritonavir) សម្រាប់ប្រើក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជំងឺ២ស្តង់ដារ ។ វាមានប្រសិទ្ធភាព ដូចគ្នានឹងឱសថ Lopinavir/ritonavir (LPV/r) ដែរ និងមានផលប៉ះពាល់លើមេតាបូលិកតិចជាង ហើយត្រូវលេបតែ ១ដង/ថ្ងៃ។
- ឱសថ ATV/r ៣០០ម.ក្រ /១០០ម.ក្រ លេប១ដង/ថ្ងៃ ជាមួយអាហារ រួមជាមួយឱសថក្រុម NRTI ២មុខទៀត ។
- ឱសថ ATV/r មិនត្រូវប្រើជាមួយអ្នកជំងឺកំពុងប្រើឱសថ rifampicin ទេ (ក្នុងករណីអ្នកជំងឺរបេងកំពុងព្យាបាលដោយឱសថ rifampicin ត្រូវប្រើឱសថ Lopinavir/ritonavir ដោយបង្កើនកម្រិតដូសទ្វេដង) ។
- ត្រូវចៀសវាងប្រើ Proton pump inhibitors និង ឱសថដែលកាត់បន្ថយការបញ្ចេញទឹកអាស៊ីតក្រពះពីព្រោះវាកាត់បន្ថយការជ្រាបចូលរបស់ឱសថ ATV/r។
- អន្តរកម្ម ឱសថ ចំបងៗ បានរៀបរាប់នៅក្នុងបញ្ជី ដែលមាន link ភ្ជាប់ជូនមកជាមួយ (<https://www.drugs.com/drug-interactions/darunavir-index.html?filter=3>).
- ឱសថ ATV អាចបង្កើន PR និង QT intervals ដែលបណ្តាល ឱ្យប្រឈម នឹងជំងឺបេះដូងលោតខុសចង្វាក់ (arrhythmia)។
- ការប្រឈមនឹងកើតមានជំងឺតម្រងនោមរ៉ាំរ៉ៃ នឹងអាចកើនឡើង ប្រសិនបើប្រើ ATV/r ក្នុងរយៈពេលយូរ។ DRV/r ជាជម្រើសល្អជាង សម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមានជំងឺខ្សោយតម្រងនោមរ៉ាំរ៉ៃ។
- ផលប៉ះពាល់ដែលអាចកើតឡើង រួមមាន៖
  - ស្នាមកន្ទួលលើស្បែក ជាទូទៅអាចបាត់ទៅវិញដោយឯកឯងក្នុងអំឡុងពីរសប្តាហ៍ ក៏ប៉ុន្តែត្រូវបញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយឱសថ ATV/r បើស្នាមកន្ទួលលើស្បែកមានសភាពធ្ងន់ធ្ងរ
  - ចេញល្បើង (jaundice) បើគ្មានរោគសញ្ញា និងមានលទ្ធផលតេស្ត ALT/AST ធម្មតា ករណីនេះមិនចាំបាច់បាត់បង់ទេ
  - ឈឺក្បាល ចង្កោរ អង់ហ្ស៊ីមថ្លើមកើនឡើង

- ផលលំបាកមេតាបូលិករយៈពេលយូរ៖ lipodystrophy ជំងឺទឹកនោមផ្អែម និងជាតិខ្លាញ់កើនឡើង។
- ជំងឺពុកឆ្អឹង
- សូមអានជំពូកទី១០: ការតាមដានការពុលឱសថ និងការប្តូរឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍, ទំព័រទី៨៧។
- សូមអានផ្នែកខាងលើនៃគោលការណ៍ណែនាំ អំពីរូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី១ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានអំពីឱសថក្នុងក្រុម NRTI ។

**ឱសថ Protease inhibitor (PI) ក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២: Darunavir /ritonavir (DRV/r)**

- ឱសថ DRV/r គឺជាជម្រើសមួយក្នុងចំណោមឱសថ២មុខ ក្នុងក្រុម PI (ជាមួយឱសថ ATV/r) សម្រាប់ប្រើក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២ស្តង់ដារ ។
- ឱសថ DRV/r ល្អជាង ឱសថ LPV/r មូលហេតុចម្បង គឺដោយសារ វាមានមានប្រសិទ្ធភាព ក្នុងរយៈពេលយូរជាង ហើយមានផលប៉ះពាល់ និង ការបញ្ឈប់ការព្យាបាលតិចជាង<sup>1</sup>។
- ឱសថ DRV/r ហាក់ដូចជាមានប្រសិទ្ធភាពស្មើគ្នានឹងឱសថ ATV/r ក្នុងការបង្ក្រាបមេរោគ ប៉ុន្តែ វាល្អជាង បើរួមបញ្ចូលគ្នាទាំងការបង្ក្រាបមេរោគ និង ភាពធន់ទ្រាំនឹងការព្យាបាល<sup>2</sup> ។ ទោះបីយ៉ាងណាក៏ដោយ មិនទាន់មានការស្រាវជ្រាវគ្លីនិក ប្រៀបធៀប ប្រសិទ្ធភាពរបស់ឱសថទាំងពីរក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី ២ នៅឡើយទេ។
- ឱសថ DRV/r មានរបាំងការពារហ្សេណេទិក (high genetic barrier) ធ្វើអោយភាគរយនៃភាពសុំថ្នាំទាក់ទងនឹងការប្លែកថ្មី (mutations) និង ភាពងាយទទួលការបាត់បង់ផេណូទីប (lost phenotypic susceptibility) មានកំរិតទាបខ្លាំង ក្នុងករណីបរាជ័យការព្យាបាល<sup>4,5</sup>។
- ឱសថ DRV/r (៨០០ ម.ក្រ/៥០ ម.ក្រ) លេបម្តង ១ គ្រាប់ លេបម្តង ក្នុង មួយថ្ងៃ ជាមួយអាហារ ដោយប្រើមធ្យមជាមួយឱសថប្រភេទ NRTI ចំនួន ២មុខ ទៀត សម្រាប់ប្រើចំពោះអ្នកជំងឺដែលបរាជ័យជាមួយរបបឱសថជួរទី ១ ដែលមាន ឱសថ DTG ប៉ុន្តែមិនដែលធ្លាប់ប្រើប្រាស់ឱសថ ក្នុងក្រុម Protease inhibitors។
- ឱសថ DRV/r មិនត្រូវប្រើទេ បើអ្នកជំងឺកំពុងព្យាបាលដោយឱសថ rifampicin។ ការសិក្សាជាច្រើន បានវាយតម្លៃលើយុទ្ធសាស្ត្រ ការតម្លើងកំរិត DRV/r ដោយលេប ២ ដង ក្នុងមួយថ្ងៃ (ដើម្បីដោះស្រាយបញ្ហាការកាត់បន្ថយកំរិតជាតិថ្នាំ ដែលបណ្តាលមកពីការកើនឡើងclearance ទាក់ទងនឹងឱសថ Rifampicin)។ លទ្ធផល គឺ មិនអាចទទួលយកបាន ដោយវាអាចបណ្តាលអោយមានការពុលធ្លើមធ្ងន់ធ្ងរ។ ចំពោះអ្នកជំងឺកំពុងព្យាបាលជំងឺរបេងដែលមាន ឱសថ Rifampicin, ការតម្លើងកំរិត ឱសថ LPV/r ទ្វេដង អាចប្រើប្រាស់បាន។
- អន្តរកម្ម ឱសថ ចម្បងៗ បានរៀបរាប់នៅក្នុងបញ្ជី ដែលមាន linkភ្ជាប់ជូនមកជាមួយ (<https://www.drugs.com/drug-interactions/darunavir-index.html?filter=3>).

<sup>1</sup> C Orkin, HIV Med 2013  
<sup>2</sup> Lennox JL, Ann Intern Med 2014; and Santos JR, HIV Med 2018

- ការប្រើឱសថ DRV/r បន្តជាប្រចាំ មានទំនាក់ទំនងនឹងការកើនឡើងនៃហានិភ័យកើតជំងឺសរសៃឈាម និងបេះដូង នៅក្នុងការសិក្សា D.A.D<sup>3</sup> ប៉ុន្តែមិនមានការរាយការណ៍ណាមួយទាក់ទងនឹងបញ្ហានេះ នៅក្នុង ការសិក្សារបស់បារាំងនោះទេ<sup>4</sup> ។ រយៈពេលខ្លី នៃការប្រើប្រាស់ DRV/r នៅក្នុងការសិក្សារបស់ បារាំង (ការសិក្សារយៈពេល ១ឆ្នាំ) ប្រៀបធៀបនឹង ការសិក្សា D.A.D (ការសិក្សារយៈពេល ២ឆ្នាំ កន្លះ) អាចពន្យល់ពីភាពខុសគ្នានេះបាន។ ក្នុងកំឡុងពេលរង់ចាំទទួលបានទិន្នន័យបន្ថែមទៀត, ATV/r គឺ ត្រូវបានប្រើជាជម្រើសព្យាបាល សម្រាប់ព្យាបាលអ្នកជម្រកមេរោគអេដស៍ដែលមានកត្តាប្រឈមនឹងកើត ជំងឺបេះដូង ដូចជា ប្រវត្តិគ្រួសារមាន premature coronary artery disease, អ្នកជំងឺទឹកនោមផ្អែម, អ្នកជំងឺលើសឈាម, អ្នកជំងឺលើសជាតិខ្លាញ់, អ្នកមានប្រវត្តិមានបញ្ហាបេះដូង, និងអ្នកជក់បារី<sup>5</sup>។
- ផលប៉ះពាល់ ដែលអាចកើតឡើង រួមមាន៖
  - ស្នាមកន្ទួលលើស្បែក ជាទូទៅអាចបាត់ទៅវិញដោយឯកឯងក្នុងអំឡុងពីរសប្តាហ៍ ក៏ប៉ុន្តែត្រូវ បញ្ឈប់ការព្យាបាលដោយឱសថ DRV/r បើស្នាមកន្ទួលលើស្បែកមានសភាពធ្ងន់ធ្ងរ
  - មានរាក ចង្កោរ
  - អង់ហ្ស៊ីមថ្លើម និង អង់ហ្ស៊ីមលំពែង កើនឡើង
  - ឈឺក្បាល
  - ផលលំបាកមេតាបូលិករយៈពេលយូរ៖ ជំងឺទឹកនោមផ្អែម និងជាតិខ្លាញ់កើនឡើង
  - ជំងឺពុកផ្តាសាយ
- សូមអានជំពូកទី១០: ការតាមដាននៃការពុលឱសថ និងការប្តូរឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍, ទំព័រទី៨៧។
- សូមអានផ្នែកខាងលើ អំពីរូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី១ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានអំពីឱសថក្នុងក្រុម NRTI ។

តារាងទី២១: រូបមន្តស្តង់ដារនៃព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី២

បរាជ័យជាមួយរូបមន្តព្យាបាលជួរទី១	ជម្រើសរូបមន្តព្យាបាលជួរទី២
TDF (or ABC) + 3TC +DTG	AZT + 3TC + ATV/r ឬ AZT + 3TC + DRV/r
TDF (or ABC) + 3TC + (EFV or NVP)	AZT + 3TC +DTG
AZT + 3TC + EFV (ឬ NVP)	TDF* (ឬ ABC) + 3TC +DTG
AZT + 3TC + DTG	AZT + 3TC + ATV/r ឬ AZT + 3TC + DRV/r
2 NRTI + PIs ណាមួយ **	ពិភាក្សាជាមួយក្រុមការងារបច្ចេកទេសស្តីពីការថែទាំនិងព្យាបាល ជំងឺអេដស៍ នៃមជ្ឈមណ្ឌលជាតិ ។

<sup>3</sup> Ryom L, Lancet HIV 2018  
<sup>4</sup> Costagliola D, JID 2020  
<sup>5</sup> Virginia A Triant, JID 2020

ចំណាំ: ប្រសិនបើ អ្នកជំងឺមាន HBsAg វិជ្ជមាន និងបរាជ័យជាមួយរូបមន្តព្យាបាលជំងឺទី១ដែលមានឱសថ TDF ត្រូវបានផ្តល់ អនុសាសន៍ ឱ្យរក្សាទុកឱសថ TDF នៅក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជំងឺទី២ ។

\*TAF ត្រូវបានពិចារណាឱ្យប្រើជំនួសឱសថ TDF នៅពេលដែលមានឱសថនេះនៅពេលខាងមុខ

\*\* ប្រសិនបើអ្នកជំងឺព្យាបាលដោយ រូបមន្តព្យាបាលដែលមាន PI, រូបមន្តព្យាបាលជំងឺទី២ ត្រូវផ្អែកទៅតាមលទ្ធផល តេស្ត សេណូទីបរបស់វីរុស (genotype testing) និង ប្រវត្តិព្យាបាលរបស់អ្នកជំងឺ។ របបឱសថដែលមាន DTG និង/ឬ DRV/r អាចជាជម្រើសមួយ។

**សង្ខេប**

- ឱសថ LPV/r ត្រូវបាន លុបចេញពី ឱសថក្រុម PI ក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជំងឺទី២ ដោយទុកប្រើ តែក្នុងបរិបទនៃការប្រើឱសថនេះ សម្រាប់អ្នកជំងឺដែលព្យាបាលដោយ ឱសថ rifampicin ប៉ុណ្ណោះ ដែលតម្រូវឱ្យប្រើកម្រិតដូសឱសថ LPV/r ទ្វេដង នៃកំរិតធម្មតា។
- ឱសថ DRV/r និង ATV/r គឺជា ឱសថ ២ មុខ ដែលជាជម្រើស នៅក្នុងការព្យាបាលជំងឺទី២ នៃរបប ឱសថដែលមានក្រុម PIs សម្រាប់អ្នកផ្ទុកមេរោគអេដស៍ដែលប្រើ របបឱសថដែលមាន ឱសថDTG ក្នុងការព្យាបាលជំងឺទី១ និង ការពិភាក្សា នឹងត្រូវធ្វើ តាមករណី ទៅតាមភាពធន់ទ្រាំ នៃក្រុមប្រជាជន ផ្សេងៗ គ្នា៖
  - ធ្លាប់មាន កត្តាប្រឈមនឹងជំងឺបេះដូង និងសរសៃឈាម → ជ្រើសរើស ATV/r
  - មានជំងឺតម្រងនោមរ៉ាំរ៉ៃ → ជ្រើសរើស DRV/r
  - មានជំងឺថ្លើមរ៉ាំរ៉ៃ → ជ្រើសរើស ATV/r





មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍

សើស្បែក និងកាមរោគ

លេខ: ០២៦៤ មជ្ឈមណ្ឌល

ថ្ងៃចេញ: ១៥ ខែ ៣ ឆ្នាំ ២០២១  
រាជធានីភ្នំពេញ ថ្ងៃទី ១៥ ខែ ៣ ឆ្នាំ ២០២១

**ប្រទានមជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ  
សូមគោរពជូន  
ឯកឧត្តមរដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល**

កម្មវត្ថុ: សំណើសុំការឯកភាព លើសេចក្តីកែតម្រូវគោលការណ៍ណែនាំជាតិស្តីពីការគ្រប់គ្រងគ្លីនិក និងព្យាបាល  
ជំងឺអេដស៍ សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់ ទំព័រទី ១០៩ ដល់ ១១៧ ត្រង់ជំពូក ទី១២  
ចំណុច ១២.៣ អំពីរូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី២។

ន័យដូចមានចែងក្នុងកម្មវត្ថុខាងលើ ខ្ញុំបាទសូមគោរពជម្រាបជូន ឯកឧត្តមរដ្ឋមន្ត្រី មេត្តាជ្រាបថា: មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍ សើស្បែក និងកាមរោគ សហការជាមួយដៃគូអភិវឌ្ឍន៍ពាក់ព័ន្ធនានា បានកែតម្រូវ  
គោលការណ៍ណែនាំជាតិស្តីពីការគ្រប់គ្រងគ្លីនិក និងព្យាបាលជំងឺអេដស៍ សម្រាប់មនុស្សពេញវ័យ និងក្មេងជំទង់  
ទំព័រទី ១០៩ ដល់ ១១៧ ត្រង់ជំពូក ទី១២ ចំណុច ១២.៣ អំពីរូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំង  
មេរោគអេដស៍ជួរទី២។ ការកែតម្រូវនេះ ធ្វើឡើងដោយយោងតាមអនុសាសន៍ថ្មីរបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក  
(WHO) អំពីរូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជួរទី២។ មជ្ឈមណ្ឌលជាតិសូមគោរពស្នើសុំការ  
ឯកភាពលើសេចក្តីកែតម្រូវនេះដោយក្តីអនុគ្រោះ។ សូមគោរពជូនភ្ជាប់មកជាមួយនូវគោលការណ៍ណែនាំជាតិដែល  
ស្នើសុំធ្វើការកែតម្រូវ និងឯកសាររបស់អង្គការសុខភាពពិភពលោក (WHO)។

អាស្រ័យហេតុដូចបានគោរពជម្រាបជូនខាងលើ សូម ឯកឧត្តមរដ្ឋមន្ត្រី មេត្តាពិនិត្យ និង  
សម្រេចតាមការស្នើសុំដោយក្តីអនុគ្រោះ។

សូម ឯកឧត្តមរដ្ឋមន្ត្រី មេត្តាទទួលនូវការគោរពដ៏ខ្ពង់ខ្ពស់ពីខ្ញុំបាទ។

  
រដ្ឋ. អ៊ុក វិថុ