

香港电影当下面临“破”与“立”的挑战

导演简君晋：找回香港电影的性格

这几年，香港电影的日子并不好过。在短暂的“小阳春”之后，多部大制作电影在内地票房遇冷，亦有部分进行中的项目搁置停拍，港片产量再度下降。放眼全国乃至全球，电影行业都面临挑战。

香港电影人如何看待当下的环境？上影节期间，青年导演简君晋接受了记者的专访。他对电影的未来仍然乐观：“每一代电影人都会遇到不同的困难。我们这一代香港电影人要做的是找回香港电影的性格，让更多观众愿意回到电影院。”

新作拍爱情：

再谈不婚主义已经没意思

两年前，简君晋的长片《白日之下》入围了上海国际电影节亚洲新人单元。影片取材自残疾院舍虐待院友的真实案件，上映后口碑丰收，获得第42届香港电影金像奖16项提名，最终摘得最佳女主角（余香凝）、最佳男配角（姜大卫）、最佳女配角（梁雍婷）3项大奖。

两年后，简君晋带着新项目《红棉路》重返上海，出现在“香港电影新力量项目推介”活动上。《红棉路》是一部爱情电影，将在今年第四季度开机。简君晋将与《白日之下》的编剧团队再次合作，并计划在香港本土取景，打造一部“港版《婚姻故事》”。

简君晋希望拍出一部属于这个年代的爱情片：“现在早已不是必须谈婚论嫁、女孩子一定要找个归宿的时代，所以电影再谈不婚主义已经没意思。我希望在这部电影里探索当下的爱情观和价值观。现代人歌颂爱情的伟大，又把婚姻和爱情绑定，会产生怎样的结果？我把这些思考放进剧本里。”有趣的是，《红棉路》的主创团队成员基本未婚。

至于演员，简君晋属意20岁至40岁之间的香港青年演员。近年，刘俊谦、王丹妮、余香凝、卢镇业等一批青年演员逐渐在商业片和文艺片中崭露头角，为香港导演提供了更多元的选角空间。“我跟这个年龄层的演员是同代人，一起成长，有好几位我都很想合作。爱情片很需要化学作用，我希望能选出对的演员。”

创作不该迎合：

拍好自己感兴趣的题材

谈及今年港片产量减少，简君晋坦言对于他的影响有限。“无论是《白日之下》还是《红棉路》，我拍片一直是‘小本经营’，我更关注都市里普通人的故事。大制作减少的情况，在我这个创作层面的感受并不明显。”从简君晋的讲述中能感受到，业内的情况并非外界传言那么糟。“我们一群同业朋友，大家都有

很多项目在推进，有人在做剧本、有人准备开机，演员朋友也有工作。”

《白日之下》在香港本土收获超过2100万港元票房，成绩不俗；更在多个电影节奖上入围甚至获奖。简君晋坦言，《白日之下》的确帮他开下一部戏：“投资者和演员都对我有一定的信任，下一部戏会更顺利。虽然投资风气多变，但我始终认为，仍然有很多投资者希望找到有趣的故事，不过前提是控制在一定成本内。”

《红棉路》预计投资1500万港元，算是中小成本影片。正因体量不大，导演的自由度反而较高。简君晋的想法很纯粹，他要做的就是拍出一个好看的故事。在创作阶段，姑且把市场和观众放一旁。“观众是很聪明的，他们看得出来创作者的刻意迎合，而且不喜欢这种做法。我好拍自己感兴趣的题材，邀请观众进来听听我想讲些什么。”

新一代电影人的挑战：

让观众回到影院

面对当下的市场环境，简君晋依然乐观。“电影环境起起落落很正常，我认为现在香港电影处在探索期，我们有机会做不同类型的题材，对我来说是挺有希望的。”他谈到，每一代电影人都必须面对的挑战：“记得和John哥（姜大卫）聊天时，他说起当年电视台兴起对电影的冲击——观众都窝在家里看电视，没人去影院。但也因此催生了一批新浪潮导演，他们不愿再拍老套的武侠片，用全新的想法开创出香港电影的新局面。”

那么在他看来，这一代电影人面临的挑战是什么？“我们跟全球电影人面对同样的问题：如何让观众重新走进影院？现在短视频如此发达，电影必须找到独一无二的魅力。这是我们作为电影人必须思考的一件事。”具体到香港电影，则是面临“破”与“立”的挑战：“重点是找到当下香港电影的性格。以前的观众喜欢香港电影的什么？可能是它的疯狂、它的任性。我们这群导演能不能做到？还是会带给香港电影不一样的面貌呢？”

香港电影到底是“小阳春”还是“寒冬”？简君晋开了一个玩笑：“冬天挺好的，我怕热。四季都有不同的景色，要懂得欣赏冬天的美。想再多策略都没用，对电影人来说，要做的就是谨守自己的岗位，做好创作、写好剧本、拍好每个演员。”

据羊城晚报



简君晋。

健康讲堂

急诊脑卒中：与时间赛跑的生死博弈

熊利明(桂林市人民医院)

一、认识脑卒中：生死时速的脑部危机

脑卒中(俗称“中风”)是急性脑血管病变导致的脑组织损伤，分为缺血性(脑梗死，占70%)和出血性(脑出血、蛛网膜下腔出血)两大类。其本质是脑部血流中断引发细胞“断粮断氧”，导致神经功能缺损甚至死亡。我国每年新发病例超300万，死亡人数居全球首位，幸存者中约75%遗留残疾。

病理机制与危害

缺血性卒中：血栓或栓塞堵塞血管，核心梗死区每分钟损失190万个神经元。

出血性卒中：血管破裂引发脑水肿和颅内压升高，死亡率高达40%。

连锁反应：梗死灶周围形成“缺血半暗带”，若不及时恢复血流，将扩大坏死范围。

二、识别脑卒中：FAST原则与早期预警信号

1. 黄金救命法则：快速识别卒中

普通版：“中风120”口诀(适合大众快速筛查)

1看脸：不对称口角歪斜

2查臂：单侧手臂无力下垂

0(聆)听：言语不清或无法表达

立即拨打120：出现任一症状需在6小时内送医

进阶版：“BEFAST”(医护人员常用)

B(Balance)：平衡失调

E(Eyes)：视物模糊

F(Face)：面部不对称

A(Arms)：肢体无力

S(Speech)：语言障碍

T(Time)：立即拨打急救电话

2. 其他高危症状

突发剧烈头痛：尤其伴呕吐、意识改变，警惕蛛网膜下腔出血。

单眼视力丧失：视网膜缺血导致“一过性黑蒙”。

眩晕伴共济失调：小脑或脑干梗死的典型表现。

癫痫发作：部分出血性卒中患者会出现抽搐。

三、黄金救治时间：从发病到治疗的每一步

1. 时间窗决定预后

缺血性卒中：静脉溶栓黄金时间窗为4.5小时，血管内治疗(取栓)可延长至6-24小时(需多模态影像评估)。

出血性卒中：超早期(6小时内)手术清除血肿可降低死亡率20%。

2. 院前急救“三要三不要”

要：

平卧体位，头偏向一侧防误吸。

记录发病时间，拨打120时明确告知“疑似脑卒中”。

测量血压、血糖备用。

不要：

禁止喂水、喂药(尤其阿司匹林、降压药)。

避免摇晃患者或自行搬动。

延误就医等待“症状缓解”。

四、院内救治：溶栓与取栓的“时间竞赛”

1. 急诊评估流程

影像学检查：

CT平扫：5分钟内排除出血，计算ASPECTS评分(评估梗死范围)。

CTA/MRA：20分钟内明确血管闭塞部位。

实验室检查：血常规、凝血功能、心肌酶谱(排查房颤相关栓塞)。

2. 再灌注治疗策略

静脉溶栓：

阿替普酶：0.9mg/kg(≤90kg)，前10%静脉推注，余下60分钟输注。

禁忌证：活动性出血、近期手术、NIHSS评分>25分。

血管内治疗：

机械取栓：6小时内首选，采用抽吸导管或支架取栓，目标实现mTICI 2b/3级血流。

桥接治疗：溶栓后联合取栓，血管开通率提升至70%。

3. 并发症防治

出血转化：控制血压(收缩压<180mmHg)，停用抗栓药物。

血管再闭塞：替罗非班持续泵入预防。

脑水肿：甘露醇+呋塞米脱水，必要时去骨瓣减压。

五、预防与康复：降低风险与重建生活

1. 一级预防：阻断危险因素

“三高”控制：血压<140/90mmHg，LDL-C<1.8mmol/L，糖化血红蛋白<7%。

生活方式：DASH饮食(低盐、低脂)、每周150分钟有氧运动、戒烟限酒。

房颤管理：CHA₂DS₂-VASc评分≥2分者需抗凝，优先选择新型口服抗凝药(NOACs)。

2. 二级预防：支架术后与康复

双联抗血小板：阿司匹林+氯吡格雷/替格瑞洛，持续3个月至1年。

心脏康复：发病后24-48小时启动床边康复，逐步过渡到有氧训练。

心理干预：卒中后抑郁筛查(PHQ-9量表)，认知行为疗法联合药物治疗。

六、常见误区：这些做法正在致命

1. 盲目降压：急性期收缩压低于140mmHg可能加重缺血。

2. 迷信偏方：针刺放血、安宫牛黄丸延误黄金救治时间。

3. 忽视康复：超过6个月再康复，功能恢复率下降50%。

4. 自行停药：支架术后停药导致再狭窄率高达40%。

七、结语：分秒必争，守护大脑每一秒

从患者倒地到血管开通，每延迟1分钟就有190万个神经元死亡。请记住：时间就是大脑，急救始于你我。掌握“中风120”或FAST原则，熟悉卒中地图，让科学救治成为守护生命的最后防线。