胡椒噴霧和保管死亡

作者：John Granfield，Jami Onnen 和 Charles S. Petty，MD
國際警察總監協會

執行簡報 - 1994 年 3 月

內容：

• 介紹
• 報告的事件
• 與保管有關的死亡
• 常見情況
- 位置窒息
- 可卡因濫用和毒性
- 可卡因誘發的譫妄
- 神經性惡性症候群
• 結論
• 參考

介紹

響應對一個非致命的替代品的需要，警察部門採用了 Oleoresin 辣椒（OC）或胡椒噴霧作為力的選擇。 OC 是在辣椒中發現的天然存在的炎症劑。 OC 幾乎 眼睛和呼吸道的立即腫脹和灼燒。當被攻擊者吸入後，導致呼吸道發炎，呼吸受限。但如果活動程度太大，例如和警察對抗時，效果會不明顯。

目前許多報告證明：能大幅減少警察/被捕者的傷害和減少被投訴不當武力使用的機會。此外，研究表明傷害或死亡的風險在統計上是不可能的（有關討論，見 Onnen，1993）。然而，最近報告發生死亡的案例。 這些死亡在法律中造成了一些執法社群的關切，以及其他方面像是 OC 的合法使用。結果，一些考慮採用產品的機構便不願意開始使用，而使用該產品的機構正在尋求確認產品安全的信息與有效性。

為了解決這個問題，國家司法研究所（NIJ）問國際警察局長協會（IACP）收集胡椒噴霧已被用於逮捕程序、與監管死亡事件的數據，並從這個匯總數據進行評估是否有可能 OC 是這些死亡的一個因素。本報告將涵蓋檢查這些具體事件所產生的信息。

報告的事件

涉及被警察拘留期間突然死亡的報告不是一個可以被地方、州或聯邦執法機構採納的事件。因此，按順序收集一些關於使用噴霧後，出現代表性的死亡事件數據，有四個訊息來源：新聞媒體服務，加利福尼亞 POST，南加州美國公民自由

聯盟和 IACP 之間的網絡成員。

在一九九零年八月至一九九三年十二月期間，共發生三十宗在用 OC 噴霧後發生被噴灑者的死亡事件。除了 1991 年的一個事件和 1992 年的兩個事件外，這最早的事件研究發生於 1990 年 8 月 27 日;剩餘的 26 次發生在 1993 年。雖然沒有辦法知道所有的事件已經發生，但在過去兩年中，OC 使用的大幅增長，與大多數死亡事件發生，是相當合乎邏輯的結論。根據來自 13 個州的情況，獲取 30 位個案的信息，以審查死亡原因和死亡原因確定案件之間的關聯性。為了調查這些情況，以下程序：

- 對涉及的執法機構的事故報告進行審查。
- 醫療法律調查辦公室（驗屍官或體檢醫師）的記錄，包括調查報告和屍檢報告，以及毒理學信息和結論。
- 比較各個案例的完整細節，以確定死亡的情形是人為還是自然的死亡。

在這 30 例中，都涉及男性死亡者，還有其他幾個共同點，所有的案例表現為好鬥和奇怪的方式與警察對抗。藥物和酒精也出現在大多數案例中。在大多數情況下，OC 噴霧是無效或不完全有效。一般來說，採用約束技術來使用噴霧後，除了一個例外，所有死亡都立即發生或對抗後不久。

在 30 個案件中有 22 個獲得了足夠的信息，以便進行徹底審查可以確定該事件死因的合理結論。具體來說，屍檢和警方報告是必要的，所以整個事件可以用來檢查死亡的所有因果和促發因素。評估結果表明，OC 在任何情況下都不是死亡的原因。

在一個案件中，OC 被列在屍檢報告中作為死因中的一個因素，但審查結果卻沒有證實為死亡因素。我們的審查的結論是，這些 OC 不是造成死亡的因素或造成死亡的主因。更具體而言，在 22 例中有 18 例是其原因是位置性窒息的死亡，而藥物或疾病也是其促成因素。在剩下的四個案例中，有三個涉及藥物（可卡因 cocaine）的死亡，一個涉及藥物（可卡因 cocaine）造成的相關疾病而死亡。

在許多導致位置性窒息的情況下，可能是被手銬對象（手銬在背後），使他們的肚子被壓住，讓胃中的東西梗塞呼吸道。在一些腳踝約束時，**常伴隨著由軍官在背部施加雙手後別的壓力**。也經常以俯臥位運送，過程中一些明顯肥胖與“大肚子”特別容易出現。

在這種俯臥傾斜且被固定的位置中，任何個人都很難呼吸。多數現代藥物（包括酒精），疾病和肥胖使得受銬對象更容易被阻塞呼吸。

總之，在 22 起案件中，沒有一起被認為是主要造成死亡的原因。相反的，大多數病例的死因被確定為位置性窒息，其中可由藥物、疾病和肥胖造成的。

監護相關死亡

雖然 OC 不被認為是致死因素，在進一步討論死亡報告後，羈押期間的猝死是有理由的，因為某些人有可能是由於警察拘留而死亡。隨後對民事和刑事責任，需要由法院、相關的人來廣泛調查死亡原因（Mittleman 和 David 1991）。　合理建立死亡原因，必須考慮範圍廣泛的因素：

對抗的性質
武器(由軍官使用)
物理戰鬥的數量和持續時間
使用的系統或類型的約束
運輸的主題
- 目的地
- 持續時間
- 運輸方式（警車，EMS 車）
- 運輸期間受試者的位置

急診室觀察和行動
屍體檢查（屍體解剖）
- 傷害的性質
- 存在疾病
- 藥物
- 其他物理因素

雖然監護死亡是罕見的，但它們傾向於分享發生在基本的共同因素序列。主體經常會顯示奇怪或瘋狂的行為。幾乎總是受試者由藥物或酒精中毒。通常，犯人會進行暴力與警察鬥爭，要求警察採用某種類型的克制技術。在掙扎抵抗期間之後，受試者變得心肺功能較無力，進入心肺停滯並且不易復甦。

專家認為，突然監護死亡的機制常常是一個異常的心臟節律，主要由以下一種或多種產生的致心律失常的潛能：在戰鬥期間釋放的兒茶酚胺、某些藥物（例如可卡因，安非他明）和酒精。所有這些物質直接作用於心臟，並可產生致命的心律失常（DiMaio 和 DiMaio，1989）。此外，某些約束技術**（即雙手後別和俯臥姿勢）與酒精、兒茶酚胺組合可能導致死亡**（DiMaio 和 DiMaio，1989; O'Halloran 和 Lewman，1993）。

死亡原因的確定常常是有問題的，而與造成的結論無關。證明調查和證明監禁死亡的危險，盧克和雷伊認為“監禁並沒有加速死亡”（1992,98）。這樣的死亡原因經常跟警察的暴力鬥爭，並創造重要的法律部門。證人可能會誤解警察暴行等事件。家庭成員，新聞媒體和相關的公民團體可能會參與其中，需要進一步的案件調查，甚至外部案件干預。潛力並發症由於通常很少有病理證據的事實而加

劇 （Luke 和 Reay，1992 DiMaio 和 DiMaio，1989; Reay 等人，1992）。 當報告陰性調查結果時，可以指控陰謀或不稱職直接送到體檢醫生/驗屍官辦公室。涉及警察可能同樣被告，並隨後被要求進一步證明他們的行動。

此外，由於缺乏或難以解釋病理證據，原因死亡可能被錯誤地歸因於警察的行動（參見 Mittleman 和 Davis，1991，一個優秀的討論這種可能性）。 Wetli（1991，3）提醒“唯一依賴解剖學用於確定死亡原因和方式的發現充滿錯誤“as “死亡證明必須依靠實物證據和證人證詞。” Hirsch 和亞當斯（1993,140）同樣警告“病理學家只專注於解剖學死亡原因注定失敗。同樣重要的是對歷史的評價，圍繞死亡的環境，以及致命的環境。

基於這些考慮，執法人員必須了解並熟悉死亡。 這種理解的好處有兩方面：警察可能通過識別症狀學並因此提供/獲得援助來避免死亡; 或如果 a

死亡確實發生，警察將熟悉與監護權死亡相關的問題

調查和認證。

大致情況

研究表明，有四個條件可能造成監禁相關的死亡：**位置窒息、可卡因中毒、興奮性譫妄和抗精神藥物造成的惡性症候群**(neuroleptic malignant syndrome)

執法人員將有基本熟悉後，每個條件逐一討論，將一般類型監護做一些不同的介紹

1. 位置窒息：

當身體位置干擾呼吸時，導致的位置窒息（Reay et al。，1992）。位置窒息死亡往往以類似的方式發生在最大限度地限制犯人，使犯人無法呼吸，除非犯人坐在警車上都不吵鬧和掙扎。某些因素可以使犯人更容易因為位置窒息而猝死。這種誘發因素包括藥物和酒精中毒（Bell 等人，1992）; 興奮性譫妄（O'Halloran 和 Lewman，1993）; 和強烈的肌肉活動。急性酒精中毒是一個主要的風險因素，因為驅使呼吸的頻率減少，犯人本身不知道他們窒息。**興奮性譫妄與壓制動作（例如雙手後別）也可以藉由細胞釋放兒茶酚胺，使得心臟裡頭的化學受體對增加二氧化碳的敏感度，增加對心臟的壓力負擔。此外，從事劇烈活動後也會呼吸肌疲勞。這種呼吸肌疲勞可能是致命的，尤其是在被限制活動的犯人上。**

專家（Reay 等人，1992; O'Halloran 和 Lewman，1993）認為最大可能性為約束技術，具有突然的致命後果。這個動作可能會增加酒精、譫妄或暴力的風險。執法人員應用替代約束方法（例如直立，坐式約束）。需要俯臥約束的情況，受試者應該密切和連續監測。

2.可卡因濫用和毒性：

可卡因是刺激中樞神經和心血管系統的藥劑。藥理學上，可卡因收縮血管、提高心率、升高血壓並增加體溫。即使先前沒有疾病的犯人，這種效應已經產生致

命的危險性。Mittleman 和 Wetli（1991）注意到醫學文獻清楚地記錄可卡因誘導會造成血管收縮、血管痙攣和高血壓，其導致自發性顱內出血、大腦梗塞（即中風），腎和腸道的血管阻塞。可卡因也可以在沒有結構異常的心血管上，仍發生死亡風險（Mittleman 和 Wetli 1987）。同樣，這些效應可以基本上損害已經患有心臟或血管系統的疾病的人身上，並可能導致死亡（Mittleman 和 Wetli 1987）。

另一個令人關注的事實是，沒有個體最小致死劑量，且死亡率與濃度相關，也包括非常低濃度（Mittleman 和 Wetli 1987）。例如，長期使用可卡因很小劑量的娛樂用戶中，也和死亡、和突然的癲癇發作有關（Fishbein 和 Pease）。顯然，這種現像是耐受效應，大腦對可卡因的敏感性的耐受性增加，並且大腦癲癇發作的閾值降低。Fishbein 和 Pease 註釋這種潛在的致死性癲癇發作，可以在任何時間發生。當與酒精結合時，可卡因顯著增加猝死的風險。研究人員（Escobedo 等人，1991）表明酒精會強化可卡因的心臟毒性作用，從而增加了過量死亡的風險。Wetli（1993）表示使用酒精和可卡因並用時，猝死的風險增加 18 倍，這可能是由於產生古柯乙鹼所造成的。

Mittleman 和 Wetli（1987）指出，娛樂性可卡因的使用也可能是致命的藥理作用。他們懷疑可卡因在高血壓和高血壓危症中，可卡因濫用是普遍的。警方應該知道潛在的致命性。

3.可卡因誘發的譫妄：

興奮性譫妄是一種急性精神障礙，其特徵在於思維受損、定向障礙、視幻覺和思想幻覺（Wetli 和 Fishbain，1985）。行為是死板、無目的且通常是暴力的。顯著增加體溫是譫妄疾病的一部分（O'Halloran 和 Lewman，1993）。興奮性譫妄可能是來自躁鬱症、慢性精神分裂症和急性藥物中毒（可卡因，PCP 和安非他明）。

可卡因濫用的最嚴重的精神病是出現可卡因誘發興奮性譫妄（可卡因精神病 cocaine psychosis），這可能與猝死有關（Wetli 和 Fishbain，1985）。雖然大多數個體會對治療會有效果，但是興奮性譫妄通常被認為是致命的醫療緊急情況。Wetli（1992）發現產生出的高體溫是一種負面的預後因素，通常與突發死亡有關。

可卡因誘發的興奮性譫妄的死亡傾向常與突然死亡有關。一般來說，症狀以急性發作開始，激烈的偏執狂，緊接著是暴力和奇怪的行為。這樣的行為，包括暴力對無生命的物體（特別是玻璃）、狂奔尖叫並脫去衣物（Wetli，1992）。 **患者會出現異常的力量並且缺乏疼痛感。警方必須限制這種情況，來停止暴力鬥爭的發生。然而，警察限制住犯人時要注意拿捏力道，常常會在掙扎之後發生犯人**

突然的死亡。**Wetli（1992）**解釋了死亡機制目前仍不確定，屍檢結果一般都無特異性，只暴露與警察的鬥爭中受傷而已。

警察應該意識到突然意外死亡的可能性，尤其是可卡因造成的興奮性譫妄。 警察應立即查覺症狀，包括以下任何一種或組合：

*奇怪或侵略行為
*喊叫
*偏執
*恐慌
*對他人的暴力
*預期外的體能
*突然寧靜不語

任何出現這些症狀的犯人，應及時送往附近醫院。在運送期間應保持密切監控。

4. 抗精神藥物造成的惡性症候群(neuroleptic malignant syndrome)：

神經性惡性症候群（NMS）是突然、無預期性的死亡。這種症候群以非常類似於興奮性譫妄的方式呈現特徵（Reay 等，1992）。神經性惡性症候群通常發生在精神病患者正在服用抗精神病藥物（即神經安定藥）。另外的因素，像是身體疲憊，全身脫水和腦部疾病。症狀包括體溫高熱、意識起伏不定和肌肉的低張力（例如無力的跛行）

NMS 也可發生未治療的急性躁症。並且可能造成巨大心理壓力和生理學上的壓力相關（Reay 等人，1992）。Hirsch 和 Adams（在 Spitz，1993 年）認為，普通術語“害怕死亡“ 字面上是真實的：心理壓力可以誘導致命性的心律失常。 然而，屍檢結果一般不會發現心理層面的問題，無法揭示病理性死亡原因 （Reay 等，1992）。

任何表現出 NMS 症狀或急性嚴重躁症的人都應該立即到醫院進行評估。最佳地的運送方是應該由兩位員警進行密切不斷的監測。

結論

在羈押期間突然死亡既不是一種新現象，也不是由於使用法定的噴霧。相反的，由於各種原因，突然的監護死亡可能在任何時間發生。無論是否介入，任何法律機構可能會經歷到突然的保管死亡。因此，員警的留意和注意風險是必要的，以確保犯人在保管的安全，儘量減少突然死亡的風險。這些指標一般包括：

*奇怪和暴力行為
*肥胖 - 特別是“大肚子”的犯人

*藥物和酒精的使用
*明顯無效的噴霧

仔細觀察和持續監測指標在保管犯人上是比較有保障的。此外，使用約束時應避免俯臥的方式。如果需要俯臥，受試者應該密切和連續監測。通常實施這樣的程序會減少保管死亡的風險。