

Smjernice za Klinički Izazov: Apstinencijski Sindrom (GHB Withdrawal) 🇷🇸

U PMC™ okviru, apstinencijski sindrom od GHB-a (gama-hidroksibutirata) tretira se kao kompleksno medicinsko stanje s neurobiološkim korijenima u disregulaciji GABA sustava, dopamina i drugih neurotransmitera. PMC pristup odbija dihotomiju "droga vs. lijek" i fokusira se na harm reduction, multidisciplinarnu integraciju (farmakologija, psihoterapija, socijalna podrška) i individualiziranu titraciju. Ove smjernice temelje se na PMC™ istraživanju ("Farmakološki Tretman Odvikavanja od GHB-a", 2026.), kliničkoj literaturi i međunarodnim modelima (npr. nizozemski, britanski). Cilj je minimizirati rizike (konvulzije, delirij, respiratorna depresija) i podržati oporavak bez stigmatizacije.

1. Kliničke Karakteristike i Procjena Rizika

- ****Simptomi****: Brz nastup (6-24 sata nakon zadnje doze): anksioznost, tremor, tahikardija, nesanica, znojenje, mučnina. Eskalacija (24-72 sata): halucinacije, agitacija, hipertenzija, konvulzije, delirij (u ~30% slučajeva), autonomna nestabilnost. Trajanje: 5-14 dana, opasnije od alkoholnog withdrawal-a zbog GABA-B mehanizma.
- ****Rizik faktori za teški sindrom****: >3 doze/dan, >30g GHB/dan (ili >15g GBL), kronična uporaba (>tjedni), komorbiditeti (psihijatrijski poremećaji, trauma, polidrug uporaba – alkohol/benzodiazepini pojačavaju depresiju).
- ****Procjena****: Koristite modificiranu CIWA-Ar skalu (za alkohol, ali adaptirana). Uključite: povijest uporabe, laboratorijske testove (krvna slika, elektroliti, bubrežna/jetrena funkcija, CK za rabdomiolizu), EKG, EEG ako konvulzije. Stratifikacija: blagi (ambulantno), teški (stacionarno/intenzivna njega). PMC™ preporučuje multidisciplinarni tim (adiktolog, psihijatar, intenzivist).

2. Opći Principi Upravljanja

- ****Postavka****: Ambulantno za blage slučajeve (dnevno doziranje/procjena); stacionarno za teške (bolnica s AOD specijalistima). Intenzivna njega ako delirij/konvulzije.
- ****Harm Reduction****: Edukacija o simptomima, izbjegavanje naglog prekida, podrška (hidracija, nutritivna, niski stimulus okoliš). Psihosocijalna podrška: CBT za traumu, grupa podrške za prevenciju relapsa (stopa relapsa >60% u 3 mjeseca).
- ****Monitoring****: Vitalni znakovi svaka 4 sata (krvni tlak >140/90, srčana frekvencija >100 – eskalirati dozu). Respiratorna frekvencija, saturacija O₂, neurološki status. Koristite skale za objektivnu procjenu.

3. Farmakološki Protokoli (PMC™ Integrirani Pristup)

PMC™ zagovara sinergističku trojnu terapiju: benzodiazepini (GABA-A), baklofen (GABA-B), pregabalin (kalcijevi kanali). Ovo reducira doze svakog agensa za 30-50%, minimizirajući nuspojave. Ako dostupan, farmaceutski GHB (natrijev oksibat) je zlatni standard za titraciju (npr. u Nizozemskoj/Belgiji: 70% ilegalne doze, smanjivanje 10%/dan; uspjeh 85%). U drugim kontekstima, koristite zamjene.

| Faza Tretmana | Benzodiazepini (Prva Linija) | Baklofen (Adjuvant GABA-B) | Pregabalin (Adjuvant Anksiolitik) | Dodatni Agensi (Refraktorni Slučajevi) |

|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|

| **Priprema (2 dana prije)** | - | 10 mg 3x/dan (preload za stabilizaciju) | 150 mg 2x/dan (opcionalno za anksioznost) | - |

| **Akutna Detoksifikacija (1-5 dan)** | Diazepam 20-60 mg svaka 4-6 sati (ukupno 80-200 mg/dan; >200 mg ako delirij). Simptomski: +10-20 mg ako BP/HR rastu. Lorazepam ako hepatalna disfunkcija. | 10-30 mg 3x/dan (max 90 mg/dan; povećati ako tremor/konvulzije). | 150-300 mg 2x/dan (max 600 mg/dan; za anksioznost/bol). | Fenobarbital: ako rezistencija (>200 mg diazepama/24h) – zasićujuća doza 10 mg/kg (podijeljeno 3x), održavanje 30-60 mg svaka 6-8 sati. Antipsihotici (quetiapine 25-100 mg) za halucinacije. |

| **Stabilizacija (6-14 dan)** | Postupno smanjivanje 10-20%/dan (potpuno ukidanje do 14. dana). | 10 mg 3x/dan (nastaviti). | Smanjivanje: 600→450→300→150 mg/dan (7-14 dana). | Klonidin 0.1-0.2 mg svaka 6-8 sati za hipertenziju/tahikardiju. Dantrolene 1-2.5 mg/kg IV svaka 6 sati ako hipertermija/rabdomioliza. |

| **Oporavak/Prevenција Relapsa (3-6 tjedana)** | - | 10 mg 3x/dan (do 3-6 mjeseci ako visok rizik). | Potpuno ukidanje. | Naltrekson ili akamprosats ako alkoholni komorbiditet; psihoterapija obavezna. |

- **Prilagodbe**: Smanjite doze 25-50% kod starijih, bubrežne/hepatalne insuficijencije, trudnoće (kategorija D za benzodiazepine). Izbjegavajte naglo ukidanje – rizik vlastitog withdrawal-a.

- **Komplikacije**: Respiratorna depresija (monitor O2), konvulzije (EEG), delirij (30% slučajeva – eskalirati u ICU). Ekstremni slučajevi: barbituratska koma (tiopental 3-5 mg/kg infuzija za burst-suppression EEG).

- **Dokazi**: Visoke doze benzodiazepina podržane studijama (npr. ekstrem 2655 mg diazepama/4 dana). Baklofen reducira relaps (non-RCT, 30-60 mg/dan 12 tjedana). Pregabalin efikasan u sličnim withdrawal-ima (opioidi, alkohol), anegdotalno u GHB-u. Farmaceutski GHB superioran benzodiazepinima u redukciji delirija (nizozemske studije, uspjeh 85%).

4. Međunarodni Modeli i PMC™ Preporuke

- **Nizozemski**: Farmaceutski GHB titracija (70% doze, smanjivanje 10%/dan; 12-15 dana hospitalizacije).

- **Britanski**: Benzodiazepini + baklofen (preload 10 mg 3x/dan); ambulantno ako <3 doze/dan.

- **Australški**: Fenobarbital za rezistenciju; niski prag za ICU.

- **PMC™ Integracija**: Počnite trojnom terapijom; prelazite na farmaceutski GHB ako dostupan. Naglasak na post-detoks: 3-6 mjeseci podrške za relaps (žudnja, trauma). Stopa komplikacija: ~20% ICU, ali reducira se multimodalno.

Ako se simptomi pogoršaju, potražite hitnu pomoć. Ove smjernice nisu zamjena za individualnu konzultaciju – kontaktirajte PMC™ ili lokalne adiktološke centre (npr. SAMHSA

Helpline za opću podršku). Fokus na dostojanstvo: ovisnost je medicinsko, ne moralno pitanje.