

# 风险管理在医院感染防控中的应用实践与体会

张云<sup>1</sup> 李功辉<sup>2</sup> 徐汝洪<sup>1</sup> 彭培福<sup>3</sup> 傅仕华<sup>1</sup> 李奇林<sup>2</sup>

<sup>1</sup>暨南大学附属第一医院东莞医院(东莞市第九人民医院),广东东莞 523142; <sup>2</sup>南方医科大学珠江医院,广东广州 510000; <sup>3</sup>泰和县人民医院,江西吉安 343700

通信作者:李功辉, Email: 18665000932@163.com

**【摘要】目的** 探讨风险管理模式在医院感染管理中的实践效果与应用价值。**方法** 采用自身前后对照研究设计。选择暨南大学附属第一医院东莞医院(东莞市第九人民医院)和泰和县人民医院 2023 至 2024 年所有科室为研究对象,收集医院感染管理作业标准的过程指标、效果指标及执行力管理指标。以 2024 年 1 月 1 日开始引入风险管理的理念与方法作为分界线,2023 年数据设为风险管理实施前,2024 年数据设为风险管理实施后。比较风险管理实施前后作业标准指标(洗手正确率、医务人员职业暴露处置合规率、医疗废物处置合规率)、效果评价指标(手卫生执行率、医务人员职业暴露后上报及时率、多重耐药菌隔离措施落实率、感染防控应急预案知晓率)及科室执行力管理指标(制度修订、科内二次培训、感控质控会议开展情况)方面的差异。**结果** 实施风险管理后,各项指标均得到显著提升。作业标准指标方面:洗手正确率由 85.97%(999/1 162)升至 95.95%(1 042/1 086),医务人员职业暴露处置合规率由 77.78%(21/27)升至 97.92%(47/48),医疗废物处置合规率由 65.09%(138/212)升至 94.81%(201/212),差异均有统计学意义(均  $P < 0.05$ )。效果评价指标方面:手卫生执行率由 62.99%(732/1 162)升至 77.93%(812/1 042),医务人员职业暴露后上报及时率从 62.96%(17/27)升至 93.75%(45/48),多重耐药菌隔离措施落实率由 50.00%(141/282)升至 80.08%(193/241),感染防控应急预案知晓率由 65.09%(276/424)升至 98.11%(416/424),差异均有统计学意义(均  $P < 0.05$ )。科室执行力管理指标方面:完成制度修订的科室由 18.87%(10/53)升至 100.00%(53/53),开展科内二次培训的科室由 30.19%(16/53)升至 90.57%(48/53),定期召开感控质控会议的科室由 24.53%(13/53)升至 86.79%(46/53),差异均有统计学意义(均  $P < 0.05$ )。**结论** 将风险管理体系系统应用于医院感染管理,能显著提升医务人员防控措施的操作规范性,应急预案知晓率与应急处置能力,有效促进科室层面感染防控的主动管理与执行力,从而整体提升感染防控质量,为患者安全提供更坚实的保障。

**【关键词】** 医院感染; 风险管理; 过程指标; 效果评价; 执行力

**基金项目:**广东省东莞市社会发展科技项目(20221800905422)

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2026.01.016

## Application practice and experience of risk management in healthcare-associated infection prevention and control

Zhang Yun<sup>1</sup>, Li Gonghui<sup>2</sup>, Xu Ruhong<sup>1</sup>, Peng Peifu<sup>3</sup>, Fu Shihua<sup>1</sup>, Li Qilin<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dongguan Hospital, the First Affiliated Hospital of Jinan University (the Ninth People's Hospital of Dongguan), Dongguan 523142, Guangdong, China; <sup>2</sup>Zhujiang Hospital of Southern Medical University, Guangzhou 510000, Guangdong, China; <sup>3</sup>The People's Hospital of Taihe County, Ji'an 343700, Jiangxi, China

Corresponding author: Li Gonghui, Email: 18665000932@163.com

**【Abstract】Objective** To explore the practical effect and application value of the risk management model in healthcare-associated infection control. **Methods** A pre-post self-controlled study design was adopted. All departments of the Dongguan Hospital, the First Affiliated Hospital of Jinan University (the Ninth People's Hospital of Dongguan) and the People's Hospital of Taihe County from 2023 to 2024 were selected as the research subjects. The process indicators, effect indicators and execution management indicators of hospital infection management operations were collected. Starting from January 1, 2024, when the concept and methods of risk management were introduced, it was set as the dividing line. The data in 2023 were regarded as before the implementation of risk management, and the data in 2024 were regarded as after the implementation of risk management. Differences between before and after the implementation of risk management were compared in terms of operational standard indicators (correct hand hygiene compliance rate, compliance rate of occupational exposure management for healthcare workers, compliance rate of medical waste management), outcome evaluation indicators (hand hygiene compliance rate, timely reporting rate after occupational exposure among healthcare workers, implementation rate of isolation measures for multidrug-resistant organisms, awareness rate of infection prevention and control emergency plans), and departmental execution management indicators (revision of regulations, secondary training within departments, and holding of infection control quality meetings). **Results** After the implementation of risk management, all indicators were significantly improved. Regarding operational standard indicators: the correct hand hygiene compliance rate increased from 85.97%(999/1 162) to 95.95%(1 042/1 086), the compliance rate of occupational exposure management for healthcare workers increased

from 77.78% (21/27) to 97.92% (47/48), and the compliance rate of medical waste management increased from 65.09% (138/212) to 94.81% (201/212), with all differences being statistically significant (all  $P < 0.05$ ). Regarding outcome evaluation indicators: the hand hygiene compliance rate increased from 62.99% (732/1 162) to 77.93% (812/1 042), the timely reporting rate after occupational exposure among healthcare workers increased from 62.96% (17/27) to 93.75% (45/48), the implementation rate of isolation measures for multidrug-resistant organisms increased from 50.00% (141/282) to 80.08% (193/241), and the awareness rate of infection prevention and control emergency plans increased from 65.09% (276/424) to 98.11% (416/424), with all differences being statistically significant (all  $P < 0.05$ ). Regarding departmental execution management indicators: the proportion of departments that completed regulation revision increased from 18.87% (10/53) to 100.00% (53/53), the proportion of departments conducting secondary training increased from 30.19% (16/53) to 90.57% (48/53), and the proportion of departments regularly holding infection control quality meetings increased from 24.53% (13/53) to 86.79% (46/53), with all differences being statistically significant (all  $P < 0.05$ ).

**Conclusions** The systematic application of the risk management system in healthcare-associated infection control can significantly enhance the standardization of healthcare workers' preventive and control practices, improve their awareness of emergency plans and emergency response capabilities, and effectively promote active management and execution of infection prevention and control at the departmental level. This holistically improves the quality of infection prevention and control, providing a more solid guarantee for patient safety.

**【Key words】** Healthcare-associated infection; Risk management; Process indicator; Outcome evaluation; Execution

**Fund program:** Dongguan Social Development Science and Technology Project, Guangdong Province (20221800905422)

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2026.01.016

如何系统性降低医院感染风险,是保障医疗质量与患者安全的核心议题。医院感染贯穿于诊疗全过程,任一环节的疏漏都可能成为风险突破口,轻则导致个体感染,重则引发聚集性事件甚至暴发<sup>[1]</sup>。面对感染控制学科范围不断扩展的现实,传统的被动应对模式已显不足,亟需引入更具前瞻性、更系统的管理范式。对此,学术界认为医院感染管理的本质即是风险管理。

风险管理是通过识别、评估、处置与监控的闭环流程,致力于实现对风险的前瞻性控制与损失最小化的管理学科<sup>[2-3]</sup>。该模式在医疗领域的价值已获广泛认同,并被纳入消毒供应、医用织物管理及医院等级评审等诸多标准中<sup>[4-9]</sup>,其核心优势在于引导机构将有限资源精准投放到最关键的风险环节,从而提升整体防控效率<sup>[10-12]</sup>。

尽管前景广阔,但医院感染风险管理实践仍面临独特挑战:它不仅具备风险的普遍特征(如不确定性与社会放大性),更因其涉及多部门、长流程、多学科而格外复杂,体系化建设尚处探索阶段<sup>[13-14]</sup>。为应对这一挑战,暨南大学附属第一医院东莞医院(东莞市第九人民医院)自 2023 年起主动将风险管理框架系统应用于感染防控工作,并重点聚焦于感染风险高的急危重症科室。现阐述此次实践的设计、实施路径与初步效果,以总结经验,探讨其推广应用的可行性。

## 1 资料与方法

**1.1 研究方法:** 选择暨南大学附属第一医院东莞

医院(东莞市第九人民医院)及泰和县人民医院 2023 至 2024 年所有科室为研究对象,收集医院感染管理作业标准的过程指标、效果指标及执行力管理指标。以 2024 年 1 月 1 日开始引入风险管理的理念与方法作为分界线,鉴于急危重症科室医院感染发生率高、情况急等风险因素复杂特点,本研究将其作为重点分析单元。2023 年数据设为风险管理实施前,2024 年数据设为风险管理实施后。① 作业标准指标包括:洗手正确率、医务人员职业暴露部位处置合规率、科室环节医疗废物处置合规率情况;② 效果标准指标包括:手卫生执行率、职业暴露后上报及时率、多重耐药菌隔离措施落实率、感染防控应急预案知识知晓率情况;③ 科室执行力管理指标包括:科室建立及修订感染防控制度、科室及时开展科内二次病培训、科室定期开展感控质控会议情况。

**1.2 风险管理方案的制定:** 医院于 2024 年 1 月 1 日按照风险管理的理念与方法<sup>[15-16]</sup>分 6 步(即制定风险管理计划、识别风险、衡量风险、选择风险应对方法、贯彻和执行风险管理的决策、检查和评价)在全院范围内开展医院感染风险管理工作。具体措施如下。

**1.2.1 制定风险管理计划:** 为确保医院感染风险管理工作的系统性、前瞻性与可操作性,首先制定了全面的风险管理计划,核心内容包括组织、流程、目标与工具 4 个支柱。第一,建立权责明确的组织体系。成立跨部门的风险管理委员会及常设办公室,

构建决策、管理、执行三级组织架构,明确各层级在风险评估(从日常筛检到快速应急响应)中的具体职责与联动方式。第二,设计闭环的风险评估流程。依据风险信号的来源与紧急程度,建立了从日常“情报筛检”、定期“趋势评估”,到针对突发事件的“快速评估”与“深入评估”的闭环流程,确保各类风险能被适时、适式地识别与研判。第三,设定清晰的分层管理目标。实施院级与科室级两级目标管理。科室目标源自实际数据与需求,院级目标聚焦战略与系统风险,两者经相应程序审定后,共同指引风险管理行动。第四,提供完备的政策与标准工具。系统编制了集制度、标准操作程序(standard operating procedure, SOP)、应急预案于一体的《风险管理方针手册》,并配套建立了用于衡量过程合规性与最终防控效果的监测指标集合,为全院提供统一的行动准则与评价尺度。

**1.2.2 识别风险:** 医院采用系统化方法,主动、全面地识别医院感染全流程中的潜在风险。具体包含 3 个层面:一是运用多元识别工具<sup>[17]</sup>:包括结合现场观察、清单核查、流程映射、事故树分析、风险指数计算与监测数据挖掘,形成互补的风险信息收集网络。二是依托结构化分析框架:采用经典的“人、机、料、法、环、测”要素分析法,对医疗服务的全过程、全要素进行剖析,系统寻找各环节可能存在的失效点、诱发因素及可能后果。探寻技术、管理、行为及环境中的风险源。三是执行标准化评估流程:对任何风险线索,均需遵循表 1 所示的标准化评估路径,完成从现象到本质的初步分析。

评估维度	核心问题	分析要点
1. 事件界定	是什么?	描述事件现状、发生背景与直接特征。
2. 科学认知	为什么?	明确病原体、传播机制及已验证的防控措施。
3. 影响推演	会怎样?	分析可能升级的后果、波及范围及深层次诱发原因(管理、系统、人为等)。
4. 资源盘点	有什么?	评估现有控制措施的有效性,清点可用的物资、人员与制度资源。
5. 相关方分析	谁相关?	识别受影响的内外部各方(患者、医院全体工作人员、管理部门等)及其核心诉求。

**1.2.3 评估风险:** 衡量医院感染控制防控风险不仅要考虑其发生的可能性和后果,还需要考虑各利益相关方的需求、科学证据、心理、社会和文化因素等进行综合评价。目前主要采取风险矩阵(图 1)来综合确定风险水平的等级,以判断特定的风险是否可

接受或需要采取措施处置。包括衡量潜在的损失频率(可能性)和损失程度(后果)。在得不到精确资料的情况下,可以对损失频率进行粗略估计,如极不可能发生、不太可能发生、可能发生、很可能发生、几乎肯定发生。由于医院感染暴发风险后果很严重,通常采取“预防性原则”和“不后悔原则”,即在证据不够充分时,通常会将风险等级评价为上限值水平。

发生可能性/后果	极低	低	中等	高	极高
极不可能	绿色(低)	绿色(低)	黄色(中)	橙色(高)	橙色(高)
不太可能	绿色(低)	黄色(中)	黄色(中)	橙色(高)	橙色(高)
可能	黄色(中)	黄色(中)	橙色(高)	橙色(高)	红色(极高)
很可能	橙色(高)	橙色(高)	橙色(高)	红色(极高)	红色(极高)
几乎肯定	橙色(高)	红色(极高)	红色(极高)	红色(极高)	红色(极高)

图 1 医院感染风险评估发生分级应对图

**1.2.4 选择风险应对方法:** 医院感染控制风险应对方法的选择直接取决于风险等级的评定结果(表 2),具体实施主要围绕以下两大路径展开。一是风险规避:在风险事件发生前采取断然措施,避免风险暴露,如通过前期布局审核规避建筑流程风险,或在感染聚集时采取隔离病区等激进措施。二是损失管理:当风险无法规避时,则采取综合策略以管控损失,包括:① 落实技术性防控措施(如隔离、消毒、职业暴露处置),并在全院推广基础上,于急危重症科室常规使用中药苍术、艾叶配伍进行熏蒸消毒,每日 1 次;② 通过教育和培训提升全员感控素养与规范操作能力;③ 构建系统防线,树立“全员、全流程、全系统”防控观念,通过建立多部门联席会议、实施个案追踪与根本原因分析(root cause analysis, RCA)、开展持续质量改进(continuous quality improvement, CQI)项目等方式,打破部门壁垒,实现信息共享与协同行动,将感控要求深度整合至整个医疗运行系统之中。

风险水平	某院医院感染风险评估控制措施
低(绿色表示)	通过常规预防控制项目和规范进行管理。
中等(黄色表示)	需要关注,制定预防和控制措施,并定期进行监控和评估。
高(橙色表示)	需要重点管控,优先处理,制定明确的应对计划和应急预案。
极高(红色表示)	立即采取行动,优先规避或消除风险,即使事件报告时为非正常工作时间,也需要立即启动高级别的应急响应;控制措施的实施极可能会对正常生产、生活带来严重的影响。

**1.2.5 贯彻和执行风险管理的决策:** 在贯彻和执行风险管理决策的过程中,医院感染管理科等行政职

能部门行使直线管理职权,具体通过以下两个途径落实:扮演“信息桥梁”角色,建立并维护畅通的规范传达渠道,负责将国家及行业的感控新标准、新规范及时、准确地传递至全体医务人员;履行实施常态化的临床行为督导,主动发现临床实践与规范要求之间的偏差,并立即进行现场指导与纠正,确保各项操作标准得以正确实施。

**1.2.6 检查和评价:**风险管理决策实施后,医院感染风险管理团队将依据既定目标与控制计划,对其实施效果进行系统性检查与评价。评价体系涵盖 3 个方面:作业标准符合度、效果指标达成度及科室制度执行力。团队通过定期收集数据、现场核查与访谈等方式开展评估。若发现执行情况未达标准,则立即启动纠偏机制,分析根本原因并采取针对性改进措施,如强化培训、优化流程或必要时修订标准本身,以此形成计划(plan)、执行(do)、检查(check)和行动(act)的 PDCA 管理闭环,确保持续改进。

**1.3 统计学分析:**使用 SPSS 23.0 统计软件进行数据分析,比较风险管理实施前后作业标准评价指标、效果标准评价指标及科室管理指标等医院感染管理相关数据的差异,采用  $\chi^2$  检验进行统计分析,  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

**2 结果**

应用风险管理后,全院各科室医院感染管理指标均较应用前明显改善。医院感染管理中的作业标准 3 个指标(洗手正确率、医务人员职业暴露部位处置合规率、科室环节医疗废物处置合规率)、效果评价 4 个指标(手卫生执行率、职业暴露后上报及时率、多重耐药菌隔离措施落实率、感染防控应急预案知识知晓率)、科室执行力管理 3 个指标(科室感染防控制度修订从 10 个科室到全覆盖,科室及时

开展科内二次病培训的科室由 16 个提高到 48 个,科室定期开展感控质控会议的科室由 13 个提高到 46 个)的执行和正确率均较应用风险管理前明显提高,差异均有统计学意义(均  $P < 0.05$ ; 表 3)。

**3 体会与思考**

医院在加强医院感染防控管理的过程中,重视人的因素,将加强医务人员风险管理意识培育放在首位,并从完善制度、建立作业标准、增加感染防控风险等知识培训以及全过程质量管理理念等方面不断深入及强化,让每一个医务人员都知道为什么要做,如何做,没有做到会出现什么后果,以及该后果对患者、对个人和社会的影响,从而从内心接受并认同医院感染防控措施执行的重要性。由“要他做”变成“我要做”,理念的转变可以进一步激发一线人员的自觉行动行为及规范操作意识<sup>[18]</sup>。本研究尽管受限于初期信息系统未按科室分层采集数据、未能单独输出急危重症科室的量化指标,但现场观察与科室质控记录表明,重症监护病房(intensive care unit, ICU)与急诊科作为风险管理重点干预对象,干预前基础执行率普遍低于全院平均水平,干预后提升幅度与全院趋势一致,且科室执行力管理指标的改善尤为明显,洗手正确率和职业暴露处置合规率等指标改善幅度与全院水平同步;且因基础风险更高,其防控能力的提升对降低整体医院感染率有更突出的贡献。黄向红等<sup>[19]</sup>将风险管理应用于静脉输液患者,不仅提高了护理人员的风险意识,还有效提高了护理人员的专业技术水平和自身素质,改善了护理质量、降低了风险事件的发生率。翁文超等<sup>[20]</sup>和钟秋芹<sup>[21]</sup>在实践中得出,将风险管理应用在护理管理中也可提升护理质量控制水平,降低不良事件的发生率。而强调环境中的主体心理调适与风险管控的重要性,可以改善医患关

表 3 某院风险管理实施前后医院感染管理指标比较

时间	评价内容	作业标准评价指标			效果标准评价指标				科室执行力管理指标		
		洗手正确率	医务人员职业暴露部位处置合规率	科室环节医疗废物处置合规率	医务人员手卫生执行率	医务人员职业暴露后上报及时率	多重耐药菌隔离措施落实率	感染防控应急预案知识知晓率	各科室感染防控制度修订占比	各科室及时开展科内二次培训	各科室定期开展感控质控会议
实施风	抽查次数(次)	1 162	27	212	1 162	27	282	424	53	53	53
险管	执行/正确次数(次)	999	21	138	732	17	141	276	10	16	13
理前	执行/正确率(%)	85.97	77.78	65.09	62.99	62.96	50.00	65.09	18.87	30.19	24.53
实施风	抽查次数(次)	1 086	48	212	1 042	48	241	424	53	53	53
险管	执行/正确次数(次)	1 042	47	201	812	45	193	416	53	48	46
理后	执行/正确率(%)	95.95	97.92	94.81	77.93	93.75	80.08	98.11	100.00	90.57	86.79
$\chi^2$ 值		66.824	6.073	58.402	58.391	9.383	50.957	153.965	72.349	40.381	41.628
P 值		0.000	0.014	0.000	0.000	0.002	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

系,提升医患风险管控能力,促进医患关系和谐<sup>[22]</sup>。

本研究采用自身前后对照设计,主要局限性在于无法完全排除时间推移、其他同步质量改进活动或历史事件等混杂因素对结果的影响。因此,观察到的各项指标改善虽与风险管理体系的引入在时间上高度相关,但不能将效果完全、单一地归因于此干预。此外,受限于初期信息系统未按科室分层采集数据,未能单独报告急危重症科室的量化分析结果,仅能基于全院数据及现场记录进行推断。风险是在不断变化的,这意味着风险管理必须是一个持续的闭环过程<sup>[23]</sup>。风险管理决策也会随着执行力度或事件进展而存在一定的偏差,这需要通过检查和评价来发现,然后加以纠正。强化科室感染防控小组的执行力可以促进其对以往工作缺陷的原因分析及改进,及时识别新的高风险因素并干预,推进科室的感染质量管理<sup>[24]</sup>。本院通过将“科室感染防控小组执行力”纳入核心考核指标,并建立“一议一落实、一事一跟进、有疑必沟通”的常态化检查、反馈与跟进机制,有效实现了对决策偏差与执行偏差的及时识别与纠正。这确保了制度的生命力,使全院各科室得以持续修订制度、开展培训与质量分析。孙江洁等<sup>[22]</sup>对心理调适与系统管控的重视,戴沙<sup>[25]</sup>倡导了完善制度与强化内控,均支持了执行力与监督机制在将制度优势转化为管理效能中的关键作用。

综上所述,将风险管理体系系统化应用于医院感染管理,能有效提升防控措施的操作合规性与应急准备水平,夯实感染防控基础,最终保障患者安全。然而,风险管理并无一成不变的模板,医院在不同发展阶段、人员构成和疾病谱下所面临的风险问题各异,因此措施必须因地制宜、因人施策。未来,医院感染风险管理团队在制定对策时,需更加注重基于循证证据、权衡措施成本效益与负面影响,加强多部门工作协同<sup>[26]</sup>,充分考虑各利益相关方的可接受性,使医院感染风险管理更加规范化、科学化与精细化,并在实践中不断探索与深化。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

### 参考文献

[1] 高晓东,刘思远,钟秀玲,等.跌宕奋进30年,中国感染控制1986—2016[M].上海:上海科学技术出版社,2016.  
 [2] 钟开斌.重大风险防范化解能力:一个过程性框架[J].中国行政管理,2019(12):127—132. DOI: 10.19735/j.issn.1006-0863.2019.12.21.  
 [3] 孙立新.风险管理原理、方法与应用[M].北京:经济管理出版

社,2014.  
 [4] 巩玉秀,冯秀兰,付强,等.医院消毒供应中心第1部分:管理规范 WS 310.1—2016 [J]. 中国感染控制杂志, 2017, 16 (9): 887—892. DOI: 10.3969/j.issn.1671-9638.2017.09.024.  
 [5] 梁建生,邓敏,沈瑾,等.医院医用织物洗涤消毒技术规范 WS/T 508—2016 [J]. 中国感染控制杂志, 2017, 16 (7): 687—692. DOI: 10.3969/j.issn.1671-9638.2017.07.024.  
 [6] 李六亿,巩玉秀,王力红,等.病区医院感染管理规范 WS/T510—2016 [J]. 中国感染控制杂志, 2017, 16 (3): 289—292. DOI: 10.3969/j.issn.1671-9638.2017.03.026.  
 [7] 全国风险管理标准化技术委员会(SAC/TC 310). GB/T 27921—2011 风险管理 风险评估技术[S].北京:中国标准出版社,2011.  
 [8] 丁淑贞,么莉.实用护理质量与风险管理[M].北京:中国协和医科大学工业出版社,2008.  
 [9] 国家卫生健康委医政司.国家卫生健康委关于印发《三级医院评审标准(2025年版)》的通知 [EB/OL]. (2025-05-29) [2025-09-21]. <https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202506/25229ede80d34694b7def54ddef9f9f.shtml>.  
 [10] 庞星火,刘秀颖,高婷,等.2008年北京奥运会重大公共卫生事件风险评价方法的研究[J].首都公共卫生,2009,3(2):52—58. DOI: 10.3969/j.issn.1673-7830.2009.02.003.  
 [11] 杜道法,郭慧芬,马飞飞,等.定性和定量评估我国埃博拉病毒病输入风险的方法学探讨[J].疾病监测,2015,30(7):551—554. DOI: 10.3784/j.issn.1003-9961.2015.07.007.  
 [12] Jernigan DB, Raghunathan PL, Bell BP, et al. Investigation of bioterrorism-related anthrax, United States, 2001: epidemiologic findings [J]. Emerg Infect Dis, 2002, 8 (10): 1019—1028. DOI: 10.3201/eid0810.020353.  
 [13] 曾家华.风险与发展[M].北京:中共中央党校出版社,2007.  
 [14] 李六亿,徐艳.医院感染管理的风险评估[J].中国感染控制杂志,2016,15(7):441—446. DOI: 10.3969/j.issn.1671-9638.2016.07.001.  
 [15] 许谨良.风险管理[M].5版.北京:中国金融出版社,2024.  
 [16] 谢非.风险管理原理与方法[M].重庆:重庆大学出版社,2013.  
 [17] 许树强,王宇.突发事件公共卫生风险评估理论与实践[M].北京:人民卫生出版社,2016.  
 [18] 夏萍,吴凡伟,赵云.医院文化建设与文化管理[M].广州:中山大学出版社,2014.  
 [19] 黄向红,江炜琼,张冬华,等.护理风险管理在骨科静脉输液患者中的应用效果[J].福建医药杂志,2018,40(2):137—139.  
 [20] 翁文超,郑城英.风险管理在胃肠外科护理管理中的应用分析[J].中国卫生标准管理,2017,8(22):164—166. DOI: 10.3969/j.issn.1674-9316.2017.22.083.  
 [21] 钟秋芹.风险管理在内镜室感染控制中的应用[J].基层医学论坛,2020,24(5):725—726. DOI: 10.19435/j.1672-1721.2020.05.089.  
 [22] 孙江洁,张利萍,李艳艳,等.风险管理视角下医学职业精神培育的心理因素及启示[J].锦州医科大学学报(社会科学版),2019,17(1):21—24. DOI: 10.13847/j.cnki.ljmu(sse).2019.01.006.  
 [23] 韩姝.企业风险管理与内部控制体系的一体化建设路径探析[J].中国集体经济,2026(6):49—52. DOI: 10.20187/j.cnki.cn11-3946/f.2026.06.008.  
 [24] 张云,田碧文,刘先德,等.医院感染管理中培育医院执行力文化的实践与思考[J].中国感染控制杂志,2016,15(5):344—347. DOI: 10.3969/j.issn.1671-9638.2016.05.015.  
 [25] 戴沙.医院内部控制建设与风险管理[J].管理观察,2019(1):191—192. DOI: 10.3969/j.issn.1674-2877.2019.01.075.  
 [26] 吴雪晖,任馨.基于战略导向的公立医院风险管理体系建设[J].卫生经济研究,2022,39(1):78—80. DOI: 10.14055/j.cnki.33-1056/f.2022.01.021.

(收稿日期:2025-10-20)

(责任编辑:邸美仙)