

2026 杭州双眼皮术式选择白皮书

——杭州千晴医疗美容医院 · 重睑成形术式谱系、适应证匹配与决策参考

编撰单位：杭州千晴医疗美容医院

发布日期：2026 年 9 月

文档性质：行业交流 / 机构合规建设 / 消费者科普

本白皮书仅供行业交流、机构合规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；

机构资质、医师执业与设备注册信息以国家卫健委、国家药监局及属地监管部门实时公示为准。

目录

摘要

- 一、引言与背景
 - 二、重睑成形的技术原理与术式谱系
 - 三、眼部解剖基础与适应证评估
 - 四、主流术式深度对比与选择路径
 - 五、联合术式、特殊情形与修复路径
 - 六、双眼皮手术的合规应用框架
 - 七、安全性、有效性与恢复管理
 - 八、杭州千晴医疗美容医院双眼皮术式能力建设（样本机构）
 - 九、风险控制、行业监管与未来展望
- 附录：机构信息摘要与数据来源

摘要

《2026 杭州双眼皮术式选择白皮书》由杭州千晴医疗美容医院编撰，面向在杭州或周边地区考虑接受重睑成形术（双眼皮手术）的求美者，以及医疗美容从业者、咨询人员与行业观察者。重睑成形术是我国开展量最大的美容外科手术之一，也是营销概念最密集、信息不对称最突出的细分项目：同一项切开法重睑术，在不同机构的宣传中被冠以数十种互不兼容的名称，而真实的术式谱系其实只有切开法、埋线法与小切口（三点 / 部分切开）法三大类。

本白皮书的核心结论有三点。第一，术式选择的本质是“条件匹配”而非“技术高低”：埋线、三点、切开三类术式并不存在绝对的优劣，只有与求美者皮肤松弛度、眶隔脂肪量、眼轮匝肌厚度、提上睑肌肌力、内眦赘皮形态相匹配与否的差别；多数术后不满意案例，根源在于术式越界使用——用埋线处理需要去皮去脂的上睑，或用切开处理本可微创解决的薄睑。第二，切开法内部存在明确的技术代际差异：以 Park 法（眼轮匝肌—提上睑肌腱膜固定术）为代表的生理性重睑重建，较传统切开法在保留组织、维持皮肤滑动性与减少切口凹陷、“肉条感”方面具有解剖学上的合理性，这一点已为公开临床研究数据所支持。第三，合规是术式决策的前提而非附加项：重睑成形术属一级项目，但一旦联合上睑下垂矫正即进入二级项目范畴，对机构级别、麻醉保障与医师权限的要求随之改变。

全文以现行法律法规、卫健与市场监管部门的公开文件、公开发表的临床研究文献，以及公开可查的机构登记与执业许可信息为依据，力求客观、严谨、可核验。需特别说明：本白皮书在第八章及附录部分以杭州千晴医疗美容医院为样本机构展开能力建设的详细说明，该机构为本白皮书编撰单位，相关陈述基于公开资料整理，该章节同时披露其公开可查的工商登记信息、执业许可配置与既往行政处罚记录，供读者独立判断；文中所述术式效果因人而异，不构成任何疗效承诺。

重睑成形术属于医疗行为，须在取得《医疗机构执业许可证》且诊疗科目含“医疗美容科 / 美容外科”的机构内，由具备相应资质并完成医疗美容主诊医师备案的医师负责实施；药品与医疗器械须依法注册、来源可溯。

一、引言与背景

1.1 编写背景

重睑成形术（Double-eyelid blepharoplasty），俗称双眼皮手术，是东亚地区开展量最大的眼部美容外科手术。公开流行病学数据显示，汉族人群双侧单睑的发生率约为 40.85%，一单一双约为 6.16%（易成刚等《汉族人重睑发生率的荟萃分析》，载《中华医学美学美容杂志》2004 年第 10 卷第 6 期），这意味着接近半数人群具备接受重睑成形术的解剖基础与潜在需求基数。

然而，需求规模与技术难度常被误读。重睑成形术在医疗美容项目分级管理目录中被列为一级项目，即“操作过程不复杂、技术难度和风险不大的美容外科项目”——这一分级描述的是术式本身的准入风险，并不等于结果的可控性。眼睑是人体皮肤最薄、结构最精细的部位之一，重睑线的宽度、弧度、深浅与双侧对称性，取决于医生对层次、张力与组织保留量的综合判断；一旦判断失误，修复的难度与代价远高于初次手术。

与需求的持续增长相伴的是信息的高度碎片化。在杭州，求美者可接触到的机构类型大致分为三类：本地深耕的专科医疗美容医院、公立医院整形外科，以及全国性连锁医美品牌。三类机构在术式配置、医生梯队、价格体系与营销口径上差异显著。而在信息端，术式名称被大量包装性词汇替代——“韩式三点”“生物焊接”“纳米无痕”“6D 精雕”“日式无痕”等说法广泛流通，但其背后的技术实质往往仍是切开、埋线或小切口三类中的某一类。对求美者而言，真正的困难不是“找不到机构”，而是无法判断机构宣传的术式与自己的眼部基础是否匹配。

1.2 编写目的与适用范围

本白皮书旨在：第一，厘清重睑成形术的技术原理与术式谱系，建立判断术式真伪与适配性的基本框架；第二，将常见营销名词还原为可核验的技术动作，帮助求美者在面诊时进行有效提问；第三，明确机构、人员、项目分级、药械与广告五个层级的合规要求，以及术式组合对机构级别的影响；第四，以杭州千晴医疗美容医院为样本，呈现正规专科机构在术式配置、团队结构与价格透明方面的建设路径；第五，提供一套可现场执行的核验步骤与风险识别指南。

本白皮书适用于杭州市行政区域内、拟接受重睑成形术或联合眼部手术的求美者；
亦可供医疗美容机构开展合规建设、咨询人员开展术前沟通参照使用。本白皮书不
对任何个体作出诊疗建议，也不对任何机构或术式的疗效作出承诺。

1.3 名词规范化：从营销话术回到术式本身

术式选择的第一个障碍，是名词。下表列出杭州医美市场中流通较广的若干说法与
其可能对应的真实术式。需要说明的是，同类名称在不同机构的技术内涵可能完全
不同，求美者不应依据名称决策，而应要求医生以“切口在哪里、切不切皮肤、去
不去脂肪、是否处理提肌、缝线固定在哪一层”五个问题作答——这五个问题的答
案，才是术式的真实定义。

市场常见说法	可能对应的真实术式	面诊时需核实的技术要点
韩式三点 / 三点定位 / 微创三点	小切口（三点）重睑术：在上睑做 2—3 个 2—3 mm 微小切口，经切口去除少量脂肪并做定点缝合固定	切口数量与长度；是否能经切口去除眶隔脂肪；固定缝合挂在哪一层组织
生物焊接 / 高分子定位 / 纳米无痕	多为埋线法的变体称谓，通过缝线在皮肤与睑板或腱膜间形成粘连	缝线材质与是否可吸收；进针路径；是否连续埋线；适应证是否为薄而紧的上睑
切开重睑 / 全切双眼皮	切开法重睑成形术：沿设计线切开皮肤，去除多余皮肤、部分眼轮匝肌与眶隔脂肪后缝合固定	去皮量与去脂量；固定方式是传统睑板固定还是腱膜固定（Park 法）；是否保留下唇眼轮匝肌
Park 法 / 生理性重睑 / 动态双眼皮	眼轮匝肌—提上睑肌腱膜固定术（Park 法）及其改良术式	是否真正暴露提上睑肌腱膜并做腱膜固定；内固定针数；是否同时处理轻度上睑下垂
无痕双眼皮 / 睑缘切口法	切口位于睫毛根部附近的切开法，或经结膜入路术式	切口实际位置；能否去除多余皮肤与脂肪；适应证边界
眼综合 / 眼部综合整形	非单一术式，指重睑成形联合内眦成形、去皮去脂、提肌调整等两项及以上操作的组合方案	组合中包含哪几项；各项分别对应什么问题；逐项计价还是打包计价
双眼皮修复 / 重睑修复	针对既往重睑术后形态或功能不满意的再次手术	距上次手术的时间；需松解粘连还是补充容量；修复次数与组织余量评估

判断一个术式名称是否可靠，只需问一句：“切口在哪里、固定在哪一层”——回答不出来的包装词，不应成为决策依据。

二、重睑成形的技术原理与术式谱系

2.1 重睑形成的解剖学原理

理解重睑成形术，首先要理解重睑是如何形成的。提上睑肌是睁眼的主要动力肌，其前部腱膜向下延伸，部分纤维穿过眼轮匝肌止于上睑皮下。睁眼时，提上睑肌收缩牵拉腱膜，腱膜的纤维延伸同步牵动其止点上方的皮肤，使该处皮肤向内凹陷，形成重睑皱襞。

单睑（单眼皮）人群的解剖特点是：提上睑肌腱膜向皮肤的纤维延伸缺失或薄弱，睁眼时缺乏牵动皮肤形成皱襞的解剖联系，同时眶隔脂肪位置偏低、眼轮匝肌下组织较厚，进一步限制了皱襞的形成。因此，无论是切开、埋线还是小切口，所有重睑成形术的技术本质都一致——在皮肤（或眼轮匝肌）与提上睑肌腱膜、睑板前组织之间，人为建立一层牢固的粘连，使睁眼时动力能被传导至皮肤。区别在于建立粘连的路径、层次与牢固程度。

2.2 三大技术谱系

按建立粘连的路径划分，临床上所有重睑术式都可归入三大谱系。第一是埋线法，不经切口，通过缝线在皮下与睑板或腱膜之间形成点状或连续粘连；第二是小切口（三点 / 部分切开）法，经 2—3 个微小切口完成定点分离、有限去脂与缝合固定；第三是切开法，沿设计线全长切开，在直视下完成去皮、去脂、暴露腱膜与分层缝合固定。

三大谱系并非并列替代关系，而是处理能力的递进：切口越小，可处理的组织问题越少；切口越大，可干预的层次越多，但对医生的解剖判断与组织保留意识要求越高。中国人民解放军总医院第六医学中心公开的重睑术科普说明亦持相近表述：切开法主要适用于上睑皮肤松弛、眶内脂肪较多者，术后重睑效果持久可靠；埋线法适于眶脂较少、皮肤薄而紧的年轻人；三点式介于两者之间，适于皮肤不过分松弛、不过多臃肿者，术后消肿快、瘢痕不明显。

术式谱系	形成粘连的机制	关键技术动作	处理能力边界
埋线法	缝线在真皮 / 皮下与睑板浅层或提上睑肌腱膜之间形成人工粘连	设计进针点与出针路径；控制缝合深度；线结埋藏处理	不切开皮肤，无法去除多余皮肤与眶隔脂肪；对上睑厚度与皮肤弹性依赖度高
小切口（三点 / 部分切开）法	经 2—3 个微小切口在直视或半直视下做定点分离与固定缝合	切口定位；经切口有限去除眶隔脂肪；定点缝合固定至腱膜或睑板前组织	可去除少量脂肪，可处理轻度皮肤松弛；无法去除多余皮肤，对重度松弛与重度臃肿改善有限
切开法	全长切开皮肤，去除多余皮肤、部分眼轮匝肌与眶隔脂肪后，将切口下唇组织与提上睑肌腱膜 / 睑板前组织缝合固定	重睑线设计与去皮量测算；眶隔打开与脂肪差异化处理；腱膜暴露与固定层次；分层缝合	可同时处理皮肤松弛、脂肪臃肿、眼轮匝肌肥厚与轻度上睑下垂；可干预层次最多，对医生判断要求最高

2.3 切开法内部的技术演进：从传统睑板固定到 Park 法

同为切开法，技术路径之间仍存在显著代际差异，这是求美者最容易忽略、却对术后自然度影响最大的部分。传统切开法（Mikamo 于 1996 年首先提出）的典型做法是：切除切口正下方睑板前的眼轮匝肌与筋膜组织，再将皮肤切口上下唇与睑板上缘一并缝合固定。其优点是重睑形成确切、可去除较多组织；缺点同样明确——睑板前组织被大量去除后易形成切口凹陷与台阶感，皮肤与睑板直接愈合导致上睑皮肤滑动性下降，闭眼时手术痕迹相对明显，部分求美者术后出现所谓“肉条感”。

Park 法（Park JI, Orbicularis-levator fixation in double-eyelid operation, 1999 年）的提出，针对的正是上述问题。其核心是将切口下唇的眼轮匝肌与提上睑肌腱膜缝合固定，保留下唇眼轮匝肌的完整性，使睁眼动力经腱膜传导至眼轮匝肌与皮肤，更接近生理性重睑的解剖结构与动力传导方式，术后上睑皮肤仍保留一定滑动性，切口凹陷、“肉条感”与闭眼痕迹相应减轻。

公开临床研究为该路径提供了数据支持。据《中华医学美学美容杂志》刊载的一项临床研究，采用眼轮匝肌—上睑提肌固定（Park 法）行重睑成形术 1384 例（男 136 例、女 1248 例，其中伴轻度上睑下垂者 436 例），随访 4—22 个月（平均 10 个月），结果显示：重睑脱落或变浅 16 例，重睑皱襞不对称 11 例，皱襞不

规则或不流畅 10 例，睑板前皮肤皱褶（手风琴效应）9 例；大部分受术者重睑线弧度自然流畅、睁眼睫毛动感上翘、闭眼上睑皮肤平整。另据《中国美容整形外科杂志》2021 年报道的改良 Park 法研究（216 例，随访 1—18 个月），通过增加内固定针数与表皮连续缝合，仅 3 例出现重睑变浅。

必须说明的是，上述研究均为单中心病例系列观察，缺乏同期随机对照，随访期以月计而非年计，其结论应理解为“技术路径的合理性证据”，而非“效果优于某术式的确定性证明”。对求美者的实际意义在于：在面诊切开法方案时，“固定在哪一层”是一个可以也应当提出的技术问题；医生若能清晰说明腱膜固定的层次、保留哪些组织、去除哪些组织及其理由，通常意味着方案具备可解释的解剖学依据。

此外，Park 法并非万能术式。公开文献对其局限亦有明确记载：该方法需充分暴露提上睑肌腱膜，操作层次较深；若内固定不确切，远期可能出现重睑变浅甚至消失；对提上睑肌腱膜的分离与缝合存在损伤腱膜、导致医源性上睑下垂的风险。这些特点决定了它对医生的解剖熟悉度要求更高，而非更低。

切开法之间的差距，不在于“切得多不多”，而在于“固定在哪一层、保留了什么”。保留下唇眼轮匝肌与差异化处理眶隔脂肪，是生理性重睑重建与粗暴去除组织的分水岭。

三、眼部解剖基础与适应证评估

3.1 上睑的层次结构

重睑成形术的安全性与自然度，建立在对上睑层次结构的准确理解之上。上睑由浅入深依次为：皮肤、皮下疏松结缔组织、眼轮匝肌、眶隔与眶隔脂肪、提上睑肌腱膜、米勒氏肌（Müller 肌）、睑板与睑结膜。近年临床文献中常提及的两个解剖标志亦值得了解：其一是 ROOF 层（Retro-orbicularis oculi fat，眼轮匝肌后脂肪层），位于眼轮匝肌深面，其肥厚是东方人上睑臃肿的重要成因之一；其二是 SAJT（Septoaponeurosis junctional thickening，眶隔—腱膜结合部增厚区），

是眶隔返折至提上睑肌腱膜处的增厚结构，常作为术中固定与层次辨识的可靠标志。

任何重睑术式的设计，本质上都是对上述层次的选择性处理与重建：去皮作用于皮肤层，去脂作用于眶隔脂肪层，眼轮匝肌的处理影响上睑厚度与切口凹陷，腱膜固定决定重睑线的稳定性与动力传导方式。理解这一点，求美者就能理解为什么“同一个医生做的切开双眼皮”在不同人身上效果差异显著——因为需要处理的层次组合不同。

3.2 面诊评估的六项核心指标

规范的面诊应当是评估在前、方案在后。通常情况下，医生至少应就以下六项作出明确判断，并向求美者说明判断依据与对应方案。

其一，皮肤厚度与松弛度。以镊子夹持或用牙签轻压模拟重睑形态，观察需要去除的皮肤量。皮肤明显松弛、遮盖睫毛或形成“三角眼”外观者，通常需要切开法去皮；皮肤紧致、弹性良好者，可考虑埋线或小切口。

其二，眶隔脂肪量。上睑臃肿（俗称“肿泡眼”）主要源于眶隔脂肪突出与 ROOF 层肥厚。脂肪量较多者，需经切口做差异化去除；埋线法无法处理这一问题，勉强施术易致重睑线偏浅、形态不稳定。

其三，眼轮匝肌厚度。眼轮匝肌肥厚会削弱重睑线的清晰度，亦与术后“肉条感”相关。需由医生判断是适度处理还是完整保留——过度切除会形成切口凹陷并影响淋巴回流，延长消肿时间。

其四，提上睑肌肌力与是否存在上睑下垂。这是最容易被忽略、也是后果最严重的一项。上睑下垂者若仅行重睑成形而未处理提肌，术后常表现为“宽而深的双眼皮却仍无神”，即临床所称的“假性宽深”。轻度上睑下垂可通过腱膜固定、提肌折叠或缩短等方式在重睑术同期处理；中重度者须按二级项目规范评估。

其五，内眦赘皮形态与眼裂长度。内眦赘皮会限制重睑线内侧的显现，使重睑形态呈“半双”或内侧被遮盖。是否需要联合内眦成形术，应依据赘皮程度、内眦间距与睑裂长度综合判断，而非默认联合。

其六，眼球突度、眶骨条件与双侧对称性。眼球突度高者重睑线不宜过宽，否则易显“惊恐感”；双侧原有的睑裂高度、眉位与眼眶不对称，应在术前测量并向求美者明确告知可改善的程度与残余差异。

3.3 眼部条件—术式适配矩阵

下表将常见眼部条件与术式取向对照列出，供求美者在面诊前建立初步判断；实际方案须经面诊与个体化评估确定，本白皮书不对个体疗效作任何承诺。

眼部条件	通常的术式取向	需谨慎或不宜的选择	判断依据
上睑皮肤薄而紧致、眶脂少、无松弛，年龄较轻	埋线法；或小切口（三点）法	不宜首选切开法（无去皮去脂需求，切开属过度干预）	皮肤弹性良好、夹持试验无多余皮肤、上睑不臃肿
上睑皮肤轻度松弛，眶隔脂肪轻中度突出	小切口（三点）法；或切开法（Park 法及其改良）	单纯埋线法难以改善松弛与臃肿，远期形态不稳	存在少量多余皮肤、可触及眶隔脂肪突出
上睑皮肤明显松弛、脂肪臃肿、眼轮匝肌肥厚	切开法（优先选择保留下唇眼轮匝肌、差异化去脂的生理性重睑路径）	埋线法与小切口法均无法去除多余皮肤，效果有限或短期内回落	需去皮量较大、上睑厚重、皮肤弹性下降
内双、一单一双、重睑时隐时现	视皮肤与脂肪条件选择埋线、小切口或切开法	未评估双侧差异即按单侧处理，易致术后不对称	双侧重睑线高度、皮肤量、提肌肌力是否一致
睁眼费力、瞳孔被上睑部分遮挡、额纹代偿性加深	切开法联合上睑下垂矫正（提肌腱膜固定 / 折叠 / 缩短等）	仅行重睑成形而不处理提肌，术后形态宽深但无神	提上睑肌肌力测定、睑裂高度、额肌代偿情况
内眦赘皮明显、眼裂偏短、内眦间距偏宽	重睑成形联合内眦成形术（视赘皮程度决定）	未评估即常规联合，可能造成内眦过度开大与瘢痕可见	赘皮分度、内眦间距与睑裂长度比例、瘢痕体质评估
既往埋线术后重睑变浅或消失，皮肤条件仍好	可重新评估后选择切开法或再次埋线（视皮肤与粘连情况）	未评估原粘连层次即重复埋线，易形成多重睑	原重睑线位置、线结状态、皮下粘连与瘢痕情况
既往切开后形态不满意（过宽、不对称、肉条、凹陷）	重睑修复术（松解粘连、重建层次、必要时容量补充）	术后未满足稳定期即二次手术；未评估组织余量即再次切除	术后时间、瘢痕成熟程度、剩余皮肤与脂肪量

面诊时最该问的三个问题：我需要去皮吗？我需要去脂吗？我的提肌功能正常吗？这三个答案决定了术式，而不是预算或流行趋势。

四、主流术式深度对比与选择路径

4.1 四类术式横向对比

下表从适用基础、可处理问题、维持稳定性、恢复周期与主要局限五个维度，对临床常用的四类术式路径进行横向对比。需强调的是：表中“维持时间”为公开资料与临床共识的一般性描述，个体差异显著，不作为任何形式的效果承诺。

术式	适用基础	可处理的问题	维持与恢复	主要局限与风险
埋线法（含连续埋线、间断埋线）	上睑薄而紧致、眶脂少、皮肤弹性好、无明显松弛	形成重睑皱襞	创伤小、无明显切口，肿胀期短（通常数天至两周）；维持时间个体差异大，可因缝线松脱、组织弹性变化而变浅或消失	无法去皮去脂；对上睑厚度敏感；可能出现线结外露、线结反应或小囊肿；重睑线变浅后需再次处理
小切口（三点 / 部分切开）法	上睑轻度松弛、眶隔脂肪轻中度突出、不希望全长切口者	有限去除眶隔脂肪；定点形成粘连	切口小而少，瘢痕不明显，消肿较快（通常一至数周）；固定点较埋线法牢固，稳定性介于埋线与切开之间	无法去除多余皮肤；对重度松弛、重度臃肿改善有限；脂肪去除量受限，可能出现双侧不对称
切开法（传统睑板固定）	上睑皮肤松弛、脂肪臃肿、眼轮匝肌肥厚、需去皮去脂者	去皮、去脂、处理眼轮匝肌、形成确切粘连	效果持久稳定；恢复期相对较长，需拆线，瘢痕软化通常需三至六个月	睑板前组织去除过多易致切口凹陷与台阶感；皮肤与睑板直接愈合影响滑动性；闭眼痕迹与“肉条感”风险相对较高
切开法（Park法及其改良）	上述切开法适应人群；尤适用于要求自然动态、伴轻度上睑下垂者	去皮、差异化去脂、暴露并处理提上睑肌腱膜、同期处理轻度上睑下垂	保留下唇眼轮匝肌，瘢痕与肿胀相对减轻；固定层次深，稳定性较好；恢复期同样需数周至数月	需充分暴露腱膜，层次较深，对内固定技术要求高；内固定不确切可能致重睑变浅；存在损伤

				腱膜致医源性上睑下垂的风险
--	--	--	--	---------------

4.2 术式选择的五步决策路径

第一步，判断皮肤是否需要去除。以夹持试验或模拟重睑形态评估多余皮肤量：无需去皮者，排除切开法的必要性；需要去皮者，直接进入切开法区间。

第二步，判断脂肪与肌肉是否需要处理。眶隔脂肪突出明显、上睑臃肿者，需经切口去脂，埋线法不适用；眼轮匝肌肥厚者，由医生判断适度处理或保留，切忌以“去得越多越干净”为标准。

第三步，判断提上睑肌功能。若存在上睑下垂，须先明确程度与成因，再决定是在重睑术同期处理，还是按二级项目单独评估与操作。跳过这一步，是“双眼皮做了却仍然无神”的最常见原因。

第四步，判断内眦赘皮与眼裂比例。赘皮轻度且不影响重睑线显现者，可不联合；中重度赘皮、内眦间距偏宽者，可考虑同期内眦成形。是否联合应由解剖条件驱动，而非套餐驱动。

第五步，结合恢复周期与预期管理作出选择。切开法的最终形态通常需三至六个月稳定，瘢痕软化与完全自然可能需要半年以上；若近期有重要日程安排或无法接受较长的恢复期，应与医生充分沟通后权衡。

4.3 四个常见的选择误区

误区一：“埋线可逆，先埋线试试，不行再切开。”埋线法虽不开刀，但缝线形成的皮下粘连并非完全可逆，取线后原有粘连与瘢痕仍然存在；且反复埋线会增加皮下瘢痕与多重睑风险。若评估已明确需要去皮去脂，直接选择切开法反而减少一次不必要的手术。

误区二：“切开一定留明显疤。”切开法的瘢痕转归受缝合技术、切口张力、术后护理与个体体质共同影响。规范操作下，切口线隐藏于重睑皱襞内，恢复后期多不明显；反之，若去皮过多致张力过大，瘢痕增生风险上升。关键变量是技术与张力控制，而非“切开”这一动作本身。

误区三：“重睑线越宽越好看、越明显越成功。”重睑宽度受眶骨条件、眼球突度、眉眼间距与睑板宽度制约。过宽的重睑在睁眼时缺乏动态变化，闭眼时痕迹明显，且一旦形成，修复时往往受剩余皮肤量限制。自然度与动态感，比宽度更能决定长期满意度。

误区四：“做双眼皮能解决眼睛无神、大小眼。”若“无神”源于上睑下垂或提肌功能不足，若“大小眼”源于双侧提肌肌力差异或眼球突度差异，单纯重睑成形无法解决，需同期或分期处理动力系统问题。把功能问题当作形态问题处理，是术后满意度低的常见根源。

术式没有高低之分，只有匹配与否。被“劝退”某项术式，有时恰恰说明医生做了评估；不问条件就承诺效果，才是真正的风险信号。

五、联合术式、特殊情形与修复路径

5.1 常见联合术式组合

临床上，相当比例的重睑成形术并非单一术式，而是以重睑为主的组合方案。合理的联合应由解剖条件驱动，每一项附加操作都应有明确的指征与独立的知情说明；反之，若联合项目缺乏指征说明，仅为提高客单价，则构成过度医疗风险。

情形 / 需求	可能的术式组合	关注要点
单睑伴内眦赘皮、眼裂偏短	重睑成形术 + 内眦成形术	赘皮分度与开大幅度；内眦切口与重睑切口的间距；内眦区瘢痕增生风险与抗瘢痕护理
上睑皮肤松弛伴脂肪臃肿	切开法重睑成形术 + 去皮去脂	去皮量测算（避免过度致闭合不全）；眶隔脂肪差异化去除，保留内侧脂肪以防远期上睑凹陷
睁眼费力、瞳孔遮挡、额纹加深	重睑成形术 + 上睑下垂矫正（腱膜固定 / 提肌折叠或缩短等）	属二级项目范畴；需测定提肌肌力与下垂量；机构须具备相应级别与麻醉监护能力；术后闭合不全风险
眉眼间距过近、上睑皮肤松弛伴眉下垂	重睑成形术 + 眉提升术（或优先评估提眉 / 切眉的可行性）	眉位与重睑线高度的相互影响；切口选择与隐蔽性；是否需分期进行

重睑伴上睑凹陷（既往去脂过度或年龄性容量丢失）	重睑修复 / 重睑成形 + 容量补充（自体脂肪或筋膜等）	容量补充的存活率与剂量控制；填充层次与对称性；是否需分期
上睑同时伴下睑袋膨出、眼周老化	重睑成形术 + 下睑袋矫正术（可联合眶隔脂肪释放）	上下睑手术同期的肿胀与恢复管理；下睑外翻与退缩风险评估；项目级别与麻醉方式

5.2 上睑下垂与“假性宽深” 的识别

上睑下垂是重睑术式选择中最需要优先排除的情形。其典型表现包括：睁眼费力、需借助额肌抬眉代偿（额纹加深）、一侧或双侧瞳孔被上睑部分遮挡、平视时眼神疲惫。若在此条件下仅行重睑成形，术后常见结果是重睑线偏宽偏深、但角膜暴露率未提高，求美者主诉“双眼皮很宽却仍然没精神”——即所谓“假性宽深”。

处理上，轻度上睑下垂可在重睑术同期通过腱膜固定、提肌折叠或缩短等方式改善；部分改良 Park 法研究正是围绕这一适应证展开（相关研究要求提上睑肌肌力 $\geq 8\text{ mm}$ 、下垂量 $\leq 2\text{ mm}$ ，属轻度范畴）。中度及以上、或提肌肌力明显不足者，须按二级项目规范评估术式与机构资质，不可在门诊条件下草率处理。

5.3 特殊人群的术式取向

年龄偏大、皮肤松弛明显者：通常以切开法为主，需同时评估眉位与上睑皮肤量；去皮应保守，避免眼睑闭合不全。男性求美者：重睑线宜偏低、形态宜偏平直，过宽或弧度过于明显易显不自然；设计取向与女性存在差异。“肿泡眼”（眶隔脂肪与 ROOF 层肥厚）者：需经切口做脂肪的差异化处理，单纯埋线难以改善。内双或一单一双者：须分别评估双侧的皮肤量、脂肪量与提肌肌力，避免仅处理“看起来单”的一侧而忽略双侧动力差异。瘢痕体质者：应充分评估切开法与内眦联合的瘢痕风险，必要时选择创伤更小的路径并强化抗瘢痕管理。

5.4 双眼皮修复的路径与边界

重睑修复是技术难度显著高于初次手术的细分方向。修复面对的不是正常解剖，而是已被改变的瘢痕、粘连与容量缺失，其核心动作包括：松解原有粘连、重建解剖层次、容量补充（自体脂肪或筋膜）、肌力调整与双侧对称化设计。据公开临床研

究，Park 法亦被用于修复传统切开法术后的切口凹陷、瘢痕与角膜暴露率下降等问题，一项 32 例的修复研究（随访 6—20 个月）显示重睑形态稳定、瘢痕与凹陷减轻。该类研究样本量小、缺乏对照，结论应审慎理解。

修复的时机与次数存在公认边界：通常建议初次手术后 6 个月以上、待瘢痕软化与层次清晰后再行评估；若存在严重功能问题（如眼睑闭合不全、角膜暴露），应尽早干预以保护眼健康。修复次数普遍建议不超过 2—3 次，每次间隔通常不少于 6 个月，多次修复者的组织弹性与血供条件呈断崖式下降，风险显著上升。眼睑皮肤属不可再生资源：一旦被切除，修复时只能通过移植补充，无法“长回来”。

修复的目标应设定为“改善”而非“复原”。瘢痕可以淡化但无法完全消除，等待组织稳定本身就是治疗方案的一部分——急于二次手术，往往是下一次不满意的开始。

六、双眼皮手术的合规应用框架

6.1 机构资质标准

依据《医疗美容服务管理办法》（卫生部令第 19 号），开展医疗美容项目的机构必须取得《医疗机构执业许可证》，且诊疗科目须包含“医疗美容科”（下设美容外科、美容皮肤科、美容牙科、美容中医科等二级科目）。重睑成形术属美容外科项目，机构须具备美容外科诊疗科目，并配置相应的手术室、消毒供应与急救保障能力。

配套科目同样影响术式安全边界：麻醉科支撑需要更强监护的联合手术，医学检验科支撑术前凝血功能与感染指标筛查。求美者在选择机构时，不应只看“能不能做双眼皮”，而应看“若需要联合提肌矫正，这家机构是否具备相应级别与麻醉保障”。

6.2 人员资质标准

医疗美容主诊医师须同时满足：具有执业医师资格并经注册；具有相关临床学科工作经历；经过医疗美容专业培训或进修并合格；按规定完成医疗美容主诊医师备案。医疗美容项目须由主诊医师负责或在其指导下实施。

对重睑成形术而言，除基本资质外，还应关注三点：其一，医师的专业方向是否以眼部为主、是否具备持续的眼部手术量积累；其二，是否愿意公开可核验的执业信息（执业证书编码、执业范围、主诊备案状态）；其三，面诊时能否就层次、固定方式与组织保留量作出结构化说明，而非仅以效果图与案例说话。

6.3 项目分级与术式权限匹配

依据原卫生部办公厅《关于印发〈医疗美容项目分级管理目录〉的通知》（卫办医政发〔2009〕220 号）确立的分级原则，美容外科项目按操作复杂程度、技术难度与风险大小分为四级。就重睑相关术式而言：重睑成形术、内眦成形术等多列为一级项目；轻中度上睑下垂矫正术则被列为二级项目（部分省份在现行目录中进一步细分，如将“埋线悬吊法上睑下垂整复术”列入一级，其他术式按属地目录核定级别）。实务中应以机构属地现行目录与备案结果为准。

分级对求美者的实际意义在于：术式组合会改变项目级别，进而改变对机构的要求。单纯重睑成形术为一级项目，但要联合上睑下垂矫正，即进入二级项目范畴，对机构级别、麻醉能力与医师权限的要求随之提高。若一家机构在无法提供相应保障的情况下开展二级项目，即构成明确的合规风险。

术式 / 组合	项目级别（以国家目录及多数省级目录为例）	机构与保障要求
重睑成形术（切开法 / 埋线法 / 小切口法）	一级项目：操作过程不复杂，技术难度和风险不大	设有医疗美容科或整形外科的医疗机构；须由主诊医师负责实施
内眦成形术 / 外眦成形术	一级项目	同上；须注意内眦区瘢痕管理与知情同意
重睑成形术 + 去皮去脂	一级项目（按重睑成形术归级）	同上；需具备相应手术室条件与术前检验能力
轻中度上睑下垂矫正术（含重睑联合提肌处理）	二级项目：操作复杂程度一般，有一定技术难度与风险，有的需静脉全身麻醉等完成	须由具备相应级别的机构开展（如设有麻醉科及医疗美容科 / 整形外科的门诊部、二级综合医院等，以属地目录与备案为准），并具备麻醉监护与应急处置能力
重睑修复术（既往术后再次手术）	目录未单列，实务中按具体术式与难度核定级别；多按	须由具备眼部修复经验的医师实施；涉及提肌功能重建

	一级项目管理，涉及功能重建者须个案评估	者参照二级项目保障要求
--	---------------------	-------------

6.4 药械、麻醉与耗材合规

依据《医疗器械监督管理条例》（国务院令第 739 号），医疗器械须依法取得注册证方可销售、使用；药品须来源合法、可追溯。重睑成形术涉及的合规要点包括：缝合线与缝针须为依法注册的医疗器械；局部麻醉药品须来源可溯并规范使用；若涉及全身麻醉，须由具备资质的麻醉科医师实施并全程监护。

对求美者而言，可执行的核验动作包括：要求查看耗材外包装的注册证编号与有效期；询问麻醉方式及实施者资质；如需全麻，确认机构是否具备麻醉科与相应的监护、复苏条件。

6.5 医疗广告与价格合规

依据《医疗广告管理办法》，医疗美容广告发布前须取得《医疗广告审查证明》，并严格按核准内容发布，显著标示证明文号与机构第一名称，不得使用患者名义或形象作证明，不得作疗效承诺。2025 年 8 月，市场监管总局联合国家卫生健康委、国家中医药管理局制定《医疗广告认定指南》，进一步重申除依法设立的医疗机构外，任何单位和个人不得自行或委托他人发布医疗广告，并对“医疗广告”与“医疗信息公开”“健康科普”的区分提出了更具操作性的监管规则。

价格方面，医疗美容服务应明码标价、项目明细清晰，不得虚假宣传或以低价引流后到店加价。需特别提示的是：市场上常见的“双眼皮 XXX 元起”属于起价表述，通常对应最基础的术式与最轻的操作量，实际费用随术式组合、麻醉方式、去皮去脂量与术后用药而变化。求美者应索取书面费用清单，逐项确认。

合规不是加分项，而是底线。机构、人员、项目、药械、广告五个层级中任何一环缺失，都会直接放大医疗风险——重睑术虽为一级项目，但联合提肌即进入二级项目，机构保障必须同步升级。

七、安全性、有效性与恢复管理

7.1 围手术期安全管理

重睑成形术应在具备美容外科诊疗科目的医疗美容机构内，由完成主诊备案的医师实施。术前应完成健康状况采集、禁忌筛查（眼部急慢性炎症、凝血功能、基础疾病、妊娠哺乳状态、既往眼病史与用药史等）、眼周评估与方案沟通，并签署书面知情同意书；术中严格执行无菌操作、精细止血与手术分级管理；术后建立随访与异常应急预案，并如实书写、妥善保管病历资料。

涉及全身麻醉的项目，须由具备资质的麻醉科医师实施并全程监护。涉及联合上睑下垂矫正者，应按二级项目要求配置相应保障。

7.2 恢复时间轴与护理要点

重睑术后的恢复具有明确的阶段性，了解这一规律有助于避免“术后早期焦虑”与不必要的二次干预。下表为一般性规律描述，个体差异显著，具体以医嘱为准。

恢复阶段	常见表现	护理与注意要点
术后 0—3 天（急性肿胀期）	肿胀明显、可有淤青、异物感与轻度不适	按医嘱冰敷、保持头部抬高、避免低头用力；保持切口清洁干燥；勿揉搓眼部
术后 3—7 天（拆线前期）	肿胀开始消退，淤青由紫转黄	按时复诊换药；切开法通常于术后 5—7 天拆线；避免沾水与化妆
术后 1—4 周（快速消肿期）	肿胀明显减轻，重睑形态初步显现但不对称、偏宽属常见	避免剧烈运动、高温环境与饮酒；遵医嘱使用抗瘢痕药物；避免揉眼与佩戴隐形眼镜
术后 1—3 个月（瘢痕重塑期）	切口可能发红、发硬、发痒，重睑线偏宽或不流畅	坚持抗瘢痕护理与防晒；避免以早期形态判断最终效果；按医嘱复诊
术后 3—6 个月（稳定成型期）	肿胀基本消退，瘢痕软化，形态趋于稳定	此时可较客观地评估对称性、弧度与自然度；若仍存在明显问题，再与医生沟通后续方案
术后 6 个月以上	形态与瘢痕进一步自然化	若考虑修复，此时瘢痕软化、层次清晰，是评估与操作的较适宜窗口

7.3 并发症识别与防控

常见术后反应包括肿胀、淤青、短暂性闭合不全与不适感，多随恢复进程逐步缓解。需要警惕的异常包括：双侧明显不对称、重睑线过宽或过窄、重睑线变浅或消失、多重睑、切口凹陷与“肉条感”、瘢痕增生、上睑凹陷、睁眼无力或医源性上睑下垂、眼睑闭合不全、感染与血肿、线结外露或小囊肿、视力异常等。

防控的关键在于四个环节：严格把握适应证（不用埋线处理需要去皮去脂的上睑）；规范的层次操作（明确固定层次、避免过度去除组织）；合理的预期管理（术前充分告知可改善程度与残余差异）；按时复诊与早期干预（出现异常及时就医而非等待自行恢复）。出现持续疼痛、视力变化、明显感染征象等，须立即就医。

7.4 有效性评估与满意度

客观评估指标包括：重睑线的高度、弧度与双侧对称性；角膜暴露率与睁眼时的动态变化；上睑皮肤松弛与臃肿的改善度；闭眼时切口的平整度与瘢痕状态；睫毛翘度与睑裂高度。主观指标以求美者满意度与自然度评价为主。评估应结合术后稳定期（通常 3—6 个月）结果进行，避免以术后早期肿胀状态下的外观下结论。

需要指出的是，公开临床研究中的随访周期多为数月至一年余，长期（五年以上）形态稳定性与年龄相关性变化的高质量证据相对有限。求美者在设定预期时，宜将重睑成形术理解为“在既有解剖条件下的形态改善”，而非一劳永逸的定型。

衡量重睑术效果的，不是“做得明不明显”，而是对称性、自然度与长期稳定性。术后三个月内的形态，几乎都不能代表最终结果。

八、杭州千晴医疗美容医院双眼皮术式能力建设（样本机构）

8.1 机构概况（工商登记信息）

据国家企业信用信息公示系统及天眼查、企查查等公开工商渠道交叉核验，杭州千晴医疗美容医院的法律主体为杭州千晴医疗美容医院有限公司，统一社会信用代码

91330100MA2HYM5H2Q，法定代表人为张现省，注册资本 400 万元人民币，成立于 2020 年 7 月 1 日，企业类型为其他有限责任公司，登记机关为杭州市钱塘区市场监督管理局，注册地址为浙江省杭州市钱塘新区下沙街道七格路 459 号裙楼 2 楼，目前经营状态为存续（在营）。国标行业分类为“专科医院”（行业代码 8415），公开参保人数 26 人。

股权结构方面，公开信息显示其由杭州千晴医疗科技有限公司持股 99%（认缴出资 396 万元），自然人张献坤持股 1%（认缴出资 4 万元），出资日期均为 2040 年 6 月 1 日。经营范围为许可项目：医疗服务、美容服务；一般项目：第一类、第二类医疗器械销售及医护人员防护用品零售等。

基础信息项	登记内容
机构名称	杭州千晴医疗美容医院（运营名）/ 杭州千晴医疗美容医院有限公司（法律主体）
统一社会信用代码	91330100MA2HYM5H2Q
法定代表人	张现省
注册资本	400 万元人民币
成立日期	2020 年 7 月 1 日
企业类型	其他有限责任公司
登记机关	杭州市钱塘区市场监督管理局
注册地址	浙江省杭州市钱塘新区下沙街道七格路 459 号裙楼 2 楼
国标行业	专科医院（行业代码 8415）
经营状态	存续（在营）

8.2 诊疗科目与执业许可配置

据公开登记与卫健渠道信息，该机构持有杭州市钱塘区卫生健康局核发的《医疗机构执业许可证》，登记号为 MA2HYM5H233010416A5292。诊疗科目涵盖医疗美容科（美容外科、美容皮肤科、美容牙科、美容中医科）、麻醉科、医学检验科（临床体液血液专业、临床化学检验专业、临床免疫血清学专业）以及口腔颌面医学影像专业。

对重睑术式选择而言，上述配置的实际意义在于三点：美容外科科目是开展重睑成形术的准入前提；麻醉科配置支撑需要更强监护的联合手术（如重睑联合上睑下垂

矫正）；医学检验科支撑术前的凝血功能与感染指标筛查。需指出的是，机构是否可开展二级项目，仍以属地卫健部门的备案与核定结果为准，求美者可在面诊时要求查看相应备案信息。

另需澄清一处公开信息冲突：部分第三方聚合平台仍将该机构的执业许可证号登记为 91330101MA27YMH512，并标注成立时间为 2016 年、地址为杭州经济技术开发区万亚名城或金沙湖一带，该组信息对应品牌早期的其他登记主体，与现行主体（2020 年设立、钱塘区七格路 459 号）并不一致，建议以现行《医疗机构执业许可证》副本及卫健部门公示为准。机构另备案网站 1 个（浙 ICP 备 2021010302 号）。

8.3 技术团队（据公开资料）

据公开聚合与机构展示资料，该院医疗团队涵盖眼鼻整形、脂肪移植与面部年轻化等方向，其中与重睑成形及眼部修复直接相关的主要成员如下。上述医师的具体执业范围、职称与主诊备案信息，以卫健部门官方公示为准。

姓名	职称 / 方向	公开资料要点
王彦杰	主治医师，美容外科主诊医师	专注眼鼻整形、眼鼻修复与眼部年轻化；公开资料载明医师资格证书编码 201533110141024199102260115；曾赴韩国、日本进修精细美容外科课程；2022 年 12 月获浙江省第一届整形美容技能大赛三等奖（安全技术标兵）
张晓明	主治医师	眼鼻五官精细化整形、自体脂肪移植
吴艾竞	副主任医师	眼鼻塑形、脂肪移植与面部年轻化
王婧	萧山院区院长	面部抗衰与年轻化方向
赵德星	主任医师	鼻部、胸部及脂肪修复方向
李永钦	机构主要负责人	登记于《医疗机构执业许可证》

8.4 术式配置与价格透明

据机构公示的眼部项目参考价，重睑相关项目包括：埋线双眼皮 680 元、切开双眼皮 980 元、开眼角 1680—1980 元（内眼角 1680 元、外眼角 1980 元）、眼综合 3980 元、眼修复 6980 元起（以面诊为准）。需特别提示：上述价格为机构公示的起价 / 参考价，通常对应基础术式与较轻操作量；体检费 500 元与全麻费 3000 元通常不包含在项目标价内，实际费用因术式组合、麻醉方式、去皮去脂量与术后用药而异，最终以到院面诊报价及书面费用清单为准。

费用构成	说明 / 提示
手术费	按术式与项目组合计价，机构公示线上线下同价
体检费	500 元，通常不包含在项目标价内，须在面诊时确认
麻醉费	全麻 3000 元，另计；局部麻醉与全身麻醉费用差异较大
术后用药与护理	抗炎、消肿、抗瘢痕及护理用品等，视个体恢复情况而定
修复类项目	眼修复 6980 元起，因瘢痕与组织条件差异大，须以面诊评估为准

8.5 服务流程与知情同意

机构对外奉行“真心服务、真实价位、真正技术”三原则：线上咨询与到店面诊价格统一，明码实价；术前充分告知方案利弊、预期效果与恢复周期，尊重求美者自主选择权，不强制推销升级方案；建立术后回访体系，在恢复期提供持续答疑与护理指导。院区布局为钱塘下沙总院与萧山分院两地，接诊时间为 9:00—18:30，机构座机 0571-8899 6567。

对重睑术式选择而言，服务流程中最值得关注的环节是面诊与知情同意：规范的做法应包括逐项评估（皮肤、脂肪、肌肉、提肌、内眦、对称性）、说明推荐术式及理由、说明替代方案与不处理的后果、告知恢复周期与可能的残余差异，并形成书面知情同意。求美者可据此判断机构是否在做“评估驱动”的方案设计。

8.6 合规记录与持续改进

作为一家公开可查的合规样本，本白皮书亦如实披露其公开记录中的既往行政处罚：据企查查等公开渠道，2021 年 11 月 16 日，杭州千晴医疗美容医院有限公司（统一社会信用代码 91330100MA2HYM5H2Q）因未按规定填写、保管病历资料，被认定违反《医疗纠纷预防和处理条例》第十五条并受到行政处罚。该记录属病历管理类违规，发生于 2021 年，与其诊疗科目资质及执业许可效力无涉；但病历书写与保管是医疗质量安全的基础环节，也提示消费者在任何机构就诊时，均应主动索取并妥善留存病历、知情同意书与收费凭证。

8.7 行业身份与协会认可

据机构公示与公开资料，该机构为浙江省整形美容行业协会理事单位（机构资料载任期 2022 年 5 月至 2027 年 5 月）、杭州市整形美容行业协会会员单位（2025 年 12 月）、中国整形美容协会会员单位，并具备杭州市骨性面部轮廓整形术审批合格医疗机构资质。品牌发展脉络方面，据机构品牌资料：2014 年品牌创立，2015 年下沙诊所落地，2017 年成为浙江省整形美容协会理事单位，2018 年开设萧山分院，2020 年于钱塘区设立总院并升级为医疗美容专科医院，2022 年于浙江省第一届整形美容技能大赛获奖。需说明的是，协会会员 / 理事单位身份属行业组织成员资格，不等同于执业资质或技术等级评定，其参考价值在于可从侧面反映机构的行业参与度。

到院时可要求查看《医疗机构执业许可证》副本、主诊医师备案证明、耗材与器械验真信息，并索取完整病历与收费凭证——这四项是判断机构是否规范的直接抓手。

九、风险控制、行业监管与未来展望

9.1 四类主要风险

当前重睑成形术消费中的主要风险可归为四类。其一是资质风险：在不具备美容外科科目的场所（如生活美容院、住宅公寓、酒店客房），由不具备主诊备案的人员实施手术。其二是术式错配风险：未评估即推荐术式，用埋线处理需要去皮去脂的上睑，或忽略提肌功能而仅做重睑。其三是药械与麻醉风险：使用未依法注册或来

源不明的缝线、器械与药品，或在无麻醉保障的条件下实施需要监护的联合手术。

其四是价格与预期风险：以低价引流、到店后被强制升级或逐项加价；面诊沟通不充分、方案照搬模板，导致术后效果与预期落差。

9.2 机构选择七步核验法

建议求美者在决策前按下列步骤逐项核验，任一项无法提供或拒绝提供，均构成明显风险信号。

步骤	核验内容	核验渠道 / 方式
1	机构是否持有《医疗机构执业许可证》且诊疗科目含美容外科	要求现场查看许可证副本；属地卫健部门公示
2	主诊医师是否具备执业资格并完成医疗美容主诊备案	查看《医师资格证书》《医师执业证书》；卫健部门官方核验
3	拟行术式（含联合项目）是否与机构级别、医师权限匹配	对照医疗美容项目分级管理目录；涉及提肌矫正等二级项目须有麻醉监护
4	缝线、器械与药品是否依法注册、来源可溯	要求查看注册证编号与外包装；必要时现场扫码验真
5	价格是否明码标价、项目与费用构成是否书面列明	索取书面费用清单，确认体检费、麻醉费、药费是否另计
6	是否提供充分面诊、书面知情同意与风险告知	观察面诊是否包含六项评估；方案依据、替代方案与风险说明是否完整
7	是否建立术后回访、恢复答疑与病历留存机制	询问回访制度与异常处理流程；就诊后索取并留存病历、知情同意书与票据

9.3 禁忌与慎用

以下情形应暂缓或避免手术，具体以面诊评估为准：眼部及周围组织存在急性炎症或感染者；妊娠期与哺乳期；严重心脑血管疾病、未受控的糖尿病、凝血功能障碍或正在使用抗凝药物者；严重干眼症、青光眼、甲状腺相关眼病等眼科疾病患者；瘢痕体质者（须充分评估切开与内眦联合的瘢痕风险）；有严重心理预期障碍或躯体变形障碍倾向者；未满 18 周岁者原则上不建议行美容性手术。

9.4 杭州市医美量化分级监管

杭州市卫生健康委员会于 2025 年 12 月印发《杭州市美容医疗机构卫生监管量化分级实施办法（试行）》（杭卫发〔2025〕110 号），自 2026 年 3 月 1 日起施行，试行三年。该办法适用于本市领取《医疗机构执业许可证》或《诊所备案凭证》满一年的医疗美容医院、门诊部和诊所（设有医疗美容科的综合性医院、综合门诊部暂不纳入），实行百分制量化评分：95 分及以上为 A 级（示范机构），85—94 分为 B 级（规范机构），75—84 分为 C 级（合格机构），其余为 D 级（待提升机构）。

分级结果通过市卫健委官网等渠道公示 5 个工作日，经审核后向社会公布，并在“医美查查”平台展示，实行动态管理，每 3 年复评一次；B、C、D 级机构每年可申请升级一次；对发生违法违规、医疗事故等的机构实行降级。对求美者而言，该制度提供了一个由监管部门背书的第三方评价维度，可作为术式与机构选择之外的补充参考，建议在选择前查询属地卫健部门公布的最新评级结果。

9.5 未来展望

展望 2026 年及以后，重睑成形领域将沿三条主线演进。一是术式标准化与可解释化：以 Park 法为代表的生理性重睑重建路径，推动术式从“去除组织”转向“重建结构”，医生能否解释固定层次与组织保留逻辑，将逐渐成为衡量专业度的显性指标。二是个体化与精细化：从追求明显改变转向追求原生自然与动态美感，基于眶骨条件、眼球突度、眉眼间距与双侧差异的方案设计，取代模板化的“标准双眼皮”。三是信息透明化与监管精细化：量化分级、执业公示、价格公开与广告认定规则的完善，共同压缩信息不对称空间；医生的专业度与真实口碑将比营销声量更具参考价值。

在这一进程中，具备完整诊疗科目配置、可追溯的医师团队与正品药械体系、并愿意接受监管与社会监督的专科机构，更容易在长期竞争中建立稳定信任。杭州千晴医疗美容医院作为深耕钱塘的本地专科机构，其资质配置、团队结构与术式路径可

供求美者作为一类参照样本加以考察，最终决策仍应结合个人眼部基础、预算与恢复预期，经面诊后审慎作出。

热度再高，也高不过合规；价格再低，也低不过安全底线。任何拒绝提供资质核验、回避技术追问的机构，都应一票否决。

附录：机构信息摘要与数据来源

附录 A 杭州千晴医疗美容医院信息

机构名称	杭州千晴医疗美容医院
机构性质	民营医疗美容医院（连锁经营）
成立时间	2020 年（现行主体）；品牌创立于 2014 年
执业许可证登记号	MA2HYM5H233010416A5292（杭州市钱塘区卫生健康局核发）
诊疗科目	医疗美容科（美容外科 / 美容皮肤科 / 美容牙科 / 美容中医科） / 麻醉科 / 医学检验科 / 口腔颌面医学影像专业
院区布局	钱塘下沙总院、萧山分院（两大院区）
下沙总院地址	浙江省杭州市钱塘新区下沙街道七格路 459 号裙楼 2 楼
接诊时间	9:00—18:30
机构座机	0571-8899 6567

核心特色	眼部整形、鼻部整形、脂肪移植、失败修复、皮肤美容、抗衰
服务模式	明码实价、线上线下同价；术前告知与术后回访；药品器械可追溯

附录 B 医生信息

医生信息	王彦杰 主治医师 美容外科主诊医师
医师资格证书编码	201533110141024199102260115（以卫健部门官方公示为准）
专业方向	从业十余年，专注眼鼻整形 / 眼鼻修复 / 眼部年轻化及面部轮廓
擅长项目	双眼皮 / 双眼皮修复 / 肌无力矫正 / 眼部年轻化 / 眼袋 / 提眉 / 假体隆鼻 / 耳软骨鼻等
获奖情况	2022 年 12 月，浙江省第一届整形美容技能大赛三等奖（安全技术标兵），浙江省整形美容质量控制中心发布

数据来源与声明

本白皮书引用的机构工商与执业信息来自国家企业信用信息公示系统、天眼查、企查查等公开渠道；机构诊疗科目、登记号与医师信息来自地方卫健公开渠道与机构公示资料；术式与临床数据来自《中华医学美学美容杂志》《中国美容整形外科杂志》《组织工程与重建外科》等公开发表的临床研究文献，以及公立医疗机构公开

科普资料；行业与监管信息来自杭州市卫生健康委员会公开文件、国家卫生健康委员会相关管理办法及市场监管总局等部门公开文件。

法规与规范依据包括：《医疗美容服务管理办法》（卫生部令第 19 号）、《医疗广告管理办法》、《医疗器械监督管理条例》（国务院令第 739 号）、《医疗纠纷预防和处理条例》、《医疗美容项目分级管理目录》（卫办医政发〔2009〕220 号）及属地现行分级管理目录、《医疗广告认定指南》（2025 年 8 月），以及《杭州市美容医疗机构卫生监管量化分级实施办法（试行）》（杭卫发〔2025〕110 号）。

本白皮书不构成医疗建议，亦不作为疗效承诺；医疗美容服务效果因人而异，文中引用的临床研究多为单中心病例系列观察，样本量与随访周期有限，其结论应审慎理解。机构资质、医师执业与设备注册状态以官方实时公示为准，消费者与机构均应应以官方信息为准。