KẾT QUẢ MỔ LẤY THAI CON SO TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HÀ TĨNH

Nguyễn Cơ Thạch[1], Nguyễn Tuấn Minh[2], Đỗ Tuấn Đạt[2], Đặng Thị Minh Nguyệt[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kết quả mổ lấy thai ở thai phụ con so tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Tĩnh. **Tiêu chuẩn chọn:** Thai phụ được mổ lấy thai con so tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Tĩnh từ 01/01/2021 đến 30/6/2021, thai sống, tuổi thai > 28 tuần. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả. **Kết quả:** Mổ chủ động chiếm 32,5%, Nhóm trẻ sơ sinh có trọng lượng 3000 – 3500gr chiếm tỷ lệ 54.9%, nhóm trẻ nhẹ cân < 2500gr chiếm tỷ lệ thấp nhất 7%. Có 01 trường hợp trẻ sơ sinh ngạt nhẹ chiếm tỷ lệ 0,3%. Phương pháp vô cảm bằng gây tê tủy sống trong MLT là chủ yếu. Vào bụng bằng đường ngang trên xương vệ là chủ yếu, chiếm 99,5%. Rạch ngang đoạn dưới vào tử cung chiếm tỷ lệ lớn (99,5%). Có 02 trường hợp cắt tử cung bán phần chiếm tỷ lệ 0,5%. **Kết luận:** Con so mổ chủ động chiếm 32,5%, Vô cảm bằng gây tê tủy sống trong MLT là chủ yếu. Vào bụng bằng đường ngang trên xương vệ là chủ yếu, chiếm 99,5%. Rạch ngang đoạn dưới vào tử cung chiếm tỷ lệ lớn (99,5%),

Từ khóa: mổ lấy thai, con so.

SUMMARY

SITUATION OF CAESAREAN SECTION IN THE PRIMIGRAVIDA WOMEN RELATED FETAL INDICATIONS AT HA TINH GENERAL HOSPITAL

Study objective: To describe the results of cesarean section in nulliparous pregnancy at Ha Tinh Provincial General Hospital. **Materials and Methods:**: Descriptive study of primigravid undergoing cesarean section at Ha Tinh General Hospital from 1st of January, 2021 to 30th of June, 2021, live fetus, gestational age >28 weeks. **Results:** Active surgery accounted for 32.5%, the group of infants weighing 3000 - 3500g accounted for 54.9%, the group of children with low birth weight < 2500g accounted for the lowest rate of 7%. There was 01 case of infant asphyxia, accounting for 0.3%. Anesthesia with spinal anesthesia in MLT is the main method. Entering the abdomen by the transverse line above the scapula is predominant, accounting for 99.5%. Incision of the lower segment into the uterus accounts for a large percentage (99.5%). There were 02 cases of partial hysterectomy, accounting for 0.5%. **Conclusion**: Active surgery accounted for 32.5%. Anesthesia by spinal anesthesia in cesarean section is the main. Entering the abdomen by the transverse line above the scapula is predominant, accounting for 99.5%. Incision of the lower segment into the uterus accounts for a large proportion (99.5%).

Keywords: caesarean section, primigravida

[1]Bệnh viện Đa khoa Hà Tĩnh

[2]Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Thị Minh Nguyệt

Email: drdangminhnguyet@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 16.5.2023

Ngày duyệt bài: 10.6.2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mổ lấy thai (MLT) đã trở thành một phẫu thuật phổ biến.[1] Tỷ lệ mổ lấy thai đang có xu hướng tăng dần. Năm 2006, tỷ lệ mổ lấy thai tại bệnh viện Phụ sản Trung ương là 40,9%; bệnh viện Phụ sản Hà Nội là 43,2%,[2] tới năm 2017 đã tăng lên thành 54,4% theo báo cáo của Lê Hoài Chương.[3] Viện Sức khỏe Quốc gia Hoa Kỳ dựa trên y học chứng cứ để đưa ra sự so sánh lợi ích và nguy cơ của mổ lấy thai so với sinh thường thì mổ lấy thai có thể làm tăng bệnh suất và tử suất cho mẹ nhiều hơn so với sinh thường.[4] Thực tế cho thấy tỷ lệ tử vong mẹ và tử vong chu sinh ở các trường hợp mổ lấy thai cao hơn so với các trường hợp sinh thường khoảng 4 lần, mổ chủ động tỷ lệ tử vong mẹ tăng 2,84 lần.[4] Còn một vấn đề cũng không kém phần quan trọng là so với trường hợp sinh thường, thời gian nằm viện của sản phụ mổ lấy thai sẽ dài hơn, tốn kém nhiều hơn, đau đớn hơn, sự chăm sóc và cho con bú cũng bị ảnh hưởng. Xuất phát từ thực tế lâm sàng đó, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài nhằm mục tiêu: *Mô tả kết quả mổ lấy thai ở thai phụ con so tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Tĩnh.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tiêu chuẩn chọn: 379 thai phụ đã được MLT con so tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Tĩnh từ 01/01/2021 đến 30/6/2021, thai sống, tuổi thai > 28 tuần.

Phương pháp nghiên cứu: mô tả

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thời điểm mổ lấy thai

Bảng 1. Thời điểm mổ lấy thai (n=379)

Thời điểm mổ lấy thai		Số lượng	Tỷ lệ %
Chủ động		123	32,5
Cấp cứu	Giai đoạn Ia	167	44,0
	Giai đoạn Ib	89	23,5

Nhận xét: Thời điểm mổ lấy thai cấp cứu trong giai đoạn Ia chiếm tỷ lệ cao nhất với tỷ lệ là 44,0%, tiếp theo đó là mổ chủ động chiếm

32,5%, và cuối cùng là mổ cấp cứu đã chuyển dạ chiếm 23,5%.

3.2. Tình trạng sơ sinh sau mổ

Bảng 2. Bảng phân bố trọng lượng trẻ sơ sinh (20 ca song thai)

Thời điểm / Trọng lượng(g)	Chủ động		Cấp cứu		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
< 2500	11	15,3	17	5,2	28	7,0
2500 - 2900	19	26,4	45	13,8	64	16,0
3000 - 3500	30	41,7	189	57,8	219	54,9
> 3500	12	16,7	76	23,2	88	22,1
Tổng	72	100,0	327	100,0	399	100,0

Nhận xét: Nhóm trẻ sơ sinh có trọng lượng 3000 – 3500gr chiếm tỷ lệ lớn nhất chiếm tỷ lệ 54.9%, nhóm trẻ nhẹ cân < 2500gr chiếm tỷ lệ thấp nhất 7%.

Bảng 3. Chỉ số Apgar của trẻ sơ sinh ở phút thứ nhất và thứ năm (20 ca song thai)

Thời điểm / Điểm Apgar	Phút thứ 1		Phút thứ 5	
	n	%	n	%
4 – 7 (điểm)	1	0,3	1	0,3
> 7 (điểm)	376	94,2	376	94,2
Thai non tháng	22	5,5	22	5,5
Tổng	399	100,0	399	100,0

Nhận xét:

- Tại thời điểm 1 phút và 5 phút trẻ sơ sinh có điểm Apgar >7 điểm chiếm 94,2%, có 01 trường hợp trẻ sơ sinh ngạt nhẹ chiếm tỷ lệ 0,3%.

- Cả hai nhóm đầu có 5,5% bệnh nhi thai non tháng.

3.3. Phương pháp vô cảm trong mổ

Bảng 4. Vô cảm trong mổ (n=379)

Thời điểm / Phương pháp	Chủ động		Cấp cứu		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Gây mê nội khí quản	3	4,8	8	2,5	11	2,9
Gây tê tủy sống	60	95,2	308	97,5	368	97,1
Tổng	63	100,0	316	100,0	379	100,0

Nhận xét: Phương pháp vô cảm bằng gây tê tủy sống trong MLT là chủ yếu , trong mổ cấp cứu và mổ cấp cứu với tỷ lệ lần lượt là 95,2%; 97,5%.

Kỹ thuật mổ

Bảng 5. Kỹ thuật mổ (n=379)

Kỹ thuật / Thời điểm		Chủ động		Cấp cứu		Tổng	
		n	%	n	%	n	%
Đường rạch thành bụng	Đường rạch dọc trắng giữa	1	1,6	1	0,3	2	0,5
	Đường rạch ngang trắng vệ	62	98,4	315	99,7	377	99,5
Đường rạch tử cung	Rạch ngang đoạn dưới	62	98,4	315	99,7	377	99,5
	Rạch dọc thân TC	1	1,6	1	0,3	2	0,5
Tỷ lệ khâu phục hồi cơ tử cung	Khâu 1 lớp	62	98,4	315	99,7	377	99,5
	Khâu 2 lớp	1	1,6	1	0,3	2	0,5
Kỹ thuật cầm máu	Khâu cầm máu diện rau bám	22	34,9	89	28,2	111	29,3
	Thắt động mạch tử cung	2	3,2	2	0,6	4	1,1
	Cắt tử cung	1	1,6	1	0,3	2	0,5

Nhận xét: - Đường rạch thành bụng bằng đường nga trên xương vệ chiếm là chủ yếu, chiếm 99,5%, đường rạch dọc theo đường trắng giữa chiếm tỷ lệ 0,5%.

- Tỷ lệ bệnh nhân có đường rạch tử cung rạch ngang đoạn dưới chiếm tỷ lệ lớn với 99,5%, đường rạch thân tử cung chiếm tỷ lệ rất thấp 0,5%.

- Phần lớn bệnh nhân được khâu phục hồi cơ tử cung 1lớp với tỷ lệ 99,5%.

- Tỷ lệ khâu cầm máu diện rau bám chiếm 29,3%, Có 02 trường hợp cắt tử cung bán phần chiếm tỷ lệ 0,5%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thời điểm mổ lấy thai. Thời điểm MLT ở nghiên cứu của chúng tôi trong tình trạng cấp cứu có 256 trường hợp chiếm 67,5% so với tình trạng MLT chủ động.

So sánh nghiên cứu Nguyễn Thị Bình năm 2002 có 24 sản phụ MLT khi chưa chuyển dạ chiếm tỷ lệ 3,6%[5], chúng tôi thấy tỷ lệ mổ lấy thai chủ động ngày một tăng. Tỷ lệ MLT chủ động càng ngày càng tăng có thể gặp ở một số nguyên nhân sau:

- Ngày càng có nhiều phương tiện giúp cho chẩn đoán các bệnh lý của thai sản chính xác hơn như: bệnh lý của bánh rau, bệnh lý của nước ối, suy dinh dưỡng bào thai, thai suy, ngôi bất thường... từ đó chủ động MLT để tránh tai biến cho mẹ và con.

- Chỉ định MLT chủ động ngày càng mở rộng hơn do một chỉ định tuyệt đối hoặc kết hợp các chỉ định tương đối.

- Một số các chỉ định như: thai to, thiểu ối, vô sinh, ngôi mông... ngày càng nhiều.

Mổ lấy thai chủ động giúp cho thầy thuốc và khoa phòng chủ động về thời gian, chuẩn bị tốt phương tiện cho cuộc mổ, làm giảm tai biến cho

mẹ và con. Tuy nhiên, mổ chủ động không cân nhắc kỹ có thể gặp rủi ro khi mổ: thai non tháng yếu, khó khăn trong MLT khi cổ tử cung chưa mở có thể gây bế sản dịch hoặc nhiễm khuẩn hậu sản, đoạn dưới thành lập chưa tốt gây khó khăn cho việc lấy thai, hoặc lạm dụng chỉ định MLT trong các trường hợp có khả năng theo dõi đẻ đường âm đạo được, điều này góp phần làm tăng tỷ lệ MLT.

4.2. Tình trạng sơ sinh sau mổ

Phân bố trọng lượng sau sinh: Phân bố trọng lượng sau sinh theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có tổng số 88 trường hợp thai to (con có trọng lượng từ 3500g) chiếm tỉ lệ 22,1%. Trong đó hầu hết được MLT trong tình trạng cấp cứu là 76 trường hợp trong tổng số MLT chung.

Cân nặng trẻ sơ sinh là yếu tố đánh giá tình trạng dinh dưỡng, sự phát triển của thai trong quá trình mang thai. Trẻ quá thừa cân hay quá nhẹ cân đều ảnh hưởng đến sự phát triển thể chất và tinh thần về sau, do đó, dinh dưỡng có vai trò rất quan trọng trong quá trình tăng trưởng và phát triển của trẻ, thai phụ cần ăn uống đầy đủ để bào thai đủ chất dinh dưỡng. Trọng lượng trung bình của trẻ sơ sinh Việt Nam là 3000 ± 200gram. Thai to là thai có trọng lượng trên 4000gram (ở châu âu), hay trên 3500gram (ở Việt Nam)[6]. Có thể thấy tỉ lệ thai to của các bà mẹ ngày càng tăng lên là do đời sống kinh tế xã hội ngày càng nâng cao, sự chăm sóc của gia đình đối vơi thai phụ được quan tâm hơn do đó số thai phụ có trọng lượng thai to ngày càng tăng.

Tuy nhiên, Thai to khi chuyển dạ đẻ sẽ gây ra tình trạng bất tương xứng với khung chậu có thể dẫn đến nguy cơ cho mẹ và thai như: cơn co tử cung cường tính, vỡ tử cung, chuyển dạ kéo dài, suy thai… thậm chí dẫn đến tử vong. Thai to làm tăng tỉ lệ đẻ khó gấp 3 lần vì khả năng ngạt, gãy xương đòn, sang chấn, đầu không lọt do kích cỡ đầu to. Nếu chẩn đoán đúng là thai to thì chỉ định MLT là hoàn toàn hợp lý.

4.3. Phương pháp vô cảm trong mổ. Hầu hết các trường hợp MLT đều thực hiện bằng phương pháp gây tê tủy sống chiếm tỷ lệ 97,1%, chỉ có 2,9% được gây mê nội khí quản.

Kết quả của chúng tôi tương đồng với kết quả của các tác giả dưới đây:

Bảng 1. Tỷ lệ MLT bằng phương pháp gây tê tủy sống của một số tác giả

Năm	Tác giả	Bệnh viện	Tỷ lệ (%)
2022	Bùi Văn Dũng[7]	BV Phụ sản Thanh Hóa	96,6
2020	Soeuchan Visal[8]	BV Bạch Mai	96,0
2020	Nguyễn Bình An[9]	BV Bưu điện	97,6

Phương pháp vô cảm bằng gây mê nội khí quản là phương pháp an toàn, luôn kiểm soát được đường thở, ổn định về mặt huyết động, tiến hành nhanh rất thuận lợi cho những trường hợp cần cấp cứu nhanh, bệnh tim mạch, tiền sản giật, sản giật, basedow và những trường hợp chống chỉ định gây tê, tuy nhiên mê nội khí quản có thể gặp những trường hợp trào ngược dịch dạ dày vào phổi hoặc đặt nội khí quản khó. Gây tê tủy sống được tiến hành ở hầu hết các sản phụ MLT và không có tai biến do các phương pháp vô cảm. Phương pháp này có nhiều ưu điểm như sản phụ hoàn toàn tỉnh, mẹ ít bị ảnh hưởng bởi thuốc mê, tuy nhiên cũng có tác dụng phụ như hạ huyết áp, làm giảm tuần hoàn rau thai, không kiểm soát được đường thở. Vì vậy, chúng ta cần tôn trọng các chống chỉ định của gây tê.

4.4. Kỹ thuật mổ

****Đường rạch thành bụng.*** Trong sản khoa đường rạch thành bụng phổ biến nhất là đường giữa dưới rốn - trên vệ và đường ngang trên mu.

Đường rạch thành bụng giữa dưới rốn – trên vệ tương đối dễ dàng, nhanh, ít mạch máu và có phẫu trường rộng rãi, tuy nhiên nếu khâu lớp cân cơ không tốt hay gặp phải thoát vị thành bụng, không thẩm mỹ.

Đường rạch thành bụng ngang trên mu đảm bảo được tính thẩm mỹ, tuy nhiên phẫu trường hạn chế khó mở rộng hơn.

Trong nghiên cứu này tỷ lệ MLT theo đường rạch ngang trắng vệ chiếm 99,5%, chỉ có 0,5% mổ theo đường rạch dọc trắng giữa. Chỉ có 0,5% mổ theo đường trắng giữa dưới rốn (có 1 trường hợp rau bong non thể nặng và 1 trường hợp rau tiền đạo trung tâm rau cài răng lược).

**** Đường rạch cơ tử cung và khâu phục hồi cơ tử cung.*** Hầu hết các sản phụ (99,5%) được MLT bằng phương pháp rạch ngang đoạn dưới tử cung, chủ yếu là khâu cơ tử cung 1 lớp với 99,5%. Chỉ có 0,5% khâu cơ tử cung 2 lớp. So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Thị Bình (2013) về MLT tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên trong 6 tháng đầu năm 2012 như sau: rạch ngang đoạn dưới chiếm 98,4%, khâu phục hồi tử cung 1 lớp là 88,38%[50].

Khâu phục hồi cơ tử cung 1 lớp thì không thấy biến chứng nào trong quá trình liền sẹo, thời gian phẫu thuật nhanh hơn, phúc mạc đoạn dưới tử cung được phục hồi tốt hơn, vết khâu đỡ dày và đỡ bị cộm. Tuy nhiên kỹ thuật khâu liên

quan rất nhiều đến chất lượng sẹo mổ của tử cung, đặc biệt hiện nay nhiều thầy thuốc băn khoăn tại sao chửa vết mổ, rau cài răng lược… ở sẹo cũ tăng lên? Đây là một vấn đề đang được tìm hiểu.

Nghiên cứu của chúng tôi: Tỉ lệ sản phụ có kỹ thuật khâu cầm máu diện rau bám là 28,2%. Có 4 (1,1%) trường hợp thắt động mạch tử cung và 2 (0,5%) trường hợp cắt tử cung. Tỷ lệ của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Bình An chỉ với 0,6% khâu cầm máu diện rau bám.

V. KẾT LUẬN

Thời điểm mổ lấy thai cấp cứu trong giai đoạn Ia chiếm tỷ lệ cao nhất với tỷ lệ là 44,0%, tiếp theo đó là mổ chủ động chiếm 32,5%, và cuối cùng là mổ cấp cứu đã chuyển dạ chiếm 23,5%.

Nhóm trẻ sơ sinh có trọng lượng 3000 – 3500gr chiếm tỷ lệ lớn nhất chiếm tỷ lệ 54.9%, nhóm trẻ nhẹ cân < 2500gr chiếm tỷ lệ thấp nhất 7%. Có 01 trường hợp trẻ sơ sinh ngạt nhẹ chiếm tỷ lệ 0,3%.

Phương pháp vô cảm bằng gây tê tủy sống trong MLT là chủ yếu.

- Vào bụng bằng đường ngang trên xương vệ là chủ yếu, chiếm 99,5%. Rạch ngang đoạn dưới vào tử cung chiếm tỷ lệ lớn (99,5%),
- Phần lớn bệnh nhân được khâu phục hồi cơ tử cung 1lớp với tỷ lệ 99,5%.
- Tỷ lệ khâu cầm máu diện rau bám chiếm 29,3%, Có 02 trường hợp cắt tử cung bán phần chiếm tỷ lệ 0,5%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Matthias Frohlich, Chie Koga, Christoph Buhrer et al.** Differences in rate and medical indication of caesarean section between Germany and Japan, Pediatrics International, 2020; 62, 1086–1093.
2. **Nguyễn Thị Thanh Tâm, Nguyễn Đức Hinh.** Thực trạng mổ lấy thai và một số yếu tố liên quan ở Hoàn Kiếm và Gia Lâm – Hà Nội năm 2007, Tạp chí Y học Việt Nam tháng 4. 2009; 1(2009), tr 30-
3. **Lê Hoài Chương, Mai Trọng Dũng, Nguyễn Đức Thắng và cộng sự.** Nhận xét thực trạng mổ lấy thai tại bệnh viện Phụ sản Trung Ương năm 2017, Tạp Chí Phụ sản. 2018; 16(1), 92 – 96.
4. **Harper MA.** Pregnancy related death and health care services. Am. J. Obstet Gynecol 2003;102: 273-8
5. **Nguyễn Thị Bình, Nguyễn Đức Hinh, Nguyễn Việt Hùng** (2013), Nhận xét tình hình mổ lấy thai tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên 6 tháng đầu năm 2012, Tạp chí Y học thực hành, 893 (11), tr. 144 - 146.
6. **Bộ môn Phụ Sản Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh** (2011), Sản phụ khoa tập I, Nhà xuất bản Y học chi nhánh Thành Phố Hồ Chí Minh, Thành Phố Hồ Chí Minh, 251-254, tr. 251-254.
7. **Bùi Văn Dũng** (2022), Nghiên cứu về chỉ định mổ lấy thai ở sản phụ con so với tuổi thai từ 37 tuần trở lên tại Bệnh viện phụ sản Thanh Hóa năm 2020, Luận văn chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội.
8. **Soeuchan Visal** (2020), Nghiên cứu về chỉ định mổ lấy thai con so tại Bệnh viện Bạch Mai, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
9. **Nguyễn Bình An** (2020), Nghiên cứu về chỉ định mổ lấy thai con so tại Bệnh viện Bưu điện, Luận văn chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội.

SO SÁNH HIỆU QUẢ CỦA CHU KỲ CHUYỂN PHÔI ĐÔNG LẠNH CHUẨN BỊ BẰNG PHÁC ĐỒ TỰ NHIÊN VÀ PHÁC ĐỒ NGOẠI SINH

Hoàng Thị Thu Hà[1], Dương Tiến Tùng[1], Trần Phương Anh[1], Trần Khánh Linh[1], Nguyễn Anh Đào[1], Lê Ngọc Dung[1], Nguyễn Khang Sơn[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả có thai của chu kỳ chuyển phôi đông lạnh được chuẩn bị bằng phác đồ tự nhiên và phác đồ ngoại sinh. **Phương pháp:** Mô tả hồi cứu trên 86 bệnh nhân chuyển phôi đông lạnh được chuẩn bị niêm mạc bằng một trong hai phác đồ, trong thời gian từ tháng 12/2022 tới tháng 3/2023, tại Trung tâm Hỗ trợ sinh sản và Công nghệ mô ghép, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Kết quả:** Độ dày niêm mạc tử cung tại thời điểm kết thúc pha tăng sinh không có sự khác biệt giữa hai phác đồ. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ có thai của phác đồ tự nhiên (65.7%) và phác đồ ngoại sinh (68.6%). **Kết luận:** Chuẩn bị niêm mạc tử cung bằng phác đồ tự nhiên là phương pháp sinh lý, hiệu quả với tỉ lệ có thai tương đương với phác đồ ngoại sinh.

Từ khóa: IVF, ICSI, chuyển phôi đông lạnh, chuẩn bị niêm mạc tử cung, phác đồ tự nhiên, phác đồ ngoại sinh.

[1]*Trường Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Khang Sơn
Email: khangson@gmail.com
Ngày nhận bài: 7.4.2023
Ngày phản biện khoa học: 15.5.2023
Ngày duyệt bài: 10.6.2023

SUMMARY

THE OUTCOME OF NATURAL CYCLE VERSUS ARTIFICIAL CYCLE IN FROZEN-THAWED EMBRYO TRANSFER