

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 2nd line ART regimen: Atazanavir /ritonavir

- Atazanavir / ritonavir is one of the 2 preferred protease inhibitors (with Darunavir /ritonavir) for use in the standard 2nd 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 1st line ARV agents.

Protease inhibitor in 2nd line ART regimen: Darunavir /ritonavir

- DRV/r is one of the 2 preferred protease inhibitors (with Atazanavir / ritonavir) for use in the standard 2nd line ART.
- DRV/r is superior to LPV/r, mainly because of a longer durability with fewer side effects and treatment discontinuation¹.
- DRV/r seems equivalent to ATV/r in terms of virological efficacy but superior for combined virologic efficacy and tolerability^{2,3}. 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^{4,5}
- 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.

¹C Orkin, HIV Med 2013 ; ² Lennox JL, Ann Intern Med 2014; ³ Santos JR, HIV Med 2018; ⁴ Lathouwers E, J Med Virol 2021; ⁵ Lathouwers E, HIV Res Clin Prat 2020 ; ⁶ Ebrahim I, J Antimicrob Chem 2020 ; ⁷ Ryom L, Lancet HIV 2018; ⁸ Costagliola D, JID 2020 ; ⁹ 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 hepatotoxicity⁶. (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 study⁷ while it was not reported in a French cohort⁸. 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)⁹.
- 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 1st line ARV agents.

Table 20 Standard 2nd line ART regimens

| 1 st Line Regimens Failure | Preferred 2 nd 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.*

¹ C Orkin, HIV Med 2013 ; ² Lennox JL, Ann Intern Med 2014; ³ Santos JR, HIV Med 2018; ⁴ Lathouwers E, J Med Virol 2021; ⁵ Lathouwers E, HIV Res Clin Prat 2020 ; ⁶ Ebrahim I, J Antimicrob Chem 2020 ; ⁷ Ryom L, Lancet HIV 2018; ⁸ Costagliola D, JID 2020 ; ⁹ 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 និងក្មេងខ្ញី ទំព័រទី ១០៩ ដល់ ១១៧
ត្រង់ជំពូកទី ១២ ចំណុច ១២.៣ អំពីរូបមន្តព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជំងឺ២**

ការកែតម្រូវ ជំពូកនេះ គឺផ្អែកទៅលើព័ត៌មានថ្មីៗ ដូចខាងក្រោម៖

១- ឱសថ Darunavir/ritonavir (DRV/r) ត្រូវបានអង្គការសុខភាពពិភពលោកផ្តល់អនុសាសន៍ ឲ្យប្រើជាបឋមឱសថជំងឺ២ សម្រាប់ព្យាបាលអ្នកជំងឺបរាជ័យជាមួយការព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ជំងឺ១ 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 ការបញ្ឈប់ការព្យាបាលតិចជាង¹។
- ឱសថ DRV/r ហាក់ដូចជាមានប្រសិទ្ធភាពស្មើគ្នានឹងឱសថ ATV/r ក្នុងការបង្ក្រាបមេរោគ ប៉ុន្តែ វាល្អជាង បើប្រើបញ្ចូលគ្នាទាំងការបង្ក្រាបមេរោគ និង ភាពធន់ទ្រាំនឹងការព្យាបាល² ។ ទោះបីយ៉ាងណាក៏ដោយ មិនទាន់មានការស្រាវជ្រាវគ្លីនិក ប្រៀបធៀប ប្រសិទ្ធភាពរបស់ឱសថទាំងពីរក្នុងរូបមន្តព្យាបាលជួរទី ២ នៅឡើយទេ។
- ឱសថ DRV/r មានរបាំងការពារហ្សេណេទិក (high genetic barrier) ធ្វើអោយភាគរយនៃភាពសុំថ្នាំទាក់ទងនឹងការប្លែកថ្មី (mutations) និង ភាពងាយទទួលការបាត់បង់ផេណូទីប (lost phenotypic susceptibility) មានកំរិតទាបខ្លាំង ក្នុងករណីបរាជ័យការព្យាបាល^{4,5}។
- 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 ដោយវាអាចបណ្តាលអោយមានការពុលធ្លើមធ្យមធ្ងន់ធ្ងរ។ 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>).

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



- ការប្រើឱសថ DRV/r បន្តជាប្រចាំ មានទំនាក់ទំនងនឹងការកើនឡើងនៃហានិភ័យកើតជំងឺសរសៃឈាម និងបេះដូង នៅក្នុងការសិក្សា D.A.D³ ប៉ុន្តែមិនមានការរាយការណ៍ណាមួយទាក់ទងនឹងបញ្ហានេះ នៅក្នុង ការសិក្សារបស់បារាំងនោះទេ⁴ ។ 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, និងអ្នកជក់បារី⁵។
- 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 ។ |

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

B2

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



ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

ក្រសួងសុខាភិបាល

លេខ.....

ភ្នំពេញ ១១ ខែ វិច្ឆិកា ឆ្នាំ ២០២២

ល្អិតបាញ់បាញ់

លើកទី១២ ការប្រយុទ្ធនឹង ជំងឺបាញ់បាញ់
បង្កឲ្យមានការរីករាលដាល និង គ្រោះថ្នាក់

ឈ្មោះ: លី ឌីនដេនី ជនជាតិ ខ្មែរ ខេត្តក្រចេះ ក្រសួងសុខាភិបាល
គោលការណ៍: គ្រប់គ្រងជំងឺបាញ់បាញ់ និង ការបាញ់បាញ់
ក្នុងស្ថានភាពសង្គម និង វប្បធម៌ ខ្មែរ និង ក្រសួងសុខាភិបាល ។

ឧបករណ៍បាញ់បាញ់ បាញ់បាញ់ និង គ្រាប់គ្រាប់
ត្រូវប្រើប្រាស់ និង គ្រប់គ្រង ឲ្យបានត្រឹមត្រូវ និង គ្រប់គ្រង
តាម គោលការណ៍ និង គោលនយោបាយ របស់ ក្រសួងសុខាភិបាល
តាម គោលការណ៍ និង គោលនយោបាយ របស់ ក្រសួងសុខាភិបាល ។

ឧបករណ៍បាញ់បាញ់ គ្រប់គ្រង និង គ្រប់គ្រង
និង គ្រប់គ្រង និង គ្រប់គ្រង និង គ្រប់គ្រង និង គ្រប់គ្រង
គ្រប់គ្រង និង គ្រប់គ្រង និង គ្រប់គ្រង និង គ្រប់គ្រង
គ្រប់គ្រង និង គ្រប់គ្រង និង គ្រប់គ្រង និង គ្រប់គ្រង
គ្រប់គ្រង និង គ្រប់គ្រង និង គ្រប់គ្រង និង គ្រប់គ្រង ។

ការបាញ់បាញ់ និង គ្រប់គ្រង និង គ្រប់គ្រង និង គ្រប់គ្រង
និង គ្រប់គ្រង និង គ្រប់គ្រង និង គ្រប់គ្រង និង គ្រប់គ្រង ។

គ្រប់គ្រង និង គ្រប់គ្រង និង គ្រប់គ្រង និង គ្រប់គ្រង

លី ឌីនដេនី

លី ឌីនដេនី

13
03
2022



មជ្ឈមណ្ឌលជាតិប្រយុទ្ធនឹងជំងឺអេដស៍

សើស្បែក និងកាមរោគ

លេខ: ០២៦៤ មជ្ឈមណ្ឌល

ថ្ងៃ: 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