常见的儿童睡眠问题

儿童的睡眠习惯是怎样？

睡眠对儿童的心智及身体发展十分重要。脑部于深度睡眠时会分泌出生长激素，促进儿童成长。睡眠亦有助修复身体机能，提升免疫力。研究显示儿童的睡眠时间和质素与大脑皮层的功能有关，包括学习表现、记忆力、专注力、情绪控制、解难能力等，而睡眠不足亦可能与儿童行为问题有关。

睡眠可分非快速眼动睡眠(NREM)与快速眼动睡眠(REM)两大类，一般人每晚都会经历数个包含不同阶段的睡眠周期。在非快速眼动睡眠中，第一阶段(N1)为轻度睡眠，浅层而且短暂；第二阶段(N2)属于浅睡，约占接近一半的整体睡眠时间；第三阶段(N3)则为深层睡眠，接着一般便会进入快速眼动睡眠阶段，其时脑电波的型态与睡醒时相似，大部分梦境均于这个阶段发生。

儿童的睡眠习惯会随成长阶段而转变，他们的睡眠周期通常为 30 至 50 分钟，当中有较多的深层睡眠。儿童有时会于睡眠周期之间醒来，但大多能自行重新入睡。

以下是儿童在各个成长阶段中大致的睡眠模式，但个别儿童的睡眠习惯则因人而异。

年龄	总睡眠时间	日间小睡
0 至 3 个月	14 至 17 小时	睡眠昼夜不固定
4 至 11 个月	12 至 15 小时	大概 1 到 4 次小睡，每次 30 分钟至两小时
1 至 2 岁	11 至 14 小时	大概每天 1 次小睡
3 至 5 岁	10 至 13 小时	部分儿童会小睡一次，部分则不会
6 至 12 岁	9 至 11 小时	大部分儿童均不需小睡

(Sleep Foundation,2020; Raising Children Network, 2019)

什么是睡眠障碍？

睡眠问题是非常普遍的。不论儿童或是成年人，都有机会经历不同形式和程度的睡眠问题。当睡眠问题持续出现，并严重影响其睡眠的时间、质素以及作息规律，同时亦影响其日间表现时，这个问题便有可能被界定为一种睡眠障碍。

睡眠障碍是睡眠时间或质素受心理或生理因素影响而造成的疾病。外国研究发现高达一半儿童受睡眠相关的问题影响，而约 4%的儿童会被诊断为有睡眠障碍(Carter，Hathaway，＆Lettieri，2014)。睡眠不足有机会对儿童的身心发展造成负面影响，一些反映睡眠问题的症状包括日间困倦、入睡困难、经常夜醒、难以集中精神、记忆力下降、情绪波动及焦躁、学习表现倒退等。

常见的儿童睡眠问题：

行为性失眠

行为性失眠的临床症状通常为不愿睡觉或经常夜醒，有行为性失眠的儿童可能只能在特定环境或情况下入睡(例如在父母怀中或在父母陪同下方能入睡)、拖延或拒绝入睡(例如要求多听一个睡前故事、拒绝留在床上)、或经常在夜半惊醒而需要照顾者协助才能再次入睡。外国研究发现，约 10% 至 30%的幼儿及 15%的四至十岁的儿童有行为性失眠症状(Meltzer & Mindell，2006)。

行为治疗对行为性失眠的儿童十分有效 (Morgenthaler et al., 2006)，其治疗方向在于教授家长认识并帮助儿童建立良好的睡眠习惯。治疗师会引导家长帮助儿童纠正影响睡眠的行为及建立良好睡眠习惯，包括减少在房间内放置会对睡眠造成滋扰的物品 (例如电视)及制定恒常的睡前规律等。

行为性失眠：改善睡眠小秘方
• 建立良好的睡眠习惯，例如订立一个有规律的作息时间表，并建立固定的睡前习惯。 • 使用行为管理技巧，例如为拖延或拒绝入睡的行为设立界线，以及运用「克制安抚法」来处理夜醒状况。(详情请参考：https://www.fhs.gov.hk/tc_chi/health_professional/OMP_eNewsletter/enews_20140101.html)

梦游

在三至十三岁的儿童中，约 13.8% 有梦游的情况 (Laberge, Trembla, Vitaro, & Montplaisir, 2000) 。梦游通常在入睡后数小时内发生，其成因相信与深层睡眠期间的半醒状态有关。梦游时，儿童会在家中四处走动、进行日间常见的行为、甚至会作出奇怪或危险的举动。即使梦游中的儿童眼睛张开，他们通常不会对他人有响应，亦难以被唤醒，儿童其后会重新入睡并对梦游时的行为毫无记忆。

梦游的情况一般会自然消退，保持睡房环境安全对于保护梦游的儿童十分重要，其他常见保护措施包括把门窗关好、清除家中的障碍物等(Ben-Joseph, 2018)。

夜惊

夜惊同样由深层睡眠中的半醒状态造成，三至十三岁的儿童中约有 17.3% 受其影响 (Laberge et al., 2000)。夜惊通常发生在年幼儿童身上，约八成的夜惊于三到十岁期间首次发生，但当中七成儿童的症状会于十岁或之前自然消退 (Laberge et al., 2000) 。夜惊的儿童会在夜间睡眠时哭闹、尖叫，难以被安抚，而事后儿童亦不会记得自己曾经历夜惊。夜惊有时会与梦游及其他情况同时出现。

如果儿童正经历夜惊，最好的做法是等待他们自行冷静。除非有实时的危险，否则强行将儿童叫醒可能会令他们感到更加恐慌。如果夜惊的情况明显影响儿童的睡眠或日间表现，请向医生或心理学家寻求协助。

梦游和夜惊：改善睡眠小秘方
减少问题出现的机会： • 确保儿童有充足的睡眠，因为睡眠不足是导致这些睡眠问题的主要原因。 • 保持良好的睡眠卫生习惯，让儿童维持有规律的作息时间。 给予适当的回应： • 引导儿童回到床上(如有梦游问题) / 观察并等待儿童自行冷静(如有夜 惊问题)及让儿童在没有实时危险的情况下返回睡眠状态。 • 避免强行叫醒儿童，因为这样可能会令他们感到更加恐慌。 • 避免于隔日讨论，因为这样有可能会令儿童延迟睡眠或拒绝入睡。 有关梦游的安全措施： • 确保儿童的安全，例如要锁好门窗及清除家中的障碍物。

恶梦

梦境是一些我们在睡眠中所经历的影像、感觉和思想。梦境通常在快速眼动睡眠阶段中发生，当时的脑电波与醒来时的很相近，但肌肉则处于休息状态。科学界至今对梦的功能还没有一致的共识，但部分研究指出梦可能与脑部的随机活动及记忆整理有关(Sayed，2011)。恶梦常于睡眠后半阶段出现，其内容多与儿童的发展阶段及日常生活中的挑战有关。例如，

幼儿的恶梦常与跟父母分离有关，而学前儿童的恶梦常与怪物或黑暗有关，学龄儿童的恶梦则常与现实危险或死亡有关。观看恐怖电影或影片可能增加发恶梦的机会(Cleveland Clinic, 2013)。当恶梦重复发生，而且经常导致儿童惊醒，就称为梦魇症(Bhargava, 2011)。与夜惊及梦游不同，儿童通常能清楚记得恶梦的内容，因此经历恶梦后他们可能会不愿意再次入睡。除此之外，恶梦有时亦与儿童的压力和情绪困扰有关。

恶梦及夜间恐惧：改善睡眠小秘方
减少问题出现的机会： • 避免让儿童观看过度刺激性的影像和影片，例如一些恐怖电影或电视节目。 • 确保儿童有充足的睡眠，因为睡眠不足会增加发恶梦的频率。 • 找出恶梦的主题和一些儿童在日常生活中可能面对的压力。与儿童解释恶梦的内容前，家长可考虑寻求专业人士的意见。
恶梦及夜间恐惧：改善睡眠小秘方
给予适当的响应及帮助儿童面对恐惧： • 用一些说话帮助儿童冷静及确保安全，例如「我们在你身边，我们会确保你是安全的。」、「你经历的只是一个梦。」等。 • 表达同理心，耐心聆听儿童对恶梦的担忧，例如可以说「发恶梦后感到害怕是很正常的。」，不要漠视或轻视他们的感受。 • 教导儿童一些应对的说话，并在睡前一起练习，例如「怪物不是真的。」或「黑暗是有趣的。」。 • 使用有助安慰儿童的物品，例如毛公仔。 • 和儿童享受在黑暗中的乐趣，例如在黑暗中讲故事，或邀请儿童在黑暗中用电筒寻找被藏起的物品。 • 设置夜灯或打开睡房门。 • 用故事书帮助儿童面对他们对夜间的恐惧或恶梦，例如《怕黑不敢一个人睡觉怎么办》。 • 设立离开睡房「通行证」，让儿童知道万一真的有需要，可以有一次机会去找父母。(详情请参考：http://www.psychology.hku.hk/sleep/asd/zh/strategies-3.html)

阻塞性睡眠窒息症

本地研究发现本港约 4.8%的儿童受阻塞性睡眠窒息症影响，其中男孩的个案较多(Li et al., 2010)。患有阻塞性睡眠窒息症的儿童可能会发出鼻鼾或过大的呼吸声、坐着睡觉或睡时颈部伸长、早上时头痛、胃口不佳及睡不安宁等症状。部分患有阻塞性睡眠窒息症的儿童于日间感疲累时反而会表现过分活跃而非困倦。最常见的病因是扁桃腺或腺样体肥大，其他高风险的因素包括肥胖、没有妥善处理的鼻敏感、头颈结构问题、及其他肌肉和神经疾病。

阻塞性睡眠窒息症：改善睡眠小秘方
• 如果怀疑儿童有阻塞性睡眠窒息症，父母应尽快寻求医生意见。儿童呼吸科医生、耳鼻喉科医生或精神科医生会为儿童进行一系列测试，例如验血、睡眠检查、鼻咽镜及问诊等。 • 如患有十分严重阻塞性睡眠窒息症，医生或会考虑为儿童进行手术治疗。

不安腿综合症

研究显示约 2%的儿童患有不安腿综合症(Carter, Hathaway, & Lettieri, 2014)，他们在黄昏及静止不动时感到双腿非常不自在，需要活动双腿才能舒缓。患有不安腿综合症的儿童常有入睡困难及拒绝入睡的情况。不安腿综合症与多巴胺分泌失调及缺乏铁质有关，过多或过少运动亦可能令症状恶化。不安腿综合症在患有专注力不足／过度活跃症的儿童中相对常见。根据外国统计，约 44%患有专注力不足／过度活跃症的儿童同时有不安腿综合症的症状，而患有不安腿综合症的儿童中则有 26% 同时有专注力不足或过度活跃的症状 (Cortese et al., 2005)。

不安腿综合症：改善睡眠小秘方
• 保持良好的作息时间和充足的睡眠。 • 睡前数小时进行中强度的运动，例如散步、伸展、按摩受影响的身体部位、热敷或冷敷。 • 避免摄取咖啡因及尼古丁，例如可乐、朱古力或二手烟。 • 如需要补充铁质或服用药物，须咨询医生的专业意见。

渴睡症

香港每一千个成人中约有三个患有渴睡症 (Wing, Li, Lam, Ho, Fong, & Leung, 2002)。虽然儿童患有此症状的普遍率未明，但研究指出超过三成患有渴睡症的成人于十五岁前已出现其症状 (Meltzer＆Mindell, 2006)。渴睡症的症状包括日间过度困倦、短暂失去肌肉力量(如猝倒)、在将近进入睡眠时出现幻觉、在半睡半醒中感到无法移动(睡眠瘫痪)等。部分患有渴睡症的儿童可能只出现困倦的症状。当儿童困倦的程度明显较其他同龄儿童为严重时，就有机会被确诊为渴睡症。

渴睡症：改善睡眠小秘方
• 如果怀疑儿童患有渴睡症，应寻求医生的专业意见。药物治疗可用于一些较严重的个案。 • 家庭成员和学校应增加对渴睡症的了解并提供相应的调适，例如在学校安排小睡。 • 建立和维持良好的睡眠习惯，例如充足的睡眠、规律的作息时间和恒常的运动。 • 建立每天恒常一至两次的小睡习惯(每次约十五分钟)。 • ・确保安全，儿童进行危险活动时(例如烹饪或游泳)必须密切监督。

睡眠障碍怎样影响儿童及其家庭？

儿童睡眠问题可能影响其日间表现，引致行为问题、学习困难、焦躁情绪及学习表现欠佳等。部分睡眠障碍病症如睡眠窒息症可能影响儿童发育及带来一些健康问题，而家长的睡眠亦可能因为经常需于半夜照顾儿童而受影响。

有甚么病症可能与睡眠问题同时出现？

研究发现患有发展障碍及其他精神健康问题的儿童较多有睡眠问题(Meltzer & Mindell, 2006)，部分睡眠问题在特定病症中亦较常见。外国研究显示，约 25-50% 患有专注力不足／过度活跃症的儿童同时受睡眠问题影响(Corkum, Tannock, &Moldofsky, 1998)。

另外，一项本地研究指出，67.9%患有自闭症谱系障碍的儿童有显著的睡眠问题(Doo & Wing, 2006)。睡眠问题的严重性亦与自闭症谱系障碍征状的严重程度有关，例如行为问题、社交技巧缺损、及重复行为等(Tudor, Hoffman, & Sweeney, 2012)。

有情绪或焦虑问题的儿童亦较常会同时有睡眠问题。近 90% 患有焦虑症的儿童受至少一个睡眠相关的问题影响(Chase, 2011)，而睡眠不足亦可能使情绪及焦虑问题恶化。

自闭症谱系障碍：改善睡眠小秘方
• 建立规律的作息时间对调节儿童的生理时钟非常重要。 • 维持有规律的睡眠习惯，向儿童清楚地表达期望的行为，亦可考虑使用有助安慰儿童的物品。 • 根据儿童的感官需求而制定舒适的睡眠环境，例如针对触觉感官方面，可以使用「刷子」、「负重背心」和「重量毛毯」；针对听觉感官方面，则可以使用白噪声播放器。家长亦可以向职业治疗师寻求意见。 • 用睡眠日记来了解儿童的睡眠模式，纪录儿童两周内所有入睡和清醒时段，从而订立适合儿童的睡眠策略。

专注力不足／过度活跃症：改善睡眠小秘方
• 保持良好的睡眠卫生习惯及运用行为治疗的技巧，例如循序渐进地调节儿童的睡眠时间。 • 用睡眠日记来了解儿童的睡眠模式，纪录儿童两周内所有入睡和清醒时段，从而订立适合儿童的睡眠策略。 • 如正在服用专注力不足／过度活跃症药物，可向医生咨询有关调较药物的需要。

如果我的孩子有睡眠问题怎么办？

儿童睡眠问题十分普遍，但并非所有睡眠问题均会被诊断为睡眠障碍。睡眠问题有不同的表征及严重性，部分会随时间自然消退，而有部分则需医疗或心理治疗介入。以下是一些改善儿童睡眠问题的方法：

建立良好的睡眠习惯

建立固定的睡前习惯

- 订立清晰和固定的小睡时间，例如在每天午饭后小睡。
- 养成睡前习惯：预留二十至四十五分钟时间进行三至四项有助放松心情的活动(例如洗澡、换睡衣、刷牙、讲故事)。把睡前习惯纪录在图表上可能会有帮助儿童明白及跟随。
- 提供有助安慰儿童的物品，例如毛毡或毛公仔。

建立固定的时间表

- 订立一个既固定，又能配合儿童生理时钟的时间入睡。
- 如果儿童的入睡时间较晚，家长可循序渐进地调节儿童的睡眠时间，例如每次提早十五分钟，直至达到理想的入睡时间。此方法可有助减少儿童对睡眠的抗拒。

保持良好的睡眠卫生

- 提供舒适的睡眠环境，例如舒适的枕头、床和衣着，并把房间温度大约维持在 23℃。
- 睡眠时确保房间黑暗。
- 减少接触刺激性的物品：睡前应避免使用电子产品(例如电视和手提电话)。避免在夜间摄取咖啡因和尼古丁(例如朱古力、可乐及二手烟)。
- 避免在下午三时后小睡。
- 确保睡床只作睡眠用途，避免在床上看电视和使用手提电话。

增加良好睡眠行为的管理技巧

增加良好的睡眠习惯

- 使用正面强化的方法增加合适的行为，例如使用贴纸计划或给予奖励。
- 避免使用惩罚来减少不当行为，因为惩罚并不能有效改变儿童的行为。此外，应避免使用儿童的房间或叫儿童提早睡觉作为惩罚。
- 保持一致的回应。
- 应陈述事实(例如「该睡觉了。」)，避免使用问题(例如「准备好睡觉了吗？」)。
- 提供合理的选择让儿童有一定的控制感，例如「你想现在还是五分钟后上床睡觉？」)

订立界限
• 制定明确的睡眠规矩，包括睡眠习惯。列出可接受的行为(例如晚上留在床上)和不能接受的行为(例如走到父母的房间)。 • 避免与儿童讨论或争论他们对就寝的不满(例如「我不疲倦！」)。家长所给予更多的注意反而有机会加强他们的睡前问题。家长应坚定而平静地告诉儿童该上床睡觉了。 • 「克制安抚法」：让儿童在有些睡意但仍然清醒的时候上床，因为这样有助儿童学习自我安抚和独立睡觉。每隔一至两分钟安静地、简略地查看儿童的状况，令儿童感到安心，尤其是当他们沮丧的时候。逐渐延长查看儿童的时间间距，每次延长五分钟。实施「克制安抚法」初期，儿童的啼哭或示意行为的强度和时间可能会短暂地较前上升，家长只需贯彻始终，对儿童保持一致的回应，不恰当的示意行为便会逐渐减少。 • 如果儿童从睡房走出来，请他回到床上，并表扬其恰当的行为。
• 如果儿童在上床后经常提出要求离开睡房或去找家长，可考虑给予离开睡房「通行证」。家长可以提供一至两张「通行证」，儿童每次离开睡房时需交出一张。当用完所有「通行证」后，儿童则不能再下床。离开睡房「通行证」可以是一张简单的卡纸，而用剩的「通行证」亦可换成奖励(例如踏单车)。
鼓励日间活动
• 在日间多接触阳光可以帮助儿童调节生理时钟。 • 参与恒常的运动。
保持坚定和一致，便预期有可能出现「更差」的情况
• 保持坚定和一致的回应。 • 儿童测试父母的底线是很常见的。家长要做好心里准备，儿童可能会在睡眠训练开始后的数星期后或在出现明显改善的前出现更多或更大强度的啼哭或问题行为，但这些都是常见及短暂。
寻求专业意见
• 如果儿童的状况严重地影响睡眠或日间活动，请咨询医生或心理学家。

(Mindell & Owens, 2015; NICE, 2013; NICE, 2018; NICE, 2013a; Ben-Joseph, 2018; United Kingdom National Health Service, 2018; Cleveland Clinic, 2013)

参考文献：

Ben-Joseph, E. (2018). Sleepwalking (for Parents)-Nemours KidsHealth. Retrieved May 27, 2020, from https://kidshealth.org/en/parents/sleepwalking.html

Bhargava, S. (2011). Diagnosis and management of common sleep problems in children. Pediatrics in Review-Elk Grove, 32(3),91.

Carter, K. A., Hathaway, N. E., & Lettieri, C. F. (2014). Common sleep disorders in children. American family physician, 89(5),368-377.

Corkum, P., Tannock, R., & Moldofsky, H. (1998). Sleep disturbances in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 37(6), 637-646.

Chase, R. (2011). Sleep-related problems in children and adolescents with anxiety disorders. Behavioral Sleep Medicine., 9(4),224.

Cortese, S., Konofal, E., Lecendreux, M., Arnulf, I., Mouren, M. C., Darra, F., & Bernardina, B. D.(2005). Restless legs syndrome and attention-deficit/hyper-activity disorder: a review of the literature. Sleep, 28(8), 1007-1013.

Cleveland Clinic (2013). Nightmares in Children. Retrieved May 16, 2020, from https://my.clevelandclinic.org/health/articles/14297-nightmares-in-children

Doo, S., & Wing, Y. K. (2006). Sleep problems of children with pervasive developmental disorders: correlation with parental stress. Developmental medicine and child neurology, 48(8), 650-655.

Laberge, L., Tremblay, R. E., Vitaro, F., & Montplaisir, J. (2000). Development of parasomnias from childhood to early adolescence. Pediatrics, 106(1), 67-74.

Li, A. M., So, H. K., Au, C. T., Ho, C., Lau, J., Ng, S. K., ... & Wing, Y. K. (2010). Epidemiology of obstructive sleep apnoea syndrome in Chinese chil dren: a two-phase community study. Thorax, 65(11), 991-997.

Meltzer, L. J., & Mindell, J.A. (2006). Sleep and sleep disorders in children and adolescents. Psychiatric Clinics, 29(4), 1059-1076.

Morgenthaler, T., Owens, J., Alessi, C., Boehlecke, B., Brown, T., Coleman,J., ... Swick, T. (2006). Practice parameters for behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children. Sleep, 29(10), 1277-1281.

Raising Children Network. (2019). About sleep. Retrieved June 17, 2020, from https://raisingchildren.net.au/newborns/sleep/understanding-sleep/about-sleep

Sayed, L. (2011). The function of dreams and dreaming: moving towards an integrated understanding (Master's thesis).

Sleep Foundation. (2020). How Much Sleep Do We Really Need? Retrieved June 21, 2020, from https://www.sleepfoundation.org/articles/how-much-sleep-do-we-really-need

Tudor, M. E., Hoffman, C. D.,& Sweeney, D. P. (2012). Children with autism: sleep problems and symptom severity. Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 27(4), 254-262.

United Kingdom National Health Service. (2018). Night terrors and nightmares. Retrieved May 8, 2020, from https://www.nhs.uk/conditions/night-terrors/

Wing, Y. K., Li, R. H. Y., Lam, C. W., Ho, C. K. W., Fong, S. Y. Y., & Leung, T. (2002). The prevalence of narcolepsy among Chinese in Hong Kong. Annals of neurology, 51(5), 578-584.