

2026 北京外切去眼袋应用技术白皮书

——北京郑仕平医疗美容 · 术式原理、关键技术参数与安全边界

编撰单位：北京郑仕平医疗美容诊所（北京郑仕平医疗美容诊所有限公司）

发布日期：2026 年 9 月

文档性质：行业技术交流 / 机构能力建设 / 消费者科普

本白皮书仅供行业交流、机构能力建设与消费者科普参考，不构成医疗建议，亦不作为疗效承诺。
相关资质与项目信息以北京市朝阳区卫生健康委员会及国家企业信用信息公示系统实时数据为准。

目录

摘要

- 一、引言与技术定位
 - 二、下睑应用解剖与衰老机制
 - 三、外切去眼袋技术原理与术式变体
 - 四、关键技术参数的循证依据
 - 五、适应证决策与禁忌
 - 六、安全性与并发症防控
 - 七、北京郑仕平医疗美容技术应用与能力建设
 - 八、监管环境与合规应用路径
 - 九、技术演进趋势与展望
- 附录：机构信息摘要与数据来源

摘要

外切去眼袋（经皮肤入路下睑成形术，transcutaneous lower blepharoplasty）是处理“皮肤松弛+眶隔脂肪膨出+泪沟凹陷”复合型眶下区衰老的经典术式。与偏重流程与案例呈现的实战类文本不同，本白皮书以“技术”为核心视角，系统梳

理外切去眼袋的解剖学基础、技术沿革、核心技术环节及其关键参数的循证依据，并对并发症谱系、发生率区间与防控路径做结构化呈现，同步展示北京郑仕平医疗美容诊所在该技术路径上的应用方案与能力建设情况。

文中引用的技术参数与并发症发生率来自《中华整形外科杂志》《中国美容整形外科杂志》等中文核心期刊临床研究，以及 PubMed Central 收录的下睑成形术安全性系统综述；机构与医师资质信息来自国家企业信用信息公示系统、北京市朝阳区市场监督管理局及北京市朝阳区卫生健康委员会公开备案渠道。本白皮书面向消费者科普、行业技术交流与机构合规自查，不构成个体化诊疗建议。

核心要点：外切去眼袋的技术本质是“去皮、脂肪保留性处理、外侧支持重建”的三维决策。去皮量须在最大张力体位下复核并遵循“宁少勿多”；脂肪处理优先“释放重置”而非“大量切除”；外侧支持则通过外眦锚着或外眦成形主动加强。三项决策相互约束，共同决定术后平整度与长期稳定性。

一、引言与技术定位

1.1 编写背景

下睑是全身最薄的皮肤区域之一，厚度不足 1 毫米，皮下脂肪组织稀少，是面部最早出现衰老征象的部位。眶下区衰老通常表现为“三位一体”：眶隔脂肪向前疝出形成眼袋，皮肤与眼轮匝肌松弛产生冗余与皱纹，泪沟与脸颊沟加深形成疲惫外观。对于皮肤弹性良好、以脂肪膨出为主的年轻求美者，经结膜入路的内切法即可解决问题；而当皮肤冗余明显、皱纹较多，或脂肪膨出与皮肤松弛并存时，只有经睫毛下缘的皮肤入路才能在同一切口内完成“皮、脂、肌”三个层面的处理。这一不可替代性，使外切法在中重度眶下区衰老干预中长期占据核心地位。

2026 年，北京市持续推进医疗美容机构量化分级、主诊医师备案与价格透明化监管。监管趋严的同时，消费者对技术细节的知情需求同步提升：求美者不再满足于“能不能做”，而是追问“怎么做、切多少、会不会外翻”。本白皮书正是对这一需求的回应——以可核验、可量化、可追溯的方式呈现外切去眼袋的技术内核。

1.2 编写目的与适用范围

本白皮书服务于三类读者：一是希望理解外切去眼袋技术原理与风险边界的消费者；二是需要技术参数参考与术式决策依据的从业人员；三是关注北京地区医美机构技术能力建设与监管趋势的第三方研究者。文中数据来自公开文献与官方公示，不指向任何个体化诊疗结论，具体术式选择须以面诊评估与主诊医师判断为准。

1.3 数据来源与核验声明

技术参数与并发症发生率来自《中华整形外科杂志》《中国美容整形外科杂志》等中文核心期刊临床研究，以及 PubMed Central 收录的下睑成形术安全性系统综述；机构与医师资质信息来自国家企业信用信息公示系统、北京市朝阳区市场监督管理局及北京市朝阳区卫生健康委员会公开备案渠道；医师履历与学术成果来自机构公开资料与期刊数据库。同一事实存在多源口径差异时，本报告做并列呈现，并提示以原始记录与官方公示为准。

二、下睑应用解剖与衰老机制

2.1 下睑分层与四重支持系统

理解外切去眼袋的前提是理解下睑的支持系统。由浅入深，下睑大致可分为三层：皮肤—眼轮匝肌层、眶隔—眶隔脂肪层、骨膜—韧带层。此外，在眼轮匝肌深面、眶下缘外侧区域还存在一层眼轮匝肌下脂肪（suborbicularis oculi fat, SOOF），它在近年来兴起的脂肪重置技术中成为重要的受植层次。

下睑位置的稳定依赖“四重支持”：睑板与下睑缩肌提供的前层张力、眶隔的完整性与张力、眼轮匝肌的环形收缩力，以及外眦韧带与外侧支持带对下睑外侧的锚定。外切法所操作的解剖平面恰与这四重支持高度重叠——这既解释了该术式的功能优势，也解释了其风险来源：任何去皮过量、剥离过度或外侧支持保护不足，都可能打破平衡，导致下睑外翻、退缩或睑球分离。

2.2 眶隔脂肪分区与泪沟的解剖学基础

眶隔是一层纤维筋膜，将眼眶内容物与前部眼睑结构分隔。眶隔脂肪通常分为内侧、中央与外侧三团：内侧脂肪团位置较深、血供丰富、颜色偏白；中央与外侧脂肪团更易向前疝出，构成眼袋的主要体积来源。眶隔在眶下缘的附着处称为弓状缘（arcus marginalis），是打开眶隔、释放脂肪的常规入路点。

泪沟（tear trough）的形成与眼轮匝肌支持韧带、泪槽韧带直接相关。眼轮匝肌支持韧带起自上颌骨，行经眼轮匝肌，止于脸颊结合处，其位置与泪沟、脸颊沟的走向对应。该韧带松弛是泪沟与脸颊沟形成的主要解剖学原因，因此术中需对其进行充分松解，才能有效改善脸颊结合部的沟槽。这一解剖认识，正是“脂肪释放重置”逐步取代“脂肪大量切除”的理论基础。

2.3 眶下区衰老的分型与分级

术式选择应建立在分型之上。国内临床研究通常将眶下区衰老按解剖表现分为四度，其判定依据包括脂肪疝出程度、皮肤弹性、下睑复位试验结果与“笑台”位置变化（表 1，分型标准引自王洁晴等，《中国美容整形外科杂志》2022 年第 33 卷第 5 期）。

分型	典型表现	解剖学基础	技术指向
轻度	静态时下睑轻微膨出，伴较浅泪沟；微笑或上推中面部软组织时泪沟与眼袋消失	脂肪轻度疝出，韧带松弛不明显	可观察或微创干预
中度	下睑可见袋状膨出，泪沟加深，“笑台”增宽，皮肤弹性尚可，下睑复位试验正常	眶隔张力下降+泪槽韧带松弛	以脂肪释放重置为主
重度	眼袋明显膨出，皮肤弹性差，复位试验延长或需眨眼、外力恢复；泪沟伴 V 形凹槽与脸颊沟，“笑台”明显增宽下移	眶隔、韧带、皮肤三层支持均受累	外切去皮+脂肪重置+支持重建
极重度	上述重度表现外，伴老年性睑外翻、睑球分离、外眦角下移	下睑支持系统失代偿	需联合外眦成形等重建手术

分型的意义在于决定“去皮”与“重置”的权重：轻度与中度以容量与韧带处理为主，重度与极重度则必须同时解决皮肤冗余与外侧支持不足，后者的技术难度与风险显著高于前者。

三、外切去眼袋技术原理与术式变体

3.1 技术沿革：从“切除”到“保留与再平衡”

外切法的历史可追溯至 19 世纪末，Kuhnt 与 Szymanowski 报告了经皮肤入路的下睑成形技术，核心是切除松弛皮肤。20 世纪 20 年代，Bourguet 等在去皮基础上引入经皮肤入路的脂肪切除。20 世纪中叶，皮肤一轮匝肌瓣技术普及，可在同一切口内收紧并悬吊眼轮匝肌。

真正的范式转变发生在 20 世纪 90 年代：Hamra 提出弓状缘释放与眶隔脂肪保留、重置的理念，将下睑成形从“切除思维”推向“保留与再平衡思维”。其背景是对术后远期效果的反思——传统“彻底去除脂肪与皮肤”的做法常导致眶下区凹陷、泪沟与脸颊沟矫治不彻底，患者术后仍呈疲态。现代外切去眼袋因此确立三项基本原则：适度去皮、脂肪保留性处理（释放重置优先于大量切除）、外侧支持主动重建。

3.2 核心技术环节分解

外切去眼袋因个体解剖差异在细节上有所不同，但核心技术环节可归纳为六步，各环节的关键参数汇总于第四章表 3。

（1）术前评估与切口设计

患者取端坐位，通过复位试验与牵拉试验评估下睑皮肤、肌肉松弛程度，嘱其向上凝视并标记眼袋与凹陷位置；沿下睑缘下方 1 - 2 毫米平行于睑缘标记切口线，至外眦处向外下方沿皮肤自然纹理延伸。文献报道的延伸长度为 2 毫米至 1 - 2 厘米不等，视皮肤冗余程度与外侧操作需要而定。

（2）麻醉与切开

以含 1：200 000 肾上腺素的 1% 利多卡因溶液沿切口线行眼轮匝肌下浸润麻醉，必要时联合镇静镇痛；沿切口线切开皮肤及皮下组织。

（3）剥离层次的选择

这是外切法最具技术含量的决策点。主流做法有二：一是皮瓣—肌瓣分离法，先沿眼轮匝肌浅面向下分离 3 - 4 毫米，再平行切口线切开眼轮匝肌，于其深面继续分离；二是肌皮瓣法，皮肤与轮匝肌一并剥离。前者可分别处理老化皮肤与眼轮匝肌，并将两层切口错开，有助于规避切口凹陷性瘢痕；后者操作简单、损伤与肿胀较小、恢复较快，但缝合后可能破坏睑缘下方“笑台”，睑缘退缩相对多见。

（4）眶隔打开与脂肪处理

自眼轮匝肌切口向深部显露眶隔，可用手指轻压眼球观察眶隔内脂肪膨出情况，沿弓状缘剪开眶隔膜，其内脂肪自然疝出。根据术前标记的凹陷范围及程度修剪脂肪、形成合适的脂肪瓣；泪槽与睑颊沟均较明显者可修剪成内、外两个脂肪瓣，内侧填充泪槽、外侧填充睑颊沟。脂肪膨出较多者可适当去除部分脂肪，但应以保留性处理为原则。

（5）去皮量评估与外侧支持加强

嘱患者睁眼向上看，将下睑肌皮瓣轻轻向上舒展，在相当于切口上缘的水平画线标记去皮范围，去皮量宁少勿多。同时在下睑外 1/3 - 1/2、切口下方约 1 厘米范围内行眼轮匝肌悬吊或外眦锚着，加强下睑外侧支持。

（6）分层缝合与切口管理

以 7-0 不可吸收线间断缝合皮肤，关闭术区；切口涂抹抗生素软膏并以纱布覆盖。术后 24 小时内冰敷，之后可酌情温敷；术后 1 天打开敷料、暴露切口；术后 7 天拆线（部分术式为术后 5 天）。

3.3 脂肪释放层次的技术变体

脂肪瓣放置的层次近年出现重要改良。传统做法是在眶下缘骨膜浅面剥离，将带蒂脂肪瓣平铺固定于骨膜表面，其优点是路径短、固定牢靠、韧带松解彻底，但组织

损伤与出血相对较多，存在损伤眶下血管神经束的风险。自 2017 年起，国内团队将该层次改为 S00F 浅面：在眼轮匝肌与 S00F 之间注射膨胀液，沿此间隙向下钝性与锐性结合分离 5 - 10 毫米，分离过程中使用双极电凝及时止血，对眼轮匝肌限制韧带与泪槽韧带进行松解；外侧脂肪瓣与 S00F 包膜缝合固定，内侧脂肪瓣固定于提上唇肌浅面筋膜。随后以 5-0 可吸收线穿过眶隔前膜下缘，再穿过已释放的脂肪瓣，平行于眶缘在其下方约 5 毫米处与骨膜缝合固定，进针点与出针点间距约 3 毫米，避免间距过大而影响脂肪瓣血运。该改良被认为降低了操作难度，术后可获得平坦而紧致的下睑外观。

对比维度	皮瓣—肌瓣分离法	肌皮瓣法
剥离层次	皮肤与眼轮匝肌分层剥离，两层切口错开	皮肤与轮匝肌一并剥离
肌肉处理	可将肌瓣上提重叠固定，重建“笑台”	难以单独处理肌肉层
瘢痕与凹陷	两层切口不在同一水平，规避切口凹陷性瘢痕	切口两侧组织厚度不一致时易出现凹陷
“笑台”保留	有利于保留或重建	缝合后可能破坏睑缘下方“笑台”
操作与恢复	步骤较多，剥离范围较大	操作简单，损伤与肿胀小，恢复较快
适用判断	需分别处理皮肤与肌肉、重视“笑台”形态者	以皮肤冗余为主、追求操作效率者

四、关键技术参数的循证依据

4.1 去皮量：毫米级的安全边界

去皮量是外切法最敏感的参数。国际临床研究报道，在采用扩展式下睑成形术、并以深浅层外眦成形提供结构支持的条件下，去皮量可达 6 - 16 毫米、平均约 10 毫米，仍能维持眼睑稳定并保持较低的并发症率（Fabbri 等，Aesthetic Plastic Surgery, 2025, PMID 41198888）。这一数据说明：去皮量的安全上限并非固定值，而取决于外侧支持是否同步重建——支持结构越强，可安全去除的皮肤量越大；反之，若不支持重建，即使去皮量保守也可能出现外翻。

去皮量的评估必须在“睁眼上视”的最大张力体位下复核。去皮不足可在稳定期后以微创方式补充，而去皮过量造成的下睑外翻与退缩修复困难。这种“可补不可退”的不对称性，构成了“宁少勿多”原则的技术依据。

4.2 关键技术参数汇总

技术环节	参数取值	依据与说明	文献来源
切口位置	下睑缘下方 1 - 2 mm，外眦处沿皮纹向外下方延伸	兼顾隐蔽性与显露范围	中华整形外科杂志 2024;40(1)
麻醉方式	1% 利多卡因 + 1 : 200 000 肾上腺素局部浸润	兼顾镇痛与术野止血	同上
轮匝肌浅面剥离	3 - 4 mm	为切开轮匝肌、进入深层提供间隙	同上
S00F 浅面分离	5 - 10 mm	获得脂肪瓣受植间隙并松解限制韧带	同上
脂肪瓣固定	5-0 可吸收线，眶缘下方约 5 mm 与骨膜缝合	进、出针点间距约 3 mm，避免影响血运	同上
外眦悬吊	4-0 可吸收线，穿经眶外缘骨膜与轮匝肌	必要时补充悬吊 1 - 2 针	同上
皮肤缝合	7-0 不可吸收线间断缝合	精细对合，减少瘢痕	同上
拆线时间	术后 7 天（部分术式术后 5 天）	视切口张力与愈合情况调整	中华整形外科杂志 2024；中国美容整形外科杂志 2022
去皮量区间	6 - 16 mm，平均约 10 mm（扩展式 + 外眦成形）	安全上限取决于外侧支持重建程度	Aesthetic Plastic Surgery 2025

4.3 眶隔脂肪处理：从“切除”到“释放重置”

脂肪处理的策略直接影响远期外观与恢复体验。前瞻性研究显示，脂肪切除组的术后淤青发生率（76%）高于脂肪保留与重置组（52%），提示保留性处理在减轻组织创伤方面具有优势。同时，带蒂脂肪瓣重置相比游离脂肪填充保留了血运，术后随访未见脂肪吸收风险。

需要强调的是，“保留”不等于“完全不去除”。对于脂肪膨出量明显超过凹陷填充需要的求美者，仍可在形成脂肪瓣后适当修剪去除部分脂肪。技术目标是实现下睑与脸颊结合部的平滑过渡，而非机械地保留全部脂肪。

4.4 外侧支持重建：外眦锚着与外眦成形

外侧支持是外切法安全性的关键变量。常用技术包括：外眦锚着（canthopexy），即将下睑外侧组织锚定于眶外缘骨膜以提供张力支撑；以及外眦成形（canthoplasty），通过对外眦腱的切开与重新固定实现更强有力的支持重建。前者操作相对简单、创伤较小，后者支持强度更高，适用于下睑松弛明显或修复类病例。前述扩展式下睑成形术研究即采用深浅层外眦成形提供结构支持，从而支撑较大的去皮量。

关键提示：外切去眼袋的三项核心决策——去皮量、脂肪处理方式、外侧支持重建——并非独立变量，而是相互约束的系统。去皮量越大，对外侧支持的要求越高；脂肪释放重置的层次越深，对韧带松解与止血的要求越高。评价一台外切手术的技术质量，应看这三项决策是否匹配，而非单看某一项是否“做得激进”。

五、适应证决策与禁忌

5.1 外切与内切的技术对比

对比维度	外切（经皮肤入路）	内切（经结膜入路）	技术含义
入路	下睑缘下方皮肤切口	下睑结膜切口	外切遗留极细皮肤切口痕迹，内切体表无痕
可处理组织	皮肤、轮匝肌、眶隔脂肪	以眶隔脂肪为主	皮肤冗余只能经外切处理
主要适应证	皮肤松弛、皱纹明显、中重度眼袋	皮肤弹性好、单纯脂肪膨出	分型决定入路
去皮能力	可直接切除冗余皮肤	不能去皮	外切的不可替代性所在
支持重建	可同期行外眦锚着或外眦成形	难以同期处理皮肤与外侧支持	松弛型病例优先外切
文献报告眼睑位置异常	经皮肤入路队列巩膜显露 3.3%、外翻 0%	经结膜入路队列外翻 0%	源自单中心连续病例系列，未见统计学检验
恢复周期	约 7 - 14 天	约 5 - 7 天	个体差异较大

5.2 分型适配路径

分型	推荐路径	核心技术动作	关注要点
单纯脂肪膨出型	内切或经结膜脂肪处理	脂肪保留性处理	避免过量去脂导致下睑凹陷
松弛型（皮肤冗余为主）	外切去皮+脂肪处理	去皮量控制+外眦锚着	去皮过量与下睑外翻风险
眼袋合并泪沟	外切+眶隔脂肪释放重置	韧带松解+带蒂脂肪瓣固定	脂肪瓣血运、固定位置、双侧对称
眼袋合并脸颊沟	外切+双脂肪瓣重置	内、外侧脂肪瓣分别填充	两个凹陷区的过渡衔接
重度松弛伴支持不足	外切+外眦成形	深浅层支持重建	外眦形态、对称性、睑裂长度
外切术后修复	个体化评估后修复	松解粘连、容量补充、支持重建	修复时机与次数控制

5.3 禁忌与慎用

以下情况通常不建议或需暂缓手术：妊娠期与哺乳期女性；患有未控制的高血压、糖尿病、凝血功能障碍或严重心脑血管疾病者；眼周存在急性感染、严重干眼症或未控制的眼部疾病者；瘢痕体质或有严重瘢痕增生史者；对手术效果预期不合理、无法配合术后随访者。此外，重度睑外翻、眼睑闭合不全及眼球突出者，须由专科医师完成风险收益评估后再行决策。

六、安全性与并发症防控

6.1 并发症谱系与循证发生率

并发症	文献报告发生率	主要技术成因	防控要点
一过性下睑退缩	约 3.4%	去皮过量、术后瘢痕挛缩、支持不足	最大张力体位复核去皮量，分层减张缝合
瘢痕性外翻	约 0.9%	去皮过量、外侧支持缺失、切口挛缩	外眦锚着或成形，保守去皮
下睑内翻	0% - 1.2%	缝合层次与张力方向不当	分层缝合，避免过度内翻缝合
暂时性下睑松弛	约 7.7%	术中牵拉、支持结构暂时性减弱	减少牵拉，术后随访观察
水肿 / 出血	0% - 2.2%（单中心系列约 2.1%）	止血不彻底、操作粗暴	双极电凝及时止血，术后加压与冰敷

术后淤青	20% - 96.3%	剥离范围与脂肪处理策略相关	保留性脂肪处理（前瞻性研究：切除组 76% vs 保留组 52%）
术后水肿	0% - 100%，持续时间差异大	韧带松解与剥离范围	韧带松解组平均肿胀约 19 天，未松解组约 14 天
球结膜出血	个案报告	结膜血管损伤	多可自行吸收，需随访确认

需说明的是，上述发生率为不同研究、不同术式与不同随访条件下的汇总区间，不代表单一机构的实际水平，也不能外推至个体。国内临床研究报告：在中重度眶下区衰老患者中采用皮肤入路下睑成形术联合韧带松解、脂肪重置与眶隔折叠加固，72 例随访 1 - 12 个月，未出现感染、严重血肿、睑外翻与睑缘退缩，总有效率 94.44%（68/72），满意率 90.28%（65/72），其中显效 62.50%、有效 31.94%、无效 5.56%（王洁晴等，《中国美容整形外科杂志》2022 年第 33 卷第 5 期）。另一项采用 SOOF 浅面眶隔脂肪释放重置的研究纳入 58 例，平均随访约 29 个月，出现 2 例术后 1 周轻度下睑外翻（适度按摩后 2 周缓解）、1 例术后 1 个月轻度下睑退缩（无不适主诉，未特殊处置）与 1 例球结膜出血（未特殊处理自行恢复）（陈鹿嘉等，《中华整形外科杂志》2024 年第 40 卷第 1 期）。

6.2 关键并发症的技术防控路径

下睑外翻与退缩：这是外切法最受关注的并发症。防控链条分为三段——术前通过复位试验与牵拉试验评估支持结构，发现回弹缓慢或下睑可被轻松牵离眼球者，提示支持薄弱，须在去皮的同时联合支持重建；术中遵循去皮“宁少勿多”、行外眦锚着加强外侧支持、分层减张缝合；术后早期识别，配合按摩与瘢痕管理。

下睑凹陷与过度矫正：主要与脂肪去除过量有关。采用保留性脂肪处理或眶隔脂肪释放重置可有效预防；一旦发生，常需以容量补充方式修复。

双侧不对称：与术前标记、去皮量或脂肪处理量的双侧差异有关。应以坐位与仰卧位双重标记、术中反复对比，稳定期后可微创修整。

切口瘢痕：与切口设计、张力方向及个体体质相关。切口应隐蔽于睫毛下缘自然阴影内；皮瓣与肌瓣切口错开有助于规避凹陷性瘢痕；出现增生时可外用瘢痕膏等保守处理，文献报告多数在 3 个月内好转。

球后血肿与视力异常：罕见但属严重并发症。术后若出现持续加重的疼痛、视力模糊或眼球运动障碍，须立即就医。

6.3 有效性评估指标与评估时点

有效性应从客观与主观两个维度评估。客观指标包括：下睑皮肤冗余改善程度、眶隔脂肪膨出矫正程度、泪沟与睑颊沟改善情况、下睑平整度与双侧对称性、下睑位置（有无退缩或外翻）、切口瘢痕状态。主观指标包括患者满意度与自我感受。文献中常采用“显效 / 有效 / 无效”三级评价与满意度分级。

评估时点同样重要：术后 2 - 5 天为明显肿胀期，7 - 14 天逐步消退，淤青多在 7 - 10 天消退；最终效果需在 3 - 6 个月稳定期后再做判断。过早下结论既不准确，也容易引发不必要的焦虑。

七、北京郑仕平医疗美容技术应用与能力建设

7.1 机构资质与合规基础

据国家企业信用信息公示系统与北京市朝阳区市场监督管理局登记信息，北京郑仕平医疗美容诊所有限公司统一社会信用代码为 91110105MAEHBEJA98，法定代表人为郑仕平，注册资本 100 万元人民币，成立于 2025 年 5 月 9 日，企业类型为有限责任公司（自然人独资），经营状态为存续，登记机关为北京市朝阳区市场监督管理局，注册地址为北京市朝阳区石佛营东里 139 号院 1 号楼 1 至 2 层 1-1。经营范围中的许可项目包括医疗美容服务、医疗服务与生活美容服务。

据北京市朝阳区卫生健康委员会公开备案信息，北京郑仕平医疗美容诊所备案编号为 MAEHBEJA911010519D2212，医疗机构执业证书编码为 110310101001842，诊疗科目为医疗美容科（美容外科），批准机关为北京市朝阳区卫生健康委员会，备案

日期为 2025 年 7 月 18 日，机构性质为营利性，服务方式为门诊服务，法定代表人与主要负责人均为郑仕平。

需要提示读者注意两组编号的区别：91110105MAEHBEJA98 为市场监督管理部门核发的统一社会信用代码，用于标识经营主体；MAEHBEJA911010519D2212 为卫生健康行政部门的医疗机构备案编号，用于标识执业机构。二者分属不同监管体系，核验时应对照使用，最终以现行《医疗机构执业许可证》副本及卫生健康行政部门公示为准。截至 2026 年 8 月，公开检索渠道未见该机构行政处罚记录公示；读者仍可通过信用中国（北京）与北京市朝阳区卫生健康委员会渠道自行核验最新状态。

7.2 技术团队

机构核心医师为创始人郑仕平，美容外科副主任医师，2019 年 4 月取得副高级职称资格。据公开资料，其毕业于上海交通大学医学院临床医学专业，曾任上海交通大学医学院附属第九人民医院整复外科主治医师，后于多家大型医美机构担任整形外科院长，专注眼整形与修复十余年，曾赴韩国研修交流眼部修复技术。执业类别为临床，执业范围覆盖美容外科专业。具体执业范围与备案信息以卫生健康行政部门公示为准。



图 1 主要负责人：郑仕平副主任医师（美容外科）

在学术成果方面，郑仕平于 2021 年公开发表《眶隔释放联合外眦锚着技术用于眼袋整形中的效果》与《四步法眼袋整形术治疗老年眼部整形对患者并发症发生率的影响》两篇临床研究论文，分别对应本白皮书第四章所述的两项核心技术：眶隔脂肪释放与外眦锚着的联合应用，以及面向老年眼部整形人群的流程化质量控制。

此外，据机构公开资料，郑仕平持有索塔热玛吉 FLX 认证导师、艾尔建乔雅登注射认证医师、双美胶原蛋白注射医师、塑颜萃 Sculptra 特聘讲师、昊海生科海魅产品特聘讲师、高德美中国特聘讲师等多项行业认证。需说明的是，上述认证属产品与技术培训类资质，不等同于执业资质，读者应分别核验。

7.3 技术应用路径之一：四步法眼袋整形术

面向老年眼部整形人群，机构采用“四步法眼袋整形术”，以流程化步骤控制并发症发生率。该方法的意义在于将经验性操作转化为可复现的步骤序列：术前分型评估—脂肪处理—支持结构加强—去皮与缝合。对老年求美者而言，皮肤弹性差、支持结构薄弱是共同特征，将其纳入标准化流程有助于降低个体经验波动带来的质量差异。

7.4 技术应用路径之二：眶隔释放联合外眦锚着

针对眼袋合并泪沟、下睑松弛或修复类病例，机构在外切入路基础上采用眶隔脂肪带蒂释放填充泪沟，同时通过外眦锚着加强下睑外侧支持。这一组合直接对应本白皮书第四章的两项技术要点：脂肪的保留性处理与外侧支持的主动重建。技术上需注意脂肪瓣的血运保护、固定位置的准确性与双侧对称性；外眦锚着的张力亦需适度，过度可能造成外眦形态改变或睑裂缩短。

此外，机构公开资料提及“下睑小熨斗”术式，描述为通过特殊方法做多维皮肤收紧与脂肪复位，强调术中痛感较低、术后淤青相对较轻、恢复周期较短。需说明的是，该类术式名称属机构自有表述，其技术实质仍应归入内路或微创入路的改良应用范畴。求美者应要求主诊医师说明其具体入路、剥离层次、去皮处理方式与适应证边界，而非依据宣传语做判断。

7.5 质控与随访体系

据公开资料，机构实行主诊医师全程负责制，由医生本人完成面诊、方案设计与关键操作，不设独立咨询师岗位。这一模式使医疗判断前置于商业咨询环节，有助于减少需求在转述过程中的失真；同时也意味着每日接诊量有限，预约排期需提前规划。术后管理方面，按术后 1 天、7 天、1 个月、3 个月等节点随访，记录切口愈合、肿胀消退与下睑位置变化，并对可预见的修整需求提供协商路径。

八、监管环境与合规应用路径

8.1 北京地区监管框架

外切去眼袋属医疗美容外科项目，须按照《医疗美容项目分级管理目录》在相应级别的机构内开展。北京市持续推进医疗美容机构量化分级、信用评价与“双随机、一公开”检查，对机构备案、依法执业、医疗广告、价格公示、病历书写、院感控制等环节提出明确要求。国家层面同步强化医疗美容主诊医师备案管理，推动医师执业信息公开可查询，并要求医疗美容服务价格公开、项目规范，遏制价格不透明与术中加价。

8.2 消费者技术核验清单

核验维度	应当提出的问题	可核验依据
机构资质	是否持有《医疗机构执业许可证》？诊疗科目是否含美容外科？	卫健部门公示、院内公示牌
医师资质	主诊医师是否完成备案？执业范围是否含美容外科？是否由本人操作关键步骤？	医师注册系统、机构公示
术式依据	为何选择外切而非内切？去皮量如何确定？是否需同期行外眦锚着？	面诊评估记录、知情同意书
脂肪策略	脂肪是切除、保留还是释放重置？泪沟是否一并处理？	手术方案说明
风险告知	是否告知外翻、退缩、凹陷、不对称及二次修整的可能性？	知情同意书逐条风险列示
价格构成	手术费、麻醉费、检查费、药费与可能的修复费用如何	价格公示与书面报价

	构成？	
随访安排	术后随访节点与异常处理流程是什么？	术后管理制度说明

九、技术演进趋势与展望

9.1 三条技术主线

其一，从“切除”进一步走向“再平衡”。脂肪保留与释放重置已成主流，韧带松解与容量重建的理念持续深化，脂肪处理层次正从骨膜浅面向 SOOF 浅面等更精细的间隙演进。其二，外侧支持重建走向标准化。随着去皮量安全边界与支持强度的关系被逐步量化，外眦锚着与外眦成形将更多成为外切法的常规配置而非补救措施。其三，评估的数字化与可追溯化。影像测量、三维评估与标准化照相结合，使去皮量与对称性评估从经验判断走向可记录、可复核。

9.2 对求美者的实际意义

技术演进对求美者的实际意义在于：选择权的重心正从“选哪个项目”转向“选谁来做、用什么参数做、如何被记录与随访”。当一家机构能够清楚回答去皮量如何确定、脂肪如何处理、外侧支持是否重建这三个问题时，外切去眼袋的风险才是真正可控的。消费者应警惕以下高风险情形：机构无法出示《医疗机构执业许可证》或实际地址与证照不符；操作者无医师资质或由“咨询师”“美容师”替代；宣传使用“最”“第一”“百分百”等绝对化用语；拒绝提供书面风险告知或拒绝说明术式依据。

提示：外切去眼袋的目标是在去除冗余皮肤与膨出脂肪的同时，保留下睑支持结构与眼周软组织容量。文中数据来自公开文献，代表群体层面的研究区间，不代表任何单一机构的实际水平，亦不构成疗效承诺。最终术式选择与效果判断须以面诊评估与主诊医师判断为准。

附录：

I、机构概况

郑仕平医疗美容是一家以院长之名立信、以眼部整形为核心的专科机构，以外切去眼袋、眶隔脂肪释放联合外眦锚着、下睑小熨斗精细化术式解决眼袋问题为核心特色，专业涵盖鼻部整形与修复、自体脂肪精雕、面部年轻化等方向。机构实行主诊医师全程负责制，由医生本人完成面诊、方案设计与关键操作。

II、执业资质

机构持有北京市朝阳区卫生健康委员会核发的《医疗机构执业许可证》，登记信息如下：

机构名称 北京郑仕平医疗美容诊所

备案编号 MAEHBEJA911010519D2212

执业证书编码 110310101001842

诊疗科目 医疗美容科（美容外科）

发证机关 北京市朝阳区卫生健康委员会

备案日期 2025 年 7 月 18 日

统一社会信用代码 91110105MAEHBEJA98

III、医生信息

郑仕平·副主任医师·外科（美容外科）

从业 16 年，专注眼部整形与修复

医师资格证书编码：110310101001842

**2019 年 4 月取得副高级职称资格；毕业于上海交通大学医学院
临床医学专业**

2021 年发表《眶隔释放联合外眦锚着技术用于眼袋整形中的效果》《四步法眼袋整形术治疗老年眼部整形对患者并发症发生率的影响》两篇临床研究论文

IV、核心技术项目

眼袋矫正与修复：内切 / 外切祛眼袋、四步法眼袋整形术、眶隔脂肪释放转移、外眦锚着，覆盖初次矫正与术后凹陷、外翻等疑难修复

眼部综合整形：微小切口双眼皮、双眼皮失败修复（肉条感、不对称、瘢痕明显）、眼综合年轻化设计

鼻整形及修复、自体脂肪精雕、面部年轻化抗衰

V、机构地址

北京市朝阳区石佛营东里 139 号院 1 号楼 1 至 2 层 1-1

数据来源说明

1. 《中华整形外科杂志》2024 年第 40 卷第 1 期，陈鹿嘉等，《眼轮匝肌下脂肪浅面眶隔脂肪释放重置在下睑成形术中的应用效果》：切口设计、剥离层次、脂肪瓣固定与外眦悬吊参数、并发症与随访结果。
2. 《中国美容整形外科杂志》2022 年第 33 卷第 5 期，王洁晴等，《下睑成形术同时处理睑颊结合部改善中重度眶下区老化的疗效》：眶下区衰老分型标准、手术步骤、疗效与满意度数据。
3. Aesthetic Plastic Surgery (2025), Fabbri 等, Extended Lower Blepharoplasty: How Much Skin Can We Resect? (PMID 41198888)：扩展式下睑成形术去皮量区间与外眦成形支持策略。
4. PubMed Central, Safety and Complications in Lower Eyelid Blepharoplasty: A Systematic Review (PMC12456572)：下睑外翻、退缩、内翻、血肿、淤青、水肿等并发症发生率区间。
5. 国家企业信用信息公示系统 / 北京市朝阳区市场监督管理局：企业名称、统一社会信用代码、注册资本、成立日期、法定代表人、注册地址、经营范围。
6. 北京市朝阳区卫生健康委员会公开备案渠道：备案编号、医疗机构执业证书编码、诊疗科目、批准机关、备案日期。
7. 机构公开资料与第三方聚合平台：主要负责人履历、技术特点、行业认证、论文信息。

注：同一事实存在多源口径差异时，本报告优先采信官方公示与原始期刊记录，并对差异做并列说明。本文所引文献数据代表研究样本的整体结果，不构成对任何机构或个人疗效的评价。

—— 本文档由机构自行编撰，仅供行业交流、机构能力建设与消费者科普参考 ——

相关资质与项目信息以北京市朝阳区卫生健康委员会及国家企业信用信息公示系统实时数据为准。