



การใช้แบบคัดกรองกลุ่มอาการออทิสซึมฉบับย่อ ในเด็กพูดช้า

Use of the Pervasive Developmental Disorders Screening Instrument in Children with Delayed Speech

ติรยา เลิศหัตถศิลป์*, อิศราภา ชื่นสุวรรณ**

Tiraya Lerthattasilp*, Issarapa Chunsuwan**

* สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

** สาขาวิชากุมารเวชศาสตร์พัฒนาการและพฤติกรรม ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

* Division of Child and Adolescent Psychiatry, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Thammasat University.

** Department of Pediatric, Faculty of Medicine, Thammasat University.

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความตรงในการวินิจฉัยโรคของแบบคัดกรองกลุ่มอาการออทิสซึมฉบับย่อเมื่อนำไปใช้คัดกรองภาวะออทิสติกสเปกตรัมในผู้ป่วยเด็กที่มาด้วยภาวะพูดช้า

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาแบบ population-based study โดยศึกษาในผู้ป่วยอายุ 2-5 ปี ที่มาโรงพยาบาลด้วยภาวะพูดช้า โดยเปรียบเทียบคะแนนจากแบบคัดกรองกลุ่มอาการออทิสซึมฉบับย่อซึ่งผู้ดูแลเด็กเป็นผู้ตอบคำถามก่อนผู้ป่วยเข้าพบแพทย์ กับการวินิจฉัยโรคโดยแพทย์เฉพาะทางซึ่งประเมินผู้ป่วยด้วยเครื่องมือที่ช่วยในการวินิจฉัยภาวะออทิสติกสเปกตรัมมาตรฐาน

ผลการศึกษา ผู้ป่วยทั้งสิ้น 84 ราย ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะออทิสติกสเปกตรัม 70 ราย คิดเป็นร้อยละ 83.3 พบว่าจุดตัดที่คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 2 แบบคัดกรองให้ค่าความไวเท่ากับร้อยละ 80 และค่าความจำเพาะเท่ากับร้อยละ 71.4 ขณะที่จุดตัดที่ 4 คะแนนแบบคัดกรองนี้ให้ค่าความไวเท่ากับร้อยละ 47.1 และค่าความจำเพาะเท่ากับร้อยละ 100

สรุป ในกลุ่มผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะพูดช้า หากนำแบบคัดกรองกลุ่มอาการออทิสซึมฉบับย่อไปใช้เพื่อคัดกรองอาจเลือกจุดตัดที่ 2 คะแนน แต่หากต้องการใช้เพื่อเพิ่มความแม่นยำในการวินิจฉัยโรคในกรณีที่สงสัยภาวะออทิสซึม แนะนำที่จุดตัด 4 คะแนน

คำสำคัญ คัดกรอง ออทิสซึม พูดช้า

Corresponding author: ติรยา เลิศหัตถศิลป์

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2562; 64(3): 209-216

ABSTRACT

Objective : To study the diagnostic accuracy of the pervasive developmental disorders screening instrument when applied to the screening of autism spectrum disorder in children presenting with delayed speech.

Methods : This was a population-based study in patients aged 2-5 years who came to the hospital with delayed speech. Scores from the pervasive developmental disorders screening instrument, where caregivers of the children responded to the questions prior to the patients seeing the specialist, were compared with the diagnosis rendered by the specialist, who evaluated the patients using standard diagnostic tools for autism spectrum disorder.

Results : Seventy out of 84 patients in total (83.3%) were diagnosed with autism spectrum disorder. It was found that, at the cut-off score of 2 or greater, the screening form yielded a sensitivity of 80% and a specificity of 71.4% While the cut-off score at 4, the screening provided the sensitivity of 47.1% and the specificity of 100%.

Conclusion: In patients presenting with delayed speech. The cut-off score at 2 is suggested when using the test for screening ASD. However, the cut-off score at 4 is suggested when using the test to increase the accuracy of the diagnosis of ASD.

Keywords : screening, autism, delayed speech

Corresponding author: Tiraya Lerthattasilp

J Psychiatr Assoc Thailand 2019; 64(3): 209-216

บทนำ

โรคออทิสติกสเปกตรัม (Autistic Spectrum Disorder : ASD) หรือเรียกโดยย่อในที่นี้ว่า โรคออทิสซึม มีประวัติและอาการแสดงตามเกณฑ์ Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5) คือ ผู้ป่วยขาดความสามารถในการสื่อสารด้วย อารมณ์-สังคม ขาดความสามารถในการสื่อสารด้วย สีนหน้า ท่าทาง ร่วมกับมีพฤติกรรม ความสนใจ หรือ กิจกรรมที่ซ้ำๆ ผิดปกติ ในสหรัฐอเมริกาพบอัตราความ ชุกประมาณ 1:68 ในเด็ก^{1,2} ในประเทศไทยพบอัตรา ความชุก 9.9:10000³ การวินิจฉัยโรคได้เร็วและ เริ่มรักษาตั้งแต่อายุน้อยจะให้ผลการรักษาในระยะยาว ที่ดีกว่ากลุ่มที่เริ่มการรักษาช้า^{4,5} ในประเทศไทยมีการพัฒนาแบบคัดกรองกลุ่มอาการออทิสซึมในเด็ก ฉบับย่อโดย เบญจพร ปัญญา⁶ ซึ่งได้รับการศึกษา แล้วว่ามีคุณสมบัติของเครื่องมือที่ดีและมีข้อคำถามสั้น เพียง 10 ข้อ เหมาะสำหรับการนำไปใช้คัดกรอง โรคออทิสซึมในเวชปฏิบัติทั่วไป อย่างไรก็ตามการใช้แบบ คัดกรองในผู้ป่วยเด็กทุกคนยังคงเป็นไปได้ยากใน เวชปฏิบัติ

เด็กพูดช้านั้นถือเป็นเด็กกลุ่มเสี่ยงที่จะเป็น โรคออทิสซึม⁷ ภาวะพูดช้ามักเป็นอาการนำที่ผู้ปกครอง สังเกตเห็นได้และพาเด็กมาโรงพยาบาล รวมทั้งเป็น ภาวะที่บุคลากรทางการแพทย์ตรวจพบได้ง่ายเมื่อเด็ก มาตรวจสุขภาพ การนำแบบคัดกรองกลุ่มอาการ ออทิสซึมฉบับย่อมาใช้ในเด็กที่พูดช้าอาจช่วยให้ บุคลากรทางการแพทย์คัดกรองโรคออทิสซึมได้แม่นยำ ขึ้น สามารถให้คำแนะนำเบื้องต้นเกี่ยวกับโรคและ การดูแลแก่ผู้ปกครอง รวมทั้งส่งต่อผู้ป่วยไปพบแพทย์ เฉพาะทางได้อย่างมั่นใจและรวดเร็วขึ้น

งานวิจัยเรื่องแบบคัดกรองกลุ่มอาการออทิสซึม ที่ผ่านมาในประเทศไทยศึกษาในกลุ่มประชากรผู้ป่วย ทางจิตเวชที่มารับบริการที่โรงพยาบาลไม่ได้เจาะจง

เฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาพูดช้า ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ความตรงในการวินิจฉัยโรคของแบบคัดกรองกลุ่ม อาการออทิสซึมฉบับย่อเมื่อนำไปใช้ในผู้ป่วยที่มาด้วย ภาวะพูดช้า เพื่อพัฒนาแนวทางการนำไปใช้ใน เวชปฏิบัติต่อไป

วิธีการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้คือ ผู้ป่วยเด็กอายุ 2-5 ปีทุกคน ซึ่งเป็นคนไข้ใหม่ที่มารับการรักษาที่แผนก กุมารเวชกรรมหรือแผนกจิตเวชเด็กโรงพยาบาล ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2560 ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2561 ด้วยภาวะพูดช้า โดยผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ในการคัดเลือกต้องมีการซื้อไอดี ข้อหนึ่งต่อไปนี้ 1. ไม่พูดคำเดียวที่มีความหมายเมื่อ อายุ 18 เดือน หรือ 2. ไม่พูดคำ 2-3 คำติดกันอย่างมีความหมายเมื่ออายุ 24 เดือน หรือ 3. ไม่พูดเป็นประโยค เมื่ออายุ 36 เดือน โดยผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะออทิสซึมอยู่แล้ว, ผู้ป่วยที่แพทย์ซักประวัติพบว่ามีโรคทางกายรุนแรงและเรื้อรัง (severe chronic medical illness), มีภาวะทุพพลภาพ (physical disability), สงสัยว่ามีความพิการแต่กำเนิด (congenital anomalies or syndromes) สงสัยว่าผู้ป่วยมีความบกพร่องทางการได้ยิน, ผู้ป่วยที่ผู้ดูแลเด็กไม่สามารถ มาให้ข้อมูลได้ (ผู้ดูแลเด็กเป็นประจำในการศึกษานี้ คือผู้ดูแลเด็กเป็นหลักติดต่อกันนานกว่า 6 เดือน) หรือ ผู้ดูแลไม่สามารถพูดและอ่านภาษาไทยได้ จะถูก คัดออกจากการศึกษารั้งนี้

ตัวแปรที่ทำการศึกษาประกอบด้วย ตัวแปร พื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ ความสามารถในการสื่อสาร ของเด็ก และการศึกษาของผู้ให้ข้อมูล ส่วนตัวแปรที่ ต้องการศึกษาคือ คะแนนจากแบบคัดกรองกลุ่มอาการ ออทิสซึมฉบับย่อ โดยผลลัพธ์การศึกษา คือ ความตรง ในการช่วยวินิจฉัยโรคของแบบคัดกรองกลุ่มอาการ

ออทิสซึมฉบับย่อเมื่อเปรียบเทียบกับการวินิจฉัยโรคมาตรฐานซึ่งประเมินโดยแบบสัมภาษณ์และสังเกตอาการโรคออทิสซึมและให้การวินิจฉัยโรคโดยจิตแพทย์เด็กหรือกุมารแพทย์พัฒนาการเด็ก⁸⁻⁹

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ ความสามารถในการสื่อสารของเด็ก และการศึกษาของผู้ให้ข้อมูล

2. แบบคัดกรองกลุ่มอาการออทิสซึมฉบับย่อพัฒนาโดย เบญจพร ปัญญา โดยพัฒนามาจากแบบคัดกรองภาวะออทิสซึมของต่างประเทศร่วมกับแบบคัดกรอง Pervasive Developmental Disorders Screening Questionnaire (PDDSQ) ฉบับภาษาไทย เพื่อนำมาใช้ในเด็กอายุ 1-5 ปี ประกอบด้วยข้อคำถามที่ให้ผู้ปกครองตอบว่าใช่หรือไม่จำนวน 10 ข้อ โดยข้อที่ 1,2,3,5,6,7,9 หากตอบว่า “ใช่” ให้ 0 คะแนน ตอบว่า “ไม่ใช่” ให้ 1 คะแนน (แต่ข้อ 4,8,10 หากตอบว่า “ใช่” ให้ 1 คะแนน ตอบว่า “ไม่ใช่” ให้ 0 คะแนน) มีค่า Cronbach alpha's coefficient เท่ากับ 0.80, test-retest reliability เท่ากับ 0.913, intraclass reliability เท่ากับ 0.97 โดยจุดตัดที่เท่ากับหรือมากกว่า 5 คะแนนขึ้นไปมีความไวในการวินิจฉัยกลุ่มอาการออทิสซึมร้อยละ 70.8 ความจำเพาะ ร้อยละ 93.6 และมีค่า Area under the ROC curve เท่ากับ 0.92⁶

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวินิจฉัยโรค ได้แก่

3.1 แบบสัมภาษณ์ The Developmental, Dimensional and Diagnostic Interview (3di) (Short form) เป็น structure interview โดยสัมภาษณ์ผู้ดูแล ใช้เวลา 30 นาที -1 ชั่วโมง ใช้กับผู้ป่วยตั้งแต่อายุ 2-21 ปี มีค่าความไวร้อยละ 100 และค่าความจำเพาะร้อยละ 98 โดยมีค่า correct classification ร้อยละ 99 ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย Jariya Chuthapisith¹⁰⁻¹¹

3.2 แบบสังเกตอาการ Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) เป็นเครื่องมือที่ช่วยสังเกตพฤติกรรมและอาการของกลุ่มอาการออทิสซึมในสถานการณ์จำลองที่สร้างขึ้นในห้องตรวจ ประกอบด้วยอุปกรณ์และกิจกรรมสำหรับเด็กแต่ละช่วงความสามารถทางภาษา มีค่าความไวและค่าความจำเพาะในการวินิจฉัยโรคออทิสติกสเปกตรัมอยู่ในระหว่างร้อยละ 70-86 และ 71-83 ตามลำดับ โดยมีความสามารถในการ correct classification ร้อยละ 77-79 ทั้งนี้ขึ้นกับช่วงความสามารถทางภาษาของเด็ก^{12,13} โดย ADOS ที่นำมาใช้ในการศึกษานี้ได้ขออนุญาตให้ถูกต้องตามลิขสิทธิ์แล้ว

การเก็บข้อมูลกระทำตามลำดับ โดยผู้ช่วยวิจัยขอความยินยอมจากผู้ปกครองกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการเข้าตามเกณฑ์คัดเลือก จากนั้นให้ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กตอบแบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานและแบบคัดกรองกลุ่มอาการออทิสซึมฉบับย่อ ต่อมาผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือในการวินิจฉัยโรคออทิสซึมแล้ว สัมภาษณ์ผู้ดูแลเด็กด้วยแบบสัมภาษณ์ 3di ขณะที่จิตแพทย์เด็กหรือกุมารแพทย์พัฒนาการประเมินผู้ป่วยด้วยแบบสังเกตอาการ ADOS แล้วรวบรวมข้อมูลจาก 3di และ ADOS เพื่อให้การวินิจฉัยโรคโดยอ้างอิงการวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์ของ DSM 5 ทั้งนี้แพทย์ให้การวินิจฉัยโรคโดยไม่ทราบผลคะแนนของแบบคัดกรองกลุ่มอาการออทิสซึมฉบับย่อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยข้อมูลแจกแจงนับใช้ความถี่และร้อยละ ข้อมูลต่อเนื่องใช้ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation, S.D.) เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มผู้ป่วยโดยใช้สถิติ Exact probability test และ Wilcoxon rank-sum test วิเคราะห์ความ

สามารถในการวินิจฉัยโรคด้วย receiver operating characteristic (ROC) curve โดยศึกษาค่า area under the ROC curve (AUROC) ค่าความไว (sensitivity) ค่าความจำเพาะ (specificity) ค่า Corrected classified (%) ค่า predictive positive value (PPV) และ ค่า negative predictive value (NPV) การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมี 84 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 41.7 เดือน (S.D. = 9.0) ความสามารถในการสื่อสารส่วนใหญ่พูดเป็นคำเดียวในกลุ่ม ASD และพูดเป็นวลีในกลุ่ม non-ASD การศึกษาของผู้ดูแลเด็กมีตั้งแต่ไม่ได้รับการศึกษาเลยจนถึงระดับ

ปริญญาเอก โดยเฉลี่ยผู้ดูแลได้รับการศึกษา 11.9 ปี (S.D.= 4.66) ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะ autistic spectrum disorder (ASD) หรือภาวะออทิสซึม 70 ราย (ร้อยละ 83.3) และไม่มีภาวะออทิสซึม 14 ราย (ร้อยละ 16.7) โดยกลุ่มที่ไม่มีภาวะออทิสซึมได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะพูดช้า (language disorder) 8 ราย พัฒนาการช้ารอบด้าน (global delay development) 4 ราย สมาธิสั้น (attention- deficit-hyperactivity disorder) 2 คน คิดเป็นร้อยละ 9.5, 4.7 และ 2.3 ตามลำดับ พบว่าเพศ อายุ และ ระดับการศึกษาของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มที่มีภาวะออทิสซึมและไม่มีภาวะออทิสซึมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ความสามารถในการสื่อสารของเด็กแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลพื้นฐาน	มีภาวะออทิสติกสเปคตรัม	ไม่มีภาวะออทิสติกสเปคตรัม	P-value
	(n= 70)	(n=14)	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
เพศชาย	59 (81.9)	13 (18.1)	0.68*
ความสามารถในการสื่อสาร			
ยังไม่พูด	4 (5.7)	2 (14.3)	
พูดเป็นคำเดียว	49 (70.0)	2 (4.3)	<0.001*
พูดเป็นวลี	15 (21.4)	7 (50.0)	
พูดเป็นประโยค	2 (2.9)	3 (21.4)	
ค่าเฉลี่ยอายุ (เดือน) (S.D.)	41.3 (8.7)	43.8 (10.3)	0.34**
ค่าเฉลี่ยระดับการศึกษาของผู้ดูแล(ปี) (S.D.)	12.2 (4.6)	10.8 (4.8)	0.34**

*Exact probability test **Wilcoxon rank-sum test

ความตรงในการช่วยวินิจฉัยโรคออทิสติกสเปคตรัม เมื่อนำแบบคัดกรองกลุ่มอาการออทิสซึมฉบับย่อมาใช้ประเมินในเด็กที่มาโรงพยาบาลด้วยภาวะพูดช้า พบว่าจุดตัดที่มากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนนซึ่งเป็นค่าที่

แนะนำจากการศึกษาเดิม แบบคัดกรองนี้ให้ค่าความไวเท่ากับร้อยละ 32.9 (95% confidence interval, CI 22.1-45.1%) และค่าความจำเพาะเท่ากับร้อยละ 100 (95% 76.8-100%) โดยมีค่า positive predictive

value (PPV) ร้อยละ 100 (95% CI 85.2-100.0%) negative predictive value (NPV) ร้อยละ 23 (95% CI 13.2-35.5%) และมีค่า Area Under the ROC (AUROC) เท่ากับ 0.66 (95% CI 0.61-0.72%) ขณะที่จุดตัดที่มากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน แบบคัดกรองนี้ ให้ค่าความไวเท่ากับร้อยละ 47.1 (95% CI 39.1-59.4

%) และค่าความจำเพาะเท่ากับร้อยละ 100 (95% CI 76.8-100%) โดยมีค่า PPV ร้อยละ 100 (95% CI 89.4-100.0%) NPV ร้อยละ 27.5 (95% CI 15.9-41.7.5%) และมีค่า AUROC เท่ากับ 0.74 (95% CI 0.68-0.79%) โดยค่าความตรงเมื่อใช้จุดตัดที่คะแนนในระดับอื่นแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าความตรงในการวินิจฉัยโรคออทิสติกสเปกตรัมของแบบคัดกรองกลุ่มอาการออทิสซึมฉบับย่อฉบับย่อในเด็กที่คะแนนจุดตัดระดับต่างกัน

คะแนนจุดตัด	ค่าความไว (%)	ค่าความจำเพาะ (%)	Corrected classified (%)
≥ 0	100.0	0.0	83.3
≥ 1	91.4	14.3	78.6
≥ 2	80.0	71.4	78.6
≥ 3	65.7	78.6	67.9
≥ 4	47.1	100.00	56.0
≥ 5	32.9	100.00	44.1
≥ 6	22.9	100.00	35.7
≥ 7	17.1	100.00	31.0
≥ 8	10.0	100.00	25.0
≥ 9	5.7	100.00	21.4

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ต้องการศึกษาความตรงในการวินิจฉัยโรค (diagnostic accuracy) ของแบบคัดกรองกลุ่มอาการออทิสซึมฉบับย่อเมื่อนำไปใช้ในผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะพูดช้าในเวชปฏิบัติ ผลการศึกษาพบว่าเมื่อใช้จุดตัดที่การศึกษาเดิมแนะนำคือ 5 คะแนนหรือมากกว่า พบว่ามีค่าความไวต่ำ (ร้อยละ 32.9) แต่มีค่าความจำเพาะที่สูง (ร้อยละ 100) เมื่อเทียบกับการศึกษาต้นฉบับ⁶ ที่ความไวอยู่ที่ร้อยละ 70.8 และความจำเพาะอยู่ที่ร้อยละ 93.6 และค่า Area Under the ROC (AUROC) ในการศึกษานี้ก็น้อยกว่าการศึกษาดั้งเดิมเช่นกัน (0.74 เทียบกับ 0.92) ความแตกต่างของผลการศึกษานี้ อาจเกิดจากหลายสาเหตุ ทั้งรูปแบบการศึกษา

ที่ต่างกัน การใช้เกณฑ์การวินิจฉัยที่ต่างกันและกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะแตกต่างกัน โดยงานวิจัยต้นฉบับศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ทราบการวินิจฉัยโรคแล้ว วินิจฉัยโรคโดยจิตแพทย์ตามเกณฑ์ DSM-IV และผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ยน้อยกว่าการศึกษานี้ (35.8 เทียบกับ 41.7 เดือน) รวมทั้งมีสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่มีพัฒนาการช้าสูงกว่าการศึกษานี้ (ร้อยละ 19 เทียบกับ 4.7) ส่วนการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยใหม่ที่มาพบแพทย์ตั้งแต่มิได้ทราบการวินิจฉัยโรคและติดตามจนทราบการวินิจฉัย การวินิจฉัยโรคทำโดยจิตแพทย์โดยใช้ diagnostic tools ร่วมกับเกณฑ์ DSM 5

ในแง่การนำไปใช้ในเวชปฏิบัติ หากนำไปใช้เพื่อคัดกรองอาจเลือกจุดตัดที่ 2 คะแนนเนื่องจากความไว

และความจำเพาะอยู่ในระดับยอมรับได้ คือร้อยละ 80 และ 71.4 ตามลำดับ แต่หากเป็นการใช้เพื่อเพิ่มความแม่นยำในการวินิจฉัยโรคในกรณีที่สงสัยภาวะออทิซึมที่ต้องการความจำเพาะสูง จุดตัด 4 คะแนนจะเหมาะสมกว่า เนื่องจากการศึกษาพบว่าที่จุดตัด 4 คะแนน แบบคัดกรองนี้มีค่า PPV เท่ากับ 100 ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยที่ผลคัดกรองเป็นบวก ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะออทิซึมทั้งหมด โดยผู้นำไปใช้สามารถอธิบายผู้ปกครองเกี่ยวกับตัวโรคและการดูแลเบื้องต้นได้ก่อนส่งต่อแพทย์เฉพาะทางเพื่อประเมินและให้การวินิจฉัยโรคต่อไป ทั้งนี้เพื่อเป็นการปูทางให้ครอบครัวมีเวลาทำความเข้าใจตัวโรคและได้เข้าสู่การรักษาที่เร็วขึ้น

การศึกษานี้มีจุดแข็งคือ เป็นการศึกษาแบบ population-based study ซึ่งศึกษาในสถานการณ์เวชปฏิบัติจริง ในกลุ่มผู้ป่วยใหม่ที่ต้องการนำแบบคัดกรองไปใช้จริง ในการศึกษาที่มีการดูแลเด็กตอบแบบคัดกรองนี้ก่อนแพทย์ประเมินอาการและให้การวินิจฉัยโรค ผลการคัดกรองจึงไม่มีอคติจากการวินิจฉัยโรคของแพทย์ นอกจากนี้การศึกษานี้ยังใช้การวินิจฉัยโรคด้วยแบบสัมภาษณ์และสังเกตอาการซึ่งจัดได้ว่าเป็นมาตรฐานสำหรับการศึกษาวิจัยโรคออทิซึมในปัจจุบัน ร่วมกับการประเมินของแพทย์ ทำให้มีความน่าเชื่อถือในการวินิจฉัย ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือ มีจำนวนผู้ป่วยค่อนข้างน้อย และยังเป็นการศึกษาในโรงพยาบาลตติยภูมิ การนำไปใช้จึงควรศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้นและศึกษาถึงการนำไปใช้จริงในสถานพยาบาลปฐมภูมิต่อไป การศึกษาในอนาคตอาจพิจารณาศึกษาความแม่นยำตรงในการวินิจฉัยโรคออทิซึมหรือโรคพัฒนาการล่าช้าอื่นๆ ด้วยเกณฑ์ที่กำหนด เช่น มีประวัติพูดช้าร่วมกับอาการแสดงบางอย่าง ซึ่งจะช่วยให้ประโยชน์ในวงกว้างได้มากกว่าและง่ายกว่าการใช้แบบคัดกรอง

สรุป

ในกลุ่มผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะพูดช้า หากนำแบบคัดกรองกลุ่มอาการออทิซึมฉบับย่อไปใช้เพื่อคัดกรองอาจเลือกจุดตัดที่ 2 คะแนน แต่หากต้องการใช้เพื่อเพิ่มความแม่นยำในการวินิจฉัยโรคในกรณีที่สงสัยภาวะออทิซึม แนะนำที่จุดตัด 4 คะแนน

เอกสารอ้างอิง

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5). 2013.
2. Christensen DL. Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years-autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2012. MMWR Surveillance Summaries. 2016;65.
3. Poolsuppasit S, Panyayong B, Liknapichitkul D, Serisathien P, Chutha W. Holistic care for Thai Autism. Journal of Mental Health of Thailand 2005; 13(1):10-16. (Thai)
4. Landa RJ. Diagnosis of autism spectrum disorders in the first 3 years of life. Nature Clinical Practice Neurology. 2008; 4:138-47.
5. Granpeesheh D, Tarbox J, Dixon DR. Applied behavior analytic interventions for children with autism: a description and review of treatment research. Ann Clin Psychiatry 2009; 21: 162-73. (Thai)
6. Panyayong B. The validation of the pervasive developmental disorders screening instrument. Journal of Mental Health of Thailand 2011; 18: 36-44.8.

7. Wing L. The continuum of autistic characteristics. *Diagnosis and assessment in autism*: Springer; 1988: 91-110.
8. Falkmer T, Anderson K, Falkmer M, Horlin C. Diagnostic procedures in autism spectrum disorders: a systematic literature review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2013; 22: 329-40.
9. Huerta M, Lord C. Diagnostic evaluation of autism spectrum disorders. *Pediatric clinics of North America* 2012; 59: 103-11.
10. Santosh PJ, Mandy WP, Puura K, Kaartinen M, Warrington R, Skuse DH. The construction and validation of a short form of the developmental, diagnostic and dimensional interview. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2009; 18:521-4.
11. Chuthapisith J, Taycharpipranai P, Ruangdaraganon N, Warrington R, Skuse D. Translation and validation of the developmental, dimensional and diagnostic interview (3Di) for diagnosis of autism spectrum disorder in Thai children. *Autism*. 2012; 16: 350-6.
12. Tsheringla S, Minju KA, Russell S, Mammen P, Russell PS, Nair MK. A meta-analysis of the diagnostic accuracy of Autism Diagnostic Observation Schedule Module-1 for autism spectrum disorders. *Indian J Pediatr* 2014; 81 (Suppl 2): S187-92.
13. Lord C, Risi S, Lambrecht L, , Cook EH Jr, Leventhal BL, DiLavore PC, et al. The Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic: A standard measure of social and communication deficits associated with the spectrum of autism. *J Autism Dev Disord*. 2000; 30: 205-23.