

Individualised Design and Risk Control of Asian Double-Eyelid Blepharoplasty

Ting Li^a

^a Li Ting Medical Beauty Clinic, China

Received 24 February 2026, Revised 17 March 2026, Accepted 22 April 2026

Abstract

Purpose – The purpose of this paper is to construct a customised design system for Asian double-eyelid blepharoplasty that integrates anatomical safety, aesthetic stability and patient-specific surgical planning.

Design/Methodology/Approach – Based on current anatomical research, published clinical experience and representative case-based observations in Asian blepharoplasty, this paper reviews the key anatomical variables affecting crease formation and surgical outcomes. Non-incisional, partial-incisional, full-incisional and combined techniques are compared in terms of indication selection, preoperative assessment, crease marking, intraoperative control and revision strategy. Particular attention is given to eyelid skin thickness, pretarsal soft tissue, orbital fat, levator function, tarsal height, epicanthal fold, brow position, ocular-surface condition and patient expectations.

Findings – This paper studies the mechanism by which a stable and natural double eyelid is achieved. The findings suggest that surgical success does not depend on a fixed crease height alone, but on the coordinated balance of eyelid anatomy, dynamic eyelid movement and realistic aesthetic design. A conservative and repeatable design process, including sitting-position marking, dynamic evaluation, careful fixation and staged communication, may reduce asymmetry, excessively high folds, crease loss, visible scarring, prolonged swelling, dry-eye symptoms and unrecognised ptosis.

Research Implications – In the management of primary and revision blepharoplasty, this paper provides a practical roadmap for standardising clinical records, improving preoperative communication and enhancing surgical safety in plastic-surgery clinics, without relying on artificial or fabricated clinical samples.

Keywords: Asian Blepharoplasty, Double Eyelid, Surgical Design, Levator Aponeurosis, Complications

JEL Classifications: I1,I18,C5

^a First Author, E-mail: 513821863@qq.com

© 2023 The NLBA Eurasian Institute Limited. All rights reserved.

I. 引言

重睑术属于东亚人群最常做的美容整形手术。它看起来只是形成一条上睑皱襞，实际上牵涉到皮肤、眼轮匝肌、眶隔、睑板、提上睑肌腱膜、眶脂肪、眉眼距离、内眦赘皮和眼表舒适度等许多层次。将手术简化为“做几毫米宽”，忽略动态睁闭眼及个体解剖差异，就会造成过宽、过深、不对称、闭眼痕迹明显或者“手术感”过强等结果。

与西方上睑成形术中经常去除松弛的皮肤和脂肪不同的是，年轻亚洲患者接受重睑术的主要目的就是建立一个自然、稳定的、与面部比例协调的上睑皱襞。自然感并不是皱襞越窄越好，也不是固定越牢越好，而是睁眼时形成柔和的折叠、闭眼时切口平整、双侧在静态与动态状态下基本协调，不破坏眼表的舒适感和提肌的功能。

亚洲上睑解剖和皱襞形成机制一直被当作这个手术的基本问题。以往的研究显示，亚洲上睑的眶隔及提肌腱膜融合处位置低、眶脂肪及眼轮匝肌前组织较丰满、睑板前软组织较厚、内眦赘皮较明显等都是影响重睑线高度、深浅、稳定性的因素。因此，直接套用固定的高度或者欧美化的审美标准并不符合大多数东亚患者的解剖基础。

重睑术后不满意的情况并不罕见。并发症可涉及血肿、感染、干眼、瘢痕、重睑线消失、过宽重睑、双侧不对称、上睑下垂暴露、三眼皮、凹陷、毛毛虫样外观以及修复困难等 (Young and Kim, 2020; 宋英杰, 刘立强, 2020) 很多问题不是单个技术出错造成的，是术前评估、审美交流、标记、固定层次、术后管理共同作用所导致的。

本文使用叙事综述法和临床决策路径分析法，不虚构病例和统计数据，把解剖文献、并发症综述和整形外科门诊流程结合起来，提出亚洲重睑术的个体化设计框架。

II. 解剖基础与审美目标

1. 重睑线的动态形成机制

自然重睑并不是皮肤表面被切出的一条静态线，是睁眼时提肌系统牵拉前层组织而形成的动态折叠。上睑皮肤和深层结构之间连接的位置、强度、方向决定皱襞是否自然。如果固定得太浅，皱襞就会不稳定；如果固定得太深或者太高，闭眼的时候会出现凹陷和瘢痕感，睁眼的时候会出现僵硬、深陷或者毛毛虫样的外观。

睑板高度为设计重睑线的参考。重睑线过低不会很明显，过高会超出患者解剖条件所允许的自然折叠范围。对眉眼距离短、眼窝浅、上睑厚、内眦赘皮明显者，机械上高平行型重睑是不自然的。Chen (2015) 把视觉判断、生理功能和美学因素一起加入亚洲重睑术的评价当中，说明设计不能只看一张照片。

眼轮匝肌、眶隔脂肪、睑板前组织厚度都会影响到皱襞的深浅以及恢复的速度。厚重上睑如果去除量过少，单纯埋线就会变浅或者消失；但是过度去除脂肪和肌肉，就会造成凹陷、闭眼不平、老态。理想状态就是保留必要的软组织体积，建立足够的但不过度的动态连接。

内眦赘皮会改变重睑内侧走向。明显内眦赘皮会造成内侧皱襞的遮挡，出现平行型高重睑感觉突兀或者断裂的情况。对这些患者来说，应该决定是否要联合内眦成形，或者选择更为自然的开扇型或者低位设计。联合手术必须有明确的适应证，不能把“眼睛更大”简单地理解为所有项目的叠加。

2. 审美目标从“宽度”转向“协调度”

患者常用毫米数来表达自己的愿望，如希望做 7 毫米或者 8 毫米，但是重睑最终的观感并不是由一个数字来决定的。如表 1 所示，同样高度在薄皮、眼窝深、眉眼距合适的患者身上自然，而厚眼皮、眉眼距短或提肌力量不足的患者身上去掉后就变得宽、肿、疲倦。医生应该把沟通的重点从“想要多宽”转变为“什么样的形态适合现有的条件”。

协调度指上睑皱襞同眉、眼裂、内眦、外眦、面中部以及整体气质的联系。自然型重睑并不是保守的，关键在于皱襞在睁眼的时候不显得过于突出，在闭眼的时候没有明显的凹陷，化妆和素颜状态下都可以接受。对职业需要经常上镜或者社交的病人来说，设计还要考虑恢复期、闭眼痕迹以及长期稳定性。

审美目标还要同年龄、皮肤状况相匹配。年轻患者更加重视自然、清爽，中年患者会出现皮肤松弛、眉下垂、眶隔脂肪改变等，修复患者的注意力放在削减不自然的痕迹、恢复对称上。不同的群体使用同一个设计模板，就会出现过度医疗或者效果不佳的情况。

表 1：亚洲重睑成形设计的关键解剖学与美学参数

评估项目	观察重点	对设计的影响	记录方式
皮肤厚度与松弛	薄皮、厚皮、冗余量、弹性	决定是否适合埋线、部分切开或全切	坐位照片、轻闭眼和上视状态记录
睑板与提肌功能	睑缘位置、睁眼力量、额肌代偿	影响固定高度和是否需联合提肌处理	测量睑裂、MRD1 和动态睁眼
眶脂肪和眼轮匝肌	臃肿、凹陷、左右差异	影响去脂、保留组织和恢复期	触诊、照片、必要时影像辅助
内眦赘皮与眉眼距	内侧遮挡、眉位、眉下垂	决定开扇型、平行型或联合内眦 / 眉部处理	正位、侧位和模拟标记
患者期望	照片偏好、妆容习惯、接受恢复期	影响沟通和方案保守程度	书面知情同意和目标形态记录

III. 术前评估与沟通

1. 动态检查优先于静态照片判断

重睑术术前评估不能只看患者睁眼正面照片。医生要观察自然平视、轻闭眼、用力睁眼、向上看、向下看、放松状态下上睑的运动。部分病人有额肌代偿的习惯，平时抬眉睁眼，真正放松时才会出现轻度的上睑下垂或者双侧睁眼力量的差别。如果没有在术前发现，则术后重睑线的下垂会更严重。

左右基础不对称要提前做好记录。大多数人的眉高、眼裂、睑板暴露、内眦形态、皮肤厚度并不完全相同。术后病人会比术前更加注意细节，如果医生没有术前记录，轻微的基础差异也会被当作手术造成的。坐位标记时需要患者看镜子确认并拍照保存标记线。

眼表状态也要考虑进去。干眼、长时间佩戴隐形眼镜、过敏性结膜炎、甲状腺相关眼病或者以往的眼科手术史都会影响到术后舒适度。上睑手术如果切除过多皮肤或者造成闭合不全，会加重干涩、异物感。必要时先处理眼表问题或者请眼科协作检查。

对于修复患者，既往切口位置、瘢痕粘连、皮肤剩余量、脂肪缺失、凹陷程度、重睑线层次、提肌功能都会影响。修复不是简单的“重新做一遍”，而是建立在受损组织基础上，形成相对自然的动态关系。短期内反复修整会形成新的瘢痕、组织缺损。

2. 期望管理与知情同意

美容手术中知情同意不能只是列举出血、感染、麻醉风险等通用条款。重睑术应该向患者详细说明双侧略有差异、宽度、预想的不完全相同、闭眼痕迹、肿胀时间、重睑线变浅、瘢痕增生、上睑凹陷、眼干燥症状、暴露性不适、可能需要修复等可能会出现的问题。把内容写入病历可以降低术后期望差。

患者所提供医生的网红照片、明星照片或者滤镜照片只能作为偏好的参考，不能作为手术承诺。照片中眼窝、眉骨、化妆、光线、后期处理等与患者本人不同。医生应该清楚哪些特征可以接近，哪些不适合复制。对于强烈要求过宽、过深或者欧美化外观的病人，应该向病人说明不自然、修复困难的风险。

术前沟通应该有“建议做”和“不建议做”。许多医患矛盾并不是由于手术不能满足所有的需要而产生的，而是术前没有告知限制条件造成的。上睑厚重、提肌力量差的患者，单纯做高重睑不能使眼睛有神；眉眼距短、过高平行型会压缩上睑空间；患者以往有明显的瘢痕，切开范围越大，闭眼痕迹的风险就越高。

IV. 术式选择：非切开、部分切开、全切与联合方案

如表 2 所示，非切开法或者埋线法适用于年轻、皮肤薄、脂肪少、无明显松弛、无上睑下垂、未来可能会变浅的患者。优点是创伤小、恢复快、闭眼痕迹轻，但是稳定性依靠缝线固定和组织粘连。上睑厚、眼轮匝肌肥厚、眶脂肪多、皮肤多余者，强行埋线易致皱襞浅、断线、消失、多重褶。部分

切开法在微创和稳定之间寻找一个平衡点。小切口可以处理少量的脂肪或者软组织，通过有限的暴露来建立比较稳定的连接，适合于轻中度臃肿但是不需要大量去皮者。近期文献中多种小切口或改良固定技术均强调减少创伤、保留组织和模拟自然动态连接(马显杰,艾玉峰,夏炜,鲁开化,郭树忠,韩岩,张琳西,杨力,2002;[黄瑛,吴小蔚,邓海峰等 2026])。但是部分切开暴露少,对于明显的松弛、复杂的修复及提肌等问题处理能力差。全切法仍然被用作处理皮肤多余、厚重上睑、修复病例、合并功能问题等重要手术方式。它的优势是暴露充分、可调整结构多、稳定性好;限制是恢复期长、闭眼瘢痕和不自然的更大风险。全切并不是指大面积切除,真正关键的是保守去组织、准确固定、精细缝合。联合术式为内眦成形术+上睑下垂矫正术+眉下切口+眶隔脂肪调整术或凹陷填充术。联合处理能解决影响重睑形态的基本问题,但是也会加大创伤、恢复期和沟通成本。每个项目增加一项时,必须有明确的适应证。如果只为了满足“更大更深”的审美需求而过分叠加,就会造成生硬的外观以及修复困难。

表 2: 亚洲重睑成形术术式选择矩阵

术式	适合条件	主要优势	主要限制
非切开法	年轻、薄皮、脂肪少、无明显松弛和下垂、接受可能变浅者	创伤小、恢复快、闭眼痕迹轻	厚眼皮或皮肤松弛者复发风险高
部分切开法	轻中度脂肪或组织厚度,需要有限处理但不需大范围切除者	兼顾恢复速度和组织处理,瘢痕相对隐蔽	暴露有限,对复杂修复和明显松弛处理不足
全切法	皮肤冗余、脂肪较多、眼睑厚重、修复病例或需联合提肌处理者	暴露充分,结构调整能力强,稳定性较高	恢复期较长,闭眼瘢痕和不自然风险需控制
联合术式	合并内眦赘皮、轻中度上睑下垂、眉下垂或明显不对称者	可处理影响重睑形态的基础问题	手术复杂度和沟通成本增加,应避免过度叠加

亚洲重睑术个体化决策路径

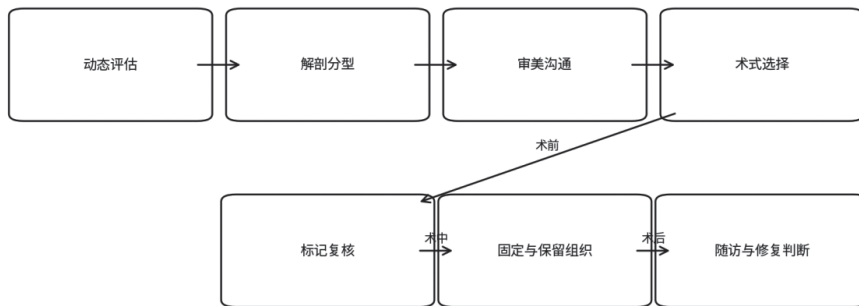


图 1. 基于解剖学的亚洲重睑成形术决策路径

数据来源: 本图由作者整理绘制, 结合 Nguyen 与 Hsu (2015), Kiranantawat 等人 (2015), Young 与 Kim (2020), Liu 与 Song (2022) 的研究成果, 并经路径分析总结得出。

V. 关键技术控制

1. 坐位标记与动态复核

标记应在坐位、自然光或者稳定的光源下进行，不能完全依靠卧位。卧位时眉位、皮肤垂坠、眼轮匝肌张力及局麻前状态都会改变。标记时要参照瞳孔中心、内外眦、睑缘、眉下缘和原有浅皱襞，反复观察睁眼、闭眼、轻闭眼状态。左右眼基础不同、标记不一定机械对称，但是追求视觉平衡。重睑线高度要以患者解剖条件为界。对薄皮、眼窝适中、眉眼距好的人，可以设计成中等高度；对厚眼皮、眉眼距短、内眦赘皮明显的，应该保守。过高重睑术后早期由于肿胀而变得更宽，在后期即使消肿也会形成长时期不自然的外形。

术前模拟可以提高沟通效果，但是不能保证最终完全一致。牙签、探针或者模拟器形成的皱襞没有术后组织愈合、肿胀和瘢痕的因素，只能用作方向的参照。医生要告诫病人，最终的形态会经历肿胀期、软化期和稳定期，短时间内左右差异并不一定代表最后的结果。

2. 组织保留与固定层次

现代重睑术越来越重视保留组织。过度切除皮肤、眼轮匝肌和脂肪，短期内可以显得清爽，但是长期会形成凹陷、老态、闭眼不平 and 修复材料不足。保守去组织并不是处理的缺失，而是把建立动态联系、改善臃肿作为限度，防止为了求得深刻而牺牲自然体积。

固定层次要根据术式、组织情况来定。过浅固定容易变浅或者消失，过深固定会造成切口凹陷和僵硬。理想固定应该使睁眼时皱襞自然形成，闭眼时皮肤过渡平整。对提肌力量边缘或者轻度下垂的患者，单纯固定不能改善无神感，应该评价是否需要进行功能性的处理。

局麻肿胀会干扰术中判断。双侧注射量、等待时间、肿胀情况尽量保持一致，术中反复告知患者睁眼配合看皱襞走向、深浅和双侧是否平衡。术中即刻形态不能完全反映术后稳定的形态，医生要结合组织的张力和固定的层次来判断。

精细缝合对闭眼痕很关键。切口边缘要准确对合，不能有台阶、卷边和过大的张力。皮下无效腔和出血点处理要彻底，但是电凝不能过于粗暴。术后早期冷敷、抬高头部、减少剧烈运动、预防眼部受刺激等均有利于减轻肿胀、消炎。

3. 常见不满意结果与预防

如表 3 所示，常见不良术后效果及预防措施。双侧不对称是经常出现的一种不满意原因。可以来自术前基础不对称、标记错误、局麻肿胀、固定张力不一样、术后肿胀有差别、恢复期瘢痕牵拉等。预防上应于坐位反复标定，记载基本差异，手术时动态睁眼观察，术后经充分消肿之后才做决定是否要进行修复。过早修复会把暂时的肿胀当作结构问题。过高重睑会造成不自然、修复困难。亚洲上睑不能机械套用高皱襞的标准，在眉眼距离短、眼窝浅、上睑厚、内眦赘皮明显的人群中，高线更易显得僵硬。修复时常要松解已有的固定，重新设计低皱襞，有时还要处理皮肤量少、瘢痕粘连、凹陷

等问题。重睑线变浅或者消失，多与固定不够、组织过厚、缝线松脱、埋线吸收或者术后牵拉有关。非切开法失败时，根据组织情况选择再埋线、小切口或者全切修复；切开法失败时要判断是否固定层次不够、瘢痕粘连或者提肌功能有问题。闭眼瘢痕明显、凹陷性皱襞、毛毛虫样外观多与切口设计过高、皮肤切除不当、眼轮匝肌或者脂肪过度去除、固定过紧、缝合不平整有关。预防措施有精细切开、保留必要的软组织、减少热损伤、正确对合皮缘、术后早期处理瘢痕。干眼、异物感很容易被忽略。有些患者术前就存在泪膜不稳定的情况，在术后由于肿胀、闭合不全、结膜刺激或者用眼习惯的改变等都会加重泪膜不稳定。对长期佩戴隐形眼镜、眼干、眼痒或者有眼科病史的患者，在手术前应该进行详细的询问，并且在必要时进行眼部的检查。术中不能过多地切除皮肤，术后注意眼表的保护。

表 3：常见不良术后效果及预防措施

问题	常见原因	预防重点	修复判断
双侧不对称	基础不对称、标记误差、肿胀差异、固定张力不同	坐位标记、动态复核、记录基础差异	待组织软化和肿胀稳定后判断
重睑过宽	设计过高、忽视眉眼距和上睑厚度	采用保守高度，术前模拟并说明限制	修复需松解高位固定并重建低位皱襞
重睑线变浅	固定不足、组织厚重、缝线松脱或吸收	按组织条件选择术式，避免不适合者强行埋线	根据组织条件选择再次埋线、小切口或全切
闭眼瘢痕明显	切口张力、去组织过多、炎症或瘢痕体质	精细缝合、减少热损伤、术后防晒和瘢痕管理	瘢痕成熟后再决定激光、注射或修复
干眼不适	术前泪膜问题未识别、闭合不全、切除过多	术前询问眼表，避免过度切除，必要时眼科协作	先处理眼表，再评估结构修复

4. 修复病例的评估与手术边界

修复重睑术比初次手术更多地依靠克制。患者所出现的问题可能是过宽、过窄、消失、不对称、瘢痕、凹陷、三眼皮、提肌无力或者眼表不适，但是这些问题是由于组织缺损、粘连和心理预期受损造成的。如果没有对患者进行充分的评估就急于再做手术，会造成更复杂的瘢痕、更少的修复余地。

修复时间要根据问题的性质来定。轻微的不对称和肿胀可以待到以后再做；明显的血肿、感染、严重闭合不全或者功能障碍必须立即处理。大多数形态修复应该在组织软化、瘢痕稳定之后再行。医生应该向病人说明，等待不是拖延，是为防止误诊和二次伤害。

修复设计首先要找出失败的原因。如果过高固定，就需要松解原粘连并重新建立较低皱襞；如果

皮肤量不足，需要评估是否有足够的组织覆盖；如果脂肪去除过多造成凹陷，单纯重新固定不能解决；如果提肌功能有问题，必须将功能矫正纳入方案。

复杂修复中影像辅助也有它的作用。动态高分辨率 MRI 可以显示上睑软组织和功能的变化，在复杂的或者修复的病例中有利于个体化的计划以及客观的评价。但是目前它的应用还存在成本、标准化程度低、样本量小等缺陷，不能作为普通初次手术的常规要求。

5. 术后管理与患者满意度

术后恢复要分阶段讲。早期肿胀、淤青、左右消肿不一、切口发红等现象也时有发生，患者如果不知道恢复曲线，很容易在术后几天或者几周内产生焦虑情绪。医生应该告知大概的恢复过程，早期主要是消肿、创面安全，中期观察瘢痕、皱襞的稳定性，后期再评价是否需要修复。

患者的满意度不单是外在的，也是内在的、被充分理解并不断跟进的。Liu 和 Song (2022) 以及相关并发症文献表明，患者不满意常常和预期的差异、双侧不对称、瘢痕、功能不适有关。术前将限制告知患者，术后按时间点复查，可以减少患者把正常恢复误认为失败。

照片记录要真实。术前、标记后、术后即刻、术后 1 周、1 个月、3 个月、6 个月的照片可以用来评价恢复情况，但是要尽可能保持光线一致、角度一致、表情一致。过度修图不但不能帮助病历，还会给患者带来不正确的期望。医学照片的价值在于可比性，而不是宣传效果。

护理指导要具体。冷敷时间、清洁方式、避免揉眼、禁止剧烈运动、停戴隐形眼镜、眼妆，注意防晒，注意异常出血和感染信号。对瘢痕风险高的病人要说明切口软化需要时间，必要时做早期瘢痕管理。

6. 门诊病历标准化与质量控制

重睑术病历不能只是写“做了双眼皮手术”。完整的记录应该包含上睑皮肤厚度、松弛程度、脂肪状况、内眦赘皮、提肌功能、眉眼距、左右差别、眼表状况、设计形态、标记高度、术式选择理由、固定层次、去组织范围和术后护理计划。

标准化记录对于医生自身的成长也有好处。经过对连续病例进行回顾分析之后，医生能认识到那些容易变浅的病人有哪些特征、瘢痕明显的部位是哪些、固定层次最好的是哪一个、哪类沟通内容最容易被忽略。没有记录的经验很难变成可靠的科技，更不能形成可以发表的真世界研究。

VI. 展望与总结

1. 展望数字化评估、伦理边界与研究转化

重睑术由原来的依靠经验的项目，渐渐变成可以被记录、复盘、比较的质量管理。标准化摄影、动态视频、量尺标记、眼裂参数、患者满意度问卷、必要的影像检查等都可以使主观审美变成相对客

观的判断。对一般的初次手术来说，标准化的照片以及动态的检查已经足够了；对于复杂的修复，影像学以及更加细致的功能评价可能会起到补充的作用。

数字化工具不能取代医生的判断。面部分析软件、AI模拟图、滤镜效果等可以加强患者对于理想眼型的想象，但是这些模拟不能体现组织厚度、瘢痕反应、提肌功能以及术后肿胀。医生在使用模拟图的时候要明确它只是沟通的工具，并不是结果的承诺。否则术后轻微的偏差也会被患者当作没有达到约定的效果。

伦理边界也不能忽视。重睑术虽然属于美容手术，但仍然属于医疗行为。对未成年人、明显躯体变形焦虑倾向、短期内反复修复者、要求极端夸张形态者要格外小心。医生有责任拒绝不合理的设计，而不能把所有的需要都变成收费项目。医学审美的价值就在于知道什么时候不做、少做或者分期做。

从研究转化的角度看，门诊最容易做的就是连续病例登记，而不是一开始就追求复杂的模型。可记录术前类型、术式、标记高度、联合手术、恢复时间、并发症、修复需求和满意度。经过一段时间的积累，可以用来分析不同的术式在不同的上睑条件下是否合适，为以后更好的论文打下坚实的基础。

2. 结论

亚洲重睑术的难点就是手术目标既要考虑审美又要考虑结构还要考虑功能。只注重宽度会忽略自然动态，只注重固定会牺牲闭眼平整，只注重恢复快会降低稳定性，只注重项目叠加会造成过度医疗。个体化设计的核心就是找到患者解剖条件许可的范围内最接近自然、最稳定、最安全的方案。近年来技术更新又带来诸多选择，小切口、改良固定、组织保存、筋膜或者睑板相关固定、影像辅助评价等等。但是技术创新不能代替基本原则。任何一种手术方式最终要回答三个问题，是否适合患者的组织条件，能否形成自然的动态关系，是否能把功能和修复的风险控制在可以接受的范围之内。

本文的不足之处是没有病例数据，所以不能比较不同的术式真实的满意度、并发症率或者长期的稳定性。未来研究可以用标准化的病历，从不同的术式对不同上睑类型的恢复时间、皱襞稳定性、瘢痕评分以及患者满意度等各方面进行研究。

亚洲重睑术的成功不是由固定的毫米决定的，而是由上睑解剖、动态功能、审美目标、患者期望等各方面来决定的。术前需要做皮肤厚度、脂肪量、提肌功能、内眦赘皮、眉眼距、眼表状态以及左右差异的评价，然后坐位标记并动态复核来确定可以达到的目标。

术式的选用要依据组织情况。非切开法适合于薄皮、轻组织负担的患者，部分切开法适用于部分处理的病人，全切法适合于皮肤厚大、上睑肥厚的病人或者修复手术。术中要保留必要的软组织，控制固定的层次，精细缝合，避免去脂过多和过高设计。

并发症预防要包含术前沟通、术中控制、术后随访这三个方面。双侧不对称、过宽重睑、重睑线消失、闭眼瘢痕、眼干燥症状加重、手术难复等都可以用保守的设计、动态的评价、病历的记载、阶段性随访来减少风险。本文提出个体化路径可以给整形外科门诊、术前沟通、后续真实世界研究提供借鉴。

参考文献

- Kiranantawat, K., J. H. Suhk and S. A. Nguyen (2015), "The Asian Eyelid: Relevant Anatomy", *Seminars in Plastic Surgery*, 29(3), 158-164.
- Liu, J. and B. Song (2022), "Review of Complications in Double Eyelid Surgery", *Indian Journal of Ophthalmology*, 70(5), 1460-1465.
- Young, S. M. and Y. D. Kim (2020), "Complications of Asian Double Eyelid Surgery: Prevention and Management", *Facial Plastic Surgery*, 36(5), 592-601.
- 黄瑛, 吴小蔚, 邓海峰, 等. 改良缝纫式埋线法重睑成形术的临床应用 [J]. *临床外科杂志*, 2026,34(1):103-106.
- 马显杰, 艾玉峰, 夏炜, 鲁开化, 郭树忠, 韩岩, 张琳西, 杨力. 埋线重睑术的并发症及治疗 [J]. *中国美容医学*, 2002, (01): 63-64.
- 宋英杰, 刘立强. 切开法重睑成形术的研究进展 [J]. *中国美容整形外科杂志*, 2020,31(5):284-287+299.