

睡不着的夜,醒不来的晨

——读懂青少年的睡眠困境

谁“偷”走了孩子们的睡眠

当成年人的失眠问题被反复讨论,鲜有人意识到,睡眠障碍不以年龄为界,另一个更沉默的群体被遗忘在夜幕深处——那些辗转难眠的孩子。

据中国流行病学调查,睡眠问题正在低龄化蔓延——20%—30%的儿童青少年存在睡眠障碍,青春期后比例更高,部分研究数字已达40%。

这是一场被忽视的集体失眠。它不以成瘾性药物被讨论,不伴随中年危机被同情,却悄无声息地侵蚀着生长发育的根基、情绪调节的能力,甚至是神经系统发出的第一声求助。

2026年3月21日是第26个世界睡眠日,记者采访了多位儿童睡眠专家,试图解开一个悬在很多家长心头的疑问:是谁,偷走了孩子们的睡眠?

■ 记者 万力闻



中国流行病学调查显示
儿童青少年睡眠障碍
20%—30%

夜醒频繁 哄睡困难 放下就哭……

如何拯救3岁以下“夜来欢”

天津市儿童医院神经内科门诊,一位年轻妈妈抱着8个月大的女婴,神情疲惫。她告诉医生,孩子最近三个月,每天夜里会醒七八次,“全家人都快被她熬垮了”。这样的场景,神经内科主任李东在门诊经常遇到。当成年人在讨论失眠、褪黑素和睡眠经济的时候,另一个群体正在被忽视——那些被困在“哄睡难题”里的年轻父母,以及那些还没学会“自己睡”的婴幼儿。3岁以内的婴幼儿睡眠障碍,远比我们想象得普遍。李东告诉记者,孩子们很多时候不是简单的“闹觉”,其背后藏着大脑发育的秘密,也是家庭养育问题的缩影。

夜醒几次算正常?

作为儿童神经科的专家,李东的诊室里挤满了患有癫痫、发育迟缓、遗传代谢病等神经系统疾病儿童,其中三分之一甚至一半都伴有睡眠问题。

很多家长带孩子来看病,进门第一句就是:“李主任,您帮我孩子看看是不是哪儿不舒服?”李东通常反问:“你判断不舒服的依据是什么?”答案是统一的:“夜里老醒,醒了就哭,肯定是不舒服。”

这恰恰是最大的误区。“3岁以内婴幼儿的睡眠障碍,真正器质性病变不足10%。”几乎每一天,李东都会对家长一遍遍科普,新生儿的睡眠系统和觉醒系统由于发育得还不成熟,很容易因冷、饿、尿布潮湿而被打断睡眠。几个月的孩子,一夜醒两三次是常事。正常情况下,孩子从出生到1岁,夜间清醒次数会逐渐减少。

但到底什么是正常,很多家长弄不清楚。李东告诉记者,人类的睡眠不是一条直线,而是由快眼动睡眠和非快眼动睡眠交替形成的睡眠周期构成的。成人每个睡眠周期大约90分钟,在浅睡眠阶段会短暂醒来,翻个身,拉一下被子,然后继续睡,第二天可能完全不记得自己醒过。

但婴幼儿的睡眠周期更短,只有五六十分钟,这意味着他们每个小时都会经历一次“即将醒来”的时刻。问题不在于醒来,而在于醒来后能否再次入睡,是否具有“自我安抚能力”。如果孩子每次入睡都依赖特定安抚条件,夜间醒来时,就需要同样的条件才能再次入睡。

这不是孩子“矫情”,是大脑的运作机制。李东见过太多焦虑的父母:担心孩子饿着,夜里频繁喂奶;担心孩子害怕,整夜抱着睡;担心孩子哭闹,一哭就立刻抱起。这些出于爱的行为,反而干扰了孩子学习自己入睡。

曾在美国西雅图儿童医院神经内科与华盛顿大学医学中心做访问学者的经历,让李东意识到,中外育儿在睡眠培养上差异明显,国外更强调尽早分床睡,建立固定睡前程序,让孩子自主入睡,而国内很多家庭习惯与孩子同床睡,虽方便喂养,但容易干扰孩子自主入睡。

“孩子需要学会睡觉。”李东说,就像学会走路、说话一样,自主入睡也是一种需要学习和练习的能力。很多家长不知道,只要家长不过度干预、环境适宜,大多数孩子都能自主建立良好睡眠习惯。

被误解的“闹觉”

一位奶奶抱着孙子,一脸认真地问:“李主任,我家孩子晚上老哭,我在家门口贴了‘天惶惶,地惶惶,我家有个夜哭郎’,怎么还不管用?”李东听完,哭笑不得。

李东在诊疗中发现,约有40%的婴幼儿出现过不同程度的睡眠问题。有的人入睡困难,有的夜间频繁醒来,有的会梦游、说梦话,让家长疲惫不堪。

“真正有疾病的孩子只有10%左右。”他说,“90%的婴幼儿睡眠障碍与家人的养育方式、认知,还有环境、睡眠习惯,以及一些生理性、心理性的因素有关。”

这个比例,他反复向家长强调。问题可能出在皮肤痒、肠胃不舒服和呼吸等方面。拿呼吸为例,儿童阻塞性睡眠呼吸暂停,患病率在1%—5%之间。这些孩子夜间睡眠时,上气道反复阻塞,导致呼吸暂停、血氧下降。典型表现是张口呼吸、打鼾、睡眠中呼吸暂停、白天嗜睡。

最常见的原因是腺样体和扁桃体肥大。对于睡眠,孩子往往需要照护者帮助,如果家长采取的方式不当,反而会帮倒忙。

有的老人爱捂着孩子,里三层外三层穿得严严实实;有的觉得要凉快点,不给孩子盖被子。还有一些是家长“爱”出来的习惯——一天晃着孩子睡,觉得这是疼爱。可如果过度,每次睡觉都晃,孩子就会产生条件反射,不晃就醒,反而更容易夜里惊醒。

有的新手妈妈一听孩子哭就喂奶,不管是不是饿,殊不知吃奶粉的孩子,6个月以上就可以逐步减少夜奶了。过量地夜间喂奶,会加重肠胃负担,孩子不懂拒绝,有奶就吃,反而更难养成良好的睡眠习惯。

不少家长晚上8点多孩子该睡觉时,还兴奋地逗孩子玩。这时过度兴奋、大笑、玩耍,反而影响孩子入睡。

除此之外,北方冬天气候干燥、寝具过硬或太软、灯光过亮、周围有响声等对睡眠都有影响。

“养成良好的睡眠习惯很重要,但细节太多,容易被忽视。”李东说。

当睡眠成为难题

一个2岁男孩被抱进诊室,孩子父亲说他从出生就没好好睡过觉,夜里醒好几次,白天也不消停,叫他不理,让他坐坐不住。李东观察了一会儿,发现孩子眼神对视差,指令服从差。他轻声对家长说:“我们需要进一步查一下,可能不是单纯的睡眠问题。”

问题可能出在神经系统上。李东说,婴幼儿睡眠问题多为伴随症状,随着原发病好转、生理成熟会逐渐改善。但到神经内科就诊的睡眠问题患儿,多属于10%的病理性情况,精神运动发育迟缓、语言发育迟缓或患自闭症的孩子,婴幼儿时期常表现为“难带”,突出特点就是睡眠少、易惊醒、睡眠颠倒。

除睡眠不好外,这些孩子还常表现为白天不听指令、多动、自由散漫,或者喊他不搭理,诸多表现都与同龄儿童存在明显差异。

李东举例说,正常孩子六七个月会坐,他还不会坐;正常1岁左右会说话,他还不会说。如果排除了环境、生理、心理因素,孩子还是睡得少、爱哭闹,就要注意是否神经发育出了问题。

作为神经内科博士,李东说,神经内科的意义是通过病史问诊和查体,看孩子有没有神经发育问题,对视力、听力、运动能力、沟通能力进行综合评估,进而明确病因,开展针对性治疗。

如果是确诊癫痫后用药,睡眠问题可快速改善;若是先天代谢疾病,针对性用药后再配合康复,效果会更明显……神经发育问题的改善是长期过程,绝大多数情况下没有特效药,但坚持干预一定会有效果。

从倾诉开始治愈

睡眠折磨着孩子,也同样折磨着与孩子朝夕相处的家长。李东见过最极端的例子,是一个家长哀求他开安眠药给孩子喝。

李东很理解家长。这种孩子大多完全发育落后,甚至智力有问题,白天不睡或只睡一会儿,晚上一整晚不睡、疯闹。但儿童使用镇静药物一定要慎重,针对婴幼儿睡眠障碍的治疗原则是尽量不用,临床上要先判断孩子的睡眠障碍是生理性还是病理性的。即便将镇静药作为一种治疗方案,也必须先评估孩子是否适用。

每次神经内科门诊,李东说话特别多。从医多年,他越发明白:神经内科疾病较为复杂,要尽量给家长讲得通俗又专业,更耐心一些,让他们慢慢信任你。

很多家长来找李东,就是为了倾诉。他们想把孩子的情况细细说一遍——昨天怎么样、前天怎么样,奶奶怎么带、爸爸怎么带……

“要听他们说。”李东说,让家长倾诉完,缓解他们的焦虑,他们才能安静下来,听专业的意见。李东也会一遍一遍对焦虑的家长说,神经发育的改善不是一朝一夕的,但坚持训练结果会越来越好,很多孩子都能恢复正常睡眠,行为表现也会越来越好,家长的焦虑也会慢慢缓解。

他对孩子,内心始终是柔软的。那些来找他的孩子,大多已经让家长精疲力竭。那些被抱进诊室的小小身体,有的哭闹,有的安静,有的趴在父母肩头睡去,不知道大人在做什么发愁。

李东说,他要做的,是帮孩子们解开生命中的结——环境、习惯、心理,抑或是身体深处的病因。解开了,孩子会慢慢好起来,就能睡个好觉。

睡不着的孩子们

孙凌的专家号特需号,总是一放出就被“秒约”。2025年,孙凌团队共接诊有心理问题的青少年30000余人次,几乎每个孩子都不同程度伴随着失眠的困扰。

诊室里,一个16岁的少年坐在那里,像一座沉默的小山,260斤的身形让他几乎填满了整个椅子。他告诉孙凌,被同学嘲笑后的某一天夜里,他失去了睡眠,只有美食能让他内心得到片刻满足。极度的憔悴与自卑,让他把自己关在家里,许久没有踏出房门。

17岁的高三学生小雪,睡前习惯刷短视频、打游戏。深夜12点、凌晨2点,手机的光照亮她疲惫的脸。后来她脱发,变得敏感易怒,课堂上疲惫烦躁。检查发现,额叶脑血流已明显减弱,脑功能受损,根源竟是长期“屏幕哄睡”引发的睡眠紊乱。

9岁的乐乐是被妈妈“押”来的,老师说他上课坐不住、写作业磨蹭,还暴躁易怒,怀疑患了多动症。诊断结果却出人意料:乐乐发育正常,真正的“元凶”是家长忙于加班,乐乐也跟着熬夜。每天零点关灯,6点半起床,睡眠不足7小时,远低于小学生的睡眠需求。长期的“睡眠债”,把一个活泼的孩子磨成了暴躁的“小魔王”。

“这意味着,睡个好觉,对孩子的情绪健康至关重要。”孙凌说。

数据调查

2021年,教育部已明确要求小学生每天睡眠10小时,初中生9小时,高中生8小时。然而,《2022中国国民健康睡眠白皮书》的数据却显示,小学、初中、高中学生的平均睡眠时间分别仅有7.65小时、7.48小时和6.5小时。

国外多项流行病学调查显示,25%—40%的儿童青少年在成长过程中伴有睡眠障碍,学龄期儿童因课业压力,入睡时间普遍推迟,初中生平均睡眠不足7小时的比例超过70%。

不只是失眠

在孙凌看来,儿童失眠,从不是孤立的问题。它更像一座冰山,露出水面的只是睡眠不足本身,水下潜藏的,是发育的波动、情绪的暗流和亲子矛盾。

在门诊中,有太多因“睡不着”而被指责的孩子。

“进入青春期,人体生物钟会经历一个自然延迟的阶段,这被称为‘睡眠时相延迟’。”孙凌说,这意味着,青少年体内的褪黑素分泌时间会比儿童期晚约2小时。因此,晚上11点甚至更晚,他们的大脑可能才刚刚产生睡意。

孙凌把睡眠、手机、学习成绩称为“最影响亲子关系的三件事”。家长们盯着后两样,却忽略了睡眠才是基础。

更关键的是,夜间10点到凌晨4点的深睡眠,是大脑神经递质调节的“黄金时段”。参与记忆巩固的多巴胺、维持情绪稳态的5-羟色胺、调控注意力的去甲肾上腺素、高度依赖这段时间的优质深睡眠。一旦长期睡眠不足或深睡眠缺失,就可能引起这些神经递质失衡,进而出现胸闷、乏力、注意力涣散,甚至诱发或加重焦虑、抑郁等情绪问题。

与此同时,长期睡不好,免疫力下降,慢性头疼、高血压、糖尿病等患病风险会增加。身心问题常与睡眠不足互为因果,彼此加重。

如何睡好觉

孙凌去过全国多地地进行学术交流与教学查房。她发现,不同地区的治疗方法大多遵循指南和共识,差距主要体现在对疾病的判断和与孩子的沟通上。她见过太多因睡眠问题被武断贴上严重精神疾病标签的孩子,吃了大量药物,反而产生了更多的副作用。

目前针对儿童失眠的药物治疗研究有限,多数成人失眠药不推荐儿童使用。孙凌主张,药物仅作为最后选择,行为干预、营养调节及健康生活方式更为重要。

那怎么才能帮孩子睡个好觉?

孙凌的答案是:认知行为疗法,包括睡眠限制、认知重建、放松训练等,是目前国际公认最有效的一线治疗方法。但她特别强调,这需要所有家庭成员一起参与。

“有些家长喜欢在孩子吃饭、睡觉时讲大道理;有些家长自己夜里长时间玩手机。这些都在干扰孩子。”孙凌经常采用家庭治

疗模式,让抚养人共同参与。治疗室里,孩子倾诉不满,家长表达担忧,她则扮演中介和翻译——帮家长说出藏在指责背后的关心,帮孩子理解家长的焦虑,同时向家长讲解孩子该年龄段的心理需求和发展特点,引导家长调整相处方式。

在孙凌团队,心理治疗师负责心理干预与睡眠习惯培养,康复训练师针对注意力、社交困难开展针对性训练,社工衔接家庭与学校,中医则以针灸、按摩等非药物方式辅助调理。儿童住院部采用半开放式管理,孩子无需穿着病号服,家长全程陪伴。在这里,医生能清楚看到家长和孩子的互动模式——家长改变越快,孩子往往恢复得越快。

“健康和疾病之间是一个慢慢积累、过渡、相互转化的过程,”她提醒家长,“要从整体上看待孩子的问题,不要随便贴标签、乱用药,一定要前往正规专科权威医疗机构,由儿童青少年专业医师进行诊疗。”

崭新的一天

孙凌还记得,27年前她刚专职从事儿童青少年心理治疗工作时,接诊的孩子远比现在少,睡眠障碍的孩子更是寥寥无几。现在,很多孩子都是直接来求诊,这既是意识的进步,也侧面说明孩子的睡眠和心理问题确实越来越普遍了。

“儿童失眠的治疗比成人更需要耐心。”孙凌说,不仅要治疗失眠本身,还要解决亲子关系、家庭环境问题。

面对无法回避的学业压力,她有时会建议家长主动与老师沟通,为孩子争取作业上的缓冲。她参与的“中小学生学习心理健康守门人”项目已持续12年,负责对全市1000余所中小学校的老师进行专业培训,以期将心理问题拦截在早期。

夜深了,城市的灯光一盏盏熄灭。对于曾在黑夜中迷失的孩子,一夜好眠后,是崭新的一天。

曾经嗜睡懒学、体重260斤的16岁莆田男孩,通过调整睡眠、坚持爬山,半年瘦到130斤,顺利重返校园、备战高考;那个因考试排名下滑而自我否定、失眠掉发、悲观绝望的高三女生小雪,经综合治疗后,重拾希望;成绩提升,成功考入理想大学;9岁的“小魔王”乐乐,经心理疏导后恢复了正常的睡眠,笑容重新挂在了他的脸上……

“每个孩子都有自己入睡的节奏。”孙凌的目光温和而坚定,“我们要做的,不是逼着孩子睡觉,而是陪他走完那段最难熬的黑夜。”