引用格式：王石坤，尚映村，鲁鑫等. 老年癌症患者自杀现状及影响因素研究进展［J］. 华人生死学，DOI：10.12209/j.hrssx.XXXXXXXX01.

老年癌症患者自杀现状及影响因素研究进展

王石坤，尚映村，鲁鑫，李科逸，张雪煤，陶然

摘要：通过系统梳理老年癌症患者自杀问题的研究进展，探讨其流行病学现状、多维度影响因素及交互作用机制，评估现有干预策略有效性，为提出未来研究方向与临床实践建议提供依据。根据梳理相关研究，归纳老年癌症患者自杀风险的影响因素及有效的干预措施。老年癌症患者是自杀高危人群，风险受癌症类型、诊断阶段等多种因素影响。影响因素涵盖生物、心理、社会三个维度，且通过“生物-心理-社会”模型交互作用形成风险。其中缓和医疗可间接降低自杀风险，数字健康干预有潜力但需更多证据，不过直接针对自杀意念的干预研究不足。目前针对老年癌症患者自杀问题的研究存在数据不精准、机制理解不足、干预证据匮乏等问题。建议建立标准化数据监测与共享体系，开展纵向队列研究，设计多模式预防干预方案，以构建安全防护网，降低该群体自杀风险。

关键词：老年癌症患者；自杀；影响因素；心理支持；干预策略

中图分类号：R48；R73 **文献标志码：**A **文章编号：**2957-370X（2025）02-0001-10

责任编辑：高苑敏

收稿日期：2025/06/25
接受日期：2025/09/02
发表日期：2025/10/10

通讯作者：陶然

全球人口结构正在经历深刻变革，老龄化已成为21世纪最显著的社会趋势之一。与此同时，癌症作为一种主要与年龄相关的疾病，其发病率和死亡率在老年群体中持续处于高位[1]。根据全球癌症观察（GLOBOCAN）的数据预测，未来数十年，老年人的癌症负担将进一步加重[2]。这一“银发浪潮”与“癌症浪潮”的交汇，催生了一个规模空前且处境脆弱的群体——老年癌症患者。确诊癌症对任何年龄段的个体都是一次沉重的打击，但对于老年患者而言，这一挑战尤为严峻。他们不仅要面对疾病本身带来的疼痛、功能受限、衰弱等躯体症状，还要应对治疗（如化疗、放疗）带来的毒副作用[3][4]。更重要的是，癌症诊断常常触发一系列深刻的心理危机，包括对死亡的恐惧、对未来的绝望、丧失自主性和尊严的焦虑，以及感觉自己成为家庭和社会负担的内疚感[5][6]。这些生理与心理的痛苦相互交织，使老年癌症患者的心理健康状况岌岌可危，其中最极端的负面结局便是自杀。研究已证实，癌症患者的自杀风险远高于普通人群，其标准化死亡比（Standardized Mortality Ratio，SMR）可达数倍[7]。老年（通常指65岁及以上）是这一风险群体中的一个重要亚组。他们可能因合并多种慢

性病、社会支持网络萎缩、认知功能下降等因素，在面对癌症时表现出更低的心理弹性[8]。因此，深入理解老年癌症患者自杀的现状、揭示其背后的复杂影响因素、并探索有效的预防与干预策略，不仅是肿瘤学和精神卫生领域的重大课题，更是一项刻不容缓的公共卫生任务。本综述将基于现有研究证据，从流行病学、影响因素、交互机制和干预策略等多个层面，对老年癌症患者的自杀问题进行一次全面而深入的综述，旨在为临床实践和未来研究提供有价值的参考。

一、老年癌症患者自杀的流行病学现状与数据困境

（一）总体风险与高危特征

现有研究，特别是基于大型癌症登记数据库美国“监测、流行病学和最终结果”（Surveillance，Epidemiology， and End Results，SEER）的回顾性队列研究，研究一致表明，与普通人群相比，癌症诊断显著增加了患者的自杀风险[7][9][10]。一项研究指出，癌症患者的自杀风险可能是普通人群的4倍以上，且风险在诊断后的早期（尤其是第一年内）达到顶峰[11]。在老年癌症患者这一特定群体中，自杀风险同样突出。尽管部分研究显示，极高龄（如80岁以上）患者的自杀风险可能相对略低，但总体而言，老年男性是风险最高的人群之一[7]。此外，特定的癌症类型与更高的自杀风险相关，预后差、症状负担重的癌症，如肺癌、胰腺癌、头颈部肿瘤和胃癌，其患者的自杀率通常更高[12]。婚姻状况（如未婚或丧偶）、社会经济地位较低以及居住在非都市地区等，也被证实为潜在的风险因素[13]。

（二）近年趋势与地区差异：数据的缺失与挑战

尽管我们对总体风险有一定认识，但在获取2020年以后，特别是针对全球不同地区老年癌症患者自杀率的精确、分层统计数据方面，仍面临巨大挑战。现有公开的全球性报告，如GLOBOCAN，主要关注癌症的发病与死亡，并未包含自杀这一特定死因的统计[2][14]。世界卫生组织等机构发布的全球自杀率数据，也通常未按是否患有癌症进行分层[15]。因此，要对2020—2023年间的全球趋势进行精确比较，目前的数据基础尚不充分。有研究涵盖至2021年的数据显示，青少年及年轻成人癌症患者的自杀率呈上升趋势，而关于老年群体的最新趋势报告则相对缺乏[16]。尝试获取SEER数据库中2020—2023年按州分层的65岁以上癌症患者自杀死亡率的原始数据时，未能找到现成的、公开的统计报告或数据表[17]，这表明即使在数据基础相对较好的美国，获取精细、及时的区域分层数据也非易事。

对于中国而言，数据可及性问题更为突出。中国的国家和省级肿瘤登记中心负责收集癌症发病与死亡数据，并已建立相应的数据标准和上报机制，《中国肿瘤登记数据集标准》（T/CHIA 18-2021）旨在规范数据以促进共享[18]。然而，关于老年癌症患者自杀死亡记录的特定编码规则、标准化提取方法以及数据共享机制，在公开信息中并未得到明确阐述。需特别指出的是，这一数据困境并非老年癌症患者群体独有，而是当前中国自杀相关数据统计与共享中的普遍性问题——青少年、慢性重症患者（如晚期肾病、神经系统退行性疾病）等其他高自杀风险群体的精准自杀数据，同样面临“未系统统

计、公开度低、分层信息不足”的困境。这种整体性的数据缺失，不仅限制了老年癌症患者自杀问题的深入研究，更制约了全国层面自杀预防公共卫生策略的精准制定与资源分配，凸显了建立覆盖全人群、标准化的自杀死因监测系统，并推动跨部门数据共享的紧迫性。

二、影响老年癌症患者自杀风险的多维因素

（一）生物学因素：从躯体症状到炎症风暴

癌症本身及其治疗过程带来的生理痛苦是重要的生物学风险因素。持续且难以控制的疼痛、严重的癌因性疲乏（Cancer-Related Fatigue，CRF）、恶心呕吐、呼吸困难以及进行性功能状态下降，都会严重侵蚀患者的生活质量，催生无助感和绝望感[19]。对于珍视独立和自主性的老年人而言，身体功能的丧失可能意味着尊严的丧失，从而成为一个强烈的自杀驱动力。近年来，研究的焦点日益从宏观的躯体症状转向微观的神经生物学机制。自杀行为被认为与大脑中神经递质（如5-羟色胺）系统功能失调、下丘脑-垂体-肾上腺（Hypothalamic-Pituitary-Adrenal，HPA）轴功能紊乱等有关[20][21]。而一个愈发引人关注的核心机制是慢性炎症，“炎症-抑郁假说”认为，外周和中枢的促炎细胞因子，如白细胞介素-6（Interleukin-6， IL-6）、肿瘤坏死因子-α（Tumor Necrosis Factor-α，TNF-α）、C反应蛋白（C-reactive protein，CRP）水平升高，是导致抑郁症（一个主要的自杀风险因素）发生和发展的关键生物学通路[22][23]。癌症本身就是一种炎症性疾病，而化疗等抗癌治疗也会诱发强烈的炎症反应[24]。这就为老年癌症患者提供了一条潜在的“炎症-抑郁-自杀”通路。有研究发现，化疗后血清IL-6水平高的乳腺癌患者，其抑郁发生率也更高[25]。在老年人群中，一项为期两年的纵向研究发现，基线时的抑郁与较高的促炎细胞因子水平相关，尽管该研究未能证实炎症能预测新发抑郁，但提示了二者间的密切联系[26]。针对不同癌种（如肺癌、胃癌）患者的研究也观察到，炎症因子水平与抑郁、焦虑或癌因性疲乏等症状存在关联[27][28]。特别是IL-6，不仅被发现与抑郁程度相关甚至可能与自杀意念和治疗效果有关[29][30]。因此，监测血清炎症因子（尤其是IL-6）的动态变化，可能成为未来评估老年癌症患者自杀风险的一种潜在生物标志物。

（二）心理学因素：绝望的内心世界

抑郁症是与自杀行为关联最强的精神障碍。在老年癌症患者中，抑郁的发生率极高。他们体验到的持续性情绪低落、兴趣丧失、快感缺乏、无价值感和无望感，是催生自杀意念的温床[5]。焦虑，特别是与疾病进展、治疗不确定性和死亡相关的焦虑，同样是重要的风险因素。抑郁和焦虑常常共存，形成恶性循环，进一步消耗患者的心理资源。绝望感（Hopelessness） 被认为是预测自杀最有效的单一心理因素[19]。当患者认为自己的处境无法改善，未来一片黑暗，且没有任何解决方案时，自杀可能被视为唯一能够终结痛苦的出路。感知到的负担感（Perceived Burdensomeness）是另一个强大的驱动力，尤其在重视家庭关系和集体主义文化的背景下。当老年患者感到自己因疾病拖累了家人（情感上、经济上、照护上），成为家庭的“累赘”时，他们可能会产生通过自我牺牲来“解放”家人的想

法。但并非所有老年癌症患者都会走向自杀。心理弹性（Resilience）、积极的应对方式、对死亡的适度恐惧、强烈的家庭责任感以及能够从生活中找到意义感和目标感，都是重要的心理保护因素，能够帮助患者抵御自杀的念头[31]。

（三）社会与环境因素：支持系统的断裂

个体并非孤立存在，其所处的社会环境对自杀风险有决定性影响。社会支持是抵御自杀风险最坚固的“缓冲垫”[19]。来自家人、朋友、医护人员的情感支持、信息支持和实际帮助，能有效缓解患者的孤独感和无助感，提升其应对疾病的信心。反之，社会支持网络的薄弱或缺失，如独居、丧偶、与子女关系疏远，是极强的风险因素。癌症治疗费用高昂，可能给患者及其家庭带来灾难性的经济负担。经济困境不仅直接影响治疗选择和生活质量，其带来的压力和焦虑本身也是一个重要的应激源，增加了自杀风险[5]。医疗服务的可及性和质量同样重要。患者能否方便地获得疼痛控制、症状管理和专业的心理支持服务，直接影响其痛苦程度。医患沟通的质量，即医护人员是否能给予患者充分的同情、尊重和希望，也会深刻影响患者的心理状态。

（四）多维因素的交互作用：导致自杀风险的危机风暴

生物、心理和社会因素并非孤立地发挥作用，而是遵循“生物-心理-社会”模型，形成一个复杂的、动态的交互网络[32]。理解这些交互作用，对于全面评估风险至关重要。一个典型的负向交互通路可能是这样的：一位被诊断为晚期肺癌的老年男性患者（生物因素：预后差、症状重），在接受化疗后，体内IL-6水平持续升高（生物因素：炎症反应）。这种慢性炎症通过神经内分泌和免疫通路，诱发或加重了他的抑郁症状，表现为情绪低落和快感缺乏（心理因素：抑郁）。由于疾病导致身体衰弱，他无法再参与以往的社交活动，逐渐与朋友疏远；同时，高昂的医疗费用让家庭陷入困境（社会因素：社会隔离与经济压力）。他开始觉得自己是家庭的累赘（心理因素：感知到的负担感），并对未来感到彻底绝望（心理因素：绝望感）。在这个过程中，生物学的炎症、心理学的绝望和社会性的孤立相互强化，最终可能将他推向自杀的边缘。要揭示这种复杂的动态交互机制，横断面研究是远远不够的。未来的研究亟需采用纵向队列研究设计。正如前瞻性研究构想的研究方案应在老年癌症患者的治疗期间（如化疗周期中），定期（例如每月）追踪一系列指标的变化轨迹[3]。包括：定期检测血清IL-6、CRP等炎症因子的水平，绘制其动态变化轨迹。同步使用患者健康问卷-9（Patient Health Questionnaire-9，PHQ-9）等量表评估抑郁症状的波动情况，并评估社会支持、经济压力等社会因素的变化。长期随访，记录自杀意念的发生、自杀企图乃至自杀死亡等终点事件。通过复杂的统计模型（如多层模型、轨迹分析），分析炎症因子的变化率如何与抑郁评分的波动相互关联，以及这种关联如何在不同社会支持水平下被调节，并最终预测自杀风险的增减。

三、干预与预防策略：构建多层次的防护网络

（一）风险筛查与评估：防患于未然的第一步

预防自杀的第一步是有效识别高危个体。这意味着在肿瘤科的日常诊疗中，必须将心理社会困扰和自杀风险的筛查常规化。应使用经验证的、简便的工具，“痛苦温度计”进行初步筛查，对高分者再使用PHQ-9、广泛性焦虑障碍量表-7（Generalized Anxiety Disorder-7，GAD-7）等量表进行抑郁和焦虑的评估[33]。对于筛查出的高风险患者，应由精神科医生或心理治疗师进行更深入的自杀风险评估访谈。国家和地区的癌症登记系统应考虑纳入标准化的心理社会评估数据，并探索与死亡登记系统中自杀数据的链接机制。这不仅有助于流行病学监测，也能通过大数据分析识别更精细的风险模式。然而，实现这一点需要克服数据隐私、标准化和共享机制的重重障碍。

（二）缓和医疗的关键作用：综合性支持的基石

缓和医疗（Palliative Care）被认为是应对老年癌症患者多重痛苦、预防自杀最有力的武器之一。它并非传统意义上的“安宁疗护”，而是一种强调在癌症诊断早期即介入，与抗肿瘤治疗并行，旨在最大化提升患者及其家庭生活质量的综合性医疗服务。大量高质量的随机对照试验（Randomized Controlled Trial，RCT）已经证实，缓和医疗能够有效改善疼痛、疲乏、呼吸困难等躯体症状[34]。显著降低患者的抑郁和焦虑水平，提升生活质量（QOL）[35]。一项针对晚期非小细胞肺癌患者的里程碑式研究，发现缓和医疗组的中位生存期甚至显著长于标准治疗组[36]。尽管直接以“自杀意念减少率”为主要终点的RCT数据尚不多见，但缓和医疗通过全面缓解上述生物-心理-社会风险因素，构成了预防自杀的坚实防线。一项引人注目的研究发现，接受过缓和医疗的晚期肺癌患者，其自杀风险降低了81%[37]，这为缓和医疗在预防自杀中的巨大潜力提供了强有力的间接证据。美国临床肿瘤学会（American Society of Clinical Oncology，ASCO）等权威机构建议，在确诊晚期癌症时就应引入缓和医疗[38]。延迟干预会错失改善患者生活质量和心理状态的最佳窗口期。

值得进一步探讨的是，对于不同疾病阶段的老年癌症患者，自杀预防的侧重点应有所区别。对于可救治和有望改善预后的早期患者，干预的核心是积极抗肿瘤治疗结合全程心理社会支持，以增强希望和生存意愿。而对于不可逆转的终末期患者，其关怀重点则应转向安宁疗护，此时的目标是缓解痛苦、维护尊严，并在尊重患者自主权的前提下，理性对待死亡选择。在这一背景下，自杀预防不应简单视为对“非理性行为”的阻止，而需与缓和医疗、预立医疗照护计划（Advance Care Planning，ACP）及死亡教育有机结合，帮助患者与家属面对生命终点，减少因绝望和孤立导致的非意愿性自杀，同时维护那些经深思熟虑后选择安宁死亡的患者的人格尊严与权利。

（三）心理社会干预与数字健康创新

除了缓和医疗的支持，更具针对性的心理干预同样不可或缺。认知行为疗法（Cognitive Behavioral Therapy，CBT）、意义中心疗法、支持性表达疗法等已被证明对改善癌症患者情绪和应对能

力有效。近年来，数字健康干预（Digital Health Interventions，DHI）的兴起为心理服务带来了新的可能性[39]。通过智能手机应用、远程医疗平台、在线支持社区等形式，对于身体虚弱、行动不便或居住在偏远地区的老年患者，DHI打破了地理障碍，使他们能更方便地获得心理支持。基于用户数据，提供量身定制的症状管理建议、正念练习和应对策略。有初步证据表明，参与基于证据的数字心理健康干预可能与自杀风险的降低相关[40]。然而，必须清醒地认识到，目前针对老年癌症患者这一特定群体的DHI研究还非常有限。其可用性、用户接受度、长期有效性以及如何与传统医疗模式有效整合，都需要更多严格的临床试验证据来回答。

四、研究挑战与未来展望

尽管在理解和应对老年癌症患者自杀问题上已取得一定进展，但我们仍面临诸多挑战，这也为未来的研究指明了方向。当前最迫切的需求之一是建立高质量的、可及的流行病学数据库。各国应致力于将自杀死亡数据与国家癌症登记系统进行常规化链接，并制定统一的数据标准与共享机制。这需要跨部门的合作与政策推动，以期能定期发布按年龄、性别、癌种、地区等分层的自杀率报告，为资源分配和政策制定提供依据。

未来的基础研究应超越静态的风险因素识别，转向探索多维因素的动态交互过程。如前所述，设计精良的前瞻性纵向队列研究是关键。通过长期追踪老年癌症患者的生物标志物（如炎症因子）、心理状态（如抑郁评分）和社会环境变化，并与自杀相关结局相关联，才能构建出更精准的个体化风险预测模型。特别是RCT，应更勇敢地将“自杀意念的减少”或“自杀行为的发生率”作为主要或次要终点指标，以提供更直接的证据。

当然还需要进一步研究缓和医疗预防自杀的具体作用机制，并探索针对不同风险特征患者的缓和医疗方案，以及确定不同癌种和疾病阶段的最佳整合时机。目前亟须开展针对老年癌症患者的DHI随机对照试验，评估其在降低抑郁、焦虑和自杀意念方面的实际效果、成本效益以及最佳实施策略。此外，还应推动将心理健康服务（包括自杀风险筛查和干预）无缝整合到肿瘤治疗的全流程中，使之成为与手术、放化疗同等重要的“第五大支柱”。同时，国家层面的癌症防控策略和精神卫生行动计划，应明确将老年癌症患者列为自杀预防的重点关注人群，并投入相应资源。

五、结论

老年癌症患者的自杀是一个由生理痛苦、心理绝望和社会困境共同编织的悲剧，是医学的挑战，也是社会的伤痛。截至目前，可以识别出其背后的多重风险因素，并初步看到了缓和医疗等干预策略的曙光。然而，前方的道路依然漫长。唯有通过更精准的数据监测、更深入的机制探索和更高质量的干预研究，才能真正构建起一张坚韧的防护网，为这些在生命暮年遭遇重创的老人带去希望、尊严与慰藉。

参考文献

[1] KALITA M，DEVARAJA M，SAHA I，et al. Global burden of cancer pattern in 2020 & prediction to 2040 among older adults[J]. The Indian Journal of Medical Research，2024，160(5)：397.

[2] BRAY F，LAVERSANNE M，SUNG H，et al. Global cancer statistics 2022：GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries[J]. CA：a cancer journal for clinicians，2024，74(3)：229-263.

[3] HURRIA A，TOGAWA K，MOHILE S G，et al. Predicting chemotherapy toxicity in older adults with cancer：a prospective multicenter study[J]. Journal of clinical oncology，2011，29(25)：3457-3465.

[4] EXTERMANN M，BOLER I，REICH R R，et al. Predicting the risk of chemotherapy toxicity in older patients：The Chemotherapy Risk Assessment Scale for High-Age Patients (CRASH) score[J]. Cancer，2012，118(13)：3377-3386.

[5] SANTOS M A. Câncer e suicídio em idosos：determinantes psicossociais do risco，psicopatologia e oportunidades para prevenção[J]. Ciência & Saúde Coletiva，2017，22：3061-3075.

[6] 汪艳，庞英，何毅，等. 老年进展期癌症患者自杀意念及危险因素多中心调查[J]. 中国心理卫生杂志，2023，37(11)：938-944.

[7] ZAORSKY N G，ZHANG Y，TUANQUIN L，et al. Suicide among cancer patients[J]. Nature communications，2019，10(1)：207.

[8] ESTAPE T. Cancer in the elderly：challenges and barriers[J]. Asia-Pacific journal of oncology nursing，2018，5(1)：40-42.

[9] HENSON K E，BROCK R，CHARNOCK J，et al. Risk of suicide after cancer diagnosis in England[J]. JAMA psychiatry，2019，76(1)：51-60.

[10] MISONO S，WEISS N S，FANN J R，et al. Incidence of suicide in persons with cancer[J]. Journal of Clinical Oncology，2008，26(29)：4731-4738.

[11] ROBSON A，SCRUTTON F，WILKINSON L，et al. The risk of suicide in cancer patients：a review of the literature[J]. Psycho-oncology，2010，19(12)：1250-1258.

[12] KAM D，SALIB A，GORGY G，et al. Incidence of suicide in patients with head and neck cancer[J]. JAMA otolaryngology–head & neck surgery，2015，141(12)：1075-1081.

[13] ISLAMI F，BAEKER BISPO J，LEE H，et al. American Cancer Society's report on the status of cancer disparities in the United States，2023[J]. CA：A Cancer Journal for Clinicians，2024，74(2)：136-166.

[14] FERLAY J，COLOMBET M，SOERJOMATARAM I，et al. Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018：GLOBOCAN sources and methods[J]. International journal of cancer，2019，144(8)：1941-1953.

[15] WEAVER N D，BERTOLACCI G J，ROSENBLAD E，et al. Global，regional，and national burden of suicide，1990–2021：a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021[J]. The Lancet Public Health，2025，10(3)：e189-e202.

[16] MATSUO K，DUVAL C J，NANTON B A，et al. Suicide deaths among adolescent and young adult patients with cancer[J]. JAMA Network Open，2024，7(11)：e2442964-e2442964.

[17] ZHENG S，TONG Y，CHEN J，et al. Construction and evaluation of leukemia suicide risk predictive model based on SEER database[J]. Frontiers in Psychiatry，2025，16：1506550.

[18] 孙可欣，刘硕，庹吉好，等.《中国肿瘤登记数据集标准》解读[J]. 中国肿瘤，2021，30(10)：734-739.

[19] 王舒杰，胡德英，孙璇，等. 癌症患者自杀意念心理体验的质性研究[J]. 护理学杂志，2019，34(22)：80-83.

[20] 王艾娟，郑涌. 自杀的神经生物因素研究进展[J]. 中国康复理论与实践，2007，(03)：263-266.

[21] 梁小锋，雷续虎，周龙虎. 自杀行为的生物遗传因素研究[J]. 现代生物医学进展，2012，12(04)：739-741.

[22] 李文涛，李志平，王胜，等. 老年脑卒中患者血清炎症因子与焦虑抑郁程度相关性分析[J]. 国际精神病学杂志，2018，45(04)：697-699+703.

[23] 蔡敏一，赵德强，于宏梅，等. 老年高血压合并焦虑、抑郁患者血清炎性因子、单胺类递质水平观察[J]. 国际精神病学杂志，2024，51(03)：872-875.

[24] 哈肖别克•卡斯木，季学闻，吐尔逊江•托乎地外力，等. 血清CEA、CRP、IL-6对中晚期直肠癌新辅助放化疗治疗反应的预测价值[J]. 疑难病杂志，2023，22(07)：691-696.

[25] 朱青，王健，杨蕙，等. 细胞因子和神经递质双重监测在乳腺癌患者伴发抑郁症防治中的研究[J]. 国际检验医学杂志，2019，40(05)：579-581+585.

[26] KIM J M，STEWART R，KIM J W，et al. Changes in pro-inflammatory cytokine levels and late-life depression：A two year population based longitudinal study[J]. Psychoneuroendocrinology，2018，90：85-91.

[27] 王玉栋，陈红姗，单玉洁，等. 晚期肺癌患者癌症相关性疲乏的发生及其与血清炎性因子的关系[J]. 肿瘤防治研究，2015，42(06)：576-581.

[28] MISHRA P，BHURANI D，NIDHI. Elevated neopterin and decreased IL-4，BDNF levels and depression in lymphoma patients receiving R-CHOP chemotherapy[J]. Frontiers in Neurology，2024，15：1392275.

[29] 叶继章，罗经宏. 老年慢性心衰患者血清FOXO1、IL-6、CRP、Hcy水平与抑郁程度的关系[J]. 国际精神病学杂志，2023，50(06)：1465-1468.

[30] YANG Y，GU K，LI J. Relationship between serum inflammatory cytokines and suicide risk in patients with major depressive disorder[J]. Frontiers in psychiatry，2024，15：1422511.

[31] 华莉，齐敏，孙海玲，等. 以意义为中心的心理辅导方案用于晚期癌症患者研究进展[J]. 护理学杂志，2023，38(20)：106-110.

[32] GRASSI L，BIANCOSINO B，MARMAI L，et al. Psychological factors affecting oncology conditions[J]. Advances in Psychosomatic Medicine，2007，28(R)：57.

[33] EL-JAWAHRI A，ABEL G A，TRAEGER L，et al. Quality of life and mood of older patients with acute myeloid leukemia (AML) receiving intensive and non-intensive chemotherapy[J]. Leukemia，2019，33(10)：2393-2402.

[34] TEMEL J S，GREER J A，MUZIKANSKY A，et al. Early palliative care for patients with metastatic non‐small-cell lung cancer[J]. New England Journal of Medicine，2010，363(8)：733-742.

[35] BAKITAS M，LYONS K D，HEGEL M T，et al. The project ENABLE II randomized controlled trial to improve palliative care for patients with advanced cancer[J]. JAMA：the journal of the American Medical Association，2009，302(7)：741.

[36] TEMEL J S，SLOAN J，ZEMLA T，et al. Multisite，randomized trial of early integrated palliative and oncology care in patients with advanced lung and gastrointestinal cancer：Alliance A221303[J]. Journal of palliative medicine，2020，23(7)：922-929.

[37] Sullivan D R，Forsberg C W，Golden S E，et al. Incidence of suicide and association with palliative care among patients with advanced lung cancer[J]. Annals of the American Thoracic Society，2018，15(11)：1357-1359.

[38] SMITH T J，TEMIN S，ALESI E R，et al. American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion：the integration of palliative care into standard oncology care[J]. Journal of clinical oncology，2012，30(8)：880-887.

[39] YOSEP I，HIKMAT R，MARDHIYAH A，et al. A Scoping review of digital-based intervention for reducing risk of suicide among adults[J]. Journal of Multidisciplinary Healthcare，2024：3545-3556.

[40] NELSON B W，HORNSTEIN S，PEIPER N，et al. Suicide risk reduction associate with participation in an evidence-based digital mental health intervention targeting depression and anxiety[C]. TMS Proceedings 2021.

Research Progress on the Current Status and Influencing Factors of Suicide Among Older Adults with Cancer

Wang Shikun，Shang Yingcun，Lu Xin，Li Keyi，Zhang Xuemei，Tao Ran

Abstract: To systematically review the current research on suicide among older adult cancer patients, this study examines its epidemiological characteristics, multi-dimensional influencing factors and their interactions, assesses the effectiveness of existing intervention strategies, and provides a foundation for future research and clinical practice recommendations.By synthesizing relevant literature, we summarize risk factors and effective interventions related to suicide in this population. Older adults with cancer are at high risk for suicide, influenced by factors such as cancer type and stage at diagnosis. These risk factors span biological, psychological, and social domains, interacting through a biopsychosocial model to collectively contribute to suicide risk.Palliative care shows promise in indirectly reducing suicide risk, and digital health interventions may offer potential, though more evidence is needed. However, there is a notable lack of interventions directly targeting suicidal ideation. Current research on suicide among older adult cancer patients faces challenges including imprecise data, limited understanding of underlying mechanisms, and insufficient intervention evidence. It is recommended to establish standardized data monitoring and sharing systems, carry out longitudinal cohort studies, and develop multimodal preventive intervention programs to create a safety net and reduce suicide risk in this population.

Key words: Older Adults with Cancer; Suicide; Influencing Factors; Psychological Support; Intervention Strategies

作者简介（ID）：

1．王石坤，护师，通讯地址：云南省昆明市西山区昆明医科大学第三附属医院。邮编：650118。邮箱：379229143@qq.com

2．尚映村，护师，通讯地址：云南省昆明市西山区昆明医科大学第三附属医院。邮编：650118。

3．鲁鑫，主管护师，通讯地址：云南省昆明市西山区昆明医科大学第三附属医院。邮编：650118。

4．李科逸，主管护师，通讯地址：云南省昆明市西山区昆明医科大学第三附属医院。邮编：650118。

5．张雪煤，护师，通讯地址：云南省昆明市西山区昆明医科大学第三附属医院。邮编：650118。

6．陶然（通讯作者），副主任护师，护士长，通讯地址：云南省昆明市西山区昆明医科大学第三附属医院。邮编：650118。邮箱：151473971@qq.com