

报告



超越 极限

对抗史上最大规模埃博拉疫情的一年

内容

引言及献辞

5 第一部分：敲响警号

8 第二部分：全球不行动同盟

13 第三部分：控制疫情的最后希望

16 第四部分：医生无法治愈病人……只能提供护理

20 第五部分：展望未来

22 区域地图

这一年，数以千计的医护人员甘冒生命危险，支持埃博拉患者并协助控制疫情，同时还要面对来自其社区的歧视和恐惧；埃博拉疫情对医护人员来说更是个双重悲剧——这些竭力拦截病毒的人，却被它夺去性命，至今已有近500名医护人员在几内亚、利比里亚和塞拉利昂死于埃博拉病毒。

这份报告，是献给那些医护人员，以及抗疫期间无国界医生14名在几内亚、利比里亚和塞拉利昂牺牲的同事。我们深切怀念他们，也心系他们的家人和朋友。

引言

史上最严重的埃博拉疫情爆发已经一年，至少2.4万人感染病毒，超过1万人死亡。埃博拉摧毁众多生命和家庭，留下深深的伤痕，撕裂了几内亚、利比里亚和塞拉利昂的社会以及经济结构。

病毒在这三国扩散，跨越国界蔓延，地域之广前所未见。惶恐和惊慌丛生，病人及其家人绝望不已，当地医护人员和无国界医生的救援队伍不胜负荷、精疲力竭。医护人员从未接受过培训去处理一种没有治疗方法，死亡率至少达50%的疾病。

尽管如此，整个世界最初对要求援助的呼喊无动于衷，后来才姗姗来迟决定采取行动，数月时间就此白白浪费掉，也失去了许多生命。没有人知道这场疫情最终造成的真正死亡数字：医疗卫生服务因此濒临崩溃，意味着

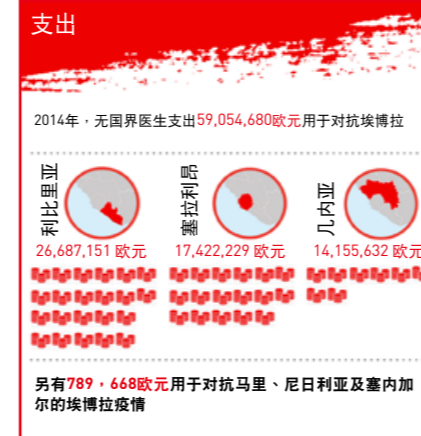
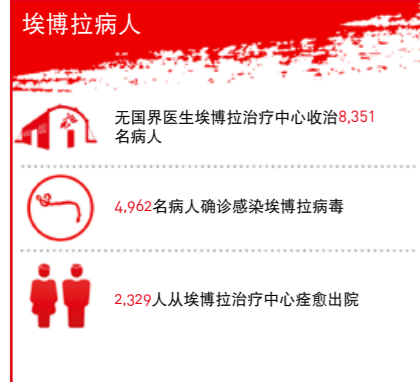
未获治疗的疟疾、难产和车祸，将数倍于埃博拉直接致死的死亡个案。

一年以后，惶恐的气氛和误导的信息依然流传，继续阻碍遏止病毒的能力。塞拉利昂爆发埃博拉疫情的热点仍在；持续的不信任和恐惧，导致几内亚医护人员遭受猛烈攻击；令人鼓舞的是，利比里亚的个案急剧下降，但该国毗邻埃博拉依然盘桓的几内亚和塞拉利昂，所面临的风险依然存在。

当下的挑战依然严峻。要宣布疫情结束，必须找出每一个最后的埃博拉个案，这样要求精密准确的水平，在医疗人道救援领域是绝无仅有的，没有犯错或掉以轻心的余地。目前每周的新增

无国界医生在塞拉利昂凯拉洪的埃博拉治疗中心里，一支医疗队准备好进入高风险区。

个案仍高于过去任何一次的疫情。在一处地方个案下降取得的成功，可以被另一处未有预料的地方意想不到的疫情爆发迅速毁掉。



封面图片

2014年10月5日，在无国界医生位于蒙罗维亚的埃博拉治疗中心里，身着防护服的无国界医生医疗人员抱着一名疑似感染埃博拉病毒的儿童。

© John Moore/Getty Images



© Sylvain Cherkakou/Cosmos

太多问题，太少简单答案

一年过去，围绕埃博拉的问题比比皆是。疫情如何蔓延至如此惊人的失控地步？为何世界对其严重程度的觉醒以及应对如此迟缓？是出于恐惧、缺乏政治决心和专业知识的完美风暴？无国界医生有否作出正确抉择？组织能否做得更多，挽救更多生命？我们从这场疫情中得到什么教训，将来处理疫情时如何有所不同？问题委实太多，而简单答案却太少。

无国界医生救援队伍仍然全力处理当前疫情，在未能保持必要距离以做出彻底的批判分析时难以得出明确的结论。我们如今就过去一年提出初步的反思，从组织救援人员的视角描述关键时刻和挑战，更深入的审视肯定会随之而来。

本报告是根据数十位在前线和总部工作的无国界医生人员的访问撰写，对组织而言，这是过去一年现实的速写。我们受过考验，超越了救援的极限，并分享曾犯过的错误。

同时明确暴露出来的是，面对这场噩梦般蔓延、牵涉甚广的疫情，没有人做好了准备。这次埃博拉疫情爆发正是一特殊事件，暴露了医疗和救援系统在应对紧急事件时低效和缓慢的现实，“一切如常”展现于国际舞台，失去数千条人命。我们将从这些错误中学到什么？

悲伤而绝无仅有的一年

尽管无国界医生在过去20年曾协助控制在9个国家爆发的埃博拉疫情，但这场在西非肆虐的疫情，证明是绝无仅有的灾难。去年，无国界医生被推至极限，甚至超越极限，组织开展标志着诸多第一次的响应工作，当中惨烈之处难以言喻。

我们第一次：

- **因埃博拉失去这么多病人的性命：**我们有2,547名病人死亡，这个灾难性的数字对无国界医生救援队伍来说极其震撼——即使在大部分战区，在这么短时间内失去这么多病人的性命，也是闻所未闻的。
- **在蒙罗维亚当地埋葬队伍无法应付大量死亡人数时，运输以及设置焚化炉火化尸体。**
- **在蒙罗维亚为60万人分发约7万份家居保障和消毒套装。**
- **分别**在蒙罗维亚和弗里敦(Freetown)向65万人和180万人分发抗疟疾药物。
- **兴建一所专门的产科设施**，为感染埃博拉病毒的孕妇提供护理。
- **展开无国界医生最大型的知识转移工作**，在总部为超过800名员工提供如何安全管理埃博拉项目的培训，另外培训250名来自其他组织的人员，如世界卫生组织、美国疾病控制与预防中心、国际医疗团(International Medical Corps)、救援组织GOAL、救助儿童会(Save the Children)、法国红十字会等。数百人亦在受影响国家就地接受培训。
- **在疫情期间开始试验药物和疫苗的临床测试。**
- 2014年9月，**在联合国大会向会员国发言**，宣布我们已集体抗疫失败。
- **被迫拒绝接收埃博拉病人**，源于在蒙罗维亚我们不胜负荷的医疗设施的状况。
- **同一时间在多个国家大规模应对病毒性出血热**——在几内亚、塞拉利昂、利比里亚、尼日利亚、马里和塞内加尔应对埃博拉疫情；此外刚果民主共和国处理另一场不相关的埃博拉疫情；在乌干达应对马尔堡出血热。
- **针对地域上广泛扩散**，且在人口稠密的市区爆发的埃博拉疫情进行动员。
- **从无国界医生其他紧急救援项目大规模调动人员。**组织派出超过1,300名国际救人员应对埃博拉疫情，由总部或组织全球各地其他项目重新调配共213人次。
- **设立共有250张病床的埃博拉治疗中心。**在这场疫情以前，组织设立过最大的埃博拉治疗中心只有40张病床。

敲响警号

前所未见、失控：口舌之争

“神秘疾病”

2014年3月14日，无国界医生位于日内瓦行动中心的斯泰克医生(Dr Esther STERK)获悉，几内亚卫生部上报了一种“神秘疾病”，几名医护人员照顾病人后死亡，死亡率相当高。斯泰克医生怀疑那是病毒性出血热中的拉沙热，她转发了描述个案症状的报告予无国界医生布鲁塞尔行动中心的高级病毒性出血热流行病学家范赫普医生(Dr Michel VAN HERP)。

“我从医疗报告上一眼就看到打嗝，这是感染埃博拉病毒的典型症状。经过进一步检验，我跟同事说，我们肯定是面对病毒性出血热，应该作好准备应对埃博拉，即使在这地区以前从未见过此病毒。”范赫普医生回忆说。

无国界医生在塞拉利昂凯拉洪的埃博拉治疗中心。

无国界医生马上出动三支紧急救援队伍，一支来自日内瓦行动中心，另一支则来自布鲁塞尔行动中心，他们均备有增援装备和物资；第三支救援队伍设于塞拉利昂，拥有处理病毒性出血热的经验，他们携带保护装备，被转派至边境地区，是第一支于3月18日抵达几内亚盖凯杜(Guéckédou)的队伍。

救援队伍根据他们的怀疑，立即开展应对埃博拉疫情爆发的重点工作：在盖凯杜医院护理患者，培训当地医护人员如何保护自己，提高社区对病毒的认识，进行安全的尸体埋葬，以及提供救护车服务。不久，范赫普医生加入这支队伍，开始外展工作，调查这地区的怀疑个案，跟踪并控制病毒的扩散。

3月21日深夜，被送往欧洲的样本得到化验确认。翌日，几内亚卫生部正式宣布是次埃博拉疫情爆发。

前所未见的扩散

流行病学家的侦查工作发现，在几内亚森林地区不同地点，有些不相关的传播链，而许多患者都有家人在邻国利比里亚和塞拉利昂。

“我们渐渐明白，这次疫情扩散的规模是前所未见的。我们抵达几天以后，位于边境的利比里亚福亚(Foya)发出疑似个案的警报。然后，情况变得更坏——在盖凯杜650公里以外的几内亚首都科纳克里(Conakry)，出现一宗确诊个案。”无国界医生紧急项目统筹弗里尔(Marie-Christine FERIR)说。



© Sylvain Cherkakou/Cosmos

3月31日，无国界医生公开宣布，基于个案的地理分布，这次疫情是“前所未见”的，现在看来似是显而易见，但当时却被许多人认为是夸大、危言耸听的。4月1日，世界卫生组织透过在日内瓦的传讯部主管，首先质疑无国界医生的声明，不同意这次病毒的动态跟以往的疫症爆发有所不同，或这次疫情是前所未见的。

“这是扎伊尔，最致命的埃博拉病毒株，在一处毫无准备的地区扩散，患者及其照顾者移动的范围，亦是我们以往从未见过的。即使连尸体，都要从一条村运送至另一条村。”范赫尔普医生回忆道。

“在有可能进一步增加恐慌，以及明知控制这次疫情远较以往任何一次疫情都要复杂之间，我们要平衡风险。我毫不怀疑这次疫情是前所未见的——我们的警号，从一开始已经敲响。”范赫尔普医生说。

病毒无国界

埃博拉病毒在未发觉的情况下，悄悄地扩散超过3个月，病毒在一段相当长的时间未被应对的情况并非不寻常，以往8次埃博拉疫情，每次平均需要2个月才发觉和调查；埃博拉病毒亦很容易与其他疾病混淆，如霍乱和疟疾；无论是无国界医生之中还是全球之内，经过培训懂得识别埃博拉病毒的专家非常稀有。

然而，过往的疫症爆发，大多发生在中非与东非偏远的村落，较容易控制疫情。但命运使然，地理上有所改变，埃博拉病毒在几内亚、利比里亚和塞拉利昂的交汇点爆发，这里位于人们经常穿越的国界。

对未知病毒的恐惧和怀疑，不安全的丧葬习俗，对政客的不信任，隐藏个案，以及脆弱的公共卫生系统，导致缺乏资源识别和有效应对埃博拉，通通促使病毒在这个地区快速蔓延。

无国界医生救援队伍力量被摊薄

在最初两星期，无国界医生派出超过60名国际救援人员前赴几内亚，分别在盖凯杜、马桑塔(Macenta)和科纳克里，设立3个埃博拉治疗中心，同时跟踪通报个案，亦尝试进行一般在埃博拉疫症爆发时所有其他‘正常’的重点工作。



几内亚，3月31日。

“问题最初并不主要是个案的数目，而是爆发热点分散在许多地方。以往，埃博拉疫情对我们来说集中于一个地点，我们能够快速在同一地点设立项目，控制疫情。这一次，人们走动更加频繁，埃博拉病毒则随着他们走。因此，我们必须在不同地点复制项目，将我们一小撮经验丰富的救援人员调来调去，尝试衡量他们在哪里最好，以加快行动。”无国界医生公共卫生专家斯普雷彻医生(Dr Armand Sprecher)说。

3月31日，在利比里亚的个案获得确诊。在几内亚的其中一支无国界医生救援队伍，被调派至蒙罗维亚和福亚，培训当地医护人员如何应对病毒。最初10天只有12宗个案，而至5月中那里的情况似乎受控。21天后由于没有新个案，而利比里亚的医护人员亦已接受培训，无国界医生的救援队伍于是离开，加强在几内亚的工作。

“虽然在5月也开始看到几内亚森林地区的病例数目下降，我们依然保持警惕，以防有隐藏的传播链。埃博拉疫情通常是一波接一波的，你会见到一个地点平息下来，但个案数字其后会再次上升。直至最后一个曾接触埃博拉病人的人被跟进，否则难言胜利。”范赫尔普医生说。

与此同时，塞拉利昂边境地带没有确诊个案，情况令人费解，引起关注。

塞拉利昂未被发现的疫情

3月中至3月底，几内亚发现的埃博拉个案据报来自塞拉利昂，无国界医生立即通报当地卫生部以及驻守弗里敦的世界卫生组织跟进。

疫情爆发初期，塞拉利昂政府凯内马医院(Kenema hospital)的合作伙伴，即美国全球病毒预测有限公司(Metabiota)和杜兰大学(Tulane University)，牵头支

援塞拉利昂的卫生部调查疑似病例。调查结果显示并非埃博拉病毒，他们继续疫情监控的时候，却似乎错过了在该国出现的埃博拉个案。

“我们将资源优先置于有确诊埃博拉个案的几内亚和利比里亚，并没有余力质疑发自弗里敦的正式信息，调查结果显示塞拉利昂没有确诊个案。”弗里尔说。

5月26日，塞拉利昂宣布首宗确诊个案，卫生部请求无国界医生介入。组织的首要任务，

是在塞拉利昂的凯拉洪(Kailahun)，亦即疫情爆发的地点设立埃博拉治疗中心。随着无国界医生救援队伍的力量已被摊薄，加上大量个案数目，无国界医生的能力不足以同一时间进行必要的外展工作，如提高公众认知以及疫情监控。

“在凯拉洪设立项目时，我们已经意识到来得太晚。埃博拉病例随处可见，我们兴建了有60张病床的治疗中心，而非在几内亚开始时只有20张病床的治疗中心。卫生部以及凯内马政府医院的合作伙伴拒绝与我们分享数据，或患者以及曾与其接触人士的列表，因此我们只能在漆黑里工作，而病人数目不断增加。”无国界医生紧急项目统筹伍兹(Anja Wolz)说。

5月份几内亚与利比里亚病例数目下降，短暂的希望出现以后，隐藏在塞拉利昂的埃博拉个案如雨后春笋，重新点燃毗邻两国的疫情。

今日，将疫情形容为“前所未见”之说，是显而易见的，即使有数月无国界医生对提出此分析感到孤立。但无论是面对疫情规模还是无国界医生被迫担起领导角色，组织都没有准备，去处理这场演变至前所未见的疫情。

失控

6月下旬，无国界医生救援队伍计算过，病毒在几内亚、利比里亚和塞拉利昂60多处广泛传播。面对这场异常凶猛的疫情，且不能面面俱到，无国界医生集中在损害控制，将大部分资源优先放在埃博拉治疗中心的运作上。关键是，根本不可能在所有地点推出全盘的控疫工作。

这3个国家之中，不幸的是有数十名当地医护人员死亡。当空前凶猛埃博拉疫情爆发时，没有恰当控制感染的医疗机构，往往变成病毒复制室，这对医护人员以及病人来说极其危险。这次疫情也不例外，只是规模更加庞大。

“6月21日，我们再次公开敲响警号，宣布疫情失控，我们无法单独应付众多病人和疫症爆发的大量地点。我们呼吁派出更多有资质的医护人员到当地，组织培训，加强追踪曾接触埃博拉患者的人和提高公众意识的工作。只是，我们呼吁要求援助以后，有效的行动却没有随之而来。我们犹如在沙漠中呼唤一样。”无国界医生行动中心的行动总监让森医生(Dr Bart Janssens)说。

虽然出现不祥预兆，可是，无国界医生再次受到指责称疫情失控一说为危言耸听。同时，政府部门以及驻几内亚和塞拉利昂的世界卫生组织官员，淡化病毒扩散规模，反而坚称疫情受控，并指责无国界医生制造不必要的恐慌。

“最后，我们不知道该如何遣词造句，可以让世界觉醒，意识到疫情一发不可收拾，已经成真。”让森医生回忆说。

六项控制埃博拉疫情的关键工作

- 1. 隔离和护理病人：**由经培训的人员在埃博拉治疗中心内隔离病人，并为病人及其家人提供支援性医疗护理与心理支持。
- 2. 安全埋葬：**在不同社区提供以及鼓励安全的尸体埋葬。
- 3. 提高公众意识：**开展大规模提高公众意识的工作，协助社区了解病毒的性质，如何保护自己，如何协助遏制其蔓延。要这些工作有效开展，必须努力了解当地社区的文化和传统。
- 4. 病毒监控：**进行以及推动病毒监控，以发现新病例，追踪可能的传播途径，以及找出需要彻底消毒的地点。
- 5. 追踪曾接触埃博拉患者的人：**进行与推动追踪曾经接触埃博拉患者的人，假如有关人士并未找出和跟进，会影响其他工作，病毒亦继续蔓延。
- 6. 非博拉病毒感染者的医疗服务：**确保未感染埃博拉病毒、而是患有其他疾病和病况的人获得医疗护理(疟疾、慢性病、产科护理等)。这包括采取严格的措施，保障医疗设施和医护人员，尤其是在可能曾经接触埃博拉患者的地点。



在几内亚的Gbando，无国界医生的流行病学家范赫尔普医生解释埃博拉是什么，如何保护自己并预防传播。

全球不行动同盟

缺乏政治决心、专业知识，抑或只是出于恐惧？

不情愿与阻碍

几内亚与塞拉利昂政府，最初不愿意承认疫情的严重性，阻碍了初期的应对。这对埃博拉疫情，甚至其他危险的传染病，并非不寻常，政府往往不愿意立即敲响警号，害怕引起公众恐慌，扰乱国家运作，以及赶走旅客和投资者。

5月10日，几内亚媒体报道说该国总统抱怨无国界医生以散布恐慌来筹款。6月，塞拉利昂总统指示世界卫生组织只准通报实验室确诊的死亡个案，通过排除可能和疑似个案来降低死亡病例数。毫无必要的阻碍，令无国界医生救援队伍的应对倍加困难。这些政府拒绝无国界医生取得患者以及曾与其接触人士的列表，组织不得不从头开始确认有哪些村落受影响，在哪里以及如何应对。

无国界医生在塞拉利昂弗里敦的埃博拉治疗中心。

面对埃博拉疫症在夏季爆发，利比亚当局对个案的扩散相当透明，即使除了该国以外，很少人站出来回应其紧急求助的呼唤。利比亚政府错被其人民指责为危言耸听，他们以为这是一种策略，企图增加国际援助。

领导真空

世界卫生组织一向在保障国际公共卫生方面担当主导角色，同时众所周知，它的专长在于其规范工作，以为全球各国提供技术咨询。它应对紧急事件和疫症爆发的能力并不强，亦缺乏人力资源和应急准备，在前线开展项目和护理病人。

“早期已经清晰显示，造成忧虑的并非只是个案数字，而是疫情扩散的范围，因此必须有明确的方向和领导，世界卫生组织原本应该领头抗疫，而非无国界医生。”无国界医生总干事施托康(Christopher STOKES)说。

国与国之间很少分享信息，官员则依赖世界卫生组织充当他们的联系，直到7月新的领导班子才获派往世界卫生组织设于这些国家的办公室，世界卫生组织同时在科纳克里设立区域应对中心，负责为受影响国家提供技术和项目支援。

世界卫生组织本来应该更早意识到这场疫情需要更多前线部署，可是它自我限制其角色，仅为有关政府提供咨询性支援，这种种因素见于3月，亦导致6月疫情再现，可是分析、承认以及愿意承担责任以加强应对，却没有发生。



无国界医生在几内亚盖凯杜的埃博拉治疗中心。

缺乏专家，人员不足

鉴于过往埃博拉疫情的规模小得多，拥有经验处理这种病毒的人数目有限，全球根本没有足够专家去遏制这次疫情。

对无国界医生而言，最明显的限制在于缺乏有经验的人员处理如此规模的疫情。疫症爆发初期，组织有能力处理埃博拉的“老将”只有约40人，他们在前线必须同一时间设立项目并负责其运作，亦要培训没有经验的同事。去年，超过1,300名国际救援人员以及4,000名当地员工临危受命抗疫。

世界卫生组织获国际授命领头处理全球紧急医疗事件，亦具备专业知识控制埃博拉疫情，美国疾病控制与预防中心则拥有实验室和流行病学的专业知识。然而，无论是世界卫生组织非洲区域办事处或其日内瓦总部，皆没有及早察觉需要更多员工在前线工作，亦没有调派更多人手，或投入更多资源培训人员。

“我们动员了组织所有出血热的专家，以及富经验的医疗和后勤人员，他们当中不少人多次往返当地。可是，我们分身乏术；以一己之力应对疫情，也不该是我们担当的角色。无国界医生没有大量专门处理埃博拉病毒的人手随时候命，我们只得依靠救援人员的能付出的时间和对组织的承担。”无国界医生行动总监德莱文涅(Brice DE LE VINGNE)说。

与此同时，已经筋疲力竭的当地医护人员勇敢地挺身而出，日复一日应付疫症，也要面对其社区的歧视和恐惧。无国界医生在当地招募的一些员工被伴侣抛弃，被家人拒诸门外，他们的孩子被玩伴排斥。他们过去一年的奉献精神 and 非凡工作，无可比拟。

利比里亚：6月发出求救信号

6月底，世界卫生组织的全球疫情警报和反应网络(GOARN)在日内瓦举行会议，这是一个关键平台，集合技术和人力资源应对疫症爆发。在这次会议中，无国界医生坚持有迫切需要在当地部署更有效的响应，同时高声疾呼要求将额外支援调配至利比里亚。

“我在全球疫情警报和反应网络的会议中发言，结尾的时候，我谈到几乎每天收到利比里亚卫生部的电话要求援助。无国界医生再没有具备经验的救援人员可以让我派往当地。我记得我曾强调，假如援助能够实时送往当地，我们就有机会遏止疫情。那是疫症爆发初期，尚有一些时间。求助的呼唤被听到，却未见采取行动。”弗里尔说。

全球疫情警报和反应网络的会议过后，协调工作正式展开，并于7月初在阿克拉(Accra)举行区域会议，但世界卫生组织明显缺乏领导能力：无论是决定工作的轻重缓急，分配角色和责任，确保为行动的质量问责，调动所需资源等，均没有按必需的规模采取相应行动。

“会议开过了，却没有行动。”弗里尔说。

利比里亚的灾难

6月下旬，无国界医生紧急项目统筹于姆抵达利比里亚的蒙罗维亚。她只有一小撮具经验的同事能动员，她的3人小队获派支援卫生部，在追踪曾接触埃博拉病人的人以及水利卫生方面提供技术建议。他们协助设立有40张病床的治疗中心，由美国救援组织撒玛利亚国际救援会(Samaritan's Purse)负责运作，同时开始为卫生部提供协调上的支持。当病毒开始像野火般在首都蔓延，治疗中心很快负担不了前来的患者。

7月底，2名美籍撒玛利亚国际救援会的救援人员感染埃博拉，该组织暂停在利比里亚唯一两间、位于蒙罗维亚以及该国西北部福亚埃博拉治疗中心的运作。没有组织愿意取代他们的位置，支援卫生部护理病人。



© Yann Libessart/MSF

“我想，公平点说，我们是无国界医生，却非无极限。我见到庞大的需要，却没有人手，这是令人非常沮丧的。全赖我们的捐款人，我们有资金，亦有决心，当然我们也有意志，但我却没有足够的人员处理这种情况。”

无国界医生驻蒙罗维亚的紧急项目统筹于姆(Lindis HURUM)，2014年8月



在利比里亚首都蒙罗维亚，施工队正在建设中的ELWA 3号埃博拉治疗中心，这是世界上最大的埃博拉治疗中心，拥有250张床位。

无国界医生随后进行痛苦的讨论。我们认为，我们已百分百运作，救援队伍在几内亚和塞拉利昂疲于奔命，组织担心接手利比里亚的治疗中心，会将无国界医生推至极限。万一我们犯错，员工受感染，导致项目瓦解？这种情况已经在7月份发生于塞拉利昂卫生部辖下政府医院凯内马，以及利比里亚撒玛利亚国际救援会。万一我们将无国界医生的应对能力推至极限甚至摧毁，却没有明显的替代能力？

“某程度上，我们别无选择——我们绝不能任由蒙罗维亚进一步陷入地狱。我们将不得不推至超出所能承受风险的极限，不得不派出没有处理埃博拉病毒经验、只接受过两天密集式培训的统筹人员。这是非常危险的，但我们必须找出办法，在蒙罗维亚与福亚采取行动。”德莱文涅回忆说。

培训开始切切实实在布鲁塞尔行动中心和前线项目点展开，这是无国界医生历史上最大型的知识转移，共有超过1,000人接受培训。与此同时，无国界医生派出一支救援队伍到福亚，亦开始在蒙罗维亚兴建ELWA 3埃博拉治疗中心，最后达到250张病床。

“即使ELWA 3埃博拉治疗中心是史上最大型的治疗中心，我们心知这还是不够的。我们感到绝望，因为知道我们无法做得更多，也清楚明白那些局限的意思——家中和街上躺着尸体；病人无法获得病床，将病毒传染给挚亲。”无国界医生埃博拉专责小组统筹克雷斯塔尼(Rosa CRESTANI)回忆说。

ELWA 3埃博拉治疗中心被迫每日关闭23.5小时

直至8月底，ELWA3埃博拉治疗中心只能每早开放30分钟，接收少量病人，由他们填补之前一夜去世的人空出来的病床，人们在治疗中心门外的碎石路上死去。其中一名父亲将女儿放在车尾箱送过来，苦苦哀求无国界医生接收她，以免她感染家里其他孩子，他最终遭到拒绝。

“我们不得不作出可怕的决定，接收哪一人进治疗中心。我们有两个选择——容许发病初期的人进内，或接收那些性命垂危、最具传染性的人。我们必须作出平衡，尽全力接收我们能够安全提供治疗的人，以及最危重的病人。但我们也要坚守底线——拒绝安排一张病床上有超过一名病人。我们只能提供很基本的临终护理，病人委实太多，医护人员太少，他们照顾每一名病人的时间平均只有一分钟。这种恐怖状况，实在难以言喻。”克雷斯塔尼说。

转折点——埃博拉病毒飘洋过海

8月8日，世界卫生组织终于宣布是次疫情构成“国际关注的突发公共卫生事件”，这个程序如像扳动开关，发放资金以及加快调动专家的能力。直到当时，已有超过1,000人死亡。最终是什么触发了这个改变，转换至应急模式？

7月底，一名替撒玛利亚国际救援会工作的美籍医生，经检验后结果呈埃博拉阳性，被撤离返回美国接受治疗，成为首宗在西非以外被确诊的个案。病人不久之前从西非回来，在美国达拉斯(Dallas)一间医院留医。之后，一名西班牙护士曾经照顾另一名感染埃博拉病毒的西班牙公民，也被检验出埃博拉病毒阳性，成为非洲以外首宗埃博拉人传人个案。

“人们开始意识到埃博拉能够飘洋过海，国际社会政治决心缺失就不再是可供选择的回应。当埃博拉构成国际安全威胁，不再是影响极少数西非贫穷国家的人道危机，世界终于觉醒。”无国界医生(国际)主席廖满端医生说。

恐慌因素与全球性瘫痪

8月，疫情波及家园，国际社会终于承认其严重性，但在前线的应对仍然缓慢，未见加强。是不是对病毒的恐惧，拖延了急需的快速响应？

事实上，埃博拉引发的恐惧可以理解，并且几乎成了普遍的情绪，其他疾病无法比拟。缺乏有效的治疗，痛苦而难受的症状，以及高死亡率，让公众极度焦虑，不仅是受影响的社群，更是医护人员本身，他们往往是首先病倒的一群，进一步打消更多的志愿人员伸出援手的想法。

自然灾害如水灾和地震，通常激发慷慨而源源不断的捐助，救援组织以及重视事件的国家亦会直接开展行动，但对埃博拉的未知所造成的恐惧，加上缺乏专业知识，瘫痪了大部分救援组织和捐助方。安全管理一间埃博拉治疗中心要求微小的误差幅度，必须有细密的培训，以做好准备应付挑战。

“我被兴建中治疗中心的规模、内里可怖的状况，以及人们所要忍受的折磨吓坏了。我们工作人员要做的，加上冒着的风险与炎热，实在吓人。我们勉力处理病人的数目，尝试配合需要的增加作出迁就和改建，但我们仍不能赶上。我们无法充分满足人们的需要，感到莫大的内疚和耻辱。”

无国界医生项目统筹亚当森(Brett ADAMSON)，2014年8月



在利比里亚的蒙罗维亚。一支无国界医生的医疗队与在ELWA 3号埃博拉治疗中心门外排队的病人交谈。医疗队在评估哪些病人可被治疗中心接收。

“我们试图说明，并不是所有的应对工作都需要穿“太空服”。追踪曾接触感染埃博拉患者的人士，加强推广教育，以及分发肥皂、氯片和水桶等工作，通通都有迫切需要。并非所有工作都局限于高风险区，但每项工作都需要有人来负责，而且是大规模地进行。”无国界医生救援行动总监卡布罗尔医生(Dr Jean-Clément CABROL)指出。然而，基于感知风险，大部分救援组织极其不愿意承担有关埃博拉的工作，担心无法保障其工作人员。

无国界医生也不能幸免。多年来，组织处理埃博拉病毒的经验，很大程度上集中在一个专家小组，这个小组被视为组织的专长。无国界医生当中很少或完全没有处理埃博拉病毒经验的同事，最初不情愿立即行动。组织本来可以更快动员全部力量，以应对疫情。

直至8月底，病毒在这三个国家横行肆虐。无国界医生与其他救援组织讨论过后，估计需时至少2至3个月为后者培训，做好被派往前线的准备。与此同时，时间不断过去，埃博拉赢了。资金不再是主要问题，未受过培训自愿提出协助，显然是不足的。拥有技术和装备精良的医疗队伍必须马上到当地抗疫。

“我们像身处茫茫大海，不能多等两个月，等其他救援组织接受过培训以应对疫情。还有谁能挺身而出，在疫情进一步失控之前采取行动？”廖满端医生说。

埃博拉扩散至尼日利亚、塞内加尔和马里

快速响应避免灾难

对更广泛的地区性疫情爆发的担忧是有根据的。当埃博拉病毒进入尼日利亚、塞内加尔和马里后，无国界医生支援当地政府抗疫。疫情在周边国家肆虐，这三个国家的政府都警惕病毒扩散的潜在风险，有助确保有效的应对。

“在最受影响的国家，我们救援队伍的人手捉襟见肘，因此无国界医生集中提供技术支援，而组织直接管理项目的程度则根据当地已有的应对能力而定。”无国界医生紧急项目统筹圣克里斯托瓦尔(Teresa SANCRISTOVAL)说。同样的策略亦曾计划于蒙罗维亚疫情失控前采用。

尼日利亚

19宗确诊个案、1宗疑似个案、8人死亡。

7月下旬，埃博拉病毒经飞机乘客由利比里亚进入尼日利亚。尽管在拉各斯(Lagos)这个有2千万人的城市，以及有1百万居民的哈科特港(Port Harcourt)发现病毒，最终仅有20人受影响。该国政府的快速响应，包括部署足够的人力与财力资源，同时实施严格的感染控制措施，是防止病毒扩散的关键。

塞内加尔

1宗确诊个案，无人死亡。

2014年4月，无国界医生应塞内加尔政府要求，进行埃博拉防控培训。8月份埃博拉个案进入达喀尔(Dakar)，经培训的队伍遂能护理病人。由X名顾问组成的无国界医生救援队伍支援卫生部设立埃博拉治疗中心，培训医护人员处理个案，追踪曾接触埃博拉患者的人，以及动员社会力量。一周之内，所有人均被追踪到。9个被认为最有风险的地区，亦有接受应付疫情的培训。

马里

8宗个案，6人死亡。

10月23日，马里一名2岁女孩感染埃博拉，是该国首宗个案。无国界医生派出一支救援队伍，在巴马科(Bamako)协助兴建埃博拉治疗中心，并到女孩死亡的城镇卡耶(Kayes)培训当地医护人员处理个案，进行疫情监控，以及动员社会力量。相对其他2个国家，无国界医生在该国从事较前线的工作，包括管理在巴马科和卡耶的2间埃博拉治疗中心，展开安全埋葬和疫情监控，原因是马里的卫生系统比较脆弱，亦缺乏足够资源应付疫病爆发，从其他合作伙伴得到的支援也较少。

尼日利亚、塞内加尔和马里，均受惠于其世界一流的实验室，能够获得快速测试结果。这三个国家的经验，凸显出疫情爆发初期，加强疫情监控和快速应付的重要性。

控制疫情的最后希望

无国界医生促请联合国会员国动用民间和军用应付生化威胁的资源

9月2日，无国界医生(国际)主席廖满端医生在纽约向联合国会员国作出殷切呼吁。在发言中她恳求道：

“很多今天有代表在座的会员国，都在应对生化威胁上投放了大量资源。要遏止疫情，会员国必须立即派遣在遏制生化威胁上有专门知识的民用和军用资源。我恳请你们派出减灾队伍，并配以全力的后勤支援。”

“我们不能切断受影响国家的对外联系，并寄望这次疫情会就此消失。要扑灭这场大火，我们必须走进起火的大楼。”

对无国界医生而言，这个呼吁极不寻常，组织一直以跟军事和安全议程保持安全距离而闻名，以保障其在冲突地区工作的独立性。然而，发生于眼前的灾难，国际救援组织显然无法独力控疫，万不得已才作出这个绝望的呼吁。

“我们认为，世界上唯一有办法立即填补空缺的机构，可能是有处理生物灾害能力的军队。是在医院门口不断拒绝病人，同时等待其他志愿人员接受培训派往当地，还是呼吁军事机构协助之间，选择是明显的。”无国界医生总干事施托康指出。

与利比里亚、塞拉利昂和几内亚的首领达成协议后，无国界医生呼吁增加有隔离病房的野战医院，派遣已经接受培训的人员，以及流动实验室以改善诊断工作，同时建设空中桥梁，将人员和物资送往西非，以及在西非之内的运送。

无国界医生在利比里亚首都蒙罗维亚的埃博拉治疗中心。



向联合国安全理事会作出简报

继无国界医生(国际)主席廖满端医生在纽约联合国大会发言后,组织驻利比里亚的救援队队长奈曼(Jackson K.P. NAIMAH),于9月18日透过视频会议,向联合国安全理事会作出简报:

“此时此刻,就在我发言之际,人们坐在治疗中心门外,乞求活命。他们无疑感到孤独、被忽视、被拒绝——他们被遗弃,面对恐怖、毫无尊严的死亡。因为当地没有足够的援助,我们让病人失望。”

联合国安全理事会裁定,埃博拉疫情对国际和平与安全构成威胁,并一致通过了一项决议,敦促联合国会员国提供更多资源抗疫。

其后,基于世界卫生组织未能于4月至9月期间,提供所需的领导和协调抗疫,联合国秘书长潘基文成立联合国首个处理突发公共卫生事件的特派团——联合国埃博拉疫情紧急响应特派团(UNMEER)。



© Fernando Caceres/MSF

在利比里亚的蒙罗维亚,无国界医生救援队队长奈曼(Jackson K.P. NAIMAH)与无国界医生(国际)主席廖满端医生讨论。奈曼曾于9月在联合国安全理事会上发言。

具有风险的呼吁

无国界医生坚持,鉴于事实证明强制隔离会制造恐慌与不安,而非遏止埃博拉病毒的扩散,派遣的任何军事资源和人员不能用于隔离、遏制或人潮管制措施。

“虽然忧虑社会动荡和国家崩溃的声音喧嚣,但我们担心作出这个呼吁,会被误解,或被故意扭曲成呼吁武装维稳。如果事后证明派遣的军队带来伤害,而非给予协助?那我们就为呼吁他们介入负上责任。”施托康指出。

尽管有急切需要,所兴建用于治疗当地以及外国医护人员的医疗设施,只是协助确保其他组织可以治疗病人,并非直接提供护理服务予当地社群。

“我们坚持认为,单单兴建医疗设施并不足够,更会将风险转嫁至没有经验的救援人员,以及当地已经筋疲力竭的医护人员,这是不可接受的。不愿意加入护理病人的想法显而易见。他们想帮助,却不肯采取任何冒险的行动——美国直升机甚至不肯运送实验室样本,或接载曾在当地护理病人的医护人员。”廖满端医生指出。

纵使要求派遣对抗生物危害的队伍的呼吁并未实现,但至少援助的确来到。履行这个约定,标志着增加国际响应的开始,有助安抚人们援助终于会陆续抵达。

提供加强的医疗设施供医护人员使用,亦有助安抚国际救援组织,让它们派出其工作人员时,感觉能够作出较大保证,以及激励当地医护人员和有关当局的士气。

与此同时,利比里亚西北部洛法州(Lofa county)传来积极的信号。至10月下旬,无国界医生位于福亚的埃博拉治疗中心,再没有接收新病例。其他加入救援的组织接管余下的工作和疫情监控,让无国界医生救援队伍能撤出洛法州,将力量转移至尚未满足需要的地点。

“全面努力,并与社区加强合作,肯定在减少洛法州的个案数目方面起了至关重要的作用。这是首个时刻,我们感觉疫情可以得到控制。”无国界医生副紧急统筹乔布(Dorian JOB)指出。

无国界医生同时冒着坐实猜疑,将矛头指向救援组织,或变成安全与政治议程一部分的风险。在武装冲突之中,这些疑虑会将救援人员和病人置于交战双方的战线之前。

迟来的援助终于来到,却不尽是所要求的

9月,这些派遣装备和后勤支援的承诺终于兑现,然而却没有足够具资格与经培训,能够护理病人的医护人员到当地。让无国界医生失望的是,大部分于10月至11月期间部署的军事力量,仅限于对国际救援组织和当地政府的支援、协调和后勤工作。



© Julien Rey/MSF

无国界医生在几内亚科纳克里的埃博拉治疗中心。每天晚上所有来自高风险区且不能氯化消毒的废物都要当场焚烧。

“从一开始,这场疫情被其不可预测性、传播范围和速度定性。假如疫情还未开始减缓,在该地区兴建的埃博拉治疗中心将会是不可或缺的。”无国界医生紧急项目统筹克莱尔(Karline KLEIJER)说。

病例数字下降

2014年后,当军队正在兴建新的埃博拉治疗中心,个案数字在其他地区亦同时下降。个案减少背后的原因,难以归因于任何单一因素。公众行为改变,病床数目增加,加大力度控制感染,以及更安全的尸体埋葬,通通有助于减少个案。

12月,国际社会尽力提供三个月前所承诺的。当派遣这些援助时,却很难配合和调整,应付迅速变化的疫情,导致资源分配给一些不再需要优先处理的工作。

医生无法治愈病人..... 只能提供护理

埃博拉病毒造成的医疗挑战

对医生来说，一种能够杀死一半以上病人、没有任何治疗方法的病毒，是一个最糟糕的噩梦。

尽管如此，超过2,300名病人在无国界医生位于利比里亚、几内亚和塞拉利昂的治疗中心战胜埃博拉。每一人康复，都是一场胜利。

“我们尽量提供最佳的支援性护理，同时减轻病人的症状和痛苦。我们从过往处理疫症的经验，发现良好的临床护理，可以降低整体个案死亡率达10至15%。无论在医疗和流行病学方面，就埃博拉以及如何临床上战胜它，仍然有许多未知之数。”施普雷歇医生说。

无国界医生在几内亚盖凯杜的埃博拉治疗中心。

多种因素可能影响死亡率：进入治疗中心时感染的严重性(病毒载量)、病人的年龄、以往的健康状况、合并感染、营养状况、重症支持性护理或所有因素综合起来。

无国界医生记录并研究采集得来的数据，审视上述因素，将会与研究界分享成果。到目前为止，主要结果显示病人的年龄(5岁以下以及40岁以上)，以及病毒载量(进入治疗中心时血液含病毒量高)，是导致高死亡率的决定性因素。

实验室局限

无国界医生医疗队伍为病人提供更个性化护理的其中一个局限，是监测他们生化水平的限制。

“有些病人的情况好像在好转，能走路、说话、进食，可惜在一个小时后却莫名其妙地去世，目前尚未知道哪些原因让一些人康复，另一些人却殒命。要尝试了解病毒如何猛烈攻击人体，监测病人的电解质，以及分析他们的血液中的生化物质，有助确定你能提供最佳的护理。”施普雷歇医生说。

这样做需要先进的实验室支援能力，无论在无国界医生里，或透过外部的合作伙伴，都不是常有的，尤其是疫症爆发初期的数个月。由主要伙伴提供、在疫情初期已有的实验室能力，负担不了大量需要检测的个案，但其他组织却未准备好进行生物化学测试。



© Sylvain Cherkakou/Cosmos



© Sylvain Cherkakou/Cosmos

无国界医生在几内亚盖凯杜的埃博拉治疗中心。无国界医生护士从高风险区走出来后即进入更衣(防护服)区。

早在4月，无国界医生在几内亚的救援队伍，已经使用ISTAT血气分析仪进行电解质监测。然而，实际的挑战以及相互冲突的工作重点，意味着直到10月这些仪器才重新设置在无国界医生的埃博拉治疗中心。

在炎热的地区工作

无国界医生医疗队伍穿着由8件配件组成的“太空服”，在高达摄氏46度的环境下工作。其中最危险的时刻之一，是脱去已弄脏的保护衣物，过程牵涉12个细致的步骤，异常繁杂，需时20分钟，并且每日最少要重复3遍。

“在热得不可交关的状况下，我们的动作和呼吸必须缓慢，限制了我们每次在高风险区内最多只能工作一小时。身在高风险区，我必须计划好最重要的工作，抓紧时间在这一小时内完成。我不能为病人花上无限的时间，或像平时一样与他们联系，面带微笑，或透过身体接触给予安慰，这是相当令人沮丧和伤感的。”克莱克医生(Dr Hilde De CLERK)说。

处于刀锋边缘

埃博拉疫症爆发时，无国界医生的救援队伍处于刀锋边缘，同时应对病人护理和工作人员的安全。

“我们都被埃博拉吓到，这也是理所当然的。这是跟感染的途径有关——透过人类的血液、汗液和泪液。试想象你是埃博拉病人：你染病了，怕得要死，你的医生一样害怕，他穿着太空服，走到你面前，你完全看不见他的样子。而我，又有什么方法医治我的病人？一张病床、三餐、输液、药片、抗疟疾药和止痛药。我只得尽我所能，确保你的免疫系统能在最佳状态下对抗埃博拉。但始终我不能跟病人有身体接触，当他们在他们身旁，只能告诉他们，你有50%机会死亡，我能为你做的相当少。”

阿卜杜勒-穆奈姆(Dr Javid ABDELMONEIM)，无国界医生在塞拉利昂的医生，2014年9月至10月

当疫情不受控时，无国界医生曾经要求协助，这是由于疫情最严峻的时期，救援队伍无法接收更多病人，或提供最佳的护理。这对于一个由志愿医护人员组成的机构来说，是极其痛苦的，造成无国界医生内部的激烈讨论和紧张关系。

“我们保障工作人员安全的责任，肯定是至关重要的，如无国界医生世界各地任何项目一样。即使我们投入大量资源到个人防护装备、培训和安全守则上，我们亦受到惨痛教训，知道永远没有零风险。”无国界医生紧急项目统筹格雷(Henry GRAY)说。

“我们亦有压力，要作出示范，显示能够安全治疗埃博拉，希望动员其他组织介入。假如我们冒更大的风险以及有太多工作人员病倒，便无法维持我方救援队伍的信任，或招募新的志愿人员，导致我们的治疗中心有可能会分崩离析，没有人取代我们。”德莱文涅说。

随着病例数目上升，无国界医生工作人员不断受到挑战，花在每一位病人的时间越来越有限。在某些时间，接收病人的数目太多，根本没有足够人员去安全处理静脉补液，一如9月在蒙罗维亚的情况一样。这不仅是安全插入输液管的问题，而是没有足够的队员去进行必要的监测，跟进病人的补液和采取良好的感染控制。

当其中一名工作人员受感染，恐惧会造成影响，有时甚至会随即导致更多限制重重的护理。无国界医生的救援队伍致力于迅速克服这些障碍，务求延误最少，尽快恢复个性化护理到最佳水平。

并不完善的服务

9月，当蒙罗维亚的治疗中心没有足够的病床，无国界医生开始向该城市60万人分发保障家庭和家居消毒的用具。这套用具旨在为有家人染病的人士，提供一定保障，也能让人们消毒家居，减低感染风险。其中主要分发的目标是医护人员，当治疗中心爆满时，他们往往被要求协助照顾其社区的人。

“虽然我们知道这些用具并非解决蒙罗维亚埃博拉危机的方法，却被迫采取这些并无先例和不完善的措施。这是治标不治本的解决方案，让人们在家人染病后一段短时间内，尝试保障自己，直至患者被接收进治疗中心。”无国界医生负责分发工作的项目统筹哈尔福德(Anna HALFORD)回忆道。

医生无法治愈病人

当疫症爆发时，市场上没有疫苗、药物和快速检测工具，证明能够安全而有效用于人类对抗埃博拉。

埃博拉从未被大型制药公司视为重点，因为它被认为只局限于在非洲经济较差的国家短暂爆发，影响少数弱勢患者。

大部分研究由公共防卫资金支持，由公共机构和小型药厂进行，理由是高传染性病毒所带来生化恐怖袭击的风险。大部分研发集中于疫苗和暴露后预防，着重为西方市场囤积产品。

可是随着疫情进一步失控，以及反复要求的援助实现得太慢，无国界医生越来越意识到，有迫切需要加速产品研发用于疫情响应。

“8月初，世界卫生组织确认，鉴于疫情的特殊性质，在人类身上使用未经测试的埃博拉产品是符合道德的，甚至予以鼓励，研发终于加速。公共以及私人研究界开始临床试验，将通常需时数年的过程，加快至仅仅数月。”无国界医生病者有其药项目政策顾问波泰医生(Dr Julien POTET)说。



在几内亚的盖凯杜，无国界医生的护士手中拿着法匹拉韦药片。无国界医生的埃博拉治疗中心自2014年12月17日开始临床测试。

8月，无国界医生首次决定，与研究机构、世界卫生组织、不同国家的卫生部以及制药公司合作，在疫情期间进行治疗测试和疫苗的临床测试。在西非首次为埃博拉药物法匹拉韦(favipiravir)进行的临床测试，于2014年12月17日在无国界医生位于几内亚盖凯杜的治疗中心展开。

“在复杂的人道危机之中，于数月内展开临床测试，是从未有发生过的，在有生化危机风险的情况下也是少有的。”无国界医生医疗总监塞拉菲尼医生(Dr Micaela SERAFINI)说。

临床测试的方案的设计，确保对病人护理的影响减至最少，尊重国际公认的医疗和研究道德伦理标准，以及能够获得优质的科学数据，基于公共利益分享成果。

这些正在进行的工作，是否有改变当前疫情的能力？

“也许不行，因为显著下跌的病例，可能会比研究获得结论性结果来得更快。病毒这次或许可以避过有效的疫苗和治疗。但不断进行的研究肯定不会白白浪费。现在有了这些临床测试采集得来的数据，势头一定会持续下去，确保下场疫症来到时，药物、疫苗和检测工具已准备好并能够使用。”无国界医生医疗总监德拉格斯医生(Dr Bertrand DRAGUEZ)说。

为此，由监管机构、制药公司和政府作出真正承诺，确保受埃博拉病毒影响的国家公平获得疫苗和治疗，是至关重要的。专业知识、研究和结果必须集体分享。

假如有效的治疗或疫苗已经存在，数千人死亡本来是可以避免的。

无国界医生的内部挑战

这次埃博拉疫情揭示无国界医生大量的内部挑战，其中不少需要作进一步深思。当他人赞赏我们这次的应对，我们却很自觉，知道自己不足之处。这包括、但不限于以下要点：

- **不同危机并发的一年。**2014年对无国界医生，以及其他在前线救援的人道组织而言，是非常苛刻的一年。在中非共和国、南苏丹、乌克兰和叙利亚同一时间发生的危机，通通要求我们最有经验工作人员的关注，令埃博拉疫情难以获得保证，得到所需的注意和人力资源，尤其是疫症爆发的首5个月。
- **在无国界医生内较大的网络动员全部力量。**多年以来，组织应对病毒性出血热的经验，很大程度上集中在一个专家小组，这个小组被视为组织的专长。无国界医生当中很少处理埃博拉病毒经验的同事，最初不情愿立即行动。组织本来可以更快动员全部力量，以应对疫情。
- **调整我们的应对。**鉴于我们的资源不堪重负，我们能否调整策略，决定每一个地点集中于哪方面的工作，或是采取反应、伤害控制的模式？譬如说，我们如何做得更多，以解决几内亚公众严重的不信任？我们一开始在塞拉利昂工作时，能否再加大力度？
- **重点被转移：**有时，我们感到已经在所有地方做尽一切。安排快速的医疗撤离，抵抗缺乏科学根据而实施的旅游禁令，协助说服航空公司如布鲁塞尔航空公司维持往来当地的航班，培训其他组织，处理恐惧以及在自家社会往往歇斯底里的舆论等种种困难，都将注意力转离前线的关键需要。
- **选择护理个别病人、或是保障公众健康？**在遏制病毒扩散以及为每一位病人提供最佳临床护理之间，有着不能解决的矛盾。这种情况于8月至9月在利比里亚，病例飙升以及我们的设施不胜负荷的时候特别严重。有一段时间，我们仅为病人提供最基本的临终护理，以及优先接收传染性高的病人，以减少埃博拉病毒在社区扩散。我们特意增加病床数目，明知必然会拖低护理水平——对很多人来说这是难以容忍的妥协。
- **工作人员交替。**埃博拉疫症爆发消耗大量资源，尤其是工作人员。埃博拉疫症爆发期间，国际救援人员在前线的任务，任期较正常要短得多——最多为期数星期，而非以月计。这样可以确保他们能够保持警觉，不会变得过于疲惫或掉以轻心。然而，如此交替导致意料不到的后果，工作细节并不总是完全移交，教训学会了以后，又要重新再学。

展望未来

尽管40多年来，无国界医生在全球一些最严峻人道危机中工作，但这场埃博拉疫情对组织工作人员带来的代价异常沉重，尤其是我们在西非的同事。自组织最初提供艾滋病护理以来，我们的医疗设施未试过接连有那么多病人离世，却没有办法挽救他们的性命——从来没有在如此短时间内，死亡像是以快进的方式发生，由10年缩短成10天。

虽然对病毒仍然有许多未知，无国界医生在过去一年学会很多，包括改善治疗中心的设计，到制定治疗方案为孕妇和儿童提供护理。在疫症爆发之前，埃博拉被认定是将孕妇判上死刑，但现时专门的护理，有助妇女战胜埃博拉，康复离开无国界医生的治疗中心。

过去一年间，无国界医生的救援队伍面对相互冲突的工作重点，不得不作出艰难的抉择，亦缺乏治疗方法和足够资

在塞拉利昂。无国界医生在塞拉利昂的埃博拉治疗中心里，由新的电子设备，片剂为基础的病人数据管理系统于1月份开始实行。特别研发的硬件更适用于戴手套，时间紧迫的医疗操作。片剂便于工作人员记录病人的历史，收集更完整的医疗数据——例如脉搏、呼吸频率，以更好跟进病人的疗程，为他们提供适宜的护理。

源。纵观所有无国界医生的项目，都面对运作和医疗上的挑战，成功与失败，通通被全面审视。无国界医生认为初步的教训，是我们应该更早从整个组织动员更多人力资源。

仍然没有结束

2015年年初，患者人数持续下降，引起人们对疫情结束的一些猜测。利比里亚自3月初起没有新病例，正在倒数达到零个案。然而，该地区整体感染数字仍然波动，自1月下旬未见显著下降。

随着当地有更多救援组织，埃博拉患者亦有足够病床，无国界医生的救援队伍继续治疗中心的运作，并可以专注填补外展工作的不足，如疫情监控、追踪曾接触埃博拉患者的人士，以及动员社会力量。

直至该地区连续42日没有新病例，埃博拉疫情还未结束。医疗队伍必须坚持不懈和保持韧性，同时争取受影响社群的信任和正面合作。同时，有必要制定切实可行的方案，继续研发疫苗、治疗和检测工具。这些都是保障该地区应付目前以及将来类似疫情再现的关键。



© Ivan Gayton/MSF

在几内亚、塞拉利昂和利比里亚重新启动卫生服务

埃博拉病毒留下来的创伤，使人们不信任医疗设施，医护人员士气低落，害怕恢复服务，也让社群丧失至亲、陷入贫困和怀疑。

接近500名医护人员在这场疫症中丧失性命，对这三个国家而言，埃博拉危机来袭之前医护人员已经严重不足，现时的打击是灾难性的。

重新恢复卫生服务是迫在眉睫的。儿童错过了接种疫苗，艾滋病患者的治疗中断，孕妇需要安全的地方分娩。

然而，重新恢复医疗系统至埃博拉疫症爆发前的水平，却不解决潜在的缺陷和弱点，是不足够的。增加人们获得医疗服务以及提高有关服务质量是必须的，以便及早察觉未来任何埃博拉与其他传染病的爆发，同时采取更有效的响应。采用相似策略和方法，却期望不同效果，是不合理的。

教训未被汲取的风险

每次大型人道危机以后，都有希望从这次事件汲取教训，可是这种自我感觉良好的言辞，常常是不足够的。

“有数个月，装备不良的当地卫生部门，以及少数民间救援组织派出的志愿人员首当其冲，在疫情中率先提供病人护理，这是错得离谱的。”廖满端医生指出。

几内亚、利比里亚和塞拉利昂的卫生部门，现时拥有如何检测、调查和处理埃博拉的知识，实验室亦设置在这些国家的首都。但是，除了知道方法以外，拥有政治决心才是将这些知识付诸实践的关键。

更多救援组织接受过无国界医生、世界卫生组织和美国疾病控制与预防中心处理埃博拉的培训。共享这些知识的目标已经达到，但假如在另一场疫症爆发时没有立即使用，最终知识可能是没有用的。

“在全球卫生和援助系统之中，进行快速而实用紧急响应的灵活性和敏捷性，仍然不足。从4年前海地大规模霍乱疫情应该汲取的教训，却没有学会。”廖满端医生说。

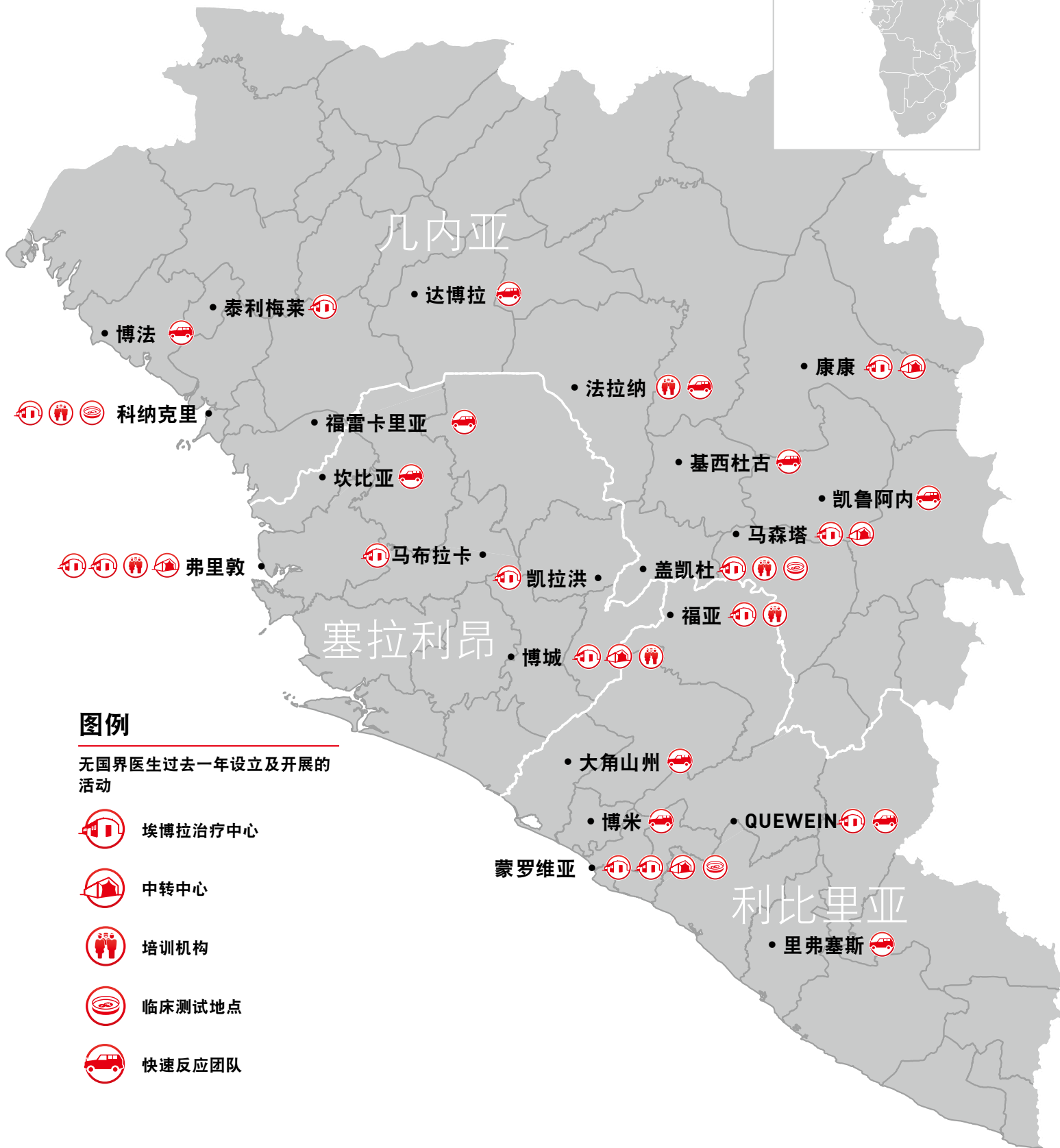
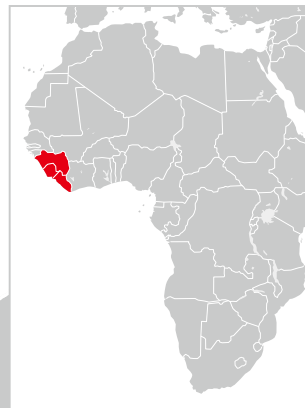
虽然世界卫生组织的执行委员会已经通过一项决议，制定应对疫症的改革，以及解决内部不协调，但是大刀阔斧的改革似乎不会在一夜之间发生。事实上，很少会员国有兴趣授权外部的国际机构，在其领土应对疫症。然而，会员国必须更迅速而大力支持这些缺乏能力应对传染病爆发的国家，这是相当明确的。

可是，我们要避免过早得出方便称手的结论。将响应失败的所有责任归咎于一个机构，将会是一个错误。相反，人道救援系统长久以来的失效，也被世界看穿，而非掩盖于中非共和国和南苏丹这些不受关注的危机之中。

全球的应对失败，已经无情地暴露于这场疫场之中，数千人付上性命代价。今日，世界比从前任何一刻更相互连系，各国领导人不能再独善其身，希望医疗危机只发生于遥远的贫穷国家。从这场疫情汲取的教训，包括发展中国家医疗系统的弱点到国际援助的瘫痪和懈怠，对各方都有好处。

“这次埃博拉病毒爆发常被形容为完美的风暴：一场跨越国界的疫情，在医疗体系脆弱、以及从未出现过埃博拉病毒的国家爆发。但这只是个方便称手的解释。要令一场埃博拉疫情失控至如此地步，要很多机构都应对失败才会这样，而它们亦确实如此，造成悲惨、本可避免的后果。”施托康说。

区域地图



MEDECINS SANS FRONTIERES
无国界医生

msf.org.cn