



預設照顧計劃 (ACP) 預設醫療指示 (AMD) 不作心肺復甦術命令 (DNACPR) 大家知多啲!

前言

隨著醫療科技的進步，許多疾病可以得到更好的控制和治癒。然而，每個人的生命都有終結的一天。有些疾病發展到某個階段，所有治療都變得徒勞無功。為患有末期疾病的臨終病人施予維持生命治療 (LST)（例如人工呼吸、心肺復甦術等），不但不會為病人帶來生活質素上的改善，甚至會增加他們身心上的痛苦。如果我們預期疾病不可逆轉，並會持續惡化，病人、家屬和醫護人員可以討論是否應避免無效的維持生命治療，讓病人能夠安詳離世。

醫院管理局同意，在以下情況下不作或撤除維持生命治療在道德和法律上都是可以接受的：

- 精神上有能力且已獲得適當資訊的病人拒絕維持生命治療；或
- 該治療是無效的。

如果病人沒有精神行為能力，醫生會根據病人的最佳利益，與家屬達成共識，決定是否拒絕或撤除無效的治療。如果病人之前沒有表達過其價值觀和治療意願，醫療團隊可能難以與家屬達成共識。因此，如果病人在精神上仍有能力時，已表達了護理的意願或安排，簽署了「預設醫療指示」(AMD)，這會有很大的幫助。

對醫護人員來說，與病人和家屬討論死亡並不容易。當時機合適時，醫護人員可以通過「預設照顧計劃」(ACP) 過程與他們討論這些問題，幫助病人和家屬在做出決定前了解問題和選擇。本小冊子旨在為病人、家屬和公眾提供相關資訊，以更好地了解「預設照顧計劃」和「預設醫療指示」。



醫院管理局
HOSPITAL
AUTHORITY

醫院管理局 臨床倫理委員會
(2026 年 7 月資料更新)

目錄

1. 甚麼是維持生命治療 (LST) ? LST 包括哪些治療？
 - 甚麼是心肺復甦術 (CPR) ?
 - 為甚麼維持生命治療會變得無效？
2. 甚麼是「符合病人的最佳利益」？
3. 不作或撤除無效的維持生命治療 (LST) 是否等同於安樂死？
4. 甚麼是「預設照顧計劃」(ACP) ？
 - 參與「預設照顧計劃」過程的各方及其角色
 - 「預設照顧計劃」討論的範圍
 - 進行「預設照顧計劃」討論的適當時機是甚麼？
 - 「預設照顧計劃」之後需要甚麼跟進？
5. 甚麼是「預設醫療指示」(AMD) ？
 - 醫院管理局病人使用「預設醫療指示」
 - 訂立「預設醫療指示」的注意事項
6. 克服「預設照顧計劃」(ACP) 的障礙
 - 「預設照顧計劃」有甚麼好處？
7. 除了晚期疾病病人外，健康的人是否也應啟動「預設照顧計劃」(ACP) 或訂立「預設醫療指示」(AMD) ？
8. 讓救援人員能夠找到「不作心肺復甦術」(DNACPR) 命令
9. 特殊情況
 - 如果病人未滿 18 歲，父母可以做甚麼？
 - 認知障礙症
10. 病人故事
 - 一位癌症病人
 - 一位認知障礙症病人

1 甚麼是「維持生命治療」(LST)?

LST 包括哪些治療?

維持生命治療是指任何可能延長病人生存或推遲死亡的治療。然而，這些治療多是入侵性的，可能會造成痛苦或身體傷害。如果沒有維持生命治療，病人最終會死於自身的不可逆轉的疾病。

維持生命治療清單包括但不限於

- 心肺復甦術 (CPR)
- 人工呼吸 (呼吸機)
- 輸血製品 (例如血小板、血漿等)
- 心臟起搏治療
- 升壓藥
- 疾病的專門治療，如化療、腎透析
- 抗生素
- 人工營養和水分補充 (例如通過鼻胃管或靜脈注射)



甚麼是心肺復甦術 (CPR)?

心肺復甦術是針對心臟驟停或接近心臟驟停的人進行的緊急且相對入侵性的程序。步驟可能包括 (1) 心胸按壓以暫時恢復血液流動；(2) 維持氣道暢通治療；(3) 心臟除顫。這為更進階的治療爭取時間，例如插喉、藥物、靜脈輸液和心臟起搏治療。



為甚麼維持生命治療會變得無效?

像心肺復甦術這樣的維持生命治療是一種入侵性的緊急干預，其結果取決於各種因素。對於末期疾病病人，潛在的疾病，如晚期癌症或器官衰竭並沒有改變，因此心肺復甦術的成功率非常低。此外，心肺復甦術可能會造成肋骨骨折等併發症。對臨終病人進行無效的心肺復甦術只會延長痛苦。

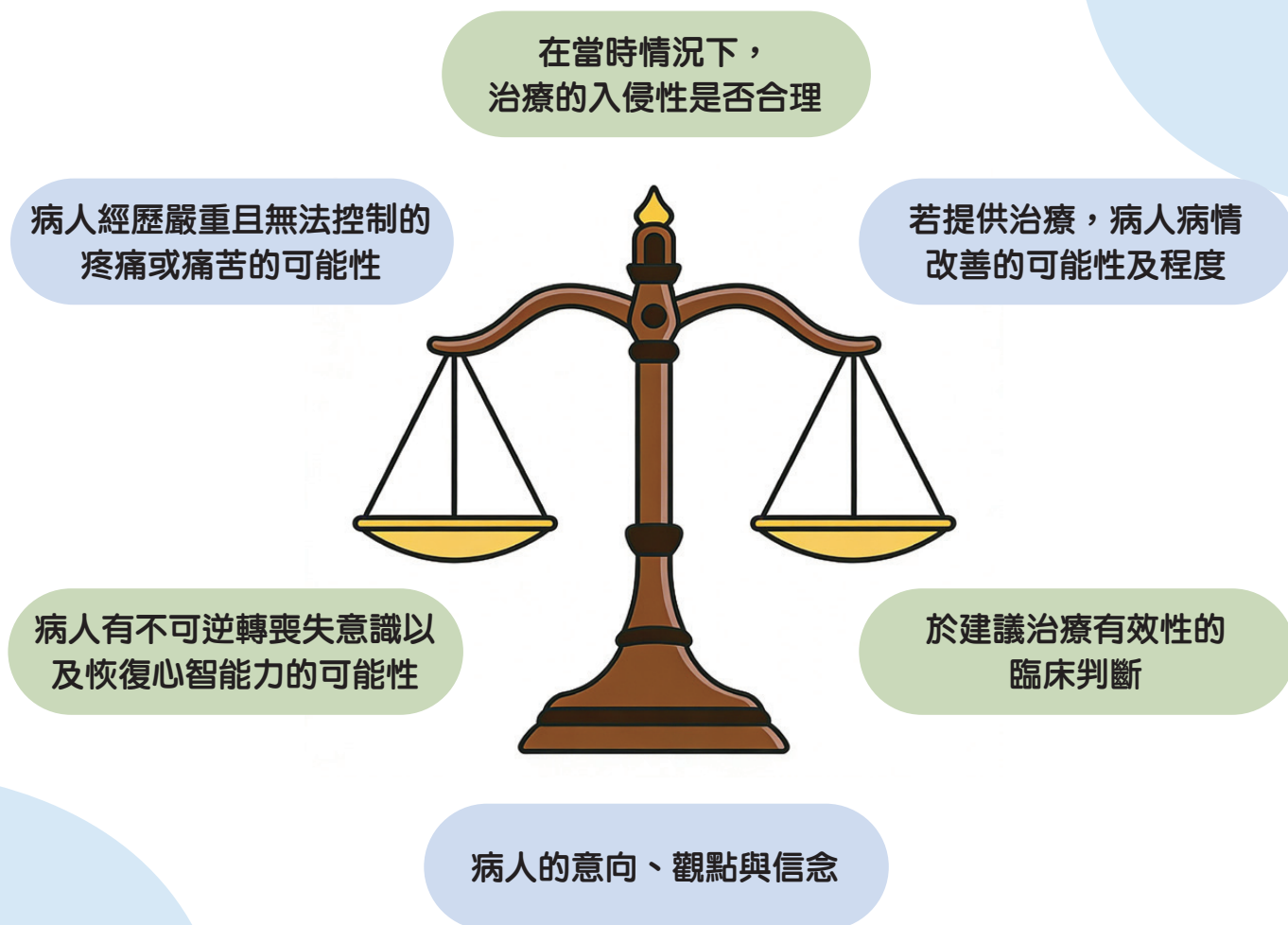


其他維持生命治療也是如此。雖然這些治療可能暫時維持生命，但自身疾病仍然不可逆轉。這些治療只會延長或增加痛苦，使病人遭受創傷和沒尊嚴地死去。總體而言，這些治療對病人來說，是沒有帶來治療效益，亦未必符合病人的最佳利益。在這種情況考慮下，採用紓緩治療方法會更為合適。

2 甚麼是「符合病人的最佳利益」？

這是指在特定治療所產生的潛在的利益與潛在的傷害、痛苦之間作出平衡。

在決定治療是否符合病人的最佳利益時，應考慮以下因素來平衡傷害和利益。



確定甚麼符合病人的最佳利益不僅僅是一個醫療問題。它需要考慮病人的意願、價值觀和信仰。如果病人無法表達自己，應諮詢家屬關於病人的價值觀、意願、文化和宗教信仰，以確定甚麼是符合病人的最佳利益。

3 不作或撤除無效的維持生命治療 (LST) 是否等同於安樂死？

不，它們在根本上是不同的。

安樂死被定義為「作為所提供醫療護理的一部分而直接故意使一個人死亡」。它涉及醫生故意施用藥物或物質來結束病人的生命。在香港，安樂死是非法的，在道德上也是不可接受的。

**不作 / 撤除無效的
「維持生命治療」 ≠ 「安樂死」**



- **尊重病人自主權**：病人有權拒絕不需要的治療，包括維持生命治療。違背病人意願提供治療的醫護人員可能要承擔毆打或襲擊罪行的法律責任。不作無效的維持生命治療是尊重病人的意願，讓病人因自身疾病自然離世。這不等同於安樂死。
- **不作或撤除無效治療**：不作或撤除無效治療不是安樂死，因為該治療不符合病人的最佳利益。對臨終病人施用無效的維持生命治療只會造成更多痛苦。病人在最後的日子裡需要的不是無效治療，而是臨終的關懷和安詳的離世。

4 甚麼是「預設照顧計劃」(ACP)?



對於患有嚴重疾病的病人，可以通過涉及病人、家屬和醫護人員充分溝通的「預設照顧計劃」過程來規劃未來的臨終醫療和個人護理。這考慮了疾病預後、治療的利弊以及病人的價值觀和意願等因素。

通常，「預設照顧計劃」是針對精神上有能力的病人的溝通過程。強烈鼓勵家屬／負責人或合資格人士參與。病人可以表達對未來醫療或個人護理的意願，訂立不作維持生命治療 (LST) 的預設醫療指示 (AMD)。



在醫院管理局，「預設照顧計劃」不僅包括與精神上有能力的成年病人的溝通，還包括與精神上無能力和未成年病人的家屬的溝通。關於病人未來醫療或個人護理的決策，應由醫療團隊成員與病人家屬／負責人或合資格人士，以基於病人的最佳利益的原則下，達成共識。

參與「預設照顧計劃」過程的各方及其角色

臨床醫生



- 在溝通過程中，臨床醫生通常扮演引導討論的角色，並：
 - 提供有關疾病預後、可用治療選擇、利弊以及相關醫學證據的資訊，包括臨終情況；
 - 通過良好的溝通技巧，使用以病人為中心的方法，促進病人自主權，協助病人表達其價值觀和治療意願；
 - 鼓勵家屬傾聽病人的關切並分享他們自己的觀點；以及
 - 解決分歧並處理情緒反應，以達成護理計劃的共識。
 - 在適當時簽署按「預設醫療指示」或非按預設醫療指示的「不作心肺復甦術」命令

病人



- 病人在討論中扮演核心角色。他／她可以向醫療團隊和家屬表達其觀點、價值觀和需求。如果遇到困難，醫護人員會提供協助。
- 表達的觀點範圍可以包括對醫療和個人護理的期望、醫護人員和家屬的預期角色。病人也可以拒絕在末期階段接受特定的維持生命治療，包括心肺復甦術，並訂立「預設醫療指示」。他們還可以指定一位主要照顧者進行未來的討論。
- 至於兒科病人，鼓勵他們參與討論。然而，他們的參與程度取決於醫生評估的精神成熟度。未成年病人不能簽署「預設醫療指示」。

家屬／負責人或合資格人士



- 在傳統華人文化中，家庭因素和家屬的觀點是重要的考慮因素。
- 根據情況，家屬可扮演以下角色：
 - 了解精神上有能力的病人的意願，並在未來的護理計劃中承擔其預期角色；
 - 如果病人精神上無能力與醫療團隊分享病人先前的意願或意願，醫療團隊將根據病人的最佳利益與家屬達成共識，制定護理計劃；以及
 - 未成年病人的父母可以考慮上述所有方面，與醫療團隊溝通，以達成共識。
- 家庭支持對病人很重要。醫療團隊理解家屬可能承受壓力，醫護人員會在需要時提供幫助。

當直系親屬不在時，應邀請其他負責人（包括法定監護人或同住者）參予討論。如果家屬或負責人都不在，醫生可以邀請其他與病人關係密切且能夠就病人的最佳利益下結論的合資格人士參予討論。

「預設照顧計劃」討論的範圍

疾病	疾病的預期進展和預後
治療	可用的治療選擇及其利弊
病人的意願和價值觀	對治療的期望、對限制治療的意願、對個人護理的意願、要完成的個人目標
家屬 / 負責人 或合資格人士	家庭價值觀和關切事項、未成年人父母 / 負責人的觀點、病人先前曾經表述的意願（針對無能力的病人）
其它	包括死後安排，例如葬禮程序、器官捐贈等。

進行「預設照顧計劃」討論的適當時機是甚麼？

「預設照顧計劃」的適當時機取決於個別病人的情況和其疾病的進程。醫療團隊、病人及家屬須明白病人疾病的進程、功能狀態惡化過程緩急的速度也因人而異。

因此醫療團隊與病人及其家人商討「預設照顧計劃」時，必須掌握適當時機。「預設照顧計劃」最好在病人仍有精神能力做出決定時啟動。

太遲商討，病人的心智可能已不能參加討論；

相反，太早商討，病人及家屬對病情未有深入的體會，未必有心理準備。



以下是啟動「預設照顧計劃」的一些建議：

- 診斷出限制生命的疾病後，功能狀態水平或身體活動顯著下降，或需要入住機構或院舍；
- 在身體和心理症狀以及社會焦慮方面有相當大的不適；
- 明確進入最後階段，例如多次住院、反覆急性發作或死亡迫在眉睫的急性嚴重發作；以及
- 確定疾病針對性治療無效，並從治愈性治療轉向紓緩治療。

以上情況可能發生在疾病的後期階段。但對於某些情況，可能需要在診斷後不久就進行「預設照顧計劃」：

- 認知障礙症病人在早期階段仍有精神能力時；
- 癌症已廣泛擴散到其他部位的癌症病人；
- 一些嚴重疾病，如運動神經元疾病，在診斷後可能有快速的轉差過程。

設定「預設照顧計劃」之後需要甚麼跟進？



◆ 討論不是一次性的

- 「預設照顧計劃」是一個持續的過程。可能無法通過一次討論便達成共識，需要隨著病人的病情或意願的變化再次檢視。

◆ 「預設照顧計劃」討論的詳細內容應記錄下來，以促進治療的連續性

醫護人員將記錄「預設照顧計劃」討論的詳細內容，包括病人在「預設照顧計劃」表格中的意願和選擇。當病人病危且失去能力時，臨床醫生可以參考這些記錄並提供尊重病人意願的適當護理。

◆ 精神上有能力的 18 歲及以上成年病人可以訂立「預設醫療指示」

5 甚麼是「預設醫療指示」(AMD)?

精神上有能力且已獲得適當資訊的 18 歲及以上成年病人可以訂立「預設醫療指示」，明確表達其在末期狀態且精神上無能力做出醫療決策時，在預先指定條件下，不作或撤除特定維持生命治療 (LST) 的意願。根據普通法，有效且適用的「預設醫療指示」在香港具有法律約束力。《維持生命治療的預作決定條例》（以下簡稱《條例》）於 2024 年 11 月 20 日由立法會通過並於 2024 年 11 月 29 日刊憲，《條例》於 2026 年 7 月 31 日生效。

醫院管理局 (HA) 病人使用「預設醫療指示」

「預設醫療指示」表格必須正確填寫、簽署和註明簽署日期。《條例》提供了範本「預設醫療指示」表格供使用，涵蓋某些指定的前提條件（《條例》附表 2）。雖然根據《條例》使用範本「預設醫療指示」表格不是強制性的，但強烈建議並應鼓勵使用。醫管局並不提供非範本的「預設醫療指示」表格。《條例》還提供了具有持續效力的「不作心肺復甦術」法定表格，適用於與範本「預設醫療指示」表格相同範圍的 3 個前提條件。

範本「預設醫療指示」表格涵蓋以下前提條件：

（一）罹患末期疾病（指病人患有嚴重、持續惡化及不可逆轉的疾病；預期壽命短暫，僅得數日、數星期或數月的生命；至於施行維持生命治療的作用，只在於延遲死亡一刻的來臨）；

（二）處於持續性植物人狀態或陷入不可逆轉昏迷；或

（三）罹患其他晚期不可逆轉的壽命受限疾病（不屬上述兩類，指持續惡化及不可逆轉的疾病，而病情已到了晚期，及壽命受限），例如：晚期腎衰竭病人、晚期運動神經元疾病或晚期慢性阻塞性肺病病人，由於他們可能使用透析治療或輔助呼吸治療維持生命，因此不劃入第一類。[注：晚期認知障礙症病人亦屬於第三類]

訂立「預設醫療指示」的注意事項

- 醫管局「預設醫療指示」表格* 必須由病人和兩名見證人簽署，其中一名必須是在香港醫務委員會註冊的註冊醫生。兩名見證人都必須是成年人，且對訂立者的遺產沒有利益（即無利益關係人）。
- 已完成的「預設醫療指示」是屬於病人的文件。病人和家屬有責任保管它，並在需要時向治療提供者出示的「預設醫療指示」確效文本。醫管局會提供標準黃色袋子來保存這些表格。訂立紙本「預設醫療指示」後，如病人是「醫健通」用戶，病人亦可選擇是否以電子方式，把「預設醫療指示」儲存於其中。當病人或家屬無法出示紙本時，「醫健通」中存儲的電子副本可作為確效文本。病人和家屬應採取適當的步驟存儲文件，在需要時向醫護人員出示表格，並通知其他家屬或照顧者這些表格的保存位置。
- 如果病人在訂立「預設醫療指示」後改變主意，應盡快通知醫療團隊，以便撤銷「預設醫療指示」。訂立者也可以訂立新的「預設醫療指示」，這將自動撤銷原有的「預設醫療指示」。如果出示了多份日期不同的「預設醫療指示」，除非情況另有說明，否則以最後簽署的「預設醫療指示」版本為準。
- 「預設醫療指示」僅在以下情況下生效：(i) 病人不再有精神能力就維持生命治療做出決定，以及 (ii) 病人的當前情況符合「預設醫療指示」下的指定前提條件。如果臨床醫生對文件的有效性（例如文件損壞或簽署不當）或適用性（例如昏迷是由訂立「預設醫療指示」時病人合理預期之外的因素引起）有疑問，醫生應提供臨床上的緊急治療以挽救生命。
- 如果「預設醫療指示」有效且適用，醫生有責任遵循該指示。除了病人本人在有精神能力之外，沒有人可以撤銷「預設醫療指示」。
- 《條例》還規定了具有持續效力的「不作心肺復甦術」命令的訂立、撤銷和實施，並提供了《條例》訂明「不作心肺復甦術」命令的表格。具持續效力的「不作心肺復甦術」命令包括以下兩類，(i) 按「預設醫療指示」的「不作心肺復甦術」命令，適用於訂立了拒絕心肺復甦術的「預設醫療指示」(AMD) 的精神上有能力的成年人，以及 (ii) 非按「預設醫療指示」簽發的「不作心肺復甦術」命令，適用於無法訂立「預設醫療指示」的精神上無能力的成年人和未成年人。《條例》不涵蓋按個別情況訂立的住院「不作心肺復甦術」命令。

* 「預設醫療指示」表格：



6 克服「預設照顧計劃」(ACP) 的障礙

人們通常不願討論有關疾病、喪失精神能力和死亡的話題，這是可以理解的。許多人認為討論死亡是社會禁忌，並相信它會帶來厄運。然而，生、老、病、死實際上是生活中不可逃避的現實。隨著人口迅速老齡化，更需要了解「預設照顧計劃」。

不宜討論這個
或稍後再談。

病人和家屬可能對這個話題感到不舒服，缺乏必要的討論技能，或擔心討論如此嚴肅的話題時可能出現的情緒不穩。醫護人員可以協調溝通過程並敏感地處理各人情緒。中國傳統價值觀比較含蓄，希望其他人能理解他們未說出口的意思。然而，醫療決策是複雜的。最好在病人病情發展到晚期之前，當病人還能做出自主決定時，就開始公開和誠實的討論。

醫護人員太忙了！

在繁忙的臨床環境中，啟動「預設照顧計劃」的討論並不容易。可能需要特殊安排，而且討論不是一次性的。病人、家屬和醫護人員需要抽出時間，通過協調努力進行「預設照顧計劃」的討論。

病人會變得
沮喪和抑鬱嗎？

家屬可能擔心這樣的討論會給病人帶來負面情緒。然而，研究表明，病人普遍希望他們的「知情權」得到尊重。謊言和隱瞞資訊會讓病人感到不安，並阻止他們面對自己的疾病和做出必要的生活安排。醫護人員會以敏感和專業的方式進行這些討論，避免用強硬或強迫的方法。

醫生會因為我拒絕
維持生命治療 (LST)
而放棄我嗎？

醫護人員永遠不會放棄病人。這種焦慮是不必要的。即使做了不作或撤除維持生命治療的選擇，醫護人員仍會繼續有效的疼痛緩解治療和症狀的護理。對於無法治癒的末期疾病，當死亡不可避免時，護理方法會從治愈性轉向紓緩性，確保病人能安詳和有尊嚴地離世。

「預設照顧計劃」有甚麼好處？

病人的知情權	病人需要醫護人員提供充分的資訊——如疾病預後、維持生命治療 (LST) 的利弊，以及對「不作維持生命治療」的清楚解釋——然後才能做出知情選擇。「預設照顧計劃」為病人和家屬提供了一個寶貴的機會，深入了解疾病和可作出的治療選擇。
尊重病人自主權	現代醫療強調病人參與。精神上有能力的成年病人有法律權利做出自主決定，包括拒絕或接受特定的治療和護理。 「預設照顧計劃」為絕症病人提供了一個通過提前表達其價值觀、意願，對選擇不作或撤除無效維持生命治療的決定，來行使自主決策的機會。當病人不再有能力做出決定時，他們的預設指示將得到醫療團隊和家屬的尊重。
服務病人的最佳利益	在平衡治療利弊時，必須考慮病人的意願、價值觀和信仰。如果病人無法表達自己，醫護人員會徵求家屬關於病人的價值觀、意願、文化和宗教信仰的意見，以確定甚麼是符合病人的最佳利益。
避免未來的爭議	醫護人員、病人、家屬和照顧者可能對生命和維持生命治療有不同的看法。盡早通過公開溝通，解決任何分歧並了解病人的意願，可以防止醫護人員在病人臨終階段與家屬之間在決策上的衝突。這確保了病人安詳離世的權利。
促進家庭關係	在「預設照顧計劃」討論期間，醫護人員鼓勵和引導病人表達其價值觀和意願——這些話題在家中可能很少討論。當家屬能更好地了解病人及其意願時，這會影響及提升最適合病人的護理。
減少臨終時的痛苦	如果病人決定不作或撤除無效的維持生命治療並選擇自然和有尊嚴地離世，這可以減少不必要的痛苦並減輕家屬的悲傷。

7 除了晚期疾病病人外，健康的人是否也應啟動「預設照顧計劃」(ACP) 或訂立「預設醫療指示」(AMD)？

- 在醫院管理局，「預設照顧計劃」和「預設醫療指示」主要針對患有晚期且不可逆轉疾病的病人。對於有此類要求的相對健康的病人，醫生可以鼓勵在家庭和負責人或合資格人士之間進行討論，或建議從醫管局網站或社區服務獲取有關「預設照顧計劃」的更多資訊。這並不妨礙醫生在其工作安排允許的情況下提供建議或協助。
- 突然中風或腦損傷可能導致一個人陷入持續植物人狀態或不可逆轉的昏迷。對於健康的人來說，為這種情況做出事先的治療決定是合理的。然而，沒有疾病的人是否應該為末期疾病訂立治療計劃是值得商榷的：
 - 許多疾病發展到末期疾病階段，症狀和治療結果可能各有不相同。一般人需要足夠的醫療資訊才能做出有意義的指示。
 - 大多數末期疾病病人在診斷時仍有意識。他們知道自己面臨甚麼疾病，會使預設醫療或預設照顧的決策更容易。
 - 病人對疾病症狀和殘疾的接受程度可能會隨著其病情而變化，早期的決定可能並不合適。
- 我們注意到作為健康成年人訂立「預設醫療指示」有一定的挑戰，但盡早了解維持生命治療、「預設照顧計劃」和「預設醫療指示」可以幫助在發生疾病時促進與臨床醫生的討論。在適當的時候與家人討論實際安排並表達關於臨終過程的價值觀也是有幫助的。

8 使救援人員能夠找到「不作心肺復甦術」命令

《維持生命治療的預作決定條例》生效後，消防人員和救護車人員等救援人員將遵循有效且適用的「不作心肺復甦術」命令，不進行心肺復甦術。由於救援人員沒有義務搜查病人物品，病人、家屬和照顧者應將「不作心肺復甦術」命令放在醫管局提供的標準袋子內。該袋子應保存在安全、可見和易於取得的位置，以便家屬、照顧者和救援人員容易識別和快速取得。

9 特殊情況

如果病人未滿 18 歲，父母可以做甚麼？

與成年病人一樣，18 歲以下的人也可能患有末期疾病。父母應提前與醫護人員討論病人最合適的護理計劃。這有助於避免在病人陷入危急狀況時倉促做出決定，因為這可能會產生焦慮、困惑、內疚和衝突。由於病人尚未達到簽署「預設醫療指示」(AMD) 的法定年齡，醫護人員將通過「預設照顧計劃」(ACP) 過程與病人和父母討論。「預設照顧計劃」討論的詳細內容將記錄在病人的病歷中。臨床團隊將根據達成的共識提供最合適的護理。當病人病情惡化時，此資訊會作為重要參考。

- 鼓勵未成年人參與討論。然而，參與程度取決於醫生評估的病人的精神成熟程度。



認知障礙症

背景

認知障礙症是一大類導致精神能力嚴重下降的腦部疾病。這不是正常衰老的一部分。腦細胞的死亡導致精神退化和影響日常生活的認知逐漸下降。認知障礙症在 65 歲以上的人中比較常見，但也發生在中年人身上。最常見的類型是阿爾茲海默症，占病例的 50% 至 75%。其他類型包括血管性認知障礙症、路易體認知障礙症和額顳葉認知障礙症。認知障礙症病人會在幾年的時間裡，逐漸出現短期記憶喪失、自我照顧能力減弱、表達和理解語言困難、思考和判斷能力下降，以及對人、時間和空間的定向障礙。

隨著疾病的惡化，病人逐漸失去做出決定的能力。適當的照顧計劃使病人能夠享受更好的生活質量，並確保他們的意願得到尊重和遵循。

早期認知障礙症的診斷

當診斷出認知障礙症時，病人和家屬開始面臨重大挑戰。病人通常會經歷複雜的情緒，如不相信、震驚、憤怒和悲傷——這些都是自然反應。病人應該利用早期階段，當他們的頭腦仍然清醒時，與家人和醫療團隊討論「預設照顧計劃」，或者在適當時機訂立「預設醫療指示」。這確保了他們可以獲得他們選擇的照顧。如果「預設照顧計劃」進行得太晚，病人可能由於認知障礙而無法參與討論，他們的照顧選擇便無法生效。

晚期認知障礙症

當患有認知障礙症的老年病人進入晚期階段時，許多人失去了做決定的能力。如果他們沒有進行「預設照顧計劃」或訂立「預設醫療指示」，醫療團隊只能與家屬討論關於病人臨終照顧的「不作心肺復甦術」(DNACPR) 命令。家屬或負責人或合資格人士可能必須就不作心肺復甦術表達意見。因為病人先前沒有表達過關於護理的意願，這可能會使家屬感到焦慮、內疚和壓力。因此，在認知障礙症早期階段進行「預設照顧計劃」可以減少家庭的不必要壓力，讓老年病人的選擇得到理解和尊重。

10 病人故事



一位癌症病人

愛明是一位樂觀開朗的 70 歲女性。她已婚，與丈夫和兩個女兒幸福地生活在一起。她一直很健康，直到兩年前被診斷出結腸癌。她接受了手術切除，但六個月後癌症擴散到她的肺部。她拒絕化療和放射性治療，轉而選擇中醫。紓緩治療團隊幫助紓緩她的不適。她已經一年多沒有住院了。她定期參加門診紓緩治療和日間康復計劃，與紓緩治療團隊建立了良好的關係。三個月前，愛明的病情下降——她出現呼吸急促、食慾下降、疲勞和胸腔積液。

她已向醫療團隊明確表示她不怕死亡，拒絕任何入侵性治療，不想要僅為延長生存的無效治療。她告訴醫生她的家人會想念她，希望她能活得更久。但她有不同的看法，擔心她的家人可能會追求不必要的維持生命治療。為了幫助愛明做出適當知情的醫療選擇，並使她的家人能夠理解她的決定，醫生與愛明和三名家屬會面討論「預設照顧計劃」(ACP)。這確保了他們知道愛明的價值觀、意願以及她選擇的理由。在「預設照顧計劃」的討論過程中，愛明訂立了「預設醫療指示」，明確說明她不要甚麼治療。

+ 愛明還為死後安排做了準備。她讓家人知道她沒有放棄生命，並已滿足地生活過。她希望家人能夠尊重她有尊嚴地死亡的願望。愛明沒有改變主意，選擇只接受紓緩治療。她的家人理解並尊重她的選擇。最終，她在家人陪伴下安詳離世。

一位認知障礙症病人



李女士，70 歲，被診斷出路易體認知障礙症的早期跡象。據醫生說，她的疾病可能比阿爾茲海默症（一種更常見的認知障礙症形式）進展得更快，在晚期階段可能會出現嚴重的帕金森病症狀、幻覺、喪失決策能力和餵食問題。許多類似的晚期病人需要鼻胃管餵食並臥床不起，生活質量嚴重受影響。醫生、李女士和她的家人之間進行了「預設照顧計劃」的討論。由於李女士不想在最後階段接受侵入性治療，她決定不接受鼻胃管餵食和心肺復甦術 (CPR)。

李女士的這些決定得到家人的理解和支持，同時亦通知了醫護人員。數年後李女士因身體機能和認知能力日漸下降，進食也非常困難。醫護人員依照她的意願提供紓緩性治療，包括使用舒適餵食的方法，代替使用鼻胃管餵食。最後她在家人陪伴下在醫院安詳離世，並沒有施行心肺復甦術。家人知道李女士的意願得到尊重，使她能有尊嚴地離世，覺得心靈平安。